

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KARACİĞER NAKLİ UYGULANAN
HASTALARDA YORGUNLUĞUN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYÇA ÇOLAKDALCI

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

MALATYA- 2012

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KARACİĞER NAKLİ UYGULANAN
HASTALARDA YORGUNLUĞUN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

AYÇA ÇOLAKDALCI

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

MALATYA-2012

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Behice ERCİ



Danışman

Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL



Üye

Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2012 tarih ve 2012/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamda görüş ve önerilerini, sosyal desteğini esirgemeyen, danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL’a,

Yüksek lisans eğitimimde bilgi ve birikimini, desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Özge UZUN’a,

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi-Organ Nakli Kliniği ekibine ve uygulama aşamasında yardımlarını esirgemeyen organ nakil koordinatörü Mukadder İSPİR’e ,

Tezimin her aşamasında manevi desteğini esirgemeyen sevgili dostum Gülsen Demirkıran’a,

Sabır ve özverileri için sevgili aileme,

Araştırmaya katılan tüm birey ve ailelerine, teşekkürlerimi sunarım.

Ayça ÇOLAKDALCI

ÖZET

Araştırma, karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı ve yapıldı.

Araştırmanın evrenini Mayıs 2004 - Mayıs 2009 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM)'nde karaciğer nakli uygulanan 189 hasta oluşturdu. Örneklemi ise 1 Mart - 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında TÖTM Genel Cerrahi polikliniğine nakil sonrası kontrole gelen ve rastlantısal olasılıksız örnekleme yönetimi ile seçilen 76 hasta oluşturdu. Veriler; Hasta Bilgi Formu, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Sayı, Yüzde Oranları, Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Pearson Korelasyon analiz testleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası 30-49 yaş grubunda (%53.9), çoğunluğu erkek (%78.9), evli (%75) ve çekirdek ailede (%88.2) yaşamaktaydı. Hastaların, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı mental sağlık alanında en düşük puanı ise mental rol alanında aldıkları saptandı. Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası toplam puan ortalamasının orta, alt boyutta yer alan yorgunluk düzeyinin düşük, enerji düzeyinin ise yorgunluk düzeyinden daha yüksek ve iyi düzeyde olduğu belirlendi. Geliri giderinden fazla olan ve kadavradan nakil yapılan hastaların yorgunluk düzeylerinin daha düşük, 30-49 yaş grubundaki hastaların enerji düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Hastaların yorgunluk puanları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol mental sağlık) puanları arasında negatif yönde önemli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve yorgunluk puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlendi.

Sonuç olarak, bu çalışmaya katılan karaciğer nakli uygulanmış hastaların yorgunluk düzeylerindeki artışın yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Nakli, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik, Hasta

ABSTRACT

The Impact of Fatigue on Quality of Life in Patients, Undergone Liver Transplantation

The study was planned and applied, as descriptive and correlational, with the aim of determining the effect of fatigue on quality of life, in patients undergone liver transplantation. The target population of the study were 189 patient undergone liver transplantation in Turgut Özal Medical Centre between May 2004 and 2009. Samples of the study were 76 patients coming to get controlled to Turgut Özal Medical Centre-General Surgery Policlinic between March 1 and 31 August, chosen with the method of nonprobability accidental sampling. Data were collected by using Patient Information Form, The Visual Analogue Scale for Fatigue and The SF-36 Quality of Life Scale. In the statistically evaluation of the data, Number, Percentage, t Test in Independent Groups, Mann Whitney U, Kruskall Wallis and Pearson Korelasyon Analysis Tests were used.

More than half of the patients participated in the study were in the age group of 30-49, (53.9%), mostly man (78.9 %), married (75%), lived in nuclear family (88.2 %). It was found that patients got the highest point in the field of mental health and the lowest point mental role from the low dimension of the life quality scale. It was found that patients The Visual Analogue Scale for Fatigue were midpoint for total point average, fatigue level situating lower level was low; however, that energy level is higher than fatigue level and in a good degree. Patients earning more than their expenditures and transplanted from cadaver were found having lower fatigue level and patients in 30-49 age group had higher energy level. It was found that between the patients fatigue point and The SF-36 Quality of Life Scale lower dimension (physical function, physical role, pain, general health perception, vitality, social function, mental role, mental health) points, there was a negatively significant relation in an important level. As fatigue points increased, life quality points were determined decreasing.

In conclusion, It was found that liver transplanted patients participating in this study were determined that the increase in the fatigue level affected the life quality negatively.

Key Words: Liver Transplantation, Fatigue, Quality of Life, Nursing, Patient

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Karaciğer Naklinin Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.1.Nakil İmmünolojisi	5
2.1.2.Karaciğer Naklinin Endikasyonları.....	6
2.1.3.Karaciğer Naklinin Kontrendikasyonları	7
2.1.4.Karaciğer Nakli İçin Hasta Seçimi.....	8
2.1.5.Karaciğer Nakli İçin Donör Seçimi.....	9
2.1.6.Karaciğer Naklinde Cerrahi Yöntemler	9
2.1.7.Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı	11
2.1.8.Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Komplikasyonlar	15
2.1.9.Karaciğer Nakli Uygulanan Hastanın Taburculuk Eğitimi	18
2.2.Yorgunluk Kavramı	19
2.2.1.Yorgunluk Sınıflaması	20
2.2.1.1.Akut ve Kronik Yorgunluk	20
2.2.1.2. Normal ve Patolojik Yorgunluk	22
2.2.1.3.Merkezi ve Periferik Yorgunluk.....	22
2.2.2.Yorgunluğa Yönelik Hemşirelik Girişimleri	22
2.3.Yaşam Kalitesi Kavramı	24
2.3.1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik İlişkisi.....	25
2.4.Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yorgunluk.....	28
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30

3.1.Araştırmanın Şekli	30
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer.....	30
3.3.Evren ve Örneklem	30
3.4.Veriler Toplama Araçları	31
3.4.1.Hasta Tanıtım Formu	31
3.4.2.Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası	31
3.4.3.SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	32
3.5.Verilerin Toplanması	34
3.8.Çalışmanın Sınırlılıkları	35
3.9.Verilerin İstatistiksel Analizi	35
4.BULGULAR	36
5.TARTIŞMA	50
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER:	67
EK I.Hasta Bilgi Formu.....	67
EK III	71
SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	71
EK IV	75
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	75
EK V	76
Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı İzni	76
ÖZGEÇMİŞ	77

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
ERCP	: Endoskopik Retrograt Kolanjio Pankreatografi
GİS	: Gastro İntestinal Sistem
KYS	: Kronik Yorgunluk Sendromu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SS	: Standart Sapma
HLA	: Human Leukocyte Antigens
PTT	: Partial thromboplastin time

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Karaciğer Nakli Endikasyonları.....	7
Şekil 2.2. Akut ve Kronik Yorgunluk Modeli: Ayırt Edici Özellikler	21
Şekil 2.3. Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki ilişki Modeli	28
Şekil 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Bileşenleri	33
Şekil 3.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi	34
Şekil 4.1. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	40
Şekil 4.2. Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Ölçek Puanları.....	41

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.4. Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	40
Tablo 4.5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.7. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.8. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.9. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası'ndan Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	50

1. GİRİŞ

Günümüzde karaciğer nakli; son dönem karaciğer hastalıklarının tedavisinde yaygın şekilde uygulanan bir tedavi yöntemidir. Karaciğer nakli, hasta ile doku ya da kan uyumu olan canlı ya da beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden cerrahi müdahale ile alınan karaciğerin alıcıya nakledilmesidir (1,2). Bu yöntem bilier atrezi, fulminant karaciğer yetmezliği ve siroz gibi ilerleyici karaciğer hastalıklarının tedavisinde uygulanmaktadır. Başarılı karaciğer nakli sonucunda genel olarak hastaların yaşam süreleri uzamakta (3) ve yaşam kaliteleri önemli düzeyde yükselmektedir (4).

Ülkemizde 1840 hasta karaciğer nakli bekleme listesinde yer almaktadır. Bekleme listesindeki hastaların 242'si nakil uygulanamadan yaşamını kaybetmiştir. 2012 yılında 554 hastaya karaciğer nakli uygulanmıştır. Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi bekleme listesinde ise 167 hasta bulunmaktadır. (2).

Pek çok çalışma karaciğer naklinden sonra hastaların yaşam kalitelerinin önemli ölçüde arttığını göstermektedir (3,5,6). Marta Laba ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri incelenmiş ve karaciğer nakli öncesi dönemde hastaların sadece %44.2'si yaşam kalitelerini iyi olarak değerlendirirken, nakil sonrası dönemde aynı grup hastaların %97'sinin yaşam kalitelerini olumlu olarak değerlendirdiği belirtilmektedir (7).

Karaciğer naklinden sonra yüksek düzeydeki yaşam kalitesi, naklin başarılı olduğunun önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yaşam kalitesi; mutlu olma, yaşamdan hoşnut olmayı içeren genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terimdir (8). Yaşam kalitesi; hemşirelik, tıbbi veya sağlık bakım müdahalelerinin başarısının önemli bir göstergesidir (9).

Karaciğer naklinden sonra yaşam süresi ve yaşam kalitesi artmasına karşın, bazen de istenmeyen çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Karaciğer nakli sonrası primer greft disfonksiyonu, rejeksiyon, ameliyat tekniğine bağlı komplikasyonlar, enfeksiyonlar ve solunum sistemi sorunları ortaya çıkmaktadır (4). Karaciğer naklinden sonra ilk bir yıl içerisinde en sık görülen sorunlardan biri de özellikle

fiziksel aktiviteyi olumsuz yönde etkileyen yorgunluktur (10). Karaciğer nakli uygulanan hastalarda fiziksel yorgunluk mental yorgunluktan daha fazla yaşanmaktadır (11). Yorgunluk, bireyin iyilik hali, günlük yaşam aktiviteleri ve ilişkilerinin (12) yanı sıra yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. (11,13).

Berg-Emons ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada karaciğer nakli uygulanan hastaların %44'ünün ciddi düzeyde yorgunluk belirti ve bulguları gösterdikleri saptanmıştır (10).

Yukarıda verilen çalışma sonuçları, karaciğer nakli sonrası dönemde yorgunluğun hastaların yaşamsal fonksiyonlarını ve işlevselliğini olumsuz etkilediğini ve bunun da bireyin yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermektedir. Bu nedenle, bu süreçte bireye verilecek bakım, standartlara uygun bir şekilde planlanıp uygulanmalıdır. Bireyin sağlık çalışanları tarafından, desteklenmesi ve uygun tedavi ve bakım hizmeti alması bu sürecin olumlu anlamda hız kazanmasına yardımcı olabilir.

Tıp ve hemşirelik çalışanları için en önemli noktalardan biri de, karaciğer nakli uygulanan hastaların yeni durumlarına uyum sağlamalarına, kendilerini ve bedenlerini sağlıklı olarak algılamalarına yardımcı olmak ve nakil sonrası yaşam kalitelerini yükseltmektir (3). Karaciğer nakli uygulanan hastanın bakım ve tedavisini yaparak bireyin sağlığını en üst düzeye getirmek ve yaşam kalitesini arttırmak hemşirenin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik girişimleri, genel olarak bireyi rahatlatma, uygun bakım verme, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik uygulamalara dayanır (14).

Karaciğer naklinden sonra hastaların yaşadığı önemli sorunlardan biri olan yorgunlukla baş etmelerinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin hastaların yorgunluğuna yönelik uygun girişimlerde bulunabilmeleri için yorgunluğun başlangıcı, süresi, gelişimi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini bilmeleri önemlidir. Hemşireler, bu bilgilerini kullanarak hastaların yorgunluk ile baş etme yeteneğini arttırabilir ve günlük yaşam aktivitelerini daha rahat sürdürmelerine, dolayısı ile yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunabilirler (12).

Konuyla ilgili literatür incelendiğinde ülkemizde karaciğer nakli uygulanan hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar olmasına karşın, yorgunluğun yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma, Malatya’da bulunan ve karaciğer naklinde önemli bir merkez konumunda olan Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM)’nde nakil uygulanan hastaların, nakil sonrası durumlarına uyum sağlamalarına ve daha kaliteli bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olabilecek öneriler sunabilmek için öncelikle yaşam kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesinin yararlı olacağı düşünülerek planlandı.

Bu araştırmanın amacı, karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek, yorgunluğun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini saptamak; bunların yanı sıra, araştırma sonuçları doğrultusunda karaciğer nakli olan hastalara ve bakım verenlere uygun önerilerde bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Organ nakli, vücutta görevini yapamayan bir organın yerine canlı bir vericiden veya ölüden alınan sağlam bir doku veya organın nakledilmesidir (15,16). Modern cerrahinin en karmaşık ve en sorunlu alanlarından biri olan organ nakli, tarih öncesi çağlardan bu yana güncelliğini korumuş ve tıp bilim adamlarının başlıca ilgi odaklarından birisi olmuştur (17).

Organ naklinin tedavi edici amaçlarla kullanılmasının temelleri 19. yüzyılın başlarında ortaya atılmış ve önce hayvanlarda uygulanan deneysel çalışmalar, daha sonra insanlar üzerinde yapılan çalışmalarla bugünkü biçimini almıştır (15).

Organ nakli konusundaki deneysel çalışmalar, İskoç cerrah John Hunter'in (1728-1793) öncülük etmesi ile başlamış ve giderek kliniğe yansımıştır. Alexis Carrel'in 1902 yılında geliştirdiği yeni vasküler anastomoz tekniği, organ nakli konusunda bir devrim yaratmış ve deneysel çalışmalarda çeşitli organların nakilleri mümkün olabilmıştır. Böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas, bağırsak gibi vasküler organların nakli, ancak bu yüzyılın ikinci yarısından itibaren klinik uygulamaya girmiş ve ülkemizde de organ ve doku nakilleri uygulanmaya başlamıştır (18).

Ülkemizde, 1979 yılına kadar organ nakli konusundaki kurallar, meslek örgütlerince belirlenerek uygulanmış, ancak günümüzde 1979 yılında çıkarılan "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli"ne ilişkin 2238 sayılı yasa ile 01.06.2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" kapsamında yürütülmektedir. (2).

2.1. Karaciğer Naklinin Tanımı ve Tarihçesi

Karaciğer nakli, hasta ile kan uyumu olan canlı ya da beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden cerrahi müdahale ile alınan karaciğerin alıcıya nakledilmesidir (2).

Karaciğer nakli ile ilgili ilk deneysel çalışmalar 1955'te Stuart Welch'in, köpekler üzerinde yaptığı çalışmalar ile başlamıştır. İnsanlar üzerinde ilk başarılı karaciğer nakli, Thomas Starzl tarafından 1963'te Colorado Üniversitesinde gerçekleştirilmiş, ancak cerrahi işlemden sonra hasta yaşamamıştır. Bu ilk girişimdeki başarısızlığın nedenin, cerrahi teknikteki zorluklar ve rejeksiyon önleyici etkin ilaçların olmaması olduğu belirtilmektedir (19). Daha sonra 8 Aralık 1988'de Raia ve arkadaşları 4,5 yaşındaki bir kız çocuğuna canlı vericili karaciğer nakli yapmışlardır. Operasyon sonrası verici yaşarken, alıcı 6. gün hemodiyaliz esnasında kaybedilmiştir. Aynı grup 21 Temmuz 1989'da başka bir hastaya bu operasyonu uygulamış ancak verici 24.gün gecikmiş greft fonksiyonundan kaybedilmiştir. Aynı ay içerisinde Strong ve arkadaşları ilk başarılı canlı vericili karaciğer naklini gerçekleştirmişlerdir (20).

Ülkemizde ilk “kadaverik karaciğer nakli” Haberal ve arkadaşları tarafından 1988 yılında gerçekleştirilmiştir. İlk “canlıdan karaciğer nakli” uygulaması 1990 yılında başlatılmıştır. Bu ilk canlı karaciğer nakli yetişkinden-çocuğa (anneden on aylık bebeğine) yapılmıştır. Bir ay sonra ise yetişkinden-yetişkine (adult-to-adult) (babadan 22 yaşındaki oğluna) karaciğer nakli başarıyla gerçekleştirilmiştir. Günümüzde, ülkemizdeki birçok merkezde nakil işlemleri başarı ile yapılmaktadır (21).

Karaciğer nakilleri farklı nedenlere bağlı akut ve kronik karaciğer yetmezliklerinin en etkili tedavi yöntemi haline gelmiştir. İleri evre karaciğer hastalığı olan bireylerin karaciğer nakli öncesi aylar ve yıllarla sınırlı olan yaşam süresi, karaciğer nakli ile uzatılmış ve yaşam kalitesi bu tedavi yöntemiyle iyileştirilmiştir (21).

2.1.1. Nakil İmmünolojisi

Son yıllarda gelişmiş cerrahi ve yeni immunsupressif yaklaşımların uygulanması hemen her türlü yaşamsal organın veya dokunun başarıyla naklini mümkün hale getirmiştir. Bunlara rağmen nakillerin çoğunluğu genetik olarak farklı donörlerden yapıldığı için alıcı ile donör arasındaki doku uygunluğu bir problem olmayı sürdürmektedir. Bu nedenle donör greft antijenlerine alıcının geliştirdiği

immün yanıt nakil öncesinde ve bazen sonrasında göz önünde bulundurulmalıdır (22).

Donör ve alıcı arasında antijen uyumsuzluğu gelişmesi halinde rejeksiyon süreci başlamaktadır. Burada en önemli antijenler HLA-A, HLA-B ve HLA-DR'dir (23). Diğer solid organ nakilleri ile karşılaştırılınca, karaciğer allogreftleri ayrıcalıklı sayılabilirler. Bundan dolayı, immünsüpresyonun azaltılması ve hatta operasyonel tolerans indüksiyonu için deneysel veya klinik stratejilerin oluşturulmasında uygun bir ortam meydana getirirler. Ortotopik karaciğer nakli donör-spesifik T hücre toleransına neden olur. İntestinal bakterilerden oluşan endotoksinlerle değişik karaciğer hücrelerinin sürekli teması, karaciğer toleransını oluşturan temel mekanizmadır ve hepatosit içine veya portal ven yolu ile gelen antijenler bu toleransın oluşumuna katkıda bulunurlar. Bu antijenlerin gelişi, bir grup sitokinlerin, antijen sunan hücrelerin ekspresyonu ile karaciğer antijen sunan hücrelerinin bir miktar etkisi ile T hücre inaktivasyonunu etkileyen uyarıcı sinyallerin ekspresyonunu arttırırlar (24).

2.1.2. Karaciğer Naklinin Endikasyonları

Genel olarak geri dönüşümsüz ve karaciğer nakli ile tedavi elde edilebilecek tüm son dönem karaciğer hastalıkları için karaciğer nakli endikasyonu mevcuttur. Eğer hastalık karaciğeri de etkileyen sistemik bir hastalık ise, nakil ile sistemik iyileşmenin sağlanacağından ya da sistemik etkilerin en az düzeyde olduğundan emin olmak gerekir (21).

Karaciğer nakli ekibi, bulundukları bölgenin ve ülkenin kadavra donör çıkarma olanaklarını göz önüne alarak, uygun nakil önceliklerini belirlemek durumundadırlar. Bunun için her bölge ve ülkenin karaciğer nakli endikasyonlarını ve nakil önceliklerini iyi değerlendirmesi gerekmektedir (25).

Karaciğer nakli, yetişkinlerde akut veya fulminant karaciğer hastalığı, son dönem karaciğer hastalıkları, hepatosellüler karsinom ve metabolik karaciğer hastalıklarında endikedir. Çocuklarda ise karaciğer nakli endikasyonu en çok biliyer

atrezi ve onu takip eden alfa-1 antitripsin eksikliği nedeniyledir (26). Karaciğer nakli için son dönemde kabul gören endikasyonlar Şekil 1’de yer almaktadır.

Karaciğer nakli endikasyonları arasında en çok tartışılan primer ya da ekstrahepatik kanserlerdir. Karaciğer tümörlerinde tedavi amaçlı nakil uygulaması değişik merkezlere göre farklılık göstermektedir. Bazı tümör tipleri daha iyi prognoza sahip olduğu halde, çoğu kez bu hastalar primer tümörün nüksetmesi ya da metastazlar nedeniyle kaybedilmektedir (1).

Sınıflandırma	Karaciğer Hastalıkları
Kolastatik Karaciğer hastalıkları	Biliyer atrezi, ailesel kolastatik sendromlar, primer biliyer siroz, sekonder biliyer siroz, primer sklerozon kolanjit
Hepatosellüler Hastalıklar	Alkolik siroz, viral hepatitler (A, B, C, or non-A, non B), otoimmün hepatit, kriptonejik siroz, alfa-I antitripsin eksikliği, hemokromatozis, protoporfiri, wilson hastalığı
Malignite	Primerhepatoselüler kanser (karaciğerde sınırlı), karsinoid ve adacık hücre tümörleri gibi nöroendokrin, tümörlerin izole karaciğer metastazları, ender olarak karaciğerden köken alan ancak hepatosellüler olmayan tümörler (gençlerde hemanjio-epiteliyoma ve çocuklarda hepatoblastoma gibi)
Damar hastalıkları	Budd-Chiari sendromu (konjenital hepatik ven trombozu), venooklüziv hastalıklar
Diğer	Polikistik karaciğer hastalığı, ailesel amiloid polinöropati
Doğumsal metabolizma bozukları	
Travma ve toksik reaksiyonlar	

Şekil 2.1 Karaciğer Nakli Endikasyonları (25,27)

2.1.3. Karaciğer Naklinin Kontrendikasyonları

Karaciğer naklinin endikasyonlarından çok kesin kontrendikasyonlarını tanımlamak, mümkün olduğu kadar çok hastanın karaciğer nakli için değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Karaciğer naklinin kontrendikasyonları kesin ve göreceli olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

Karaciğer naklinin kesin kontrendiksiyonları:

- Ekstrahepatik malignite
- Kontrol edilemeyen sepsis

- İleri nörolojik hastalık
- İleri kardiyovasküler hastalık
- İleri pulmoner hastalık
- Aktif madde kullanımı (alkol, uyuşturucu vb.)
- Major psikoz
- Kolestatik hepatit C
- Multiorgan yetmezliğidir (26,28).

Karaciğer naklinin göreceli kontrendikasyonları

- 65 yaş üzeri olmak
- Kolanjiokarsinom
- Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu
- Pulmoner hipertansiyon
- Paroksizmal noktürnal hemoglobinüri
- Portal ven trombozudur (26).

2.1.4. Karaciğer Nakli İçin Hasta Seçimi

Karaciğer nakli kararı verilen ve bekleme listesine alınan olgular, nakil zamanının belirlenmesi, özellikle organ bulma sıkıntısının olması, bekleme listesindeki hasta sayısının giderek artması ve canlı donörden karaciğer nakillerinin gündeme gelmesi ile daha da önem kazanmış durumdadır (29).

Nakil için aday seçimi, yarar zarar analizi gerektirir. Cerrahi riskler, hastalığın tekrarlama riski ve uzun süreli immünsüpresyon tedavisinin riskleri karşısında naklin olası yararları hastadan hastaya değişmekle beraber, en önemlileri; yaşam süresindeki uzama, uzun dönemli komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesindeki yükselmedir. Hasta seçiminde ilk basamak, karaciğer naklinden faydalanabilecek bir hastanın bir nakil kliniğine yönlendirilmesidir. İkinci basamak, hastanın tüm diğer etkili olabilecek tedavileri aldığından emin olunmasıdır. Son olarak, hastanın karaciğer nakli için uygun bir hasta olup olmadığının belirlenmesi, nakil merkezi tarafından yapılacak dikkatli bir inceleme ile doğrulanmasıdır (21).

2.1.5. Karaciğer Nakli İçin Donör Seçimi

Nakil amacıyla doku veya organın alındığı kişiye “donör” denir. Karaciğer naklinde karaciğerin bir bölümünün alınması nedeni ile organ, hem kadavra donör hem de canlı donörden alınabilmektedir (1).

Kadavradan elde edilen organ sayısının, karaciğer nakline gereksinim duyan hasta sayısına göre çok yetersiz olması nedeniyle, canlı vericilerden elde edilen organların kullanılması gündeme gelmiştir. Canlı vericilerden elde edilen organların kullanılmaya başlaması, göreceli olarak kısa bir süre önce mümkün olabilmesine rağmen, bu operasyon bütün dünyada hem kamuoyu hem nakil camiasından büyük destek görmüştür (30).

Günümüzde canlı vericili karaciğer naklinde donör hazırlığı ve seçim ölçütleri hakkında kesin bir karara varılmamıştır. Organ uygunluğunda, kan grubu ve karaciğer boyutunun ölçümlerinin yanı sıra; boy, kilo ve göğüs çapı ölçümlerinin yapılması önerilmektedir (31). Primer beyin tümörü dışındaki tümörler, serebro-peritoneal şanti olan beyin tümörleri ve HIV (+) olma kesin kontrendikasyonlardır. Donörün tıbbi özgeçmişi alınmalı, alkol ya da madde bağımlısı olup olmadığı öğrenilmeli ve fizik muayenesinin yanı sıra gerekli görülen laboratuvar tetkikleri de (kan grubu, hemogram, idrar kültürü, biyokimya tetkikleri, PTT, HBsAg, anti-HCV vb) yapılmalıdır. Septisemi kontrendikasyon olarak kabul edilmekle beraber, bakteriyemisi olan hastalardan alınan karaciğerlerin 30 günlük yaşam süresinin bakteriyemisi olmayanlarla benzer olduğu bilinmektedir (31). Daha önemlisi, cerrahi morbidite ve mortalite açısından donör hepatektomisinin sonuçları belirsizliğini sürdürmektedir (32).

2.1.6. Karaciğer Naklinde Cerrahi Yöntemler

Nakil, iyi bir ekip anlayışı yanında multidisipliner çalışmayı da gerektiren bir alandır. Nakil cerrahisinde temel hedef, organın yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünün optimal düzeyde korunarak vericiden (canlı ya da kadavra) alıcı adayına nakledilmesidir. Kadavradan veya canlı vericiden organ alımı ve organın alıcıya nakledilmesi işlemleri primer olarak cerrahi ekibin sorumluluğundadır (33).

Karaciğer nakilleri, hastanın durumuna göre beş değişik cerrahi yöntem ile gerçekleştirilebilmektedir. Bunlar;

- **Ortotopik karaciğer nakli:** Hasta karaciğerin tamamı çıkarılarak ve aynı anatomik lokalizasyona donör karaciğer yerleştirilerek vasküler anastomoz gerçekleştirilir.
- **Heterotopik (yardımcı) karaciğer nakli:** Donör karaciğer, hasta karaciğer çıkarılmadan paravertebral oluğa yerleştirilir. Özellikle yüksek cerrahi risk taşıyan hastalara uygulanır.
- **Küçültülmüş ve ayrılmış karaciğer nakli:** Organ bölünür, küçük bir kısmı nakil için kullanılır. Bu teknik genellikle pediatrik olgular için tercih edilir.
- **Split karaciğer nakli:** Organ ikiye bölünerek iki farklı hasta için kullanılır.
- **Canlı donörden yapılan karaciğer nakli:** Karaciğerin sol lobu canlı vericiden alınarak kullanılır (34).

Canlı donörden nakil işlemi için ameliyat sürecinde alıcı ve verici aynı zamanlarda ameliyathaneye alınır ve her iki ameliyat birlikte başlar. Vericiden çıkarılan karaciğer lobu yan salondaki alıcıya hemen nakledilir. Vericiler için operasyon zamanı 3,5 saat ile 10 saat (ortalama 6 saat) arasında değişmektedir (35).

Karaciğer naklinin ilk aşaması kadavra ya da canlı donörden karaciğerin alınmasıdır. Kadavradan organ alımında, dikkatli bir şekilde karaciğer hızla çıkartılır ve ayrı bir masada nakil için hazır hale getirilir. Canlıdan organ alımında ise karaciğerin çıkarılması işlemi sırasında vericinin sağlığının korunması temel hedeftir. Vericinin cerrahi komplikasyonlar yönünden korunması gerekir. Canlı vericinin hepatektomisi, mümkün olduğunca az manüplasyon ile vasküler yapılar korunarak yapılmalıdır. Canlı vericinin hepatektomisi ile alıcının transplantasyonunun mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi gerekir. Bu nedenle çoğunlukla alıcı ve verici ameliyatları aynı anda aynı yerde yapılmaktadır. Canlı vericide, kadavra donörden farklı olarak nakledilecek karaciğerin soğutulması işlemi, karaciğer organ solüsyonuna alındıktan sonra yapılmaktadır. Karaciğer nakli ortalama 8-10 saat arasında gerçekleştirilmektedir (35).

2.1.7. Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Hazırlık ve Hemşirelik Bakımı

Karmaşık ve riskli olan organ nakli sürecinin her evresinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Nakil hastasının bakımı, ileri bilgi ve beceri gerektiren hemşirelik girişimlerini içerir. Nakil sürecinin başlangıcından itibaren ameliyat öncesi bakım gereksinimlerinin saptanması, aile ve sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği, hastaların en iyi durumda ameliyata hazırlanması, ameliyat sonrası tedavi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında gerekli tedavi, bakım ve izlemin yapılması ve uygun rehabilitasyon uygulamaları nakil sonucunun başarısında etkili olacaktır (26).

2.1.7.1. Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Hazırlık

Nakil öncesi hastanın değerlendirilmesi multidisipliner işbirliği gerektirir. Değerlendirme ölçütleri, nakil merkezlerine göre farklılık gösterir. Nakil merkezlerinde nakil kararını verecek bir ekip bulunur. Nakil ekibi; nakil konusunda uzmanlaşmış hepatoloji uzmanı ve cerrah, hemşire, psikiyatrist, organ nakli koordinatörü ve gerekli diğer üyelerden oluşmaktadır (1, 36).

Nakil kararı verilen hasta, ameliyat öncesi tedavi ve bakım gereksinimine bağlı olarak, kliniğe ameliyattan birkaç gün önce yatırılabilceği gibi birkaç hafta önce de yatırılabilir. Hastanın cerrahi kliniğe yatırılmasıyla başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir. Bunlar; psikolojik hazırlık, ameliyat öncesi eğitim, yasal hazırlık ve fizyolojik hazırlıktır (1).

Psikolojik hazırlık: Organ yetmezliği ile sonuçlanan kronik hastalık yaşayan hastalar ve aileleri uzun süreli bir stres sürecinden geçerler. Nakil kararı sürecinde bekleyen hastada büyük bir heyecanın yanı sıra bazı psikososyal sorunlar da görülebilir. Nakil bekleyen hastada; anksiyete, inkâr, kızgınlık, pazarlık, ölüm korkusu, depresyon görülebileceği gibi, bu süreç bekleyen hastalar arasında bir yarışa da yol açabilir (26).

Psikolojik hazırlıkta girişimler, hastaya bu aşamada destek sağlamayı, duruma daha kolay uyum sağlayıp bu evreyi sorunsuz yaşamasına yardım etmeyi

hedeflemelidir. Bazı nakil merkezlerinde nakil adayları rutin olarak psikososyal değerlendirmeye alınırlar. Rutin değerlendirme şart görülmemekle birlikte; psikolojik durumu stabil olmayan, bilinen bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunan veya bunlardan şüphelenilen durumlarda ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirmenin yapılması önerilmektedir. Nakil adaylarında anksiyete ve reaktif depresyon durumu siktir, bu doğal tepkileri temelde ciddi ruhsal sorunları olan hastalardan ayırt etmek gerekir. Patolojik bir durum söz konusu ise hastanın anlatılanları gerçekte ne kadar anladığı şüpheli hale gelir. Bu durum, özellikle hastalardan bilgilendirilmiş olur almada mutlaka dikkate alınmalıdır (36).

Hemşire, hastanın nakil öncesi sosyal destek sistemlerini araştırarak kullanılmasını sağlamalıdır. Alkole bağlı karaciğer yetmezliği gelişen hastalarda, ameliyat öncesi alkol tedavisi uygulanmalı, ameliyat sonrası alkol alımının devam etmemesi için gerekli girişimler yapılmalıdır (25).

Nakil Öncesi Hasta Eğitimi: Acil olmayan ve canlı donörden nakil yapılacak hastalara eğitim vermek için yeterli zaman olmasına karşın, acil ve kadavradan nakil yapılacak hastalarda bu hazırlıkları yapmak için yeterli zaman olmayabilir. Ameliyat öncesi eğitimden önce hastanın hekimi ile görüşülmeli ve hastaya hekim ile aynı bilgi verilmelidir. Hastalar ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar, yapılacak test ve uygulamalar, yara bakımı, ilaç tedavisi ve etkileri, evde bakım vb. konularında bilgilendirilmelidir. Bunun yanında hastaya derin solunum, öksürme ve ekstremiteler egzersizleri öğretilmelidir (1,37).

Yasal Hazırlık: Ülkemizde organ nakli 29.05.1979'da kabul edilen 2238 sayılı yasa ile düzenlenmiştir. Aynı zamanda nakil sürecinde tıbbi deontoloji kuralları büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte, hastaya ameliyat sırası ve sonrasında neler ile karşılaşabileceği anlatılarak, her hastadan yazılı ameliyat izni alınmalıdır. On sekiz yaşından küçük karaciğer alıcısı hastalarda ameliyat izni alıcının ailesinden ya da yasal olarak bakımından sorumlu kişiden alınmaktadır (1,2).

Fizyolojik Hazırlık: Ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumu, olası olan en iyi düzeye getirilmelidir. Ameliyat öncesi hastanın sağlık durumu fizyolojik değerlendirmeyle belirlenmelidir. Fizyolojik değerlendirme;

hastanın yaş, beslenme, ağrı, pulmoner, kardiyak, gastrointestinal, nörolojik, endokrin sistem, radyolojik, laboratuvar ve serolojik açıdan incelenmesini içermektedir (1).

Karaciğer nakli öncesi hastalara çeşitli laboratuvar testlerinin yapılması gerekmektedir. Bilirubin metabolizmasının, hematolojik durumunun, enfeksiyon hastalıklarının (HBV, HCV, HDV, HEV, HIV, sitomega lovirus, epstein-bar virüsü, herpes vb.), beslenme profilinin (vitaminler, demir ferritin vb.), tümör belirleyicileri ve pıhtılaşma faktörlerinin (faktör I-II-V-VII-IX-X) değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu hastalarda immunolojik uyum gerekmediğinden immunolojik testlere gereksinim duyulmamaktadır. Hastalara gerekli görüldüğü durumlarda endoskopi, kolonoskopi, endoskopik retrograd kolonjiopankreatografi (ERCP) ve biyopsi uygulanabilmektedir (38).

Hasta ve ailelerine ameliyat yapılmadan önce kendilerinin hastanede ne tür hazırlıklardan geçeceği anlatılmalıdır. Ameliyat öncesinde hasta en üst düzeyde fiziksel rahatlık içinde olmalıdır (26).

Ameliyattan bir gün önce hastanın banyo gereksinimi karşılanır ve cilt hazırlığı yapılır. Anestezi konsültasyonu istenir. Hastanın istirahat etmesi sağlanır. Oral alımı hekim istemine göre değişmekle birlikte, genellikle en az 8 saat öncesinden kesilir ve gerekirse lavman yapılarak gastro intestinal sistem hazırlığı tamamlanır. Diyabet ve beslenme bozukluğu olan hastalarda ise gereksinime göre intavenöz sıvı tedavisi planlanır. Ameliyat sabahı hasta, son kontrolleri yapılarak ameliyathane hemşiresine teslim edilir. Aileye bekleyecekleri ve bilgi alabilecekleri yer ve süre konusunda bilgi verilir (1,37).

2.1.7.2. Karaciğer Nakli Sırasında Hemşirelik Bakımı

Hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme nakil edilmesiyle sona eren ameliyat sırası (intraoperatif) bakımda;

- Hastanın ameliyathaneye kabulü,
- Ameliyat bölgesinin temizliği,

- Pozisyon ve anestetik ilaç verilmesi,
- Ameliyatın uygun koşullarda yapılması,
- Ameliyat sonrası hastanın ameliyathaneden taşınması önemli yer tutmaktadır. Bunların yanı sıra, ameliyat süresince enfeksiyon oluşumunu önlemek amacıyla aseptik tekniklere uygun çalışılması, odaya giriş çıkışların kontrol altına alınması, hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik önlemlerin alınması, bu tür ameliyatlarda uzun sürdüğü için ekip değişimi sırasında malzeme teslimi, ameliyatın hangi aşamada olduğunun yeni gelen ekibe anlatılması, ameliyat süresince hastada olabilecek cilt sorunlarını önlemek amacıyla destek yüzey kullanılması gerekmektedir (39).

2.1.7.3. Karaciğer Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı ve İzlemi

Karaciğer naklinden sonra hasta, yoğun bakım servisine alınır. Karaciğer nakli, son derece zor ve ilk günlerde özenli bakım ve kontrol gerektiren bir ameliyattır (40). Karaciğer nakli sonrası hemşirelik bakımının temel amaçları, normal vücut ısısının sağlanması ve korunması, hemodinamik stabilizasyon, etkili hava yolu açıklığının sağlanmasının yanı sıra diğer sistem (üriner, kardiyak, kas iskelet, sindirim vb) fonksiyonlarının devamlılığının sağlanması, nakil edilen karaciğerin fonksiyonelliğinin devam ettirilmesi ve bu işlemler sırasında hastanın güvenliğinin sağlanmasını kapsamaktadır (41).

Hasta havayolu açıklığının sağlanması için anestezinin etkisi geçinceye kadar mekanik ventilatör ile desteklenmelidir. Hastanın nakil sonrası ortalama entübasyon desteği süresi altı saattir, fakat ihtiyaç duyulduğunda bu süre uzayabilmektedir. Solunum fonksiyonu ve periferel dolaşımın değerlendirilmesi için arteriyel kan gazları, solunum seslerinin değerlendirilmesi, sürekli pulse oksimetri ile oksijen saturasyonunun izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta mekanik ventilatörde ise, ventilatör setlerinin değişimi, sekresyonların temizlenmesi, asit-baz dengesinin sağlanması için farmakolojik ajanların uygulanması, gerek görülürse sedasyonun sağlanması gerekmektedir. Ekstübasyon sonrası, derin solunum ve öksürük egzersizlerini spirometre kullanarak yapması için desteklenmelidir. Bu hastalara, bronkodilatatörler, profilaktik antibiyotikler, mukolitikler ve göğüs

fizyoterapisi başlanabilmektedir (23,47). Hemşire kullanılan ilaçların yan etkileri hakkında hastayı bilgilendirmeli, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını izlemeli, ağız dış sağlığının devamlılığını sağlamaya yönelik girişimleri uygulamalıdır (1).

2.1.8. Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Ameliyat sonrası tüm komplikasyonlar değerlendirildiğinde, hemen her karaciğer naklinden sonra en az bir komplikasyon geliştiği bildirilmektedir. Nakil sonrası dönemde hastalarda cerrahi tedavi gerektiren komplikasyon oranlarının %60'lara kadar çıkabildiği belirtilmektedir (4). Karaciğer nakli uygulanan hastalarda bilier sorunlar, kanamalar, pulmoner sorunlar, rejeksiyon ve ilaçlara bağlı enfeksiyon ve malignite gibi bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir.

2.1.8.1. Bilier Komplikasyonlar

Karaciğer nakli alıcılarının %8-15'inde bilier komplikasyonlar gelişir. Safra yollarındaki rahatsızlık; batında sağ üst kadranda ağrı, anoreksiya, abdominal distansiyon, paralitik ileus ve sağ omuzda ağrı gibi şikayetlerle birlikte görülür, fakat bu şikayetler spesifik değildir veya olmayabilirler. Safra sızıntıları karaciğer naklinden sonra 1 ay içinde olur. Bilier striktürler anastomoza bağlı olabildiği gibi olmayabilir. Koledokokoledokostomili hastalarda anastomoz darlıkları genellikle endoskopik olarak tedavi edilebilir. Koledokojejunostomi anastomoz darlıkları ise perkütan stentleme ile tedavi edilebilir (26).

2.1.8.2. Kanama

Nakil sonrası erken dönemde yeniden ameliyat gerektiren en önemli neden kanamadır. Kanama %20'ye varan oranlarda görülebilir. Nakil sonrası karaciğer fonksiyonlarında bozulma, portal hipertansiyon sonucu özefagus varisleri nedeniyle kanama olabilmekte, yine cerrahi stres, midede safra asitlerinin bulunması ve verilen steroid tedavisi peptik ülser insidansını ve kanama oranını arttırmaktadır. Ameliyat sonrası kanamaların başlıca nedenlerinden biri de uzamış fibrinolizdir. Taze donmuş plazma ve trombosit verilerek mevcut kanama diyatezlerinin önlenmesi tedavide

büyük önem taşır. Ancak ameliyat sonrası 24 saat geçmesine rağmen durmayan ve şiddeti azalmayan kanamalar çoğunlukla cerrahi tedavi gerektirir (4).

2.1.8.3. Solunum Sistemi Komplikasyonları

Karaciğer naklinde hastalarda ağrı, karın kaslarında spazm, asit, plevral effüzyon, diyafragma disfonksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak pulmoner komplikasyonlar sık görülür. En sık ateletazi, plevral sıvı toplanması görülmekte, ateletazi tedavi edilmezse veya önlenmezse pnömoni gelişebilmektedir. Yoğun akciğer bakımı, solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon girişimleri uygulanarak bu komplikasyonların çoğu önlenmektedir. Gerekirse ventilatör desteği ve bronkoskopi uygulanmaktadır (4,42).

2.1.8.4. Karaciğer Naklinde Rejeksiyon

Karaciğer nakli uygulanan hastalarda rejeksiyon hiperakut, akut ya da kronik olarak görülebilir.

Hiperakut rejeksiyon; greft damarlarında oluşan zedelenme, parankimal hemoraji ve trombotik tıkanmalarla karakterizedir. Hiperakut rejeksiyon, alıcıda önceden var olan antikorların donörün endotel hücrelerinde bulunan antijenlere bağlanması ile oluşur ve alıcının kan damarları ile greft kan damarlarının anastomozundan birkaç dakika veya bir kaç saat sonra ortaya çıkar. Naklin ilk günlerinde ortaya çıkan hiperakut rejeksiyon, daha önceden karşılaşılmayan alloantijenlere karşı oluşan IgM yapısındaki alloantikorlara bağlı olarak meydana gelir. ABO kan grubu antijenleri eritrositler dışında aynı zamanda damar endotel hücrelerinde de bulunurlar ve kendilerine karşı oluşmuş alloantikorlarla reaksiyona girdiklerinde hiperakut rejeksiyonlara neden olabilirler. Ancak aynı kan grubundan olan vericilerin seçilmesi ile bu risk engellenmektedir (41).

Akut rejeksiyon; genellikle nakilden bir hafta sonra antikorlar, T hücreleri ve makrofajlar tarafından vasküler ve parankimal yapının hasarlanması ile oluşur (41). Hastada genel durum bozulur, ateş, taşikardi, lenfositoz, eozinofili, sağ üst kadranda hassasiyet, bilirubin ve transaminazlarda artış vardır, protrombin zamanı

uzar. Tanı, karaciğer biyopsisi ile konur. Nadiren ölümcüldür ancak arttırılan immunosupresif tedavi enfeksiyon oranını arttırmaktadır (4).

Kronik rejeksiyon; nakilden aylar ve yıllar sonra ortaya çıkabilir ve greft yetmezliğinin en önemli nedenidir (43). Alloimmün mekanizmaya bağlı kronik doku hasarı sonucu oluşan morfolojik değişiklikler kronik rejeksiyona neden olur (41). Nakil uygulanan hastalarda kronik rejeksiyona daha az rastlanır (%5-20). Kronik rejeksiyon, genellikle nakilden sonraki ilk yıl içinde ortaya çıkar. Progresif kolestazis ile kendini gösterir, safra yolları giderek tahrip olarak sonunda yok olur. Tek tedavi retransplantasyondur (1,43).

2.1.8.5. Nakil Sonrası Kullanılan İmmunosupresif İlaçlara Bağlı Oluşan Komplikasyonlar

Organ nakli, immünosupresif tedavi sayesinde klinik uygulanabilirlik kazanmıştır. Bununla birlikte, immünosupresif tedavi immün sistemin baskılanmasına yol açması nedeni ile çeşitli komplikasyonlara yol açmaktadır (1). Karaciğer naklinde immünosupresif ilaçların yan etkilerinden kaynaklanan başlıca komplikasyonlar enfeksiyon ve malignitelerdir.

Enfeksiyon: Karaciğer nakli konusunda kazanılan başarıya rağmen enfeksiyöz komplikasyonlar hâlen nakil sonrası en önemli morbidite ve mortalite nedenlerini oluşturmaktadırlar (4,44). Karaciğer alıcılarının yaklaşık %54-67'sinde nakil sonrası mikrobik invazyon varlığı saptanmıştır. Bu hastalarda enfeksiyon riskini belirleyen başlıca üç faktör; teknik ve anatomik anormalliklerin varlığı, mikroorganizmaya maruz kalınan ortamlar ve immünsüpresyon'dur. Cerrahisinin teknik zorluğu nedeniyle, karaciğer nakli sonrası erken dönemde enfeksiyöz komplikasyonlar sık görülür (44). En kritik dönem ilk iki aydır ve bu dönem içinde hastaların en az %80'i bir enfeksiyon atağı geçirir. Kaynak, genelde viral enfeksiyonlardır ve büyük oranda immünsüpresyon ile ilgilidir (4). Geç dönemde görülen enfeksiyonların nedeni ise immünosüpresif tedavinin konak savunma mekanizmaları üzerinde yarattığı hasar ve toplum kaynaklı mikroorganizmalardır (44).

Nakil sonrası kullanılan Cyclosporine, güçlü bir immünosupresif etkiye sahip olmakla birlikte istenmeyen yan etkilere de sahiptir (nefrotoksisite, nörotoksite, hepatotoksitite, hipertansiyon, bulantı, kusma, ellerde titreme, diyare, GİS problemleri, endokrin bozuklukları gibi). Cyclosporine, yan etkilerinin azaltılması için steroidler veya azathioprine ile birlikte kullanılmaktadır (1). Devamlı olarak cyclosporin, sirolimus, tacrolimus ile birlikte kullanılır. Kısa dönem yan etkileri enfeksiyona yatkınlık, yara iyileşmesinde gecikme, özellikle diabetes mellitüslü hastaların kan şekerinde artıştır. Uzun dönem yan etkileri; iştah ve kilo artışı, vücut yağlarının dağılımında değişiklik, kemik ve kaslarda zayıflık ve incelme, kan basıncında artma eğilimi, deri kalınlığının incilmesi ve kolay zedelenmesi, ülser ve mide yanması gibi şikâyetler, diabet, katarakt, yüzde akne ve kıllanmadır. Hemşire, bu yan etkileri izlemeli, hastayı bu konuda bilgilendirmeli ve hekim ile işbirliği yaparak yan etkilerin kontrol altına alınmasını sağlamalıdır (1).

Maligniteler: Yoğun immünosupresif tedavi altındaki hastalarda çeşitli kanserler veya lenfoma görülme oranı yaklaşık %4-6 civarındadır. Normal popülasyona göre kanser görülme insidansında ortalama 100 kat artış beklenir. Cyclosporine A tedavisi altındaki hastalarda lenfoma, cilt kanseri (squamos cell), kaposi sarkomu, böbrek, kolon, meme ve akciğer kanseri sık görülür. Nakil sonrası malign hastalıkların ortaya çıkma süresi ortalama 62 aydır (4).

2.1.9. Karaciğer Nakli Uygulanan Hastanın Taburculuk Eğitimi

Modern sağlık hizmetleri anlayışı, bireylerin kendi sağlıklarını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol almalarını gerektirmektedir. Bu nedenle taburcu olan hastalara evde bakımlarını doğru uygulayabilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için, hastaneye kabul edildikleri zamandan itibaren sağlık çalışanları tarafından planlı sağlık eğitimi verilmelidir. Hastalara taburculuk eğitim programı hazırlanmalı ve hastalar evde kendi kendilerine bakım vermeye ya da gerekli bakımı alacak kaynakları öğrenmeye hazır duruma getirilmelidirler.

Karaciğer nakli uygulanan hastanın taburculuk eğitiminde amaç; hastanın evde bakımını sürdürebilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırarak öz bakım becerisini arttırmak, gerektiğinde sağlık ekibinden yardım almasını kolaylaştırmak,

iyileşme sürecini hızlandırmak, normal yaşama en kısa zamanda uyumunu sağlamaktır. Taburculuk eğitimi kapsamında, hasta ve ailesine, hastanın diyeti, kullanacağı ilaçlar (özellikle immünospresif, steroid ilaçlar), yara bakımı, yaşam bulgularının izlenmesi, kişisel hijyen, ameliyat sonrası aktivite durumu, ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyonlar ve önlemeye yönelik yapılabilecek girişimler, nakil ekibi ile iletişim gibi spesifik konulara ilişkin bilginin verilmesi gerekmektedir (45,46,47).

Hemşirenin nakil sürecinde, donör ve alıcıların belirlenme sürecine katılması, ameliyat öncesi bakım gereksinimlerinin saptanması, aileler ve sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği, belirlenen girişimlerin uygulanması ve hastanın en iyi durumda ameliyat sürecine başlaması, ameliyat sonrası bakımın sürdürülmesi, hastanın taburculuk sonrasına yeterli şekilde hazırlanması sonucunda hastanın yaşam kalitesinin arttırılması ve sürdürülmesinde etkili olacaktır (1).

2.2. Yorgunluk Kavramı

Yorgunluk, tüm uzmanlık alanlarındaki sağlık çalışanlarının sık olarak karşılaştıkları, tedavi ve bakımında güçlük yaşadıkları, yaygın ama özgül olmayan tıbbi bir yakınmadır. Herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik hastalığın bir belirtisi olabildiği gibi, bir hastalığı olmayan kişilerde de geçici de olsa sık görülebilen bir belirtidir. Yorgunluk, sağlıklı ya da sağlık hizmetine başvuran hastalar arasında en sık görülen belirtilerden biridir (48).

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir. Son zamanlarda sıklıkla tartışılmaya başlanan bu semptom, günlük yaşantımızda her zaman karşılaştığımız, süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren öznel bir durumdur (1,12).

Literatür incelendiğinde yorgunluk kavramı dört boyutta ele alınmaktadır. Buna göre yorgunluk:

- Emosyonel, bilişsel ve fiziksel faktörlerin rol oynadığı, tüm bedeni etkileyen bir deneyimdir,

- Sıkıntının neden olduğu hoş olmayan bir algıdır,
- Kronik ve acımasız bir fenomendir,
- Bireyin algısına bağlı kişisel bir deneyimdir (12,49).

2.2.1. Yorgunluk Sınıflaması

Literatürde yorgunluğun farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu sınıflandırmalar;

- Akut ve kronik yorgunluk
- Normal ve patolojik yorgunluk
- Merkezi ve periferik yorgunluk şeklinde yapılmıştır (49).

2.2.1.1.Akut ve Kronik Yorgunluk

Sağlıklı bireylerde görülen yorgunluk, harcanan enerji ile doğru orantılıdır ve genellikle kısa sürelidir. Buna akut yorgunluk denir. Uykusuzluk, yetersiz beslenme, günlük yaşamda hareketin az olması, çalışma ve sosyal yaşantıdaki sorumluluğun geçici olarak artması yorgunluğa neden olabilir. Bu tür yorgunluk, iyi bir uyku ya da stres ve aktivitenin azaltılması ile azalır ya da kaybolur (12).

Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) giderilemeyen ve en az 6 ay süren yorgunlukla beraber, uyku bozukluğu ve psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği kronik, sakatlayıcı ve tedavisi zor bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Temel semptom, tıbbi nedenlerle izah edilemeyen ve en az 6 aydır devam eden, hastanın bireysel, sosyal, mesleki, eğitimsel ve ruhsal fonksiyonlarını kısıtlayan yorgunluk olup; beraberinde uyku bozukluğu, konsantrasyon ve hafıza zayıflığı, psikolojik distres ve çeşitli semptomların bir arada bulunduğu kronik bir hastalıktır (50).

Akut yorgunluğun nedeni genellikle tanımlanabilmektedir ve özel bir aktivite veya mekanizma ile ilişkilidir. Yorgunluk belirli aktivitelere karşı normal bir yanıt olarak algılanmaktadır. Başlangıçta hızlıdır, aralıklarla oluşur, kısa sürelidir ve bireyi aşırı çalışma ve tükenmeden korur. Akut yorgunluğun neden olduğu semptomlar genellikle vücudun belli bir kısmında lokalizedir ve genellikle iyi bir dinlenme ile

hafiflemektedir. Buna karşın kronik yorgunluk daha sinsi başlangıca ve giderek artan bir etkiye sahiptir, özel nedensel mekanizmayı belirlemek çok zordur. Hastalar kronik yorgunluğu bazı zamanlarda aşırı, genellikle değişmeyen ve kolaylıkla geçmeyen genel güçsüzlükle ilişkili bir deneyim olarak tanımlamaktadırlar (51,52).

Akut ve kronik yorgunluğun ayırt edici özellikleri Şekil 2’de yer almaktadır.

Özellik	Akut Yorgunluk	Kronik Yorgunluk
Yorgunluk amacı/ Fonksiyonu	Koruyucu	Bilinmemekte, koruyucu olmayabilir, nonfonksiyonel olabilir.
Risk altındaki populasyon	Primer olarak sağlıklı bireyler	Primer olarak klinik popülasyon
Etyoloji	Genellikle saptanır Genellikle tek bir mekanizma ve nedenden oluşur. ilişkin olarak yaşanır.	Saptanamayabilir Birçok ve ek nedenlerden oluşur. Bazı aktivite veya çabaların yapılması ile ilişkili değildir
Algılama	Normal /olağan Özel iş veya aktivitelerin yapılması sonucunda beklenir. Primer olarak vücudun belli bir kısmında veya sisteminde lokalizedir Hoş olmayan	Anormal / olağandışı Geçmiş deneyimlere göre aşırı veya gereğinden fazla Generalize / tüm bedeni ve zihni kapsar Hoş olmayan
Zaman boyutu başlangıç	Hızlı	Sinsi/ kademeli Kümülatif eşik modeli
Süresi	Kısa / gün veya hafta	Uzun; kalıcı, uzun süre, bir aydan daha fazla
Pattern iyileşme boyutu	Aralıklı/ara sıra Genellikle iyi bir gece uykusu, yeterli dinlenme, uygun beslenme, egzersiz programı veya stres yönetim teknikleri ile hafifler	Sürekli/ tekrarlayan Bu yöntemlerle tam olarak geçmez. Kombine yaklaşımlar gerekli olabilmektedir.
Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi	Hızla çözümlenir Küçük/ az	Hızla çözümlenemez Büyük

Şekil 2.2. Akut ve Kronik Yorgunluk Modeli: Ayırt Edici Özellikler (51,52).

2.2.1.2. Normal ve Patolojik Yorgunluk

İnsanda var olan enerji düzeyi, kritik bir alt sınıra ulaştığında, yorgunluk hissi ortaya çıkar ve kişi dinlenme ihtiyacı duymaya başlar. Enerji düzeyi kritik sınıra düştüğünde ortaya çıkan yorgunluk hissi, organizmaya dinlenmesi gerektiğini bildirir, istirahat ettikçe, bozulan enerji metabolizması kendini onarır/yineler ve kişi kendisini yeniden enerjik hisseder. Bu doğal yorulma-dinlenme döngüsü sağlıklı kişilerde sorunsuzca işler. Herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalık olmadan ortaya çıkan ve dinlenmekle geçmeyen yorgunluk ise patolojik yorgunluk olarak tanımlanır. Dinlenmekle geçen ve herhangi bir hastalık ya da bozukluğun belirtisi olan yorgunluk hissinin dışında kalan ve muayene ya da laboratuvar tetkikleri de normal olan kişilerde görülen bu yorgunluk hissi ve yakınması sık karşılaşılan ve etiopatogenezi bilinmeyen bir belirtidir (48).

2.2.1.3. Merkezi ve Periferik Yorgunluk

Fizyologlar yorgunluğu; merkezi sinir sistemi mekanizmaları olaya dâhil olduğunda merkezi olarak, periferik sinir sistemi mekanizmaları söz konusu olduğunda periferik olarak ele almaktadırlar. Motivasyon eksikliği, spinal korddan aşağı iletimin bozulması, motor nöronların çalışmasının bozulması merkezi yorgunluğa neden olabilmektedir. Hipotalamik bölgedeki beyin hücrelerinin tükenmesi veya çalışmaması da bu duruma neden olabilmektedir. Periferik yorgunluk ise periferik sinir fonksiyonlarında, nöromusküler ileti veya lif aktivasyonunda bozulmaya bağlı meydana gelebilmektedir (51,52).

2.2.2. Yorgunluğa Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hastaların yorgunluk ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için profesyonel sağlık ekibi üyelerinin uygun girişimlerine gereksinimleri vardır. Bu ekip içinde yer alan hemşirelerin ise, hastaların yorgunluk ile baş etmesinde önemli bir konuma sahip oldukları açıktır (12). Hemşirelerin, hastalar ve onlara bakım verenlerin yorgunluk ile baş edebilmeleri için, yorgunluğu tanımlamaları ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini bilmeleri gerekir. Hemşireler bu bilgileri kullanarak hastanın

ve bakım verenlerin yorgunluk ve buna bağlı sorunlarla baş etme yeteneğini arttırabilirler (53).

Yorgunluk hemşirelik tanısı olarak ele alındığında, hemşirenin ulaşacağı sonuç ölçütleri şunlar olmalıdır:

Hasta:

- Yorgunluğun nedenini açıklayacak,
- Yorgunluğun yaşamındaki etkilerini bilecek,
- Haftalık ve günlük aktivitelerinde önceliklerini belirleyecek,
- Fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden aktivitelerini dengeli bir şekilde devam ettirecek.

Hemşire, yukarıda belirtilen sonuç ölçütlerine ulaşabilmek için aşağıdaki girişimleri uygulamalıdır:

- Hastanın yorgunluğuna neden olan ya da katkıda bulunan faktörleri hastaya açıklamalı,
- Hastanın bireysel yeteneklerini ve ilgilerini ifade etmesini sağlamalı,
- Hastanın yorgunluğun yaşamındaki etkilerini açıklamasını sağlamalı,
- Hastanın bireysel yeteneklerini ve ilgilerini ifade etmesini sağlamalı,
- Hastanın gün içindeki enerji durumunu değerlendirmeli ve aktivite programı yapmalı,
- Hastanın yorgunluk düzeyini belirleyerek, yapamayacağı ya da zorlandığı günlük aktivitelerin bir başkası tarafından yapılması için yönlendirmeli,
- Hastaya günlük aktivitelerini yaparken, enerjisini koruma tekniklerini öğretmeli,
- Hastaya fiziksel ve psikolojik stresörlerin enerji düzeyine olumsuz etkisini açıklamalı,
- Egzersizin yorgunluk üzerine fizyolojik ve psikolojik olumlu etkilerini açıklamalı ve hastayı sınırları içinde egzersiz yapmaya yönlendirmeli,
- Hastanın yorgunluk nedeni ile etkilenen yaşam şekli, rolleri, ilişkileri v.b. konusundaki görüşlerini ifade etmesini sağlamalıdır (12).

2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi, özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır (4).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Laborde ve Powers (1980) ve Young Longman (1983), yaşam kalitesini, yaşamdan doyumunu da içine alan bir yöntem çeşitliliği olarak; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, kişinin kendi durumunu, içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi kavramı içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer almaktadır (54).

Bir başka tanıma göre yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Yani bu kavram tıp teknikleri ve laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, öznel olarak yaşanılanın belirtildiği bir niteliktir ve zevklerle doğrudan bir ilişkisi bulunmamaktadır. Yaşam kalitesini ölçmedeki temel amaç, kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun onları ne ölçüde rahatsız ettiğinin saptanmasıdır. Bir örnekle açıklamak gerekirse, kişinin kaç saat uyuduğu değil, uykusundan memnun olup olmadığıdır (55).

Yaşam kalitesine ilişkin temel göstergeler dört grup altında toplanmaktadır. Bunlar;

- Doğal ve fiziksel ortama ilişkin göstergeler; iklim koşulları, hava, su ve çevre kirliliği, peyzaj ve çevre düzenlemesi ile ilgili değişkenlere dayanmaktadır.
- Ekonomik göstergeler; gayri safi milli hâsıla, kişi başına düşen yıllık gelir, aile varlıkları, ailede çalışan kişi sayısı, besin tüketimi gibi değişkenleri içermektedir.

- Sosyal göstergeler; meslek dağılımı, coğrafi hareketlilik, dengeli beslenme, sağlık koşulları, eğitim durumu, toplumsal ve mesleksi faaliyetlere katılma, konut ve konut koşulları, kültür ve gelişme olanaklarını değişken olarak içermektedir.
- Psikolojik göstergeler; bireylerin kendi yaşam deneyimlerine gösterdikleri tepkilere dayanır. Psikolojik göstergeler değişken olarak kişinin işinden, aile yaşamından çevresinden ve özel yaşamından aldığı doyumunu ile beceri ve öğrenme gibi özelliklerini ele alır (55,56).

2.3.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik İlişkisi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1948 yılında DSÖ'nün anayasasındaki sağlık tanımında yer almıştır. Burada yaşam kalitesi, 'hastalık yoktur hasta vardır' ilkesinden hareketle, hastayı bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkilenme durumunu ölçme girişimi olarak geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi kavramına tıp alanında 1970-1980'li yıllarda ilgi gösterilirken, hemşirelik alanında ise 1980-1990'lı yıllarda üzerinde önemle durulan bir kavram olmuştur (57).

Sağlık ile yaşam kalitesi birbirini kapsayan kavramlardır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. SYK, bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığına yönelik görüşlerini kapsar. Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. Genellikle hastanın o anki kişisel sağlık fonksiyonlarını nasıl algıladığını yansıtır (57).

SYK ölçümleri, fizyolojik ölçümlerin yerini almaktan çok, onları tamamlayıcı etkiler göstererek, sağlık durumunun doğru ve gerçekçi bir şekilde ortaya konulmasını, tedavinin yan etkilerini, bir tedaviyi diğerinden daha fazla ön plana çıkaran başka yönleriyle ele alınmasını sağlamaktadır (58).

Günümüzde, tedavi etkinliğinin, tıbbi bakımın ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı giderek artmıştır. Bu

ölçeklerin geliştirilmesinde ve değerlendirilmesinde, SYK biyolojik sağlık, genel sağlık ve hastalığa özgü sağlık durumu olmak üzere üç grup altında incelenmektedir (59).

1. **Biyolojik sağlık durumu:** Organ sistemleri üzerine odaklanmıştır. Hangi laboratuvar testi veya değerlendirmelerin gerektiğine tanı sürecinde karar verilmektedir (59).
2. **Hastalığa özgü sağlık durumu:** Geleneksel sağlık ölçümlerine, ölüm, sakatlık ve yeti kaybını yansıtan biyolojik göstergelere dayanmaktadır (59).
3. **Genel sağlık durumu:** Yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeye uygun sağlık durumunu değerlendirir (59).

Geniş kapsamlı ölçekler, fiziksel işlev, zihinsel sağlık, sosyal ve rol işlevi ile genel sağlık algısı olmak üzere 4 kavramı da kapsamaktadır (55).

1. **Fiziksel işlevsellik:** Bu alanda fiziksel sınırlılık, fiziksel yetiler, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrı ve fiziksel iyi olma hali sorgulanır.
2. **Ruh sağlığı:** Bu kapsamda anksiyete ve depresyon gibi psikolojik zorlukların sıklığı ve bilişsel işlevsellik düzeyi araştırılmaktadır. Bu konuda geliştirilen ölçeklerin birçoğu depresyon gibi ruhsal bozuklukları taramak amacıyla kullanılırken; bazıları da depresif bozuklukların klinik gidişini belirlemede kullanılır.
3. **Sosyal işlevsellik:** Sosyal işlevsellik, olgun sosyal ilişkiler geliştirme ve devam ettirme olarak tanımlanır. Bu alandaki ölçümler; ruh ve beden sağlığının durumunu, sağlık hizmetinin gerekliliğini ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmede kullanılır. Sosyal olarak iyi olma hali, sosyal ilişkilerin doğasına ve sosyal ilişkilerin var olup olmadığına, varsa hangi sıklıkla olduğuna bağlıdır.
4. **Rol işlevselliği:** Bireyin kendi yaşamındaki rolünün gereklerini (iş durumu, okul durumu, ev durumu) yerine getirip getirmediğini tanımlar (1,55).

Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Profesyonel bağlamda hemşirelerin, hemşirelik bakım standartlarını ve ölçütlerini geliştirerek verdikleri bakımın kalitesini yükseltme ve dolayısı ile yaşam kalitesini

güvence altına alma sorumlulukları vardır. Hemşireler, bütüncül yaklaşım doğrultusunda hastalarının yaşam kalitesini yükseltebilir ve iyi bir hemşirelik bakımı sunabilirler. Bu nedenle hemşirelerin yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulayarak, hasta ve sağlıklı bireyin bakım uygulamalarına aktarmaları önemlidir (59,60).

Burchard ve Lewis yaşam kalitesi değişkenleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde, hemşirelik süreci ve yaşam kalitesinin göstergeleri arasındaki ilişki Şekil 3.1.'de gösterildiği gibi, dört adımda ele alınmaktadır. Bu değişkenler;

1. Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri,
2. Birleştirici bilişsel değişkenler,
3. Bağımlı sonuç değişkenleri,
4. Dış kaynaklı değişkenlerdir (1,14).

Modelde hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri; araştırmacı tarafından yönetilebilen hemşirelik süreci aktivitelerini içermektedir. Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Örneğin; hastanın vücut hijyeninin sağlanması ve bununla ilgili hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi ve istenen sonuca ulaşılabilmesi, bilişsel değişkenler aracılığı ile olmaktadır (14).

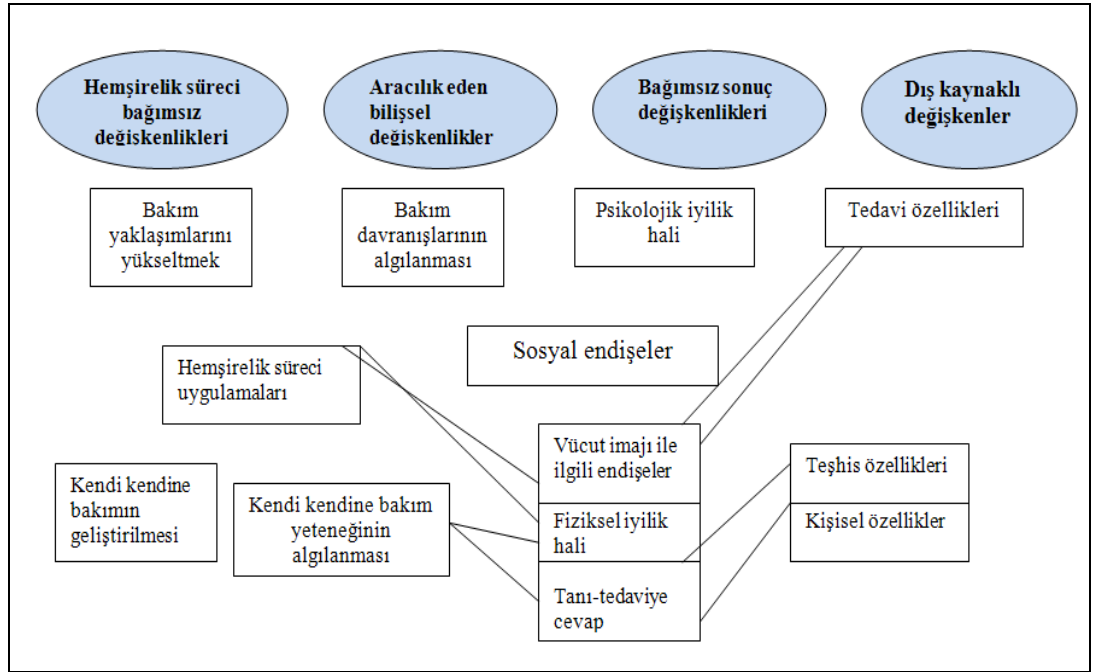
Yaşam kalitesinde birleştirici bilişsel değişkenlerin, hemşirelik uygulamaları ile yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirebilmesi, kişisel denetim altında kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmasıdır. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamaları ve etkinliklerini yerine getirme; bireyin vücut bütünlüğünü koruduğu ve sürdürdüğü için yaşam kalitesi üzerinde etkilidir (1,14).

Bu modelde, yönetilebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri, hastada öz-güven algılamalarını artıran bilişsel-emosyonel değişiklikleri oluşturmaktadır. Psikolojik iyilik durumunu yani yaşam kalitesinin çok

önemli boyutlarından birini oluşturmada gerekli bir bilişsel emosyonel araçtır (1,14).

Sağlık üzerinde ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimin olması olumlu etkilerin oluşmasını sağlamaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde yapılan bu denetim, fiziksel iyilik halini etkilediği kadar psikolojik iyilik halini de etkiler ve geliştirir (1,14).

Dış kaynaklı değişkenler, hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir (1,14).



Şekil 2.3. Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki ilişki Modeli (1,14).

2.4. Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yorgunluk

Geçmişte karaciğer nakli hastanın yaşamını kurtarmak amacıyla son çare olarak başvurulmuş bir yöntem olarak görülmekteyken, günümüzde karaciğer yetmezliğinin daha erken evresinde yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanması gereken radikal bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. (61). İlerlemiş karaciğer hastalığı olan kişilerde, karaciğer nakli hayat kurtarıcı bir girişim olabilmekte ve bu

işlemin uygulandığı hastalarda bir yıllık hayatta kalma şansı %80-85'lere ulaşabilmektedir (62). Karaciğer nakli, hastaların yaşam sürelerini uzatmakla kalmayıp aynı zamanda onların yaşam kalitelerinde de giderek artan bir iyileşmeyi sağlamaktadır (63). Yapılan araştırmalarda, karaciğer nakli olan hastaların yaşama bakış açılarının değiştiği ve yaşam kalitesinin, karaciğer nakli öncesine göre arttığı saptanmıştır (60,62).

Yorgunluk, karaciğer nakli gerektiren kronik karaciğer hastalıklarının temel göstergelerinden birisidir. Karaciğer nakli ile hastaların diğer şikâyetlerinin yanında yorgunluk düzeylerinin de düşmesi beklenmektedir. Karaciğer nakli öncesi bekleme listesinde yer alan hastaların yaşam kalitesi ve diğer değişkenler ile olan etkileşimlerini inceleyen bir araştırmada; son dönem karaciğer yetmezliği olan hastalarda en fazla yorgunluk, kas zayıflığı, abdominal distansiyon, kaşıntı ve sıvı retansiyonu semptomlarının görüldüğü belirlenmiştir (19).

Hastaların enerjilerinin korunması yaşam kalitelerini sürdürmeleri için önemlidir. Karaciğer nakli uygulanan hastaların yorgunluk ve yaşam kalitesi düzeylerini inceleyen araştırmalarda; yaşam kalitesi ile yorgunluk arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu ve yorgunluk düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (64,65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlandı ve yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

Araştırma, Şubat 2009-Temmuz 2012 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi TÖTM Genel Cerrahi Polikliniği'ne karaciğer nakli sonrası kontrole gelen hastalar üzerinde yürütüldü.

Organ nakli hastalarının takibi Genel Cerrahi-II Polikliniği'nde yapılmaktadır. Hastaların tetkikleri asistan hekim tarafından istenmekte, tetkik sonuçlarına göre ilaç düzenlemeleri yapılmaktadır. Karaciğer nakli ekibi, iki profesör, beş doçent, iki yardımcı doçent, 11 asistan hekim ve kırk bir hemşireden oluşmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi TÖTM'de Mayıs 2004 – Mayıs 2009 tarihleri arasında karaciğer nakli uygulanan 189 hasta oluşturdu. Örneklemi ise 1 Mart - 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında TÖTM Genel Cerrahi Polikliniği'ne nakil sonrası kontrole gelen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan, veri toplama formlarını tam olarak dolduran ve olasılıksız rastlantısal örnekleme yönetimi ile seçilen 76 hasta oluşturdu. Veri toplama aşamasında 18 hasta kendi isteğiyle araştırmaya katılmayı reddettiği için, 2 hasta anketi tamamlamadan ayrıldığı için araştırma kapsamına alınmadı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde 18 yaşını doldurmuş, ameliyatın üzerinden en az 3 ay, en fazla 5 yıl geçmiş, iletişim kurulabilen, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alındı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler; Hasta Bilgi Formu (EK I), Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (EK II) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK III) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta Tanıtım Formu'nda hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, aile yapısı, sağlık güvencesi, yaşadığı yer, çalışma durumu) 9 soru ile hastanın tanı ve tedavisine ilişkin (hastalık tanısı, organ nakli uygulanma tarihi ve nakil için seçilen verici türü) 3 soru olmak üzere toplam 12 soru bulunmaktadır. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin bilgileri hasta dosyasından alındı.

Çalışmaya başlamadan önce, Hasta Bilgi Formu'ndaki soruların hastalar tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek için araştırmaya alınma ölçütlerine uyan 10 hasta üzerinde ön uygulama yapıldı, form üzerinde anlaşılmayan ifadeler ve maddelerle ilgili gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırma verileri toplandı. Ön çalışmada uygulanan formlar çalışma verilerine dahil edilmedi.

3.4.2. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası

Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası, Lee ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yurtsever ve Bedük tarafından 2003 yılında kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan bireylere uygulanarak yapılmıştır. Skalanın güvenilirlik çalışması için iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Yorgunluk alt skalasının Cronbach's iç tutarlılık katsayısı 0.90, enerji alt skalasının Cronbach's iç tutarlılık katsayısı ise 0.74 olarak bulunmuştur (66).

Ölçek, hastaların yorgunluk düzeylerini tanımlamaya yönelik 18 maddeden oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. maddeleri yorgunluk, 6, 7, 8, 9, 10. maddeleri enerji alt skalasına ilişkindir. Ölçek, bir ucunda en olumlu diğer ucunda en olumsuz ifadelerin yer aldığı 10 santimlik cetvel şeklindedir. Yorgunluk alt skalasının en olumlu ifadesi 0 ve en olumsuz ifadesi 10, enerji alt skalasının en

olumsuz ifadesi 0, en olumlu ifadesi 10 sayısı ile gösterilmektedir. Yorgunluk alt skalasının maddeleri en olumludan en olumsuz a giderken, enerji alt skalasının maddeleri en olumsuzdan en olumluya doğru gitmektedir. Yorgunluk alt skalasının yüksek puanı, enerji alt skalasının ise düşük puanı yorgunluğun şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir (12,49). Bu çalışmada, metrik bir skala olan “Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası”nın örnekleme oluşturan hastaların skalayı anlamakta zorluk çekmemeleri için, Yıldırım tarafından sayısal sıralamanın yer aldığı cetvel şekline dönüştürülen formu kullanıldı (49).

3.4.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF 36, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte, 36 madde ile sağlığın 8 alt boyutu (fiziksel işlev, fiziksel rol, yaşamsallık, mental rol, sosyal fonksiyon, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı gibi) incelenmektedir. SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt bileşenleri Şekil 3.1.’de ve puan değerlendirmesi de Şekil 3.2.’de gösterildi. Değerlendirmede, her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde edilmektedir. Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6’lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (67).

Orijinal ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (Cronbach alfa) 0.62-0.94 arasında, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri 0.73-0.76 arasında bulunmuştur.

Ölçek Alt Boyutları	Soru Sayısı	Düşük puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	10	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
Fiziksel Rol	4	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Ağrı	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötü gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal İşlev	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Mental İşlev	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Şekil 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Bileşenleri (67).

SF 36 Puan Değerlendirmesi	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel Fonksiyon 3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel Rol 4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı 7+8	2	10
Genel Sağlık Algısı 1+11a+11b+11c+11d	5	20
Yaşamsallık 9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal Fonksiyon 6+10	2	8
Mental Rol 5a+5b+5c	3	3
Mental Sağlık 9b+9c+9d+9f+9h	5	25

Şekil 3.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi (67).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, veri toplama araçları kullanılarak, 1 Mart – 31 Ağustos 2009 tarihleri arasında Genel Cerrahi polikliniğine kontrole gelen hastalardan, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Görüşmede, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra veri toplama araçları tanıtıldı ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, bilgilendirilmiş yazılı onam veren hastalara verildi ve doldurulduktan sonra geri toplandı. Verilerin toplanma süresi her bir hasta için yaklaşık 15-20 dakika arasında sürdü.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi TÖTM Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı izin (Ek IV) ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı (Ek V) alındı. Bu çalışmada gönüllü katılım ilkesi temel alınarak, veri toplama araçlarını uygulamadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklandı ve bireylerden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları

Örneklem hacminin hesaplanmamış olması ve olasılıksız rastlantısal örnekleme yönteminin kullanılması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edildi.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri, Statistical Package of Sosial Science (SPSS) 15.0 programı ile yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için, Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde;

- Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma,
- Parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda, iki bağımsız grup için bağımsız gruplarda t testi,
- Parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda ise, bağımsız iki grup için Mann-Whitney U testi ve bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı.
- Yaşam kalitesi ile yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

Ölçeğin genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bu çalışmada bağımsız değişkenler; sosyo-demografik ve tıbbi özellikler idi, bağımlı değişkenler ise hastaların SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası'ndan aldıkları puanlar idi.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterildi.

Tablo 4.1: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (s=76)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-29 yaş	11	14.5
30-49 yaş	41	53.9
50 yaş ve üstü	24	31.6
Cinsiyet		
Kadın	16	21.1
Erkek	60	78.9
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar	8	10.5
İlköğretim	46	60.5
Lise	12	15.8
Üniversite	10	13.2
Medeni durum		
Evli	57	75.0
Bekâr	19	25.0
Ekonomik düzey		
Gelir giderden az	55	72.4
Gelir gider dengeli	17	22.4
Gelir giderden fazla	4	5.2
Aile yapısı		
Yalnız yaşıyor	1	1.3
Çekirdek aile	67	88.2
Geleneksel aile	8	10.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	35	46.1
Çalışmıyor	41	53.9
Yaşadığı yer		
İl	48	63.2
İlçe	13	17.1
Köy	15	19.7

Yaş ortalaması 41.39 ± 11.02 (min-max: 20-59) olan hastaların çoğunluğu 30-49 yaş grubunda (%53,9), erkek (%78.9), ilköğretim mezunu (%60.5), evli (%75.0), geliri giderinden az (%72.4), çekirdek aileye sahip (%88.2), çalışmakta (%53.9) ve il merkezinde yaşamakta (%63.2) idi.

Tablo 4.2: Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı (s=76)

Tıbbi Özellikler	Sayı	%
Hastalık tanısı		
Hepatit B	57	75.0
İdiyopatik karaciğer yetmezliği	9	11.8
Hepatit C	5	6.6
Diğer (Toksik Hepatit, Willson, Kalaazar, Primer Sklerozan Kolanjit)	5	6.6
Nakil uygulama zamanı		
3 ay önce	6	7.9
3-12 ay önce	20	26.3
13-24 ay önce	31	40.8
25 ay ve daha önce	19	25.0
Nakledilen organ		
Canlı	63	82.9
Kadavra	13	17.1

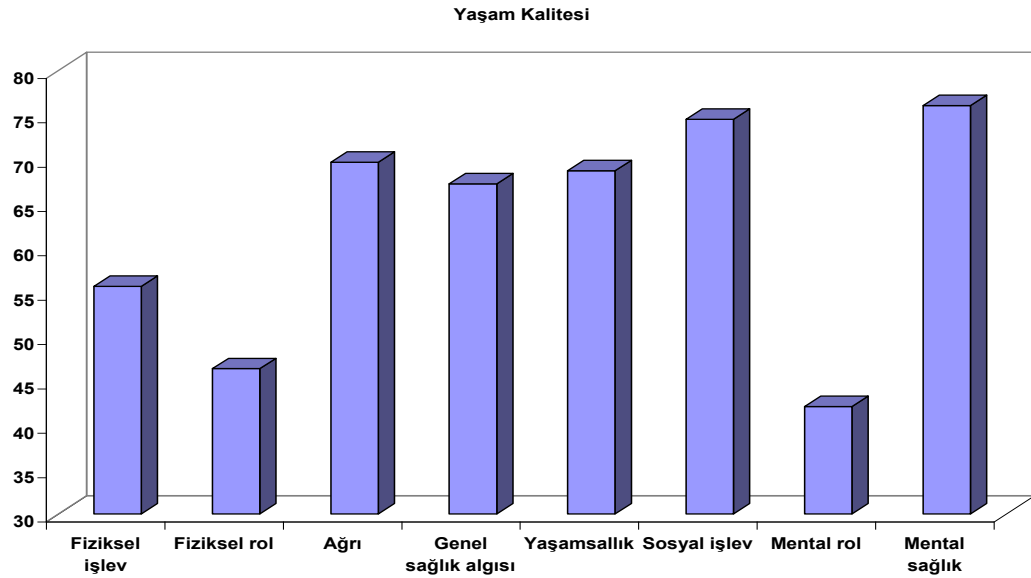
Hastaların tanı, nakil zamanı ve nakledilen organa ilişkin bulguları Tablo 4.2’de gösterildi. Araştırmaya katılan hastaların %75’inin Hepatit B tanısı aldığı, %40.8’ine 13–24 ay önce karaciğer nakli yapıldığı ve %82.9’una canlıdan organ nakli yapıldığı saptandı.

Tablo 4.3: Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (s=76)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Ortalama±SS	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Fiziksel işlev	55.65±20.75	0	85
Fiziksel rol	46.38±38.66	0	100
Ağrı	69.65±32.84	0	100
Genel sağlık algısı	67.23±24.99	15	100
Yaşamsallık	68.68±22.79	5	100
Sosyal işlev	74.50±28.60	0	100
Mental rol	42.10±76.05	0	100
Mental sağlık	76.31±19.77	16	100

Hastaların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları Tablo 4.3’de, puan dağılımları Grafik 4.1’de gösterildi. Araştırmaya katılan hastaların mental sağlık boyutu puan ortalaması en yüksek (76.31±19.77) idi, bunu sosyal işlev boyutu (ortalama 74.50±28.60), ağrı boyutu (ortalama 69.65±32.84), yaşamsallık boyutu (ortalama 68.68±22.79) ve genel sağlık algısı boyutu (ortalama 67.23±24.99) izlemekteydi. Hastaların mental rol boyutu puan ortalaması en düşük düzeyde (42.10±76.05) idi, bunu fiziksel rol (ortalama 46.38±38.66) ve fiziksel işlev (ortalama 55.65±20.75) izlemekte idi.

Bu çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin cronbach alpha değerleri toplam ölçek için 0.883 ve alt boyutlardan fiziksel fonksiyon için 0.847, fiziksel rol güclüğü için 0.779, ağrı için 0.933, genel sağlık algısı için 0.757, yaşamsallık için 0.703, sosyal işlev için 0.662, mental işlev için 0.771, mental rol için -0.205 olarak bulundu.



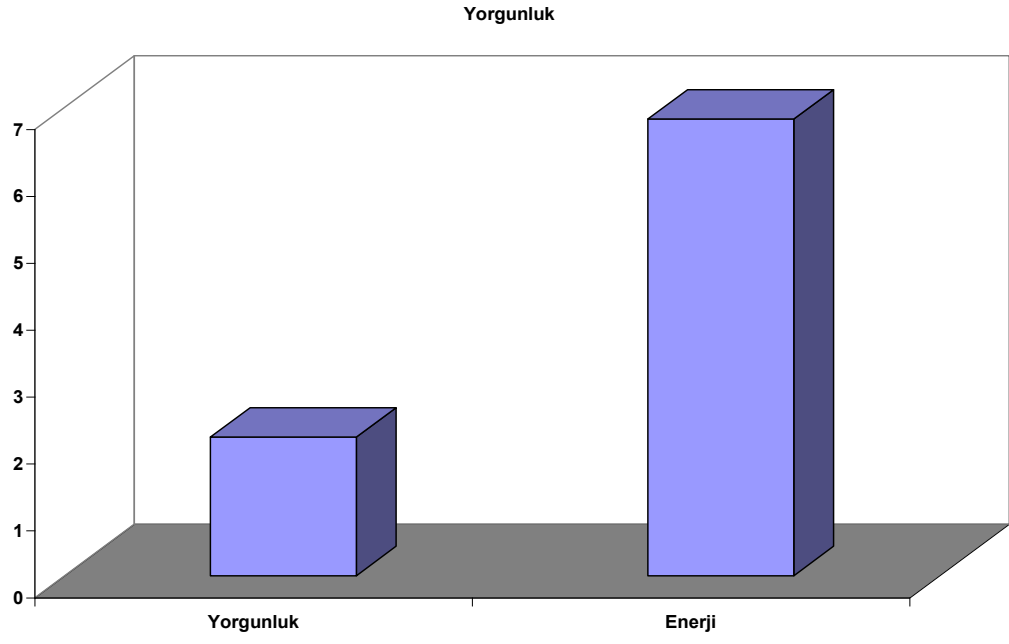
Şekil 4.1: Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar

Tablo 4.4: Hastaların yorgunluk için görsel benzerlik skalası alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (s=76)

Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Boyutları	Ortalama±SS	En Düşük	En Yüksek
Yorgunluk	2.07 ±1.87	0	7.5
Enerji	6.82±1.81	2.2	10
Toplam	4.44±1.84	0	10

Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4.4’de, yorgunluk ve enerji puanları Grafik 4.2’de gösterildi. Araştırmaya katılan hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası’na göre yorgunluk toplam puan ortalaması 10 üzerinden ortalama 4.44±1.84; yorgunluk alt boyut ortalaması 2.07±1.87; enerji alt boyut ortalaması 6.82±1.81 olarak bulundu.

Bu çalışmada Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası’nın cronbach alpha değeri toplam ölçek için 0.737, yorgunluk alt boyutu için 0.896, enerji alt boyutu için 0.716 olarak belirlendi.



Şekil 4.2: Hastaların yorgunluk için görsel benzerlik skalası alt ölçek puanları

Tablo 4.5: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=76)

Sosyodemografik Özellikler	Fiziksel İşlev Ort±SS	Fiziksel Rol Ort±SS	Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			Sosyal İşlev Ort±SS	Mental Rol Ort±SS	Mental Sağlık Ort±SS
			Ağrı Ort±SS	Genel Sağlık Algısı Ort±SS	Yaşamsallık Ort±SS			
Yaş								
18-29	56.36±22.25	61.36±46.58	74.72±31.12	71.36±27.06	57.27±27.78	67.04±30.24	51.51±31.14	54.90±25.30
30-49	60.24±16.88	46.95±37.16	68.61±32.2	65.80±23.97	72.19±21.44	78.35±27.10	39.02±26.77	77.17±17.98
50 yaş ve üstü	47.50±24.22	38.54±36.84	69.12±35.68	67.79±26.59	67.91±21.76	71.35±30.50	43.05±23.00	83.83±12.45
Test ve p değeri	KW _x ² =3.611 P= 0.164	KW _x ² = 2.508 p= 0.285	KW _x ² = 0.560 p= 0.756	KW _x ² = 0.767 p= 0.682	KW _x ² = 2.525 p= 0.283	KW _x ² = 2.252 p= 0.324	KW _x ² = 1.681 p= 0.431	KW _x ² =10.484 p= 0.004**
Cinsiyet								
Kadın	60.62±18.33	51.56±43.27	68.75±33.04	65.87±25.02	55.00±25.10	62.50±32.27	50.00±32.20	59.25±26.13
Erkek	54.33±21.30	45.00±37.62	69.90±33.06	67.60±25.18	72.33±20.88	77.70±26.94	40.00±24.39	80.53±15.04
Test ve p değeri	MWU= 414 p=0.401	MWU=435 p=0.560	MWU=459 p=0.783	MWU=460 p=0.803	MWU=292 p= 0.017*	MWU=341 p=0.067	MWU=404 p=0.296	MWU=244 p= 0.003**
Eğitim								
Okur-yazar	59.37±16.35	25.00±46.29	92.00±8.55	85.75±12.46	60.00±24.78	82.81±11.45	37.50±33.03	61.00±25.72
İlköğretim	56.84±23.22	49.45±39.26	70.28±33.53	64.43±25.82	70.32±24.20	75.27±29.98	39.85±25.93	75.04±20.76
Lise	55.00±15.52	50.00±33.71	69.58±27.65	60.00±25.20	63.75±19.43	78.12±25.63	44.44±25.95	83.00±11.20
Üniversite	48.00±17.51	45.00±34.96	49.00±38.14	74.00±22.55	74.00±17.76	60.00±33.22	53.33±23.30	84.40±9.32
Test ve p değeri	KW _x ² =2.959 P=0.398	KW _x ² =3.121 p=0.373	KW _x ² =6.006 p=0.111	KW _x ² =6.790 p=0.079	KW _x ² =2.634 p=0.452	KW _x ² =2.454 p=0.484	KW _x ² =2.724 p=0.436	KW _x ² =4.790 p=0.188
Medeni durum								
Evli	54.29±20.64	42.54±37.49	67.08±33.71	66.71±25.41	69.73±21.57	74.78±28.97	42.69±25.78	80.07±16.81
Bekâr	59.73±21.11	57.89±40.87	77.36±29.58	68.78±24.28	65.52±26.50	73.68±28.22	40.35±28.49	64.00±23.36
Test ve p değeri	MWU=479 P=0.451	MWU=419 p=0.131	MWU=454 p=0.280	MWU=520 p=0.796	MWU=519 p=0.787	MWU=517 p=0.765	MWU=495 p=0.551	MWU=211 p= 0.006**

*p<0.05, **p<0.01

Tablo 4.5: Devam

Sosyodemografik Özellikler	Fiziksel İşlev Ort±SS	Fiziksel Rol Ort±SS	Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			Sosyal İşlev Ort±SS	Mental Rol Ort±SS	Mental Sağlık Ort±SS
			Ağrı Ort±SS	Genel Sağlık Algısı Ort±SS	Yaşamsallık Ort±SS			
Gelir düzeyi								
Gelir giderden az	55.72±19.39	50.90±39.07	70.49±34.03	67.18±26.49	65.54±24.24	72.72±29.27	40.00±25.97	74.61±20.06
Gelir gider dengeli	53.23±26.57	29.41±34.50	62.70±29.97	63.94±20.80	76.17±15.96	74.26±27.76	45.09±28.72	76.70±19.65
Gelir giderden fazla	65.00±9.12	56.25±37.50	87.75±24.50	82.00±17.79	80.00±19.57	100.00±0.00	58.33±16.66	93.00±6.83
Test ve p değeri	KW _x ² =1.059 p=0.589	KW _x ² =4.295 p=0.117	KW _x ² =3.258 p=0.196	KW _x ² =2.195 p=0.334	KW _x ² =3.004 p=0.223	KW _x ² =4.810 p=0.090	KW _x ² =2.382 p=0.304	KW _x ² =4.607 p=0.100
Aile yapısı								
Yalnız yaşıyor	85.00	25.00	100.00	67.00	95.00	100.00	33.33	68.00
Çekirdek aile	55.82±20.93	45.89±38.33	71.34±32.11	68.23±24.06	69.03±20.78	75.74±28.77	40.79±27.10	76.35±20.14
Geleneksel aile	50.62±18.21	53.12±45.19	51.75±36.13	58.87±33.84	62.50±36.74	60.93±25.38	54.16±17.25	74.50±18.75
Test ve p değeri	KW _x ² =3.163 p=0.206	KW _x ² =0.490 p=0.783	KW _x ² =4.381 p=0.112	KW _x ² =0.301 p=0.860	KW _x ² =1.764 p=0.414	KW _x ² =3.912 p=0.141	KW _x ² =2.579 p=0.275	KW _x ² =0.822 p=0.663
Çalışma durumu								
Çalışıyor	55.59±19.69	46.32±38.99	66.41±31.76	64.29±23.75	68.97±24.02	74.63±27.78	45.10±25.80	79.18±16.68
Çalışmıyor	55.71±21.82	46.43±38.88	72.29±33.85	69.62±25.99	68.45±22.04	74.40±29.60	39.68±26.79	73.52±21.84
Test ve p değeri	t=0.026 p=0.979	t=0.012 p=0.991	t=0.773 p=0.442	t=0.923 p=0.359	t=-0.098 p=0.922	t=-0.034 p=0.973	t=-0.891 p=0.376	t=-1.244 p=0.218
Yaşadığı yer								
İl	52.08±21.13	44.27±36.91	63.95±36.07	67.35±25.84	69.89±22.42	74.74±29.22	42.36±25.48	78.83±17.24
İlçe	58.46±24.01	55.76±45.81	74.53±29.23	65.84±27.97	54.23±23.79	62.50±27.48	53.84±25.59	60.92±28.24
Köy	64.66±13.29	45.00±39.18	83.66±18.26	68.06±20.73	77.33±18.21	84.16±25.20	31.11±26.62	80.26±12.41
Test ve p değeri	KW _x ² =4.963 p=0.084	KW _x ² =0.876 p=0.645	KW _x ² =2.688 p=0.261	KW _x ² =0.032 p=0.984	KW _x ² =5.879 p=0.053	KW _x ² =5.196 p=0.074	KW _x ² =5.213 p=0.074	KW _x ² =4.560 p=0.102

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.5’de gösterildi. Hastaların yaş gruplarına göre, yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, 18-29 yaş grubundaki hastaların mental sağlık düzeylerinin, 30-49 yaş ve 50 yaş ve üstü grubundaki hastaların mental sağlık düzeylerinden anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ($p=0.004$). Hastaların yaş gruplarına göre diğer yaşam kalitesi alt boyutlarından (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol) aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

Hastaların cinsiyetine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, yaşamsallık ($p=0.017$) ve mental sağlık ($p=0.003$) düzeylerinin erkeklerin lehine anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Cinsiyete göre yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarından alınan puanlar, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0.05$).

Hastaların eğitim düzeyine göre yaşam kalitesinin bütün alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Hastaların medeni durumlarına göre mental sağlık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.006$). Bekâr hastaların mental sağlık düzeyleri, evli hastaların mental sağlık düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulundu. Hastaların medeni durumlarına göre, yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Hastaların gelir düzeyine, aile yapısına, çalışma durumuna ve yaşadığı yere göre yaşam kalitesinin bütün alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.6: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yorgunluk için görsel benzerlik skalası alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=76)

Sosyodemografik Özellikler	Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Boyutları	
	Enerji Ort±SS	Yorgunluk Ort±SS
Yaş		
18-29	6.40±2.06	2.51±2.43
30-49	7.34±1.51	1.90±1.59
50 yaş ve üstü	6.13±1.94	2.15±2.08
Test ve p değeri	$KW_x^2=7.400$ p=0.025*	$KW_x^2=0.164$ p=0.921
Cinsiyet		
Kadın	6.80±1.813	2.30±1.94
Erkek	6.83±1.825	2.00±1.86
Test ve P değeri	MWU=472 p=0.919	MWU=443 p=0.637
Eğitim		
Okur-yazar	6.47±1.42	1.66±1.91
İlk öğretim	6.75±1.74	2.05±1.86
Lise	6.95±1.80	1.84±1.69
Üniversite	7.26±2.48	2.73±2.20
Test ve p değeri	$KW_x^2=1.839$ p=0.607	$KW_x^2=1.477$ p=0.688
Medeni Durum		
Evli	6.90±1.75	1.92±1.75
Bekar	6.56±2.00	2.50±2.19
Test ve p değeri	MWU=489 p=0.532	MWU=471 p=0.397
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	6.88±1.89	2.15±1.93
Gelir gider dengeli	6.47±1.49	2.29±1.65
Gelir giderden fazla	7.55±1.90	0.01±0.03
Test ve p değeri	$KW_x^2=1.870$ p=0.393	$KW_x^2=8.873$ p=0.012*
Aile Yapısı		
Yalnız yaşıyor	6.400	0.769
Çekirdek aile	6.740±1.802	2.042±1.892
Geleneksel aile	7.575±1.934	2.471±1.882
Test ve p değeri	$KW_x^2=1.266$ p=0.531	$KW_x^2=1.205$ p=0.547
Çalışma durumu		
Çalışıyor	6.88±1.86	2.14±1.93
Çalışmıyor	6.77±1.78	2.00±1.84
Test ve p değeri	t=683 p=0.723	t=703 p=0.884
Yaşadığı yer		
İl	7.15±1.75	2.05±1.90
İlçe	6.27±1.81	2.35±2.44
Köy	6.24±1.82	1.86±1.22
Test ve p değeri	$KW_x^2=4.268$ p=0.118	$KW_x^2=0.025$ p=0.988

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.6’da gösterildi.

Hastaların yaş gruplarına göre enerji düzeyleri incelendiğinde, 30–49 yaş grubundaki hastaların enerji düzeylerinin, diğer hastaların enerji düzeylerinden anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p=0.025$). Hastaların yorgunluk düzeyleri ise yaşa göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$).

Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu ve yaşadığı yere göre enerji ve yorgunluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumlarına göre yorgunluk düzeyleri arasında gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Geliri giderinden fazla olan hastaların yorgunluk düzeyleri, geliri giderinden az ve gelir ile gideri dengeli olan hastaların yorgunluk düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0.012$). Hastaların gelir durumlarına göre enerji düzeyleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.7: Hastaların tıbbi özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=76)

Tıbbi Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları							
	Fiziksel İşlev Ort±SS	Fiziksel Rol Ort±SS	Ağrı Ort±SS	Genel Sağlık Algısı Ort±SS	Yaşamsallık Ort±SS	Sosyal İşlev Ort±SS	Mental Rol Ort±SS	Mental Sağlık Ort±SS
Tanı								
Hepatit B	52.80±20.70	44.73±39.45	66.00±33.96	65.17±26.26	68.59±23.67	72.80±30.72	39.76±27.049	76.49±18.83
Hepatit C	72.00±15.65	45.00±51.23	94.80±11.62	83.60±20.68	50.00±18.70	72.50±18.54	53.33±18.257	49.60±29.20
İdiyopatik Kc. Yet.	63.88±22.18	55.55±32.54	92.88±8.432	67.33±18.56	73.33±18.20	83.33±18.75	48.14±24.216	81.33±13.85
Diğer	57.00±15.65	50.00±35.35	44.40±28.43	74.20±21.95	80.00±15.41	80.00±28.77	46.66±29.814	88.00±2.82
Test ve p değeri	KW _s ² = 8.104 P= 0.044*	KW _s ² = 0.721 p= 0.868	KW _s ² = 11.975 p= 0.007**	KW _s ² = 3.727 p= 0.292	KW _s ² = 4.584 p= 0.205	KW _s ² = 1.131 p= 0.770	KW _s ² = 2.465 p= 0.482	KW _s ² = 6.169 p= 0.104
Nakil zamanı								
3 ay önce	50.83±18.55	54.17±51.03	55.33±36.50	64.67±33.00	60.83±28.00	60.42±21.53	44.44±17.21	74.00±23.01
3-12 ay	49.00±25.21	22.50±27.98	58.80±34.32	66.05±21.78	72.75±20.36	66.88±34.95	50.00±31.53	79.80±18.42
13-24 ay	56.29±18.48	50.00±37.08	67.00±34.24	71.32±25.25	64.68±24.05	77.42±27.28	36.56±24.88	75.35±21.37
25 ay ve üzeri	63.16±18.50	63.16±37.61	89.95±16.75	62.63±26.11	73.42±21.35	82.24±23.32	42.11±24.45	73.89±18.44
Test ve p değeri	KW _s ² =4.585 P=0.205	KW _s ² =11.834 P= 0.008**	KW _s ² =10.985 p= 0.012*	KW _s ² =1.781 p=0.619	KW _s ² =3.325 p=0.344	KW _s ² =4.852 p=0.183	KW _s ² =3.003 p=0.391	KW _s ² =1.485 p=0.686
Nakledilen organ								
Canlı	53.33±21.46	42.06±39.10	67.08±33.77	65.21±25.98	69.13±22.35	73.21±29.69	40.74±26.40	76.70±17.68
Kadavra	66.92±12.17	67.31±29.55	82.15±25.40	77.08±17.01	66.54±25.69	80.77±22.60	48.72±25.88	72.92±28.57
Test ve p değeri	MWU=246 P= 0.024*	MWU=254 P= 0.028*	MWU=298 p=0.115	MWU=296 p=0.116	MWU=399 p=0.884	MWU=363 p=0.505	MWU=343 p=0.326	MWU=393 p=0.819

*p<0.05, **p<0.01

Araştırmaya katılan hastaların tıbbi özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.7’de gösterildi.

Hastaların tanısına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, hepatit B tanısı olan hastaların fiziksel işlev düzeylerinin diğer hastalardan anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ($p=0.044$). Yanı sıra, hepatit B ve diğer karaciğer hastalıkları tanısı olan hastaların ağrı düzeylerinin, hepatit C ve idiyopatik karaciğer yetmezliği tanısı olan hastaların ağrı düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p=0.007$). Hastaların yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar, hastalık tanısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$).

Hastaların nakil zamanına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, 25 ay ve daha önce ameliyat olan hastaların fiziksel rol ($p=0.008$) ve ağrı ($p=0.012$) düzeylerinin diğer hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü.

Kadavradan nakil yapılan hastaların fiziksel işlev ($p=0.024$) ve fiziksel rol ($p=0.028$) alt boyutlarından aldıkları puanlar, canlıdan nakil yapılan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Nakledilen organa göre diğer yaşam kalitesi alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.8: Hastaların tıbbi özelliklerine göre yorgunluk için görsel benzerlik skalası alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=76)

Tıbbi Özellikler	Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Boyutları	
	Enerji Ort±SS	Yorgunluk Ort±SS
Tanı		
Hepatit B	6.73±1.80	2.21±1.79
Hepatit C	7.04±0.90	1.60±2.20
İdiyopatik Kc. Yet.	6.77±2.32	1.97±2.49
Diğer	7.720±1.70	1.09±1.34
Test ve p değeri	KW _x ² =1.453, p=0.693	KW _x ² =3.135, p=0.371
Nakil zamanı		
3 ay önce	7.37±1.24	1.91±1.60
3-12 ay	6.29±2.09	1.65±1.77
13-24 ay	7.25±1.67	2.65±1.81
25 ay ve üzeri	6.53±1.76	1.62±2.05
Test ve p değeri	KW _x ² =3.511 p=0.319	KW _x ² =6.888 p=0.076
Nakledilen organ		
Canlı	6.85±1.81	2.29±1.88
Kadavra	6.69±1.90	0.99±1.50
Test ve p değeri	MWU=394 p=0.836	MWU=218 p=0.008*

*p<0.01

Hastaların tıbbi özelliklerine göre Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 4.8’de gösterildi. Hastaların enerji ve yorgunluk düzeylerinin tanı ve nakil uygulama zamanına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0.05). Canlıdan nakil yapılan hastaların enerji düzeylerinin, kadavradan nakil yapılan hastaların enerji düzeylerinden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (p>0.05), kadavra alıcılarının yorgunluk düzeylerinin daha düşük olması anlamlı bulundu (p=0.008).

Tablo 4.9: Hastaların yaşam kalitesi ölçeği ile yorgunluk için görsel benzerlik skalası'ndan aldıkları puanlar arasındaki ilişki (s=76)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası Alt Boyutları			
	Enerji		Yorgunluk	
	r	p	r	P
Fiziksel işlev	.456**	0.000	-.547**	0.000
Fiziksel rol	.261*	0.023	-.319**	0.005
Ağrı	0.12	0.303	-.399**	0.000
Genel sağlık algısı	.453**	0.000	-.431**	0.000
Yaşamsallık	.429**	0.000	-.363**	0.001
Sosyal işlev	0.215	0.062	-.382**	0.001
Mental rol	.243*	0.035	-.236*	0.040
Mental sağlık	.226*	0.050	-.350**	0.002

Önemlilik düzeyi: *: Önemli , **: Çok önemli

Araştırmaya katılan hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası'ndan aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.9'da gösterildi.

Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası'nın enerji alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fiziksel işlev, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt boyutları arasında pozitif yönde çok önemli düzeyde anlamlı bir ilişki ($p=0.000$), fiziksel rol ($p=0.023$), mental rol ($p=0.035$) ve mental sağlık ($p=0.050$) arasında ise önemli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Hastaların enerji düzeyi ile yaşam kalitesinin ağrı ve sosyal işlev boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Hastaların enerji puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlendi.

Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası'nın yorgunluk alt boyutu ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel işlev ($p=0.000$), ağrı ($p=0.000$), genel sağlık algısı ($p=0.000$), fiziksel rol ($p=0.005$), yaşamsallık ($p=0.001$), sosyal işlev ($p=0.001$) ve mental sağlık ($p=0.002$) alt boyutları arasında negatif yönde çok önemli düzeyde anlamlı bir ilişki, mental rol ($p=0.040$) alt boyutu arasında ise önemli düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu.

5. TARTIŞMA

Karaciğer hastalıklarının son dönemlerinde uygulanan karaciğer nakli girişimleri hastaların sadece yaşam süresini değil aynı zamanda yaşam kalitesini de artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, karaciğer nakli sonrası yaşam kalitesinin, karaciğer nakli öncesine göre arttığı saptanmıştır (60,69).

Karaciğer nakli uygulanan hastalarda farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmakla birlikte, bu araştırmada kullanılan SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Ancak yapılan çalışmalarda daha çok SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde bulunan 8 boyut 2 boyuta indirgenerek, fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık boyutları fiziksel sağlık boyutu altında, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol ve mental işlev boyutları ise mental sağlık boyutu altında değerlendirilmektedir. Uygulanan ölçek ve istatistiksel işlemler farklılık göstererek yapılacak karşılaştırmalar kavram yanılgısı oluşturacağı için, ölçek kullanımı aynı olan çalışmaların (8 boyutlu) puan ortalamalarını, ölçek boyutları sınırlı olan çalışmaların (fiziksel sağlık ve mental sağlık) ise genel sonuçlarını vermek daha uygun görülmüştür.

Bu çalışmada, karaciğer nakli uygulanan hastaların mental sağlık, sosyal işlev, ağrı, yaşamsallık ve genel sağlık algısına ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri yüksek düzeyde bulunurken, mental rol, fiziksel rol ve işlevlerine ilişkin yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu bulundu (Tablo 4.3). Hastaların yaşam kalitesinin en yüksek olduğu alanın mental sağlık, en düşük olduğu alanın ise mental rol olduğu belirlendi.

Bizim çalışma sonuçlarımız Bozdemir'in karaciğer nakli uygulanan hastalar üzerinde yürüttüğü çalışma sonuçları (1) ile karşılaştırıldığında; karaciğer nakli olan hastaların her iki çalışmadaki yaşam kalitesinin fiziksel işlev, yaşamsallık ve sosyal işlev alanlarına ilişkin puan ortalamaları benzerlik gösterirken, bazı alanlar farklılık göstermektedir. Çalışmamızda, hastaların yaşam kalitesinin genel sağlık algısı ve mental sağlık alanlarına ilişkin puan ortalamaları Bozdemir'in çalışma sonuçlarından daha yüksek, ancak fiziksel rol, mental rol ve ağrı puan ortalamaları daha düşüktür.

Bryan ve arkadaşlarının karaciğer nakli uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelenmiştir. (68). Bizim çalışma sonuçlarımız Bryan ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında; karaciğer nakli uygulanan hastaların her iki çalışmadaki yaşam kalitesinin sosyal işlev ve mental sağlık alanlarına ilişkin puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Buna karşın, bu çalışmadaki hastaların yaşam kalitesinin yaşamsallık alanına ilişkin puan ortalaması Bryan ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarından daha yüksek iken, fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı ve mental rol alanlarına ilişkin puan ortalamaları daha düşüktür.

Araştırmalardan çıkan sonuçlardaki farklılıkların, örnekleme alınan hastaların farklı bölge ve ülkelerden olmaları nedeniyle ameliyat sonrası hasta bakım ve izlemindeki farklı uygulamalardan ya da nakledilen organın işlevi ve kullanılan immünosupresif ilaçların etkisi gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Nickel ve arkadaşları, karaciğer nakli sonrası hastalarda yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmanın sonucunda, fiziksel ve mental sağlığın normal düzeyde olduğunu, depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğunu belirlemişlerdir (70). Karaciğer nakli uygulaması sonrasında kullanılan immünosupresif ilaçlar, sosyal destek sistemlerinin etkin kullanılmaması, komplikasyon gelişme riski nedeniyle anksiyetenin kontrolünün sağlanamaması gibi nedenlerle hastalarda depresyon gelişebilmektedir (70). Bu çalışmada, hastaların depresyon ve anksiyete düzeyi belirlenmemekle birlikte, mental rol puan ortalamasının diğer çalışmalara göre daha düşük ve hatta alt sınırlarda olması bu konuda risk olabileceğine dikkat çekmektedir.

Literatür incelendiğinde, karaciğer hastalarında yorgunluğun genellikle yaşam kalitesi içerisinde değerlendirildiği ve bu yönde de sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada hastaların yorgunluk skalasından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, toplam puan üzerinden genel yorgunluk düzeyinin orta, skala alt boyutunda yer alan yorgunluk düzeyinin düşük, enerji düzeyinin ise yorgunluk düzeyinden daha yüksek ve iyi düzeyde olduğu görüldü (Tablo 4.4).

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; hastaların yorgunluk düzeylerinin nakil öncesi döneme oranla nakil sonrasında azalma gösterdiği belirlenmiştir (64,71).

Aadah ve arkadaşları, Almanya’da karaciğer naklinden sonra hastaların yaşam kalitesi, yorgunluk, anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri bir çalışmada, hastaların fiziksel fonksiyonlarının sağlıklı popülasyondan daha kötü olduğunu, mental durumlarında bir değişme olmadığını, yorgunluk durumlarında ise ileri düzeyde bir iyileşme olduğunu belirlemişlerdir (71).

Amerika’da kolestatik karaciğer hastalarının nakil öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada, nakil sonrası birinci yılda yorgunluk, uykusuzluk, kaşıntı, cinsel isteksizlik, bağırsak problemleri, konsantrasyon bozukluğu ve depresyon görülme oranında azalma olduğu belirlenmiştir (64).

Berg-Emons ve arkadaşları tarafından karaciğer nakli uygulanan 96 hasta üzerinde yapılan çalışmada, hastaların %44’ünün ciddi düzeyde yorgun olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada yorgunluğun yaşam kalitesi, yaş ve cinsiyet ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (10).

Gelling’in yaptığı çalışma sonuçlarına göre, karaciğer nakli uygulanan hastaların nakil sonrası dönemde fiziksel aktivitelerinde artış olduğu dolayısıyla kendilerini daha az yorgun hissettikleri belirlenmiştir (9).

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, yaş gruplarına göre sadece mental sağlık boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p=0.004$) (Tablo 4.5). Buna göre; 18–29 yaş grubundaki hastaların mental sağlık düzeyleri, 30–49 yaş ve 50 yaş ve üstü grubundaki hastalardan düşüktü. Hastaların yaşına göre diğer yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı farklılık olmaması bu konuda yapılan çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Younossi ve arkadaşları, karaciğer nakli sonrası ikinci ve yirmi üçüncü aylarda hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, nakil öncesinde yaş ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık puanı ($r=-0.34$) ve mental sağlık puanı ($r=-0.40$)

arasında negatif korelasyon olduğunu, nakil sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemişlerdir (69). Aadahl ve arkadaşları, karaciğer nakli uygulanan hastaların yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, hastaların yaşları ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (71). Araştırma bulgularındaki benzerlik ve farklılıkların, bireylerin demografik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre; yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan mental sağlık ve yaşamsallık boyutu dışında kalan fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal işlev ve mental rol puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmaması, benzer hasta grupları üzerinde yapılan çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (1,65,69). Buna karşın, mental sağlık ($p=0.017$) ve yaşamsallık ($p=0.003$) ile hastaların cinsiyetleri arasında erkeklerin lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olması diğer çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Evli ve bekar hastaların mental sağlık boyutu dışında kalan fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu. Mental sağlık ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı ($p=0.006$) ve buna göre; bekâr hastaların mental sağlık düzeyleri evli hastalardan düşük bulundu (Tablo 4.5). Hastaların medeni durumlarına göre mental sağlık alanı dışındaki alanlardan alınan puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmaması, Aadahl ve arkadaşları ve Bozdemir tarafından aynı konuda benzer hasta grupları üzerinde yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (1,71).

Araştırmaya katılan karaciğer nakli olmuş hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan tüm boyutlar ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın saptanmaması, diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Bozdemir'in araştırmasında da farklı gelir düzeyindeki hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (1). Bulgular karşılaştırıldığında gelir düzeyinin, karaciğer nakli olan hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada, karaciğer nakli uygulanan hastaların yorgunluk düzeylerinin yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği ancak enerji düzeyleri ile yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Buna göre; 30–49 yaş grubundaki hastaların enerji düzeylerinin, 50 yaş ve üstü hastalardan yüksek olduğu görüldü ($p=0.025$) (Tablo 4.6). Bu durumun bireysel farklılıklardan ve öznel değerlendirme araçlarının kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde hastaların yorgunluk ve enerji düzeylerinin cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu ve yaşanılan yere göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir. Bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu, farklı yerlerde oturma durumunun karaciğer nakli olan hastaların yorgunluk düzeylerine etki etmediği, bu demografik özelliklerdeki karaciğer nakli olan hastaların benzer yorgunluk düzeylerine sahip olduğu söylenebilir.

Hastaların yorgunluk düzeyleri ile gelir durumları karşılaştırıldığında, geliri giderinden fazla olan hastaların yorgunluk düzeyleri, geliri giderinden az ve gelir ile gideri dengeli olan hastaların yorgunluk düzeylerinden anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0.012$) (Tablo 4.6). Hastaların bireysel özellikleri ve günlük aktivitelerinin sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların cinsiyetine göre yorgunluk düzeyleri arasında önemli bir farklılık bulunmadı. Buna karşın, Berg Emons ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha yorgun olduğu sonucu elde edilmiştir (10). Berg Emons ve arkadaşlarının 8 hasta üzerinde yapmış olduğu bir başka çalışmada ise, karaciğer nakli olan hastalar ile kontrol grubu arasında karşılaştırma yapılmış ve cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır (10,72).

Hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel rol, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol ve mental sağlık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, fiziksel işlev ($p=0.044$) ve ağrı ($p=0.007$) boyutlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (Tablo 4.7). Younossi ve arkadaşları ile Bozdemir'in yaptıkları çalışmalarda da karaciğer nakli

uygulanan hastaların, tanıları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (1,69)

Tablo 4.7 incelendiğinde, 25 ay ve daha önce ameliyat olan hastaların sadece fiziksel rol ($p=0.008$) ve ağrı ($p=0.012$) düzeylerinin diğer hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, nakil zamanına göre diğer alt boyutlardan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir.

LoBiondo ve arkadaşları, karaciğer nakli sonrası hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, nakil sonrası zamanın ilerlemesi ile birlikte, hastaların fiziksel fonksiyon ve psikolojik durumunun iyileşme gösterdiğini ancak üçüncü ay ile altıncı aylar arasındaki yaşam kalitelerinin farklı olmadığını belirlemişlerdir (73).

Sarıgöl, karaciğer nakli öncesi ve sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmanın sonucunda; hastaların yaşam kalitesinin karaciğer nakli öncesine göre karaciğer nakli sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yükseldiğini bulmuştur (60).

Araştırmaya katılan hastalardan, kadavradan nakil yapılan hastaların fiziksel işlev ($p=0.024$) ve fiziksel rol ($p=0.028$) alt boyutlarından aldıkları puanlar, canlıdan nakil yapılan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Nakledilen organa göre diğer yaşam kalitesi alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4.7). Ayrıca, canlı ve kadavradan yapılan karaciğer nakillerinin hastaların enerji düzeyi üzerinde etkili olmadığı, ancak canlı vericili nakil uygulanan hastaların yorgunluk düzeyinin daha fazla olduğu saptandı (Tablo 4.8).

Sarıgöl, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların donör tipine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır (60). Sarıgöl'ün çalışma bulguları bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, hastaların enerji ve yorgunluk düzeylerinin tanı ve nakil uygulama zamanına göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4.8). Bu sonuçlar,

hastalık tanısı ve nakil sonrası geçen süre ne olursa olsun hastalarda benzer düzeylerde yorgunluk olabileceğini göstermektedir.

Yorgunluğun hasta birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönlerden pek çok yıkıcı etkileri vardır. Hastalar tarafından halsizlik, bitkinlik, tükenmişlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji azlığı ya da yokluğu, uyuşukluk, dermansızlık gibi sözcüklerle tanımlanabilen yorgunluk, bireyin günlük aktivitelerini, mesleki yaşamını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini, cinsel yaşamını ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yanı sıra, bireylerin fiziksel yeterliliklerini azaltarak, bağımlılık düzeylerini arttırmakta, birey ve aileyi ekonomik olarak yıpratmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (74).

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi ile yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişki incelendi. Hastaların enerji düzeyleri ile yaşam kalitesinin fiziksel işlev, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alanları arasında pozitif yönde çok önemli düzeyde anlamlı bir ilişki, fiziksel rol, mental rol ve mental sağlık arasında ise yine pozitif yönde önemli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.9). Bu sonuçlara dayanarak, karaciğer nakli uygulanan hastaların enerji düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin de arttığı söylenebilir.

Hastaların yorgunluk düzeyi ile yaşam kalitesinin fiziksel işlev, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel rol, yaşamsallık, sosyal işlev ve mental sağlık düzeyleri arasında negatif yönde çok önemli düzeyde anlamlı bir ilişki, mental rol arasında ise negatif yönde önemli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.9). Bu sonuçlara göre, karaciğer nakli uygulanan hastaların yorgunluk düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin düştüğü görülmektedir.

Berg-Emons ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastaların yorgunluk düzeylerinin fiziksel aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (10). Ginennken ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da, fiziksel aktivite ve yorgunluk ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (11). Bu bulgular yorgunluğun artmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Yarısından fazlası 30-49 yaş grubunda olan hastaların büyük bir bölümüne Hepatit B tanısı nedeniyle canlıdan organ nakli yapıldığı saptandı.
- Hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, mental sağlık, sosyal işlev, ağrı, yaşamsallık ve genel sağlık algısı düzeyleri yüksek, mental rol, fiziksel rol ve fiziksel işlev düzeyleri düşük bulundu.
- Hastaların yorgunluk düzeyi değerlendirildiğinde, toplam puan üzerinden genel yorgunluk düzeyinin orta, skala alt boyutunda yer alan yorgunluk düzeyinin düşük, enerji düzeyinin ise yorgunluk düzeyinden daha yüksek ve iyi düzeyde olduğu görüldü.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, genç ve bekar hastaların mental sağlık düzeylerinin daha düşük, erkeklerin mental sağlık ve yaşamsallık düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü.
- Hastaların yorgunluk ve enerji düzeylerinin cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu ve yaşanılan yere göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı. Ancak 30-49 yaş grubundaki hastaların enerjilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek, geliri giderinden fazla olan hastaların ise yorgunluk düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi.
- Hepatit C tanısı olan hastaların, yaşam kalitesinin fiziksel işlev ve ağrı alt boyutlarından daha yüksek puan alması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.
- Kadavradan nakil yapılan hastaların fiziksel işlev ve fiziksel rol alt boyutlarından aldıkları puanlar, 25 ay ve daha önce ameliyat olan hastaların ise fiziksel rol ve ağrı alt boyutlarından aldıkları puanlar diğer hastalardan yüksek bulundu.
- Hastalık tanısı ve nakil sonrası geçen süreye bakılmaksızın, hastaların benzer enerji ve yorgunluk düzeylerine sahip oldukları görüldü. Kadavradan nakil yapılan hastaların yorgunluk düzeyleri, canlı vericili nakil hastalarından daha düşük bulundu.
- Hastaların enerji düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı, yorgunluk düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin düştüğü belirlendi.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

Hemşirelerin;

- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için, hastaya multidisipliner ekip çalışması anlayışı içinde bütüncül yaklaşımla bakım vermeleri,
- Nakil sonrası dönemde hastalarda yorgunluğa ve yaşam kalitesini düşürmeye neden olabilecek iç ve dış etkenleri iyi belirlemeleri,
- Yorgunluğun azaltılması ya da enerjinin korunması amacıyla, taburculuk eğitimi ve evde bakım kapsamında uygun girişimleri planlayıp uygulamaları,
- Yorgunluk ve yaşam kalitesi düzeylerini belirli aralıklarla değerlendirerek, sonuçlar doğrultusunda gerekli girişimleri başlatmaları,
- Yorgunluk düzeyini azaltmak, fiziksel ve mental aktiviteleri iyileştirmek ve dolayısı ile yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla hastaları rehabilitasyon programlarına yönlendirmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Bozdemir, H. (2006). **Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.** Yüksek Lisans Yeterlik Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 2- Organ Nakli. Erişim: 02 Mart 2012, <http://organ.saglik.gov.tr>
- 3- Farsberg, A., Backmen, L., Möller, A. (2000). Experiencing Liver Transplantation A Phenomological Approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 327-334.
- 4- Esen, S., Köksoy, C., Yerdel, M. A. (2001). Transplantasyon Komplikasyonları. *Trans Klinik Journal Surgery*, 6, Ankara
- 5- Bjork, T.I., Naden, D. (2008). Patients' Experiences of Waiting for a Liver Transplantation. *Nursing Injury* 15(4), 289-298.
- 6- Bravata, M. D., Olkin I., Barnato A. E., Keefe E. B., Owens D. K. (1999). Health - Related Quality of Life After Liver Transplantation: A Meta-Analysis. *Liver Transplantation and Surgery*, 5, (4), 318-331.
- 7- Laba, M., Pzsenny, A., Gutowska, D., Jonas M., Durlik, M., Paczek L., Waisak, D., Czerwinski, J., Malkowski, P. (2008). Quality of Life After Liver Transplantation- Preliminary Report. *Ann Transplant*, , 13(4), 67-71.
- 8- Eser, E. (2004). *Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü.* Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir
- 9- Gelling, L. (1998). Quality of Live Following Liver Transplantation: Phsysical and Functional Recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 779-785.
- 10- Berg-Emons R., Kazeimer G., Ginneken B., Nieuwenhuijsen C., Tilanus H., Stam H. (2006). Fatigue, Level of Everyday Physical Activity and Quality of Life After Liver Transplantatio. *Journal Rahabil Med* 38, 124-12.
- 11- Ginneken, B., Berg-Emons, R., Kazemier, G., Metselaar, H., Tilanus, H., Stam H. (2007). Physical Fitness, Fatigue and Quality of Life After Liver Transplantation. *Eur J, Apply Physiol*, 100(3), 345-353.

- 12- Yurtsever, S. (2000). Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1).
- 13- Soyuer, F., Mirza, M., Öztürk, A. (2005). Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesi Üzerine Yorgunluk ve Yetersizliğin Etkisi. *Türk nöroloji Dergisi*, 11, 1, 63-67.
- 14- Akyol, A., Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücü ile Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Tıp Dergisi* 41(2).
- 15- Özdağ, N. (2001). Organ Nakli ve Bağışına Toplumun Bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2), 46-55.
- 16- Akış, M., Katırcı. E., Uludağ. H. Y., Küçükkılıç, B., Gürbüz. T., Türker, Y. ve diğerleri (2008). Süleyman Demirel Üniversitesi Personelinin Organ-Doku Bağışı Ve Nakli Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(4), 28- 33.
- 17- Özer, F. G., Yavuz, A., Karamanoğlu, K., Beydağ. D., Fidancıoğlu, H., Akıncı, E., Şanlı, İ. ve Diğerleri (2008). Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Bir Grup Öğrencinin Organ Nakli/Bağışına Yönelik Görüşleri ve Bilgi Düzeylerine Eğitimin Etkisi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (1), 39- 46.
- 18- Acarlı, K.S. (1998). *Genel Cerrahi Organ Transplantasyonları*, (6.bs). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 19- Bryce, C. L., Angus, D. C., Arnold, R. M., Chang, C-H., Farrel, H., Manzarbeita, C., Marino, I. (2009). Sociodemographic Differences in Early Access to Liver Transplantation Services. *American Journal of Transplantation*, 9, 2092-2101.
- 20- Kasapoğlu, B., Yalçın, K., Türkay, C. (2010). Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji*, 14(2).
- 21- Mızrak, D., İdilman, R. (2009). Karaciğer Nakli: Hasta Seçimi, Gelişen Endikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Journal General Surgery*, 2, 10-13.

- 22- Oral, H. B. (2006). Transplantasyon İmmünolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal Surgeal Medical Science*, 2 (21), 7-10.
- 23- Hoffman, M.F., Nelson. J.B., Drangstveit. B.M., Flynn, M.B. (2006). Caring for Transplant Receipients in a Nontransplant Setting. *Critical Care Nursing*, 26 (2), 53- 76.
- 24- Yeşilova, Z. (2007). Karaciğer Transplantasyon İmmünolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal International Medical Science*, 3 (8), 35-40.
- 25- Karademir, S. (2006). Karaciğer Transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2 (26), 40–48.
- 26- Aras, G. (2006). **Karaciğer Naklinde Hastaların ve Ailelerin Sorunları, Gereksinimleri ve Bakıma katılım Düzeylerinin İncelenmesi.** Yüksek Lisans Tez Çalışması, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 27- Bismuth H.,Chicke L., Adam R., Castaing D. (1993). Surgical Treatment Of Hepatocellüler Carsinoma in Cirrhosis: Liver Recestion or Transplantation. *Transplant Proceeding*, 25,1066-67.
- 28- Penko, M., E. at all. (1999). An Overview of Liver Transplantation. *AmericanAssociation of Critical -Care Nurses*, 10, (2), 176 -184.
- 29- Akdoğan, M., Özçay, N., Doğrucan, N., Kaçar, S., Kayhan, B., Kılıç, Z., İbiş, M., Yüksel O. (2008). Karaciğer Transplantasyon Önceliğini Belirlemede Hangi Model Etkin? MELD Skoru? CHILD Skoru? *Akademik Gastroentroloji Dergisi*, 7(2), 73-76.
- 30- Karasu, Z. (2006). Canlı Vericiden Karaciğer Transplantasyonu; Dünya’daki ve Türkiye’deki Durum. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Science*, 2 (51), 1–5.
- 31- Karaciğer Donör Seçimi, Erişim: 04 Mart 2012
www.onkod.org/egitim/12.kc%20donoru%20secimi.doc –
- 32- Dayangaç, M., Yüzer Y. (2009). Canlı Vericili Karaciğer Donörlerinde Morbidite ve Donör Seçiminde Genişletilmiş Kriterleri Ne kadar Genişletmeli?. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2, (1).

- 33-** Yılmaz, E. (2006). **Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli ve Bağışına İlişkin Düşünceleri.** Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- 34-** Şenduran, M. (2008). **Karaciğer Transplantasyonu sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Fizyoterapi Programının Kardiyopulmoner Etkileri.** Yüksek Lisans Tez Çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
- 35-** Haberal, M. (1993). Transplantasyon ve Sorunları. *Türkiye Organ Nakli Derneği Birinci Bilimsel Kongresi.* Haberal Eğitim Vakfı. Ankara.
- 36-** Özkalemkaş, F., Transplantasyon Öncesi Hasta Hazırlanması, Türk Hematoloji Derneği Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kursu,
Erişim: 25 Mart 2010
http://www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/transplantasyononcesihastahazirlamasi.pdf
- 37-** Erdil F., Elbaş N. (1999). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, (3. bs.). Ankara.
- 38-** Murray, F., Carithers, R. (2005). AASLD Practice Guidelines: *Evaluation of the Patient for Liver Transplantation*, AASLD Practice Guideline.
- 39-** Özel, S. (2010). **Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk sonrası Bilgi Gereksinimlerinin belirlenmesi.** Yüksek lisans Tez Çalışması, Marmara Üniversitesi.
- 40-** Karaciğer Nakli, Erişim Tarihi: 12 Ocak 2012
www.lebertransplantation.de
- 41-** Baştürk, B., Haberal, M. (2004). Transplantasyon İmmunolojisi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık*, 15(3), 120-125
- 42-** Haberal, M., Gülay, H., Erbeni, A., Erbeni. G., Telatar. H. Topçu, M. ve diğerleri. (1989). Karaciğer Transplantasyonu (Bir Vaka Takdimi ve Derleme). *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 9 (4). 254- 266.
- 43-** Karaciğer Naklide Rejeksiyon, Erişim Tarihi: 17 Nisan 2011
www.medicine.ankara.edu.tr

- 44- Arslan, H. (2006). Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Görülen Enfeksiyöz Komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Science*, 2 (51), 76-80.
- 45- Gürkan, A. (1998). Organ Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Forumu*, 1 (4), 178- 182.
- 46- Bozdoğan, Z. (2006). *Etkili Öğretmen Olabilmek*. Ankara, Eğitimsen Yayınları.
- 47- Özbaş, A., Öztekin, D. (2006). *Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastanın Taburculuk Eğitimi*. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özet Kitabı.
- 48- Sayın, A., Candansayar, S. (2007). Yorgunluk Kavramı Ve Yorgun Hastalarda Klinik Yaklaşım. *Gazi Tıp Dergisi*, 18 (18).
- 49- Yıldırım, M. (2006). **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Başvuran Bireylerin Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi.
- 50- Çevik, R., Gür, A., Nas, K., Acar, S., Saraç, J. (2003). Kronik Yorgunluk Sendromlu Hastaların Klinik Özellikleri. *Turkish Journal of Rheumatology*, 18(1), 18-22.
- 51- Jacobs, L. A., Piper B.F. (1996). *The Phenomenon Of Fatigue and Cancer Patient. Cancer Nursing. A Comprehensive Textbook*. Second Edition. WB Saunders Company. 1193- 1207.
- 52- Yeşilbakan, Usta, Ö., Akyol Durmaz, A., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D. (2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(1), 13-31.
- 53- Çoban, İ., G., Kaşıkçı, M., Gençdoğan, B. (2009). Son Dönem Böbrek Hastaları ve Bakım Vericilerinde Yorgunluk ve Depresyon. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Dergisi, Orijinal Araştırmalar*, 4 (2), 47- 51.
- 54- Szabo, S.(1996). *The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument*. In Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical

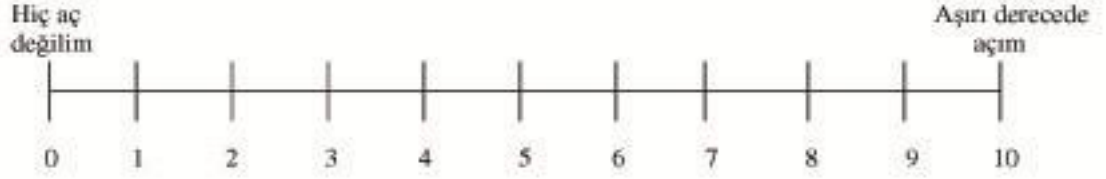
- Trials (2nd edition, Edited by Spilker B.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, New York.
- 55-** Fırat, R. (2005). Yaşam Kalitesi mi Yaşam Standardı mı?, *Köprü Dergisi*, 90, 5–10.
- 56-** Bilgin, N., Ergenç, A., Timurcanday, Ö. (1985). Bireylerce Algılanan Şekliyle Yasam Kalitesi, *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları. Seminer- Felsefe, Eğitim, Psikoloji, Sosyoloji, Antropoloji Araştırmaları*. (4). 157- 170.
- 57-** Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M. (2007). 9. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 117–126.
- 58-** Gündoğdu, S., (2007). **Kronik Karaciğer Hastalığı ile Karaciğer Nakli Yapılmış Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- 59-** Koç, Z. (2004). Hasta Bakımı Hizmetleri ve Yaşam Kalitesi Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
- 60-** Sarıgöl, Y. (2008). **Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 61-** Karaciğer Nakli, Erişim Tarihi: 17 Nisan 2009
www.karacigernakli.org
- 62-** Younossi, Z., M., Guyatt, G. (1998). Quality–Of Life Assessments and Chronic Liver Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 93 (7), 1037–1041.
- 63-** Cowling, T., Jennings, L.W., Goldstein, R.M., Molmenti, E., Gonwa T.A, Klintmalm, G.B, and Levy MF. (2004). Liver Transplantation And Health Related Quality Of Life: Scoring Differences Between Men and Women. *Liver Transplantation*, 10 (1), 88–96.

- 64- Gross, CR., Kreitzer MJ., Russas V., Treesak C., Frazier PA., Hertz MI., (1999). Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *College of Pharmacy and School of Nursing, University of Minnesota, USA*
- 65- Van Der Plas, S.M., Hansen, B.E., Boer, J.B., Stijnen, T., Passchier, J., Sachalm, S.W. (2003). Generic And Diseasespecific Healt Related Quality Of Life İn Non-Cirrhotic, Cirrhotic and Transplanted Liver Patients: A Cross-Sectional Study. *BioMed Central, Gastroenterology. 3. (33).*
- 66- Yurtsever, S., Bedük, T. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğun Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 3-12.*
- 67- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2006). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler.* Hekimler Yayın Evi, Ankara.
- 68- Bryan, S., Ratcliffe, J., Neuberger, J. M., Burroughs, A. K., Gunson, B. K., Buxton, M. J. (1998). *Quality of Life Research, 7, 115-120.*
- 69- Younossi, M. Z., McCormick, M., Price, L. L., Boparai, N., Fraquhar, L., Henderson, M., Guyatt, G. (2000). Impast of Liver Transplantation on Health Related Quality of Life. *Liver Transplantation, 6 (6,) 779-783.*
- 70- Nickel, R., Wunsch, A., Egle U.T., Lohse, AW., Ottu, G. (2002). The Relevance of Anxiety, Depression and Coping in Patients After iver Transplantation. *Liver Transplantation, 8 (1), 63-71.*
- 71- Aadahl, M., Hansen, B.A., Kirkegaard, P., Groenvold, M. (2002). Fatigue and Phsyical Function After Orthotopic Liver Transplantation. *Liver Transplantation, 8 (3), 251-9.*
- 72- Berg-Emons, R., Kazemier, G., Ginneken, B., Nieuwenhuijsen, C., Tilanus, H., Stam, H. (2006). Fatigue, Level of Everyday Physical Activity and Quality of Life After Liver Transplantation. *Journal Rehabil Med, 38,124-129.*
- 73- LoBiondo-Wood, G., Williams, L., Wood, P. (2004). Impact of Liver Transplantation on Quality of Life: A Longitudinal Perspective. *School of Nursing, University of Texas Health in Science Center, Houston, USA*

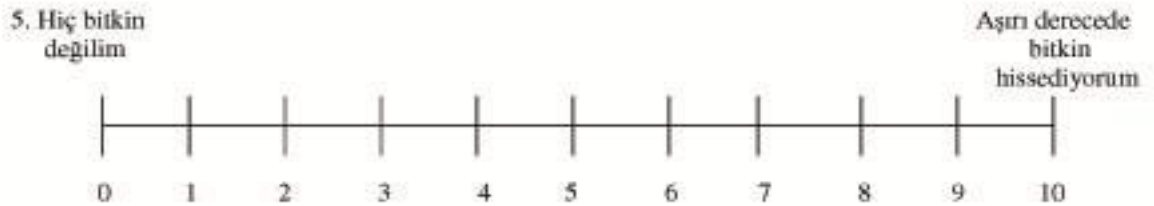
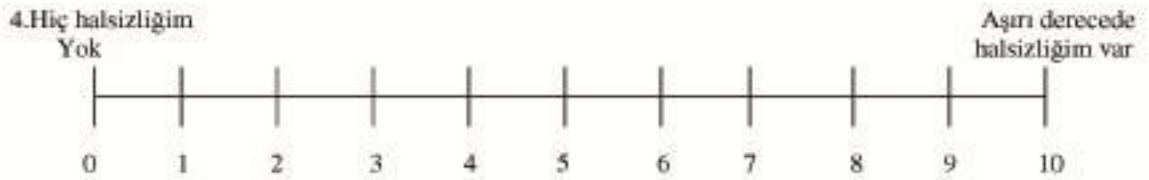
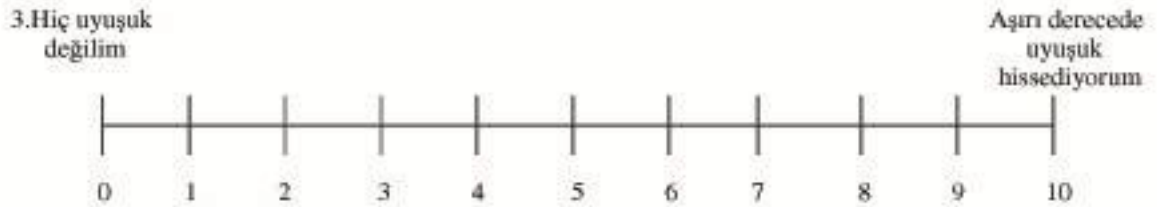
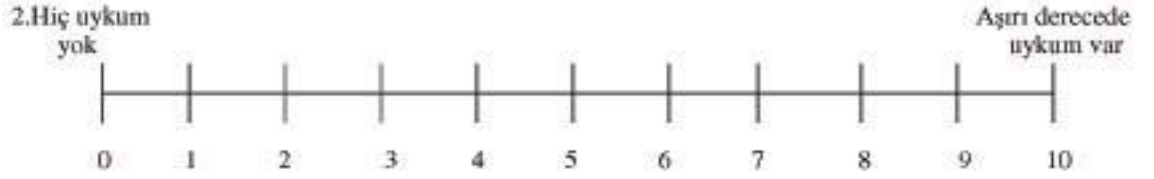
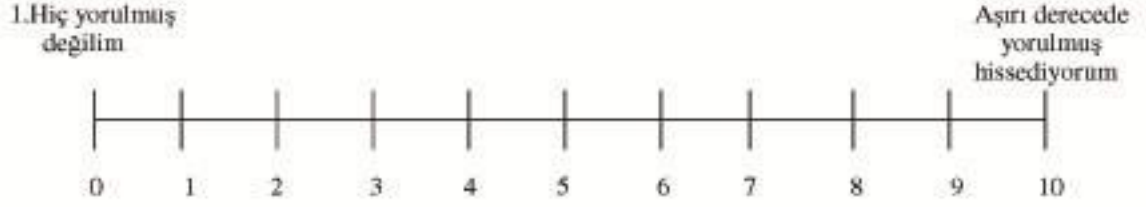
- 74-** Karakoç, T. (2008). Kanser Hastalarında Yorgunluk ve Hemşirelik Bakım.
Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 8

EK II.**YORGUNLUK İÇİN GÖRSEL BENZERLİK SKALASI**

YÖNERGE: Sizden şu anda hissettiğinizi belirtmeniz için çizgilerin uygun yerine "x" işareti koymanız istenmektedir. Örneğin dilinden beri hiç yemek yemediğinizi düşünün. "x" işaretini aşağıdaki çizginin neresine koyardınız?



Lütfen şimdi aşağıdaki maddeler içinde bu değerlendirmeyi yapınız.



6. Hiç enerjim
Yok

Aşırı derecede
enerjik
hissediyorum



7. Hiç hareket
etmek
istemiyorum

Aşırı derecede
aktif
hissediyorum



8. Hiç kuvvetim
yok

Aşırı derecede
diniç
hissediyorum



9. Hiçbir iş
çıkaramıyorum

Kendimi son
derece
işe yarar
hissediyorum



10. Hiç yaşam
dolu değilim

Son derece
yaşam
doluyum



11. İşlerimi düzenli
Yapabiliyorum

Ne yapacağımı
şaşırmış
durumdayım



12. Hiç tükenmiş
değilim

Aşırı derecede
tükenmiş
hissediyorum



13.Gözlerimi açık
Tutmak için hiçbir
gerekmiyor



Gözlerimi açık
tutmak aşırı güç
güç gerektiriyor

14.Kolayca hareket
Edebiliyorum



Hareket etmek
benim için
büyük bir iş

15.Dikkatimi
toplama da güçlük
çekmiyorum



Dikkatimi
toplamak
büyük bir iş

16.Yorulmadan
sohbet
edebiliyorum



Sohbet etmek
benim için
büyük bir iş

17. Gözlerimi açık
tutmak için büyük
bir istegim var



Gözlerimi açık
tutmak için
kesinlikle
isteksizim

18.Bir yere
uzanmak için
kesinlikle
isteksizim



Bir yere
uzanmak için
büyük bir
istegim var

EK III

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel ☐

Çok iyi ☐

İyi ☐

Orta (fena değil) ☐

Kötü ☐

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi ☐

Bir yıl öncesinden biraz iyi ☐

Hemen hemen aynı ☐

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü ☐

Bir yıl öncesinden çok daha kötü ☐

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	☐	☐	☐
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	☐	☐	☐
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
f)Öne eğilme, çömelme veya diz çökme	☐	☐	☐
g)İki kilometreden çok yürüme	☐	☐	☐
h)Bir kilometre yürüme	☐	☐	☐
i)100 metre yürüme	☐	☐	☐
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	☐	☐	☐

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐	☐
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	☐	☐

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	☐	☐

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi ☐
- Çok az ☐
- Orta derecede ☐
- Epeyce ☐
- Çok fazla ☐

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı ☐
- Çok az ☐
- Az ☐
- Orta derecede ☐
- Çok ☐
- Pek çok ☐

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi ☐
- Biraz etkiledi ☐
- Orta derecede etkiledi ☐
- Epey etkiledi ☐
- Çok etkiledi ☐

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	☐	☐	☐	☐	☐
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d)Sağlığım mükemmel	☐	☐	☐	☐	☐

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b)Çok sinirli biri mi oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e)Çok enerjik oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Yorum:

EK IV
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

T.C.
 İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
 TIP FAKÜLTESİ
 ETİK KURULU KARARI



Toplantı Tarihi : 14/04/2009
 Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
 Araştırmanın Protokol No.su : 2009/24

“Karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve 10.madde gereği sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına karar verildi.

Prof..Dr. Ayşe KAFKASLI Başkan	Prof. Dr. Ünsal ÖZGEN Üye	Prof. Dr. Meltem SERİN Üye katılmadı
Doç.Dr.Tamer BAYSAL Üye	Doç.Dr.Rıfat KARLIDAĞ Üye	Doç. Dr.S.Hale KIRIMLIOĞLU Üye katılmadı
Yrd.Doç.Dr. Mustafa İRAZ Raportör	Yrd.Doç.Dr.Arzu KARAKURT Üye	Yrd.Doç.Dr.Ahmet ÇIĞLI Üye katılmadı
Yrd.Doç.Dr. Alaadin POLAT Üye		

EK V**Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı İzni**

TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 02.05.00/ 31
Konu : Araştırma İzni

12/ 02 / 2009

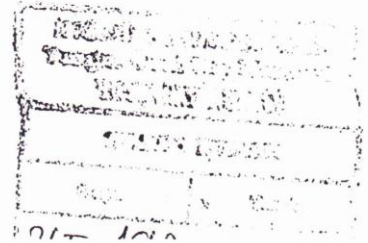
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İLGİ: 11.02.2009 Tarih ve 265-968 Sayılı Yazınız

İlgili yazınızda sormuş olduğunuz Ayça ÇOLAKDALCI'nın "Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi " Konulu tez çalışmasını Anabilim dalımızda yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı



ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında İstanbul'da doğan Ayça ÇOLAKDALCI, İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'ndan bölüm üçüncüsü olarak 2008 yılında mezun olmuştur. 2008 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda lisansüstü eğitime başlamıştır. 2009 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi organ nakli servisinde çalışmaktadır.

E-posta adresi: aycacolakdalci@yahoo.com