



**KARACİĞER NAKLİ HASTALARININ PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK
DÜZEYİ İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Şirin URUÇ

KARACİĞER NAKLİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ RUNİDA DOĞAN**

Yükseklisans Tezi-2021

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
KARACİĞER NAKLİ ENSTİTÜSÜ**

**KARACİĞER NAKLİ HASTALARININ PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİ
İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Şirin URUÇ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Karaciğer Nakli Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Runida DOĞAN**

**MALATYA
2021**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Karaciğer Nakli.....	3
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2. Karaciğer Nakli Endikasyonları.....	4
2.1.3. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları	5
2.1.4. Karaciğer Nakli İçin Hasta Seçimi	5
2.1.5. Karaciğer Nakli İçin Donör Seçimi	7
2.1.6. Karaciğer Naklinde Greft Seçimi	9
2.1.7. Karaciğer Nakli Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı	9
2.1.8. Karaciğer Naklinde Cerrahi İşlem	12
2.1.9. Karaciğer Nakli Sonrası Komplikasyonlar	13
2.1.10. Karaciğer Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı	19
2.2. Psikolojik Sağlamlık	20
2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi	20
2.2.2. Psikolojik Sağlam Bireylerin Özellikleri.....	21
2.2.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler.....	21
2.3. Akılcı İlaç Kullanımı	23
2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi	23
2.3.2. Akılcı İlaç Kullanımının Kriterleri	25
2.3.3. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri.....	25
2.3.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı.....	26
2.3.5. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rollerini.....	29
3. MATERYAL VE METOT	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	32

3.5. Verilerin Toplanması	33
3.6. Veri Toplama Araçları	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	34
4. BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	70
EK-1. Sosyodemografik Veri Formu.....	70
EK-2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği.....	71
EK-3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	72
EK-4. İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü Onayı.....	73
EK-5. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı.....	74

İTHAF

*Hayatımın her anında yanımda olan değerli annem Emine URUÇ ve babam İbrahim
URUÇ'a ithaf ediyorum.*



TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübesiyle tezimin her aşamasında yanımda olan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Runida DOĞAN' a, hayatımın her anında yanımda olan ve beni destekleyen değerli çekirdek aileme, varlığıyla ve desteğiyle hayatıma anlam katan değerli nişanlım Mustafa DEMİR' e

TEŞEKKÜR EDERİM.



ÖZET

Karaciğer Nakli Hastalarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki

Amaç: Bu araştırma karaciğer nakli hastalarının psikolojik sağlamlık düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma Ocak 2020 ile Haziran 2021 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciğer Nakli Enstitüsünde yapıldı. Araştırmanın örneklemini 114 karaciğer nakli olmuş hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kullanıldı. Çalışmanın yapılması için gerekli kurum izni ve etik kurul izni alındı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinden aldıkları ortalama puan 80.0 ± 9.53 olarak (yüksek) hesaplandı. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden alınan ortalama puan 18.19 ± 5.69 olarak (normal) belirlendi. Psikolojik sağlamlık ölçeğinde; sigara kullanan hastaların ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgiyi hekimden alan hastaların aldıkları puanlar istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.05$). Akılcı İlaç Kullanımı ölçeğinde; okur-yazar olan, özel sağlık sigortasına sahip olan ve nakil üzerinden 13-18 ay geçmiş olan hastaların aldıkları puan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.05$). Akılcı ilaç kullanımı ve kısa psikolojik sağlamlık ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların akılcı ilaç kullanım düzeyi yüksek, psikolojik sağlamlık düzeyi ise normal bulundu. Akılcı ilaç kullanımı ve psikolojik sağlamlık ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler; karaciğer nakli olmuş hastaların akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygun hareket edip etmediğini takip etmeli, taburculuk eğitiminde bu konuda eğitimler vermeli bununla birlikte hastaları psikolojik sağlamlık açısından değerlendirmeli ve rehberlik etmelidir.

Anahtar Sözcükler: Akılcı ilaç kullanımı, hasta, hemşire, karaciğer nakli, psikolojik sağlamlık.

ABSTRACT

The relationship Between Resilience and Rational Drug Use in Liver Transplant Patients

Objective: This study was conducted as relational descriptive to determine the relationship between resilience and rational drug use in liver transplant patients.

Materials and Methods: This study was conducted between January 2020 and May 2021 at a Liver Transplant Institute of Turgut Özal Medical Center. The sample of the study consisted of 105 patients who had liver transplant. In data collection, Socio-demographic Data Form, Brief Resilience Scale and Rational Drug Use Scale were used. Institutional and ethics committee permissions were obtained for the study. Data were collected by face-to-face interview method.

Results: The average score obtained from the Rational Drug Use Scale was found as 80.0 ± 9.53 (high) and Brief Resilience Scale as 18.19 ± 5.69 (normal level). In the psychological resilience scale; The scores of patients who smoke and those who received information about drug use from a doctor were found to be statistically significantly higher ($p < 0.05$). In the Rational Drug Use scale; The scores of the patients who were literate, had private health insurance and were 13-18 months after the transplant were found to be statistically significantly higher ($p < 0.05$). There was no statistically significant relationship between the Rational Drug Use Scale and the Brief Resilience Scale ($p > 0.05$).

Conclusion: In this study, the level of Rational Drug Use was found to be high and Resilience level was found to be low. There was no statistically significant relationship between Rational Drug Use Scale and the Brief Resilience Scale. In line with these results, it can be stated that nurses should follow whether patients who have undergone liver transplantation act in accordance with the principles of rational drug use, they should provide training on this subject in discharge education, and that they should guide patients by evaluating them in terms of resilience.

Keywords: Rational drug use, patient, nurse, liver transplantation, resilience.

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİK	: Akılcı İlaç Kullanımın
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HAT	: Hepatik Arter Trombozu
HCC	: Hepatosellüler Karsinom
HLA	: İnsan Lökosit Antijeni
MELD	: Son Evre Karaciğer Hastalığı Modeli
PELD	: Pediatrik Son Aşama Karaciğer Hastalığı

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı.....	35
Tablo 4.2. Hastalık ve Nakil Sonrasına Ait Verilerin Dağılımı	36
Tablo 4.3. Sosyodemografik Veriler ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişki	37
Tablo 4.4. Hastalık ve Nakil Sonrasına Ait Veriler ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 4.5. Sosyodemografik Özellikler ile Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyi Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.6. Hastalık ve Nakil Sonrasına Ait Veriler ile Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyi Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 4.7. Ölçeklerden Alınan Puanlar.....	41
Tablo 4.8. Psikolojik Sağlamlık Puanı ile Akılcı İlaç Kullanım Puanı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.....	42

1.GİRİŞ

Karaciğerin görev yeteneğini geriye dönüşsüz bir şekilde kaybetmesi durumunda başvurulabilecek tek tedavi yöntemi karaciğer naklidir (1, 2). Karaciğer naklinde, hasta ile doku uyumu olan canlı veya kadavra donörden alınan karaciğer alıcıya nakledilmektedir (2, 3). Dünya’ da insanda ilk karaciğer nakli 1963 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde Thomas Starzl tarafından, Türkiye’de ise 1988 yılında Mehmet Haberal tarafından gerçekleştirilmiştir (4, 5). Karaciğer nakli, ameliyat öncesi döneme kıyasla semptomlarda kalıcı rahatlama ve gelişmiş fonksiyonel kapasite ile uzun vadeli yaşam kalitesi sağlayan oldukça faydalı bir tedavi yöntemidir (6). Ameliyat tekniklerindeki gelişmeler, immünosüpresif ve antiviral tedavi rejimindeki ilerlemeler, organ prezervasyon tekniklerinin gelişmesi ve uygun donör kriterlerinin belirlenmesiyle birlikte karaciğer nakli sonrası 12 aylık sağ kalım oranları %80-90’lara ulaşmıştır (4,7).

Karaciğer nakli son derece yararlı bir tedavi yöntemi olmakla birlikte fizyolojik ve psikolojik birçok komplikasyonu da beraberinde getirmektedir (2, 8). Yaşanan fizyolojik komplikasyonlar arasında, enfeksiyon, ağrı, diyabet, hipertansiyon, malignite, dislipidemi, obezite vb. yer alır (8,9). Nakil sonrası dönemdeki fiziksel kısıtlamalar, sağlık geçiş sürecini yönetmede zorluk, nakil öncesi yaşam tarzına geçememe, enfeksiyon-rejeksiyon korkusu, sosyal izolasyon, genel görünümdeki değişiklikler, ölüm korkusu gibi faktörlerle ilişkili olarak da anksiyete, korku, depresyon vb. psikolojik komplikasyonlar yaşanmaktadır (4, 8, 9). Yanı sıra kronik hastalık süreçlerinde psikolojik sağlamlığın da olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (10). Psikolojik sağlamlık bireyin zorlayıcı, riskli ve travmatik yaşam koşullarına karşı sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilme yeteneğiyle ilişkili bir kavramdır (11,12). İyi psikolojik sağlamlık düzeyi, hastalığın gelişiminde ve prognozu iyileştirmede olumlu bir rol oynamakta ve hastalığın ilerlemesini önemli ölçüde yavaşlatabilmektedir (13). Soylu ve ark.göre “Psikolojik sağlamlık, uyum sağlayıcı davranışları harekete geçiren, olumlu tutum ve davranışları kapsayan çok boyutlu bir yapıdır” (14). İyi psikolojik sağlamlığın, ilaç yönetimine de yardımcı olduğu; hastaların psikolojik durumlarının akılcı ilaç kullanımını (AİK) etkilediği belirtilmektedir (15, 16). Tüm bu nedenlerle hemşireler hastaları psikolojik açıdan değerlendirmeli, bu konuda gerekli danışmanlığı yapmalıdırlar (17).

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme, izleme sürecidir ve “hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca en az maliyet ile kullanmaları” olarak tanımlanmaktadır (18). Diğer bir deyişle AİK hastaya doğru tanının konması, prognozun ve tedavi amaçlarının belirlenmesi, güvenilir tedavinin seçilmesi, uygun bir reçete yazılması, hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir (19).

Hemşireler, hastalarla en uzun süre vakit geçiren sağlık profesyonelleri olmaları sebebiyle AİK’nda da önemli bir role sahiptirler (20). Hemşirelerin AİK ile ilgili olarak; ilaçların doğru ve güvenli kullanımını sağlamak, hastaya ilaçları konusunda eğitim vermek, hastanın ilaç rejimine uyumunu sağlamak ve desteklemek için uygun hemşirelik girişimlerini yapmak başta olmak üzere çeşitli sorumlulukları bulunmaktadır (21, 22).

Birçok hastalıkta olduğu gibi karaciğer naklinde de ilaçların uygun bir şekilde kullanımı komplikasyonları önleme açısından büyük önem taşımaktadır (19). Bu nedenle ilaç kullanımı ile ilgili uygun davranışı kazandırma çabası, transplantasyon sonrası bakımın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (23).

Bu bilgiler ışığında; karaciğer nakli olmuş hastalarda ameliyat sonrası dönemdeki psikolojik sağlamlık düzeyinin AİK’ını etkileyeceği düşünülmektedir. Yapılan literatür incelemesinde karaciğer nakli olmuş hastalarda psikolojik sağlamlık düzeyinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmakla beraber (8,15) psikolojik sağlamlık ve akılcı ilaç kullanımını arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma, karaciğer nakli olmuş hastalarda psikolojik sağlamlık düzeyi ile AİK arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

H0: : Psikolojik sağlamlık düzeyi akılcı ilaç kullanım davranışı arasında ilişki yoktur.

H1: Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan hastalar akılcı ilaç kullanım davranışı sergiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğer Nakli

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

İşlevselliğini yitirmiş bir organın yerine kadavra veya gönüllü canlı donörden alınan sağlıklı bir organın tamamının veya bir bölümünün nakledilmesi işlemine organ nakli denir (24, 25). Karaciğer nakli ise, karaciğer fonksiyonlarının geriye dönüşsüz bir şekilde kaybedilmesi durumunda, hasta ile doku uyumu olan canlı veya kadavra donörden cerrahi müdahale ile alınan karaciğerin bir bölümü veya tamamının alıcıya nakledilmesidir (4, 26). Karaciğer nakli, ameliyat öncesine kıyasla semptomlarda kalıcı rahatlama ve gelişmiş fonksiyonel kapasite ile uzun vadeli yaşam kalitesi için etkili bir tedavi yöntemidir (7).

Diğer organ nakillerinde olduğu gibi karaciğer nakli ile ilgili ilk çalışmalar da hayvanlar üzerinde yapılmıştır (6, 27). Karaciğer nakli ile ilgili çalışmalar C. Stuart Welch tarafından 1955 yılında köpeklerde gerçekleştirilerek başlamıştır (3). Köpeklerde karaciğer nakli ile ilgili ilk yayın ise 1952 yılında İtalyan Cerrah Vittorio Staudacher tarafından yapılmıştır (27, 28). Dünyada insanda ilk karaciğer nakli 1 Mart 1963 yılında ABD'nin Denver kentinde Thomas Starzl tarafından, biliyer atrezisi olan üç yaşındaki çocuk hastaya yapılmıştır (2, 6). Bu ilk uygulamada ameliyat sırasında kanama kontrolü sağlanamaması nedeniyle hasta kaybedilmiştir (4, 29). Daha sonra kadavra donör ile gerçekleştirilen 6 operasyonda da başarı sağlanamamıştır (28). 1967 yılında ise yine Dr. Starzl tarafından ilk başarılı karaciğer nakli yapılmış ve kronik karaciğer yetmezliğinin tedavisi olarak yerini almıştır (2, 25). Kız çocuğu olan 19 aylık bu hasta 13 ay sağ kalmış ve metastatik hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir (28). İlk canlı donörlü karaciğer nakli 1988 yılında Brezilya'da Raia tarafından yapılmış fakat başarısızlıkla sonuçlanmıştır (30, 31). İlk başarılı canlı donörlü karaciğer nakli ise 1990 yılında Avustralya'da Strong ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (25).

Ülkemizde organ naklindeki ilk deneysel çalışmalar 1970 yılında Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından köpekler ve domuzlar üzerinde yapılmıştır (32, 33). Türkiye'de insanda ilk karaciğer nakli ise 1988'de Mehmet Haberal ve ekibi tarafından ortotopik şekilde kadavra donörden gerçekleştirilmiştir (3, 28). Yine Haberal ve ekibi 1990 yılında canlı donörden pediatrik karaciğer naklini, daha sonra yetişkinden

yetişkin karaciğer naklini gerçekleştirmiştir (28, 34). 15 Mart 1990 tarihinde yapılan pediatrik ameliyat Avrupa’da da gerçekleştirilen ilk pediatrik canlı donörlü karaciğer nakli ameliyatı olmuştur (35, 36). Aynı ekip tarafından 24 Nisan 1990 tarihinde yetişkinden yetişkin karaciğer nakli ameliyatı ise dünyada ilk kez erişkinde canlıdan kısmi karaciğer nakli operasyonudur (36).

Ameliyat tekniklerindeki gelişmeler ve immunosupresif ilaçlardaki ilerlemeler ile birlikte karaciğer nakli sonrası sağ kalım oranları %80-90'lara ulaşmıştır (10, 25, 26). Nakil başarılarındaki artış, dünyada olduğu gibi ülkemizde de nakil sayılarını arttırmıştır. Sağlık Bakanlığı/Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü/ Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı verilerine göre 2010 yılında 17 karaciğer nakli yapılmışken bu sayı 2019 yılında 1.467 ye çıkmıştır (10, 37).

2.1.2. Karaciğer Nakli Endikasyonları

Karaciğer nakli; karaciğerin akut veya kronik hastalıklarında tıbbi tedavinin sınırlarına ulaşıldığında ve genellikle MELD (Son Evre Karaciğer Hastalığı Modeli) skorunun 15 ve üzerinde olması durumunda endikedir. Karaciğer nakli için hastanın tahmini yaşam süresinin 1 yıldan az olması ve hastanın yaşam kalitesinin kabul edilemez bir düzeyde olması da ana endikasyonlardan biridir (35). Varis kanaması, hepatik koma, septik komplikasyonlar, ağır koagülopati gibi hastanın durumunu ağırlaştırıcı koşullar gelişmeden acil nakil planlanması gereklidir (4). Karaciğer nakli endikasyonları genel olarak 5 başlık altında toplanmaktadır (3, 4, 38).

Akut Karaciğer Yetmezliği: Toksik ajanlar, vasküler obstrüksiyon (Budd Chiari), ilaçlar ve alkol.

Kronik Karaciğer Yetmezliği: Viral hepatitler (B,C,D), otoimmün hepatitler, primer biliyer siroz, primer sklerozan kolanjit, non alkolik yağlı karaciğer, ilaçlar (amiodaron, metotreksat), hemokromatozis, vasküler hastalıklar (Portal Hipertansiyon), kriptojenik karaciğer hastalığı, kistik fibroz ve polikistik karaciğer hastalığı(3, 4, 38).

Malignite: Hepatosellüler karsinom (HCC), kolonjiokarsinoma ve metastatik tümörler.

Metabolik Hastalıklar: Wilson hastalığı, familial amiloid polinöropati, primer hiperokzalüri, glikojen depo hastalığı tip 1 ve 4 (von giercke- glukoz 6 fosfataz eksikliği, andersen-glukojen dallandırıcı enzim eksikliği), herediter hemakromatoz,

otoimmün hepatit, konjenital hepatik fibrozis, tirozinemi, crigler-najjar sendromu, hemofili (A, B), α 1-antitripsin eksikliği, hemokromatozis ve akut intermitant porfiria.

Diğer: Sarkoidoz, amyloid, şistozomiyaz ve travma (3, 4, 38).

2.1.3. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları

Karaciğer naklinin kontrendikasyonları kesin kontrendikasyonlar ve göreceli kontrendikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır.

Kesin Kontrendikasyonlar: Kontrol altına alınamamış ekstrahepatobiliyer veya fungal enfeksiyon, düzeltilemeyen ve yaşamı sınırlayan konjenital anomaliler, aktif madde veya alkol kötüye kullanımı, kolestatik hepatit C, ilerlemiş kardiyopulmoner veya kardiovasküler hastalık, ekstrahepatobiliyer malignite, karaciğere metastatik kanser, kolanjiokarsinom, kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), yaşamı tehdit eden sistemik hastalıklar, akli dengenin yerinde olmaması, gebelik, obezite (beden kitle indeksi (BKİ)>40), multiorgan yetmezliği, beyin ölümünün gerçekleşmesi, kontrol edilemeyen peritonit, kemik iliği yetmezliği, akut respiratuvar distres sendromu ve major psikoz karaciğer naklinin kesin kontrendikasyonlarıdır (39, 40, 41).

Göreceli Kontrendikasyonlar: İleri yaş (50>), önceki yaygın hepatobiliyer cerrahi öyküsü, portal ven trombozu, ağır malnütrisyon, zayıflık, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, intrahepatik sepsis, ağır pulmoner hipertansiyon (ortalama PAB 35 mmHg), HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu, paroksizmal nokturnal hemoglobinüri, hastanın ameliyatı kabul etmemesi, zayıf sosyal destek ve hiponatremi göreceli kontrendikasyonlardır (39, 40, 41).

2.1.4. Karaciğer Nakli İçin Hasta Seçimi

Karaciğer nakli; altta yatan karaciğer hastalığının nüksetme oranı göz önüne alınarak ve hastaların yaşam süresini uzatacak, yaşam kalitesini yükseltecek, hasta immünosupresyonu uyum gösterebilecek ise yapılmalıdır (38, 42). Yanı sıra endikasyonların ilerlemiş olması, bütün tıbbi tedavilerin yapılmış olması ve 1 yıldan az yaşam süresinin kalmış olması gerekir (43). Karaciğer naklinde hasta seçimini standardize etmek için çeşitli sınıflandırma sistemleri oluşturulmuştur. Bunlardan en çok kullanılanlar; *Child-Turcotte-Pugh* sınıflaması, UNOS (United Network of Organ Sharing) sınıflaması ve MELD sınıflamalarıdır (44). Günümüzde *Child-Turcotte-Pugh* skoru gibi ilerlemiş hastalığı öngören ve MELD gibi prognozu öngören göstergeler

kullanılmaktadır (33). UNOS sınıflaması ise nakil önceliğini belirlemede ABD’de, 2002 yılından önce *Child-Turcotte-Pugh* skoru ile birlikte yoğun bakımda kalma gerekliliğinin belirlenmesinde kullanılmış ancak mortalite, bekleme listesindeki bekleme süresi ile uyumlu olmamıştır (44, 45). Bu nedenle ABD’de Şubat 2002’den itibaren hasta seçimi için MELD skora sistem benimsenmiştir. MELD skoru başlangıçta TIPS’e (Transjuguler intrahepatik portosistemik şant) başvuran hastaların mortalitesini tahmin etmek için geliştirilmiş olsa da bazı değişikliklerle beraber karaciğer naklinde de 3 ila 12 ay arasındaki mortaliteyi tahmin etmek için mükemmel bir yöntem olarak etkin bir şekilde kullanılmaktadır (46). MELD modeli bilirubin, kreatinin, INR değeri ve 2016 yılında eklenen serum sodyum parametrelerine dayanmaktadır. *Child-Turcotte-Pugh* sınıflaması da intraabdominal cerrahi uygulanacak olan hastalarda perioperatif morbidite ve mortalite oranlarının tahmininde sirozlu hastalarda cerrahi riski belirlemede en güvenilir yöntem olarak kullanılmaktadır. Ancak başlangıçta varis kanaması olan hastalarda portosistemik şant uygulanması amacı ile geliştirilmiştir (47). *Child-Turcotte-Pugh* ve MELD sınıflaması sirotik hastaların yaşam süresini belirlemede oldukça güvenilir sınıflamalardır (48).

MELD modelini takiben pediatrik hastalar için de benzer bir skora sistemi olan PELD (Pediatrik Son Aşama Karaciğer Hastalığı) skoru oluşturulmuştur (49). PELD skorunda MELD’deki parametrelere ek olarak hesaplama serum albümin değeri, çocuğun yaşı ve büyüme-gelişme geriliği parametreleri de eklenmiştir (50). *Child-Turcotte-Pugh* skoru; asit, hepatik ensefalopati gibi klinik özellikler ile protrombin zamanı, serum bilirubin ve albumin düzeyi gibi laboratuvar bulguları ile belirlenir ve *Child-Turcotte-Pugh* A(5-6 değeri), B(7-9 değeri), C(10-15 değeri) olarak ifade edilir (48, 51).

- MELD puanı bilirubin, kreatinin, INR değerleri kullanılarak hesaplanmakta ve elde edilen puana göre Evre I, Evre II ve Evre III olarak sınıflandırılmaktadır. Evre yükseldikçe hastalığın şiddeti artmakta ve nakil zamanı ona göre ayarlanmaktadır. MELD skoru: $= 3.78 \cdot \log(\text{Bilirubin mg/dl}) + 11.2 \cdot \log(\text{INR}) + 9.57 \cdot \log(\text{Kreatinin mg/dl}) + 6.4$ formülü ile hesaplanmaktadır (52).
- MELD skoru >25 olduğunda haftalık, 19-25 arasında aylık, 11-18 arasında ise 3 aylık dönemde tekrar hesaplanmalıdır (53). Nakil kararı için MELD skorunun 15 ve üzeri olması gerekmektedir. Nakil Meld skorunun on beşin

altında olduğu durumlarda hastanın yaşam süresini uzatmada başarılı değildir (50). Buna karşın bazı vakalarda MELD skoru hastanın kliniğini yansıtamamaktadır. Hasta klinik olarak ileri evredeyse MELD skoruna bakılmaksızın nakil yapılabilir (50).

- Sirozlu hastalarda *Child-Turcotte-Pugh* skoru >6 , MELD >9 ya da önemli endikasyonlar olan asit gelişmesi, ensefalopati, varis kanaması gibi bulgular görülürse hastanın nakil hazırlığına başlamak üzere nakil merkezine yönlendirilmesi gerekir (50).

2.1.5. Karaciğer Nakli İçin Donör Seçimi

Karaciğer nakli için donör seçimi canlı ve kadavra donör olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. (54). Komplikasyonları en aza indirmek ve işlevsel bir greft sağlamak için donör seçimini dikkatli bir şekilde yapmak gereklidir (54). Donörün canlı ya da kadavra olması nakil edilen karaciğerin reddedilme durumunu ve fonksiyonlarını etkilemektedir. Alıcının yaşama şansının yüksek, nakil sonrası tıbbi bakımının daha rahat ve organa ulaşılabilirliğin kolay olması canlı donör naklinin avantajlarıdır. Bunun yanında çoğu ülkede ana organ kaynağının kadavra donör olduğu görülmektedir. Türkiye’de kadavra organ bağışının azlığı nedeniyle daha çok canlı donör kullanılmaktadır (3).

Kadavra donörün değerlendirilmesi;

- 70 yaşından büyük olmamalı
- BKİ 35’in üzerinde olmamalı
- Soğuk iskemi süresi 12 saatin üzerinde olmamalı
- Ölüm nedeni anoksi, beyin tümörü, inme ya da travmatik beyin hasarı olmamalı
- Yoğun bakımda kalış süresi 4 veya 5 günden fazla olmamalı
- Vazoresptörlerin kullanımı sınırlandırılmış olmalı
- Karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda olmalı
- Hipernatremi olmamalı (serum sodyum düzeyi 160 mEq/L üzeri)
- %30’dan fazla makroveziküler steatoz olmamalı

- Diabet, metabaolik sendrom, enfeksiyon (HBV, HCV, HIV), tümör ve sepsis öyküsü olmamalıdır (55).

Canlı donörlü organ naklinde donör seçimi ve değerlendirmesi için çeşitli protokoller yayınlanmıştır (56). Canlı donör karaciğer nakillerinde donör seçimi için en önemli faktörler; donör fiziksel parametreleri, vücut kitle indeksi, ameliyat öncesi karaciğer fonksiyon testleri, steatoz derecesi, toplam karaciğer hacmi, standartlaştırılmış karaciğer hacmi ve ameliyat sonrası kalan karaciğer hacmidir (57).

Canlı donör kriterleri şu şekilde sıralanmıştır;

- Alıcı ile arasında dördüncü dereceye kadar akrabalık bulunmalı,
- Alıcı ile kan grubu ve HLA (human lökosit antijen) uyumu olmalı (kan uyumu yoksa HLA uyumu yeterli),
- Elektrokardiyografi ve akciğer grafisi bulguları normal olmalı,
- 18-55 yaş aralığında olmalı,
- BKİ<32 olmalı,
- Residüel karaciğer volümü %35'in üzerinde olmalı,
- Önemli renal, pulmoner, kardiyak veya metabolik hastalığı olmamalı,
- Serolojik değerlendirmede CMV, HSV, EBV, RPR ile hepatit (B,C) vb. gibi parametreleri negatif olmalı,
- Diyabet, şiddetli veya kontrolsüz hipertansiyon ve sistemik (hepatik, kardiyak, pulmoner, renal) hastalıklar gibi cerrahi riski arttıracak koşullar taşımamalı,
- Tıbbi görüntüleme ve biyopside patoloji saptanmamış olmalı
- Gebe olmamalı,
- Zorunlu olmamakla birlikte tercihen sigara içmemeli,
- Alkol kullanım düzeyi fazla olmamalı,
- Psikososyal desteği yeterli olmalıdır (25, 26, 58).

Tüm bunlarla birlikte hukuki olarak donörlerin yapılacak işlemin komplikasyonları ve ortaya çıkabilecek riskler konusunda tam olarak bilgilendirilmiş olması ve üzerinde hiçbir baskı olmaması ve onayının alınması gereklidir (25, 26, 58).

2.1.6. Karaciğer Naklinde Greft Seçimi

Greft seçiminde önemli olan nokta, alınan greftten sonra kalan karaciğer dokusunun metabolik ihtiyacı karşılayabilmesi ve akut karaciğer yetmezliğine neden olmamasıdır (25). Hacimsel olarak greft boyutunu belirlerken orijinal karaciğer hacminin %35'i sınır olarak kabul edilmiştir (57). Yetersiz greft boyutu alıcıda kalıcı hiperbilirubinemi, koagülopati ve refrakter asite neden olurken, donör için yetersiz kalan karaciğer hacmi de postoperatif karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir (57). Büyük boy bir greft küçük bir alıcıya nakledildiğinde, greftte hepatik arter veya portal ven trombozu gelişebilir. Öte yandan, küçük boyutlu greftler greft işlev bozukluğuna neden olabilir ve rejeksiyon riskini artırabilir (59).

Alıcı için gerekli minimum karaciğer hacminin hesaplanmasında 1995 yılında hazırlanan; {karaciğer hacmi (ml)=706,2 x vücut yüzey alanı (m²)+2,4} formülü kullanılmaktadır (59). Donörün karaciğer hacmine ise, alıcının vücut ağırlığı ve karaciğerin anatomisine göre en az komplikasyon ve mortalite oranını sağlayacak şekilde sağ lob ya da sol lob kullanımına karar verilmektedir (25). Karaciğerin sağ lobu tüm karaciğerin %60 kadarını oluştururken, sol lob %40' ını oluşturmaktadır (60). Karaciğerin sağ lobunun, kötü alıcı sonuçlarından kaçınmak için en ideal greft olduğu belirtilmektedir (57). Nitekim yapılan bir araştırmada da nakil merkezlerinin %75'inin yetişkin canlı karaciğer nakli için sağ lobu tercih ettiği belirlenmiştir (61). Pediatrik hastalarda, günümüzde kullanılan nakil prosedürüne göre sol lateral segment, erişkinlerde ise sağ lob kullanılmakta, ancak alıcı ve donörün özel anatomik varyasyonunun olmaması göz önüne alınmaktadır (25).

2.1.7. Karaciğer Nakli Öncesi Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı

Karaciğer nakli multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (29). Bir hastayı karaciğer nakli için değerlendirmenin ilk adımı ameliyatın gerekliliğini belirlemektir. İkinci adım, diğer tüm etkili tedavilerin denendiğini doğrulamaktır. Son adım ise, hastanın uygun bir aday olup olmadığının nakil merkezi tarafından dikkatle değerlendirilmiş olmasıdır (62). Nakil ekibi; nakil cerrahları, nakil konusunda uzmanlaşmış hepatoloji, gastroenteroloji, nefroloji, anestezi, radyoloji, psikiyatri, plastik cerrahi, patoloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları ile hemşirelerden oluşmaktadır (39).

Hastalar ameliyat öncesi dönemdeki tedavi ve bakım gereksinimleri nedeniyle nakilden birkaç gün önce kliniğe yatırılabilceği gibi birkaç hafta önce de yatırılabilir. Alıcı ve donörün nakil öncesi dönemdeki hazırlığı ve bakımı 4 açıdan ele alınmalıdır. Bunlar; psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, fizyolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitimidir (39).

Nakil Öncesi Psikolojik Hazırlık

Karaciğer nakli, gerek ameliyat süreci, gerekse ameliyat sonrası döneme uyum açısından hem donör hem de alıcı için oldukça stresli ve zorlu bir deneyimdir. Bu nedenle kişinin bu uyumu gösterebilecek psikolojik yapıya sahip olup olmadığının bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (63). Alıcılar, fiziksel yetenek ve aile rolünde değişim, gelecek endişesi, korku, rahatlık ve bağımsızlığın bozulması, otonomi ve gizliliğin kaybı, sosyal ilişkilerde bozulma ile ilişkili stres yaşarken; donörler çoğunlukla cerrahi korku yaşamaktadırlar (8, 39).

Hemşireler donör ve alıcılar ile;

- Uygun iletişimi başlatarak duygularını açıklamalarına fırsat vermeli,
- Ameliyatla ilgili gerekli bilgi ve eğitimi vererek anksiyete ve bilinmeyene bağlı korkularını azaltmada yardımcı olmalı
- Nakil süreci konusunda bilgilendirme yapmalı
- Ameliyat öncesi yapılan hazırlıkları ve kontrolleri koordine etmeli ve gerekli bilgilendirmeleri yapmalıdırlar (3, 39).

Nakil Öncesi Fizyolojik Hazırlık

Ameliyat öncesi alıcı ve donörün sağlık durumu fizyolojik değerlendirme ile belirlenmelidir (62). Ameliyat öncesi dönemde fizyolojik hazırlığın en temel amacı ameliyat sonrası yaşanabilecek riskleri en aza indirmektir. Alıcı ve donörün genel sağlık durumunun incelenmesi ve en iyi düzeye getirilmesi sağlanmalıdır (39). Çoğu nakil merkezinde gerçekleştirilen potansiyel nakil alıcıları ve donör için tipik değerlendirme aşağıdaki maddeleri içermektedir (62):

- Dikkatli bir anamnez ve fiziksel muayene,
- Kardiyopulmoner değerlendirme (ekokardiyografi, solunum fonksiyon testleri, dobutamin stres testi),

- Alıcılar için etiyolojiyi ve karaciğer hastalığının şiddetini doğrulamak için laboratuvar çalışmaları,
- Hepatik arter ve portal ven anatomisini incelemek ve HCC varlığını belirlemek için abdominal görüntülemeler (62).

Nakil Öncesi Yasal Hazırlık

Yasal hazırlık hem donör hem de alıcı için geçerli olmakla birlikte, işlemler donörün kadavra ya da canlı donör olmasına göre değişmektedir. Kadavra donörlerinin yasal hazırlıkları karaciğer nakli koordinatörü tarafından yapılmaktayken; canlı donör ile ilgili hazırlık süreci, kimlerin gönüllü organ bağışı yapabileceği, akrabalık derecesinin sınırları, olaydaki etik kaygılar ve akraba dışı donörlerde izlenen yol ile ilişkili olarak karaciğer nakli ekibi tarafından değerlendirilmektedir (63). Ayrıca organ nakli ile ilgili 03.06.1979'da 16655 sayılı resmi gazetede yayınlanan 29.05.1979'da kabul edilen 2238 sayılı yasaya dayandırılarak 13/02/2012 tarihli 6157 sayılı Organ Nakli Merkezleri Yönergesi yayınlanmıştır. Bu yönerge; kalp, karaciğer, akciğer, kalp-akciğer, böbrek ve pankreas nakli yapan merkezlerin taşıması gereken şartlar ile çalışmalarına dair usul ve esasları belirlemek amacıyla yayınlanmıştır (64). Hemşire bu süreçte; onam alma ve bilgilendirme konusunda önemli rol üstlenmektedir (39).

Ameliyat Öncesi Eğitim

Sağlığın sürdürülmesine, geliştirilmesine, hastalıkların önlenmesine ve sağlığın yeniden kazanılmasına yönelik uygulamalarda hasta eğitiminin rolü çok büyüktür ve bu konu hemşirenin yasal sorumlulukları arasındadır (65). Organ nakli sürecinde hemşirenin alıcı ve donöre ameliyat öncesi, sonrası, sonrası dönemde yapılacak uygulamalar ve gelişebilecek komplikasyonlar (ameliyat bölgesi, drenleri, kullanılacak ilaçlar, hastanede kalış süresi ile uygulanacak tedavi ve bakım vb.) hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. Alıcı ve donöre ameliyat sonrasında yapması için derin solunum, öksürük ve ekstremiteler egzersizleri öğretilmelidir. Tüm bunlarla birlikte taburculuk sonrası dönemde dikkat edilmesi gereken konular anlatılmalıdır (39). Alıcı ve donörün nakil sonrası dönemdeki hijyen uygulamaları, enfeksiyonun önlenmesine yönelik uygulamalar, yeni organın işleyişinin izlenmesi, beden imaj değişiklikleri ve yaşam tarzı değişikliklerine bağlı kalmalarıyla ilgili eğitim verilmelidir ve taburculuk sonrası hastanın ilaç uyumunun sağlanması için gerekli hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (21,66).

Ameliyattan bir gün önce hastanın banyo gereksinimi yerine getirilmeli, cilt hazırlığı ve anestezi konsültasyonu yapılmalı, istirahati sağlanmalıdır. Oral alımı genellikle ameliyat öncesi gece kesilmekte, lavman yapılmakta ve bu şekilde donör ve alıcının hazırlığı tamamlanmaktadır. Diyabet veya beslenme bozukluğu olan hastalarda gereksinime göre IV sıvı tedavisi planlanmaktadır. Alıcı ve donör ameliyat sabahı son kontrolleri yapılarak ameliyathane hemşiresine teslim edilmektedir. Aile üyeleri bekleyecekleri ve bilgi alabilecekleri yer ve ameliyat süresi konusunda bilgilendirilmelidir (4).

2.1.8. Karaciğer Naklinde Cerrahi İşlem

Kadavra veya canlı donörden alınan karaciğerin yapısal ve fonksiyonel bütünlüğü korunarak alıcıya nakledilmesi nakil cerrahisinin temel hedefi olup bu işlemler cerrahi ekibin primer sorumluluğudur (3). Nakil ameliyatı, donör ve alıcının fizyopatolojik durumlarına göre değişebilmekte ve canlı donörlü karaciğer nakil ameliyatı 8-18 saat arası sürerken kadavra donörün ameliyatı ise 4-5 saat sürmektedir. Ameliyat üç aşamadan oluşmaktadır (29, 67).

Bu aşamalar;

- Alıcının biliyer ve majör damarlarının klemlenerek hepatektomi yapılması,
- Kadavra veya canlı donörden alınan karaciğerin damarsal anastomoz ve revaskülarizasyonu,
- Safra yolları onarımı ve drenaj sisteminin yerleştirilmesi ve batının kapatılması (29).

Karaciğer nakli, çeşitli cerrahi yöntemler ile gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

Ortotopik Karaciğer Nakli: Hastalıklı karaciğerin yerinden çıkartılıp, kadaverik veya canlı donörden elde edilen karaciğerin hastalıklı karaciğerin yerine yerleştirilmesidir. Günümüzde karaciğer nakillerinin büyük bir bölümü ortotopik olarak yapılmaktadır (68).

Heterotopik (Destek-Auxiliary) Karaciğer Nakli: Alıcının karaciğeri rezeke edilmeden altına donörden alınan greftin yerleştirilmesidir. Hepatektominin travmasından kaçınılması, greftin başarısızlığının alıcının ölümüne neden olmaması ve donör ile alıcının vücut ölçülerinin uyumunun zorunlu olmaması yöntemin avantajlarıdır (69). Bunun yanında alıcının karaciğerinin zamanla (spontan ya da destek tedavi ile)

toparlama potansiyeli vardır. Alıcının kendi karaciğeri toparlandıktan sonra destek karaciğer cerrahi olarak çıkartılabilmektedir ya da immunosupresyon aşamalı olarak kesilip nakil edilmiş greft kronik rejeksiyona bağlı olarak atrofiye uğratılmaktadır (68).

Domino (Zincirleme) Karaciğer nakli: Nakil olacak bir hastanın karaciğerini başka bir alıcıya bağışladığı karaciğer nakli yöntemidir. Yaygın olarak ailesel amiloidotik polinöropati tanısı olan hastadan alınan karaciğerin, karaciğer yetmezliğine giren alıcılara nakledilmesiyle gerçekleşmektedir ve uzun vadeli sağ kalımlar göstermektedir (70).

Split (Bölünmüş) Karaciğer Nakli: Yetişkin bir bireye ait olan karaciğerin genellikle sol lop veya sol lateral segmente ayrılarak pediatrik nakiller için uygun büyüklükte greftler halinde nakledilmesidir (71).

2.1.9. Karaciğer Nakli Sonrası Komplikasyonlar

Karaciğer naklinin postoperatif erken döneminde hemşire; hastanın tanılanması, hemodinamik monitörizasyonu, ventilasyon takibi, nörolojik durum takibi, ağrı kontrolünün sağlanması, laboratuvar bulgularının takibi, yara yeri bakımı, gerekli izolasyonun sağlanması, order edilen tedavinin uygulanması ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (4). Hastaların erken dönemde en az 24 saat yoğun bakımda izlenmesi önerilmektedir. Yoğun bakımdaki hastanın hemodinamisine (nabız, tansiyon, santral venöz basıncı, pulmoner arter ve wedge basıncı) ve sıvı- elektrolit (arteriyal kan gazı, aldığı-çıkarıldığı takibi) dengesine dikkat edilmelidir. Hasta, cerrahi işleminden sonra kan gazı değerleri vb. parametrelere bakılarak uygun durumdaysa solunum desteğinden ayrılarak ekstübe edilmektedir. Bu dönemde hemşire hastanın satürasyon takibini iyi yapmalı ve hastanın solunum-öksürük egzersizleri ile sekresyonlarını atmasına yardım etmelidir. Hasta erken dönemde mobilize edilerek bağırsak hareketlerinin başlaması sağlanmalı ve bu şekilde pulmoner emboli riski en aza indirilmelidir (72). İmmünoşüpresif tedavi ve organ prezervasyon teknikleri, antiviral tedavi uygulamaları ve uygun donör kriterlerinin belirlenmesiyle ilgili birçok gelişmeye rağmen hastalar nakil sonrası bazı komplikasyonlar yaşamaya devam etmektedir (5).

Bu komplikasyonlar;

- Cerrahi teknikle ilgili komplikasyonlar,

- Karaciğer hastalığının yeniden gelişmesi ile ilgili komplikasyonlar,
- Nörolojik komplikasyonlar,
- İmmünosupresyonla ilişkili komplikasyonlar
- Karaciğer nakline bağlı psikolojik komplikasyonlar olarak başlıca beş gruba ayrılmaktadır.

Cerrahi Teknikle İlgili Olan Komplikasyonlar

Hepatik Arter Trombozu (HAT): Donör-alıcı yaşının küçük olması, pıhtılaşma bozukluğu varlığı, sigara kullanımı, sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, yanı sıra teknik bazı problemlerin de yol açtığı hepatic arter trombozu karaciğer nakli sonrası yaklaşık %7-9 oranında görülmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde görülen HAT fulminan karaciğer yetmezliği tablosuna benzer etkiler göstermekte ve anjiyografik tekniklerle vaskülarizasyon sağlanamazsa acil cerrahi gerektirmektedir (26).

Portal Ven Trombozu (PVT): Karaciğer naklinden sonra nadir olarak karşılaşılan PVT'nin erken dönemde görülmesi teknik hatalardan kaynaklanmaktadır. Bu hatalar portal venin uzun ve çapının 5 mm'nin altında olması, alıcı ve donör damar çapları arasındaki uyumsuzluk, alıcı portal vende tromboz gelişmesidir. Karaciğer enzimlerinin yükselmesi, varis kanamaları, venöz intestinal konjesyon, intestinal iskemi, nekroz ve asit görülmesi trombozu düşündürür. Kesin tanı Doppler USG, anjiyografi veya bilgisayarlı tomografi anjiyo ile konulmaktadır. Trombolitik ve antikoagulan tedavi veya trombektomi ile revaskülarizasyon sağlanamazsa retransplantasyon gerekebilmektedir (2, 26).

Hepatik Ven Trombozu (HVT): Hiperkoagülabilitateye yatkınlık veya buna neden olabilecek kronik hastalık (Budd-Chiari sendromu, HCC) varlığı olan durumlarda ameliyat sonrası hepatic venlerde tromboz gelişebilmektedir. Kesin tanı Doppler USG ve venografi ile konur. Portal hipertansiyon görülmesi durumunda, trombolitik tedavi ile kombine shunt takılması ile başarılı sonuç elde edilebilmektedir. Tedavi başarısız olursa retransplantasyon kaçınılmazdır (2, 26).

Kanama: Ameliyat öncesi dönemde şiddetli koagülopati ve trombositopeni varlığı postoperatif kanama için en önemli risk faktörleridir. Trombosit, hematokrit ve hemoglobin seviyelerindeki düşme; hipotansiyon, taşikardi, karın çevresinde büyüme, idrar miktarında azalma ve drenajın artması kanamanın en belirgin bulgularıdır.

Kanamının diğer nedenleri, karaciğer yüzeyinde laserasyon, anastomoz kaçağı, heparine bağlı kanama, hepatik arter stenozu (HAS) ve HAT olabilmektedir. Nakil sonrası ilk 24 saatte 6 üniteden fazla kan transfüzyon ihtiyacının olması acil cerrahi endikasyonudur (2).

Biliyer Komplikasyonlar: Biliyer sistem rejenerasyon yeteneği az olan bir yapıdadır. Bu nedenle nakil sonrası biliyer komplikasyonlar çok sık görülmektedir. Biliyer sistemde hasara yol açan nedenler olarak; teknik nedenler, iskemi-reperfüzyon hasarı, hepatik arter trombozu, immünolojik faktörler, enfeksiyonlar (özellikle CMV) sayılabilir. ALP, GGT ve bilirubin seviyelerinin yükselmesi biliyer komplikasyon varlığını göstermektedir. En sık görülen biliyer komplikasyonlar safra kaçağı ve safra yollarında darlık gelişimidir (2, 26).

Karaciğer Hastalığının Yeniden Gelişmesi ile İlgili Komplikasyonlar

Akut gelişen toksik karaciğer yetmezliği, biliyer atrezi, polikistik karaciğer hastalığı, Caroli hastalığı, Alagille sendromu, doğuştan hepatik fibrozis, Wilson hastalığı, alfa-1 antitripsin eksikliği gibi karaciğer nakli gerektiren durumlar nakil sonrası dönemde tekrarlamamaktadır (10). Hepatit B ve hepatit C enfeksiyonuna bağlı karaciğer hastalığı, otoimmün hepatit, primer biliyer siroz, primer sklerozan kolanjit, otoimmün hepatit, non alkolik yağlı karaciğer hastalığı, hemokromatozis, alkolik karaciğer hastalığı, HCC ve kistik fibrozis gibi hastalıklar ise nakil sonrası dönemde tekrar gelişebilmektedirler (5, 10).

Nakil sonrası Hepatit B profilaksisi (entakavir ve tenofovir gibi etkin antiviral tedavi) yapılmayan hastalarda %75-90 oranında rekürrens geliştiği belirtilmektedir (5). Hepatit C'ye bağlı rekürrensi önlemede en etkili tedavi oral antiviral tedavi olarak görülmektedir. HCC rekürrensi de önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (10).

Nörolojik Komplikasyonlar

Nörolojik komplikasyonlar karaciğer nakli sonrası oldukça yaygındır (%30-60) ve mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (5, 73). Nörolojik komplikasyonlar elektrolit dengesizlikleri, kardiyovasküler problemler, metabolik faktörler, ilaç toksisitesi, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, serebrovasküler enfarktüs veya kanama kaynaklı olabilmektedir (5, 74). Nakilden sonra herhangi bir zamanda gelişebilen nörolojik komplikasyonlar arasında hafif ensefalopatiden komaya, şiddetli baş ağrısına,

depresyon, deliryum gibi psikolojik bozukluklardan nöbetlere, inme, periferik nöropati, brakial pleksusdan sinir yaralanmalarına kadar değişen bulgular görülmektedir (74). Nörolojik komplikasyonlar hastanın immünosupresif tedaviye olan uyumunu azalttıkları için rejeksiyon gelişme riskini de arttırmaktadır (5).

İmmünosupresyonla İlişkili Komplikasyonlar

Nakil sonrası immünosupresyon immün sistemi baskılayarak allogreft reddini önlemeye dayanmakta, aşırı kullanımı ise enfeksiyon ve neoplaziye neden olabilmektedir (5, 75). Hastaların büyük çoğunluğu miktarı az da olsa ömür boyu immünosupresif ajan almak zorundadır. Bununla birlikte çok az kişide immünosupresyon tedavisi kesildiğinde rejeksiyon görülmemiştir (75).

Rejeksiyon

Mekanizma tam olarak anlaşılmamış olsa da, karaciğer naklinde diğer organ nakillerine kıyasla rejeksiyon daha az görülmektedir (75). Karaciğer nakil sonrası rejeksiyonu önlemek amacıyla kullanılan başlıca ilaçlar; kortikosteroidler, azathioprine, mikofenolat mofetil, rapamisin, antitimosit globulin (ATG), monoklonal antikor (OKT3), siklosporin ve tacrolimus olarak sıralanmaktadır. Rejeksiyon; hiperakut rejeksiyon, akut rejeksiyon, akselere rejeksiyon ve kronik rejeksiyon olarak dört gruba ayrılmaktadır.

Hiperakut rejeksiyon: Nakilden sonra dakikalar içinde veya birkaç saat içinde gelişir ve tipik olarak cerrah tarafından vasküler anastomoz tamamlandıktan hemen sonra fark edilir. Önceden oluşmuş antikorların greft endoteline bağlanması sonucu gelişmektedir. Yaygın akut arterit, arteriyolit, damar trombozu ve iskemik nekrozla karakterizedir (76).

Akut rejeksiyon: İmmünosupresifler alınmadığında veya yeterli immünosupresyon alındığında bile nakil sonrası günler, haftalar içinde oluşabilir. Akut rejeksiyona hem sellüler hem de humoral mekanizmalar neden olabilir ve herhangi bir hastada biri diğerinden baskın ya da birlikte bulunabilir. Histolojik incelemede hücrel rejeksiyon, beraberinde ödem ve parankimal hasarla bir interstisyel mononükleer hücre infiltrasyonu olarak belirirken, humoral rejeksiyon vaskülit ile birlikte (76).

Akselere akut rejeksiyon: Nakilden sonra ilk beş gün içinde ortaya çıkan akselere rejeksiyon akut rejeksiyon olarak sayılabilmektedir. Alıcının kan nakli öyküsü varsa ya

da başka bir nakil veya gebelik sırasında antijenlere karşı oluşan hassasiyete bağlı olarak T ve B lenfositlerin hafıza hücrelerinin etkisi sonucu görülmektedir (77).

Kronik rejeksiyon: Nakilden sonra aylar veya yıllar içinde görülebilmektedir. Kronik rejeksiyonda vasküler değişiklikler, interstisyel fibrozis ve parankim kaybı baskındır ve hücre infiltrasyonu tipik olarak görülmemektedir (76).

Enfeksiyon

Enfeksiyon; cerrahi teknik, nakil sonrası bakım, hastane ortamı, bulaşıcı hastalık tedavisi, enfeksiyon önleme ve profilaksisindeki gelişmelere rağmen, karaciğer naklinden sonra morbidite ve mortalitenin başlıca nedenidir (5, 78). Bununla birlikte hepatoselüler sistemin penetrasyonunu içeren cerrahi prosedürün karmaşıklığı karaciğer nakli sonrası diğer organ nakillerine kıyasla daha fazla bakteriyel enfeksiyonlar görülmesine sebep olmaktadır. Nakilden sonra görülen başlıca enfeksiyonlar; bakteriyel, fungal, viral ve protozoal enfeksiyonlardır. İmmünsüpresif ilaçlar, altta yatan tıbbi durum, bariyer kırılmasının kapsamı ve miktarı, nötropeni, metabolik sorunlar, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüsü, Herpesviridae ve viral hepatit enfeksiyonlar gibi birçok faktör nakil sonrası dönemde enfeksiyon kaynakları olabilmektedir (78). Nakil yapılan hastalarda enfeksiyonlardan korunmak için Hepatit A ve B, influenza ve pnömokok aşılarının yapılması önerilmektedir. Hastayla her türlü temasta el hijyeninin sağlanması, yara yeri bakımı ve izleminin aseptiye uygun yapılması, hastanın ağız ve göz bakımına dikkat edilmesi, lökosit (WBC) düzeyindeki artış başta olmak üzere enfeksiyon belirtilerinin izlenmesi, derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yaptırılması, gerekli durumlarda hastanın izole edilmesi, hastanın beslenmesi ve öz bakımında hijyen kurallarına uyulmasının sağlanması hastayı enfeksiyondan korumak için yapılması gereken önemli girişimlerdir (5).

Malignite

Normal popülasyonla karşılaştırıldığında nakil olan bireylerde malignite gelişimi iki kat daha fazladır. Nakil sonrası immünosupresyonun süresi ve yoğunluğu, nakil türü ve nedeni malignite insidansını etkilemekle birlikte; 50 yaş üzerinde olma, sigara-alkol kullanma ve nakil öncesi hepatit C varlığı malignite görülme riskini önemli ölçüde arttırmaktadır (79, 80).

Kardiyovasküler Riskler ve Hipertansiyon

Hipertansiyon, karaciğer nakli alıcılarında nakil sonrası sık görülen bir komplikasyondur ve prevalansı ilk aylarda %50-70 arasındadır. İlerleyen dönemlerde immünosupresif dozlarındaki azalmaya bağlı olarak prevalansı düşmektedir. Hipertansiyon, kalsinörin inhibitörleri (siklosporin, takrolimus) ve steroid kullanımına bağlı olarak renal arteriollerin vazokonstriksiyonu, glomerüler filtrasyon ve sodyum atılımındaki değişikliklere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu dönemde immünosupresif ajanlar ile anti-hipertansifler arasındaki etkileşimlere karşı dikkatli olunmalı, hastalarda kan basıncı izlemi ve uygun diyet alımı sağlanmalıdır (79). Karaciğer nakli yapılan hastalarda kardiyovasküler mortalite ve iskemik olaylar normal popülasyona göre 2.5-3 kat daha fazla görülmektedir. Obezite, hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi kardiyovasküler mortalite için önemli risk faktörleridir (5).

2.1.9.5. Karaciğer Nakline Bağlı Psikolojik Komplikasyonlar

Hastalar nakil sonrası dönemde immünosupresanlara uyum, alkolden uzak durma vb. yaşam tarzı değişiklikleri ile karşı karşıya kalırlar. Yanı sıra; fiziksel kısıtlamalar, sağlık geçiş sürecini yönetmede zorluk, nakil öncesi yaşam tarzlarına geçememe, enfeksiyon-rejeksiyon korkusu, sosyal izolasyon, genel görünümdeki değişiklikler, çelişkili duygular, anksiyete, ölüm korkusu gibi duygular yaşanmaktadır ve bu duyguların gelişimi genellikle immünosupresyon kullanımı ile ilişkilidir (5, 81). Tüm bu faktörler hastaların başa çıkmasını zorlaştırmakta ve psikolojik belirtilerin ortaya çıkma olasılığını artırmaktadırlar (17). Nakil sonrası süreçte hastalarda içe kapanma, aşırı konuşma, ajitasyon, huzursuzluk, uykusuzluk, ani gelişen neşelenme hali gibi davranış değişiklikleri gözlenebildiği vurgulanmaktadır (5, 82). Commander ve ark. (1992), karaciğer naklinin psikiyatrik ve sosyal sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %18,8'inin bir psikiyatrik bozukluk için araştırma tanı kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır (83). Forsberg ve ark. (2000) hastaların karaciğer nakli sonrası yüzleşme korkusu, duygusal kaos, yalnızlaşma korkusu ve aile ile arkadaş ilişkilerine bağlı bazı psikolojik komplikasyonlar yaşadıklarını belirlemişlerdir (84). Kaçmaz ve ark.'nın çalışmasında karaciğer nakli yapılan hastalarda yüksek oranda anksiyete ve depresyon belirlenmiştir (85). Graffigna ve ark. (2018)'nin çalışmasında kritik sağlık koşullarının; hastaların duygusal refahını ve psikolojik sağlamlığını

derinden etkilediği vurgulamaktadır (86). Gültekin ve ark. (2019) karaciğer nakli olan hastalarda nakilin hastaların psikolojik sağlamlıklarını etkilediğini belirlemişlerdir (8).

2.1.10. Karaciğer Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı

Hemşire hastalarla en uzun süre vakit geçiren, multidisipliner ekibin önemli bir üyesidir. Bu durum hastalarla güvene ve saygıya dayalı bir ilişki kurulmasını sağlamakta ve hastalar korkularını, kaygılarını ve yaşadıkları sağlık sorunlarını hemşirelerle daha rahat bir şekilde paylaşabilmektedir (87). Karaciğer nakli sonrası hemşirelik bakımı erken dönem ve uzun dönem bakım olarak ikiye ayrılmaktadır. Hasta nakil sonrası erken dönemde ortalama 6 saat entübe şekilde ve en az 24 saat yoğun bakımda kalmaktadır. Nakil sonrası ilk 48 saati içeren erken dönemde hemşire hastanın vital bulgularını takip etmeli, etkili solunum örüntüsünü sağlamalı, vücut ısını korumalı ve erken ameliyat sonrası dönemde görülebilecek anestesi ve cerrahi komplikasyonlarını yakından izlemelidir. Yeterli spontan solunum görülmesi halinde extübasyon planlanmaktadır. Extübasyondan sonra hemşire hastanın sekresyonlarını atmasına yardımcı olmalı, satürasyon ve diğer vital bulguları yakından takip etmelidir. Erken dönemde ortaya çıkan cerrahi teknikle ilgili komplikasyonlar, hiperakut ve akut rejeksiyon; erken dönem hemşirelik bakımının planlanmasında ana konular içerisinde yer almaktadır. Uzun dönemde ise daha çok immünosupresyona bağlı komplikasyonlar görülmekte olup bu dönemde komplikasyonların izlemine ve yönetime dikkat edilmesi gerekmektedir. Uzun dönemde hemşirelik bakımında diğer önemli başlıklar ise; beslenme, enfeksiyon kontrolü, cinsellik, günlük yaşama dönme ve sağlık kontrollerini içermektedir (3).

Hemşire nakil sonrası dönemde immünosupresyonların etkin ve doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamalı, hastayı ortaya çıkabilecek yan etkiler (bulantı-kusma, tremor, hipertansiyon, dış eti hiperplazisi, baş ağrısı, nöbet, diyare, cushingoid görünüm, kas güçsüzlüğü vb.) hakkında bilgilendirmelidir (5, 87). Ayrıca hemşire greft alanında ağrı ve hassasiyet, ateş, anormal drenaj varlığı, gözlerde ve ciltte ikteri, yorgunluk, karaciğer enzimlerinde yükselme gibi rejeksiyon belirti ve bulguları yönünden hastayı gözlemeli, hastanın immünosupresif tedaviye uyumunu ve katılımını sağlamalıdır (5). Nakilden sonra hastanın bakım ve tedavisini sürdürerek hastanın sağlık düzeyini yükseltmek ve yaşam kalitesini arttırmak da hemşirenin sorumluluğudur (4). Taburculuk eğitiminde ise hemşire hastaya altı ayda bir fizik muayene ve yılda bir kez

de ağız ve diş sağlığı kontrollerini yaptırmasını önermelidir. Hemşire hastaya nakilden sonraki altı ay boyunca tansiyon takibi yaptırmasını ve aylık olarak hekimine bildirmesini eğer hipertansiyon gelişmezse hekime yapacağı bildirimi altı aya çıkarabileceğini söylemelidir (10). Bununla birlikte hastaya diyeti, kullanacağı ilaçlar, yara bakımı, kişisel hijyen, nakil sonrası aktivite ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında eğitim vermelidir. Bu uygulamalarla hemşire eğitici ve danışmanlık rollerini etkin kullanarak hastanın sağlık durumunu geliştirmeyi ve o düzeyde sürdürmesine yardımcı olmayı hedeflemelidir (4).

Hemşire hastaların nakil sonrası psikolojik sağlıklarını iyi değerlendirmeli ve hastaya rehber olmalıdır. (5, 84). Ortaya çıkabilecek psikolojik problemlerle ilgili olarak hastayı ve aileyi bilgilendirmeli, ciddi davranış değişikliklerinde psikiyatri ile iş birliği yapılmasını önermelidir (5, 82).

2.2. Psikolojik Sağlamlık

2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi

Psikolojik sağlamlık İngilizce bir kelime olan “resilience” sözcüğünün Türkçesi olarak bilinmektedir ve Latince bir kelime olan “resilire” kökünden türetilmiştir (88, 89). Kavramın köküne bakıldığında bir maddenin esnek olması, kendini toparlaması, orijinal formuna ya da pozisyonuna kolayca dönebilmesi anlamına gelmektedir (90, 91). Psikolojik sağlamlık (PS), bireyin hayatı boyunca karşılaştığı sıkıntılara ve stres yaratan olaylara dayanabilme, karşı koyabilme ve normal yaşantısına devam edebilme galibiyeti şeklinde tanımlanmıştır (88, 89). PS kavramından söz edebilmek için bireyin bir riske ve zorluğa maruz kaldıktan sonra olumsuz koşullara rağmen bu duruma uyum sağlayarak yaşam alanında başarı elde etmesi gerekmektedir (11). Psikolojik sağlamlık, zorlu koşullara rağmen başarılı bir adaptasyon sürecini ifade eder (89). Psikolojik sağlamlık kavramının çeşitli tanımlarında üç temel nokta mevcuttur. Bunlar; risk ve/veya zorluk; olumlu uyum gösterme (baş etme, yeterlik) ve koruyucu faktörlerdir (11).

Psikolojik sağlamlık kavramı ilk olarak ABD’de ortaya çıkmıştır. 1950’li yıllarda psikolojik sağlamlık yerine ayakta kalanlar (survivor) kavramı kullanılmıştır. Bu kavram da zor şartlarda yaşayan kişilerin güçlüklerin altından kalkmasını ve duygusal uyumsuzluk göstermemesini ifade etmek için kullanılmıştır. 1960-1970’li yıllara gelindiğinde psikolojik sağlamlık kavramı da aynı anlamda bilimsel çalışmalarda

kullanılmaya başlanmıştır (92). Psikolojik sağamlık üzerine ilk araştırma 1973'te yayınlanmıştır (93). Günüümüzde ruh sağlığı alanındaki araştırmalarda önemli bir yer tutan psikolojik sağamlık, pozitif psikolojinin çalışma alanı içerisinde yer alan önemli kavramlardan biridir (91, 94). İnsanın olumlu ve güçlü yönlerine vurgu yapan psikolojik sağamlık konusu her geçen gün daha fazla dikkat çekmektedir (95, 96).

2.2.2. Psikolojik Sağlam Bireylerin Özellikleri

Psikolojik sağamlık kavramına genel olarak bakıldığında; psikolojik sağlam bireylerin kişilik özelliği olarak zorlu yaşam koşullarına olumlu uyum gösterebildikleri dikkat çekmektedir (88, 96). Psikolojik sağamlık ile ilgili ilişki kurulabilecek birçok kişilik özelliği vardır ve bunlar kişinin olumsuzluklar karşısında çözümler yolu araması ve bu olumsuzluklarla başa çıkmasını sağlamaktadır. Bu kişilik özelliklerinin; iyimserlik, yaşam doyumu, öz saygı, duygusallık ve umut olduğu görölmektedir (88, 89). Bununla birlikte psikolojik sağamlığı yüksek olan kişilerin baş etme yöntemlerinin daha etkili olduğu belirtilmektedir (96).

Psikolojik olarak sağlam bireylerin ortak özellikleri dikkate alındığında ise bu bireyler çevresindeki kişilerden olumlu tepkiler alabilme, sağlıklı ve pozitif ilişkiler kurabilme yeteneğine sahip olma, yüksek benlik saygısına sahip olma, uyum sağlayıcı kişiliğe sahip olma, empati kurabilme, zihinsel yeterliliğe sahip olma, iyimser ve uyumlu olma, planlama yeteneğine sahip olma, iletişim ve problem çözümlerine sahip olma, inanç ve destekleyici aile ilişkilerine sahip olma gibi özellikler taşımaktadırlar (89, 91, 97).

2.2.3. Psikolojik Sağamlığı Etkileyen Faktörler

Psikolojik sağamlığı etkileyen faktör ya da koşulların bireyin kendi kişilik ya da içsel özelliklerinin yanı sıra aile, okul, evre ve toplum bünyesinde olduğu belirtilmektedir (11). Psikolojik sağamlıkla ilgili tanımlar incelendiğinde psikolojik sağamlığı etkileyen risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin olduğu dikkat çekmektedir (96, 97).

Psikolojik Sağamlığın Risk Faktörleri

Risk, psikolojik sağamlığın oluşabilmesi için bir önkoşuldur. Risk; negatif bir sonuç görölme olasılığını artıran bir ya da daha fazla faktörün ya da etkinin varlığı; bir başka deyişle, bir problemin oluşma, devam etme ya da daha kötüye gitme olasılığını

artıran herhangi bir olay, durum ya da deneyim anlamına gelmektedir (98). Psikolojik sağlamlığa etki eden risk faktörleri üç grupta ele alınmıştır (96).

Bireysel Risk Faktörleri: Özgüven azlığı, başa çıkma mekanizmalarının olmaması, kalıtsal bozukluklar, cinsiyet, genetik, kronik hastalıklar, sinirli kişilik yapısına sahip olma, kendini kontrol etme yeteneğinin az olması, problem çözme becerilerinde eksiklik, zeka seviyesinin düşük olması ve potansiyel psikolojik/biyolojik vb faktörler bireysel risk faktörleri olarak değerlendirilir (90, 91, 94).

Ailesel Risk Faktörleri: Anne babanın eğitim düzeyinin düşük olması, genetik hastalıklar, ebeveynlerin boşanması, aile içi şiddet, ebeveyn-çocuk iletişim yetersizliği, ilgisiz anne baba tutumları, çocuk sayısının fazla olması, iki çocuk arasında yaş farkının iki yıldan az olması, cinsel taciz, ebeveynin madde kullanması veya suç geçmişi olması psikolojik sağlamlık için ailesel risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (88, 89, 90, 95, 99).

Çevresel Risk Faktörleri: Sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü, yetersiz beslenme ve barınma, madde kullanımı, işsizlik, düşük gelir seviyesine sahip olma, kötü arkadaş çevresine sahip olma, göç, toplumsal şiddete maruz kalma, doğal afetler, savaş, sosyal hizmetlere ulaşamama ve rol model alınabilecek kimsenin olmaması çevresel risk faktörlerine örnek olarak gösterilmektedir (88, 89, 92, 96, 97).

Psikolojik Sağlamlığı Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler risklerin ve kötü koşulların olumsuz etkilerini azaltan ya da ortadan kaldıran faktörlerdir (98). Koruyucu faktörler risk altında olmanın olumsuz etkilerini azaltmaya hizmet eden, bireyin gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olan, pozitif gelişim göstermeye yardımcı olan, olumsuzluğun etkisini hafifleten veya sonrasında devam edebilecek zincirleme olumsuzlukların olasılığını azaltan ve bireyin yeterliliklerini geliştiren durumlar olarak tanımlanmaktadır (95, 96, 97). Aynı riske maruz kalmasına rağmen neden bazı bireylerin diğer bireylere göre daha iyi gelişim gösterdiğini açıklamada ve risk durumlarının ortaya çıkardığı olumsuz etkileri azaltma ve uyum sürecini hızlandırmada koruyucu faktörlerin rolü büyüktür (91, 96).

Risk faktörleri karşısında tampon görevi gören koruyucu faktörler; bireysel koruyucu faktörler, ailesel koruyucu faktörler ve çevresel koruyucu koruyucu faktörler olmak üzere üç kategoride incelenmektedir (89).

Bireysel Koruyucu Faktörler: Bireysel koruyucu faktörler; özgüven, özsaygı, öz-yeterlilik, zeka seviyesinin normalin üstünde olması, planlama yeteneği, iletişim ve problem çözme becerileri, sağlıklı ve pozitif ilişkiler kurabilme yeteneği, akademik başarı, yaşam amaçlarının olması ve geleceğe yönelik pozitif beklentiler içinde olma, sosyal yeterlilik, sağlıklı ilişkiler, dini inançlar, sorumluluk sahibi olma ve toplum tarafından ilgi gören yeteneklere sahip olma olarak değerlendirilmektedir (89, 90, 91, 97).

Ailesel Koruyucu Faktörler: Olumlu anne-çocuk ilişkisi, çocukların geleceği için ailenin olumlu beklentiler kurması, aile ile birlikte yaşama, tutarlı ve yaşa uygun disiplinin yer aldığı ebeveyn tutumları, ebeveynlerin çocuklarına karşı daha gerçekçi beklentilerinin olması ile çocukların düzenli ve etkili bir biçimde izlenmesi, ebeveynler olmadığında alternatif bir bakım vericiye sahip olma, benzer değerlerin paylaşıldığı akrabaların varlığı ve aşırı kalabalık olmayan ailede büyüme ailesel koruyucu faktörlere örnek olarak gösterilebilmektedir (88, 89, 100).

Çevresel Koruyucu Faktörler: Olumlu toplumsal destek, olumlu okul ilişkileri, olumlu arkadaş desteği, destekleyici kurumlar, spor, kültür, sanat ve eğlence olanakları, çevrenin bireye karşı gerçekçi beklentilere sahip olması, bireye olumlu olarak moral vermesi, spor ve fiziksel aktiviteler çevresel koruyucu faktörler arasında yer almaktadır (91, 96, 97).

2.3. Akılcı İlaç Kullanımı

2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi

TC. Sağlık Bakanlığı ilacı; “İnsanları hastalıklardan korumak, tedavi etmek, teşhis koymak, bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek veya insan yararına değiştirmek amacıyla kullanılan, genellikle tek veya kombinasyon halinde, doğal ve sentetik kaynaklı maddelerden formüle edilmiş etkin maddeler içeren dozu ayarlanmış ürün” şeklinde tanımlamıştır (101). İlaç kullanımı sağlık hizmetleri sunumunun vazgeçilmez bir parçasıdır ve sağlık hizmetlerinde ilacın akılcı kullanımı önemlidir, zira ilaç doğru kullanıldığı sürece etkilidir (102). AİK, ilacın yapımından eczaneye ulaşmasına; reçetenin yazılıp hasta tarafından kullanılmasına; ilaç atıklarının kuralına uygun olarak yok edilmesine kadar geçen süreçteki tüm “doğru” ları içermektedir (103). AİK, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme, izleme sürecidir ve “hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları,

kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları” olarak tanımlanmıştır (18,104).

1975’te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toplantısı’nda “temel ilaçlar” ve “ulusal ilaç politikası” kavramlarına değinilmiş olsa da AİK ile ilgili esas adım DSÖ tarafından 1977 yılında Temel İlaç Listesi’nin oluşturması ile atılmıştır (105, 106). 1978 yılına gelindiğinde Alma-Ata Bildirgesi’nde “temel ilaçların gerekliliği” tanımı ortaya atılmıştır (106).1985 yılında Nairobi’de düzenlenen toplantıda AİK “ilaçların klinik bulgulara uygun bir biçimde, hastaların gereksinimlerini karşılayacak doz ve sürede, mümkün olan en düşük maliyetle temin edilebilmesi için uyulması gereken kurallar” olarak tanımlanmıştır (105). Bu kurallar; hastanın probleminin incelenerek doğru tanının koyulması, tedavi amaçlarının saptanması, etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir tedavinin seçilmesi, akılcı bir şekilde reçete yazılması, hastanın bilgilendirilerek tedaviye başlanması, tedavi sonuçlarının takibini ve değerlendirilmesini içermektedir (107). 1989 yılında Uluslararası AİK Ağı kurulmasıyla AİK teşvik edilmeye başlanmıştır. 2000 yılı itibariyle de DSÖ üyesi olan 156 ülke ulusal temel ilaç listesini kullanmaktadır. Bu liste 2017 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (106). DSÖ’ nün raporuna göre gelişmekte olan ülkelerde ilaçların %50 sinden fazlası, gelişmiş ülkelerde ise %50’ sine yakını AİK’na uyulmadan kullanılmaktadır. Bu ilaçların önemli bir kısmını antibiyotikler oluşturmakta ve hastaların yarısı ilaçlarını yanlış kullanmaktadır (108).

Ülkemizde AİK kullanımı ile ilgili ilk çalışmalar 1990’lı yıllarda başlamıştır. Çalışmalar 1998/99 Orta Vadeli İş Birliği Programı kapsamında DSÖ’nün önerilerine göre yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1993 yılında ‘Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi’ isimli bir kitap yazılmış, 1999’da ise “Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu” yayınlanmıştır. Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu, İngiliz Ulusal Formüllerinin uyarlanması ile hazırlanmış olup 6. Baskısı 2011 yılında yapılmıştır. 1997 yılında 20 kişilik bir ekip ikinci Sağlık Projesi kapsamında ‘AİK Eğitici Eğitimi’ için Groningen Üniversitesi’ne gönderilmiş ve bu eğitimlere devam edilmiş, 2001 ve 2006 yılında 193 kişilik yeni bir ekip daha oluşturulmuştur. 2002-2003 yıllarında bazı yabancı kaynakların Türkçeye çevirisi yapılmıştır. 2006 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından AİK çalıştay gerçekleştirilmiş ve 2010 yılında ise Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu kurulmuştur.

2011 yılında Antalya’da Sağlık Bakanlığı ile birlikte “Uluslararası İlaç Kullanımını Geliştirme Konferansı” yapılmıştır (106).

2010 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna bağlı "Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü" kurulmuştur. Müdürlük DSÖ önerileri doğrultusunda çalışmalar yürütmektedir. AİK faaliyetleri "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" ile Sağlık Bakanlığı öncülüğünde yeniden hazırlanmış ve yürürlüğe konulmuştur. 2011 yılında ise düzenleyici kurum adı altında “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” kurulmuştur. “Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu” Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp tarafından İngiliz Ulusal Formülleri’nin uyarlanması ile hazırlanmış ve 1999’da yayınlanmıştır. Tüm bu gelişmelere rağmen Türkiye’de halen bir temel ilaç kullanımı kılavuzu bulunmamaktadır (106).

2.3.2. Akılcı İlaç Kullanımının Kriterleri

AİK’nda beklenti, ilaç harcamalarının kısıtlanması ve tasarrufudur. Doğru tanının konması ise bu beklentinin sağlanması için en temel kriterlerdendir. İlaçların hastalığın seyrine ve hasta özelliklerine göre ekonomik boyutu da düşünülüp uygun doz ve yöntemle güvenilir bir şekilde uygulanması gerekmektedir. AİK kriterleri; doğru tanı, doğru ilaç, doğru hasta, uygun doz ve süre, yeterli hasta bilgilendirmesi, izleme ve değerlendirmedir (109).

2.3.3. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri

Deney ve gözlemle oluşturulmuş bilgi birikiminin tanı ve tedavi sürecinde etkili kullanımı ilaç kullanımındaki akılcılıkla ilgilidir. İlaçların seçimi, lojistiği, tüketimi ile reçetenin yazımı, cevaplanması gibi ölçütler de akılcılıkla ilgilidir. İlaçların yer, zaman ve ekonomik açıdan ulaşılabilir olması; reçete yazma sürecinde hekimlerin, hastanın en son kullandığı veya kullanmakta olduğu ilaçları sorgulama, ilacın olası yan etkileri, besin ve ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirilme gibi akılcı ölçütte ilaç yazması; reçetenin karşılanması eczacının ticari kaygıdan uzak bir şekilde ihtiyacı karşılaması; ilaçların toplum tarafından önerilen doz ve sürede kullanılması; hamilelik ve emzirme dönemindeki kadınlar, çocuklar, yaşlılar, böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlar, ilaç alerji öyküsü olan hastaların ilaç kullanımı konusunda daha dikkatli davranması, ilaçlar çocukların göremeyeceği, ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklanması, kesilmiş ve açılmış ambalajlar satın alınmaması, son kullanma tarihi geçmiş olan ilaçlar kesinlikle kullanılmaması; toplumun ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi ve

kontrol edilmesi aşamasında sağlık personelinin gerekeni yapması AİK'nın akılcılık ölçütlerini kapsamaktadır. Bu ölçütlerin bireysel ve örgütsel açıdan yönetimi akılcı ilaç kullanımını sağlamaktadır (106, 110, 111).

2.3.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

İlaç kullanımında uygun olmayan davranış sergilenmesine akılcı olmayan ilaç kullanımı denilmektedir. Gereğinden fazla veya uygun olmayan ilaç kullanımı, gereksiz reçete yazılması, oral alıma uygun ilaçların IV/IM/SC şeklinde yazılması, hastaların ilaç tedavisine uymaması ve kendi kendine tedavi uygulamaya çalışması akılcı olmayan ilaç kullanımının sergilendiği durumlardır (105). Akılcı olmayan ilaç kullanımı tüm dünyada ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Ülkemizde de antibiyotik direncinde artma, etkisiz tedaviler, çok ve yanlış ilaç kullanımı, gereksiz pahalı ilaç kullanımı gibi sorunlar yaşanmaktadır (102).

Akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olan birçok faktör vardır. Bunların başında eğitim eksikliği, sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve psiko-sosyal faktörler gelmektedir. Bu faktörler birbirini etkilemekte ve süreci daha karmaşık hale getirmektedir (112, 113). Hastalarda stres ve depresyon varlığı da tedavi rejimine uyumu azaltmaktadır (114). Bunun yanında gereksiz ve pahalı ilaç tüketimi, tıba ve sağlık sistemine olan güvensizlik, tedaviye bağlı sorunların yaşanması gibi gerekçeler de sorunun diğer cepheden yansımalarıdır (115). DSÖ tahminlerine göre tüm ilaçların yarısından fazlası doğru kullanılmamakta, uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta ya da satılmakta iken dünyanın üçte biri ise temel ilaçlara erişememektedir (105).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Nedenleri

Akılcı olmayan ilaç kullanımı nedenleri oldukça fazladır ve bireysel ya da kurum kaynaklı olabilmektedir. Gerekli özel ve tüzel kişiliklerin üstlerine düşen rolleri yerine getirmesi sorunun çözümünde önem arz etmektedir aksi halde akılcı olmayan ilaç kullanımı sorunu devam edecektir (106).

Hasta Kaynaklı Nedenler

Akılcı olmayan ilaç kullanımında hasta kaynaklı birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler arasında yaş, eğitim, sosyal destek, tedaviye karşı tutum, endişeler, kronik hastalık, emosyonel durum gibi faktörler yer almaktadır (106). Hasta uyumsuzluğu,

yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi, yanlış inanış ve saplantılar, yanlış beklenti ve talepler, kendi kendini tedavi alışkanlığı, ilaçlara erişimde zorlanma, bilgi ve beceri eksikliği, uygun olmayan kullanım talimatları, uygun olmayan ilaç talepleri, reçetesiz ilaç alımı gibi nedenler de hasta kaynaklı akılcı olmayan ilaç kullanımı nedenleri arasındadır (106, 112). Bununla birlikte hastaların psikolojik durumları (stres, depresyon vb.) da uygun olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir (116). Dew ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada organ nakli sonrası ilaç uyumu ve psikososyal faktörler arasında ilişki olduğu sonucuna varmışlardır (117). Akılcı olmayan ilaç kullanımında hasta kaynaklı nedenlerin ortadan kaldırılabilmesi için hekimin; hastanın psikolojik durumuna, şikayetlerine, kronik hastalık varlığına, alerji öyküsüne göre ilaç yazması gerekmektedir (118). İlaçlara ulaşamama, yanlış anlama, unutkanlık gibi durumlara bağlı uyumsuzluklar ise hastanın kontrolü dışındaki nedenlerdir (106).

Sağlık Profesyonellerinden Kaynaklanan Nedenler

Hekimler, eczacılar ve hemşireler akılcı ve akılcı olmayan ilaç kullanımında en etkin rolleri olan sağlık profesyonelleridir. İlaç kullanımına karar veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı, ilacı uygulayan hemşire AİK'da sorumluluk taşıyan sağlık profesyonelleridir (105).

İlaç yazma yetkileri ile en önemli rol hekimlere düşmektedir. Hekimlerin tanıya uygun ilaç belirleme ve reçete etme esnasında akılcı davranmaları önemlidir. Eğitim ve bilgi yetersizliği, aşırı hasta yükü, uygun olmayan (yanlış) reçete yazımı, hastaya uygun olmayan doz önerisi, uygun olmayan zaman, uygun olmayan doz aralığı ve süresi, uygulama yolu uygunsuzluğu gibi etmenler, sosyal-politik-yönetmelik baskılar, ilaçların etkisine dair yanlış inanışlar, çoklu ilaç verilirken ilaç etkileşimlerine dikkat edilmemesi veya gözden kaçması, hastaya kısıtlı zaman ayrılması ve hastanın tedaviyi anlayıp anlamadığının değerlendirilmemesi hekim kaynaklı sorunlar arasındadır (106, 112).

Yanlış ilaç verme, ilaçların reçetesiz satışı, reçete içeriği dışında ilaç hazırlanması, ekonomik kaygılarla davranılması sonucu hatalar yapılması eczacının neden olduğu sorunlardır. Tedaviye ilişkin etkilerin hasta üzerinde yanlış izlenmesi ve değerlendirilmesi ise hem hekim ve hem de eczacıya ait bir sorumluluktur (112).

Hemşirelere bağlı nedenler ise daha çok ilaç kullanımı ile ilgilidir (106). Ulupınar ve ark. göre bu nedenler; hemşire sayısının yetersizliğine bağlı iş yükünün fazla olması, ilaç uygularken dikkatin dağılmasına bağlı sorunlar görülmesi, ilaç

hazırlama alanının ihtiyaca uygun olmaması, kişisel problemlerin varlığı, yetersiz farmakolojik bilgiye sahip olma, ilacın yeni olması, hemşirenin deneyimsiz olması, genel farmakoloji bilgisinin yetersiz olması, ilaç sağlama sistemi ile ilgili hatalar olması (gecikme, ilaç yokluğu, kaybolma, ilaç protokolleri veya prosedürler ile ilgili eksiklik,), istemin yazılı olmaması veya yazılı olsa bile okunaksız olması, ilaç uygulanacak hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması ve personeller arasında veya hemşire-hasta arasında etkili ve yeterli bir iletişimin olmamasıdır (22).

İlaç Sağlama ve Sağlık Sisteminden Kaynaklı Nedenler

Gereken ilacın, gerektiği zaman ve miktarda sağlanamaması ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan nedenler arasındadır (112). İlaç sağlama sistemindeki olumsuzlukların ana nedeni iyi bir örgütlenmenin olmamasıdır. Eczanelerde yeterli ilaç bulunmaması ya da çok sayıda ilaç bulunması ve ticari sebeplerle istenilen ilacın bulunamaması ilaç sağlama sistemine bağlı nedenlerdir (106).

Sistemden kaynaklı nedenler sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarına ilişkin problemlere bağlıdır. Temel ilaç listelerinin ve standart tanı tedavi kriterlerinin olmaması, temel olmayan ilaçlara ulaşılabilirlik, ilaç politikaları ile ilgili sorunlar, ilaç ve eczacılık uygulamalarına ilişkin mevzuat yetersizliği, mevzuatların yaptırım gücünün yetersizliği, ilaç ruhsatlandırılması ve denetimiyle ilgili problemler, ilaç fiyatlandırma sistemi ve denetimi yetersizliği, ilaç endüstrisindeki olumsuzluklar en önemli nedenlerdir. Ayrıca ilacın hekim ve eczacıya tanıtımında yapılacak uygun olmayan bilgilendirme ya da bunu yasal olmayan promosyonla destekleme akılcı ilaç kullanım politikaları bakımından başlıca engeller olarak sayılmaktadır (106, 112).

Hastalık Kaynaklı Nedenler

Hastalığın türü hastanın tedavi uyumunu etkilemektedir. Akut hastalıklardaki uyumsuzluk hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebilir. Kronik hastalıklarda da uyumsuzluğa sık rastlanabilmektedir (106).

Tedavi ve İlaç Kaynaklı Nedenler

Tedavilerin kompleksliği, uzun süre kullanımı, yan etkileri, kullanımının zor ve karmaşık olması tedavi ve ilaç özelliklerine bağlı nedenlerdir (106). Hastaların ilaç kullanmaya başlamadan önce ilacı nasıl hazırlayacaklarını, nasıl kullanacaklarını, hangi zamanda kullanacaklarını, kullanırken kaçınmaları gereken yiyeceklerin ne olduğunu,

beklenmeyen etkide ne yapacaklarını ve ilacı nasıl saklayacaklarını hekim veya eczacıdan öğrenip uygulamaları gerekmektedir (110).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Sonuçları

Akılcı olmayan ilaç kullanımı birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Sonuçta ilaçla tedavi kalitesi düşmekte morbidite ve mortalitede artış görülmektedir. İlaçların akılcı olmayan kullanımının sonuçları olarak; tedaviden yarar görülmemesi, istenmeyen ilaç etkilerinde artış, ekonomik kaynakların yanlış tüketimi, temel ilaçlara ulaşılabilmesi, uygunsuz antibiyotik kullanımına bağlı gelişen antibiyotik direnci, ilaçların enjeksiyon biçiminde fazla ve steril olmayan biçimde kullanımına bağlı komplikasyon, hastaların uygun olmayan talepleri ile ilaçların aşırı kullanımının ortaya çıkması, ilaç stoklarının azalmasına bağlı ilaca erişim güçlüğü ve hastaların sağlık sistemine güveninde azalma, ilaç bağımlılığı ve ilaç maliyetinde artış sayılabilir (112, 119).

2.3.5. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Roller

Hemşireler, hastalarla en çok zaman geçiren sağlık profesyonelleri olmaları sebebiyle AİK'nda da önemli bir role sahiptirler (20). Hemşirelerin AİK'yla ilgili olarak; ilaçların doğru ve güvenli kullanımını sağlamak, hastaya ilaçları konusunda eğitim vermek, hastanın ilaç rejimine uyumunu sağlamak ve desteklemek için uygun hemşirelik müdahalelerini yapmak başta olmak üzere birçok farklı rolü bulunmaktadır (21,22). İlaç uygulama ile ilgili tüm “doğru”lar hemşireyi ilgilendiren AİK ilkeleri olarak kabul edilebilir. Bunlar ilacın kullanım kolaylığına sahip olmasından ilacın doğru kullanılmasına ve doğru şekilde imhasına kadar olan süreci kapsar (22, 103). Hemşire reçete ve ilaç istemi alma aşamasında; istem almadan ilaç uygulamamalı, acil durumlar dışında sözlü order almamalı, ilaç isimlerini ve etken maddelerini iyi bilmelidir (22). Hemşire ilaçların muhafaza edilmesi aşamasında ise ilaçların güvenli ve temiz bir ortamda, uygun malzeme ve ekipman kullanılarak hazırlanmasından ve hastaya ulaştırılmasından sorumludur (22). İlaç uygulaması esnasında doğru ilkelere (doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru yol, doğru zaman, doğru etki, doğru kayıt, doğru izlem-düzenleme ve doğru iletişim) uyulmalı, hastaya verilecek ilaçla ve hastayla ilgili bilgi sahibi olunmalıdır (21, 106). İlaçların atığı ve imha süreciyle ilgili olarak hemşirelerin bilinçli davranması, varsa yaşanan aksaklıklar konusunda kurum yöneticilerini uarması, farkındalık yaratması sorunun çözümüne katkı sağlayabilir

(22). Hemşirenin taburculuk sonrası da hastanın ilaç uyumunun sağlanması için gerekli hemşirelik girişimlerini yapması hemşirenin AİK'daki rolleri olarak karşımıza çıkmaktadır (21, 106). Birçok hastalıkta olduğu gibi karaciğer naklinde de ilaçların uygun bir şekilde kullanımı komplikasyonları önleme açısından büyük önem taşımaktadır (19). Bu nedenle ilaç kullanımı ile ilgili uygun davranışı kazandırma çabası, transplantasyon sonrası bakımın da önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (23).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma karaciğer nakli hastalarının psikolojik sağlamlık düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Karaciğer Nakil Enstitüsüne ait polikliniklerde Ocak 2020/Haziran 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Karaciğer Nakli Enstitüsü, bodrum katında laboratuvarlar, derslikler, seminer odaları, arşiv, sığınak, klima dairesi ve teknik hizmet departmanları; zemin katta poliklinikler (5 adet), radyoloji, ERCP ünitesi ve ayaktan tedavi servisi; birinci, ikinci ve üçüncü katlarda, katta toplam 31 yataklı iki servis, 12 yataklı yoğun bakım ve toplantı odası bulunmaktadır. İki yoğun bakımı ve toplam 116 yataklı yedi servisi bulunmaktadır. Dördüncü katta 12 odalı ameliyathane, toplantı odası, ofisler ve 70 kişilik yemekhane bulunmaktadır. Yıllık ortalama 225 nakil yapılmaktadır. Hastalar nakil öncesi kliniğe birkaç gün önceden yatabileceği gibi, birkaç hafta önceden de yatırılabilir. Nakil sonrası dönemde ise en az bir gece yoğun bakımda yattıktan sonra servise alınmaktadır. Serviste yatış süresi yaklaşık 30 gündür. Karaciğer nakli alıcıları ve donörlerine nakil öncesi psikolojik destek psikiyatristler tarafından sağlanmaktadır. Nakil sonrası dönemde alıcılar yoğun bir immünosupresif tedavi almaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini TÖTM Karaciğer Nakli Enstitüsünde karaciğer nakli yapılan hastalar, örneklemi ise bu hastalar içinden, nakil tarihi üzerinden en az altı ay süre geçmiş ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar oluşturdu. Hastalar evrenden olasılıksız gelişigüzel olarak örnekleme alındı. Örneklem hacminin hesaplanmasında power analizi kullanıldı. G power programında yapılan hesaplama ile araştırmanın gücü % 95, alfa değeri 0.05, etki düzeyi 0.5 olarak kabul edildi ve örneklem büyüklüğü 114 olarak belirlendi.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

18 yaş ve üzerinde olan, herhangi bir iletişim sorunu bulunmayan, psikiyatrik tanısı olmayan hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin Toplanmasında Sosyodemografik Veri Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanıldı.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan bu form karaciğer nakli olmuş hastaların (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, meslek, gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, nakil sonrası çalışma durumu, transplantasyondan itibaren geçen zaman, donör tipi, karaciğer nakli nedeni, başka bir hastalık nedeniyle ilaç kullanma durumu, ilaçlar ile ilgili eğitim alma durumu, eğitimi almış ise kimden aldığı) sosyodemografik özelliklerini, hastalık ve nakil sonrası verilerini içeren 18 sorudan oluşmaktadır (8, 106, 120, 121).

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ): Özkan ve Cengiz (2018) tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) 21 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Maddeler ifadeleri gerçekleştirme durumlarına göre (1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Ara Sıra, 4-Çoğu Zaman ve 5-Her zaman) 5'li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. Ölçekte sadece 17. madde ters puanlanmaktadır. Ters puanlanan madde çevrildikten sonra tüm ölçek maddelerin toplamı "toplam ölçek puanını" vermektedir. AİKÖ' nün toplam puanı 21- 105 arasında değişmektedir. AİKÖ' den alınan toplam puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı artmaktadır. AİKÖ' den alınan toplam puan değerlendirilirken; alınan toplam puan 21- 52 arasında ise düşük, 53-67 arasında ise orta, 68-105 arasında ise yüksek düzey olarak puanlanmaktadır. AİKÖ' nün cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir (113). Bu çalışmada ise cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.777 olarak bulundu.

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Brief Resilience Scale-KPSÖ): Smith ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ölçek Türkçe 'ye Doğan (2015) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, 5'li likert tipinde ("Hiç uygun değil" (1), "Uygun Değil" (2), "Biraz Uygun" (3), "Uygun" (4), "Tamamen Uygun" (5)), toplam 6 maddeden oluşan bireyin kendini değerlendirdiği bir ölçme aracıdır. KPSÖ'de tersten kodlanan maddeler ("2, 4, ve 6. Maddeler") düzenlendikten sonra hesaplanan puanın yüksek olması bireyin

yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu göstermektedir. Psikolojik sağlamlık ölçeğinde 1-5 puan arasında değişen 6 maddenin tümü için 6-30 arası toplam puanın kısa psikolojik sağlamlık için katılımcının puanını belirler. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği için alınan puan 6-11 arası ise düşük, 12-22 arası ise normal ve 23-30 arası ise yüksek düzeyi göstermektedir. Doğan'ın (2015) çalışmasına toplam 295 üniversite öğrencisi katılmış ve araştırmacı tarafından ölçeğin psikometrik özellikleri (iç tutarlılığı, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ve ölçüt bağıntılı geçerliliği) incelenmiştir. AFA ve DFA sonucu ölçeğin tek faktörlü yapıda olduğu ve iç tutarlık katsayısının 0.83 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri ise, 0.63 ile 0.79 arasında değişmiştir (12, 122). Bu çalışmada ise cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.867 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 15 Mayıs 2020 ile 15 Eylül 2020 tarihleri arasında yüzyüze görüşme yöntemiyle toplandı. Hastalar poliklinik kontrolüne geldiklerinde onlarla tanışıldı, araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği uygulandı. Sorular araştırmacı tarafından okundu ve hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda işaretlendi. Anket ve ölçeklerin doldurulması her bir hasta için yaklaşık 15 dk. sürdü.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya alınan verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 24 paket programı ile gerçekleştirildi. Bağımsız olan ikili gruplarda karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlanan verilerde gruplar arasındaki karşılaştırmalar iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile yapıldı. Normal dağılım sağlanmayan verilerde ise Mann Whitney U Testi ile yapıldı. Karşılaştırmada hangi test sonucuna bakılacağına karar vermede varyans homojenliği Levene testi ile kontrol edildi ($p>0,05$).Çoklu gruplarda; normallik varsayımı sağlanan verilerde gruplar arasındaki karşılaştırmalar ANOVA ile yapıldı. Normal dağılım sağlanmayan verilerde Kruskal Wallis Testi ile yapılmış ve fark bulunan gruplarda istatistiksel farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ikili karşılaştırmalar ($p<0,05$) Mann Whitney Testi ile yapıldı. Analizin bu aşamasında karşılaştırma sayısının artmasına bağlı olarak p değeri artacağından Bonferroni

düzeltilmeli p değeri kullanılmaktadır ve “(0,05/ikili karşılaştırma)” ile hesaplanmaktadır. Ölçüm değerleri arasındaki ilişkiye bakmak için korelasyon analizi yapılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde “Pearson korelasyon katsayısı”, normal dağılım göstermeyen verilerde ise “Sperman Sıra Korelasyon Katsayısı” kullanılmıştır. Araştırmaya alınan verilerin Normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnow Testi ile kontrol edilmiştir. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi (p) 0,05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (EK-5) ve TÖTM Karaciğer Nakli Enstitüsü ‘nden kurum izni (EK-4) alındı. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği’nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasını yapan DOĞAN’ dan ve Akılcı İlaç Kullanımın Ölçeği için ise ÖZKAN ve CENGİZ’ den sözel izin alındı. Araştırma verileri toplanmadan önce araştırma kapsamındaki hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek “bilgilendirilmiş onam”; kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması”; çalışmaya katılımın gönüllük esasları içinde olduğu ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları hakkında bilgilendirerek “özerkliğe saygı” etik ilkeleri yerine getirildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sadece bir merkezde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Araştırma sonuçları örneklem grubuna dahil edilmiş hastalarla sınırlıdır. Tüm karaciğer nakli hastalarına genellenemez.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastalara ait sosyodemografik veriler aşağıdaki tabloda sunulmuştur;

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Sayı	Yüzde (%)
Yaş	19-35 Yaş Arası	28	24.6
	36-52 Yaş Arası	32	28.1
	53-68 Yaş Arası	50	43.9
	69 Yaş ve Üzeri	4	3.5
Cinsiyet	Kadın	45	39.5
	Erkek	69	60.5
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	20	17.5
	Okur Yazar	5	4.4
	İlkokul	39	34.2
	Ortaokul	15	13.2
	Lise	19	16.7
	Üniversite ve üzeri	16	14
Medeni Durum	Evli	100	87.7
	Bekâr	14	12.3
Çocuk Sayısı	Yok	17	14.9
	1-3 çocuk	47	41.2
	4-6 çocuk	33	28.9
	7 ve üzeri çocuk	17	14.9
Meslek	Ev hanımı	37	32.5
	İşçi	10	8.8
	Memur	20	17.5
	Serbest meslek	18	15.8
	Emekli	15	13.2
	Diğer	14	12.3
Gelir Durumu	Gelir giderden yüksek	12	10.5
	Gelir gidere denk	44	38.6
	Gelir giderden düşük	58	50.9
Sosyal Güvence	SGK	59	51.8
	Yeşil kart	32	28.1
	Özel sağlık sigortası	2	1.8
	Diğer	21	18.4
Toplam		114	100.0

*Sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların; %43.9 unun 53-68 yaş arasında olduğu, %60.5 inin erkek olduğu, %17.5 inin okur yazar olmadığı, %87.7 sinin evli olduğu, %41.2 sinin 1-3 arasında çocuk sahibi olduğu, %32.5 inin ev hanımı olduğu, %50.9 unun gelirinin giderinden düşük olduğu ve %51.8 inin sosyal güvencesinin SGK olduğu belirlendi.

Hastaların hastalık ve nakil sonrası bilgileri aşağıdaki tabloda sunulmuştur;

Tablo 4.2. Hastalık ve Nakil Sonrasına Ait Verilerin Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Sayı	Yüzde (%)
Kronik Hastalık	Var	50	43.9
	Yok	64	56.1
Sigara Kullanımı	Evet	11	9.6
	Hayır	103	90.4
Alkol Kullanımı	Evet	0	0
	Hayır	114	100
Nakilden Sonra Çalışma	Evet	25	21.9
	Hayır	89	78.1
Nakilden Sonra Geçen Süre	6-12 Ay	44	38.6
	13-18 Ay	42	36.8
	19 Ay ve Üzeri	28	24.6
Donör Tipi	Canlı	111	97.4
	Kadavra	3	2.6
Nakil Nedeni	Siroz	47	41.2
	Hepatit-B	22	19.3
	Karaciğer yetmezliği	35	30.7
	Karaciğer kisti	8	7
	Safra tıkanıklığı	2	1.8
Başka Hastalıktan Dolayı İlaç Kullanma	Evet	39	34.2
	Hayır	75	65.8
İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Alma	Evet	114	100
	Hayır	0	0
Kimden Bilgi Alındığı	Hemşire	69	60.5
	Hekim	45	39.5
Toplam		114	100.0

*Sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır.

Hastalık ve nakil sonrasına ait verilerin dağılımı incelendiğinde; hastaların %56.1 inin kronik hastalığının olmadığı, % 90.4 ünün sigara kullanmadığı, %100 ünün alkol kullanmadığı, %78.1 inin nakilden sonra çalışmadığı, %38.6 sında nakilden sonra

6-12 ay süre geçtiği, %97.4 ünün canlı donörden karaciğer nakli olduğu, %41.2 sinin nakil nedeninin siroz olduğu, %65.8 inin başka hastalık nedeniyle ilaç kullanmadığı, %100 ünün ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığı ve %60.5 inin ilaç kullanımı ile ilgili bilgiyi hemşireden aldığı belirlendi.

Tablo 4.3. Sosyodemografik Veriler ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
Yaş	19-35 yaş	17.54 ± 5.81	0.203 ^a	0.894
	36-52 yaş	18.34 ± 6.18		
	53-68 yaş	18.52 ± 5.2		
	69 yaş ve üzeri	17.5 ± 8.35		
Cinsiyet	Kadın	18.04 ± 4.6	0.050 ^b	0.823
	Erkek	18.29 ± 6.33		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	15.85 ± 5.37	0.994 ^a	0.425
	Okuryazar	17.6 ± 4.83		
	İlkokul	18.92 ± 5.25		
	Ortaokul	18.8 ± 6.1		
	Lise	19.21 ± 6.39		
	Üniversite ve üzeri	17.75 ± 6.04		
Medeni Durum	Evli	17.9 ± 5.52	2.184 ^b	0.142
	Bekâr	20.29 ± 6.63		
Çocuk Sayısı	Yok	18.12 ± 6.4	0.181 ^a	0.909
	1-3 çocuk	18.6 ± 5.31		
	4-6 çocuk	17.64 ± 5.97		
	7 ve üzeri çocuk	18.24 ± 5.83		
Meslek	Ev hanımı	17.76 ± 4.87	1.655 ^a	0.152
	İşçi	15.3 ± 7.09		
	Memur	17.15 ± 4.87		
	Serbest meslek	18.22 ± 7.46		
	Emekli	20.4 ± 4.56		
	Diğer	20.5 ± 5.56		
Gelir Durumu	Gelir giderden yüksek	20.92 ± 7.18	2.920 ^a	0.058
	Gelir gidere denk	18.91 ± 4.76		
	Gelir giderden düşük	17.09 ± 5.82		
Sosyal güvencesi	SGK	18.37 ± 5.91	0.614 ^a	0.607
	Yeşil kart	17.75 ± 6.14		
	Özel sağlık sigortası	13.5 ± 3.54		
	Diğer	18.81 ± 4.39		

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a; ANOVA Testi F değeri, b; ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Tablo 4.3 incelendiğinde; psikolojik sağlamlık ölçeği puanlarında; yaş grupları arasında, kadınlar ve erkekler arasında, eğitim durumları arasında, evliler ve bekarlar

arasında, sahip oldukları çocuk sayıları arasında, meslek grupları arasında, gelir durumları arasında, sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak önemli fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Hastalık ve Nakil Sonrasına Ait Veriler ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri(a)	p Değeri
Kronik Hastalık varlığı	Evet	17.66 $\pm$ 5.85	0.781 ^b	0.379
	Hayır	18.61 $\pm$ 5.57		
Sigara İçme	Evet	21.55 $\pm$ 7.84	4.358^b	0.039*
	Hayır	17.83 $\pm$ 5.33		
Nakilden Sonra Çalışma	Evet	17.48 $\pm$ 6.29	0.501 ^b	0.480
	Hayır	18.39 $\pm$ 5.53		
Nakilden Sonra Geçen Süre	6-12 Ay	18.59 $\pm$ 6,34	0.875 ^a	0.420
	13-18 Ay	17,29 $\pm$ 4.97		
	19 Ay ve Üzeri	18.93 $\pm$ 5.62		
Donör Tipi	Canlı	18.27 $\pm$ 5.7	0.778 ^b	0.380
	Kadavra	15.33 $\pm$ 5.03		
Nakil Nedeni	Siroz	18.57 $\pm$ 5.94	0.399 ^a	0.809
	Hepatit-b	16.95 $\pm$ 5.1		
	Karaciğer yetmezliği	18.23 $\pm$ 5.83		
	Karaciğer kisti	18.63 $\pm$ 6.14		
	Safra tıkanıklığı	20.5 $\pm$ 3.54		
Başka Hastalıktan Dolayı İlaç Kullanma Durumu	Evet	17.95 $\pm$ 5.96	0.109 ^b	0.742
	Hayır	18.32 $\pm$ 5.58		
İlaç Kullanma Hakkında Kimden Bilgi Alındığı	Hemşire	17.26 $\pm$ 5.43	4.857^b	0.030*
	Hekim	19.62 $\pm$ 5.84		

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a; ANOVA Testi F değeri, b; ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), * $p<0,05$; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Tablo 4.4 incelendiğinde; kronik hastalık varlığının, nakilden sonra çalışmanın, nakilden sonra geçen sürenin, donör tipinin, nakil nedeninin ve başka hastalıktan dolayı ilaç kullanma durumunun psikolojik sağlamlık ile arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlendi($p>0.05$). Sigara kullananların psikolojik sağlamlık puanı kullanmayanlardan daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

İlaç kullanımı hakkında hemşireden bilgi alan hastaların psikolojik sağlamlık puanı ilaç kullanımı hakkında hekimden bilgi alan hastalardan düşüktür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Sosyodemografik Özellikler ile Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyi Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Yaş	19-35 yaş	77 $\pm$ 8.54	1.852 ^a	0.142
	36-52 yaş	79.53 $\pm$ 9.25		
	53-68 yaş	82.14 $\pm$ 9.78		
	69 yaş ve üzeri	78.5 $\pm$ 12.4		
Cinsiyet	Kadın	81.82 $\pm$ 9.21	2.663 ^b	0.106
	Erkek	78.84 $\pm$ 9.61		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	79.45 $\pm$ 9.96	3.151 ^a	0.011*
	Okuryazar	91.2 $\pm$ 4.44		
	İlkokul	81.46 $\pm$ 10.31		
	Ortaokul	79.27 $\pm$ 9.73		
	Lise	74.53 $\pm$ 7.09		
	Üniversite ve üzeri	80.87 $\pm$ 6.73		
Medeni Durum	Evli	80.16 $\pm$ 9.78	0.228 ^b	0.634
	Bekâr	78.86 $\pm$ 7.71		
Çocuk Sayısı	Yok	77.71 $\pm$ 8.07	0.595 ^a	0.620
	1-3 çocuk	81.13 $\pm$ 9.07		
	4-6 çocuk	79.38 $\pm$ 10.49		
	7 ve üzeri çocuk	80.35 $\pm$ 10.51		
Meslek	Ev hanımı	81.3 $\pm$ 9.21	1.694 ^a	0.142
	İşçi	81.6 $\pm$ 10.51		
	Memur	80.75 $\pm$ 8.55		
	Serbest meslek	74.56 $\pm$ 7.87		
	Emekli	82.57 $\pm$ 8,21		
	Diğer	78.79 $\pm$ 12.58		
Gelir Durumu	Gelir giderden yüksek	74.92 $\pm$ 8.66	2.071 ^a	0.131
	Gelir gidere denk	81.14 $\pm$ 9.26		
	Gelir giderden düşük	80.19 $\pm$ 9.71		
Sosyal güvencesi	SGK	78.38 $\pm$ 9.81	3.271 ^a	0.024*
	Yeşil kart	79.19 $\pm$ 9.05		
	Özel sağlık sigortası	89.5 $\pm$ 2.12		
	Diğer	84.81 $\pm$ 8.06		

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a; ANOVA Testi F değeri, b; ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), * $p<0,05$; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Tablo 4.5 incelendiğinde; Akılcı ilaç kullanım puanlarında yaş grupları arasında, kadınlar ve erkekler arasında, evliler ve bekarlar arasında, sahip olunan çocuk sayıları,

meslek grupları arasında ve gelir durumları arasında istatistiksel olarak önemli fark yoktur($p>0.05$). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinde sağlık güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). SGK güvencesi olanlar ile diğer sosyal güvenceleri olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ($p<0.05$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Özel sağlık sigortasına sahip hastaların akılcı ilaç kullanımı ortalama puanı diğer gruplardan yüksektir($p<0.05$). Akılcı İlaç Kullanımı ölçeğinde eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Okuryazar olanlar ile lise mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ($p<0.05$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Okuryazar olan hastaların akılcı ilaç kullanım ortalama puanı diğer gruplardan yüksektir($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastalık ve Nakil Sonrasına Ait Veriler ile Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyi Arasındaki İlişki

Değişken	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Kronik Hastalık	Evet	81.45 $\pm$ 8.77	2.019 ^b	0.158
	Hayır	78.89 $\pm$ 10		
Sigara İçme	Evet	75.91 $\pm$ 7.38	2.272 ^b	0.135
	Hayır	80.44 $\pm$ 9.66		
Nakilden Sonra Çalışma	Evet	79.08 $\pm$ 9.18	0.297 ^b	0.587
	Hayır	80.26 $\pm$ 9.66		
Nakilden Sonra Geçen Süre	6-12 Ay	77.39 $\pm$ 10.89	10.259^a	<0.001*
	13-18 Ay	84.98 $\pm$ 7.23		
	19 Ay ve Üzeri	76.82 $\pm$ 7.16		
Donör Tipi	Canlı	79.91 $\pm$ 9.62	0.375 ^b	0.542
	Kadavra	83.33 $\pm$ 4.73		
Nakil Nedeni	Siroz	82.35 $\pm$ 9.47	1.263 ^a	0.289
	Hepatit-b	79.05 $\pm$ 9.46		
	Karaciğer yetmezliği	77.97 $\pm$ 9.19		
	Karaciğer kisti	77.88 $\pm$ 11.13		
Başka Hastalıktan Dolayı İlaç Kullanma Durumu	Safra tıkanıklığı	80,5 $\pm$ 7,78	0.697 ^b	0.406
	Evet	81.05 $\pm$ 9.23		
İlaç Kullanma Hakkında Kimden Bilgi Alındığı	Hayır	79.47 $\pm$ 9.69	0.468 ^b	0.495
	Hemşire	80.5 $\pm$ 8.83		
	Doktor	79.24 $\pm$ 10.55		

Ort; Ortalama, ss; standart sapma, a; ANOVA Testi F değeri, b; ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), * $p<0,05$; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Tablo 4.6 incelendiğinde; geçmiş kronik hastalık öyküsü, sigara kullanımı, nakilden sonra çalışma, donör tipi, nakil nedeni, başka hastalıktan dolayı ilaç kullanımı, ilaç kullanımı hakkında hemşire ya da doktordan bilgi alınması ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmadı($p>0.05$). Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinde nakilden sonra geçen süre grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($p<0.05$). Nakilden sonra 13-18 ay geçenler ile 6-12 ay zaman geçenler ve 19 ay üzeri zaman geçirenler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmuş olup ($p<0.05$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark yoktur($p>0.05$). Nakilden sonra geçen süre 13-18 ay olan hastaların akılcı ilaç kullanım ortalama puanı diğer gruplardan yüksektir($p<0.05$).

Tablo 4.7. Ölçeklerden Alınan Puanlar

Ölçekler	Ort $\pm$ ss	En Küçük	En Büyük	Cronbach Alfa
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	18.19 $\pm$ 5.69	6	30	0.867
Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği	80.0 $\pm$ 9.53	57	98	0.777

Ort; Ortalama, ss; standart sapma

Tablo 4.7 de ölçeklerden alınan puanlar ve puanlara göre kişi sayısının dağılımları, ölçek ortalama, standart sapma ve en küçük puan ile en yüksek puanları verilmiştir. Kısa Psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan ortalama puan 18.19 $\pm$ 5.69, Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan ortalama puan 80.0 $\pm$ 9.53 olarak hesaplanmıştır. Hastaların AİK puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan hesaplama göre psikolojik sağlamlık puanının (18.19 $\pm$ 5.69) 12-22 puan arasında ve normal olduğu belirlenmiştir. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği için alınan puan 6-11 arası ise düşük, 12-22 arası ise normal ve 23-30 arası ise yüksek düzeyi göstermektedir. Araştırmaya alınan hastaların normal psikolojik sağlamlık düzeyine sahip oldukları belirlendi.

Ölçek puanları normal dağılım göstermediği için “Sperman Korelasyon Katsayısı” kullanıldı.

Tablo 4.8. Psikolojik Sağlamlık Puanı ile Akılcı İlaç Kullanım Puanı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Değişken 1	Değişken 2	r Değeri	p Değeri
Akılcı İlaç Kullanımı	Psikolojik Sağlamlık	-0.067	0.479

r; pearson korelasyon katsayısı, *p<0,05; değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Akılcı ilaç kullanımı ve psikolojik sağlamlık ölçekleri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmadı (p>005). Ölçekler birbirinden bağımsızdır.



5.TARTIŞMA

Literatür incelendiğinde karaciğer nakli hastalarında psikolojik sağlamlık ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle araştırma sonuçları benzer çalışma bulguları ile birlikte tartışıldı.

Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi

Bu araştırmada kadın hastaların psikolojik sağlamlık puanı ($18,04 \pm 4,6$) erkek hastalara ($18,29 \pm 6,33$) göre daha düşük olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0.05$). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde birbirinden farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Schumacher ve ark. (2014) allojenik kök hücre nakli yapılan hastalar ile yaptıkları çalışmada cinsiyetin psikolojik sağlamlık ile ilişkili olmadığını belirlemiştir. Öte yandan; Teall ve ark. (2013) kemik tümörü ameliyatından sonra hastaların psikolojik sağlamlıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında, erkeklerin daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlık gösterdiğini bulmuştur (123,125). Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların psikolojik sağlamlığın birçok değişkenden etkilenen bir durum olmasından, yanı sıra örneklem özellikleri ve sayısının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde de cinsiyetin psikolojik sağlamlığı etkileyen bir faktör olduğu fakat bu değişkenin diğer sosyodemografik değişkenlerden etkilenebileceği vurgulanmaktadır (11).

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde hastaların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Eren ve ark. (2019) 'nın çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi ve psikolojik sağlamlık arasında ilişki saptanmamıştır (120). Başka bir çalışmada ise eğitilmiş olan katılımcıların okur-yazar olmayan katılımcılara göre psikolojik sağlamlık düzeyi daha iyi bulunmuştur (126).

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde evlilerin aldıkları ortalama puanın (17.9 ± 5.52) bekarların aldıkları ortalama puandan (20.29 ± 6.63) düşük olduğu fakat istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi($p>0.05$). Gültekin ve ark. (2019)'nın karaciğer nakli hastaları ile yaptıkları çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (8). Meme kanseri ameliyatı geçiren hastalarla yapılan bir başka çalışmada medeni durum ile psikolojik sağlamlık arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (124). Yukarıda verilen çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Literatürde sosyal destek varlığı, aile ile birlikte

yaşama ve pozitif ilişkilerin psikolojik sağlamlık açısından koruyucu bir faktör olarak görüldüğü vurgulanmaktadır (127).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayıları ile psikolojik sağlamlıkları arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Sadedemir ve ark. (2016)'nın çalışmasında da benzer bir sonuca rastlanmaktadır (128). Eren ve ark.'nın araştırmasında ise 4 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastaların psikolojik sağlamlık düzeyi diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (120). Çalışma sonuçları birbiriyle farklılık göstermekle birlikte çocuk sayısındaki fazlalığın psikolojik sağlamlık için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (129).

Hastaların gelir durumları ile psikolojik sağlamlıkları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Huang ve ark. (2019)'nın meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada da benzer sonuca rastlanmaktadır (124). Odabaşı ve ark. (2019)'nın yaptıkları çalışmada ise gelir düzeyini iyi bulan katılımcılarda psikolojik sağlamlığın daha yüksek olduğu saptanmıştır (130). Çalışma sonuçları farklılık göstermekle birlikte literatürde düşük ekonomik düzey psikolojik sağlamlık için risk faktörü olarak belirtilmektedir (96,131).

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde daha önce kronik hastalığı olanların aldıkları ortalama puan (17.66 ± 5.85), daha önce kronik hastalığı olmayanların aldıkları ortalama puandan (18.61 ± 5.57) düşüktür fakat istatistiksel olarak önemli fark yoktur ($p>0.05$). Eren ve ark. (2019)'nın hematoloji hastalarında psikolojik sağlamlık düzeyi ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında da geçmiş hastalık öyküsünün psikolojik sağlamlık üzerinde etkisi olmadığını belirlemiştir (120). Literatürde kronik hastalıkların psikolojik sağlamlığı olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir (91).

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde sigara kullanan hastaların aldığı ortalama puan ($21,55 \pm 7,84$) kullanmayanlardan ($17,83 \pm 5,33$) daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Arslan ve ark. (2018) çalışmalarında da sigara kullanan katılımcıların aldıkları ortalama puan kullanmayanlarınkinden yüksektir fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (133). Fakat Lemos ve ark. (2016) iskemik kalp hastalarının psikolojik sağlamlık düzeyini inceledikleri çalışmada, psikolojik sağlamlık ile sigara kullanımı arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (134). Araştırma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Literatürde sigara kullanımının

stresle başa çıkma davranışı olduğu belirtilmektedir bununla birlikte; yüksek psikolojik sağlamlık düzeyi, riskli davranışlar açısından koruyucu bir faktör olduğu ve psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin stres durumunda başa çıkma stratejilerini etkili bir şekilde kullandıkları görülmektedir (135).

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde nakilden sonra çalışmayanların aldıkları puan (18.39 ± 5.53) çalışanların (17.48 ± 6.29) aldıklarına göre yüksek bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ($p>0.05$). Araştırma sonucu çalışmak zorunda olan hastaların ekonomik güçlükle ilişkili olarak psikolojik sağlamlıklarının daha düşük olduğunu düşündürmektedir. Nitekim literatürde ekonomik durumun psikolojik sağlamlığı etkilediği belirtilmektedir (136).

Hastaların nakilden sonra geçen süresi ile psikolojik sağlamlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Baran ve ark. (2013)' nın kalp nakli olan hastalarla yaptıkları çalışmada da benzer sonuca rastlanmaktadır (138). Schumacter ve ark. (2014)' nın kök hücre nakli olan hastalarla yaptıkları çalışmada ise nakilden sonra geçen ilk iki yıllık sürede psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (123). Çalışma sonuçlarındaki farklılık, hastaların fiziksel sağlık ve sosyal destek durumlarının farklılığı ile ilişkisi olabilir.

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde canlı donörden nakil yapılan katılımcıların aldıkları ortalama puanın (18.27 ± 5.7) kadavradan nakil yapılan katılımcıların aldıkları ortalama puandan (15.33 ± 5.03) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Karayurt ve ark (2014)' nın çalışmasında canlı donörden nakil yapılan hastaların kadavra donörden nakil yapılanlara göre depresyon, anksiyete, suçluluk duygusu, vericiye zarar verme korkusu gibi psikolojik sorunları daha fazla yaşadığı vurgulanmaktadır (139). Çalışma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Literatürdeki çalışmalarda nakil nedeni ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma bulgusuna rastlanmadı.

Başka hastalıktan dolayı ilaç kullanan hastaların psikolojik sağlamlık ortalama puanı (17.95 ± 5.96) başka hastalıktan dolayı ilaç kullanmayanlara (18.32 ± 5.58) göre daha düşük bulundu fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde ilaç kullanımının psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörler arasında olduğu görülmektedir (136, 137).

Psikolojik sağlamlık ölçeğinde hemşireden ilaç kullanımı hakkında bilgi alan hastaların aldıkları ortalama puan (17.26 ± 5.43) hekimden ilaç kullanımı hakkında bilgi alan hastaların aldıkları ortalama puandan (19.62 ± 5.84) düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). İlaç kullanımı hakkında bilgi alınan kişinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisinin olmadığı belirtilmektedir (137). Bu araştırma sonucunun psikolojik sağlamlığın birçok farklı etkenden etkilenen bir kavram olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi

Bu araştırmada akılcı ilaç kullanım ölçeğinde hastaların yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p > 0.05$). Ercan ve ark. (2019)' nın yaptığı çalışmada hastaların yaşları arttıa akılcı ilaç kullanım düzeyi de artmaktadır (121). şendir ve ark. (2015)' nın çalışmasında ise ileri yaştaki kişilerin akılcı ilaç kullanım düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (40). Çalışma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmekle birlikte literatüre bakıldığında ileri yaşın akılcı olmayan ilaç kullanımda hasta kaynaklı nedenler arasında olduğu görülmektedir (106).

Bu araştırmada akılcı ilaç kullanım ölçeğinde kadınların aldıkları ortalama puan (81.82 ± 9.21) erkeklerin aldıkları ortalama puandan (78.84 ± 9.61) yüksektir fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Benzer şekilde Chisholm-Burns ve ark. (2012) ve Russell ve ark. (2011) böbrek nakli sonrası immünosupresif ilaçlara uyumla ilgili yaptıkları çalışmalarda da cinsiyet ve immünosupresif ilaç uyumu arasında ilişki saptamamışlardır (141, 142). Yine Soysal ve ark. (2020) niversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin cinsiyetleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemişlerdir (143). Tosun ve ark. (2019)' nın çalışmasında kız öğrencilerin akılcı ilaç kullanımının erkeklere göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (144). zyiğit ve ark. (2015)' nın çalışmasında ise erkeklerde akılcı ilaç kullanım düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (145). Akılcı ilaç kullanımı medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grubu, yaş gibi birçok faktörden etkilenmektedir (121). Çalışma sonuçlarındaki farklılığın bu faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinde eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Okuryazar olanlar en yüksek puanı (91.2 ± 4.44) almışken lise mezunu (74.53 ± 7.09) olanlar ise en düşük puanı almıştır ($p < 0.05$). Ercan

ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada da hastaların eğitim durumları ile akılcı ilaç kullanım davranışları arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır. AİK bilgilerinin tüketicilerin eğitim düzeyi ile doğru orantılı artış gösterdiği görülmüştür (121). Ekenler ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada katılımcıların eğitim durumu ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında önemli bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (146). Literatürde hastaların eğitim düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanım davranışı sergileme düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (106, 121).

Araştırma sonucunda medeni durum ile akılcı ilaç kullanımı arasında ilişki saptanmadı($p>0.05$). Literatür tarandığında medeni durum ve akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı fark olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapıcı ve ark. (2011) birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların tutum ve davranışları üzerine yaptıkları çalışmada evlilerin, bekârlara göre akılcı ilaç kullanım davranışlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (147). Benzer şekilde Ercan ve ark. (2019) tüketicilerin akılcı ilaç kullanımı üzerine yaptıkları çalışmalarında evlilerin bekârlara göre akılcı ilaç kullanım davranışlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (121). Frazier ve ark. (1994) böbrek nakli olmuş hastalarla yaptıkları çalışmada evli olmayan hastaların ilaç uyumunun düşük olduğunu bulmuştur (148). Bu çalışmada AİK düzeyinin yüksek olduğu bulundu. Karaciğer nakli sonrası ilaç kullanımı çok önemlidir. Hastaların meydana gelebilecek yaşamsal riskten dolayı ilaçları akılcı bir şekilde kullandıkları düşünülmektedir. Çalışma sonucu sevindiricidir.

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinde hastaların sahip oldukları çocuk sayıları ile AİK düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışır ve ark. (2019) yaptığı çalışmada katılımcıların çocuk sayısı arttıkça akılcı ilaç kullanım düzeyinin azaldığını belirlemişlerdir (149). Çalışma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Çocuk sayısı arttıkça hastaların kendi sağlıklarına gösterdikleri özen azalabilir. Bu araştırma sonucu çalışmada yer alan hastaların sosyal desteklerinin iyi olduğunu düşündürmektedir.

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinde hastaların gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Frazier ve ark. (1994) böbrek nakli olmuş hastalarla yaptıkları çalışmada düşük gelirli olan hastaların ilaç uyumsuzluğunun yüksek olduğunu bulmuştur (148). Eğitim durumu gelir düzeyini etkileyen bir faktördür (150) ve akılcı ilaç kullanımında önemli etkiye sahiptir. Çalışma sonuçlarındaki farklılık bu durumla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinde sağlık güvenceleri arasında SGK güvencesi olanların ($78,38 \pm 9,81$) en düşük puanı almış olduğu belirlendi ($p<0,05$). Fakat Canbolat ve ark. (2007) çalışmasında ilaç kullanım alışkanlıkları ile sağlık güvencesi arasında bir ilişki olmadığı belirlemiştir (151). Bu durumun diğer sosyodemografik özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinde kronik hastalığı olanların aldıkları ortalama puanın ($81,45 \pm 8,77$) kronik hastalığı olmayanların aldıkları ortalama puandan ($78,89 \pm 10,00$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Fakat Peköz ve ark. (2018)'nin yaptıkları çalışmada kronik hastalık varlığının hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi ve davranışlarını etkilediği saptanmıştır (152). Literatür incelendiğinde, kronik hastalık varlığının akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilecek hasta kaynaklı nedenler arasında olduğu görülmektedir (118).

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinde sigara kullananların aldıkları ortalama puanın ($75,91 \pm 7,38$) sigara kullanmayanların aldıkları ortalama puandan ($80,44 \pm 9,66$) düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Yağız ve ark. (2020)'nin üniversite öğrencilerini ile yaptıkları çalışmada da benzer sonuca rastlanmıştır (153). Çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada akılcı ilaç kullanım ölçeğinde nakilden sonra çalışmayanların aldıkları puan ($80,26 \pm 9,66$) çalışanların ($79,08 \pm 9,18$) aldıklarına göre yüksek bulundu fakat aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0,05$). Ulupınar ve ark (2018) da böbrek nakli yapılan hastalarda akılcı ilaç kullanım davranışına baktıkları çalışmada, hastaların nakilden sonra çalışma durumu ile AİK davranışları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını belirlemişlerdir (154). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir

Akılcı ilaç kullanımı ölçeği ve nakilden sonra geçen süre grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Nakilden sonra 13-18 ay geçenler en yüksek ortalama puanı almış olup ($84,98 \pm 7,23$) 19 ay üzeri zaman geçirenler ($76,82 \pm 7,16$) en düşük ortalama puanı almışlardır. Köken ve ark. (2019)'nin yaptıkları çalışmada karaciğer nakli olmuş hastalarda nakil sonrası geçen süre arttıkça immüsupresif ilaç kullanımına uyumun azaldığı saptanmıştır (155). Promraj ve ark. (2016) da çalışmalarında böbrek nakli sonrası geçen zaman arttıkça nakil hastalarının immüsupresif ilaç kullanımına uyumunun azaldığını belirlemişlerdir (156). Akılcı ilaç

kullanım düzeyinin hastanın ilaç uyumuna bağlı olduğu belirtilmektedir (157). Nakilden sonra zaman geçtikçe hastalar sürekli ilaç kullanma alışkanlığı kazanmaktadır. Polat ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada sürekli ilaç kullanım durumunun hastaların akılcı ilaç kullanım düzeyinin olumlu yönde etkilediğini vurgulamaktadır (106). Araştırma sonucu literatür bilgisi ile farklılık göstermektedir.

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinde canlı donörden nakil yapılan katılımcıların aldıkları ortalama puanın (79.91 ± 9.62) kadavradan nakil yapılan katılımcıların aldıkları ortalama puandan (83.33 ± 4.73) düşük olması istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0.05$). Köken ve ark. (2020) da karaciğer nakli yapılan hastalarda immüsupresif ilaç kullanımına uyuma baktıkları çalışmalarında donör tipi ile immüsupresif ilaç kullanımına uyum arasında ilişki saptamamıştır (155). Akılcı ilaç kullanımının hastanın ilaç uyumuna bağlı olduğu düşünüldüğünde çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (157). Çalışma sonucunda hastaların akılcı ilaç düzeyi ile nakil nedenleri arasında ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Literatürdeki çalışmalarda nakil nedeni ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma bulgusuna rastlanmadı.

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinde hemşireden ilaç kullanımı hakkında bilgi alan hastaların aldıkları ortalama puanın (80.5 ± 8.83) doktordan ilaç kullanımı hakkında bilgi alan hastaların aldıkları ortalama puandan (79.24 ± 10.55) yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0.05$). Yağar ve ark. (2018) çalışmalarında akılcı ilaç kullanımı konusunda hekimlerin etkin olduğunu vurgulamışlardır (159). Demirci ve Şimşek (2012)'in yaptıkları çalışmada ilaçlarla ilgili bilgi kaynağı olarak yakın çevre faktörünün hekimlerden daha yüksek orana sahip olduğu vurgulanmıştır (160).

Ölçeklerden alınan puanların incelenmesi

Huang ve ark. (2019) göre psikolojik sağlık sürekli değişken bir süreçtir ve psikolojik sağlamlığı yüksek olan bireyler hastalıklarıyla doğru bir şekilde yüzleşip baş edebilirler (124). Öyle ki Zale ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada ortopedi ameliyatlarından sonra verilen psikolojik sağlık eğitiminin iyileştirilmiş ortopedik sonuçlar ortaya çıkardığını göstermişlerdir (161).

Bu çalışmada karaciğer nakli olmuş hastaların psikolojik sağlık skoru 18.19 ± 5.69 olarak belirlenmiş olup normal sağlık kategorisinde yer almaktadır.

Literatürde psikolojik sağlamlık ile ilgili olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; birçok farklı hasta grubunda psikolojik sağlamlığın incelendiği fakat karaciğer nakli olmuş hastalarda bu konuda sadece bir çalışma olduğu görülmüştür. Gültekin ve ark. karaciğer nakli olan hastalarda ruhsal iyilik hali ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, karaciğer nakli yapılan hastaların yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduklarını bulmuşlardır (8). Çalışma sonuçlarının birbirinden farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılığın sosyodemografik özellikler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Diğer hasta grupları ile yapılan çalışmalara bakıldığında ise; kalp nakli yapılmış hastalar üzerinde yapılan çalışmada nakil sonrası hastaların adaptasyon ve psikolojik sağlamlıklarının yüksek olduğu görülmüştür (138). Çuhadar ve ark. (2016) hematopoetik kök hücre nakli sonrası hasta ve yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyine baktıkları çalışmalarında, hem hasta hem de yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerini yüksek bulmuşlardır (162). Huang ve ark. (2019) meme kanseri ameliyatı sonrası kadınların psikolojik sağlamlığına baktıkları çalışmalarında psikolojik sağlamlığının düşük olduğunu bulmuşlardır (124). Çalışma sonuçlarının farklılığının nedeni katılımcıların umut düzeyine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden aldığı ortalama puanın 80.0 ± 9.53 (yüksek) olduğu belirlenmiştir. Literatürde karaciğer nakli olan hastalarda akılcı ilaç kullanımının incelendiği bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle bu araştırma sonucu diğer hasta grupları ile yapılan araştırma sonuçları ile tartışıldı. Zhang ve ark. (2012) kalp cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların sadece az bir kısmının akılcı ilaç kullanım düzeyini düşük bulmuşlardır (163). Huaqing ve ark. (2011) tümör cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların yaklaşık yarısının akılcı ilaç kullanım düzeyinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (164). Demirarslan ve ark. (2016) cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ilaç kullanımı ile ilgili yaptıkları çalışmalarında hastaların %75' inin akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uyduklarını belirlemiştir (165). Polat ve ark. (2018) dahiliye kliniklerinde yatan hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların akılcı ilaç kullanım düzeyini yüksek bulmuş fakat istenilen düzeyde olmadığını vurgulamıştır (106). Çalışma sonuçları bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermekte ve hayati riski yüksek hastalıklara sahip bireylerin ilaç kullanımı hakkında daha dikkatli davrandıklarını düşündürmektedir.

Karaciğer nakli hastalarında akılcı ilaç kullanımı ile ilgili olarak yapılmış çalışma olmamakla birlikte ilaç uyumunun incelendiği bazı çalışmalara rastlanmıştır. Zira akılcı ilaç kullanımı hastanın ilaç uyumuna bağlıdır (157). Köken ve ark. (2019) karaciğer nakli yapılan hastalarda immünosupresif kullanımı uyumuna baktıkları çalışmalarında hastaların ilaç uyumunun yüksek olduğunu bulmuşlardır (155). Gorevski ve ark. (2013) böbrek ve karaciğer nakli sonrası ilaç uyumuna baktıkları çalışmalarında, hastaların ilaçlara uyumunun yüksek olduğunu bulmuşlardır (166). Akılcı ilaç kullanımının ilaç uyumu ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği ve organ nakli hastalarının ilaç kullanımı konusunda dikkatli oldukları görülmektedir

Bu araştırmada psikolojik sağlamlık ve akılcı ilaç kullanımı ölçekleri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Çalışma sonucu **“Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan hastalar akılcı ilaç kullanım davranışı sergiler”** hipotezini doğrulamamaktadır. Dew ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada organ nakli sonrası ilaç uyumu ve bazı psikososyal faktörler arasında olumlu ilişki olduğu sonucuna varmışlardır (117). Başka bir çalışmada psikolojik sorunların ilaç uyumunu olumsuz etkileyen bir durum olduğu belirtilmektedir (158). Çalışma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Kullanılan ölçekler ve örneklem grupları arasındaki farklılıkların çalışma sonuçlarındaki farklılıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan ortalama puan 80.0 ± 9.53 olarak hesaplanmıştır ve hastaların AİK puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.
- Psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan ortalama puan 18.19 ± 5.69 olarak hesaplanmıştır ve normal düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Bu araştırmada akılcı ilaç kullanımı ve psikolojik sağlamlık ölçekleri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Psikolojik sağlamlık ölçeğinde sigara kullananların aldıkları ortalama puan kullanmayanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Psikolojik sağlamlık ölçeğinde hemşireden ilaç kullanımı hakkında bilgi alan katılımcıların aldıkları ortalama puanın doktordan ilaç kullanımı hakkında bilgi alan katılımcıların aldıkları ortalama puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Akılcı İlaç Kullanımı ölçeğinde eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okuryazar olanlar en yüksek puanı (91.2 ± 4.44) almışken lise mezunu (74.53 ± 7.09) olanlar ise en düşük puanı almıştır.
- Akılcı İlaç Kullanımı ölçeğinde sağlık güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). SGK güvencesi olanlar (78.38 ± 9.81) en düşük puanı almış olup diğer sağlık güvenceleri olanlar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).
- Akılcı ilaç kullanımı ölçeği ve nakilden sonra geçen süre grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Nakilden sonra 13-18 ay geçenler en yüksek ortalama puanı almış olup (84.98 ± 7.23) 19 ay üzeri zaman geçirenler (76.82 ± 7.16) en düşük ortalama puanı almışlardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneride bulunulmuştur;

- Özellikle nakil olmuş hastalarda immünosupresif ilaçların düzenli kullanılması gerektiği için alıcıların akılcı ilaç kullanım ilkelerine uyması gerekmektedir ve konuda nakil hemşiresi gerekli hizmetiçi eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
- Karaciğer naklinin alıcılarda sadece fiziksel değil psikolojik sıkıntılara da yol aıtığı düşünöldüğünde hastaların yeni duruma uyumuna bağlı olarak değişkenlik gösterme potansiyeline sahip olan psikolojik sağlamlık açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta psikolojik sağlamlık açısından değerlendirilmeli, gerekirse risk faktörleri ortadan kaldırılmalı koruyucu faktörlere önem gösterilmelidir.
- Nakil kliniklerinde çalışan hemşireler AİK ilkelerine bağlı hareket etmeli ve taburculuk eğitiminde hastalara bu konuda yardımcı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akdur, A., Sevmiş, Ş., & Karakayalı, H. (2010). Erişkin karaciğer naklinde postoperatif bakım. *J Turk Soc Intens Care*, 9, 85-97.
2. Sarıgöl, Y. (2008). Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (Doctoral Dissertation, Deü Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
3. Bozdemir, H. (2006). Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (Doctoral Dissertation, Deü Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
4. Karabulut, N., & Aktaş, Y. Y. (2012). Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 37-42.
5. Starzl, Te, Iwatsuki, S., Van Thiel, Dh, Gartner, Jc, Zitelli, Bj, Malatack, Jj, ... Ve Porter, Ka (1982). Karaciğer Transplantasyonunun Evrimi. *Hepatoloji (Baltimore, Md)*, 2 (5), 614.
6. Yang, L. S., Shan, L. L., Saxena, A., & Morris, D. L. (2014). Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. *Liver international*, 34(9), 1298-1313.
7. Kaçmaz, N. (2011). Karaciğer Nakli Yapılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.
8. Gultekin, A., Kavak, F., & Ozdemir, A. (2019). The correlation between spiritual well-being and psychological resilience in patients with liver transplant. *Medicine*, 8(3), 531-536.
9. Taşkiran, E., Akar, H., Yıldırım, M., & Erbaş, O. (2016). Karaciğer nakli: Endikasyonlar, kontrendikasyonlar, rejeksiyon ve uzun dönem takip.
10. Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F. (2019). Orjinal Makale Koah'lı Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki.
11. Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.

12. Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal Of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
13. Liu, N., Liu, S., Yu, N., Peng, Y., Wen, Y., Tang, J., & Kong, L. (2018). Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1.
14. Soylu, G. (2019). *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi* (Master's Thesis, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
15. Fernandez, A. C., Fehon, D. C., Treloar, H., Ng, R., & Sledge, W. H. (2015). Resilience in organ transplantation: An application of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD–RISC) with liver transplant candidates. *Journal of personality assessment*, 97(5), 487-493
16. Barutçu, İ. A., Tengilimoğlu, D., & Naldöken, Ü. (2017). Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 1062.
17. Grover, S., & Sarkar, S. (2012). Liver transplant—psychiatric and psychosocial aspects. *Journal of clinical and experimental hepatology*, 2(4), 382-392.
18. Hatipoğlu, S., & Özyurt, B. C. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 1-8
19. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., & Sağlam, R. (2010). Üniversite Öğrencilerinde İlaç Kullanımı. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 505-12.
20. Oguz, E., Alasehirli, B. ve Demiryurek, AT (2015). Türkiye'de Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. *Hemşire Eğitimi Bugün*, 35 (2), 395-401.
21. ÖZER, U. H. E. (2009). Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(2), 42-51.
22. ULUPINAR, S., & AKICI, A. (2015). Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri Farmakoloji-Özel Konular*, 3(1), 84-93.

23. Şahin, N. (2012). Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları, Nedenleri ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi (Doctoral Dissertation, Deü Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
24. Akış, M., Katırcı, E., Uludağ, H. Y., Küçükçılıç, B., Gürbüz, T., Türker, Y., ... & Gül, H. (2008). Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağıışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. *Medical Journal of Suleyman Demirel University*, 15(4).
25. Kasapoğlu, B., Yalçın, K. S., & Türkay, C. (2010). Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji*, 14(2), 96-102.
26. Bakır, Y. (2011). Karaciğer Nakli Sonrası Obezite Sorunu ve Etkileyen Faktörler (Doctoral Dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).
27. Busuttil, R. W., De Carlis, L. G., Mihaylov, P. V., Gridelli, B., Fassati, L. R., & Starzl, T. E. (2012). The First Report Of Orthotopic Liver Transplantation İn The Western World. *American Journal Of Transplantation*, 12(6), 1385-1387.
28. Astarçioğlu İ., Egeli T. Karaciğer Transplantasyonu Tarihçesi. İçinde: Özkardeşler S. *Karaciğer Transplantasyonu*, 1. Baskı. İzmir, Ven Kitap, 2016: 1-5.
29. Penko, M. E., & Tirbaso, D. (1999). An overview of liver transplantation. *AACN Advanced Critical Care*, 10(2), 176-184.
30. Raia, S. (1989). Liver transplantation from live donor. *Lancet*, 2, 497-498.
31. Tanaka, K., & Yamada, T. (2005). Living donor liver transplantation in Japan and Kyoto University: what can we learn?. *Journal of hepatology*, 42(1), 25-28.
32. Yürür, G., & Bilim, D. Canlıdan Organ Nakli Konusuna Kuşaklar Arası Yaklaşım Farkları: İstanbul'da Ortaöğrenim Öğrencileri ve Velileri.
33. Kara, S., Salman, Z., & Öngel, K. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin organ bağıışına bakışı.
34. Moray G, Arslan G, Haberal M. The h History of Liver Transplantation in Turkey. *Experimental and Clinical Transplantation*, 2014, Suppl 1: 20-23
35. Barın, E. Z. (2014). Canlı Vericili Karaciğer Nakillerinde Hepatik Arter Mikroanastomozu Sonuçlarımız 46 Hastada Retrospektif Bir Çalışma (Doctoral Dissertation).

36. Haberal M.. Dünyada ve Türkiye’de Karaciğer Nakli. İçinde: Selimoğlu A, Yılmaz S. *Pediyatrik Karaciğer Nakli*, 1. Baskı. Malatya, İnönü Üniversitesi Yayınevi, 2018: 1-11
37. TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. <https://organ.saglik.gov.tr/Systems.aspx> 10 Ekim 2020
38. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği. IX. Ulusal Viral Hepatit Sempozyumu. Yılmaz E. Karaciğer Transplantasyonu “İnfeksiyonlar”. <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/05/Karaci%9fer Transplantasyonu-%b0ndikasyonlar-Emel-YILMAZ.pdf>. 06.06.2021
39. Gülen, H., & Karaca, A. (2018). Organ Transplantasyonu Sürecinde Donör Eğitimi ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 83-88.
40. Can, C. (2010). Karaciğer Nakli Öncesinde ve Nakilden Bir Yıl Sonra Psikiyatrik Belirti ve Bozukluk Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi, Genel Bilişsel ve Cinsel İşlevler (Doctoral Dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).
41. Yamantaş, Ö. (2010). *Karaciğer transplantasyonlarında sağ lop vericilerinin yaşam kalitelerinin incelenmesi* (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
42. Ozcelik, U., Eryigit, E., Talih, T., Ozozan, O. V., & Ensaroglu, F. (2020). Karaciğer nakli sonrası hepatit B nüksünün önlenmesinde kısa süreli düşük doz hepatit B immünoglobulini ile nükleotid analogu kombinasyonunun etkinliği.
43. Yıldırım D. Karaciğer Nakli Sonrası İnternete Dayalı Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.
44. Akdoğan, M., Özçay, N., Doğrucan, N., Kaçar, S., Kayhan, B., Kılıç, Z. M. Y., ... & Yüksel, O. (2008). Karaciğer transplantasyon önceliğini belirlemede hangi model etkin; MELD skoru? CHILD Skoru?. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 7(2), 73-76.
45. Freeman, R. B. (2012). A decade of model for end-stage liver disease: lessons learned and need for re-evaluation of allocation policies. *Current opinion in organ transplantation*, 17(3), 211-215.)

46. Ferraz-Neto, B. H. (2007). MELD score, step forward to justice of liver graft allocation in Brazil. *Arquivos de gastroenterologia*, 44(3), 187-188.
47. Türk Gastroenteroloji Derneği. Karaciğer Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/46/pdf/100132.pdf> 06 Mayıs 2021
48. Kent Hastanesi. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları ve Kontrendikasyonları https://www.kentsaglikgrubu.com/uploads/_clinic/files/1498446951145094990karaciger.pdf. 06 Mayıs 2021
49. Song, A. T. W., Avelino-Silva, V. I., Pecora, R. A. A., Pugliese, V., D'Albuquerque, L. A. C., & Abdala, E. (2014). Liver transplantation: fifty years of experience. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(18), 5363.
50. Akyıldız M., Güngör G. Canlı Vericili Karaciğer Transplantasyonunda Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Değerlendirme: Alıcı ve Verici Hazırlığı. İçinde: Özkardeşler S. *Karaciğer Transplantasyonu*, 1. Baskı. İzmir, Ven Kitap, 2016:245-260.
51. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006;44:217-31.
52. Sonsuz A. (2007). Karaciğer sirozunda hasta takibi ve klinik sorunlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizini, 58:99-112
53. Atmaca G. Karaciğer Naklinde Alıcı Adayı Seçme ve Değerlendirme. <https://www.slideshare.net/gulumaltac/karacier-naklinde-alc-eme-ve-hazrlama>. 06 Mayıs 2021
54. Marcos, A., Fisher, R. A., Ham, J. M., Olzinski, A. T., Shiffman, M. L., Sanyal, A. J., ... & Posner, M. P. (2000). Selection and outcome of living donors for adult to adult right lobe transplantation. *Transplantation*, 69(11), 2410-2415.
55. López Panqueva, R. D. P. (2015). Histopathological Evaluation of Liver Donors. *Revista Colombiana de Gastroenterologia*, 30(4), 485-495.
56. Tan, H. P., Patel-Tom, K., & Marcos, A. (2005). Adult living donor liver transplantation: who is the ideal donor and recipient?. *Journal of hepatology*, 43(1), 13-17.

57. Novruzov, N., Bayramov, N., & Mammadov, E. (2019, September). Preoperative evaluation of liver parenchyma of potential donors in living donor liver transplantation. In *Transplantation proceedings* (Vol. 51, No. 7, pp. 2379-2382). Elsevier.
58. Chisuwa, H., Hashikura, Y., Mita, A., Miyagawa, S. I., Terada, M., Ikegami, T., ... & Kawasaki, S. (2003). Living liver donation: preoperative assessment, anatomic considerations, and long-term outcome¹. *Transplantation*, 75(10), 1670-1676.
59. 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.
60. Astarcioglu İ., Ünek T. Karaciğer ve Safra Yollarının Cerrahi Anatomisi. İçinde: Özkardeşler S. *Karaciğer Transplantasyonu*, 1. Baskı. İzmir, Ven Kitap, 2016: 7-34.
61. Soin, A. S., Chaudhary, R. J., Pahari, H., & Pomfret, E. A. (2019). A worldwide survey of live liver donor selection policies at 24 centers with a combined experience of 19 009 adult living donor liver transplants. *Transplantation*, 103(2), e39-e47.
62. Murray KF, Carithers RL. AASLD practice guidelines: evaluation of the patient for liver transplantation. *Hepatology*. 2005; 41(6): 1407-32. doi: 10.1002/hep.20704.
63. Kabaçam, G., & Gürakar, A. Karaciğer Nakli Hasta Bilgilendirme Kitapçığı.
64. TC. Sağlık Bakanlığı. Organ Nakli Merkezleri Yönergesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11284/organ-nakli-merkezleri-yonergesi.html> 19 Ekim 2020
65. Yıldırım, N., Çiftçi, B., & Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 217-231.
66. Mendes, K. D. S., Ziviani, L. D. C., Rossin, F. M., Zago, M. M. F., & Galvão, C. M. (2013). Educational intervention for liver transplantation candidates. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 419-425.
67. Türkiye Organ Nakli Vakfı. Karaciğer Nakli. <https://www.tonv.org.tr>. 02 Mart 2021.

68. Ergün, O., & Sözbilen, M. (2012). Çocuklarda karaciğer nakli. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 26(2), 4-19.)
69. Terpstra, O. T., & Schalm, S. W. (1988). Weimar W, Willem. se PJA. Baumgartner D. Groenland THN, Ten Kate FWJ, Porte RJ. de Rave S. Reuvers CB, Stibbe J. Terpstra JL. Auxiliary heterotopic liver transplantation for end-stage chronic liver disease. *N Eng J Med*, 319, 1507-1511.
70. Ericzon, B. G., Larsson, M., & Wilczek, H. E. (2008, May). Domino liver transplantation: risks and benefits. In *Transplantation proceedings* (Vol. 40, No. 4, pp. 1130-1131). Elsevier.
71. Rela, M., Vougas, V., Muiesan, P., Vilca-Melendez, H., Smyrniotis, V., Gibbs, P., ... & Heaton, N. (1998). Bölünmüş karaciğer nakli: King's College Hastanesi deneyimi. *Ameliyat yıllıkları*, 227 (2), 282.
72. Transplantasyonda Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. <https://www.alikubilaykorkut.com/transplantasyon-hemsirelik-bakimi>. 13 Ekim 2020.
73. Živković, S. A. (2013). Neurologic complications after liver transplantation. *World journal of hepatology*, 5(8), 409.
74. Menegaux, F., Keeffe, E. B., Andrews, B. T., Egawa, H., Monge, H., Concepcion, W., ... & Esquivel, C. O. (1994). Neurological complications of liver transplantation in adult versus pediatric patients. *Transplantation*, 58(4), 447-450.
75. Ciesek, S., & Wedemeyer, H. (2012). Immunosuppression, liver injury and post-transplant HCV recurrence. *Journal of viral hepatitis*, 19(1), 1-8.
76. Tulunay Ö., Kuzu I. İmmün Sistem Hastalıkları.İçinde: Robbins Temel Patoloji. Tuzlalı S., Güllüoğlu M., Çevikbaş U. (çeviri editörleri). *Robbins Basic Pathology*. Kumar V., Abbas A., Aster J. 9. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri. 2013:99-159
77. Güven, G. (2013). Kronik Allograft Fonksiyon Bozukluğu Risk Faktörleri ve Nedenleri.
78. Kim, S. I. (2014). Bacterial infection after liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(20), 6211.

79. Moreno, R., & Berenguer, M. (2006). Post-liver transplantation medical complications. *Annals of hepatology*, 5(2), 77-85.
80. Vallejo, G. H., Romero, C. J., & de Vicente, J. C. (2005). Incidence and risk factors for cancer after liver transplantation. *Critical reviews in oncology/hematology*, 56(1), 87-99.
81. Sargent, S., & Wainwright, S. P. (2007). A qualitative study exploring patients perceived quality of life following an emergency liver transplant for acute liver failure. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 272-280.
82. Alparslan, G. B., & Kapucu, S. (2008). Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 77-84.
83. Commander, M., Neuberger, J., & Dean, C. (1992). Psychiatric and social consequences of liver transplantation. *Transplantation*, 53(5), 1038-1040.
84. Forsberg, A., Bäckman, L., & Möller, A. (2000). Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 327-334.
85. Kaçmaz, N., & Barlas, G. Ü. (2014). Karaciğer Nakli Yapılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1).
86. Graffigna, G., & Barelo, S. (2018). Patient Health Engagement (PHE) model in enhanced recovery after surgery (ERAS): monitoring patients' engagement and psychological resilience in minimally invasive thoracic surgery. *Journal of thoracic disease*, 10(Suppl 4), S517.
87. Mendes, K. D. S., & Galvão, C. M. (2008). Liver transplantation: evidence for nursing care. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(5), 915-922.
88. Bostan, B. C. (2018). *Ergenlerde algılanan psikolojik istismar ve öznel iyi oluş ilişkisinde, psikolojik sağlık ve sosyal bağlılığın rolü* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
89. Açıkgöz, M. (2016). *Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlık ile mizah tarzları ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Çag Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

90. Ezer, H. İ. (2017). *Ergenlik döneminde yaygın kullanılan savunma mekanizmaları ile psikolojik sağlamlık ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişki: Hatay il merkezi örneği* (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
91. Çınar, M. N. (2019). *Sanat uygulamalarına dayalı psiko-eğitim programının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
92. Şahin İ. Psikolojik Sağlamlık. <https://mozartcultures.com/psikolojik-saglamlik>. 29 Ekim 2020.
93. Psychological resilience. https://en.wikipedia.org/wiki/Psychological_resilience. 31 Ocak 2021.
94. Erkan, M. (2019). *Kanser Sonrası Sağ Kalan Bireyler ve Bakım Verenlerinde Psikolojik Sağlamlık ve Üstbilişlerin Nüks Korkusu ile İlişkisi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
95. Eroğlu, B. B. (2019). *Ergenlerde Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği ile Psikolojik Sağlamlık: Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü* (Doctoral dissertation, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Eğitim Bilimleri)).
96. Gez, A. (2018). *Suriyeli çocuk ve ergenlerde algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki* (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
97. Çekceoglu, H. *Spor yapan ve spor yapmayan lise öğrencilerinin psikolojik sağlamlık ve hedef bağlılık düzeylerinin incelenmesi* (Master's thesis, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi).
98. Öz, P. D. F., & Yılmaz, U. H. E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
99. Akar, A. (2018). Psikolojik sağlamlık programının ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyine etkisi).
100. Karacabey, M. F., & Bozkuş, K. (2019). Psikolojik Sağlamlığın, Tükenmişlik, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi: Suriyeli Göçmenlerin Türkçe Öğretmenleri Üzerinde Bir Uygulama 1. *Is, Güc: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 21(2), 91-110.

101. Müdürlüğü, S. H. G., Kalite, S., & Başkanlığı, A. D. (2015). İlaç Güvenliği Rehberi. Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı.
102. İncesu, E. Akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı: Bir kamu hastanesi yatan hastaları üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 28-38.
103. Karabük Üniversitesi/ 1.Karabük Hemşirelik Sempozyumu. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. <https://www.karabuk.edu.tr/belgeler/ozetkitap.pdf> . 30 Ocak 2021.
104. Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 42-49.
105. Aydın, B., & Gelal, A. (2012). Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması Ve Tıp Eğitiminin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57-63.
106. Polat, D. Ö. Ü. H. (2018). Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi (Doctoral Dissertation).
107. Akıcı, A., Uğurlu, M. Ü., Gönüllü, N., Oktay, Ş., & Kalaça, S. (2002). Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Sted*, 11(7), 253-257.).
108. Yılmaz, İ. (2019). Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi/Examining The Rational Drug Use Of Elderly Individuals Receiving Home Care Service And The Affecting Factors (Doctoral Dissertation).
109. Ekici M.A., Kurutçu Ş., Uysal B.. Erişkinlerdeki Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. https://www.researchgate.net/publication/330761560_Eriskinlerdeki_Akilci_Ilac_Kullanim_Bilgi_Duzeyinin_Olculmesi. 30 Ocak 2021.
110. TC. Sağlık Bakanlığı/Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı. http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599. 30 Ocak 2021.
111. Akbulut, H. (2008). *Konya il merkezinde bulunan sağlık kurumlarında üst solunum yolu teşhisi ile düzenlenen reçetelerin akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

112. Sürmelioglu, N., Kiroglu, O., Erdoğdu, T., & Karataş, Y. (2015). Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 452-462.
113. Cengiz, Z. (2018). Hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisi.
114. Perdecı, Z., Ate, M. A., & Algül, A. (2012). Transplantasyon ve psikiyatri. *ORGAN*, 42, 45.
115. Sağır, M., & Parlakpınar, H. (2014). Akılcı ilaç kullanımı.
116. Türk Eczacılar Birliği. Yanlış İlaç Kullanımının Yarattığı Problemler. <http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/temmuz04/5.pdf>. 06 Mayıs 2021.
117. Dew, M. A., DiMartini, A. F., Dabbs, A. D. V., Myaskovsky, L., Steel, J., Unruh, M., ... & Greenhouse, J. B. (2007). Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation*, 83(7), 858-873.
118. Yalçın Balçık, P., & Selvi Sarıgöl, S. E. V. A. L. (2020). Akılcı İlaç Kullanımı: Aile Hekimlerinde Bir Uygulama.
119. Saygılı, M., Özer, Ö., & Uğurluoğlu, Ö. (2015). Bir Kamu Hastanesinde Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3), 162-170.
120. Eren B. Hematoloji Hastalarında Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi, 2019.
121. Ercan, T., & Biçer, D. F. (2019). Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği. *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(2), 998-1021.
122. Hoşoğlu, R., KODAZ, A. F., BİNGÖL, T. Y., & BATIK, M. V. (2018). Öğretmen adaylarında psikolojik sağlamlık. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(14), 217-239.

123. Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E., & Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 487-493.
124. Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, health & medicine*, 24(7), 866-878.
125. Teall, T., Barrera, M., Barr, R., Silva, M., & Greenberg, M. (2013). Psychological resilience in adolescent and young adult survivors of lower extremity bone tumors. *Pediatric blood & cancer*, 60(7), 1223-1230.
126. Emine, D. A. N. E., & OLGUN, N. (2016). Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 43-54.
127. Karaırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.
128. Sadedemir H. Evli Olan ve Olmayan Bireylerde Karar Verme Stratejisinin Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi, 2016.
129. Varıcıer, Ş. E. (2019). Yetişkin psikolojik sağlamlığı üzerine bir inceleme: Algılanan ebeveyn tutumu, kontrol odağı, algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma stilleri (Master's thesis, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
130. Odabaşı B. Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. T.C. Ankara Üniversitesi, 2019.
131. Bektaş, M. (2018). *Evli bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yordanması* (Doctoral dissertation, Doktora Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İzmir).
132. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği <http://www.sgk.gov.tr/>. 06.06.2021.

133. Arslan, H. (2018). Psikolojik danışmanların mutluluk, psikolojik sağlamlık ve bağımlılık durumları arasındaki ilişkiler. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 17-35.
134. Lemos, C. M. M. D., Moraes, D. W., & Pellanda, L. C. (2016). Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 106(2), 130-135.
135. Acar, S., Kaylı, D. Ş., & Yarabaş, G. (2019). Sigara kullanan, sigara bırakma tedavisi alan ve sigara kullanmayan bireylerin psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma tutumları bakımından karşılaştırılması. *The Turkish Journal on Addictions*, 6, 539-566.
136. Hökkaş, M., & Gördeles Beşer, N. (2019). *Hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ve etkileyen faktörler* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
137. Akyıldırım, P. D. (2017). *Üniversite öğrencilerinde benlik saygısı algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi).
138. Baran, A. (2013). The role of resiliency in the process of adaptation to life after heart transplantation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 45-52.
139. Karayurt, Ö., İşeri, Ö., & Figen, E. R. O. L. (2014). Karanlıktan aydınlığa canlıdan karaciğer transplantasyonu; Roy uyum modeline temellendirilmiş nitel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4), 257-264.
140. Şendir, M., Büyükyılmaz, F., Çelik, Z., & Güzel, E. (2015). Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF preventive medicine bulletin*, 14(1).
141. Chisholm-Burns, M. A., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P. ve ark. (2012). Factor related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clin Transplant*, 26, 706-713.
142. Russell, C., Conn, V. Ashbaugh, C. and et al. (2011). Taking immunosuppressive medications effectively (TIMELink): a pilot randomized controlled trial in adult kidney transplant recipients. *Clin Transplant*.25 (6), 864-87.

143. Soysal, A., & Şahin, E. (2020). Akılcı ilaç kullanımı: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 175-182.
144. Tosun H., Gülmez R., Tosun A. Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Bir Üniversite Örneği. https://www.researchgate.net/publication/341902902_Akilci_Ilac_Kullanimi_ve_Etkileyen_Faktorlerin_Belirlenmesi_Bir_University_Ornegi. 08.06.2021
145. Özyiğit, F., & Arıkan, İ. (2015). Kütahya İlinde Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Bozok Tıp Dergisi*, 5(1), 47-52.
146. Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 44-55.
147. Yapıcı, G., Balıkçı, S., Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları, *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4):458-465.
148. Frazier PA, Davis-Ali SH, Dahl KE. Correlates of noncompliance among renal transplant recipients. *Clin Transplant* 1994; 8: 550-557.
149. Çalışır, Ö., Çalışkan, Z., & Gördeles Beşer, N. (2019). *Hastaneye yatan çocukların annelerinin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutumlarının belirlenmesi* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
150. Çiftçi, C., & Kangallı Uyar, S. G. (2015). Eğitim ve gelir.
151. Canbolat, F. (2007). *Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda ilaç kullanım alışkanlıklarının ve reçete maliyetlerinin değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
152. Peköz, Ö. (2018). Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları. *Tıpta Uzmanlık, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir*.
153. Yağız E. Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Bu Durumun Akılcı İlaç Kullanımıyla Olan İlişkisinin İncelenmesi. *Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kocaeli: T.C. Kocaeli Üniversitesi, 2020.*

154. Aydın B. A. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Akılcı İlaç Kullanım Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, 2018.
155. Köken, Z. Ö., Karahan, S., Sezer, R. E., & Abbasoğlu, O. Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum: Tek Merkez Deneyimi. *Ahi Evran Tıp Dergisi*, 4(3), 88-95.
156. Promraj, R., Dumronggittigule, W., Sirivatanauksorn, Y., Ruenrom, A., Tovikkai, C., Limsrichamrern, S., ... & Asavakarn, S. (2016, May). Immunosuppressive medication adherence in liver transplant recipients. In *Transplantation proceedings* (Vol. 48, No. 4, pp. 1198-1201). Elsevier.
157. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Karasu Devlet Hastanesi. Akılcı İlaç Kullanımı. <https://karasudh.saglik.gov.tr/TR,17889/akilci-ilac-kullanimi.html>. 06.06.2021.
158. Bulakçı B. B. Yaşlılarda İlaç Kullanımı İle İlgili Tutum Ve Davranışlar. İstanbul Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
159. Yağar, F., & Soysal, A. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Hastane Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Asistan Hekimler Örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14(1), 81-96.
160. Aksoy, A. D. Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanımına Yönelik Tutumları. *Vocational Education*, 7(4), 43-51.
161. Zale, E. L., Ring, D., & Vranceanu, A. M. (2018). The future of orthopaedic care: promoting psychosocial resiliency in orthopaedic surgical practices. *JBJS*, 100(13), e89.
162. Cuhadar, D., Tanriverdi, D., Pehlivan, M., Kurnaz, G., & Alkan, S. (2016). Determination of the psychiatric symptoms and psychological resilience levels of hematopoietic stem cell transplant patients and their relatives. *European journal of cancer care*, 25(1), 112-121.).
163. Zhang, M., Wei, G. Y., & Bai, Y. G. (2012). Rational Use of Antibiotics for Patients Undergoing Cardiac Surgery: Analysis of 98 Cases. *Evaluation and Analysis of Drug-Use in Hospitals of China*, (5), 10.).

164. Huaqing, Z. (2011). Analysis on the Rational Use of antimicrobial drugs in patients with tumors surgery [J]. *Anti-tumor Pharmacy*, 5.
165. Demirarslan, E. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların İlaçlarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarını Etkileyebilecek Özellikleri. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 1(1), 18-38.
166. Gorevski, E., Succop, P., Sachdeva, J., Cavanaugh, T. M., Volek, P., Heaton, P., ... & Martin-Boone, J. E. (2013). Is there an association between immunosuppressant therapy medication adherence and depression, quality of life, and personality traits in the kidney and liver transplant population?. *Patient preference and adherence*, 7, 301.



EKLER

EK-1. Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet
a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim Durumu:
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üzeri
4. Medeni Durumunuz: a) Evli b) Bekar
- 5.Çocuğunuz Var mı? a) Evet..... b) Hayır
6. Mesleğiniz:
a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur
d) Serbest meslek e) Emekli f) Diğer.....
7. Gelir durumunuz:
a) Gelir giderden yüksek b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden düşük
8. Sosyal güvenceniz:
a) Sosyal güvenlik kurumu (SGK) b) Yeşil kart
c) Özel sağlık sigortası d) Diğer.....
- 9)Kronik hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır
- 10)Sigara Kullanıyor Musunuz? a) Evet b) Hayır
- 11)Alkol Kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 12)Nakil sonrası çalışma durumu: a) Evet b) Hayır
- 13) Transplantasyondan itibaren geçen zaman.....
- 14) Donör tipi: a) Canlı donör b) Kadavra donör
- 15)Karaciğer nakli nedeni.....
- 16) Başka bir hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 17.Taburcu olurken ilaçlarınızı nasıl kullanmanız gerektiği konusunda bir eğitim aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 18.Cevabınız evet ise kimden aldınız?.....

EK-2. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

N o	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1.	Kullandığım ilaçların neden verildiğini bilirim.					
2.	İlaçlarımı hangi saatte alacağımı bilirim.					
3.	İlaçlarımı ne kadar süre alacağımı bilirim.					
4.	İlaçlarımı hangi yoldan (ağız/göz/kulak/burun /genital/kalça/damar yolu vb.) alacağımı bilirim.					
5.	İlaçlarımın hangisinden ne kadar (kaç tane, kaç ölçek vb.) almam gerektiğini bilirim.					
6.	İlaçlarımı saatinde alamazsam ne yapacağımı bilirim.					
7.	İlaçlarımı kullanmamam gereken durumları bilirim.					
8.	İlaçlarımın oluşturabileceği yan etkileri bilirim.					
9.	İlaçlarımın birlikte tüketebileceğim yiyecek ve içecekleri bilirim.					
10.	Birden fazla ilaç aldığımda ilaçlarımın birbirlerini etkileyip etkilemediklerine dikkat ederim.					
11.	Bitkisel ürünlerin ilaçlarımın üzerinde etkisi olup olmadığını araştırırım.					
12.	Sigara ve alkolün ilaçlarımın üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu bilirim.					
13.	İlaçlarımı doktorumun bana önerdiği süre kadar kullanırım.					
14.	İlaçlarımı doktorumun önerdiği dozda (bir tablet, iki ölçek vb.) alırım.					
15.	Kullandığım ilaçların içinden çıkan kağıdı okurum/okuturum.					
16.	İlaçlarımı kullanmadan önce son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
17.	Doktora gitmeden, kendi başıma antibiyotik, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu gibi ilaçları kullanırım.					
18.	Kullanacağım ilaçların fiyatlarını araştırırım, ilaçlara yönelik politikaları takip ederim.					
19.	Kullandığım ilaçlarla ilgili uzak durmam gereken durumlar (egzersiz, araç kullanma vb.) olup olmadığına dikkat ederim.					
20.	Son kullanma tarihi geçmemiş, kullanmadığım ilaçları uygun sağlık kuruluşlarına teslim ederim.					
21.	İlaçlarımı içinden çıkan kağıtta, belirtilen koşullara uygun olarak taşıy ve saklarım.					

EK-3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

* Bu maddeler tersten kodlanmaktadır.

EK-4. İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü Onayı

Karaciğer Nakli Enstitüsü Müdürlüğü *BELM5L6H3*

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/03/2020-E.5398

Sayı : 93629378-302.14.04
Konu : Bilimsel Araştırma İzni

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Runida DOĞAN

İlgi : 10/03/2020 tarihli ve Bila sayılı yazınız,

İlgi yazınız ve ekleri incelenmiş olup, Karaciğer Nakli Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Şirin URUÇ'un Enstitü Yönetim Kurulumuz'un 12.02.2020 tarihli ve 2020/02-03 sayılı kararı ile tez çalışması olarak kabul edilen "Karaciğer Nakli Hastalarının Psikolojik sağlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmayı enstitümüz kliniklerinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Sezai YILMAZ
Enstitü Müdürü

10/03/2020 Enstitü Sekreteri: Ergün Sürücü

Evrakı Doğrulamak İçin: https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BELM5L6H3 Pin Code: 27291

İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsü, 44280 Merkez Kampüsü,
Battalgazi/Malatya

Telefon No: 0 422 377 30 00 Faks No: 0 422 341 00 32

E-Posta: karacigernakli@inonu.edu.tr

İnternet Adresi: <https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/karacigernakli>

Unvan: Enstitü Sekreteri

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



EK-5. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu					
Oturum Tarihi : 05-05-2020		Oturum Sayısı : 9		Karar Sayısı : 2020/570	
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.					
Çalışma Adı		"Karaciğer Nakli Hastalarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyi İle Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki"			
Araştırmacılar		Dr.Öğretim Üyesi runida doğan (Danışman) Yüksek lisans Öğrencisi ŞİRİN URUÇ (Yardımcı Araştırmacı)			
Başkan		Prof.Dr. Osman CELBİŞ			
Kurul Üyeleri					
Prof.Dr. Kadir ERTEM				Prof.Dr. Cemşit KARAKURT	
Prof.Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN				Doç.Dr. Dinçer ÖZGÖR	
Yüksel SEÇKİN				Prof.Dr. Barış OTLU	