



**T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI YAŞAM
KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

MURAT TAMER

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2015

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI
YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

MURAT TAMER

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik
Anabilim Dalı Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYLAYAVA

GAZİANTEP
2015

TC
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ

Murat TAMER

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 01.06.2015

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 16.06.2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayla YAVA
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL
Enstitü Müdürü : Doç. Dr. Ayla YAVA

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Ayla YAVA

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep 2015

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına kadar geçen sürede bilgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışmanım

Sayın **Doç. Dr. Ayla YAVA**'ya

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca çalışmalarına sabırla destek vermek suretiyle moral ve motivasyonumu en üst düzeye çıkarmama vesile olan çok değerli eşim

Buket TAMER'e

Araştırmanın önemine inanarak, değerli zamanlarını araştırmaya ayıran tüm karaciğer alıcılarına ve en önemlisi de onlara ulaşmam konusunda tüm imkânlarını sonuna kadar kullanan çok değerli kardeşim

Yusuf TAMER'e

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

ÖZET

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Murat TAMER

**Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.D.
Yüksek Lisans Tezi Gaziantep-2015**

Araştırma karaciğer transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Prospektif ve tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini, 1 Ocak 2015-15 Mayıs 2015 tarihleri arasında Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran, karaciğer transplantasyonu uygulanmış olan ve örneklem ölçütlerini sağlayan 103 gönüllü hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; kişisel bilgi ve hastalığa ilişkin bilgi formu, bilgi durumu ve eğitim konuları formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği formu kullanılarak toplanmıştır. SF-36 soru formu, otuz altı sorudan oluşmakta olup, yaşam kalitesinin sekiz boyutta (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, vitalite/yaşamsallık, ağrı, genel sağlık algısı) ölçümüne olanak tanıyan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.0 for Windows programında yapılmıştır. Verilerin gösteriminde sayı (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma, ortanca, en büyük-en küçük sayı gösterimi, karşılaştırmalı istatistiklerde bağımsız gruplarda t-testi, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis Test kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Araştırmada fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması 39.90 ± 8.53 ; mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması ise 43.93 ± 9.86 olarak bulunmuştur. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların SF-36 yaşam

kalitesi ölçeği fiziksel sağlık alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık durumu arasında; mental sağlık alt boyutu ile de eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca aynı hasta grubunun fiziksel sağlık alt boyutu ile transplantasyondan itibaren geçen süre, transplantasyon kaynağı ve ameliyat sonrası hastanede kalma süresini uzatan olumsuz durum varlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi orta seviyede bulunmuştur. Erkek hastaların ve bekâr hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi diğerlerinden yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça mental sağlık yaşam kalitesi artmaktadır. Transplantasyonun üzerinden geçen süre arttıkça fiziksel sağlık yaşam kalitesinin de arttığı ve ameliyat sonrası hastanede kalma süresini uzatacak olumsuz durumlarla karşılaşmayanların, karşılaşanlara göre, kadavradan nakil olan bireylerin de canlı donörden nakil olanlara göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Transplantasyonu, Yaşam Kalitesi, SF-36, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINATION OF LIFE QUALITY FOLLOWING LIVER TRANSPLANTATION

Murat TAMER

**Hasan Kalyoncu University Institute of Medical Sciences Department of
Nursing Postgraduate Thesis Gaziantep-2015**

The research was conducted to perform life quality following liver transplantation.

The sampling of the research which was performed in accordance with prospective and descriptive research design consists of 103 volunteer patients who applied to Malatya İnönü University Turgut Özal Medical Center General Surgery Clinic between January 01-May 15, 2015, who had liver transplantation and complied with the sampling criteria. The data was collected using personal details and disease information form, information status and training subjects form and SF-36 life quality scale form. SF-36 question form comprises of thirty six questions and is a self-assessment scale enabling measurement of life quality in eight aspects (physical function, social function, physical role difficulty, emotional role difficulty, mental health, vitality, pain, general health perception). The statistical analysis of the data was performed on SPSS 21.0 for Windows software. Number (n), percentage (%), average $\pm$ standard deviation, median, highest-lowest number indication were used to indicate the data and *t*-test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis Test were used in independent groups in comparative statistics. Level of statistical significance was taken as $p<0.05$.

The physical health life quality score average was found to be 39.90 ± 8.53 and mental health life quality score average to be 43.93 ± 9.86 in the research. The difference between physical health aspect and gender, marital status and chronic disease; and the difference between mental health

and education were statistically significant in SF-36 life quality scale of the patients who had liver transplantation ($p<0.05$). Furthermore, the difference between physical health aspect of the same patient group and the time past subsequent to transplantation, source of transplantation and the presence of negative conditions extending post-operative hospitalization was also statistically significant ($p<0.05$).

The life quality of the patients who had liver transplantation was found to be moderate. Physical health life quality of the male patients and single patients is higher than the others. The mental health life quality improves as the level of education increases. Another finding of the research indicates that physical health life quality improves as the time past subsequent to transplantation increases. Besides, the physical health life quality of the patients who didn't have any condition to cause extending post-operative hospitalization is higher compared to those who had and also the physical health life quality of those who had transplantation from a cadaver is higher compared to those who had transplantation from a live donor.

Key Words: Liver Transplantation, Life Quality, SF-36, Nursing

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Murat TAMER

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vii
BEYAN	ix
İÇİNDEKİLER	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
TABLO DİZİNİ	xv

BÖLÜM-1 GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Önemi.....	2
1.3.Araştırmanın Amacı	3

BÖLÜM-2 GENEL BİLGİLER	4
2.1.Karaciğerin Anatomi ve Fizyolojisi	4
2.2.Karaciğerin Fonksiyonları	4
2.2.1.Protein Metabolizması.....	4
2.2.2.Karbonhidrat Metabolizması	5
2.2.3.Yağ Metabolizması.....	5
2.2.4.Pıhtılaşma Fonksiyonu	5
2.2.5.Depo Fonksiyonu	5
2.2.6.Hepatopoetik Fonksiyonları.....	5
2.2.7.Detoksifikasyon ve Koruma Görevi	6
2.2.8.Kan Depolama ve Filtrasyon	6
2.2.9.Isı Regülasyonu.....	6
2.2.10.Safra Yapımı	6

2.3.Karaciğerin Başlıca Hastalıkları	6
2.3.1.Hepatit	6
2.3.2.Karaciğer Sirozu	10
2.3.3.Fulminan Hepatik Yetmezlik.....	12
2.4.Karaciğer Transplantasyonunun Tarihçesi	12
2.5.Türkiye’de Karaciğer Transplantasyonunun Tarihçesi	13
2.6.Karaciğer Transplantasyonu	14
2.6.1.Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları	18
2.6.2.Transplantasyon İçin Uygun Donörün Seçilmesi	18
2.6.3.Greft Seçimi.....	19
2.6.4.Ameliyat Süreci	21
2.6.5.Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Kullanılan İmmünosupresif İlaçlar	22
2.6.6.Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşanabilecek Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri	26
2.6.7.Ameliyat Sonrası Bakım	28
2.7.Yaşam Kalitesi	30
2.7.1.Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	31
2.7.2.Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	32
BÖLÜM-3 GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1.Araştırmanın tipi	33
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
3.3.Araştırmanın Zamanı	33
3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	34
3.5.Araştırma Etiği	34
3.6.Verı Toplama Araçları	35
3.6.1.Kişisel Bilgi ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu	35
3.6.2.Bilgi Durumu ve Eğitim Konuları Formu	35

3.6.3.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	37
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	40
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	41
3.9. Sınırlılıklar	41
BÖLÜM-4 BULGULAR	42
4.1. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular	43
4.2. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	47
4.3.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	49
4.4.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular	54
BÖLÜM-5 TARTIŞMA.....	57
5.1. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	57
5.2. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması	58
5.3. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması.....	60
5.4.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutları Puan Ortalamalarının, Hastalıklarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	61
5.5.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması	63

BÖLÜM-6 SONUÇLAR	65
BÖLÜM-7 ÖNERİLER.....	67
BÖLÜM-8 KAYNAKLAR.....	68
BÖLÜM-9 EKLER	76
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	76
EK-2 Bilgi Ve Eğitim Durumu Formu	79
EK-3 SF-36 Yaşam Kalitesi Formu	80
EK-4 Etik Kurul Onay Formu.....	83
EK-5 Kurum İzni	84
EK-6 Kurum İzni-2.....	85
EK-7 Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Onay Formu	86
Özgeçmiş	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 2.1 Karaciğer Sirozunda Belirti Ve Bulguların Patofizyolojisi	9
Şekil 2.2 Karaciğer Nakli Endikasyonları	17
Şekil 2.3 Canlı Donörden Greft Temininde Kullanılan Couinaoud Karaciğer Segmentleri	20



TABLO DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
Tablo 2.1 Yıllara Göre Canlı ve Kadavradan Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hasta Sayıları	15
Tablo 2.2 Yıllara Göre Karaciğer Transplantasyonu Beklerken Ölen Hasta Sayısı	15
Tablo 2.3 Karaciğer vericisi olmak için aranan kan grubu uyum kriterleri	19
Tablo 3.1 SF-36 Puanının Hesaplanması	39
Tablo 3.2 SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Bileşenleri	40
Tablo 4.1 Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	43
Tablo 4.2 Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların, Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	45
Tablo 4.3 Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamaları	47
Tablo 4.4 Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	49
Tablo 4.6 Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.7 Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Alma ve Bilgi ve Eğitime İhtiyaç Duyma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	53

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

Karaciğer transplantasyonu; öncelikle kan grubu uyumlu olmak üzere karaciğer doku uyumu olan canlı veya kadaverik donörlerden alınan karaciğerin tamamı veya bir parçasının, hasta bireye komplike bir operasyon süreci sonunda transfer edilmesidir (34, 40, 42). Medikal tedavinin tek başına yeterli olmadığı ilerleyici, son dönem karaciğer yetmezliklerinde tek tedavi seçeneği olan karaciğer transplantasyonu, yaşamı koruyucu ve sürdürücü rolü ile her geçen gün ciddi ilerlemeler kaydetmektedir. Nakil yapan merkezlerin sayısında artış, cerrahi tekniklerdeki ve immünosupresiflerdeki gelişmeler, nakil sayısının her geçen gün artmasını sağlamıştır (34, 40, 42). Son yıllarda karaciğer transplantasyonlarındaki bu artış, ilk başlarda ilgiyi transplantasyon sürecine odaklamışsa da yakın zamandaki araştırmaların birçoğunun karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların yaşam kalitelerine yöneldiği söylenebilir.

Geleneksel sağlık anlayışında hastalıkların tedavisi ve ağrının sonlandırılması temel amaçken günümüz sağlık anlayışı iyilik halinin sürdürülmesi ve yaşam kalitesi düzeyinin yükseltilmesini de buna ilave eder. Sokrates'in "Yaşamayı değil, iyi yaşamayı sağlamalıyız." sözü, kaliteli yaşamın, biyolojik olarak yaşıyor olmakla aynı şeyler olmadığını vurgulamaktadır (55).

Karaciğer transplantasyonu sonrası süreçte, hastanın yaşamında doyuma ulaşması adına bütün sağlık profesyonellerine çok önemli görevler düşmektedir. Bu sürecin her aşamasında hastalar en fazla hemşirelerle iletişim halindedirler. Bu iletişim, hemşireye, hastanın bakım, tedavi, takip gibi klinik uygulamalarının yanı sıra fiziksel, mental, ruhsal rehabilitasyonu adına da önemli misyonlar yüklemektedir. Forsberg ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları araştırmada, hemşire ile hasta etkileşiminin transplantasyon ile ilgili

endişeleri gidermede etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Buna bağlı olarak Forsberg, yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelerden oluşan özel destek gruplarının kurulmasının gerekliliğinden söz etmiştir (31).

Nakil sürecinde kilit rolde bulunan hemşireler, Chappell'e (1999) göre hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili verileri elde etmeli ve bunların hasta bakımında kullanılmasını sağlamalıdır (18). Böyle bir girişim, hastanın optimal sağlık seviyesine getirilmesinde önemli bir adım olacaktır. Karaciğer transplantasyonunun yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceleyen sınırlı sayıda yabancı araştırmada, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitelerinin arttığı gösterilmiştir (1, 9, 23, 45, 53, 57, 71). Ülkemizde şu anda 44 merkezde karaciğer transplantasyonu yapılmasına ve binlerce karaciğer nakil hastası olmasına rağmen, karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesini inceleyen sınırlı sayıda yerli araştırma mevcuttur (13, 35, 60) Bu nedenle karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitesini inceleyen araştırmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu alanda yapılacak araştırmaların hasta eğitimlerinin planlanması, komplikasyonlarla başa çıkabilmelerine yönelik sosyal ve psikolojik destek faktörlerinin iyileştirilmesi ve evde bakım gereksinimlerinin saptanması konularına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Önemi

Karaciğer transplantasyonu çok uzun geçmişe sahip olmadığından, bu konuda yapılan araştırmaların da yeterli düzeyde olduğu söylenemez. Karaciğer transplantasyonu cerrahisi ve ameliyat sonrası komplikasyonlarla ilgili araştırmalar her ne kadar daha fazlaysa da hastaların yaşam kalitesini araştıran çalışmalar çok sınırlıdır. Özellikle ülkemizde giderek artan sayıda yapılan karaciğer transplantasyonlarında, ameliyat sonrası yaşam kalitesini belirlemeye yönelik kapsamlı bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Karaciğer nakli sayısı bazında 2014 yılında Avrupa'da birinci, Dünya'da ikinci sırada bulunan Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde nakil olmuş hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla

yaptığımız bu çalışmanın, nakil sonrası hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında ve evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesinde kullanılmak üzere önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, karaciğer transplantasyonu uygulanan bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesidir.



BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.Karaciğerin Anatomi ve Fizyolojisi

Karaciğer, insan vücudundaki en komplike organlardan biri olup, ortalama 1.3-1.8 kg ağırlığıyla en büyük iç organ ve en büyük salgı bezidir. Koyu kırmızımsı kahverengi bu organ, karın boşluğunun sağ üst kadranında, diyaframın altında, sağ böbrek, mide ve bağırsakların komşuluğunda 5. interkostal aralıkta lokalize olmuş durumdadır. Karaciğer glisson kapsülü adı verilen sert, fibroz bir kapsülle çevrilidir (25).

Karaciğere kan sağlayan iki kaynak mevcuttur. Bunlardan biri olan hepatik arter, oksijenden zengin kan desteği sağlarken diğer önemli kaynak olan portal ven ise mide ve bağırsaklardan aldığı sindirim ürünlerinden zengin kanı karaciğere taşır. Bu kanın %30 kadarı hepatik arter ile %70 kadarı da portal ven aracılığıyla sağlanır. Karaciğer tek başına vücudun total kan akımının %13 üne sahiptir. Karaciğer, vücuttaki total lenf üretiminin %30-50'sinin yapıldığı bir organ olarak da dikkatleri çeker (25).

Karaciğerin en göze çarpan işlevleri; safra üretimi ve salgılanması, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması için gerekli birçok reaksiyonun gerçekleştirilmesi ve gastrointestinal sistem (GİS) kaynaklı birçok bakterinin filtrasyonudur (25).

2.2.Karaciğerin Fonksiyonları

Mide ve bağırsaklardan çıkan kanın tamamı karaciğerden geçer. Karaciğer bu kanı işler ve vücudun geri kalanı için kullanılabilir formlara dönüştürür. Beş yüzün üzerinde hayati fonksiyonu olan karaciğerin en bilinen görev ve fonksiyonları şunlardır (12, 49, 60);

2.2.1.Protein Metabolizması

- Aminoasitlerin yıkılmasıyla ortaya çıkan amonyağın (NH_3), karbondioksit (CO_2) ile birleşerek üreye dönüşümünde rol alır.
- Plazma proteinlerinden olan albümin, alfa ve beta globülinleri sentez eder ve aminoasit depolar.

2.2.2.Karbonhidrat Metabolizması

- Glikojen depolar, glikoneogenez (glikozun yeniden yapımı), glikojenoliz (glikojenin parçalanarak glikoza dönüşmesi) ve glikogeneze (glikozdan glikojen sentezi) rol alır.

2.2.3.Yağ Metabolizması

- Yağ asitlerinin oksidasyonu, asetoasetik asit oluşumu, lipoprotein, kolesterol ve fosfolipid yapımı ve karbonhidratların yağa çevrilmesinde rol alır.
- Az miktarda yağ depo etme görevi de vardır.

2.2.4.Pıhtılaşma Fonksiyonu

- Fibrinojen, protrombin, faktör V ve VII karaciğerde sentezlenir. Antikoagülan etki gösteren heparin karaciğerde de mevcuttur.

2.2.5.Depo Fonksiyonu

- A,D,E,K ve B12 vitaminlerinin depo yeridir. A vitamini eksikliğini iki yıl, D ve B12 vitamin eksikliğini 3-4 aya kadar tolere edebilme yeteneğine sahiptir.
- B1, B2, niasin, pantotenik asit sentezinin yanı sıra demir ve bakırı depolar.

2.2.6.Hepatopoetik Fonksiyonları

- Dalak ve timüs ile birlikte intrauterin yaşamın 3 ve 5. ayına kadar eritrosit yapımında rol alır. Daha sonra kemik iliği bu görevi

üstlenecekse de büyük kan kayıplarında karaciğer hematopoetik göreve katılır.

- Ayrıca eritrosit yıkımı, bilirubin ve demir metabolizmasının sürdürülmesinde aktif rol alır.

2.2.7.Detoksifikasyon ve Koruma Görevi

- İstenmeyen maddeleri başka maddelere bağlamak ve daha az toksik hale getirmek suretiyle böbreklerden atılımını sağlar.
- Androjen, östrojen, aldosteron ve steroid gibi bazı hormonların yıkım yeridir. Karaciğer fonksiyon bozukluklarında hastalarda karşı cins özellikleri belirginleşebilmektedir.
- Morfin ve barbitüratların yıkım yeridir.

2.2.8.Kan Depolama ve Filtrasyon

- Karaciğer vücut total kan hacminin %25'ini kullandığından, kan kayıplarında sistemik dolaşımın kompensasyonunda aktif rol oynar.
- Retiküloendotelial sistemin bir parçası olan karaciğer, içeriğindeki kuppfer hücreleri ile portal dolaşımla gelen bakterilerin %99 unu fagosite etmek suretiyle enfeksiyonu önler.

2.2.9.İsı Regülasyonu

- Isı reseptörlerinin uyarımı ile karaciğerde kimyasal reaksiyonların hızlanması ya da azalması ile vücut ısısının korunması desteklenir.

2.2.10.Safra Yapımı

- Karaciğer hücreleri tarafından salgılanan safra, yağların sindirimi ve yağda eriyen vitaminlerin (ADEK) emiliminde rol sahibidir.

2.3.Karaciğerin Başlıca Hastalıkları

2.3.1.Hepatit

Karaciğerin en sık rastlanan hastalıklarından olan hepatit, akut hepatit ve kronik hepatit olmak üzere ikiye ayrılır.

Akut Hepatit: Karaciğerin hücresel düzeyde hasarına ve tahribine sebebiyet veren inflamasyondur (37). Oldukça yaygın görülen bu hastalığın nedenleri (37, 42);

- Viral enfeksiyonlar (viral hepatit A, B,C,D,E),
- İlaçlarda doz aşımı (asetaminofen, parasetamol),
- Zehirli mantar tüketimi ya da kimyasallara maruziyet.

Genelde gribal semptomlarla kendini gösteren, her bireyde değişkenlik göstermekle birlikte bulantı-kusma, sarılık, iştah kaybı, hipertermi, sağ üst kadranda hassasiyet, kas-eklem ağrıları ve ciltte kaşıntılı, kırmızı ürtiker şeklinde belirti verebilir. (37, 42)

Kronik Hepatit: Hepatite özgü semptomların 6 aydan fazla sürdüğü hepatitlerdir (37). Kronik hepatitin farklı tipleri vardır (42). Bunlar:

- Alkole bağlı kronik hepatit
- Karaciğer hücrelerinde siroza yol açabilen kronik aktif hepatit
- Karaciğer hücrelerinde siroza yol açmayan kronik persistan hepatit

Kronik hepatitin etiyolojisinde (42);

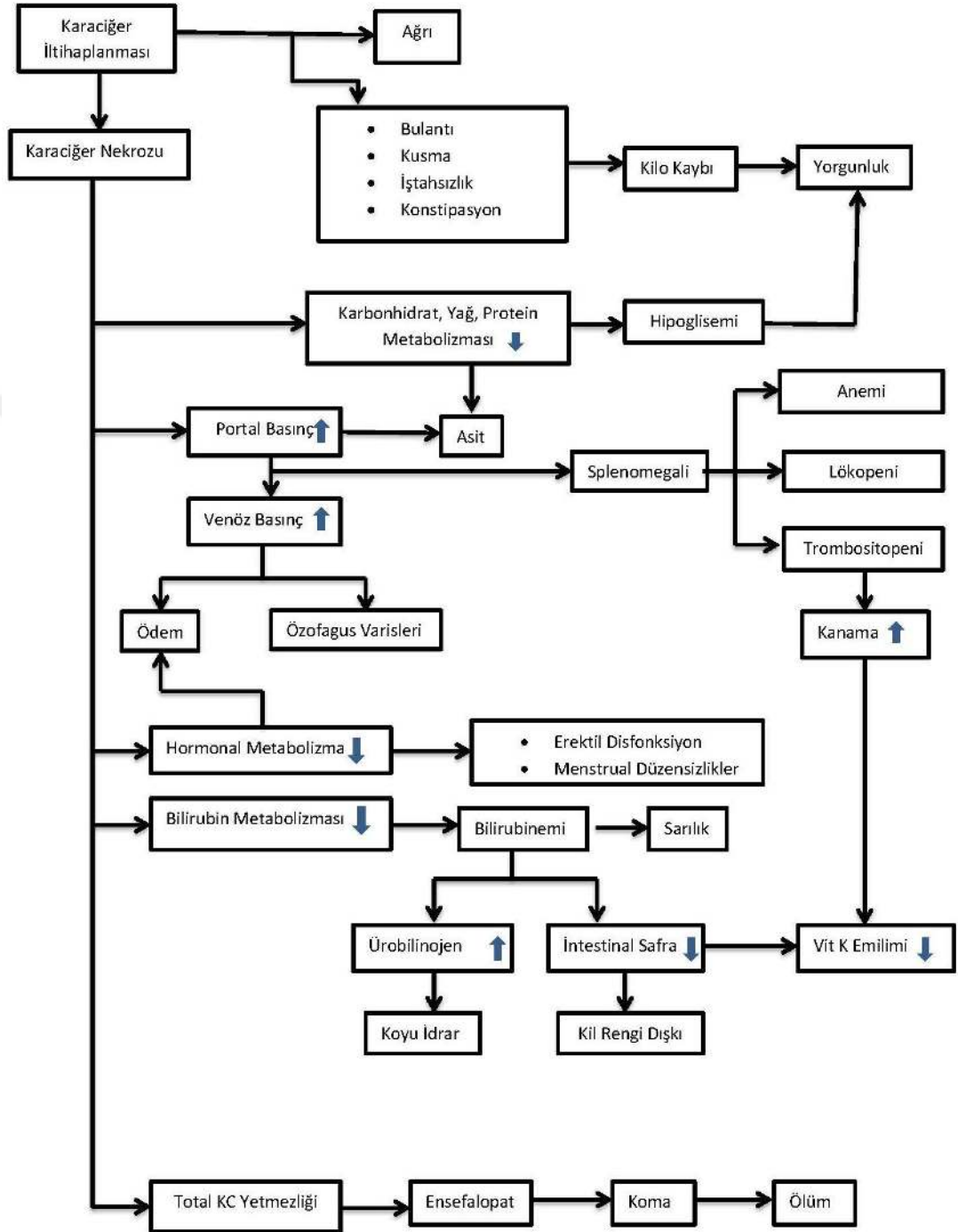
- Viral hepatitler,
- Yoğun alkol tüketimi,
- İlaçlar ve toksinler,
- Metabolik bozukluklar,
- Otoimmün reaksiyonlar vardır.

Kronik hepatite özgü özel bir yakınma olmadığından veya genellikle hafif olduklarından sıklıkla göz ardı edilebilmektedir. En sık rastlanan belirtiler (Şekil 2.1); iştah kaybı, yorgunluk, hipotermi, sağ üst kadranda ağrı, bilirubinemi, karında asit, ciltte örümceksi kan damar yapılarıdır. İdrar

renğinde koyulaşma, kaşıntı, iştah azalması ve kilo kaybı gibi yakınmalar genellikle otoimmün hepatitler, viral hepatitlerin alevlenme dönemleri ve siroza gidiş sırasında görölür (42).

Ölkemizde nakil yapılan hastaların %60-70'den fazlasının nakil nedenini kronik viral Hepatit B'ye bağlı siroz vakaları oluşturmaktadır (42).





Şekil 2.1.Karaciğer sirozunda belirti ve bulguların patofizyolojisi(44).

Hepatit B: HBV enfeksiyonunun kronikleşme ihtimali, enfeksiyona maruz kalınan yaş dönemlerine göre farklılık gösterebilir. Erişkinlikte bireylerin %10'unda, çocukluk çağındakilerin %30-40'ında, neonatal dönemde enfeksiyona maruz kalan bireylerin %90'ından fazlasında kronikleşebilir. Kronik hepatit B'li hastaların %40'ında herhangi bir karaciğer dejenerasyonu görülmez, bu kişiler sadece Hepatit B Virüsü (HBV) taşıyıcılarıdır. Kronik hepatitlerin %50 kadarı siroza evrilir, %10'unda ise Hepatosellüler Karsinom (HCC) meydana gelir. (37, 42)

Hepatit C: Hastaların %50-80'i kronik karaciğere çevrilebilir. Kronik hepatit C taşıyıcıları %13-22 belirti vermezler. Hepatit C Virüsü (HCV) taşıyıcısı olan hastaların prognozunun daha iyi olduğu bilinmektedir (42).

2.3.2.Karaciğer Sirozu

Primer etiyolojisinde viral hepatit ve alkol olan siroz, karaciğer parankim dokusunun geri dönüşümsüz hasarıdır. Bu hasara, fibrozis ve nodül oluşumu da eşlik etmektedir. Sirozda etiyolojinin değişmesi, ortaya çıkan morfolojik tabloyu değiştirmez (42).

Birçok nedene bağlı olarak gelişse de sirozun büyük oranda nedeni hepatit ve alkolizmdir. Kuzey Avrupa ve Amerika'da, etiyolojide alkol primer nedenken, Asya ve Afrika ülkelerinde viral hepatitler temel nedendir (42).

Bazı vakalarda herhangi bir neden bulunmaksızın siroz meydana gelebilir ki sirozun bu çeşidine kriptojenik siroz denir. Karaciğer sirozunun diğer nedenleri (42);

- Biliyer obstrüksiyon (primer ve sekonder)
- Veno-oklusif bozukluk
- Otoimmün hepatit
- Toksin ve ilaçlar

- Metabolik nedenler (Wilson Hastalığı, Hemokromatozis, Alfa-1 Antitripsin eksikliği, Tip-IV Glikojenez, Herediter Trizonemi, Kistik Fibrozis gibi hastalıklar)
- A Hipervitaminozu
- Sarkoidaz
- Yenidoğan sifilizi
- İnce bağırsak by-pass

Kompanse sirozda rutin muayene ve laboratuvar bulgularına göre tanı konur. Normal biyokimyasal değerler görülebiliyorsa da Gama Glutamil Transferaz (GGT) ve transaminaz düzeylerinde hafif yükselme olabilir (42). Hastaların bir kısmı sekonder bir rahatsızlığa bağlı nedenlerden ölene kadar kompanse siroz aşamasında kalabilirler. Diğer kısmı ise aylar ya da yıllar sonra dekompanse siroz dönemine girerler (42).

Dekompanse sirozlu hastalarda, asit ve sarılık en sık doktora başvurma nedenidir. Halsizlik, yorgunluk, kas-adale erimeleri, hızlı kilo kaybı ise diğer başvurma nedenleridir. Belirti ve bulgularında; kanamaya meyil, vücut kıllarında azalma, vasküler spider, palmar eritem, beyaz tırnak ve gonad atrofisi sıktır. (42)

Siroz şüpheli olgularda, tanı amaçlı yapılabilecek ilk tetkiklerin başında ultrason gelir. Özofagus varis kanamalarının varlığı ve derecesi hakkında bilgi almak açısından endoskopi önemli bir tanı aracıdır. (42)

Sirozlu hastalarda karaciğer transplantasyon endikasyonları(63);

- Özofagus varis kanaması,
- Asit,
- Spontan bakteriyel peritonit (SBP),
- Ciddi kaşıntı,
- Malnutrisyon,
- Portosistemik Ensefalopatidir.

Kompanse sirozlu hastalarda takip ve tedavi(63);

- Hepatosellüler karsinom açısından tarama yapılmalı
- Özofagus varislerinin tespiti için özofagu-gastroduodenoskopi yapılmalı
- Spontan bakteriyel peritonit oluşumunu engellemek adına profilaksi yapılmalı
- Hasta, osteoporoz açısından taramaya tabi tutulmalı
- Hepatit A Virüsü (HAV), HBV, influenza ve pnömokok aşılılarıyla bağışıklama sağlanmalı
- Hastadaki vitamin eksikliğine yönelik tedaviler düzenlenmeli
- Diyabet oluşumu yönünden hastalar izlenmeli

2.3.3.Fulminan Hepatik Yetmezlik

Öncesinde karaciğer hastalığı olmayan, semptomlar başladıktan sonra 8 hafta içinde yetmezlik tablosu gelişen hastalardır. Etiyolojisine bakılmaksızın stage-2 hepatik ensefalopatisi olan hastalar, nakil listesine girme kriterlerini taşıyor demektir. Yani bu hastalar için nakil kaçınılmazdır (63).

Fulminan hepatik yetmezliğin nedenleri; asetaminofen %39, indetermiant %17, ilaç reaksiyonları %13, HBV %7, HAV %4, diğer %20 (iskemi, otoimmün, Wilson Hastalığı, Budd-Chiari Sendromu, gebeliğe bağlı karaciğer yetmezliği) (63).

Komplikasyonlar operasyona engel olabilecek düzeye ulaşmadan transplantasyon gerçekleştirilmelidir.

2.4.Karaciğer Transplantasyonunun Tarihçesi

Karaciğer transplantasyonu üzerine ilk deneysel çalışmalar, 1955 yılında Stuart Welch'in köpekler üzerinde yapmış olduğu çalışmalar ile başlamıştır. 1956 da Cannon tarafından ilk ortotopik karaciğer transplantasyonu yapılmıştır. İnsandan insana ilk karaciğer transplantasyonu

1 Mart 1963 te, Thomas Starzl tarafından, Denver'daki Colorado Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Starzl, kadavradan temin edilen karaciğeri 3 yaşındaki biliyer atrezili çocuğa transplante etmiştir fakat intraoperatif şiddetli kanama nedeniyle hasta kaybedilmiştir. Aynı yılın mayıs ayında hepatoselüler karsinom tanılı yetişkin bir hastaya transplantasyon uygulanmış ancak başarı kaydedilememiştir (16, 32).

İmmünosupresif ilaçların olmaması, cerrahi teknikteki zorluklar ve enfeksiyonlara karşı uygun antibiyotiklerin temin edilememesi gibi bir dizi yetersizlik, ilk karaciğer transplantasyonlarının başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmuştur (32).

Siklosporin ve takrolimusun immünosupresif olarak kullanılmaya başlanmasıyla transplantasyondaki başarı %70'lere varan oranlarda artış göstermiştir. Buna bağlı olarak da 1980'li yıllara gelindiğinde karaciğerin ileri dönem yetmezliklerinde transplantasyon, tek tedavi seçeneği olarak kabul görmüştür (32).

1989 yılına kadarki transplantasyonlarda organ kaynağı olarak kadavra kullanılırken, çocuklar için elde edilebilir kadaverik organ yetersizliğinin giderilmesi adına canlı vericiden de karaciğer transplantasyonu yapılmaya başlanmıştır. Bu çok önemli adım Strong tarafından, bir anneden çocuğuna karaciğer sol lobunun transplante edilmesi suretiyle gerçekleştirilmiştir (16, 32).

2.5.Türkiye'de Karaciğer Transplantasyonunun Tarihçesi

Ülkemizde ilk karaciğer transplantasyonu, Ankara'da Organ Nakli ve Yanık Tedavi Vakfı Hastanesi'nde, Hacettepe Üniversitesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Mehmet Haberal'ın başkanlığındaki bir ekip tarafından Aralık 1988'de gerçekleştirilmiştir. 31 yaşındaki Fuat Koç isimli hastaya, 22 yaşında hayatını kaybeden genç bir vatandaşın karaciğeri, 15 saat süren operasyon sonunda transplante edilmiştir. Hasta, transplantasyondan 65 gün sonra hayatını kaybetmiştir (32, 36).

İlk karaciğer transplantasyonundan yaklaşık bir sene sonra, Aralık 1989'da, 17 yaşında hayata veda eden bir gencin karaciğeri, Ahmet Çilli adlı hastaya 10 saatlik bir ameliyat sonunda nakledilebilmiş. Bu hasta da ancak 10 gün yaşatılabilmektedir (32, 36).

1990 yılında ilk canlı vericili karaciğer transplantasyonu, Dr. Haberal ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir. Aynı yıl, aynı ekip tarafından "Akrabalar Arası Kısmi Karaciğer Nakli Programı" uygulanmaya başlanmıştır. Dünyada ilk kez segmental karaciğer ve böbrek nakli yapılmak suretiyle gerçekleştirilen çoklu organ transplantasyonunda da yine Dr. Haberal ve ekibinin imzası bulunmaktadır (36).

İlk sağkalımlı karaciğer transplantasyonu 1999'da Astarcioglu tarafından; ilk cansız vericili split karaciğer transplantasyonu ise 2000 yılında Ege Üniversitesi'nden Dr. Tokat tarafından yapılmıştır (32).

2.6.Karaciğer Transplantasyonu

Karaciğer transplantasyonu; öncelikle kan grubu uyumlu olmak üzere karaciğer doku uyumu olan canlı veya kadaverik donörlerden alınan karaciğerin tamamı veya bir parçasının, hasta bireye komplike bir operasyon süreci sonunda transfer edilmesidir. Medikal tedavinin tek başına yeterli olmadığı ilerleyici, son dönem karaciğer yetmezliklerinde tek tedavi seçeneği olan karaciğer transplantasyonu, yaşamı koruyucu ve sürdürücü rolü ile her geçen gün ciddi ilerlemeler kaydetmektedir. Dünya ile birlikte ülkemizde de transplantasyon için bekleyen hasta sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Yıllara göre karaciğer transplantasyonlarında artış göze çarpsa da (Tablo 2.1),karaciğer yetmezliğine giren hasta sayılarındaki dramatik artış ve onunla yarışamayacak derecedeki yetersiz donör sayısı, uzun bekleme listelerinin oluşmasına neden olmaktadır.

Ülkemizde şu anda 44 merkezde karaciğer transplantasyonu gerçekleştirilmektedir (41). T.C. Sağlık Bakanlığı Organ Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın 2015 verilerine göre 2173 karaciğer hastası

nakil beklerken, Mayıs ayı itibariyle Türkiye genelinde sadece 477 kişiye karaciğer transplantasyonu yapılabilmektedir (65). Son yıllardaki karaciğer transplantasyonları göz önünde bulundurulduğunda geçen her gün, transplantasyon beklerken hayatını kaybeden hastaların sayısı ciddi rakamlara ulaşmaktadır (Tablo 2.2). Karaciğer transplantasyonu endikasyonu bulunan hastalar için (Şekil 2.2) nakil kaçınılmaz olmaktadır. Bu noktada donöre olan gereksinim artmakta ve bu gereksinimi karşılama adına iki temel kaynaktan organ temini yoluna gidilmektedir ki bunlar; kadavra donör ve yaşayan sağlıklı donörlerdir.

Tablo 2.1.Yıllara Göre Canlı ve Kadavradan Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hasta Sayıları (41)

	2011	2012	2013
Canlı Nakil	623	736	959
Kadavra Nakil	280	265	289
Toplam Nakil	903	1001	1248

Tablo 2.2. Yıllara Göre Karaciğer Transplantasyonu Beklerken Ölen Hasta Sayısı (41)

	2011	2012	2013
KC Nakli Beklerken Ölen Hasta Sayısı	329	473	501

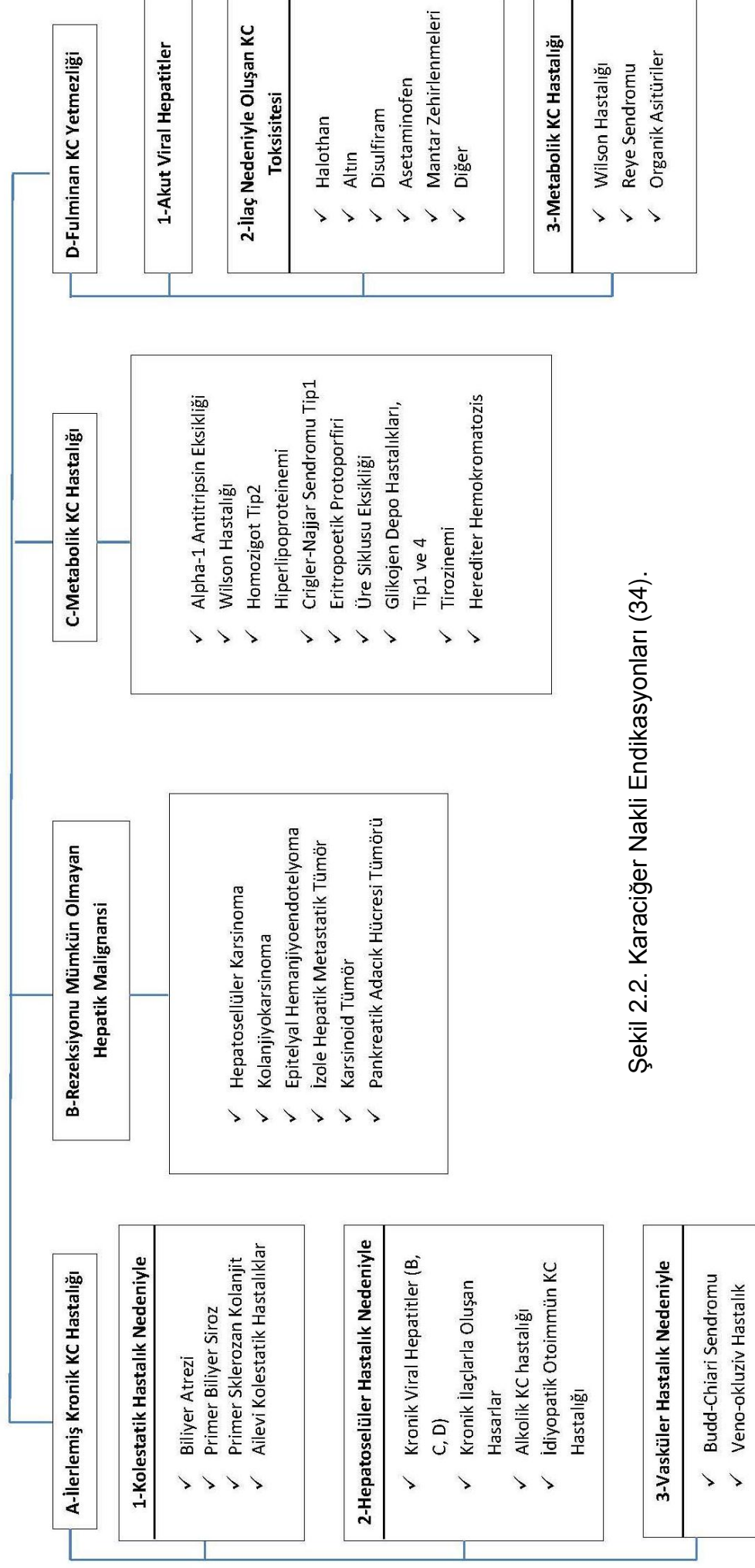
Kadaverik donör: Beyin ölümü tespit komisyonu tarafından beyin ölümünün gerçekleştiğine dair kesin kararın verildiği ve bunun kanıtlanıp birinci derece yakınlarının onamı alınmak suretiyle organın temin edildiği kaynaktır. Gerekli izinler alındıktan sonra donörün karaciğerinin tamamı alınarak özel korumalı solüsyonlarda 12-15 saat süreyle saklanabilmektedir. Bu süre içinde Ulusal

Koordinasyon Sistemi ile entegre olarak sürdürülen çalışmalar sonucunda en uygun alıcılar belirlenerek organın ilgili merkeze gönderimi sağlanır (38).

Yaşayan Sağlıklı Donör: Tamamen kendi özgür iradesi ile herhangi bir organ veya organ parçasını bir başkasına bağışlayan ve bu durumdan maddi çıkar gözetmeyen kişilerden oluşan organ kaynağıdır. Yeterli kadavra organ vericisinin olmaması ve canlı donör organının kadavraya göre daha sağlıklı olması sonucunda ortaya çıkmış bir kavramdır (38).



KARACİĞER NAKLİ ENDİKASYONLARI



Şekil 2.2. Karaciğer Nakli Endikasyonları (34).

2.6.1.Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları (25, 63);

- Aktif alkol ve uyuşturucu madde kullanımı
- Ekstrahepatik malignite (cilt kanseri hariç)
- AIDS
- Psikiyatrik hastalık
- Ciddi kardiyak hastalık
- Ciddi komorbid hastalık varlığı
- Kompanse sirozu olan ve varis kanaması veya SBP öyküsü olmayanlar
- Sistemik sepsis
- İlaç bağımlılığı
- İlerlemiş malnutrisyon
- Derin hepatik koma

2.6.2.Transplantasyon İçin Uygun Donörün Seçilmesi

Canlı donörden karaciğer transplantasyonlarında her açıdan uygun donörün tercih edilmesi istenmeyen durumların önlenmesi açısından önemlidir. Tan ve arkadaşlarına göre ideal donör profili (64);

- Gebelik durumu olmayan
- Alıcı ile kan grubu uyumu olan (tablo 2.3)
- 21-55 yaş aralığında olan
- Beden kitle indeksi (BKİ-BMI) 30'un altında olan
- Residüel karaciğer volümü %40'ın üzerinde olan
- Greftin alıcının vücut ağırlığına oranı 0,8 den büyük olan
- Önemli renal, pulmoner, kardiyak veya metabolik hastalığı olmayan
- Human Immunodeficiency Virus (HIV) (+), Cytomegalovirus (CMV) ve Epstein-Barr Virus (EBV) gibi viral enfeksiyonlar ile akut hepatit vb. enfeksiyonları olmayan
- Zorunlu olmamakla birlikte tercihen sigara içmeyen
- Alkolik düzeyde olmayan, en fazla sosyal içici olan

- Steatozu %20'nin altında olan
- Son dönem karaciğer hastalığına neden olabilecek potansiyel bir hastalığı olmayan
- Anatomik olarak karaciğerinde bir tane sağ portal ven, hepatik arter ve safra kanalı olan bireyler şeklinde tanımlanır.

Tablo 2.3:Karaciğer vericisi olmak için aranan kan grubu uyum kriterleri (63)

Kan Grubu	Alabileceği Gruplar	Bağışlayabileceği Gruplar
0	0	0-A-B-AB
A	A-0	A-AB
B	B-0	B-AB
AB	0-A-B-AB	AB
NOT: Organ bağışlarında Rh faktörü uyumu aranmaz		

2.6.3.Greft Seçimi

Diğer nakillerden farklı olarak karaciğer transplantasyonlarında vericiden organın sadece belli bir bölümü alınır. Canlı donörden greft alınırken Couinaoud tarafından belirtilmiş anatomik sınıflandırma (Şekil 2.3) göz önüne alınır (19). Buna göre sol karaciğer grefti, orta hepatik veni içeren veya içermeyen sağ karaciğer segmenti kullanılır (63). Çocuklarda ise sol lob ya da sol lateral segment tercih edilir (10).

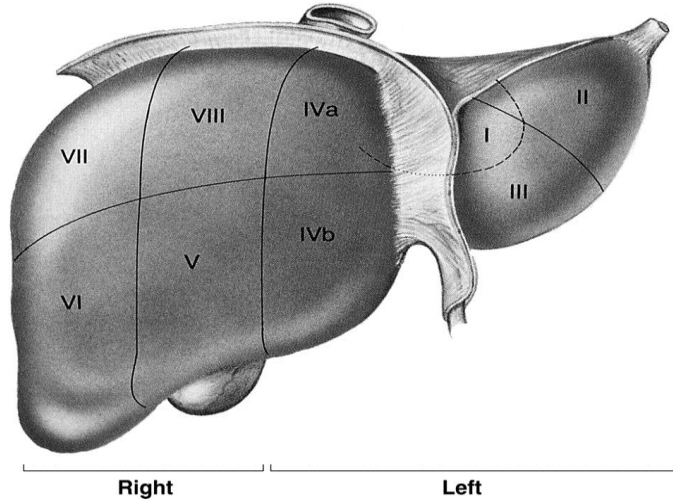
Transplantasyonların çoğunda vericinin total karaciğerinin %40-60'ı alıcıya nakledilir. Karaciğerin sağ ve sol lob olarak bölünebilir olması, kadaverik donörlerden alınan total karaciğerin iki farklı hastada

kullanılmasına imkân tanır. Sağ lob yaklaşık olarak total karaciğerin %60 kadarını oluştururken, sol lob %40'lık bir bölümünü oluşturur (63).

Karaciğer transplantasyonu için greft seçiminde dikkat edilmesi gereken temel husus, nakledilecek karaciğer greftinin tüm vücut ağırlığına oranının %1'in üzerinde ya da greftin tüm karaciğer dokusuna oranının %50'nin üzerinde olmasıdır. Sağlıklı donörlerin verebileceği ve alıcıların da alması gereken minimum karaciğer hacmini tespit etmek için Urata ve ark.'nın 1995 yılında hazırladıkları formül kullanılmaktadır (27, 66). Formül:

{karaciğer hacmi (ml)=706,2 x vücut yüzey alanı (m²)+2,4} şeklinde hesaplanmaktadır.

Donörden belli bir oranın üzerinde karaciğer alınması, donör için çok ciddi hayati tehlike oluşturabilir. Şimdiye kadar bildirilen donör ölüm oranı ortalama %0.1-1 arasındadır. Tamamen sağlıklı bir bireyin majör bir operasyon geçirmek zorunda olduğu düşünüldüğünde, bu, çok ciddi orandır (63).



Şekil 2.3 Canlı Donörden Greft Temininde Kullanılan Couinaoud Karaciğer Segmentleri (19)

2.6.4.Ameliyat Süreci

Yaklaşık olarak 40-45 yıllık bir geçmişe sahip olan karaciğer transplantasyonu, her geçen gün daha fazla aşama kaydetmişse de alıcı için zor bir operasyon olma imajından kurtulamamıştır. Ortalama operasyon süresinin 5-12 saat sürmesi karaciğer naklinin önem ve zorluğunu onaylar niteliktedir. Genel perspektifte bakıldığında hasta bireyin karaciğeri çıkarılıp yerine sağlam bir karaciğerin nakledilmesi basit bir işlem olarak algılansa da operasyon esnasında başta kanama olmak üzere birçok komplikasyon gelişme olasılığı nakil ameliyatının ciddiyetini gözler önüne sermektedir.

Karaciğer nakli ameliyatlarının komplike oluşu, bu ameliyatta rol alan sağlık ekibinin eksiksiz olmasını gerektirir. Karaciğeri alıcıya nakleden ekipte lider konumunda bir genel cerrahın yanı sıra ikinci bir cerrah, en az bir cerrahi asistanı, biri sirkülede olmak şartıyla en az iki hemşire, bir anestezi uzmanı ve bir anestezi teknikeri bulundurulmalıdır. Karaciğeri çıkarma ve takma işlemi genelde eş zamanlı başladığından aynı ekipten bir tane de donörden karaciğerin alınmasında rol alır. Transplantasyon ekibinde aynı zamanda uzman radyologlar (ultrason incelemelerinde bulunmak üzere) ve röntgen teknisyenleri de yer alır.

Verici ameliyatları alıcınıninkine nispeten daha kolay olmakla birlikte 3-6 saat gibi bir sürede tamamlanır ki bu, bir cerrahi operasyon için hiç de azımsanacak süre değildir. Ameliyat sonrası donörler en az bir gece yoğun bakımda, 3-7 gün de serviste gözlem altında tutulurken, alıcılar için bu süre en iyimser haliyle en az üç günü yoğun bakımda, 10-12 günü de serviste olmak üzere iki haftalık bir gözlem altı sürecini gerektirir.

Alıcılar, yoğun bakıma entübe bir şekilde getirilip bir süre mekanik ventilatör destekli solutulur. Hastanın akciğerleri kendi kendine yetecek ventilasyonu yapacak kapasiteye ulaştığında, ki bu 24-48 saat arasında değişebilir, ekstübe edilir.

Alicıların çoğunda ameliyat sonrası T-tüp ve drenler bulunabilir. T-tüp, safra miktarını ölçmek amacıyla hastaya geçici olarak takılır. Genelde 7-10 gün sonunda kolanjiyografi sonucuna göre darlık ya da safra kaçağı yoksa T-tüp bağlanır ya da kapatılır. Batında kan ve sıvı birikmesini önlemek amaçlı takılan drenlerden getiri az olması durumunda bunlar da çekilir.

2.6.5.Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Kullanılan İmmünosupresif İlaçlar

Uygun karaciğer temin edilip alıcıya nakledildikten sonra immün sistem bu yeni organı yabancı madde olarak algılayıp ona karşı savunma refleksine girer. Dolayısıyla rejeksiyon yani organ reddi kaçınılmaz olur. Rejeksiyonu önlemede en etkili yol, immünosupresif (bağışıklık sistemini baskılayan) ilaç kullanımıdır. Bu ilaçlar, bağışıklık sisteminin yabancı madde olarak algıladığı yeni karaciğere olan yanıtını zayıflatmak suretiyle işlev gösterirler. En sık kullanılan immünosupresifler şunlardır;

- Cellcept
- Kortikosteroidler
- Azatiyopirin
- Neoral
- Takrolimus
- Rapamun
- Myfortic
- Simulect

Mycophenolate Mofetil (Cellcept®)

1995'te kliniklerde kullanılmaya başlanan bu ilaç antiproliferatif bir ajan olup rejeksiyon için çok önemli olan lenfositlerin çoğalmasını baskılar. Azathiopirinden çok daha az yan etkisinin ve siklosporin ve kortikosteroid ile kullanıldığında çok başarılı sonuçlar vermesi ilacı tercih edilebilir kılmıştır (43).

Bulantı, kusma, diyare, peptik ülser gibi mide-bağırsak sistemine yönelik yan etkilerinin yanında kemik iliğinin baskılanmasına bağlı olarak eritrosit ve trombositlerin aşırı derecede düşmesine neden olabilir (43).

Kortikosteroidler (Prednisolone)

Kortikosteroidler, rejeksiyonu önlemek için ömür boyu kullanılabilen immünosupresanlardır. Rejeksiyon tedavisinde kısa süreli ve yüksek dozda kullanılabilirler. Gün boyu böbreküstü bezlerinden üretimi devam eden kortikosteroidler, sabahın erken saatlerinde en yüksek konsantrasyonda üretilmektedir. Bu nedenle ilacı sabah erken saatlerde almak hasta menfaatine olacaktır (43).

Kortikosteroid dozu hastanın kilosuna, tıbbi durumuna ve transplantasyonun üzerinden geçen süreye göre ayarlanır.

En önemli yan etkisi enfeksiyon bulgularını gizlemesi ve enfeksiyona yatkınlığı artırmasıdır. Bunun yanında (43);

- Hiperglisemi,
- Ajitasyondan konfüzyona duygu durum değişiklikleri,
- Diyare,
- Akne,
- İştah artışına bağlı kilo artışı,
- Hipertansiyon,
- Kas gücü kaybı,
- Katarakt,
- Vücutta tüylenme,
- Gastrointestinal yan etkiler ve
- Ağız içi aftlar gibi yan etkileri vardır.

Bu yan etkilere karşı kemik iliğini baskılamaması, diğer ilaçlarla kombine edilebilmesi ve karaciğer üzerinde doğrudan toksik etkilerinin olmaması kortikosteroid kullanımında tercih sebebidir (43).

Azathroprine (Imuran®)

Genelde başka immünosupresif ilaç ile kombine bir şekilde verilen azatiyopirin, hücrelerin bölünme yeteneğini engellemek suretiyle etkisini gösterir (43).

Siklosporin (Neoral®/Sandimmune®)

1980li yıllarda immünosupresyon protokollerine giren siklosporin, steroidlerden sonra nakildeki en önemli ilaç grubu olmuştur. T-lenfositlerin aktivasyonunu engellemek suretiyle etkisini gösterir. Genellikle oral olarak kullanılıp, azatiyopirin ve/veya kortikosteroidler ile kombine bir şekilde alınır. Kandaki siklosporin düzeyi ölçülebilir ve gerektiği durumlarda doz miktarı ve zamanı yeniden düzenlenebilir (43).

En önemli yan etkisi böbrekler üzerinedir. Yüksek doz alımlarda böbrek yetmezliklerine varan sonuçlara sebebiyet verebilir. Bunun yanında (43);

- Ellerde titreme, uyuşukluk, kas güçsüzlüğü, epileptik nöbetler gibi nörolojik yan etkiler,
- Hipertansiyon,
- Baş ağrıları,
- Gastrointestinal sorunlar,
- Karaciğer fonksiyon bozuklukları görülebilir.

Takrolimus (Prograf®)

T-lenfositlerin aktivasyonunu engelleyerek etki gösterir. Siklosporin gibi azatiyopirin ve/veya kortikosteroidler ile kombine bir şekilde alınır. Yine bu ilaçların da kandaki düzeyine bakmak mümkün olup doz miktarı ve zamanı çıkan sonuca göre revize edilebilir. Siklosporine oranla 10 ila 200 kat daha etkili bir ilaçtır. Başlıca yan etkileri (43);

- Böbreklerde fonksiyonel bozukluk,
- Hipertansiyon
- Baş ağrıları
- Uyku bozuklukları
- Tremor
- Ellerde ve ayaklarda uyuşukluk, karıncalanma
- Hiperglisemi

Sirolimus (Rapamune®)

B ve T lenfositlerinin inhibisyonuna yol açan bir mTOR inhibitörüdür. Günde bir tablet oral yolla alınmalıdır. 13 yaşın altındaki çocuklarda kullanılmamaktadır. En sık gözlenen yan etkiler (43);

- Enfeksiyon riskinde artış
- Bulantı
- Diyare
- Anemi
- Hiperlipidemi
- Baş ağrısı
- Akne
- Artrit
- Kas krampları

Myfortic

Bu ilaç, cellceptin yeni bir formülü olarak üretilip, üst sindirim sisteminin dejenerasyonunu ve mide bozukluklarını azaltmak için geliştirilmiştir (43).

Basılıxımb (Simulect®)

IL2 reseptörünün, lenfositlerin rejeksiyona yol açan çoğalmadaki önemli etkisini engelleyerek, reaksiyon fenomenini bloke eder (43).

2.6.6.Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşanabilecek Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri

Karaciğer transplantasyonu alanındaki bir dizi gelişmeler, beklenen yaşam sürelerini %30'lardan %80 seviyelerine kadar yükseltmiştir. Ölüm ile yaşam arasında, ölüm çizgisine daha yakın olan karaciğer yetmezliğindeki bireyler için ilk etapta, hayatta kalmak tek beklenti idi. Sokrates'in "Yaşamayı değil, iyi yaşamayı sağlamalıyız." sözü, bizleri, kaliteli yaşamın biyolojik olarak hayatta olmakla aynı şey olmadığı gerçeğiyle yüzleştirdi. İşte tam da bu noktada karaciğer alıcılarının en iyi koşullarda bakımının sağlanması ve yaşam kalitelerinin en uygun seviyelere çıkartılması gerektiği anlaşıldı (53).

Oldukça komplike bir operasyon ve bir o kadar kompleks postoperatif dönem, hasta iyileşme sürecinin vazgeçilmez sağlık bakım elemanı olan hemşirelere çok önemli sorumluluklar yükledi. Özellikle nakil sonrası uzun dönemde ortaya çıkan problemlerle baş etmede mesleki rol ve becerilere ihtiyaç duyulmaya başlandı. Karaciğer alıcılarının sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve öz bakımı teşvik için hemşirelerin, bu hastaların ne tür komplikasyonlara maruz kalabileceğini bilmesi gerekir (40). Bu komplikasyonlardan bazıları;

İmmünosupresyona Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Komplikasyonlar:

İmmünosupresyon, bağışıklık sisteminin baskılanması anlamına gelip, yetersizliği organ reddine, aşırılığı enfeksiyon ve malignitelere neden olmaktadır (40).

Karaciğer transplantasyonu sonrası immün sistemi baskılamak amacıyla bazı ilaçlar kullanılır. Steroidler bu ilaçlar içinde en çok kullanılanlarıdır. Birçok yararının yanında yan etkileri de olan bu grup ilaçların hastane ortamında uygulanması sırasında transplantasyon hemşiresine önemli görevler düşer. En başta bu ilaçların etkin bir şekilde uygulanması, yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimine azami dikkat edilmesi gelir. Gelişebilecek organ reddi belirtileri yönünden (karaciğerde ağrı ve hassasiyet, hipertermi, anormal dren getirisi, bilirubinemi, karaciğer enzim

yüksekliği ve yorgunluk) yakın izlem gerekir. Ayrıca hastanın tedaviye katılımı ve uyumunu desteklemek gerekir (40).

Steroid tedavisine bağlı olarak bağışıklık sistemi baskılanan bu hastalarda en önemli konu enfeksiyondur. Genelde ilk haftalardaki enfeksiyonlar bakteriyelken, sonraki haftalarda safra yolu enfeksiyonları, idrar yolları enfeksiyonları, fungal enfeksiyonlar görülebilir. Enfeksiyonlardan korunmak için Hepatit A ve B, pnömokok ve influenza aşılarının uygulanması gerekir. Ayrıca hastaların enfeksiyon kaynağı olan tüm ortamlardan izolasyonu da gerekmektedir. Transplantasyon hemşiresi enfeksiyonun önlenmesinde primer rol sahibidir. Hastaya yapılan girişimlerden önce ve sonra ellerin yıkanması, işlem esnasında eldiven takılması, bir hastadan diğerine geçişlerde el hijyenine dikkat edilmesi, hastanın ağız ve vücut bakımını periyodik olarak yeterli düzeyde yapılması konusunda hemşirelerin gereken özen ve hassasiyeti göstermesi enfeksiyonların kontrolünde çok önemlidir. Pnömoniye engellemek adına derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırmak, postüral drenaj uygulamak da akciğer enfeksiyonlarını önlemede önemli girişimlerdir (5, 24, 40).

Uzun süreli immünosupresyon kullanımı, malignite riskini normal bireylere göre 30-50 kat artırabilir. Bu konuda da hemşireler, erken tanılama amaçlı hastalara danışmanlık ve eğitimci rolleri üstlenmelidir (26).

Transplantasyon sonrası hastalarda ilk yıl hipertansiyon görülme oranı %65-70 dolaylarındadır (59). Birçok nedene bağlı olarak gelişebileceği gibi genelde kullanılan immünosupresif ilaçlar neticesinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Bunlardan özellikle Siklosporin ve Takrolimus, transplantasyon sonrası kan basıncını yükseltir. Hipertansiyona yönelik hemşire, yakından tansiyon takibi, uygun protokol ve doktor istemi doğrultusunda antihipertansif ajanların uygulanmasını sağlamakla yükümlüdür (40).

Karaciğer Transplantasyonuna Bağlı Psikolojik Problemler: Karaciğer alıcılarının steroid ve immünosupresif ajanları kullanmak zorunda olmaları birçok psikolojik problemleri de beraberinde getirmektedir. Bunlar; içine

kapanma, ajitasyon, aşırı konuşma, ani gelişen öfori hali, uykusuzluk, huzursuzluk, davranış değişiklikleridir. Bu problemlerin olabileceği konusunda hemşire, hasta yakınlarını bilgilendirmeli. Sıkıntıların süreklilik arz etmesi durumunda hastalar psikiyatri uzman hekimleri tarafından değerlendirilmek üzere yönlendirilmelidir. Ayrıca bu dönemde ailenin hasta ile işbirliği içinde olması ve onu desteklemesi de çok önemlidir (3, 40).

Tedavi Rejimine Uyumsuzluk: Transplante edilen organın reddedilmesinin önlenmesinde immünosupresif tedaviye uyum hayati önem taşımaktadır. Konunun önemi hastaya her fırsatta açıklanmalı, greft sağ kalımı açısından bunun hayati önem taşıdığı, uyumun tedavide başarıya ulaşmada önemli olduğu hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından anlatılmalı (40).

Transplantasyona Götüren Hastalığın Yeniden Gelişmesi: Nakil sonrası hepatitin bazı türleri, metabolik karaciğer hastalıkları, hepatosellüler karsinom ve kistik fibrozis gibi hastalıklar nakil sonrası nüksedebilir. Bunu için özellikle hepatitte transplantasyon sonrası erken dönemde profilaksi çok önemlidir (40, 59).

Nörolojik Komplikasyonlar: Transplantasyon sonrası titreme, baş ağrısı, periferik nöropati, uyku bozuklukları, ruhsal değişiklikler gibi minör nörolojik şikâyetlerin yanında, nöbet, bitkisel hayat, ensefalopatiler ve paraliziler görülebilir. Bu bozuklukların çoğu immünosupresif tedaviye bağlı olarak gelişebileceği gibi elektrolit bozuklukları sonucunda da görülebilir. Hemşire hastayı elektrolit değerleri yönünden takip edip, gerektiği durumda ilgili doktoru bilgilendirmelidir (4, 40).

Bütün bu komplikasyonların yanında immünosupresyonda kullanılan steroidlere bağlı gelişen iştahta artma ile birlikte kilo artışı ve yine aynı sebebe bağlı olarak cushingoid görünüm (ay dede yüz, sırtta bufalo hörgücü), vücut sivilcelerinde artış, hirsutizm (kılınma) ve diş eti hiperplazisi de görülebilmektedir. (40,52)

2.6.7.Ameliyat Sonrası Bakım

Karaciğer transplantasyonlarından sonra hastanın bakımı en az ameliyat kadar önemlidir. İmmünosupresif ilaçlar kullanmak zorunda olan bu hasta grubu enfeksiyona açık hale gelmektedirler. Transplantasyon sonrası komplikasyonları önlemek için şu noktalarda dikkatli olunmalı (6);

- Ameliyat insizyon yerinin enfekte olmaması için düzenli pansuman yapılmak suretiyle yaranın temiz tutulması sağlanmalı.
- Safra izlemi amacıyla takılan T-tüp ve/veya varsa drenlerin vücuda giriş noktaları enfeksiyon açısından izlenmeli ve düzenli pansuman yapılmalı. Deride kızarıklık, ısınma, akıntı durumlarında doktor ile irtibata geçilmeli
- T-tüpün yerinden çıkmasına sebebiyet verebilecek ani, şiddetli hareketlerden kaçınılmalı.
- Enfeksiyonun ya da red sürecinin ilk işareti olabilecek hipertermilerde ilgili doktora başvurulmalı.
- Doktorun reçete ettiği ilaçlar dışında ilaç kullanılmamalı.
- Ağız içi aft ve enfeksiyonları önlemek için ağız bakımına azami özen gösterilmeli.
- El ve vücut temizliğine önem verilmeli.
- İmmünosupresif ilaçlara bağlı olarak başta siklosporin olmak üzere ilaçların bazıları vücudun görünen bölümlerindeki tüylerin sıklaşmasına ve büyümesine sebebiyet verebilir. Bu ilaçların kullanımına kesinlikle ara verilmemeli, gerekirse doktor önerisiyle depilatuar bir ilaç kullanılabilir ya da ağda yapılabilir.
- Kortizon kullanımına bağlı olarak iştahta artma söz konusu olabilir. Dolayısıyla kilo alımının önü açılmış olur. Bu nedenle düzenli bir perhiz ve beslenme ihtiyaç duyulan temel unsurdur. Az yağlı ve az şekerli diyetler hem kiloyu hem de kan şekerini kontrol altında tutmaya yardımcı olabilir.
- Taze süt ve süt ürünlerinin tüketimine dikkat edilmeli, bol sıvı tüketilmeli ve çiğ sebze ve meyvelerden kaçınılmalı.

- Kortikosteroidler yan etkilerinden biri de vücudun tuz depolamasıdır. Buna bağlı olarak vücutta su tutularak hipertansiyona sebebiyet verebilir. Bu yüzden tuz diyetten çıkarılmalıdır.
- Hastalık süresince güçsüzleşen kaslara zindelik katmak için günlük egzersizler yapmaya özen gösterilmeli. Ayrıca ilaçların yan etkilerinden olan kemik erimesi riskini de en aza indirmiş oluruz.
- Karaciğeri tahrip gücü yüksek bir içecek olan alkolden uzak durulmalı.
- İmmünosupresifler, bayan hastalar için cinsellikte korunma aracı olan doğum kontrol haplarının etkinliğini azalttığından, kullanılmaması gerekmektedir.

2.7.Yaşam Kalitesi

Oldukça geniş kapsamlı bir kavram olan yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanım bulunmakla birlikte evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yoktur. Ancak genel manada yaşam kalitesi, *“kişinin hayatından memnun olması, istek ve gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanması ve genel olarak tam bir iyilik haline ulaşması”* olarak tanımlanabilir. Bu kavramı ilk olarak Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrew ve Withey (30), bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel (30) ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi şeklinde tariflemişlerdir (28, 46, 55).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini *“Bir kişinin amaçlarıyla, beklentileriyle, standartlarıyla ilişkili ve içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi kapsamında yaşamdaki pozisyonuna karşı algıları”* olarak tanımlamaktadır (68). Temelde psikososyal ve ekonomik refahın sağlanması ve düzenli bir şekilde sürdürülmesinin amaçlandığı yaşam kalitesi kavramı, bu öneminden dolayı tarih boyunca farklı disiplinler tarafından ele alınmıştır. Yetmişlerde tıp alanına giren bu kavramın hemşirelik alanında kullanılması seksenlerden sonra gerçekleşmiştir (33).

Yaşam kalitesi şu dört temel konu ile ilgilenir (48);

- Psikolojik esenlik
- Fiziksel esenlik
- Sosyal ve bireysel esenlik
- Maddi (parasal) esenlik

Yaşam kalitesi kavramı; tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, sübjektif olarak deneyimlenen bir niteliktir. Asıl amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerinin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır (46, 47).

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler genel amaçlı (jenerik) ve özel amaçlı (hastalığa özgü) ölçeklerdir. Jenerik ölçeklerden en sık kullanılanı SF-36 olmakla birlikte WHOQOL (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği), Nottingham Sağlık Profili ve Hastalık etki profili (Sickness Impact Profile) de yaşam kalitesi ölçümlerinde tercih edilen jenerik ölçeklerdir (48).

Karaciğer nakli sonrası uyum bozukluğunu etkileyen etmenler üzerine yapılmış araştırmalarda, rejeksiyon açısından önemli bir risk teşkil eden uyum bozukluğunun, yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (53).

Bravata ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmaya göre son dönem karaciğer hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ciddi bir biçimde etkilenmektedir. Bunu önlemeye yönelik nakil tedavi programlarının psikolojik ve sosyal desteğe yönelik gelişmesi ve naklin her aşamasında bunun sağlanmasının gerekliliğinden bahsedilmiştir. Bu çalışmada, sosyal işlevsellik, ağrı yönetimi ve ruh sağlığıyla ilgili yoğun destek içeren programların gerekliliği göze çarpmaktadır (14).

2.7.1.Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması: Sağlık durumu nesnel bir değerlendirmenin sonucu olmakla beraber algılanan sağlık öznelidir. Bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip bireyler kendini sağlıklı hissederken,

herhangi bir hastalık belirtisi olmayan bireylerin kendini hasta hissetmesi sağlığın algılanması ile ilgilidir (51).

Fonksiyonel Durum: Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak için günlük ihtiyaçlarını karşılamadaki yeterliliği olarak kabul edilir (51).

Ruhsal Durum: Uzun ve kısa süreli stresörlere verilen duygusal yanıtlardır. Fiziksel hastalıklar sonucunda meydana gelen anksiyete, depresyon ve/veya kızgınlık durumlarına bağlı olarak kişinin yaşam kalitesini etkiler (51).

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: Kişilerin sağlığını etkileyen veya onların sağlığından etkilenen, yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Bireyin hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilgilidir (8).

2.7.2.Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Son yıllarda hemşirelik mesleğinin sadece hasta odaklı bakım yaklaşımının aksine holistik (bütüncül) hemşirelik yaklaşımı ön plana çıkmıştır. Holistik yaklaşım, hastanın yaşam kalitesi, birlikte yaşadığı ailenin yaşam kalitesi ve sosyal çevresinin yaşam kalitesini birlikte ele alır (28). Sağlık hizmetleri felsefesi de hastaların yaşam kalitelerini yükseltmede holistik yaklaşımı benimser.

Hemşireler yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde diğer sağlık çalışanlarına göre daha önemli bir konumdadırlar. Bu konumu hemşireye, hastanın fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan kaliteli yaşam modelleri planlamasını ve uygulamasını gerektirir.

Hastalık durumunda hemşirenin en önemli görevi ve amacı; kişi öz bakımında yeterli duruma gelene kadar destekleyici ve yardımcı rol üstlenmek suretiyle yaşamdan almış olduğu hazzı en st seviyeye çıkarmaktır (70).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi:

Araştırma, prospektif ve tanımlayıcı araştırma tasarımına uygun olarak, karaciğer nakli uygulanan hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, karaciğer naklinde Türkiye'nin önde gelen hastanelerinden biri olan Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Polikliniğinde yapılmıştır.

Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 1996 yılında Malatya'nın 10 km doğusunda, 7.000 dönüm alana kurulmuş, İnönü Üniversitesi kampüsü içinde yer almaktadır. Hastanenin toplam kapalı alanı 124000 m²'dir. 16 katlı 1024 yatak kapasiteli hastanede 31 servis, 12 yoğun bakım ve 26 adet ameliyathane ile hizmet verilmektedir. Hastane, sağladığı sağlık hizmetleri ile bölge hastanesi olup komşu ülkelerden de hasta kabul etmektedir.

İlk karaciğer transplantasyonunu 2002 yılında gerçekleştiren Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Nisan 2013'te 1000. karaciğer transplantasyonunu yaparak, bu alanda dünyada ikinci sıraya yerleşmiştir. 2015 yılı itibarıyla haftada ortalama 3-5 canlı vericili karaciğer transplantasyonu gerçekleştirilmektedir. Karaciğer transplantasyon bölümü 3 ameliyathane, 10 yataklı yoğun bakım ve 30 yataklı serviste; 11 öğretim üyesi, 16 araştırma görevlisi, 1 koordinatör, 30 hemşire ve 18 yardımcı personel ile hizmet vermektedir. Hastanenin karaciğer transplantasyon başarı oranı %86'dır.

3.3.Araştırmanın Zamanı:

Araştırma, Ocak 2015 – Haziran 2015 tarihleri arasında Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran karaciğer alıcıları üzerinde yürütülmüştür.

3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde, 2002-2015 yılları arasında karaciğer nakli olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem, Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Polikliniğine kontrol amacıyla başvuran hastalardan, araştırmanın örneklem ölçütlerini sağlayan hastalar dâhil edilmiştir.

Örneklem Ölçütlerine göre:

- Karaciğer nakli üzerinden en az üç ay geçmiş,
- On dört yaş ve üzerinde (SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin 14 yaş ve üzerindeki kişiler için uygun olması nedeniyle)
- Türkçe iletişim kurabilen,
- Psikiyatrik bir hastalığı olmayan ve bu amaçla ilaç kullanmayan
- Araştırmanın veri toplama formlarını doldurmaya yönelik fiziki herhangi bir kısıtlılığı olmayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katıldıktan sonra ayrılmak isteyen, veri toplama formlarının önemli bir bölümünü doldurmayan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

3.5.Araştırma Etiği:

Hastalara gerekli tüm açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden yazılı izin alınmıştır. (EK-7)

Araştırmanın yapılabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu Onayı (EK-4) ile Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden yazılı kurum izni alınmıştır. (EK-5, EK-6)

3.6. Veri Toplama Araçları:

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından literatür (13, 20, 60) taramaları sonucunda oluşturulan sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili verilerin toplanmasına yönelik iki form ve yaşam kalitesinin belirlenmesi için de SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır (EK-3). Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıdadır:

- ✓ Kişisel Bilgi ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu,
- ✓ Bilgi Durumu ve Eğitim Konuları Formu
- ✓ SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

3.6.1. Kişisel Bilgi ve Hastalığa İlişkin Bilgi Formu: Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, birlikte aynı evi paylaştığı bireyler, çalışma durumu, gelir düzeyi vb. verileri sorgulayan sosyo-demografik bölüm ile tıbbi tanı, nakil için beklenen süre, naklin üzerinden geçen süre, kronik hastalık varlığı, nakil kaynağı, hastanede kalma süresi, hastanede kalma süresini olumsuz etkileyen komplikasyon, ameliyat sonrası bedensel yakınmaların süresi, taburculuk sırasında tıbbi yardım alınıp alınmadığı gibi sorulardan meydana gelmiştir.

3.6.2. Bilgi Durumu ve Eğitim Konuları Formu:

Bu formda karaciğer transplantasyonu yapılan bireylerin, taburculuk sonrası alması gereken 16 adet eğitim konusu sıralanmıştır. Form, “Hastaneden Bilgi-Eğitim Alma Durumu”, “Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumu (Eğitim Alanlar İçin)” ve “İlgili Konuda Bilgi ve Eğitim Verilmesine İhtiyaç Duyuyor musunuz?” başlıklarını içeren üç sütuna ayrılmıştır.

Ankete katılan bireylerin “Hastaneden Bilgi-Eğitim Alma Durumu” sütununda, ilgili konu karşısındaki boşluğa, bilgi almış ise E (Evet Aldım); almamış ise H (Hayır Almadım); eğitim alıp almadığını hatırlamıyorsa X

(Hatırlamıyorum) yazacakları satırlar mevcuttur. Bu sütun ankete katılan karaciğer alıcılarının hastaneden taburculuk sonrası eğitim alıp almadığını sorgulamaktadır.

“Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumu (Eğitim Alanlar İçin)” sütunu ile karaciğer alıcılarından hastaneden eğitim almış olanların, verilen eğitimi yeterli bulup bulmadıkları sorgulanmaktadır. Bu ikinci sütunda, bireylerin, verilen eğitimi “tamamen yeterli” bulmuş ise A, “biraz yeterli” bulmuş ise B ve yeterli bulmamışsa C yazacakları alanlar mevcuttur.

“İlgili Konuda Bilgi ve Eğitim Verilmesine İhtiyaç Duyuyor musunuz?” sütunu ise ilgili konuda eğitime ihtiyaç duyanların E (Evet), ihtiyaç duymayanların H (Hayır) yazacakları kutucuklardan meydana gelmektedir.

Karaciğer transplantasyonu yapılan bireylerin, taburculuk sonrası alması gereken eğitim konuları;

- Kullanılması gereken ilaçlar ve kullanım şekli
- İlaçların etkileri ve yan etkileri
- Hastaneye kontrole gelme sıklığı
- Enfeksiyon belirtileri
- Rejeksiyon (organ reddi) belirtileri
- Rutin kontroller dışında tıbbi yardım alınması gereken durumlar
- İlaç-besin etkileşimleri
- İlaç-ilaç Etkileşimleri
- İmmünosupresif tedavi: amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri
- Evde banyo yapma durumu

- Nakil öncesi işine (çalışmaya) dönme durumu
- Diyet-beslenme şekli
- Günlük yaşam tarzı düzenlemeleri
- Evde bakım gereksinimleri
- Egzersiz yapma durumu ve
- Cinsellik olarak belirlenmiştir.

3.6.3.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından (1999) yapılan Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Rand Corporation tarafından (Ware ve Sherbourne) (1992) geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (2). Otuz altı sorudan oluşan ölçek, kendi kendini değerlendirme ölçeği olup yaşam kalitesinin sekiz boyutta ölçümüne olanak tanımaktadır. Bunlar:

- Fiziksel Fonksiyon (FF-10 soru)
- Sosyal Fonksiyon (SF-2 soru)
- Fiziksel Rol Güçlüğü (FRG-4 soru)
- Emosyonel Rol Güçlüğü(ERG-3 soru)
- Mental Sağlık (MS-5 soru)
- Vitalite/Yaşamsallık (V-4 soru)
- Ağrı (A-2 soru)
- Genel Sağlık Algısı (GSA-5 soru)

Bu sorulara ek olarak ameliyat öncesine göre şimdiki sağlık durumundaki değişim algısını içeren bir soru da mevcut olup değerlendirmeye alınmamaktadır. Ölçek 14 yaş ve üstüne uygulanabilmektedir. Bu soru dışındaki sorular cevaplandırılırken hastanın son bir ayı göz önüne alınarak yanıtlanmaktadır. 13-14-15-16-17-18 ve 19. Sorular Evet/Hayır şeklinde

yanıtlanırken bu soruların dışındaki diğer tüm sorular Likert tipi (üçlü-beşli-altılı) yapılmaktadır (2).

Ölçekten tek bir puan elde etmek mümkün değildir. Yaşam kalitesinin her bir alt boyutu için ayrı ayrı puanlama yapılır. Her bir alt ölçek kendi sınıfını 0-100 arasında ölçer. 0 puan “Kötü Sağlık” kabul edilirken, 100 puan “İyi Sağlık” durumunu gösterir. (2, 7)

SF-36’nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.732- 0.761 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0.471- 0.734 arasında, sosyal fonksiyonda 0.835- 0.844 arasında, emosyonel rol kısıtlamasında 0.653-0.825 arasında, fiziksel rol kısıtlamasında 0.688-0.903 arasında, ağrıda 0.788 0.887 arasında, mental sağlıkta 0.689-0.781 arasında, vitalite (enerji)’de 0.616-0.794 arasında ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.569- 0.781 arasında bulunmuştur. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir (2).

Tablo 3.1. SF-36 Puanının Hesaplanması (22)

	Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	Soru Numaraları	Olası En Düşük Ham Puanlar	Olası Ham Puan
Fiziksel Sağlık	Genel Sağlık Algısı	1-33-34-35-36	5	20
	Fiziksel Fonksiyon	3-4-5-6-7-8-9-10-11-12	10	20
	Fiziksel Rol Güçlüğü	13-14-15-16	4	4
	Ağrı	21-22	2	10
Mental Sağlık	Emosyonel Rol Güçlüğü	17-18-19	3	3
	Sosyal Fonksiyon	20-32	2	8
	Mental Sağlık	24-25-26-28-30	5	25
	Vitalite	23-27-29-31	4	20

Alt Ölçek Skoru= Elde edilen ham puan – En düşük ham puan X 100

Olası ham puan

Tablo 3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Bileşenleri (13)

Alt ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel İşlev	Yıkanma ve giyinme dâhil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dâhil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıklı ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
Fiziksel Rol	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Ağrı	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötü gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal İşlev	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Mental İşlev	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Anketler, genel cerrahi polikliniğine kontrole gelen ve en az üç ay önce karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarla, yüz yüze anket yöntemi uygulanmak suretiyle uygulanmıştır. Her soru, ankete katılan bireylere net

olarak anlayabilecekleri şekilde anlatılmıştır. Her bir anket ortalama 15-20 dakikada tamamlanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ait tanımlayıcı istatistiklerde sayı (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma, ortanca, en büyük-en küçük sayı gösterimi kullanılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları yukarıda açıklandığı gibi hesaplanmış ve alt boyut puanları belirlenmiştir. Puan ortalamaları ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ile karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması parametrik koşulların sağlandığı durumlarda Bağımsız Gruplarda T-Testi, parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Test, üç ve üzeri grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Test kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.9.Sınırlılıklar

Bu çalışmanın bir tez çalışması olması nedeniyle 4 aylık bir süre içinde tamamlanmış olması gerekmiştir. Bu durum karaciğer alıcılarının bir bölümüne ulaşma şansımızı azaltmıştır. Örneklem hacminin hesaplanmamış olması ve olasılıksız randomizasyon yöntemiyle bireylerin seçilmesi ve diğer merkezlerde karaciğer nakli yapılan hastaların araştırmaya dâhil edilememiş olması bir başka sınırlılık olmuştur. Bu nedenle araştırma sonuçları evrene genellenemez.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, karaciğer transplantasyonu uygulanan ve araştırma kapsamına alınan 103 hastanın tanıtıcı ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin veriler, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde edilen veriler ile değişkenler arasındaki ilişkilere ait istatistiksel analiz sonuçlarının bulguları verilmiştir. Bulgular bölümü aşağıdaki başlıklar altında incelenecektir:

- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular
- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları
- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular
- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular

4.1. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=103)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş Ort.±SS*=45.75±14.75; Ortanca=49.00; En Küçük-En Büyük=15-68 ≤49 Yaş >50 Yaş	52 51	50.5 49.5
Cinsiyet Kadın Erkek	31 72	30.1 69.9
Medeni Durum Evli Bekâr	84 19	81.6 18.4
Birlikte Yaşadığı Kişiler Eşi ve Çocukları Anne, Baba, Eş ve Çocuklar Yalnız	82 16 5	79.6 15.5 4.9
Eğitim Durumu Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	12 49 17 15 10	11.7 47.6 16.5 14.6 9.7
Şu Anki Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	7 96	6.8 93.2
Aylık Gelir Durumu Gelir, Giderden Az Gelir, Giderden Fazla Gelir ve Gider Eşit	41 17 45	39.8 16.5 43.7
Sosyal Güvencesi Var Yok	96 7	93.2 6.8
Kronik Hastalık Durumu Var Yok	66 37	64.1 35.9

*Ort.±SS=Ortalama±Standart Sapma

Karaciğer transplantasyonu uygulanan ve araştırmaya dâhil edilen 103 hastanın tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır. Tablo’ya göre 103 karaciğer alıcısının %69.9’u (n=72) erkek, yaş ortalaması 45.75 ± 14.75 yıl olup yaşları 15 ile 68 yaş arasında değişmektedir. Hastaların yarısı (%50.5) 49 yaş ve altında, %81.6’sı (n=84) evli, %47.6’sı (n=49) ilkokul mezunudur. Hastaların çoğu (%79.6) eşi ve çocuklarıyla yaşadıklarını belirtirken, %93.2 (n=96) gibi büyük bir çoğunluğunun herhangi bir işle meşgul olmadıkları, %43.7’sinin (n=45) gelirinin giderine denk olduğu ve büyük bir kesiminin (%93.2) sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir.

Herhangi bir kronik hastalık varlığının araştırıldığı soruya, araştırmaya katılan bireylerin %64.1’i (n=66) “Evet” seçeneğini işaretlerken, %35.9’u (n=37) “Hayır” cevabını vermiştir.

Tablo 4.2. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların, Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=103)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı	%
Tıbbi Tanısı		
Hepatit B	89	86.4
Fulminan Karaciğer Yetmezliği	4	3.9
Hepatit C	5	4.9
Alkolik Siroz	3	2.9
Hepatosellüler Karsinom	2	1.9
Transplantasyon İçin Bekleme Süresi (Gün) Ort.±SS*=121.75±325.13, Ortanca=0.00; En Küçük-En Büyük=0-1825		
Hiç Beklemeyenler (0 gün)	57	55.3
1-120 Gün	31	30.1
121 Gün ve Üzeri	15	14.6
Transplantasyondan İtibaren Geçen Süre (Ay) Ort.±SS*=27.39±21.35; Ortanca=23.00; En Küçük-En Büyük=3-108		
3-6 ay	10	9.7
6.1-12 ay	18	17.5
12.1-24 ay	36	35.0
24.1-48 ay	24	23.3
48.1ay ve üzeri	15	14.6
Transplantasyon kaynağı		
Canlı	89	86.4
Kadavra	14	13.6
Transplantasyon Sonrası Hastanede Kalma Süresi (Gün) Ort.±SS*=41.40±33.45; Ortanca=30.00; En Küçük-En Büyük=10-180		
10-21 Gün	28	27.2
22-33 Gün	33	32.0
34 Gün ve Üzeri	42	40.8
Ameliyat Sonrası Hastanede Kalma Süresini Uzatan Olumsuz Durumla Karşılaşma		
Evet	35	34.0
Hayır	68	66.0
Transplantasyon Sonrası Bedensel Yakınma Süresi (Hafta)		
8 Haftaya Kadar	54	52.4
8.1-12 Hafta	24	23.3
12.1 Hafta ve Üzeri	25	24.3
Sağlık Profesyonellerinden Taburculuk Sonrası Eğitim Alma Durumu		
Evet	91	88.3
Hayır	12	11.7
Kendisiyle Aynı Durumda Olanlara Karaciğer Transplantasyonu Önerme		
Evet	98	95.1
Hayır	5	4.9

*Ort.±SS=Ortalama±Standart Sapma

Tablo 4.2’de Karaciğer transplantasyon uygulanan hastaların, hastalık özellikleri ve transplantasyon sürecine ilişkin bulguları yer almaktadır. Tablo’ya göre araştırmaya katılan 103 kişinin %86.4’üne (n=89) Hepatit B’ye bağlı siroz nedeniyle transplantasyon yapılmıştır. Hastaların transplantasyon için ortalama bekleme süresi 121.75 ± 325.13 gün olup alıcıların %55.3’ü (n=57) transplantasyon için hiç beklemediklerini ifade etmişler, en uzun bekleme süresi ise 1825 gün olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastalar en yakın 3 ay önce, en uzun 108 ay önce transplantasyon ameliyatı olmuştur. Hastaların %35.0’inin transplantasyondan itibaren (n=36) 12.1-24 ay süre geçtiği belirlenmiştir. Hastaların %86.4 (n=89) gibi büyük çoğunluğuna canlıdan alınan karaciğer kullanılarak transplantasyon yapılmıştır.

Transplantasyon sonrası hastaların %40.8’i (n=42) 34 gün ve üzeri hastanede kalmış olup; hastanede kalma süresi ortalama 41.40 ± 33.45 gündür. Araştırmaya dâhil olan kişilerin %66.0 (n=68) gibi büyük bir bölümü ameliyat sonrası hastanede kalma süresini uzatan olumsuz bir durumla karşılaşmadıklarını, yarısı (%52.4) transplantasyon sonrası bedensel yakınmalarının sekiz hafta veya daha az sürdüğünü ifade etmişlerdir. Karaciğer alıcılarının %88.3’ü (n=91) sağlık profesyonellerinden taburculuk sonrası eğitimi aldıklarını belirtirken, %95.1 (n=98) gibi büyük bir çoğunluğu kendisiyle aynı durumda olanlara karaciğer transplantasyonunu önerebileceğini ifade etmiştir.

4.2. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamalarına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.3: Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=103)

ÖLÇEK BOYUTLARI	En Küçük	En Büyük	Ortalama±SS*
Fiziksel Sağlık	21.00	58.20	39.90±8.53
Mental Sağlık	18.60	66.10	43.93±9.86

*SS: Standart Sapma

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından olan fiziksel sağlık puan ortalaması 39.90±8.53; mental sağlık puan ortalaması ise 43.93±9.86 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=103)

ALT ÖLÇEKLER	En Küçük	En Büyük	Ortalama±SS*
Fiziksel İşlev	0.00	100.00	63.25±26.29
Fiziksel Rol	0.00	100.00	25.72±25.35
Ağrı	21.00	100.00	58.98±24.04
Genel Sağlık Algısı	5.00	100.00	57.27±23.80
Yaşamsallık	5.00	95.00	55.29±22.10
Sosyal İşlev	0.00	100.00	66.13±27.54
Mental Rol	0.00	100.00	42.71±35.98
Mental İşlev	20.00	100.00	62.95±18.65

*SS: Standart Sapma

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt grup puan ortalamaları Tablo 4.4'de verilmiştir. Fiziksel İşlev puan ortalaması; 63.25±26.29, fiziksel rol; 25.72±25.35, Ağrı; 58.98±24.04, Genel Sağlık Algısı; 57.27±23.80, Yaşamsallık; 55.29±22.10, Sosyal İşlev; 66.13±27.54, Mental Rol; 42.71±35.98, Mental İşlev; 62.95±18.65 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

4.3.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 4.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=103)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Sağlık Ort.±SS* Test, p	Mental Sağlık Ort.±SS Test, p
Cinsiyet Kadın (n=31) Erkek (n=72)	37.25±6.51 41.04±9.07 <i>t</i> =-2.100, p=0.038	41.15±10.38 45.13±9.46 <i>t</i> =-1.903, p=0.60
Yaş ≤49 (n=52) >50 (n=51)	40.16±8.66 39.64±8.48 <i>t</i> =0.306, p=0.761	43.75±9.52 44.11±10.28 <i>t</i> =-0.188, p=0.851
Eğitim Durumu Okuryazar değil (n=12) İlkokul (n=49) Ortaokul (n=17) Lise (n=15) Üniversite (n=10)	36.15±7.21 39.01±7.83 39.78±9.16 42.34±9.21 45.34±9.35 <i>KW</i> =7.175, p=0.127	39.69±12.01 43.42±8.69 41.28±9.71 46.40±10.36 52.32±7.81 <i>KW</i> =10.927, p=0.027
Medeni Durum Evli (n=84) Bekâr (n=19)	39.12±8.59 43.78±7.56 <i>U</i> =-2.168, p=0.030	43.86±9.94 45.02±9.37 <i>U</i> =-0.233, p=0.816
Aylık Geçim Durumu Gelir giderden az (n=41) Gelir giderden fazla (n=17) Gelir gidere eşit (n=45)	39.98±8.64 39.08±9.19 40.14±8.36 <i>KW</i> =0.153, p=0.926	44.36±10.00 43.10±9.08 43.85±10.19 <i>KW</i> =0.553, p=0.759
Birlikte Yaşadığı Kişiler Eşi ve çocukları (n=82) Anne, Baba, Eş ve Çocuklar (n=16) Yalnız (n=5)	39.39±8.51 43.11±7.81 38.06±10.55 <i>KW</i> =2,686, p=0.101	43.63±9.85 43.00±9.81 51.82±8.41 <i>KW</i> =0.208, p=0.648
Sosyal Güvence Var (n=96) Yok (n=7)	39.80±8.73 41.25±5.27 <i>U</i> =297.5, p=0.614	43.59±9.63 48.60±12.51 <i>U</i> =243.0, p=0.223
Kronik Hastalık Durumu Evet (n=66) Hayır (n=37)	41.25±8.95 37.50±7.23 <i>t</i> =2.178, p=0.032	44.35±9.64 43.18±10.32 <i>t</i> =0.573, p=0.567

t:Bağımsız Gruplarda T Testi, *KW*: Kruskal Wallis Testi, *U*:Mann-Whitney U Test

Tablo 4.5'de hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları; erkek hastalarda kadın hastalardan daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla 41.04 ± 9.07 ve 37.25 ± 6.51 ; $p < 0.05$). Bekâr hastalarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması evlilerden yüksektir (sırasıyla; 43.78 ± 7.56 ve 39.12 ± 8.59 ; $p < 0.05$). Fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları en az bir kronik hastalığı olanlarda 41.25 ± 8.95 ; herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda 37.50 ± 7.23 olarak bulunmuştur. Hastaların en az bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.05$).

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları, okuryazar olmayanlarda 39.69 ± 12.01 ; eğitim düzeyi ilkokul olanlarda 43.42 ± 8.69 ; ortaokul mezunu olanlarda 41.28 ± 9.71 ; lise düzeyinde 46.40 ± 10.36 ve üniversite mezunu hastalarda 52.32 ± 7.81 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumuna göre mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.05$).

Fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları hastaların diğer tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=103)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Sağlık Ort.±SS* Test, p	Mental Sağlık Ort.±SS* Test, p
Tıbbi Tanısı Hepatit B (n=89) Diğer**(n=14)	39.78±8.58 40.64±8.52 U=-0.140, p=0.889	43.23±9.56 48.37±10.89 U=-1.699, p=0.089
Transplantasyon İçin Bekleme Süresi (Gün) Hiç Beklemeyenler (n=57) 1-120 Gün (n=31) 121 Gün ve Üzeri (n=15)	40.85±8.42 38.40±9.35 39.41±7.13 KW=1.078, t=0.583	45.20±9.54 42.46±10.19 42.13±10.31 KW=1.875, t=0.392
Transplantasyondan İtibaren Geçen Süre (Ay) 3-6 ay (n=10) 6.1-12 ay (n=18) 12.1-24 ay (n=36) 24.1-48 ay (n=24) 48.1ay ve üzeri (n=15)	35.86±10.11 33.20±6.72 41.44±7.52 41.22±8.32 44.85±7.07 KW=20.325, p=0.00	38.13±8.12 43.37±10.43 44.88±9.37 44.41±12.29 45.32±6.04 KW=5.021, p=0.285
Transplantasyon Sonrası Hastanede Kalma Süresi (Gün) 10-21 Gün (n=28) 22-33 Gün (n=33) 34 Gün ve Üzeri (n=42)	41.23±9.59 40.57±8.33 38.49±7.92 KW=2.157, p=0.340	44.83±9.73 45.03±9.18 42.46±10.48 KW=1.300, p=0.522
Transplantasyon Kaynağı Canlı (n=89) Kadavra (n=14)	39.21±8.19 44.73±8.73 U=-2.215, p=0.027	43.33±9.71 45.77±8.51 U=-0.838, p=0.402
Ameliyat Sonrası Hastanede Kalma Süresini Uzatın Olumsuz Durum Yaşama Evet (n=35) Hayır (n=68)	36.99±8.92 41.40±7.98 t=-2.547, p=0.012	41.92±10.33 44.96±9.52 t=-1.489, p=0.140

* Ort.±SS=Ortalama±Standart Sapma

** Diğer: Fulminan Karaciğer Yetmezliği (n=4), Hepatit C (n=5), Alkolik Siroz (n=3), Hepatosellüler Karsinom (n=2)

t: Bağımsız Gruplarda T Testi, KW: Kruskal Wallis Testi, U: Mann-Whitney U test

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık alt boyutlarının puan ortalamalarının, tıbbi tanılarına göre dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının

nakilden itibaren geçen süre arttıkça arttığı ve fiziksel sağlık alt boyutundaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), mental sağlık puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının transplantasyon kaynağı açısından dağılımı incelendiğinde; fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0.05$), karaciğeri kadavradan alınmak suretiyle nakil olanların fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları, canlı bireyden alınan karaciğer kullanılarak nakil olanlardan yüksek bulunmuştur. Mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının, hastaların ameliyat sonrası hastanede kalma süresini uzatan durumların varlığı açısından dağılımı incelendiğinde fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$)

Fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları hastaların hastalık süreci ile ilgili diğer tanıtıcı özellikleri ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi/Eğitim Alma, Yeterli Bulma ve İhtiyaç Duyma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (n=103)

BİLGİ DURUMU ve EĞİTİM KONULARI	Hastanede Bilgi-Eğitim Alma durumu			Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumu (Eğitim alanlar için)			Bu Konuda Bilgi ve Eğitim Verilmesine İhtiyaç Duyma Durumu	
	E n (%)	H n (%)	X n (%)	A n (%)	B n (%)	C n (%)	E n (%)	H n (%)
Kullanmam Gereken İlaçlar Ve Kullanım Şekli	98 (95.1)	4(3.9)	1 (1.0)	81 (82.7)	16 (16.3)	1 (1.0)	21 (20.4)	82 (79.6)
İlaçların Etkileri Ve Yan Etkileri	67 (65.0)	33(32.0)	3 (2.9)	52 (76.5)	14 (20.6)	2 (2.9)	48 (46.6)	55 (53.4)
Hastaneye Kontrole Gelme Sıklığı	101(98.1)	1 (1.0)	1 (1.0)	97 (96.0)	4 (4.0)	0.0(0.0)	8 (7.8)	95 (92.2)
Enfeksiyon Belirtileri	76 (73.8)	25 (24.3)	2 (1.9)	53 (69.7)	21 (27.6)	2 (2.6)	50 (48.5)	53 (51.5)
Rejeksiyon (Organ Reddi) Belirtileri	31 (30.1)	67 (65.0)	5 (4.9)	18 (58.1)	10 (32.3)	3 (9.7)	85 (82.5)	18 (17.5)
Rutin Kontroller Dışında Tıbbi Yardım Alınması Gereken Durumlar	76 (73.8)	25 (24.3)	2 (1.9)	71 (93.4)	4 (5.3)	1 (1.3)	32 (31.1)	71 (68.9)
İlaç-Besin Etkileşimleri	24 (23.3)	75 (72.8)	4 (3.9)	15 (60.0)	8 (32.0)	2 (8.0)	86 (83.5)	17 (16.5)
İlaç-İlaç Etkileşimleri	31 (30.1)	69 (67.0)	3 (2.9)	21 (63.6)	10 (30.3)	2 (6.1)	80 (77.7)	23 (22.3)
İmmünosupresif Tedavi: Amaçları, Etkileri, Yan Etkileri, Yan Etkileri Azaltma Yöntemleri	20 (19.4)	79 (76.7)	4 (3.9)	11 (55.0)	6 (30.0)	3 (15.0)	92 (89.3)	11 (10.7)
Evde Banyo Yapma Durumu	64 (62.1)	38 (36.9)	1 (1.0)	56 (87.5)	8 (12.5)	0 (0.0)	45 (43.7)	58 (56.3)
Nakil Öncesi İşine (Çalışmaya) Dönme Durumu	42 (40.8)	59 (57.3)	2 (1.9)	39 (92.9)	3 (7.1)	0 (0.0)	65 (63.1)	38 (36.9)
Diyet-Beslenme Şekli	85 (82.5)	17 (16.5)	1 (1.0)	76 (88.4)	6 (7.0)	4 (4.7)	27 (26.2)	76 (73.8)
Günlük Yaşam Tarzı Düzenlemeleri	74 (71.8)	28 (27.2)	1 (1.0)	65 (87.8)	9 (12.2)	0 (0.0)	38 (36.9)	65 (63.1)
Evde Bakım Gereksinimleri	75 (72.8)	26 (25.2)	2 (1.9)	67 (88.2)	7 (9.2)	2 (2.6)	35 (34.0)	68 (66.0)
Egzersiz Yapma Durumu	42 (40.8)	59 (57.3)	2 (1.9)	28 (65.1)	11 (25.6)	4 (9.3)	73 (70.9)	30 (29.1)
Cinsellik	5 (4.9)	96 (93.2)	2 (1.9)	4 (66.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	99 (96.1)	4 (3.9)

E: Evet; H: Hayır; X: Hatırlamıyorum; A: Tamamen Yeterli; B: Biraz Yeterli; C: Yeterli Değil

4.4.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.7’de hastaların karaciğer transplantasyonu sonrası kendilerine bilgi ve eğitim verilme durumu, bilgi verilen hastaların verilen bilgi ve eğitimi yeterli bulma durumu ve tüm hastaların bilgi ve eğitim isteme durumu ile ilgili ifadelerle verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir.

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların %95.1’i kullanması gereken ilaçlar ve kullanım şekli konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığını, %82.7’si verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu, %20.4’ü bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. İlaçların etkileri ve yan etkileri konusunda hastaların %65.0’i (n=67) hastaneden bilgi ve eğitim aldığını, %76.5’i (n=52), verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu, %46.6’sı (n=48) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. Hastaların tamamına yakınının (%98.1, n=101) hastaneye kontrole gelme sıklığı konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığı, %96.0’sı (n=97) verilen eğitimi tamamen yeterli bulduğu, %7.8’inin (n=8) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğu görülmüştür.

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların %73.8’i (n= 76) enfeksiyon belirtileri konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığını, %69.7’si (n= 53) verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu, % 48.5’i (n=50) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Hastaları yaklaşık üçte biri (%30.1, (n= 31) rejeksiyon (organ reddi) belirtileri konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığını, %58.1’i (n=18) verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu belirtmiş ancak %82.5’i (n=85) bu konuda tekrar eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Rutin kontroller dışında tıbbi yardım alınması gereken durumlar konusunda hastaların %73.8’i (n=76) bilgi ve eğitim almış, büyük bir kısmı (%93.4, n=71) eğitimin tamamen yeterli olduğunu, %31.1’i (n=32) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların dörtte birinden azının (%23.3, n=24) ilaç-besin etkileşimleri konusunda bilgi ve eğitim aldığı, bu hastaların %60.0’ının (n=15) verilen

eğitimi tamamen yeterli bulduğu, 103 hastanın %83.5'inin (n=86) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların %30.1'i (n=31) ilaç-ilaç etkileşimleri konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığını, eğitim alan hastaların %63.6'sı (n=21) verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu, hastaların tamamının ise %77.7'si (n=80) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. İmmünosupresif tedavi: amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri konusunda hastaların %19.4'ü (n=20) bilgi ve eğitim alırken; hastaların yaklaşık %90'ı (n=92) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların %62.1'i (n=64) evde banyo yapma durumu konusunda bilgi ve eğitim almış, bu hastaların %87.5'i (n=56) verilen eğitimi tamamen yeterli bulmuş, tüm hastaların yarısına yakını (%43.7, n=45) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Transplantasyon öncesi işine (alışmaya) dönme durumu konusunda %40.8'i (n=42) bilgi ve eğitim almış, %92.9'u (n=39) verilen eğitimi tamamen yeterli bulmuş, %63.1'i (n=65) bu konuda eğitime ihtiyaç duymuştur.

Çalışma kapsamına alınan 103 hastanın %82.5'i (n=85) diyet-beslenme şekli konusunda bilgi ve eğitim aldığını, %88.4'ü (n=76) verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu, yaklaşık dörtte biri (%26.2, n=27) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. Günlük yaşam tarzı düzenlemeleri konusunda bilgi ve eğitim alma oranı %71.8 (n=74), bu eğitimi yeterli bulma oranı %87.8 (n=65) ve yeniden bilgi ve eğitim isteme oranı %36.9 (n=38) olarak gerçekleşmiştir.

Evde bakım gereksinimleri konusunda hastaların %72.8'i (n=75) bilgi ve eğitim alırken, bu hastaların %88.2'si (n=67) eğitimi yeterli bulmuş, %34.0'ü (n=35) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Hastaların %40.8'i (n=42), egzersiz yapma durumu konusunda bilgi ve eğitim aldığını, %65.1'i (n=28) eğitimin yeterli olduğunu, %70.9'u (n=73) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların %4.9'u (n=5) cinsellik konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığını, %66.7'si (n=4) verilen eğitimin tamamen yeterli olduğunu, tüm hastaların %96.1'i (n=99) bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Araştırma, karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Elde edilen bulgular dört ana başlık altında tartışılmıştır:

- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması
- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması
- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması
- Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

5.1. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Örnekleme dâhil edilen 103 karaciğer alıcısının yaş ortalamasının orta yaş grubunda (ortalama= 45.75 ± 14.75) olduğu (Tablo 4.1) ve Bozdemir (2006), Gündoğdu (2007) ve Sarıgöl'ün (2008) yapmış oldukları çalışmalardaki örneklem grubunun yaş ortalamalarıyla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Bu durum karaciğer hastalıklarının 30-40'lı yaşlarda en yüksek prevalansa ulaşması (Younossi et al. 2001) ve bu doğrultuda karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların çoğunun da orta yaş grubu bireylerden oluşması ile açıklanabilir (13, 35, 60).

Araştırmamızda yer alan hastaların yaklaşık üçte ikisinin (%69.9) erkek olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Yine Bozdemir (2006), Gündoğdu

(2007) ve Sarigöl'ün (2008) yapmış oldukları çalışmalardaki bireylerin erkek-kadın oranları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. (13, 35, 60) Bu veriler ışığında karaciğer transplantasyonunun kadınlara oranla erkeklerde daha fazla yapıldığı değerlendirilmiştir. Çalışmamızda örneklem grubumuzun diğer sosyo-demografik ve kronik hastalık durumu açısından Bozdemir (2006) ve Sarigöl'ün (2008) yapmış oldukları çalışmadaki bulgular ile benzer olduğu değerlendirilmiştir (13, 60).

Araştırmaya katılan karaciğer alıcılarının çoğunda (%86.4) Hepatit B'ye bağlı siroz nedeniyle karaciğer transplantasyonu uygulanmıştır. HBV, karaciğerin virütik enfeksiyonları arasında en yaygın görülen tipidir (70). Çalışmamızda da benzer şekilde en fazla oranda transplantasyon nedeni HBV'ye bağlı siroz gelişmesidir.

Karaciğer transplantasyonu için hastaların ortalama bekleme süresi yaklaşık dört ay olmakla beraber hastaların yarısından fazlası (%55.3) hiç beklememiştir. Hastaların çoğuna da (%86.4) canlıdan alınan karaciğer kullanılmak suretiyle nakil yapılmıştır. Sarigöl'ün (2008) araştırmasında da canlıdan nakil oranı %73.8'dir (60).

5.2. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması

Çalışmamızda karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların SF-36 yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalamaları 39.90 ± 8.53 ; mental sağlık puan ortalamaları 43.93 ± 9.86 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Bozdemir'in (2006) son dönem karaciğer yetmezliği olan hastalarda, karaciğer transplantasyonunun yaşam kalitesine etkisini incelendiği tanımlayıcı çalışmada; karaciğer transplantasyonu uygulanan 52 hastaya SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda; fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması; 50.98 ± 9.60 ; mental sağlık puan ortalaması 40.95 ± 7.40 olarak bulunmuş ve transplantasyonun yaşam kalitesini yükselttiği ve sürdürdüğü gösterilmiştir (13). Sarigöl (2008) tarafından, karaciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesi ve

etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılan araştırmada; araştırmaya katılan 65 hastaya ameliyattan önce ve ameliyattan 3 ay sonra Nottingham Sağlık Profili anketi uygulanmıştır. Karaciğer transplantasyonundan sonra üç ayını tamamlayan hastaların öncesine göre yaşam kalitesi “ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon ve uyku” alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde yükselme olduğu ve karaciğer transplantasyonunun hastaların yaşam kalitesini geliştirdiği saptanmıştır (60).

Çolakdalcı'nın (2012) da bizim çalışmamızın yapıldığı hastanede yapmış olduğu araştırmada, fiziksel işlev ve mental rol alt puanları hariç diğer tüm alt ölçek puanlarının, bizim çalışmamıza göre yüksek olduğu görülmektedir (21).

Benzer çalışmalarda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; Dena ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında fiziksel sağlık puanı 67.6; mental sağlık puanı 72.6 (23); Carrol ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında fiziksel sağlık puanı 53.1; mental sağlık puanı 63.9 (17); Pereira ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında fiziksel ve mental sağlık puanlarının ortalama 80 (57); Younossi ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında fiziksel sağlık puanı 59, mental sağlık puanı 55 (71); ve Beilby ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise fiziksel sağlık puanı 36.40 ve mental sağlık puanı 82.34 olarak bildirilmiştir (9). Görüldüğü üzere konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirinden farklılık göstermekle beraber bizim çalışmamızdaki yaşam kalitesi puanlarından yüksektir. Yaşam kalitesi puanları arasındaki fark, çalışmaların yapıldığı ülkeler arası kültürel farklılıklar, çalışma tasarımı, örneklem grubu özellikleri, örneklem sayısı farklılıkları gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızdan elde edilen yaşam kalitesi alt ölçek puanları da diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında Bryan ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmaya göre bizim çalışmamızda, yaşamsallık hariç diğer tüm alt ölçek puan ortalamalarının ciddi bir şekilde düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Benzer şekilde Bozdemir'in (2006) çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında da, çalışmamızdaki tüm puan ortalamalarının ciddi anlamda düşük olduğu görülmektedir (13). Bu sonuçlar yukarıda da belirtildiği gibi çalışma tasarımları ve örneklemin özellikleri ile kültürel faktörlerden kaynaklanmış olabilir. Bununla birlikte çalışma grubumuzun sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikler açısından diğer çalışmalara benzer olması, bizim çalışmamızdaki hastaların yaşam kalitesinin düşük olmasında başka faktörlerin de rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle çalışmanın yapıldığı bölgede daha geniş katılımlı ve yaşam kalitesini etkileyebilecek farklı değişkenlerin de yer aldığı araştırma tasarımları ile yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.

5.3. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Karaciğer transplantasyonu uygulanan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi kadınlarınkinden yüksek bulunmuştur. Bozdemir (2006), Gündoğdu (2007), Younossi ve ark. (2000) , Van Der Plus ve ark.'nın (2003) yapmış oldukları araştırmalarda, karaciğer alıcısı hastaların fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (13, 35, 67, 71). Kadınların fiziksel sağlık yaşam kalitesinin erkeklerden düşük olması kadınların, üstlendikleri toplumsal rol nedeniyle daha fazla stresöre maruziyet ve buna bağlı olarak daha fazla desteğe ihtiyaç duymalarından kaynaklanıyor olabilir (35).

Çalışmamızda karaciğer alıcılarının eğitim düzeyleri yükseldikçe, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının da yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Bozdemir (2006) ve Çolakdalcı'nın (2012) çalışmalarında, eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir (21, 35). Eğitim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, bireylerin özbakım sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, bu bağlamda nakil sonrası

karşılaşılabilecekleri komplikasyonlarla başa çıkabilme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları, böylelikle yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

Tablo 4.5'te görüldüğü üzere bekâr karaciğer alıcılarının fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, evlilerden daha yüksek çıkmıştır. Bozdemir'in (2006) çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, Çolakdalcı'nın (2012) benzer araştırmasında medeni durum ile sadece mental sağlık alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu, evlilerde mental sağlık alt boyutunun bekârlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. (21, 35) Bekârlar, yaşça daha genç olmaları, çocuk sahibi olmamaları, geçimini sağlamak zorunda oldukları bir aileye sahip olmamaları nedeniyle hastalığın psikososyal etkilerinden minimum düzeyde etkilenmiş olabilirler. Ayrıca bekâr karaciğer alıcılarının ekonomik sorumluluğunu ailelerinin üstlenmiş olması yaşam kalitesinin daha az etkilenmesi sonucunu doğurabilir.

Karaciğer transplantasyonu uygulanan bireylerin aylık geçim durumu ve aile yapısı ve herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup olmama durumuna göre fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.05$) Bozdemir (2006) ve Çolakdalcı'nın (2012) çalışmalarında da bizim sonuçlarla benzer bulgular elde edilmiştir (21, 35).

5.4.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutları Puan Ortalamalarının, Hastalıklarına İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların, fiziksel ve mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamaları tıbbi tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bizim çalışmamız, Younossi ve ark.(2000) ile Bozdemir'in (2006) çalışmaları ile benzer sonuçlara ulaşırsa da Çolakdalcı'nın (2012) çalışmasında, tıbbi tanı ile fiziksel işlev ve ağrı alt

boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (21, 35, 72).

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların nakilden itibaren geçen süre arttıkça fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması da artmıştır ($p<0.05$). Bozdemir (2006) nakilden itibaren geçen süre ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmazken, Çolakdalcı'nın (2012) sonuçlarına göre; hastaların nakil üzerinden geçen süre ile fiziksel rol ve ağrı alt boyutları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (21, 35). Sarıgöl'ün karaciğer nakli öncesi ve sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında; hastaların nakil sonrası yaşam kalitelerinin öncesine göre anlamlı düzeyde yükseldiği sonucuna ulaşmıştır (58). Çalışma sonuçlarına genel olarak bakıldığında naklin üzerinden geçen süre arttıkça karaciğer alıcılarının fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Bu durum hastaların zamanla rejeksiyon ve hastalığın tekrarlamasına yönelik korkularının azalması, transplantasyon ameliyatının hasta üzerindeki fiziksel etkilerinin azalması ve zamanla günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda kadavradan karaciğer temin edilen karaciğer alıcılarının, canlı donör kaynaklı alıcılara göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur ($p=0.027$). Sarıgöl ve Çolakdalcı'nın çalışmalarına göre nakil kaynağı ile fiziksel sağlık yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark yoktur. (21, 60). Bu tez çalışmasında kadavradan transplantasyon yapılan hasta sayısı canlı donör kaynaklı alıcılara göre oldukça düşüktür (14'e karşılık 89 kişi). Bu nedenle donörün özelliğinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu söylemek güçtür. Ancak ileriki çalışmalarda bu durumun araştırılmasının yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası hastanede kalma süresini uzatan durumların varlığı hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesini düşürmüştür ($p=0.012$). Kim-Schluger ve ark. nın (2002) çalışmasında da benzer şekilde nakil sonrasında yaşanan komplikasyonların alıcıların genel

ve ruhsal sağlık düzeyleri üzerine etkisi olduğu bulunmuş, komplikasyon yaşamayanlarda yaşayanlara göre ruhsal sağlık sorunlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (44).

5.5.Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Taburculuk Sonrası Eğitim ve Bilgi Düzeylerine İlişkin  zelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Uzun süreli, bir tedavi ve bakım gerektiren karaciğer transplantasyonunun başarısında, hastanede sürdürülen tedavi ve bakımın yanı sıra, taburculuk sonrasında da hastaların transplantasyon sonrası yaşamla ilgili bilgilendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hastaların transplantasyon sonrası dönemde kendi bakımlarını gerçekleştirebilmeleri; yeterli bilgi, beceri ve motivasyon düzeylerine bağlıdır. Özellikle hastaların taburcu olmadan önce kullanacakları ilaçlar, transplantasyona bağlı gelişebilecek problemlerle başa çıkabilme, komplikasyonları önleyebilme, tedavi rejimini uygulayabilme, beslenme, fiziksel aktivasyon, aile içindeki değişen rollerini tanımlayabilme ve yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi için hastaların transplantasyon sonrası yaşam değişiklikleri ile ilgili bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır (40). Bu kapsamda çalışmamızda hastaların taburculuk öncesinde karaciğer transplantasyonu ile yaşam kalitesi konusunda bilgilendirilme durumlarını, verilen bilgileri yeterli bulma durumlarını ve bilgi gereksinimlerini sorguladık.

Çalışmamızda hastaların çoğunun (%70'inden fazlası) “kullanması gereken ilaçlar-kullanım şekli, enfeksiyon belirtileri, hastaneye kontrole gelme sıklığı, rutin kontroller dışında tıbbı yardım alınması gereken durumlar, günlük yaşam tarzı düzenlemeleri, evde bakım gereksinimleri, diyet-beslenme şekli” konularında bilgi ve eğitim aldığını belirtmiştir. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalara verilmesi gereken bilgiler arasında yer aldığı ve transplantasyon sonrası iyileşmenin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi ve hastanın yeni yaşamına uyum sağlayabilmesi için mutlaka hastaların bu konularda yeterli bilgilendirilmelerin gerektiği bildirilmiştir (40, 47). Ancak

“ilaçların etkileri ve yan etkileri, rejeksiyon (organ reddi) belirtileri, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri, egzersiz yapma durumu, transplantasyon öncesi işine (çalışmaya) dönme durumu ve cinsellik” gibi konular da hastaların transplantasyonlu yaşama uyum sağlayabilmeleri açısından diğer konular kadar önemlidir (40, 47, 54). Çalışmamızda hastaların daha az bir bölümünün (%62’den %4.9’a kadar değişen oranlarda) yukarıda belirtilen konularda hastaneden bilgi ve eğitim aldığı belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların bilgi aldıkları konular, verilen bilgi ve eğitimi yeterli bulma düzeyleri değişkenlik göstermektedir. Bu durum hastaların aldıkları bilgi ve eğitimi unutmalarından, çalışmada sorulan konular ile hastaneden aldıkları bilgi ve eğitim konularının birbiri ile tam olarak örtüşmemesine bağlı olarak hastaların konuları bağdaştıramamasından kaynaklanmış olabilir. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarla yapılan fenomenoljik bir çalışmada da hastalar benzer şekilde hastaneden aldıkları bilgi ve eğitim konuları ve eğitim yoğunluğu konusunda farklı fikirler beyan etmişlerdir (31). Ancak bu durum aynı zamanda hastanenin karaciğer transplantasyonu sonrası verilen eğitiminin planlı olmaması ve / veya verilen bilgi ve eğitimin hastalarda kalıcı olabilmesine yönelik girişimlerin yeterli olmamasına da bağlanabilir. Ayrıca bu çalışmada hastane tarafından verilen bilgi ve eğitim konusunda herhangi bir gözlem yapılmamış ya da objektif bir veri toplanmamıştır. Bununla birlikte bu çalışma sonuçları hastaların transplantasyon sonrası yaşam konusunda kendilerine verilen bilgi ve eğitimi tam olarak hatırlayamadıklarını, daha fazla ya da tekrarlı-planlı eğitim verilmesinin yararlı olacağını ortaya koyması açısından önemli veriler sağlamıştır. Bu bağlamda karaciğer transplantasyonu ameliyatı uygulanan hastanelerde verilecek bilgi ve eğitim konularının belirlenmesinde ve eğitim planlamasının yapılmasında bunun gibi araştırma sonuçlarından yararlanılmasının ve eğitimlerin hastaların kolayca hatırlamasına yarayacak şekilde yazılı, görsel vb. şekilde hazırlanmasının yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR

Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Polikliniğinde, karaciğer transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız çalışma ile şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarından olan fiziksel sağlık puan ortalaması 39.90 ± 8.53 ; mental sağlık puan ortalaması ise 43.93 ± 9.86 düzeylerindedir.
- Hastaların fiziksel ve mental rol alt boyut puanları diğer alt boyutlardan düşük bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan karaciğer alıcılarının yaş ortalamasının orta yaş grubunda (ortalama= 45.75 ± 14.75) olduğu, hastaların yaklaşık üçte ikisinin (%69.9) erkek ve tamamına yakınının Hepatit B tanısı ile nakil olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Karaciğer transplantasyonu için hastaların ortalama bekleme süresinin yaklaşık dört ay olmakla beraber hastaların yarısından fazlasının (%55.3) hiç beklemediği, hastaların çoğuna (%86.4) canlıdan alınan karaciğer kullanılmak suretiyle nakil yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Karaciğer transplantasyonu uygulanan erkek hastaların fiziksel sağlık yaşam kalitesi kadınlarınkinden yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda karaciğer alıcılarının eğitim düzeyleri yükseldikçe, mental sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının da yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışmaya katılan bekâr karaciğer alıcılarının fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının, evlilerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların nakilden itibaren geçen süreye (ay olarak) göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Nakilin üzerinden

geçen süre arttıkça karaciğer alıcılarının fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalamasının arttığı sonucu çıkmıştır.

- Kadavradan karaciğer temin edilen karaciğer alıcılarının, canlı donör kaynaklı alıcılara göre fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur
- Ameliyat sonrası hastanede kalma süresini uzatan olumsuz herhangi bir duruma maruz kalmayanlarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi puan ortalaması, maruz kalanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Karaciğer alıcısı bireylerin yarısından fazlasının, ilaçların etkileri-yan etkileri ve evde banyo yapma durumu konularında eğitim aldıkları fakat 103 alıcının yarısına yakınının eğitim gereksinimi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Karaciğer alıcılarının büyük çoğunluğu enfeksiyon belirtileri konusunda hastaneden bilgi ve eğitim aldığını belirtirken, bireylerin yarısına yakınının tekrardan eğitime gereksinimleri oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
- Alıcıların çoğunluğu rejeksiyon (organ reddi) belirtileri ve cinsellik konularında hastaneden bilgi ve eğitim almadığını belirtirken, tamamına yakınının bu konuda eğitim gereksinimi olduğu sonucuna ulaşılmıştır
- İmmünoşüpresif tedavi: amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri, ilaç-besin etkileşimleri ve ilaç-ilaç etkileşimleri konularında araştırmaya katılanların çeyreği kadar alıcı hastaneden bilgi ve eğitim aldığını belirtirken, eğitim alanların tamamına yakınının bu konularda eğitim ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Alıcıların yarısına yakınının nakil öncesi işine (çalışmaya) dönme durumu ve egzersiz yapma durumu konularında hastaneden bilgi ve eğitim almakla birlikte grubun yarısından fazlasının bu konularda eğitime ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

BÖLÜM VII

ÖNERİLER

- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek için, hastaya multidisipliner ekip çalışması ile evde bakımı da içine alabilecek bir bakım programı düzenlenebilir.
- Çalışma grubumuzun sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikler açısından diğer çalışmalara benzer olmasına rağmen çalışmamızdaki hastaların yaşam kalitesinin düşük olması, başka faktörlerin de rol oynayabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle çalışmanın yapıldığı bölgede longitudinal, geniş katımlı ve yaşam kalitesini etkileyebilecek farkı değişkenlerin de yer aldığı araştırma tasarımları ile yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.
- Hastanenin karaciğer transplantasyonu sonrası verilen taburculuk eğitimini planlaması, bilgi ve eğitimin hastalarda kalıcı olabilmesine yönelik girişimleri artırması hastaların bilgi gereksinimini minimuma indirebilir.
- Karaciğer transplantasyonu ameliyatı uygulanan hastanelerde verilecek bilgi ve eğitim konularının belirlenmesinde ve eğitim planlamasının yapılmasında bunun gibi araştırma sonuçlarından yararlanılmasının ve eğitimlerin hastaların kolayca hatırlamasına yarayacak şekilde yazılı, görsel vb. şekilde hazırlanması yararlı olabilir.
- Kadın hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olması nedeniyle, bu hastaların kendilerini ifade etmeleri yönünde psikososyal rehberlik ve danışmanlık hizmetleri verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aadahl M., Hansen B.A., Kirkegaard P. and Groenvold M., "Fatigue and Physical Function After Orthotopic Liver Transplantation" Liver Transplantation, March 2002,8(3), Sf:251-259.
2. Aksu, M., (2008) Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
3. Alparslan, G.B., Kapucu, S: Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2008:77-84.
4. Amodio, P., Biancardi, A., Montagnese, S.: Neurological complications after orthotopic liver transplantation. Digestive and Liver Disease. 2007;39:740-747.
5. Arslan, H., Solid Organ Transplantasyonu ve Enfeksiyon. ANKEM Dergisi. 2005;19 (Ek 2):161-164.
6. Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Merkezi Resmi Web Sayfası, <http://atauniorgannakli.org/Organ-Nakli/12/Karaciger-Nakli-SonrasiYasam.aspx> , Erişim Tarihi: 15.05.15
7. Aydemir, Ö., (1999) Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). 3 P Dergisi 7 (Ek. 2) 14-22.
8. Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T., (2005). Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. Romatizma, 20(1):55-64.
9. Beilby, S., Moss-Morris, R., Painter, L., "Quality of Life Before and After Heart, Lung and Liver Transplantation" Journal of the New Zealand Medical Association, 2003; Vol:116, April.

10. Beresford, T.P. (2004). Living Donor Grafts in Liver Transplantation: Where are the Psychiatric Issues? Current Opinion in Organ Transplantation, 11.9: 437-440
12. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., 1997, Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, ss: 416-422;
13. Bozdemir, H. (2006) Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Tez Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle)
14. Bravata, D., Olkin, I., Barnato, A., Keeffe, E., Owens, D.:1999 "Health Related Quality of Life After Liver Transplantation: A Meta Analysis", Liver Transplantation and Surgery, 5/4, 318-331.
15. British Medical Bulletin 2010; 94: 33–48 Living Donör Liver Transplantation in Adults
<http://bmb.oxfordjournals.org/content/94/1/33/F1.expansion>
16. Burra, P., De Bona, M., Canova, D. et al. Changing Attitude to Organ Donation and Transplantation in University Student During the Years of Medical School in Italy. Transplantation Proceedings, 2005; 37 (2) : 547-550
17. Carrol, et al. "Sensitivity to Change Following Liver Transplantation:A Comparison of Three Instruments that Measure Quality of Life" Journal of Health Psychology 2000; Vol 5(1) 69–74.
18. Chappell, S.M., Longitudinal Quality of Life in Liver Transplant Recipient, Doktora Tezi, College of Nursing, USA, 1999
19. Couinaoud, C., Regulated Hepatectomies: Excision of the Lateral Segment of The Right Liver. J Chir (Paris) 1955;71(8-9):578-603.

20. Çetin, Ö., (2007) Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Sonrası Vericinin Ruhsal ve Bedensel Sağlığının Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
21. Çolakdalcı, A., (2012) Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya
22. Demiral, Y., (2001) “Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.
23. Dena, M.B., Ingram, O., Amber, E. at all, “Health-Related Quality of Life After Liver Transplantation: A Meta-Analysis”, Liver Transplantation and Surgery, 1999; 5(4),July, page: 318-331.
24. Dicle, A., Karayurt, Ö: Karaciğer Transplantasyonu. “Akbayrak, N., Erkal, S.İ., Ançel, G., Akbayrak, A. Hemşirelik Bakım Planları Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut, 1. Baskı, s.851-861, Ankara (2007).
25. Dilek, O.N., (2003). Karaciğer 1. Cilt, Afyon Kocatepe Üniversitesi Klinik Tıp Kitapları Serisi. Sf:1-22
26. Duvoux, C., Pageaux, G.P., Vanlemmens, C., et al: Risk Factors for Lymphoproliferative Disorders After Liver Transplantation in Adults: An Analysis of 480 Patients. Transplantation. 2002;74:1103-7.
27. Ekçi, B., Gökçe, Ö. (2013) Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu. Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi Dergisi Özel Sayısı. 6(1):94
28. Erdil, F., Son 20 yılda Hemşireliğin Stratejisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1994 (1):1-7.
29. Ergün, A., Eti Aslan, F., Varan, F., Olgun, N. ve Kuğuoğlu, S. (2011) Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s. 3-23). Adana-Nobel Kitabevi

30. Esen, A., Ergün, F.Ş., Akyol, A.D. (1998). Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. 2000 Yılına Yaklaşırken Hemşirelerin Yaşam Kalitesine Bir Bakış (s. 75-83). Ankara.
31. Forsberg, A., Backman, L., Möller, A., "Experiencing Liver Transplantation: A Phenomenological Approach", Journal of Advanced Nursing, 2000; August, Vol. 32, Issue 2.
32. Genel Cerrahi Uzmanı Prof. Dr. Alp Gürkan Resmi web sayfası <http://alpgurkan.com.tr/organ-nakli-tarihcesi/> Erişim Tarihi: 15.02.2015
33. Glenda, A.M., Quality of Life: A Concept Analysis, Journal of Advanced Nursing, 1993; 18: 32-38.
34. Gökçe, Ö., Karaciğer Transplantasyonu, Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi Özel Sayısı, 2009 (2) 2. Sf:7
35. Gündoğdu, S.Y., (2007) Kronik Karaciğer Hastalığı Olan ve Karaciğer Nakli Yapılmış Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon
36. Haberal M. Dünden Bugüne Organ Transplantasyonları. Aktüel Tıp 1996: 1 (1) : 1-2
37. Hoofnagie, J.E., Alter, H.J. Chronic Viral Hepatitis. Viral Hepatitis and Liver Disease. New York, Grune and Stratton, 1984; 97-113.
38. Kaçmaz N. Karaciğer Nakli Yapılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. T. C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011 İstanbul.
39. Kaltara, S., (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğt. Ve Araşt. Hast. Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

40. Karabulut, N., Yaman, Y. A. (2012) Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1) Sf:37-41
41. Karaciğer Nakli Türkiye <http://www.karacigernakliturkiye.com/> Karaciğer Nakli Türkiye Resmi Web Sayfası, Erişim Tarihi: 12.05.2015
42. Karagöz, İ., Haktanır, A. (2004):2(2) Kronik Karaciğer Hastalıkları. Tıp Araştırmaları Dergisi (s:33-40)
43. Killenberg, P.G., Clavien, P. Medical Care of The Liver Transplant Patient, 3rd edition, Blackwell Publishing, (s:505-518)
44. Kim-Schluger, I., Florman, S.S., Schiano, T., O'Rourke, M., Gagliardi, R., Drooker, M., Emre, Ş., Fishbein, T.M., Sheiner, P.A., Schwartz, M.E., Miller, C.M. (2002). Quality of Life After Lobectomy for Adult Liver Transplantation. 73(10):1593-1597.
45. Krasnoff et al, "Objective Measures of Health- Related Quality of Life Over 24 Months Post-liver Transplantation", Clinicial Transplantation, 2005; Vol:19, Page:1-9.
46. Küçük, M., (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri ile İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (56-70). Afyonkarahisar.
47. Lucey, R.M., Terrault, N., Ojo, L., Hay, E., Neuberger, J., Blumberg, E., et al. Long Term Management of the Successful Adult Liver Transplant: 2012 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation. *Liver Transplantation*, 2013;19, 3-26.).
48. Luleci, E., Hey, W., Subaşı, F., (2008). Assesing Selected Quality of Life Factors of Nursing Home Residents in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics, 46 (1), 57-66.

49. McCance, K., Huether, SE., 2006, Alterations in Immunity and Inflammation, Pathophysiology The Biologic Basis For Disease in Adult and Children, 5th Edition, USA: Elsevier Mosby, pp: 264-265
50. Medscape web sayfası. Erişim Tarihi: 18.02.20015
<http://emedicine.medscape.com/article/1900159-overview#aw2aab6b3>
51. Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D. et al. What are Quality of Life Measurements Measuring. BMJ 1998;316:542.
52. Neuberger, J.M: Liver Transplantation. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2003;17(2):277–289.
53. Nickel, R., Wunsch, A., Egle, U., Lohse, A., Otto, G. :2002 “The Relevance of Anxiety, Depression and Coping in Patients After Liver Transplantation”. Liver Transplantation, 8/1, 63-71
54. Nilsson, M., Persson, L.O., Forsberg, A. Perceptions of Experiences of Graft Rejection Among Organ Transplant Recipients Striving to Control The Uncontrollable. *J. Clin. Nurs*, 2008;17, 2408–2417.
55. Öksüz, E., Malhan, S., (2005) Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri, Başkent Üniversitesi Yayınları, Akara
56. Özkan, S. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL–100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi, 7:2, 5-13
57. Pereira, S.P., Howard M.L., Muiesan P. At All, “Quality Of Life After Liver Transplantation For Alcoholic Liver Disease”, Liver Transplantation, 2000; 6(6), page:762-768, November .)
58. Phipps, J.W. Sands, J.K. Marek, J.F. (1999) Medical Surgical Nursing: Concept and Clinical Practice 6. Edition, Mosby Yayınları
59. Roche, B., Samuel, D: Liver Transplantation in Viral Hepatitis: Prevention of Recurrence. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2008;22(6):1153–1169.

60. Sarıgöl, Y., Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2008
61. Sheiner, P.A., Magliocca, J.F., Bodian, C.A., et al: Long-Term Medical Complications in Patients Surviving $\geq$ 5 Years After Liver Transplant. Transplantation. 2000;69:781-6.
62. Sugawara, Y., Makuuchi, M., Takayama, T., Imamura, H., Kaneko, J. Right Lateral Sector Graft in Adult Living-Related Liver Transplantation. Transplantation 2002;73(1):111-4.
63. Tabak, F., Tosun, S. Viral Hepatit (2009), İstanbul Tıp Kitabevi, Sf:255-275
64. Tan, H.P., Patel-Tom, K., Marcos, A., Adult Living Donor Transplantation: Who is the İdeal Donör and Recipient? J Hepatol 2005;43(1):13-7.
65. T.C. Sağlık Bakanlığı Organ Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı <https://organ.saglik.gov.tr/web/> T.C. Sağlık Bakanlığı Organ Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı Resmi Web Sayfası Erişim Tarihi: 12.05.2015
66. Urata, K., Kawasaki, S., Matsunami, H., Hashikura, Y., Ikegami, T., Ishizone, S., et al. Calculation of Child and Adult Standard Liver Volume for Liver Transplantation. Hepatology 1995;21(5): 1317-21.
67. Van der plus S., Hansen B.E., De Boer Josien et al. "Generic and Disease-Specific Health Related Quality of Life in Non-Cirrhotic, Cirrhotic And Transplanted Liver Patients: A Cross-Sectional Study", BMC Gastroenterology; 2003; 3:33, page:3-13.
68. World Health Organisation, (1958) The First Ten Years of The WHO, Geneva, WHO.
69. Yenice E. 2001- 2004 yılları arasında Zonguldak Kızılay kan merkezine başvuran gönüllü kan donörlerinde hepatit B ve hepatit C seroprevalansı.

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006, Zonguldak).

70. Yılmaz, E., (2012) Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar-Ulusal Boyut. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa.

71. Younossi M.Z. , McCormic M., Price L.L., At All, “Impact Of Liver Transplantation on Health-Related Quality of Life” Liver Transplantation, 2000; Vol:6 Page:779-783

72. Younossi Z. M., Boparai N., Price L.L., Kiwi L.M., Mc Cormick M., Guyatt G. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity. The American Journal of Gastroenterology 2001;96 (7): 2199- 2205.

EK-1

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma, karaciğer nakli yapılmış hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla uygulanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için vereceğiniz yanıtlar çok önemlidir. Bilgileriniz gizli tutulup, yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Murat TAMER

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği BD.

KİŞİSEL BİLGİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ FORMU

1. Doğum Tarihi:

2. Cinsiyetiniz

☐Kadın

☐Erkek

3. Medeni durumunuz

☐ Evli

☐ Bekâr

☐Dul-Boşanmış

4. Birlikte aynı evi paylaştığınız bireyler?

☐Eşim ve Çocuklarım

☐Annem-Babam, Eşim ve Çocuklarım

☐Yalnız

5. Eğitim düzeyiniz?

- ☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul
☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Ön lisans ☐ Lisans
☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

6- Şu andaki çalışma durumunuz?

- ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

7- Mesleğiniz?

- ☐ İşçi ☐ Çiftçi ☐ Esnaf ☐ Memur ☐ Serbest Meslek ☐ Diğer

8. Aylık geçim durumu?

- ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir giderden fazla ☐ Gelir ve gider eşit

9-Sosyal Güvenceniz?

- ☐ SGK ☐ Özel Sigorta ☐ Güvencem yok

10-Tıbbi Tanınız:

11-Karaciğer nakli için beklediğiniz süre?(Gün)

12-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- ☐ Yok ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Böbrek Yetmezliği ☐ Kalp Hastalıkları
☐ Diğer.....

13-Karaciğer nakli kimden yapıldı?

- ☐ Canlı bireyden ☐ Kadavradan

14-Ameliyat sonrası hastanede kalma süreniz?.....(Gün)

15-Ameliyat sonrası hastanede kalma sürenizi uzatan olumsuz bir durumla karşılaştınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

16-Ameliyat sonrası bedensel yakınmalarınız ne kadar sürdü?

☐4-6 Hafta ☐6-8 Hafta ☐8-10 Hafta ☐10-12 Hafta ☐12 Hafta ve üzeri

17-Nakilden sonra (taburcu olduktan sonra) ne sıklıkla tıbbi yardım aldınız?

☐Ayda bir ☐3 Ayda bir ☐6 Ayda bir ☐Yılda bir ☐Diğer.....

18-Sağlık profesyonellerinden taburculuk sonrası eğitimi aldınız mı?

☐Evet ☐Hayır

19-Hangi sağlık çalışanlarından eğitim aldınız?

☐Doktor ☐Hemşire ☐Doktor ve Hemşire ☐Diğer_____

20-Sizinle aynı durumda olan insanlara karaciğer naklini önerir misiniz?

☐Evet ☐Hayır

Aşağıdaki tabloda transplantasyon sonrası bilgi ve eğitim alma durumunuz ile bilgi ve eğitime ihtiyaç duyduğunuz konular yer almaktadır. Lütfen durumunuza uygun olan ifadeyi tanımlayan harfleri kullanarak tabloyu doldurunuz.

EK-2 BİLGİ DURUMU ve EĞİTİM KONULARI FORMU	Hastanede Bilgi-Eğitim Alma durumu	Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumu (Eğitim alanlar için)	Bu Konuda Bilgi ve Eğitim Verilmesine İhtiyaç Duyuyor musunuz?
	E: Evet Aldım H: Hayır Almadım X: Hatırlamıyorum	A: Tamamen yeterli B: Biraz yeterli C: Yeterli değil	E: Evet H: Hayır
Kullanmam gereken ilaçlar ve kullanım şekli			
İlaçların etkileri ve yan etkileri			
Hastaneye kontrole gelme sıklığı			
Enfeksiyon belirtileri			
Rejeksiyon (organ reddi) belirtileri			
Rutin kontroller dışında tıbbi yardım alınması gereken durumlar			
İlaç-Besin etkileşimleri			
İlaç-İlaç Etkileşimleri			
İmmünoşpresif Tedavi: amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri			
Evde banyo yapma durumu			
Nakil öncesi işine (çalışmaya) dönme durumu			
Diyet-beslenme şekli			
Günlük yaşam tarzı düzenlemeleri			
Evde Bakım gereksinimleri			
Egzersiz yapma durumu			
Cinsellik			

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1-Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a)Mükemmel b)Çok iyi c)İyi d)Orta e)Kötü

2-Ameliyattan önceki durumunuzla karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a)Çok daha iyi

b)Biraz daha iyi

c)Hemen hemen aynı

d)Biraz daha kötü

e)Çok daha kötü

Aşağıda, normal bir günde yapabileceğiniz aktivitelerin verildiği bir tablo görmekteyiz. Şimdiki sağlık durumunuz, bu etkinlikleri yaparken sizi kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar kısıtlıyor? (Her satır için size en uygun olan rakamı işaretleyiniz)

	Çok Kısıtlıyor	Biraz Kısıtlıyor	Hiç Kısıtlamıyor
3-Ağır kaldırmak, koşmak, yorucu sportif faaliyetlerde bulunmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
4-Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek veya ağır olmayan spor aktiviteleri gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
5-Alışveriş poşetlerini kaldırmak veya taşımak	1	2	3
6-Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	1	2	3
7-Merdivenle bir kat çıkmak	1	2	3
8-Esneleme hareketleri, Eğilme veya diz çökme	1	2	3
9-Bir-iki km yürüme	1	2	3
10-Bir Sokak öteye yürüme	1	2	3
11-Birkaç Sokak öteye yürüme	1	2	3
12- Kendi kendine banyo yapabilme ve giyinme	1	2	3

Son bir ayda, çalışma ortamındaki işleriniz ya da günlük rutin işlerinizi yerine getirirken, **bedensel sağlığınızın sonucu olarak** aşağıdaki sorunlardan biri veya birkaçıyla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13-İş ya da diğer aktiviteleri yaparken harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
14-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
15-Yapabileceğiniz iş veya aktiviteler sınırlı sayıda mıydı?		
16-İş veya diğer aktiviteleri yaparken, daha çok efor sarf etmek suretiyle zorlandınız mı?		

Son bir ayda, çalışma ortamındaki işleriniz ya da günlük rutin işlerinizi yerine getirirken, **duygusal sorunlarınızın sonucu olarak** (bunalım ve kaygı gibi) aşağıdaki sorunlardan biri veya birkaçıyla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17-İş ya da diğer aktiviteleri yaparken harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
18-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
19-İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

20-Son bir ayda, bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aile, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi nasıl etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b) Çok az etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Çok etkiledi
- e)Aşırı derecede etkiledi

21-Son bir ayda ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

22-Son bir ayda ağrınız, rutin işlerinizi (evdeki ve evin dışındaki) ne derece etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b) Çok az etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Çok etkiledi
- e)Aşırı derecede etkiledi

Aşağıdaki sorular son bir ayda neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, son bir aydaki sıklığını göz önüne alarak, duygularınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz lütfen.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23-Kendinizi yaşam dolu hissetme	1	2	3	4	5	6
24-Sinirli bir insan olma	1	2	3	4	5	6
25-Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissetme	1	2	3	4	5	6
26-Kendini sakin ve uyumlu hissetme	1	2	3	4	5	6
27-Kendinizi çok fazla enerjik hissetme	1	2	3	4	5	6
28-Kendinizi cesareti kırılmış ve hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5	6
29-Kendinizi tükenmiş hissetme	1	2	3	4	5	6
30-Kendinizi mutlu hissetme	1	2	3	4	5	6
31-Kendinizi yorgun hissetme	1	2	3	4	5	6

32-Son bir ayda bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal etkinliklerinizi(akraba veya arkadaş ziyareti gibi) ne sıklıkta engeller?

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir zaman engellemez

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olan rakamı işaretleyin lütfen.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33-Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim	1	2	3	4	5
34-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
35-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
36-Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

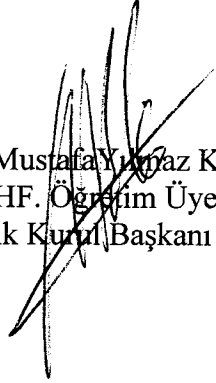
21.01.2015

Sayın Murat TAMER

“Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” konulu
çalışmanız 21.01.2015 tarih 2015-003 **nolu** etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa Yılmaz KILINÇ
MÜHF. Öğretim Üyesi
Etik Kurul Başkanı



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

Başhekimliği

Sayı : 68636013/BH/170.99- 1188

MALATYA

Konu : **Bilgi**

2.0 OCAK 2015

Sayın Murat TAMER
Ameliyathane Hemşiresi

İlgi: 12/01/2015 tarihli dilekçeniz

Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi konulu anket çalışması ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi tarihli dilekçenize istinaden;

Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının konu ile ilgili cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

Ek;

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı (1 Sayfa)



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

662 18 Oct 2015

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR FORMU

Bu araştırma, karaciğer transplantasyonu yapılmış hastaların, nakilden sonraki yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmakta olup, Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ve Etik kuruldan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Anket uygulanırken karşılaştığınız sorulara vereceğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulup, veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Herhangi bir şekilde isminiz kullanılmayacak veya verileriniz kullanılarak size ulaşma söz konusu olmayacaktır.

Araştırmaya katılmada tamamen gönüllülük ilkesi esastır, herhangi bir zorunluluk yoktur. Araştırmayı istediğiniz zaman terk etme hakkına sahipsiniz. Bu durumdan hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz.

Bu onam formunu okudum, anladım ve hiçbir dayatmaya maruz kalmadan, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacı: Murat TAMER

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Murat TAMER

Doğum Tarihi ve Yeri: 09.01.1988 – Malatya

Adres: İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi - Malatya

Medeni Durumu: Evli-1 Çocuklu

Yabancı Dil: İngilizce

Öğrenim durumu:

Derece	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	Hasan Kalyoncu Üni. Cerrahi Hast. Hemş. A.D.	2013-2015
Lisans	Fırat Üniversitesi Sağlık Memurluğu Bölümü	2006-2010
Lise	Yabancı Dil Ağırlıklı 20 Mayıs Vakfı Turgut Özal L.	2002-2006
Ortaokul	Vakıfbank İ.Ö.O.	1999-2002
İlkokul	Barbaros İ.O.	1995-1999

Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (Ameliyathane)	2014-Halen
Hemşire	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (Organ Nakli Yoğun Bakım Ünitesi)	2012-2014
Hemşire	Şanlıurfa Devlet Hastanesi (Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesi)	2011-2012
Hemşire	Şanlıurfa Özel OSM Ortadoğu Hastanesi (Koroner Yoğun Bakım Ünitesi)	2010-2011

Katıldığı Kurs ve Toplantılar

1. NLP (Neuro Linguistic Programming) Sinir Dili Programlanması Sertifika Programı (2008)
2. “Hemşirelikte Profesyonelleşme Yolunda Okul-Klinik İşbirliği, Hemşire-Hasta İletişim ve Etkileşimi” Toplantısı (2010)
3. Eğiticinin Eğitimi Kurs Programı (2011)