



T.C.

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU UYGULANAN  
HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN VE EĞİTİM  
GEREKİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ALEV URFALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

**2017-İSTANBUL**





T.C.

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU UYGULANAN  
HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN VE EĞİTİM  
GEREKİSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ALEV URFALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. ZEHRA DURNA**

**JÜRİ ÜYELERİ  
PROF. DR. ZEHRA DURNA  
DOÇ. DR. SEMİHA AKIN  
DOÇ. DR. İKBAL ÇAVDAR**

**2017-İSTANBUL**

## TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

30 Mayıs 2017

Yüksek Lisans öğrencisi Alev URFALI, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda hazırlamış olduğu "Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI / BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ / ÖYÇÖĞÜNLEĞÜ ile KABUL / DÜZELTME / RED kararı verilmiştir.

Prof.Dr. Zehra DURNA  
(Danışman)  
(Başkan)

Doç.Dr. İkbal ÇAVDAR  
(Üye)

Doç.Dr. Semiha AKIN  
(Üye)

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Alev URFALI



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her aşamada bana rehberlik eden ve bana kıymetli zamanını ayıran, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, kişisel ve mesleki gelişimime büyük katkısı olan, örnek aldığım, saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Zehra DURNA'ya,

Yaşadığı tüm zorluklara rağmen beni okutarak bu kutsal mesleği yapmamı sağlayan, her ne olursa olsun dimdik durmayı ve dürüst olmayı öğreten canım babam, Güven KILINÇ'a,

Hayatının önceliğine çocuklarını koyan, bütün güçlükleri sırtlanıp beni bugünlere getiren, ayaklarım üstünde durmayı öğreten, canım annem, Medine KILINÇ'a,

Candan öte olan, vazgeçilmezlerim, canım kardeşlerim Tuğba KILINÇ ve Enes KILINÇ' a,

Beni kızı gibi seven, bir an olsun benden desteğini esirgemeyen, ikinci annem, Nilüfer URFALI'ya,

Bu dünyada ikinci babam olarak nitelendirdiğim ve her zorlukta bana destek verebilecek sevgili babam Mehmet Sait URFALI'ya,

Tezimi yazmamda her zaman bana destek veren, hep hayatımda olmasını istediğim ablam Aylin MARANEZLİ'ye,

İstanbul Florence Nightingale Hastanesi 8. kattaki çalışma arkadaşlarıma, tez çalışmam sırasında bana gösterdikleri yakın ilgi ve anlayıştan dolayı Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesi'ndeki tüm meslektaşlarıma ve hastalarım,

İş hayatımda örnek aldığım ve çalışma sürecimde tezimi yapmamda bana kolaylık sağlayan Hemşirelik Hizmetleri Direktörüm Sayın Bahriye GAVAZ TOPALOĞLU ve Başhemşirem Sayın Hülya ŞAHİN'e,

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan, bir an olsun sabrını ve desteğini benden esirgemeyen yol arkadaşım, Sevgili Eşim Sercan URFALI'ya

**SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...**

**Alev URFALI**

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii-v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi-vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii-x
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-4
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. KARACİĞER TRANSPLANTASYONUNUN TARİHÇESİ.....	5-7
4.2. KARACİĞER YETMEZLİĞİ.....	8
4.2.1. Karaciğer Yapı Ve Fonksiyonları.....	8
4.2.2. Karaciğer Yetmezliği Ve Etiyolojisi.....	10-11
4.2.3. Karaciğer Yetmezliğinde İnsidans Ve Epidemiyoloji.....	12
4.2.4. Karaciğer Yetmezliğinde Fizyopatoloji.....	12-13
4.2.5. Karaciğer Yetmezliğinde Klinik Belirti-Bulgular Ve Tanı.....	14-15
4.2.6. Karaciğer Yetmezliğinin Sistemler Üzerine Olan Etkisi.....	15
4.2.7. Karaciğer Yetmezliğinde Tedavi.....	15-18
4.3. KARACİĞER TRANSPLANTASYONU.....	18
4.3.1. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları.....	19
4.3.2. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları.....	20
4.3.3. Donör Seçimi.....	20-21
4.3.4. Transplantasyon İmmünolojisi.....	21-22
4.3.5. İmmüsupresif İlaçlar.....	22-23
4.3.6. Karaciğer Transplantasyonu Ve Öz Bakım.....	23
4.3.6.1. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Hazırlık Dönemi.....	23-25
4.3.6.2. Karaciğer Transplantasyonunda Operasyon Süreci.....	25-26
4.3.6.3. Karaciğer Transplantasyon Sonrası Postoperatif Bakım Ve Komplikasyonlar.....	26-28
4.3.6.3.1. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyon.....	28-29

4.3.6.3.2.	İmmünespresif ilaçlara bağlı komplikasyonlar.....	29-31
4.3.7.	Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Evde Bakım.....	31-33
4.3.8.	Yaşam Kalitesi.....	33-35
4.3.9.	Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Eğitim Gereksinimleri.....	36-39
5.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
5.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	40
5.2.	ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	40
5.3.	ARAŞTIRMA SORULARI.....	40
5.4.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIğI YER.....	40
5.5.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	40-41
5.6.	ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	41
5.7.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	41
5.8.	VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER.....	41-42
5.9.	VERİLERİN TOPLANMASI.....	42
5.9.1.	Veri Toplama Yöntemi.....	42
5.9.2.	Veri Toplama Araçları.....	42-43
5.10.	VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	43-44
6.	BULGULAR.....	45
6.1.	HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	45-48
6.2.	HASTALARIN HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ.....	48-53
6.3.	NOTTINGHAM SAğLIK PROFİLİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	53
6.3.1.	Nottingham Sağlık Profili Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı.....	53-55
6.3.2.	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Dağılımı.....	55-56
6.3.3.	Nottingham Sağlık Profili Güvenilirlik Analizi.....	56-59
6.3.4.	Nottingham Sağlık Profili Puanları Arasındaki İlişkiler.....	59-61
6.4.	HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN NOTTINGHAM SAğLIK PROFİLİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	61-73
7.	TARTIŞMA.....	74



7.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	74-76
7.2. HASTALARIN HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	76-78
7.3. NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	78-79
7.4. HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	80-81
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	82-87
9. KAYNAKÇA.....	88-93
EKLER.....	94
EK 1 ÖZGEÇMİŞ.....	94
EK 2 ETİK KURUL ONAYI.....	95-96
EK 3 ANKET FORMLARI.....	97-109
EK 4 TEZ ÇALIŞMASI İZİN FORMLARI.....	110-111

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>A.B.D</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AKY</b>	Akut Karaciğer Yetmezliği
<b>Anti-HCV</b>	Anti- Hepatit C Virüsü
<b>aPTT</b>	Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ELTR</b>	European Liver Transplant Registry
<b>ERCP</b>	Endoskopik Retrograd Kolonjiopankreatografi
<b>GIS</b>	Gastro İntestinal Sistem
<b>HBsAG</b>	Hepatit B Yüzey Antijeni
<b>HBV</b>	Hepatit B Virüsü
<b>HCC</b>	Hepatoselüler Karsinoma
<b>HCV</b>	Hepatit C Virüsü
<b>HDV</b>	Hepatit D Virüsü
<b>HEV</b>	Hepatit E Virüsü
<b>HIV</b>	Human İmmunodeficiency Virüs
<b>HLA-A</b>	Human Leukocyte Antigens A
<b>HLA-B</b>	Human Leukocyte Antigens B
<b>HLA-DR</b>	Human Leukocyte Antigen- Antigen D Related
<b>HRQoL</b>	Health-Related Quality of Life
<b>INR</b>	Uluslararası Düzeltme Oranı
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>KT</b>	Karaciğer Transplantasyonu
<b>MELD</b>	Model For End-Stage Liver Disease
<b>NAC</b>	N-asetil Sistein
<b>ONKOS</b>	Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi
<b>ONT</b>	Organizacion Nacional de Transplantes
<b>OPO</b>	Organ Procurement Organi
<b>PBS</b>	Primer Biliyer Siroz
<b>Ph</b>	Power of Hydrogen

<b>PSC</b>	Primer Sklerozan Kolanjit
<b>PT</b>	Protrombin zamanı
<b>PTK</b>	Perkütan Translumsal Kolanjiografi
<b>SPSS</b>	Statistical Package For Social Sciences
<b>U.S.A.</b>	The United States Of America
<b>UNOS</b>	United Network For Organ Sharing Organ paylaşım ağı
<b>YK</b>	Yaşam Kalitesi

**Yüksek Lisans Tez Proje Numarası: HEM/YL/2352016**

## ŞEKİL, GRAFİK VE TABLOLARIN LİSTESİ

TABLOLAR LİSTESİ		Sayfa No
Tablo 1	Karaciğer Transplantasyonundaki Dönüm Noktaları	6
Tablo 2	Karaciğerin yetmezliğinin nedenleri	10-11
Tablo 3	Karaciğer nakli için King's College kriterleri	17
Tablo 4	Nottingham Sağlık Profili Verilerinin Normal Dağılıma Uygunluk Testi (N=93)	44
Tablo 5	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93)	45-46
Tablo 6	Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93)	48-51
Tablo 7	Hastaların Nottingham Sağlık Profiline Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=93)	54-55
Tablo 8	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Dağılımı (N=93)	56
Tablo 9	Nottingham Sağlık Profili Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları ve Cronbach Alpha Değeri	56-57
Tablo 10	Nottingham Sağlık Profili Madde-Alt Boyut Puan Korelasyon Analizi Sonuçları ve Cronbach Alpha Düzeyleri	58-59
Tablo 11	Nottingham Sağlık Profili Puanları Arasındaki İlişkiler	61
Tablo 12	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (N=93)	62
Tablo 13	Nottingham Sağlık Profili Puanları ile Hastaların Yaşları Arasındaki İlişki (N=93)	62
Tablo 14	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	63

Tablo 15	Tablo 14 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	64
Tablo 16	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	65
Tablo 17	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	66
Tablo 18	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	67
Tablo 19	Nottingham Sağlık Profili Puanları ile Hastaların Karaciğer Yetmezliği Yaşadığı Süre Arasındaki İlişki (N=93)	68
Tablo 20	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Karaciğer Hastalığı Dışında Başka Bir Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	69
Tablo 21	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastalara Transplantasyon Uygulanma Zamanına Göre Karşılaştırılması (N=93)	70
Tablo 22	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastalara Transplantasyon Uygulanırken Kullanılan Donör Tipine Göre Karşılaştırılması (N=93)	71
Tablo 23	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Ameliyat Sonrası Enfeksiyondan Nasıl Korunacağını Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	72
Tablo 24	Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Çalışırken veya Diğer Aktiviteleri Yaparken Uzun Süre Ara Vermek Zorunda Kalma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)	73

## **ŐEKİLLER LİSTESİ**

- Şekil 1 Karaciğerin İ Anatomik Yapısı 8
- Şekil 2 Akut Karaciğer Yetmezliği Patofizyolojisinde Rol Oynayan 13  
Etkenler

## **GRAFİKLER LİSTESİ**

- Grafik 1 Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları – ELTR Raporları 20

## 1.ÖZET

**Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi**

**Öğrencinin Adı: Alev URFALI**

**Danışman : Prof. Dr. Zehra DURNA**

**Anabilim Dalı : Hemşirelik**

**Amaç:** Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini ve eğitim gereksinimlerini belirlemek, bakım ve eğitimde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** İstanbul ili Avrupa yakasında özel bir hastanede 93 karaciğer transplantasyonu uygulanan hasta ile gerçekleştirildi. Veriler kurum izni ve etik kurul onayı alınarak anket formu ile toplandı. Hasta Bilgi Formu ve Nottingham Sağlık Profili, Enerji Düzeyi (EL), Emosyonel Reaksiyon (ER), Ağrı (P), Sosyal İzolasyon (SI), Fiziksel Aktivite (PA) ve Uyku (S) alt boyutlarından oluşan maddeler kullanıldı. Anketler SPSS 21.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırma sonuçlarına göre; örneklerimin çoğunluğunu erkek hastaların oluşturduğu, büyük çoğunluğunun evli ve ilkökul mezunu olduğu saptandı. Hastalıkla ilgili özelliklerde hastaların çoğunluğunun hastalık nedeninin viral hepatit olduğu, donör tipinin ise çoğunluğunun canlı olduğu saptandı. NSP Ölçeği'nin Türkçe formunun karaciğer transplantasyonu olan hastaların yaşam kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu tespit edildi. Örnekleme en çok evet yanıtı verdikleri maddenin sabahları erken uyanma olduğu, NSP puanları hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,05$ ). NSP'ye göre ameliyat sonrasında enfeksiyondan nasıl korunacağını bilmeyen hastaların bilen hastalara göre Enerji Düzeyi, Ağrı, Emosyonel Reaksiyon, Fiziksel Aktivite alt boyutları ve NSP Toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Örneklemin büyük çoğunluğuna ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağını anlatıldığı saptandı. Hastaların ilaç kullanımı ve enfeksiyondan korunma ile ilgili eğitim süreç ve yöntemine ilişkin öneriler sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** karaciğer transplantasyonu, yaşam kalitesi, eğitim

## **2. SUMMARY**

### **Assessment Of The Quality Of Life And Educational Needs In Patients Undergoing Liver Transplantation**

**Student's Name: Alev URFALI**

**Consultant : Prof. Dr. Zehra DURNA**

**Department : Nursing**

**Objectives:** This study was planned as a descriptive study in order to determine the quality of life and education needs of patients who underwent liver transplantation and to develop suggestions for care and education.

**Material and method:** The study was carried out with 93 patients who underwent liver transplantation in a private hospital near İstanbul province of Europe. The data were gathered by the questionnaire form after the approval of the institution and the ethics committee. Patient Information Form and Nottingham Health Profile with Energy Level (EL), Onel Reaction (ER), Pain (P), Social Insulation (SI), Physical Activity (PA) and Sleep (S) subscales were used to collect the data. SPSS 21.0 program was used for data analysis.

**Results:** According to the results of the research; the majority of the patients were male, the vast majority were married and primary school graduates. The majority of patients were found to be viral hepatitis due to illness and the majority of the donor type were alive. It was determined that the Turkish version of NSP scale was a valid and reliable instrument for measuring the quality of life of patients with liver transplantation. When the NSP scores were compared according to the educational levels of the patients, the only difference between the Energy Level subscale scores was statistically significant ( $p < 0,05$ ). According to the NSP, it was determined that the patients who did not know how to protect themselves from infection after transplantation had a significantly higher level of Energy, pain, emotional recation, physical activity subscales and NSP total scores than the patients who knew how to protect themselves from the infection. It was found that the vast majority of the sample was informed about how to use post-operative drugs. Recommendations were made on the training process and methods of drug use and prevention of infections.

**Keywords:** liver transplantation, quality of life, education



### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Karaciğer transplantasyonu (KT) günümüzde son dönem karaciğer yetmezliğinde olan hastalara önerilen yaşamını koruyucu ve devamlılığını sağlayan tek tedavi yöntemi haline gelmiştir (Bozdemir,2006). Karaciğer nakli sonrası sağkalım süresi ilk yılda %85'i aşarken, 5 yıl da ise %75' e yaklaşmaktadır (Robert, 2004).

Karaciğer transplantasyonu, karaciğer fonksiyonlarının yaşamsal ihtiyaçları karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı karaciğer vericisinden alınan karaciğerin bir kısmının ya da tamamının alınarak alıcıya transfer edilmesidir (Goetzinger,2012; Sarıtaş ve ark. 2014).

Yaşam kalitesi, ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Bireyin içinde yaşadığı ve beklentilerini, amaçlarını, kaygılarını ve standartlarını, kültür ve değer sistemleri bağlamında, kişinin kendi durumunu idrak edebilmesi olarak tanımlanmıştır (Gotardo, 2007; Yamantaş, 2010).

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (HRQoL) karmaşık bir kavramdır ve hastanın yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirebilme yeteneği, hastalığın fiziksel etkileri ve depresyon, anksiyete ve agresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisini de kapsar (Gotardo, 2007; Yamantaş, 2010).

Yaşam kalitesi (YK), bireyin yaşadığı değer ve kültür çerçevesinde beklentileri, amaçları, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (Göçgeldi, 2008).

Hastaların tedaviye uyumu ve nakil sonrası prognozun iyiliği ve devamlılığı için hastanın nakil sonrası yaşamının nasıl olacağı konusunda bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır (Özçürümez, 2003). Tüm organ nakli uygulanan hastalarda olduğu gibi karaciğer nakli olan hastalarda da hemşirelik bakımı; ileri düzeyde bilgi gerektiren ve fazlasıyla karmaşık hemşirelik girişimleri içermektedir. Vericiden alınan organ ya da dokunun başarılı bir şekilde alıcıya nakil edilmesi sürecine hemşirelik tanılması ile bireyin ve ailesinin hazırlanması, nakil sonrası gereksinimlerinin belirlenmesi, tedavi bakımının nitelikli bir biçimde verilmesi, eğitim ve rehabilitasyonun sağlanması ile yaşam kalitesinin artırılması gerekmektedir (Bozdemir, 2006).

Bu araştırmanın amacı; karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek ve çalışmanın sonunda elde edilecek verilere göre karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunmaktır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1.KARACİĞER TRANSPLANTASYONUNUN TARİHÇESİ

Organ transplantasyonun mitolojik ve dini yazıtlarda yer alıyor olması milattan önceki yıllara kadar uzandığını göstermektedir. Çinli bir yazar olan Lieh Tzu, tıp doktoru Pien Ghiao'nun iki erkeğin ruhsal dengesizliklerini gidermek için kalp transplantasyonu yaptığını yazmıştır (Terzioğlu, 1993). Milattan sonra VI. Yüzyılda hekim olan ikiz kardeşler Cosmos ve Danien'in yeni ölmüş bir Etiyopyalı bir gladyatörün bacağını, savaşta bacağı gangren olan bir askere naklettiği anlatılmaktadır. Bu olay "siyah bacak mucizesi" olarak da anılmaktadır. Milattan sonra VI. Yüzyılda İtalyan bir cerrah olan Tagliacozzi çeşitli sebeplerle kaybedilen burunları otografi olarak rekonstrükte etmiştir (Sert, 2001).

Organ nakli konusundaki deneysel çalışmalar, İskoç cerrah John Hunter'in (1728-1793) öncülük etmesi ile başlamış ve giderek kliniğe yansımıştır (Acarlı, 1998). John Hunter organ naklini ilk hayvanlar üzerinde denemiş, bir deneyinde de çıkardığı bir salgı bezini bir tavuğa nakil etmiş ve her defasında nakil edilen guddelerin yaşadığını ve çalıştığını görmüştür (Terzioğlu, 1993). Alexis Carrel 'in 1902 yılında geliştirdiği yeni anastomoz tekniği ile organ nakli konusunda bir devrim başlatmış ve deneysel çalışmalarda çeşitli organların nakilleri mümkün olabilmıştır. Karaciğer, böbrek, kalp, akciğer, pankreas ve bağırsak gibi vasküler organların transplantasyonu, ancak 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren kan gruplarının ve Rhesus (Rh) faktörünün keşfedilmesi ile klinik uygulamaya girmiş ve ülkemizde organ ve doku transplantasyonu uygulanmaya başlamıştır (Terzioğlu, 1993; Acarlı, 1998).

Karaciğer nakli ile ilgili ilk deneysel çalışmalar 1955 yılında Stuart Welch'in, köpekler üzerinde yaptığı çalışma ile başlamıştır. İnsanlar üzerinde yapılan dünyadaki ilk başarılı karaciğer nakli, Thomas Starzl tarafından 1963 yılında Colorado Üniversitesinde yapılmıştır. Ameliyat sonrası ilk karaciğer nakli yapılan hasta hayatını kaybetmiş, diğer ikisi ise 7.5 ve 22 gün hayatını kaybetmiştir. Bu ilk karaciğer naklinin başarısızlığının nedeni, ameliyat tekniğindeki zorlukların olması ve rejeksiyonun önleyici etkin ilaçların olmamasından kaynaklanmaktadır (Çetin, 2007).

Türkiye'de ilk solid organ nakli 1969 yılında İstanbul ve Ankara'daki iki başarısız kalp nakli ile başlamıştır (Çetin, 2007; Gündoğdu, 2007). Başarısızlıkla sonuçlanan ameliyatın ardından 1970'lerin başında Haberal ve arkadaşları tarafından organ nakli ile ilgili deneysel çalışmalar başlamıştır (Gündoğdu, 2007). İlk başarılı

organ nakli 1975 yılında Haberal ve arkadaşları tarafından Hacettepe Üniversitesi'nde anneden oğula yapılan canlı vericili böbrek nakli olmuştur (Çetin, 2007; Karakayalı, 2005). İlk kadavradan organ transplantasyonu 1978 yılında yine Haberal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve 1988 yılında da Türkiye' de ilk canlıdan canlıya karaciğer naklini başarılı bir şekilde gerçekleştirmişlerdir (Çetin, 2007; Gündoğdu, 2007). Hasta transplantasyondan 65 gün sonra hayatını kaybetmiştir. İlk sağlıklımlı karaciğer transplantasyonu (KT) 1999'da Astarciöğlu tarafından; ilk kadavra split karaciğer transplantasyonunu ise Ege Üniversitesi'nden Dr. Tokat tarafından gerçekleştirilmiştir (Tamer, 2015).

Tablo 1'de günümüze kadar organ nakli konudaki gelişmelerin bir özeti verilmiştir.

Tablo 1 Karaciğer Transplantasyonundaki Dönüm Noktaları

Yıl	Yazar	Uygulama
1943	Gibson	İnsanlarda cilt allograft reddinin immünolojik niteliğini tanımladı
1955	Welch	Bir köpek çalışmasında literatürde karaciğer transplantasyonundan ilk önce bahsedilir
1960	Medawar	Edilen transplantasyon toleransının tanımı
1960	Starzl	Birden fazla karın içinden köpekte nakil
1963	Starzl	Dünyadaki ilk üç karaciğer transplantasyonunda insanlarda maksimum hayatta kalma 21 gün
1968	Starzl	Karaciğer transplantasyonundan sonra dört hastanın ilk uzun süreli sağlıklımlı
1978	Calne	Siklosporin Tanıtımı
1984	Bizmut	Küçük bir çocuğa nakledilen küçük boy yetişkin karaciğer
1987	Raia	İlk canlı donör karaciğer transplantasyonu
1988	Pichlmayr	İki alıcı için bir donör karaciğer ve iki greft kullanıldı
1988	Kalayoğlu	Wisconsin Üniversitesi'nin muhafaza için çözülmesine giriş
1992	Starzl	Baboon'dan insan xenotransplantasyonu

Abbasoğlu, O. Liver transplantation: Yesterday, today and tomorrow. World Journal Of Gastroenterology. 2008, 20: 3117-3122

Karaciğer nakli faaliyetleri 1980'li yıllardan önce kanunlarla organize edilmemiş ve karaciğer koordinatörlerinin rolleri de bugün olduğu gibi tam olarak belirlenmemiştir. Gerçekleştirilen yasal düzenlemelerle 1980'den sonra nakil planlamasını düzenlenmesini sağlayan uluslararası ve ulusal organizasyonlar United Network for Organ Sharing (UNOS, U.S.A), The Organizacion Nacional de Transplantes (ONT, Spain) ve Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi (ONKOS) kurulmuştur. UNOS organ dağıtılmasını ve taşınmasını organize eden ABD içi bir yapılanma sistemidir. A.B.D.'de 140 transplantasyon merkezi olup bunlar organ bulunması, çıkarılması ve taşınmasından sorumlu 62 lokal organ tedarik organizasyonuna (organ procurement organization, OPO) bağlıdır (John ve arkadaşları, 2005).

Amerika Birleşik Devleti'nde 2017 yılı verilerine göre veri tabanına kayıtlı 76.035 aktif karaciğer nakli bekleyen hasta vardır. Bunun yanında aynı yıl 2.802 karaciğer nakli gerçekleşmiştir (<https://optn.transplant.hrsa.gov/> , Erişim tarihi: 15.02.2017). Ülkemizde ise 2016 yılı içinde 25.361 hasta karaciğer nakli bekleme listesinde yer almaktadır. 2016 yılında 3946 hastaya karaciğer nakli uygulanmıştır (<http://www.tonv.org.tr/karaciger-nakli/>, Erişim tarihi: 15.02.2017).

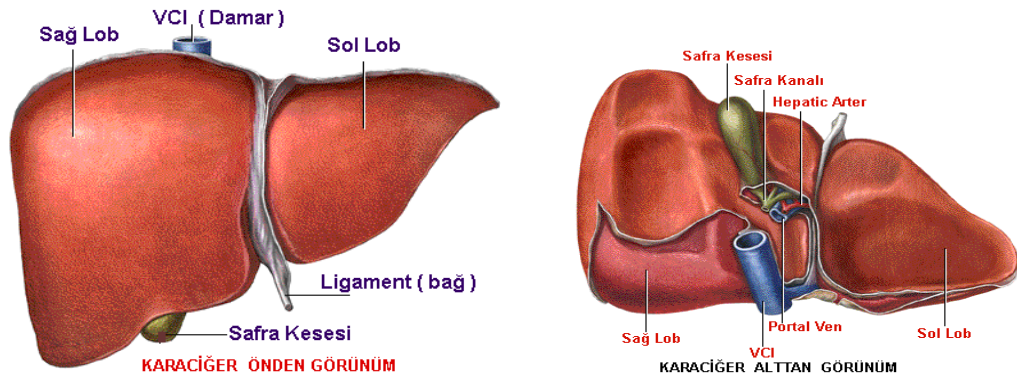
Düşük - orta ve yüksek gelirli ülkeleri, etkisi altına alan kronik hastalıklar artık bir çok fakir ve gelişmekte olan ülkelerde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu durum enfeksiyon hastalıkları ile savaş veren bu ülkelerde ikinci bir yük yaratmaktadır. Bu duruma ek olarak sanayileşme, küreselleşme, ekonomik gelişme ve hızla küreselleşen gıda pazarı sonucunda, beslenme alışkanlıklarında, fiziksel aktivite düzeylerinde ve tütün kullanımında ciddi değişiklik yaşanmaktadır. Sağlık olmayan beslenme, fiziksel durağanlık ve tütün kullanımı kronik hastalık probleminin çoğunun gelişmekte olan ülkelerde görülmesinde başta gelen nedenler arasındadır. Aynı zamanda yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşlı birey sayısının ve kronik hastalık prevalansının da arttığı vurgulanmaktadır (Güven, 2009; Amine and Baba, 2003).

## 4.2. KARACİĞER YETMEZLİĞİ

### 4.2.1. Karaciğerin Yapı Ve Fonksiyonları

Karaciğer, vücudun metabolizması için gerekli bir çok maddeyi üreten, depolayan, kanın pıhtılaşmasını düzenleyen, hormonal dengeyi sağlayan ve salgılayan en büyük organdır (Akdemir ve Birol, 2005; Enç, 2014). Bu organımız özellikle glikoz, yağ ve protein metabolizmasında önemli bir rol oynamaktadır (Sarigöl, 2008). Karaciğer, abdomenin sağ üst kadranda, sağ alt göğüs kafesi ve diyaframın altında yer alır. Ağırlığı 1.200-1.600 gramdır (Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ghany ve Hoofnagle, 2008). Karaciğer sağ lob ve sol lob olmak üzere iki ana lobtan ve sekiz segmentten oluşmaktadır. Bu loblardan sağ lob sol loba göre daha büyüktür (Akdemir ve Birol, 2005).

Karaciğerin arteriyel kan dolaşımı, aorttan ayrılan çölyak arterin dalı olan hepatik arter ve portal ven olmak üzere iki kaynaktan sağlanır (Sarigöl, 2008; Şahin, 2012). Bu dolaşımın %75'i portal venden karşılanır (Şahin, 2012). Portal ven, inferior ve superior mezenterik ven ile splenik venin birleşiminden oluşur. Portal ven kanı, mideden, dalaktan, bağırsaklardan ve pankreastan gelir ve besin öğelerinden zengindir. Karaciğerin geri kalan kanı, hepatik arterler yoluyla gelir ve oksijen bakımından zengin olan kandır (Şahin, 2012; Can, 2010).



Şekil 1 Karaciğerin İç Anatomik Yapısı

Starr S, Hand H. Nursing Care Of Chronic And Acute Liver Failure. Nursing Standard 2002; 16, 40, 47-54. (syf: 48).

Karaciğer, kendini en iyi onarma (rejenerasyon) özelliği olan hepatositlerden oluşur. Hepatositlerin bir yanında vena portal dalı (venöz sinüzoid) diğer yanında ise safra kanalı bulunmaktadır. Bu yapı düzgün bir altıgen şeklinde olmakta ve lobül adını almaktadır. Her lobülün kenarı diğer lobüllerle temas halindedir. Birleşen lobüllerin köşelerinde üçgen şeklinde bir boşluk bulunup buraya portal mesafe denilmektedir. Hepatositlerin yanında bulunan vena portal dalının geçirgenlik özelliği çok iyidir. Bu özelliklerinden dolayı vena portal dallarından hepatositlerin içine besin ögesi geçişi sağlanmaktadır (Biol, Akdemir ve Bedük, 1997). Vena portal dalları aynı zamanda fagositoz özelliği iyi olan Kupffer hücrelerini bulundurmaktadır (Akdemir ve Biol, 2005).

Karaciğerde arter ve venden başka, safra yolları da bulunmaktadır. Safra yolları ince kılcal damarlar halinde hepatositlerin arasında başlar ve birleşerek daha büyük safra kanallarını oluştururlar. Sonuç olarak sağ ve sol loblardan gelen safra yolları birleşerek ana safra kanalı olarak karaciğerden çıkar. Safra kapilleri karaciğer hücrelerinden atıkları alarak ve onları daha geniş safra kanallarına taşıyarak en sonunda hepatic kanalı oluşturur (Akdemir ve Biol, 2005).

### **Karaciğerin Fonksiyonları**

Glikoz metabolizmasında görev alır. Kan ile gelen glikozu glikojene dönüştürerek depolar (Akdemir ve Biol, 2005). Aminoasitlerin katabolizması sonucu oluşan amonyak (NH<sub>3</sub>), karaciğerde karbondioksit ile birleşerek üreye dönüşür (McCance ve Huether, 2006). Plazma proteinlerinden olan albümin, alfa ve beta globülinler, pıhtılaşma faktörleri (protrombin, fibrinojen, faktör V ve faktör VII), özel taşıyıcı proteinler ve birçok plazma lipid proteinleri karaciğerde sentez edilir ve aminoasit şeklinde depolanır (Akdemir ve Biol, 2005; McCance ve Huether, 2006). Protrombin sentezi için gerekli olan K vitamini ve diğer pıhtılaşma faktörleri karaciğerde sentez edilir. Karaciğer enerji için yağları kullanır ve yağların yakılması için keton cisimcikleri salgılar. Keton cisimcikleri kas ve dokuların enerji kaynağı olarak kullanımı için kan dolaşımına katılır. Açlık durumunda ve kontrolsüz olan diyabetlerde glikoz metabolizmasının sınırlı olduğu durumlarda ise yağ asitlerinin yıkımını ve keton cisimlerinin açığa çıkmasını sağlar (Akdemir ve Biol, 2005).

Karaciğer A, D, E, K ve B12 vitaminlerinin depolandığı organdır. Bu nedenler A vitamininin eksikliğini 2 seneye, D ve B12 vitamininin eksikliğini ise üç-dört aya kadar tolere edebilir. Karaciğer ayrıca B1, B2 niyasin riboflavin ve pantotenik asit sentez eder ve bakır ile demir de depo eder (McCance ve Huether, 2006).

Karaciğer istenmeyen maddeleri başka maddeler ile bağlayarak daha az toksik hale getirir ve böbrekler kolay atılmasını sağlar. Aynı zamanda karaciğer androjen, östrojen, aldesteron ve steroid gibi bazı hormonların yıkım yeridir (McCance ve Huether, 2006). Karaciğer eritrositlerin yıkım yeri ve intrauterin hayatta yapım yeridir (Akdemir ve Birol, 2005). Isı reseptörlerinin uyarılması ile karaciğerde, kimyasal reaksiyonların hızlanması ya da azalması ile vücut ısısının korunmasını destekler (McCance ve Huether, 2006). Safra yapımında görev alır. Karaciğerde sürekli üretilen safra kesede birikir ve konsantre edilir (Akdemir ve Birol, 2005).

#### 4.2.2. Karaciğer Yetmezliği Ve Etiyolojisi

Karaciğer hastalığı veya işlev bozukluğu, karaciğer parankim dokusunun hasarı, karaciğer perfüzyonunda ve dolaşımında bozulma, safra dolaşımında engellenme ile oluşur (McCance, Huether,2006).

Tablo 2 Karaciğer Yetmezliğinin Nedenleri

---

<b>A. VİRAL NEDENLER</b>	
Hepatit A virüsü	Epstein-Barr virüs
Hepatit B virüsü	Sitomegakovirüs
Hepatit C virüsü	Adenovirüs
Hepatit D virüsü	Herpes varisella zoster virüs
Herpes simpleks virüs	Kanamalı ateş virüsleri
Hepatit E virüsü	
<b>B. İLAÇLAR VE TOKSİNLER</b>	
• <b>Doz bağımlı</b>	
Asetaminofen	Ecstasy (metildioksimetanfetamin)
Sulfanamidler	Bacillus cereus toksini
CCL4 (karbon tetraklorid)	Aminita phalloides
Tetrasiklin	Bitkisel ilaçlar
Sarı fosfor	

---



Tablo 2 Karaciğer Yetmezliğinin Nedenleri (devamı)

---

<b>• İdiyosenkratik</b>	
İzoniazid	Valproik asit
Halotan	Disulfiram
Rifampisin	Karbamazepin
Steroid olmayan antiinflammatuvar	
<b>• Daha az sıklıkta görülen ilaçlar</b>	
Disulfiram	İzofluran
Metildopa	Amiodaron
Propiltiourasil	Trisiklik antidepresanları
Fenitoin	Ketokonazol
Allopurinol	Altın
Enfluran	2,3- Dideoksiinozin (ddl)
Monoamin oksidaz inhibitörler	

---

<b>C. METABOLİK NEDENLER</b>	
Gebeliğin akut yağlı karaciğeri	Wilson hastalığı
Reye sendromu	Galaktozemi
Hereditör fruktoz intoleransı	Tirozinemi
Neonatal hemokromatozis	Nieman Pick tip C
Mitokondriyal hastalıklar	Konjenital glikozilasyon defektleri

---

<b>D. VASKÜLER NEDENLER</b>	
Budd-Chiari sendromu	Şok karaciğeri (iskemik hepatit)
Sağ kalp yetmezliği	Sıcak çarpması
Venoklüzif hastalığı	

---

<b>E. DİĞER</b>	
Otoimmün Hepatit	
Sepsis	
Malign infiltrasyon (karaciğer metastazı, lenfoma)	

---

<b>F. TANIMLANAMAYAN</b>	
Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda fonksiyon göstermeyen greft	

---

O'Grady JG, Wendon J. Acute liver failure. In: WM Weinstein, CJ Hawkey, J Bosch, Eds, Clinical Gastroenterology and Hepatology, First Ed, Elsevier INC. Philadelphia, USA, 2005:745-753.

Sass DA, Shakil OA. Fulminant hepatic failure. Gastroenterol Clin North Am 2003;32:1195-1211.

#### 4.2.3. Karaciğer Yetmezliğinde İnsidans Ve Epidemiyoloji

Akut karaciğer yetmezliğinin gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) erişkinlerde yılda ortalama 2500 vaka bildirilmektedir. Akut karaciğer yetmezliğinin, 1995 yılında ABD'de tüm ölümlerin %0.1'ini, karaciğer hastalığına bağlı ölümlerin ise %6'sını oluşturduğu bildirilmiştir (Hoofnagle ve arkadaşları, 1995). Çocuklarda görülme sıklığı erişkinlere göre daha fazladır.. Çocuklarda karaciğer nakillerinin %11-13 'ü, erişkinlerde ise %5-7'si akut karaciğer yetmezliği (AKY) nedeniyle yapılmaktadır (Seaberg ve arkadaşları, 1999). Türkiye'de yılda rapor edilen akut karaciğer yetmezliği olgusu sayısı bilinmemektedir.

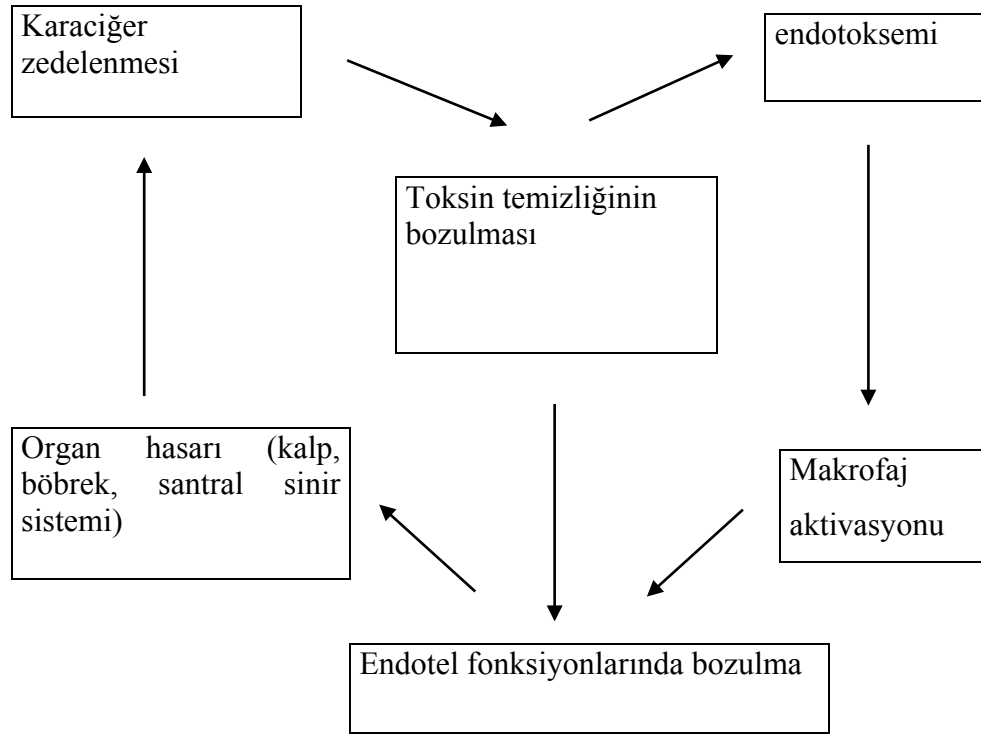
1965 yılında Hepatit B virüsünün (HBV), 1977 yılında Hepatit D virüsünün (HDV), 1989 yılında Hepatit C virüsünün (HCV), 1991 yılında Hepatit G virüsünün tespit edilmesi , kronik karaciğer hastalıklarının daha iyi tanınmasına ve takibine neden olmuştur. Dünyada batılı ülkelerde karaciğer sirozunun etiolojisinde alkol ve virüsler (özellikle HCV) rol oynarken , Türkiye de viral nedenler (özellikle HBV) günümüzde en sık sebeptir (Atayan, 2008).

#### 4.2.4. Karaciğer Yetmezliğinde Fizyopatoloji

Karaciğer hastalıkları, akut ya da kronik olarak gelişebilir. Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği arasında yer alır ve karaciğerin geriye dönüşümsüz enflamasyon hastalığıdır. Karaciğer sirozunun nedenleri arasında viral hepatitler, alkol ve kriptojenik nedenler yer alır (McCance,2006; Sonsuz, 2002; Şahin, 2012). Karaciğer yetmezliği, viral hepatitler, metabolik hastalıklar (Wilson hastalığı), bilier hastalıklar, aşırı alkol tüketimi, immünolojik sebepler (Graft Versus Host Hastalığı), toksinler ve venöz kan akımında tıkanıklık (budd-chiari sendromu) nedeniyle oluşur ( Starr and Hand,2002).

Karaciğer enfeksiyon hastalıklarından olan Hepatit'te A, B, C, D ve E virüslerine karşı T sitotoksik ve Natural Killer (doğal öldürücü) hücreleri tarafından inflamasyon ve immun cevap sonucunda hepatik hücre nekrozu, Kupffer hücrelerinde hiperplazi ve inflamasyon alkolle ile skar dokusu oluşmaktadır. Gelişen inflamasyon venöz sinüzoidlerden kan ve safra kapillerinden safra akımının geçişini engellemektedir. Alkole bağlı karaciğer sirozunda, alkolün toksik etkisi, primer bilier sirozun otoimmün mekanizmasına benzer olan inflamatuvar sürece sebep olmaktadır.

Burada özellikle hepatositler dejenere olmakta ve bu durum safra kapillerinden safranın geçişini engelleyerek primer bilier siroza benzer şekilde karaciğer yetmezliğine sebep olmaktadır. Metabolik karaciğer hastalıklarında ise metabolik eksiklikler nedeniyle hücrelerde morfolojik değişiklikler oluşmaktadır. Bütün bunlar karaciğer hücrelerinin nekrozuna ve hücrenin görevinin bozulmasına neden olmakta ve karaciğer yetmezliği oluşmaktadır (Smeltzer, 2005; McCance and Huether, 2006).



Şekil 2 Akut Karaciğer Yetmezliği Patofizyolojisinde Rol Oynayan Etkenler

Barış, Z. Çocuklarda Akut Karaciğer Yetmezliği (Etiyolojisi, Seyir Ve Seyire Etki Eden Risk Faktörleri). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2008, Ankara (Danışman : Doç. Dr. İnci Nur Saltık Temizel).

#### 4.2.5. Karaciğer Yetmezliğinde Klinik Belirti-Bulgular Ve Tanı

Karaciğer hastalığında görülen belirti ve bulguların şiddeti, sıklığı ve görülme zamanları etiyolojik etmene ve hastalık evrelerine göre değişkenlik göstermektedir. (Smeltzer, 2005; McCance and Huether, 2006). Karaciğer hastalığının belirti ve bulguları; sarılık, asit, yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, iştahsızlık, bulatı, kusma, kas krampları, varis kanaması, kaşıntı, ateş, hepatomegali, hepatik ensefalopati, splenomegali, ellerde değişiklik, örümcek görünümü ve jinekomastidir (Starr ve Hand, 2002; Dolar). Karaciğer hastalığının belirtileri akutur ve yaşamı tehdit edicidir. Karaciğer hastalıklarının en sık görülen belirti ve bulguları aşağıda özetlenmiştir:

**Sarılık :** Kanda bilirubin konsantrasyonunun artmasına bağlı olarak derinin, skleranın ve müköz membranların sarı renkte olması halidir. Hemolitik, obstrüktif ve metabolik olarak üçe ayrılır. Hepatik sarılık, karaciğer yetmezliği sonucunda oluşur.

**Assit :** Abdominal kavitede fazla miktarda sıvı birikmesi sonucu olan asit, kronik karaciğer yetmezliğinde sık görülmektedir. Bunun yanı sıra, malignite, kalp yetmezliği, tüberküloz, diyaliz ve akut karaciğer yetmezliği nedeniyle de asit görülebilir.

**Varis kanaması :** Karaciğer sirozu nedeniyle kan akımı yüksek basınçlı portal venden kollateral damarlara doğru ilerler. Bunun sonucunda da damarlarda varisler neden olur. Bu varisler çoğunlukla özefagus ve mide de görülür. Rüptüre olmaları ile varis kanamaları, melena, taşikardi ve hipotansiyona neden olur. Portal hipertansiyon sonucu asit, splenomegali ve varis kanamaları görülür.

**Hepatik ensefalopati :** Kanda amonyak seviyesinin artmasına bağlı olarak görülen hepatik ensefalopati, akut ya da kronik karaciğer yetmezliğinde görülür. Karaciğer hastalığı olan bireyde nörolojik ve psikiyatrik belirtiler meydana gelmişse, hepatik ensefalopati düşünülebilir.

**Malnütrisyon :** Protein, mineral, yağ ve vitamin metabolizmasının bozulması sonucu farklı düzeylerde beslenmede yetersizlikler görülür (Smeltzer, 2005; McCance and Huether, 2006; Starr ve Hand, 2002).

Karaciğer işlev bozuklukları hayatı tehdit edicidir ve tedavisi oldukça zordur. Karaciğer işlev bozukluklarında ilk önce etiyolojik etmenlere bağlı olarak primer tedavi ve belirtilere yönelik destekleyici tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Akut ya

da kronik gelişen karaciğer yetmezliğinde birincil tedavi yöntemi karaciğer transplantasyonudur. KT, karaciğer yetmezliği olan hastalar için yaşamı koruyucu, tek tedavi yöntemidir. Tüm karaciğer hastalarının karaciğer yetmezliği ve transplantasyon ihtiyacı yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (Sarıgöl, 2008).

#### **4.2.6. Karaciğer Yetmezliğinin Sistemler Üzerine Olan Etkisi**

Akut karaciğer yetmezliği genel olarak multisistemik yetmezliğe neden olur. Başlangıç semptomları daha çok halsizlik, kırgınlık, iştahsızlık, bulantı, karın ağrısı, ateş ve sarılık gibi spesifik olmayan semptomlardır. Bu semptomlar ensefalopati ve komaya kadar ilerler. Ağır koagülopati sıklıkla ensefalopati öncesinde ortaya çıkar (Barış, 2008).

#### **4.2.7. Karaciğer Yetmezliğinde Tedavi**

Karaciğerin akut hasarı sonrasında kendini yenileyebilmesi gibi kendine özgü yapısal özelliği vardır. Akut karaciğer yetmezliğinin özgül bir tıbbi tedavisi bulunmadığı için, yapılan tedaviler, karaciğer kendini yenileyene kadar komplikasyonları önleme ve destek tedavi ile sınırlıdır. Tedavinin başlıca amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir :

- Tedavi ve prognoz üzerinde etkili olabileceğinden, akut karaciğer yetmezliğinin nedenlerini tanımlamak
- Karaciğer yetmezliğinin seviyesini değerlendirerek bir karaciğer nakli merkezine sevk gereksinimini belirlemek
- İyileşme sürecine veya karaciğer nakline kadar hastaya gereken destek tedaviyi sağlamak
- Komplikasyonları önlemek ( hepatik ensefalopati ve serebral ödem, gastrointestinal kanama, böbrek yetmezliği, multiorgan yetmezliği, sepsis)

Tedavi, nedenler ve prognozu açısından bir başlangıç değerlendirmesi yaptıktan sonra başlar. Değerlendirme sırasında hastalığın başlangıç belirtileri, süresi, gidişatı, seyahat ve ilaç öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Başlangıç değerlendirmesinde özellikle önemli olan, hastanın karaciğer nakli adayı olup olmayacağına karar verme aşamasıdır. Günümüzde bu amaçla kullanılan King's

College nakil kriterleri Tablo 3'te verilmiştir (Barış, 2008; O'Grady ve arkadaşları, 1989). Asetaminofen dışı nedenlerde etiyojji, hastanın yaşı, sarılık başlangıcı ile ensefalopati gelişimi arasındaki zaman prognozu değerlendirmede kullanılmıştır. Bunlara serum bilirubin değeri ve protrombin zamanı (PT) prognozu etkileyen değişkenler eklenmiştir. Asetaminofen zehirlenmesi vakalarında arteriyel kan gazında pH'nın 7,30'un altında olması kötü prognoz olarak bilinmektedir. Asidozu olmayan hastalarda, protrombin zamanının 100 saniyenin üstünde olması (veya INR'nin 6,5'in üstünde olması), serum kreatininin değerinin 300 umol/L üstünde olması (>3,4 mg/dL) ve evre 3-4 ensefalopatinin bulunması prognozun seyrinin kötü olduğunu gösterir. Hastalarda King's College kriterleri dışında prognozu değerlendirmek amacıyla kullanılan başka değerlerde vardır."Clichy kriterleri", 1986'da hepatit B'ye bağlı olarak gelişen akut karaciğer yetmezliği geliştirilen 115 hastada risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile oluşturulmuştur. Buna göre evre 3 veya 4 ensefalopatisi olan ve faktör V düzeyi 30 yaşın altında %20'nin, 30 yaşın üstünde %30'un altında olan hastalarda karaciğer transplantasyonu önerilmiştir. Clichy kriterlerinin kullanımını sınırlayan en önemli iki etken faktör V düzeyinin kullanımının sınırlı olması ve bu kriterlerin hepatit B gibi tek etkene bağlı vakalar üzerinde oluşturulmuş olmasıdır. "Model for end-stage liver disease" (MELD) skorum sistemi başlangıçta transjugüler intrahepatik portosistemik şant takılan hastalarda kısa dönemde yaşam oranlarını belirlemek için oluşturulmuştur, son yıllarda akut ve kronik karaciğer yetmezliği olan hastaları karaciğer transplantasyonu açısından değerlendirmek için kullanılmaktadır (Barış, 2008). MELD skoru; hastanın INR, bilirubin ve kreatinin değerlerinin logaritmik formül ile hesaplanmasıyla ortaya çıkan değerdir (Karatemiz, 2009).

Tablo 3 Karaciğer Nakli İçin King's College Kriterleri

Asetaminofen nedenli olan	Asetaminofen nedenli olmayan
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ph &lt; 7.3 (ensefalopati evresinden bağımsız) veya aşağıda belirtilen üç maddenin tümü</li><li>• Evre 3-4 encefalopati</li><li>• PT &gt;100 saniye (INR &gt; 6.5)</li><li>• Serum kreatinin &gt;300 µmol/L (3.4 mg/dL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PT&gt;100 saniye (INR&gt;6.5) (ensefalopati evresinden bağımsız) veya aşağıda belirtilen maddelerin herhangi üçü</li><li>• Yaş &lt;10 veya &gt;40</li><li>• Etiyoloji ( A-B dışı hepatitler, halotan, idiyosenkratik ilaç reaksiyonları, Wilson hastalığı)</li><li>• Sarılık ile encefalopati gelişimi arasındaki sürenin &gt;7 gün olması</li><li>• PT &gt;50 saniye (INR &gt;3.5)</li><li>• Serum bilirubin değerinin &gt;300 µmol/L (17.5 mg/dL) olması</li></ul>

Bayram, Y., Türkay, C. Akut Karaciğer Yetmezliği. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Güncel Gastroenteroloji, 2010, 14(3), Ankara ; 138-144.

Karaciğer nakli, dekompanse karaciğer sirozu olan hastaları için tek kesin tedavi olmasına rağmen, karaciğer nakli için sırada bekleyen hasta sayısı potansiyel karaciğer donörlerinin sayısının çok üstündedir. Bunun sonucu olarak, bekleme listesindeyken veya zamanla hastalığın ilerlemesinden dolayı listeden çıkarıldığı için yaşamını yitiren hasta sayısının artmasından dolayı MELD modelini kullanan ülke sayısı gittikçe artmaktadır (Karatemiz, 2009).

Akut karaciğer yetmezliği olan hastalarda uygulanacak genel tedavi prensipleri şunlardır:

- Hastayı sakın bir ortamda tutmak
- Uyarıcıların ve ağrının önlenmesi
- Sedasyonun önlenmesi, hastanın sedasyona ihtiyacının olduğu durumlarda elektif yollarda entübe edilmesi ve solunum desteği verilmesi
- Hastaya verilen günlük sıvı ihtiyacının 2/3'üne kadar kısıtlanması

- Hipogliseminin önlenmesi (glukoz düzeylerinin 80 mg/dl üzerinde tutulması, glukoz infüzyon hızının 6- 10 mg/kg/dk olması)
- Mide koruyucu tedavilerin verilmesi (Ranitidin 2 mg/kg bid ve Sukralfat 2-4 gr/gün)
- Geniş spektrumlu antibiyotik ve antifungal ilaçlar ile sepsisin önlenmesi
- Enteral beslenmenin sağlanması (Barış, 2008).

Sadece birkaç AKY nedeni özgül bir tedavi gerektirir. Asetaminofen doz aşımında N-asetil sistein (NAC), Amanita mantarı zehirlenmesinde penisilin ve silibinin, herpes simpleks enfeksiyonunda asiklovir ve Wilson hastalığında bakır selasyonu örnekleri gibi. Diğer tedaviler, doku zedelenmesini en aza indirmek, biriken toksinleri ortamdaki uzaklaştırmak, hepatosit rejenerasyonunu sağlamak ve komplikasyonları önlemeye yönelik tedavi yöntemleridir (Barış, 2008).

### **4.3. KARACİĞER TRANSPLANTASYONU**

Karaciğer transplantasyonu, bilier atrezi, fulminant karaciğer yetmezliği ve karaciğer sirozu gibi ilerleyici son dönem karaciğer hastalıklarının tedavisinde uygulanmaktadır. Karaciğer transplantasyonu hasta ile doku uyumu olan canlı veya beyin ölümü gerçekleşmiş vericinin cerrahi operasyon ile alınan karaciğerin alıcıya nakledilmesidir (Bozdemir, 2006).

Karaciğer transplantasyonu 1970'lerde %30'lar civarında olan yıllık sağ kalım oranlarında iken 1980'lerden sonra sağ kalım oranlarının %80'lerin üzerine çıkmasıyla 1983 yılından sonra karaciğer hastalarında kabul edilebilir bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. Cerrahi operasyon tekniklerinde gelişmeler olması, ameliyat sürecinde artan deneyimler ve yeni immünyosupresif ilaçların kullanılmasıyla sağ kalım oranlarının yanında nakil sonrası yaşam kalitesinde de gözle görülür şekilde düzelme görülmüştür (Verdonk, 2007).

Bu gelişmeler sonucunda karaciğer nakli tüm dünyada son dönem karaciğer hastalarında giderek daha ulaşılabilir ve başarı ile uygulanabilir bir tedavi seçeneği haline gelmiştir (Bakır, 2011).

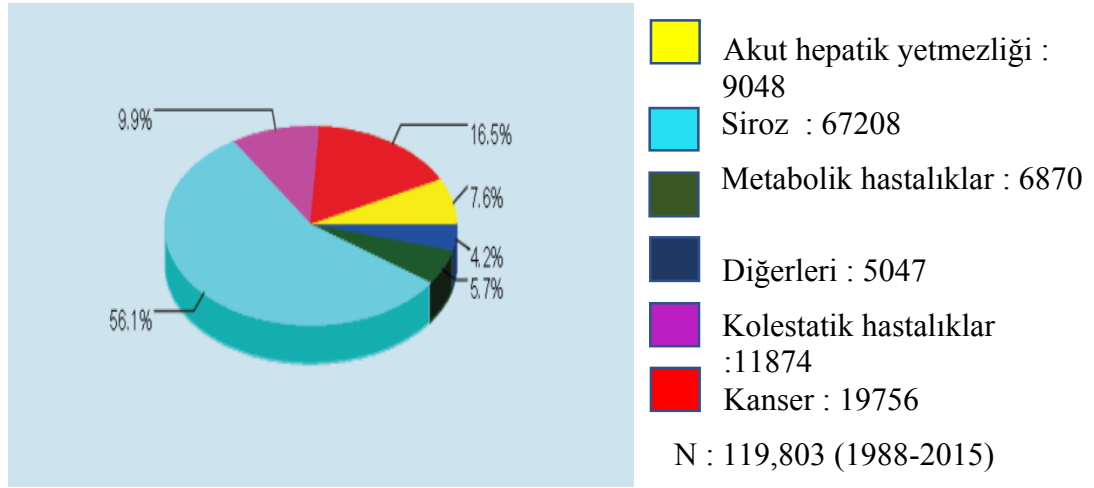


#### 4.3.1. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları

Transplantasyon alanındaki son senelerdeki önemli gelişmelerle birlikte karaciğer transplantasyonu endikasyonları da değişmeye başlamıştır. Örneğin; eskiden kanserler tüm endikasyonların %50'sini oluştururken, günümüzde bu oran %13-15 seviyelerine gerilemiştir. Kanser sebebiyle yapılan karaciğer transplantasyonlarının önemli bir kısmı metastatik olmayan Hepatoselüler Karsinomalı (HCC) hastalara aittir. Ancak, sekonder karaciğer kanserleri dahil olmak üzere diğer karaciğer kanserlerinde de başarılı transplantasyonlar yapılmaktadır (Yamantaş, 2010).

Benzer özellik primer biliyer siroz (PBS) için de geçerli olup bu endikasyon nedeniyle yapılan nakillerin de oranı azalmıştır. Buna karşıt olarak alkolizm ve Hepatit C' ye bağlı karaciğer sirozu nedeniyle yapılan nakillerin oranı giderek artmış ve günümüzde Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerinde de en yaygın endikasyon haline gelmiştir (Bakır, 2011).

Güncel ELTR raporlarına göre karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların ilk sırasında sirozlu hastalar (%56.1) yer almaktadır (Grafik-1). Diğer endikasyonlar; Primer biliyer siroz ve Primer sklerozan kolanjit (PSK) gibi kolestatik karaciğer hastalıkları (%9.9), Wilson hastalığı, Ailesel amiloidotik polinöropati, Alfa-1 antitripsin eksikliği gibi metabolik hastalıklar (%5.7) ile hepatit B ve otoimmün hastalıklara bağlı kronik hepatit sayılabilir. Akut karaciğer yetmezliği nedeniyle yapılan transplantasyon oranı ise %7.6 olup ana nedenler akut viral hepatit ve ilaç toksisitesidir (çoğunlukla asetaminofen) (ELTR).



Grafik 1 Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları – ELTR Raporları  
<http://www.eltr.org/Overall-indication-and-results.html>

#### 4.3.2. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları

Karaciğer transplantasyonu için kesin olan kontrendikasyonlar, hayatı tehdit eden sistemik hastalıklar, kontrol altına alınmamış ekstrahepatik veya fungal enfeksiyonlar, varolan ilerlemiş kardiyovasküler veya pulmoner hastalığın olması, çoklu, düzeltilemez ve hayatı tehdit eden konjenital anomali varlığı, metastatik kanser olması, aktif madde veya alkolün kötüye kullanımıdır (Can, 2010).

Kolanjiyo karsinoma; primer sklerozan kolanjit (PSC) olduktan sonra gelişen safra yolu tümörüdür. Bu nedenle PSC hastalarının erken dönemde karaciğer transplantasyonu olmaları önem taşır. Kolanjiyo karsinoma karaciğer transplantasyonu için kontrendikasyondur.

Primer hepatik kanser karaciğer transplantasyonu için kontrendikedir. Bazı transplantasyon merkezlerinde malignite olan hastalar için transplantasyon yapılamaz. Metastatik hastalıklar da karaciğer transplantasyonu için kontrendikedir (Bozdemir, 2006).

#### 4.3.3. Donör Seçimi

Nakil amacıyla organ veya dokunun alındığı kişiye ‘‘donör’’ denir (Çolakdalcı, 2012). Karaciğer nakli için önemli olan iki donör (verici) kaynağı; canlı ve kadavra vericilerdir. Donör kaynağının canlı veya kadavra olması nakledilen

karaciğerin yaşam süresini, rejeksiyon (reddedilme) durumunu ve işlevlerini etkilemektedir (Can, 2010).

Kadavradan elde edilen organ sayısının, karaciğer nakline ihtiyaç duyan hasta sayısına göre yetersiz olması, canlı vericilerden elde edilen organların kullanılması gündeme gelmesine neden olmuştur. Canlı vericilerden elde edilen organların kullanılmaya başlanması, kısa bir süre önce mümkün olmasına rağmen, bu ameliyat tüm dünya da hem kamuoyu hem de nakil camiasında büyük önem görmüştür (Karasu, 2006).

Canlı donör seçiminde batın travmasının bulunmaması, geçirilmiş bir akciğer hastalığının olmaması, alıcı ve vericinin organ büyüklüğü ve batın boşluk oranının yeterli seviyede olması, organ bağıışı için kontrendikasyonların bulunmaması (HIV, hepatit ve malignant hastalık gibi), alıcı ile kan grubu ve HLA doku uygunluğunun bulunması temel olan kriterleridir (Bozdemir, 2006). Donörün anemnezi iyi alınmalı, alkol ya da madde bağıımlısı olup olmadığı öğrenilmeli ve fiziksel muayenenin yanı sıra gerekli görülen laboratuvar tetkikleri de (hemogram, idrar kültürü, biyokimya tetkikleri, karaciğer enzimleri, PTT, HBsAg, anti-HCV vb) yapılmalıdır (Can, 2010; Çolakdalcı, 2012; Karasu, 2006).

Donör seçimi ile ilgili hemşirenin görevleri; donörün bakım ihtiyacı olup olmadığını saptayıp, ihtiyaç doğrultusunda bakımını sağlama, donör canlı ise alıcı ve verici arasındaki iletişime yardımcı olma, preoperatif dönemde tanılama, ihtiyaç doğrultusunda bakım verme, ameliyat öncesi ve sonrasında donör ve ailesini bilgilendirme, doku ve organ nakli ile ilgili bilimsel çalışmalara katılmadır (Bozdemir, 2006).

#### **4.3.4. Transplantasyon İmmünolojisi**

İmmün sistemin başlıca görevi, organizmayı yabancı moleküllere ve mikroorganizmalara karşı savunmak ve çeşitli efektör mekanizmalarla cevap vermektir (Yılmaz, 2006). Transplantasyon başarısındaki en önemli etkenlerden birisi, alıcının donör dokusuna karşı immün cevabıdır (Bozdemir, 2006).

Alıcı ve donör arasındaki antijen uyumsuzluğu oluşması halinde rejeksiyon süreci başlamaktadır. Burada en önemli antijenler HLA-A, HLA-B ve HLA-DR'dir (Hoffman ve arkadaşları, 2006). Diğer solid organ nakilleri ile karşılaştırılınca, karaciğer allogreftleri özellikli sayılabilirler. Bundan dolayı, immunsupresyonun

azaltılması ve hatta operasyonel tolerans indüksiyonu için deneysel veya klinik stratejilerin oluşturulmasında uygun bir ortam meydana getirilmesini sağlarlar. Ortotopik karaciğer nakli donör-spesifik T hücre toleransına sebep olmaktadır. İntestinal bakterilerden oluşan endotoksinlerle değişik karaciğer hücrelerinin sürekli teması, karaciğer toleransını oluşturan esas mekanizmadır ve hepatosit içine veya portal ven yolu ile gelen antijenler bu toleransın oluşmasına yardımcı olurlar. 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 arttırmaktadırlar (Yeşilova, 2007; Çolakdalcı, 2012).

Alıcının donör dokusuna karşı cevabın en az düzeyde olması transplantasyonun başarısını önemli derecede arttırmaktadır. Bunun yanı sıra alıcının donör dokusuna karşı oluşturacağı immün yanıtı engellemek için, hastaya transplantasyondan sonra immünosupresif ilaç tedavisi uygulanmaktadır (Bozdemir, 2006).

#### **4.3.5. İmmüsupresif İlaçlar**

Transplante edilen doku veya organın farklı antijenik yapısı alıcıda ağır immünolojik olaylara sebep olmakta, doku veya organın işlev kaybına ve rejeksiyona neden olmaktadır. İmmüsupresyon da esas amaç alıcıda, ilaçların minimal yan etkisiyle, grefte karşı farmakolojik spesifik bir tolerans oluşturmak, red olayını oluşmasını engellemektedir (Aras, 2006).

Günümüzde karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalara birincil olarak kullanılan immünosüpresif ilaçlar; mycophenolate mofetil (CellCept), kortikosteroid, cyclosporine (Neoral), tacrolimus (Prograf)dur.

**Mycophenolate mofetil (CellCept);** T ve B lenfositler üzerinde etkilidir. Nükleik asit sentezini inhibe ederek immün sistemin baskılanmasını sağlamaktadır. Trombositleri baskılama etkisinin az olması, doz ayarlamasının kolay olması, azathioprine oranla anti-rejeksiyon etkisinin fazla, yan etkisinin az olması nedeniyle kullanımı tercih edilmektedir.

**Kortikosteroid ( Prednol/Deltacortil);** T sitotoksik lenfositlerin proliferasyonunu önleyerek immün cevabı baskılar. Kortikosteroidler pek çok dokunun normal işlevini sürdürebilmesi için böbrek üstü bezlerinden 24 saat içinde biyolojik bir ritimle salınırlar.

**Cyclosporine (Neoral);** etki mekanizması; IL-2 ve immün yanıtta etkili diğer sitokinlerin mRNA yazılımını önleyerek T lenfositlerin çoğalmasını engeller.

**Tacrolimus (Prograf);** etki mekanizması ve yan etkileri cyclosporine ile benzerlik gösterir. Hastanın nörolojik durumu, GIS fonksiyonları ve kan şekeri yakından izlenmelidir (Bozdemir, 2006).

#### **4.3.6. Karaciğer Transplantasyonu ve Öz Bakım**

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların sağlık durumunun iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve öz bakım düzeylerinin artırılması için hastaların karaciğer transplantasyonu sonrası nelerle karşılaşabileceğini bilmesi gerekmektedir (Karabulut ve Aktaş, 2012).

##### **4.3.6.1. Karaciğer Transplantasyonunu Öncesi Hazırlık Dönemi**

Karaciğer transplantasyonu öncesi hastanın değerlendirilmesi multidisipliner bir çalışmayı gerektirmektedir. Değerlendirme ölçütleri, transplantasyon merkezlerine göre farklılıklar gösterir. Bu merkezlerde, transplantasyon kararını verecek bir ekip bulunur. Transplantasyon ekibi; nakil konusunda uzmanlaşmış hepatoloji uzmanı ve cerrah, hemşire, psikiyatrist, organ nakli koordinatörü ve diğer ekip üyelerinden oluşmaktadır (Sarigöl, 2008; Bozdemir, 2006; Çolakdalcı, 2012).

Karaciğer transplantasyonu kararı verilen hasta, ameliyat öncesi tedavi ve bakım gereksinimlerine bağlı olarak, nakil olacağı kliniğe ameliyattan birkaç gün önceden yatırılabilmesi gibi birkaç hafta önce de yatırılabilir (Çolakdalcı, 2012). Son yıllarda hastanın transplantasyon kliniğine yatması gerekli görülmediği durumlarda, nakil öncesi hazırlıkların dışardan yapılması ve hastanın nakilden bir gün önce kliniğe yatırılması önerilmektedir (Sarigöl,2008). Hastanın cerrahi kliniğe yatırılması ile başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir. Bunlar; psikolojik hazırlık, ameliyat öncesi eğitim, yasal hazırlık ve fizyolojik hazırlıklardır (Bozdemir, 2006).

**Psikolojik hazırlık :** KT, bazı hastalarda büyük bir ameliyat olması, ameliyat sonrası rejeksiyon gelişme olasılığı ve maddi kaygılar nedeniyle endişe verici olabilmektedir. Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduklarını kabul etseler de ameliyatın risklerinden dolayı korku yaşamaktadırlar. Ameliyat öncesinde yaşanan korkuların en önemlisi bilinmeyen korkusudur ve bu ameliyat öncesinde mutlaka

giderilmez. Hemşire tarafından hastanın korkularını ifade etmesine fırsat verilmeli, ameliyat ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak hastanın bilinmeyenlerden kaynaklanan anksiyetesi azaltılmalıdır. Hemşire kesinlikle hasta ile yüz yüze görüşmeli ve hastayı bilgilendirmeli, destek olmalıdır (Bozdemir, 2006; Sarıgöl, 2008). KT bekleyen hastada; anksiyete, inkar, kızgınlık, pazarlık, ölüm korkusu, depresyon görülebilir (Aras, 2006). Hastanın psikolojik durumu, hemşire, psikiyatrist ve psikolog tarafından değerlendirilerek madde bağımlılığı açısından bir uzman hekim tarafından hastada incelenmelidir. Hemşire tarafından hasta transplantasyona hazırlanmalı ve sosyal destek sistemleri araştırılıp kullanılması sağlanmalıdır (Bozdemir, 2006; Sarıgöl, 2008).

**Yasal hazırlık :** Ülkemizde organ transplantasyonu 03.06.1979'da 16655 sayılı resmi gazetede yayınlanan 29.05.1979 tarihli 2238 sayılı Organ ve Doku alınması, Saklanması ve Transplante edilmesi hakkında kanun maddelerine göre yapılmaktadır (Bozdemir, 2006). Aynı zamanda nakil süresince tıbbi deontoloji kuralları önem taşımaktadır. Hastaya ameliyat sırasında ve sonrasında nelerle karşılaşabileceği anlatılarak, hastadan yazılı ameliyat onayı alınmalıdır. On sekiz yaşından küçük karaciğer hastaları için ise ailesinden ya da yasal olarak bakımından sorumlu kişiden yazılı onay alınmalıdır (Çolakdalcı, 2012; Şahin, 2012).

**Ameliyat öncesi eğitim :** Hastaya ameliyat öncesinde hekim ile aynı mesajı vererek ameliyat ile ilgili bilgi, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları, yapılacak test ve uygulamalar konusunda bilgi verilmelidir. Bunun yanında hastaya genel ameliyat öncesi derin solunum, öksürme ve ekstremitte egzersizleri eğitimleri verilmelidir. Ameliyat sonrası karşılaşacağı drenleri, ameliyat bölgesi, hastanede kalış süresi, kullanacakları ilaçlar ve uygulanacak tedavi ve bakım hakkında bilgilendirilmelidir (Sarıgöl, 2008).

Ameliyattan bir gün önce hastanın banyo ihtiyacı ve cilt hazırlığı yapılır. Anestezi konsültasyonu, istirahati ve dinlenmesi sağlanır. Ağızdan alımı en az 8 saat öncesinden kesilerek lavman ve GIS hazırlığı yapılır. Diyabet, beslenme bozukluğu olan hastalarda ise ihtiyaca göre IV sıvı alımı sağlanır. Ameliyat sabahı son kontrolleri yapılarak ameliyathane hemşiresine teslim edilir ve hasta yakınları bekleyecekleri yer ve bilgi alabilecekleri süre konusunda bilgilendirilir (Bozdemir, 2006).

**Fizyolojik hazırlık :** Ameliyat riskini en aza indirebilmek için hastanın genel sağlık durumunu, olabilecek en iyi düzeye getirmek gerekmektedir. Ameliyat öncesi hastanın sağlık durumu, fizyolojik değerlendirmeyle belirlenmelidir. Fizyolojik değerlendirme; yaş, beslenme, ağrı, pulmoner, gastrointestinal, kardiyak, endokrin sistem, nörolojik, radyolojik, laboratuvar ve serolojik açısından incelenmeyi içermektedir (Çolakdalıcı, 2012).

Hastanın karaciğer nakli öncesi bir çok laboratuvar testlerinin yaptırılması gerekmektedir. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin, hematolojik durumunun, enfeksiyon hastalıklarının (HBV, HCV, HDV, HEV, HIV, sitomega lovirus, epstein-bar virüsü, herpes virüsü vb.), beslenme profilinin (vitaminler, demir, ferritin vb.), tümör belirleyicileri ve pıhtılaşma faktörlerinin (faktör I-II-V-VII-IX-X) değerlendirilmeleri gerekmektedir. Hastalara gerekli görüldükleri durumlarda endoskopi, kolonoskopi, endoskopik retrograd kolonjiopankreatografi (ERCP) ve biyopsi uygulanabilmektedir (Çolakdalıcı, 2012; Bozdemir, 2006).

Hasta ve ailelerine ameliyat öncesinde ne tür hazırlıklardan geçeceği anlatılmalı ve hastanın fiziksel rahatlık düzeyi en iyi düzeyde olmalıdır (Aras, 2006).

#### **4.3.6.2. Karaciğer Transplantasyonunda Operasyon Süreci**

Karaciğer transplantasyonunda, cerrahi yaklaşımdaki gelişmeler başarı oranının yükselmesinde etkili olmuştur. Günümüzde KT operasyonu ortalama olarak 4-5 saat sürmektedir. Alıcının operasyonu üç aşamada gerçekleştirilir: alıcının bilier sistem ve majör damarları bağlanarak karaciğerin vücuttan çıkarılması, donörden alınan karaciğerin anastomoz ve revaskülarizasyonu, safra yollarının onarımı, drenaj sisteminin yerleştirilmesi ve abdomenin kapatılmasıdır (Bozdemir, 2006; Sarıgöl, 2008).

Ameliyat süresinde karaciğer alıcı ve verici aynı zamanlarda ameliyathaneye alınır ve her iki ameliyat aynı zamanda başlar. Vericiden çıkarılan karaciğer lobu yan salondaki alıcıya en kısa sürede nakledilir (Çetin, 2007).

Transplantasyon hemşireleri, intraoperatif dönemde ameliyathane ortamının hazırlanması ve hem donör hem de alıcının güvenliğinin en iyi şekilde sağlamalıdır. Ayrıca donörden alınan karaciğerin tartılması, transplantasyon tamamlandıktan sonra

karaciğerden alınan biyopsilerin uygun şekilde gönderilmesinden sorumludur (Yamantaş, 2010).

#### **4.3.6.3. Karaciğer Transplantasyon Sonrası Postoperatif Bakım Ve Komplikasyonlar**

KT sonrası erken dönem bakımı ilk 48 saati kapsamakta, hastanın anestezi ve cerrahi komplikasyonlarının yönetimi, nakledilen karaciğerin fonksiyonlarının izlemi ve yönetimi, hastaya verilen immünsupresif ve diğer ilaçların izlemi ile yönetimini, nörolojik durumunun izlenmesini, ağrı kontrolünün sağlanmasını, yara yerinin tanımlanması ve bakımını, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanmasını, ventilasyon izlemine ve koruyucu izolasyonun sağlanmasını içermektedir (Bozdemir, 2006; Sarıgöl, 2008).

Postoperatif erken dönemde hastanın tanılanması, monitorizasyonu, gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde tanılanması ve önlenmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır (Yamantaş, 2010). KT sonrası hemşirelik bakımının temel amaçları, normal vücut ısısının sağlanması ve korunması, hemodinamik stabilizasyon, etkili hava yolu açıklığının sağlanması, diğer sistem (üriner, kas-iskelet, kardiyak, sindirim vb.) fonksiyonlarının devamlılığının sağlanması, transplante edilen karaciğerin fonksiyonelliğinin devam ettirilmesi ve bu işlemler sırasında da hastanın güvenliğinin sağlanmasını içermektedir (Baştürk ve Haberal, 2004). Yoğun bakım hemşiresi, hastanın normal vücut ısısının korunması için sıcak havlular, ısı veren lambalar ya da jeller gibi yöntemler kullanmalı ve bu yöntemleri kullanırken hasta güvenliğini de sağlamalıdır (Sarıgöl, 2008). Hastanın hemodinamik durumunu ve intravasküler sıvı volümünü değerlendirmek için kardiyak out-put, santral venöz basınç, pulmoner kapiller wedge basıncı, arteriyel ve venöz kan gazları, oksijen saturasyonu, oksijen ihtiyacı ve yayılımı, idrar miktarı, kalp atım hızı ve kan basıncı ölçüm ve değerlendirmelerini yapmalıdır. Karaciğer glikojen depolama, protein sentezi ve pıhtılaşma faktörlerinden sorumlu olduğundan bu maddelerin izlenmesi ve ameliyat sonrası dönemde erken dönemde yerine konulması gerekmektedir (Şahin, 2012). Hastanın havayolu açıklığının sağlanması için, hasta anestezi sonrasında uyanana kadar mekanik ventilatör ile desteklenmelidir (Sarıgöl, 2008). Hasta ameliyat sonrası 24-48 saat boyunca ventilatörde olabilir. Diyafragma altındaki



insizyon yeri ağrı ve ödeme neden olabilir, hastanın hareketlerini kısıtlayabilir. Bu hastalarda göğüs tüpü de olabilmektedir (Şahin, 2012). Hasta mekanik ventilatörde ise, ventilatör setlerinin değişimi, sekresyonların temizlenmesi, asit-baz dengesinin sağlanması için farmakolojik ajanların kullanılması, eğer ihtiyaç olursa hastanın sedasyonunun sağlanması gerekmektedir. Ekstübasyon sonrası, hastanın derin solunum ve öksürük egzersizlerini ve spirometri egzersizlerini yapması gerekmektedir. Bunun için hasta desteklenmesi gerekmektedir. Bu hastalara, bronkodilatörler, profilaktik antibiyotikler, mukolitikler ve göğüs fizyoterapisi başlanabilir (Sarıgöl, 2008). Hemşire hastayı kullanılan ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirmeli, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını izlemeli, ağız ve diş sağlığının devamlılığı için bakım girişimlerinde bulunmalıdır (Bozdemir, 2006).

KT sonrası erken ve uzun dönemde hemşirelik sürecinin en önemli parçası, gelişebilecek komplikasyonların izlemi ve semptom yönetimidir (Sarıgöl, 2008). Ameliyat sonrası tüm komplikasyonlar değerlendirildiğinde, hemen her karaciğer naklinden sonra en az bir komplikasyonun geliştiğini bildirmektedir. Nakil sonrası dönemde hastalarda cerrahi tedavi gerektiren komplikasyon oranlarının %60'a kadar çıktığı bildirilmektedir (Esen ve ark., 2001). Karaciğer nakli uygulanan hastalarda bilier sorunlar, kanamalar, pulmoner sorunlar, rejeksiyon, ilaçlara bağlı enfeksiyon ve malignite gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

- **Bilier komplikasyonlar**

Karaciğer nakli alıcılarının %8-15'lik kısmında bilier komplikasyonlar gelişmektedir. Safra yollarındaki rahatsızlık,; batında sağ üst kadranda ağrı, anoreksiya, abdominal distansiyon, parolitik ileus ve sağ omuzda ağrı gibi yakınmalarla birlikte görülür, fakat bu yakınmalar spesifik değildir veya olmayabilirler. Safra sızıntıları karaciğer naklinden sonra 1 ay içinde olmaktadır. Bilier striktürler anastomoza bağlı olabildiği gibi olmayabilirler. Koledokokoledokostomili hastalarda anastomoz darlıkları sıklıkla endoskopik olarak (ERCP) tedavi edilebilir. Koledokoljejunostomi anastomoz darlıkları ise Peruktan Transluminal Kolanjiografi (PTK) yöntemi ile tedavi edilebilir (Aras, 2006).

- **Kanama**

Nakil sonrasında erken dönemde tekrar ameliyat olmayı gerektiren en önemli komplikasyon kanamadır. Kanama %20'ye kadar oranlarda görülebilmektedir. KT sonrası karaciğer fonksiyonlarında bozulma, portal hipertansiyon sonucu oluşan özefagus varisleri nedeniyle kanama olabilmekte, cerrahi stres, mide de safra asitlerinin bulunması ve verilen steroid tedavisi peptik ülser insidansını ve kanama oranını arttırmaktadır. Ameliyat sonrası kanamalara neden olan nedenlerden biri de uzamış fibrinolizdir. Taze donmuş plazma ve trombosit verilerek mevcut kanama diyatezlerinin önlenmesi tedavide önemli yer taşır. Ancak ameliyat sonrası 24 saat geçmesine rağmen durdurulamayan ve şiddeti azalmayan kanamalarda cerrahi müdahale gerekmektedir (Esen ve ark., 2001).

- **Solunum sistemi komplikasyonları**

KT sonrası hastalarda ağrı, karın kaslarında spazm, asit, plevral effüzyon, diyafragma disfonksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak pulmoner komplikasyonlar da sık görülür. En sık atelektazi, pleral sıvı toplanması görülmektedir. Atelektazi tedavi edilmezse veya önlenmezse pnömoni gelişmektedir. Solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon uygulanarak bu komplikasyonları çoğu önlenebilmektedir. İhtiyaç duyulursa ventilatör desteği ve bronkoskopi uygulanmaktadır (Esen ve ark.; Çolakdalıcı, 2012).

#### **4.3.6.3.1. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyon**

KT sonrası hiperakut, akut ve kronik olmak üzere üç tip rejeksiyon görülmektedir. Hiperakut rejeksiyon çok seyrek görülen, transplantasyon sonrası saatler içinde ortaya çıkan, arter endoteline karşı hastada mevcut olan antikorların aracılık ettiği, klinik seyri ve sonuçları çok ağır olan bir komplikasyondur (Bakır, 2011). Genellikle ABO kan uyumsuzluklarında, greft damarlarında oluşan zedelenme, parankimal hemoraji ve trombolitik tıkanmalarda karakterizedir (Baştürk ve Haberal, 2004). Hastanın kurtulabilmesi için acil retransplantasyon gerçekleştirilebilmesine bağlıdır.

Akut hücresel rejeksiyon karaciğer nakillerinden sonra en sık rastlanan rejeksiyon tipidir. Hastaların yaklaşık olarak %60'ında görülebilmektedir. Genellikle KT sonrası 7 ile 20. günler arasında sıklıkla on gün civarında ortaya çıkar (Bakır, 2011). Hastanın genel durumu bozulur, ateş, taşikardi, lenfositoz, eozinofili, sağ üst

kadranda hassasiyet, bilirubin ve transaminazlarda artış görülür, protrombin zamanı (PT) uzar. Tanı, karaciğer biyopsisi ile konur (Çolakdalcı, 2012). İmmünoşpresif ilaç dozlarının arttırılması tedavi için yeterli olabilir. Yetersiz olduğu durumlarda ise puls steroid tedavisi uygulanır (Bakır, 2011).

Kronik rejeksiyon ise nakilden aylar ve yıllar sonra ortaya çıkabilir ve greft yetmezliğinin en önemli nedenidir. Alloimmün mekanizmaya bağlı olarak kronik doku hasarına bağlı olarak oluşan morfolojik değişiklikler kronik rejeksiyona neden olur. KT uygulanan hastaların %5-20' si oranında kronik rejeksiyon rastlanmaktadır. Kronik rejeksiyon, genellikle nakilden sonra ilk bir yıl içinde ortaya çıkar. Progresif kolestazis ile kendini gösterir ve safra yolları giderek tahrip olarak yok olur. Hemşire, immünoşpresif tedavi ve doku rejeksiyonu belirtileri ile ilgili eğitim taburculuk vermeli ve sağlık kontrollerinin devamlılığını sağlamalıdır (Bozdemir, 2006; Çolakdalcı, 2012).

#### **4.3.6.3.2. İmmünoşpresif İlaçlara Bağlı Komplikasyonlar**

Organ transplantasyonu, immünoşpresif ilaç tedavi sayesinde klinik uygulanabilirlik kazanmıştır. Bununla birlikte immün sistemin baskılanmasına yol açması nedeni ile çeşitli komplikasyonlara da yol açmaktadır. Kullanılan immünoşpresif ilaçların başlıca yan etkileri şöyledir:

**Mycophenolate mofetil (CellCept) :** Transplantasyon hemşiresi, uygulanılacak ilaç dozu hakkında hastayı bilgilendirmeli, bulantı, kusma, diare ve dispepsi gibi GIS rahatsızlıklarını izlemeli, antiemetik ihtiyacını belirlemeli, lökosit düzeyini izlemeli, enfeksiyon kontrolünü sağlamalıdır (Bozdemir, 2006).

**Kortikosteroid (Prednol/Deltacortil) :** Vücutta salınan kortikosteroidler 24 saat boyunca biyolojik bir ritim içinde salınırlar. En yüksek salınım sabah erken saatlerdedir. Eğer sabah alınırsa vücudun normal ritmine uyumlu olur. Bununla birlikte düşük kortikosteroid alması nedeni ile hastada rejeksiyon riski var ise hastalar toplam dozun yarısını sabah, yarısını akşam alırlar. Sürekli olarak cyclosporin, sirolimus, tacrolimus ile birlikte kullanılır. Kısa süreli olarak yan etkileri enfeksiyona eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, özellikle diabet mellitüslü (DM) hastaların kan şekerinde artıştır. Uzun dönem yan etkileri ise; iştah ve kilo artışı, vücut yağlarının dağılımında değişiklik, kemik ve kas dansitesinde zayıflık ve incelme, kan basıncında artma

eğilimi, deri kalınlığının incelenmesi, kolay zedelenmesi, ülser ve mide yanması gibi yakınmalar, diyabet, katarakt, yüzde sivilcelenme ve kıllanmadır. Hemşire bu yan etkileri gözlemlemeli ve hastayı bu konuda bilgilendirmelidir. Hekim ile iş birliği yaparak bu yan etkilerin kontrol altına alınmasını sağlamalıdır. Transplantasyonda uzun süreli kullanılan kortikosteroidlerde katarakt ve glokom vakalarından dolayı rutin olarak göz muayenesine gitmesinin önemi vurgulanmalıdır. Kortikosteroidler diğer bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlarla kullanıldığında daha etkilidirler. Direkt zararlı etkisi yoktur ve birlikte kullanımı güvenlidir (Bozdemir, 2006; Şahin, 2012).

**Cyclosporine (Neoral) :** güçlü bir immünosupresif etkiye sahip olmasıyla birlikte, nefrotoksisite, nörotoksite, hepatotoksite, endokrin bozuklukları gibi yan etkileri bulunmaktadır. Yan etkilerin azaltılması için steroid veya azathioprine ile birlikte kullanılması gerekmektedir. Kan düzeyi böbrek fonksiyonlarının sonuçlarına göre ayarlanmalıdır. Kan kreatinin düzeyinin yükselmesi durumunda doz miktarının azaltılması gerekmektedir. Yan etkileri; böbrek fonksiyonlarında bozulma, kan basıncında yükselme, dişeti şişliği, anormal saç yapısı, ellerde titreme, bulantı kusma, ishal gibi GİS sorunları, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve baş ağrısıdır ( Bozdemir, 2006). Hemşirenin görevi, hastayı yan etkiler konusunda hastayı bilgilendirmek, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını izlemek, ağız ve diş sağlığının devamlılığı için diş hekimine yönlendirmektir.

**Tacrolimus :** Yan etkileri cyclosporine ile benzerlik göstermektedir. Hasta nörolojik durum, GİS fonksiyonları ve kan şekeri yönünden izlenmelidir (Bozdemir, 2006).

**Enfeksiyon :** Karaciğer transplantasyonu konusunda kazanılan başarıya rağmen enfeksiyona bağlı komplikasyonlar halen nakil sonrası en önemli morbidite ve mortalite nedenlerini oluşturmaktadırlar (Esen, 2001; Arslan, 2006). Karaciğer alıcılarının %54-67'sinde nakil sonrası mikrobik invazyon varlığı tespit edilmiştir. Bu hastalarda karaciğer enfeksiyon riskini belirleyen iç etmen; teknik ve anatomik anormalliklerin varlığı, mikroorganizmaya maruz kalınan ortamlar ve immünsüpresyon'dur. Karaciğer cerrahisinin teknik zorluğu nedeniyle, karaciğer nakli sonrası erken dönemde enfeksiyona bağlı komplikasyonlar sık görülür (Arslan, 2006). En kritik dönem ilk iki aydır ve bu dönem içinde hastaların en az %80'i bir enfeksiyon rahatsızlığı geçirir. Kaynak, genellikle viral enfeksiyonlardır ve büyük oranda immünsüpresyona bağlıdır (Esen, 2001). Geç dönemde görülen enfeksiyonların

nedeni ise immünoşupresif tedavinin konak mikroorganizma mekanizmaları üzerinde yarattığı hasar ve toplum kaynaklı olan mikroorganizmalardır (Çolakdalcı, 2012).

**Malig niteler :** Yoğun immünoşupresif ilaç tedavisi altında olan hastalarda kanser veya lenfoma görülme oranı yaklaşık %4-6 civarındadır. Normal popülasyona göre kanser görülme insidansında ortalama 100 kat artış beklenmektedir. Cyclosporine A tedavisi altındaki hastalarda lenfoma, cilt kanseri, kaposi sarkomu, böbrek, meme, kolon ve akciğer kanseri sık görülmektedir. Transplantasyon sonrası malign hastalıkların ortaya çıkma süresi yaklaşık olarak 62 aydır ( Çolakdalcı, 2012).

#### 4.3.7. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Evde Bakım

- Hastanın kullanacağı ilaçların listesi hastaya yazılı olarak verilmeli ve hastanın anlayabileceği dilde basit ve eğitim-öğretim araçları kullanılarak anlatılmalıdır.
- Hastaya eğitim verilirken hasta yakınlarının ve bakım vereninde de katılımı sağlanmalıdır (Ordin, 2013).
- Birkaç saat oda ısısında beklemiş pişmiş yiyecekler, çiğ yiyecekler, pastörize olmayan süt ve süt ürünlerinin tüketilmemesi gerektiği, kaynamış ya da şişe su içmesi gerektiği anlatılmalıdır.
- 1-2 günden daha fazla süren diyare, özellikle ateş, kusma ve/veya kanlı dışkı olduğunda derhal bir sağlık kuruluşuna başvurusu gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
- Solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle yakın temas ve kalabalık ortamlardan sakınması gerektiği anlatılmalıdır.
- Seyahat edeceği ülkeler ile ilgili enfeksiyon riski ve aşular konusunda bilgilendirilmelidir.
- Hasta ile konuşulurken ilaçların ticari isimleri söylenmelidir. Hastaların okuma yazma bilip bilmedikleri öğrenilmeli eğer bilmiyorsa ilaçlar renk, ebat, ambalaj özellikleri ile tanıtılmalıdır.
- Kullanacağı ilaçlara yönelik ilaçların isimleri, etkileri, dozları, zamanı ve yan etkileri konusunda özellikle bilgilendirilmelidir.
- İmmünoşupresiflerin kandaki dozunu etkilemesinden dolayı bu ajanları greyfurt suyu ile birlikte almaması gerektiği anlatılmalıdır.

- Günlük ateş, nabız ve tansiyon takibi yapması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir.
- İnsizyon bölgesinin iyileŐmesini hızlandırmak, enfeksiyona duyarlılığın azalmasına katkı sağlamak, yüksek doz steroid alımına bağlı yıkılan kas proteinlerini yerine koymak için tuzsuz ve proteinden zengin diyet alması için hasta teŐvik edilmelidir.
- El yıkamanın önemi anlatılmalı ve enfeksiyondan korunması için gerekli önlemler konusunda bilgilendirilmelidir.
- Gelişebilecek rejeksiyon ve komplikasyonların belirti bulguları ve bu durumda ne yapması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
- Doktor kontrolleri, hangi durumda sağlık kuruluşuna baŐvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
- Steroid tedavisi nedeniyle gelişebilecek kas-iskelet sorunlarının önlenmesi için egzersiz yapmasının önemi vurgulanmalıdır.
- Transplantasyon sonrası sağlıklı yaşama yönelik, ağız, diş ve cilt bakımı, tedaviye uyum, cinsel yaşam, iŐe baŐlama, kazalardan korunma, kalabalık ortamlardan kaçınma, aŐılanma konusunda bilgi verilmelidir (Ateş, 2012).
- T- tüpün yerinden çıkmasına sebebiyet verecek ani, Őiddetli hareketlerden kaçınılması konusunda bilgilendirilmelidir.
- Kortizon kullanımına bağlı olarak iştahta artma söz konusu olabilir. Buna bağlı olarak kilo alımının artmaktadır. Bu nedenle düzenli bir diyet ve beslenme ihtiyaç duyulan temel unsurdur. Az yağlı ve az Őekerli diyetler hem kiloyu hem de kan Őekerini kontrol altında tutmaya yardımcı olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.
- AĞız içi aft ve enfeksiyonları önlemek için ağız bakımının maksimum zen göstermesi konusunda eğitim verilmelidir.
- Karaciğere zararı yüksek bir içecek olan alkolden uzak durulması konusunda uyarılmalıdır (Tamer, 2015).

#### 4.3.8. Yaşam Kalitesi

Kalite, kişilerin, objelerin ya da yaşama dair olan şeylerin, nasıl özelliklere sahip olduğunu, onları diğer öğelerden ayıran üstün unsurları belirleyen hususlara denir. Dinamik bir özellik taşıyan yaşam kalitesi kavramı; çok boyutlu olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması oldukça zordur (Doğan, 2011).

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Laborke 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 tanımlanmıştır (Bozdemir,2006).

Uzun yıllar felsefeye ait bir tartışma konusu olan yaşam kalitesi: Antik ve Ortaçağda kişinin mükemmel olma seviyesi, erdeme ve güzelliğe en üst seviyede sahip olma şeklinde tanımlanmıştır. 1960’lı yıllarda ise yaşam kalitesi konusu ekonominin ve sosyolojinin de alanına dâhil olmuştur. Ekonomi uzmanları, yerli üretim; yerli gelirin satın alma kapasitesi olarak belirtmişlerdir. Sosyologlar bu konuya, bir yerde yaşama, çalışma ve sosyal durum yönünden bakmışlardır. 1970’li yıllarda psikologlar yaşam kalitesini, yaşamdan tatmin olma yönü ile ele almıştır. 1970’lerden sonra tıbbın alanına girmiştir. 1980’lerden sonra ise hemşireliğin alanında yerini almıştır (Erkıral, 2014; Perim 2007).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre sağlık; “ yalnızca sakatlık ya da hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”dir. Bu çok boyutlu sağlık tanımında, sağlık hizmetlerinde hastalıkların sıklığı ve şiddeti gibi özelliklerin yanı sıra, sağlıkla ilişkili iyilik halinin de belirlenmesi öngörülmekte, başka bir ifade ile sağlığın ölçülmesinde yeni bir kavram olarak çağdaş anlamda yaşam kalitesinden bahsedilmektedir. Çağdaş sağlık hizmetlerinin amacı; yalnızca hastalıkları tedavi etmek veya önlemek değil; kişiye toplum içindeki rolünü devam ettirebileceği yüksek kalitede bir yaşam sunmaktır. Uluslararası Standart Örgütü’nün (ISO) 9005 kalite sözlüğünde kalite, “ürün ya da hizmetlerin belirlenen

veya olabilecek ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı’’ olarak tanımlanmıştır (Kaya, 2013).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tanımının içinde, birbirleriyle çok yakından ilgili c ana boyut bulunmaktadır. Bunlar fiziksel, sosyal ve psikolojik boyuttur.

**Fiziksel boyut :** Kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşlarını ne kadar yerine getirebildiğini anlaması ile ilgilidir (Ercan, 2010). Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktivitelerini yerine getirme, iştah, yeme, uyku, cinsellik, yorgunluk, ağrı, sağlık ve hastalığın algılanması, zindelik, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir (Doğan, 2011).

**Sosyal boyut :** Kişinin aile bireyler, çalışma arkadaşları, komşuları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılması konularını içine almaktadır (Ercan, 2010; Doğan,2011).

**Psikolojik boyut :** anksiyete, depresyon, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları kapsamaktadır (Ercan, 2010).

#### **Yaşam kalitesini azaltan faktörler**

- Temel ihtiyaçların karşılanamaması
- Bedensel imajında değişim
- Kişisel bakım ve günlük yaşam aktivitelerinde eksiklik
- Cinsel yaşamda aksaklık
- Devamlı yorgun olma hali, bitkinlik
- Gelecek kaygısı
- Kronik olmayan sağlık sorunları
- Kronik olan sağlık sorunları
- Destek sistemlerdeki eksiklidir (Çelebi, 2015; Perim, 2007)

#### **Yaşam kalitesini arttıran durumlar**

- Ekonomik ve sosyal güvence altında olması
- Güven içerisinde yaşaması
- Rahatlık ve ihtiyacı olan konfora sahip olması
- Yakın evresi ile pozitif ilişkiler içinde olması



- Eğlence ve haz aldığı aktivitelerin olması
- Saygı görmesi
- Otonomisinin olması
- Mahremiyetine özen gösterilmesi
- Kendini ifade edebilmesi
- Fonksiyonel olarak yeterli olması
- Özgün bir birey olarak görülmesi
- Huzur içinde olması gerekmektedir (Perim, 2007; Erkıral, 2014).

Sağlık hizmetlerinin amacı, yaşama anlam yükleyen değerlerin başında gelen sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Kişisel açıdan bakıldığında hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı vardır. Uygulanan tıbbi girişimlerin neticesinde, hastaların yaşam sürelerinin uzayacağını, ileride sağlık durumlarının bozulmasını engelleyeceğini ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağına inanılmaktadır. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaşıldığını ölçmek nispeten daha kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlara bir bütün olarak bakıldığında, bu tip değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle, kişilerin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam faaliyetlerini ne kadar yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Kaya, 2013).

#### **4.3.9. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Eğitim Gereksinimleri**

Hasta eğitimi sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarına yön vererek bilgi, beceri ve davranışları değiştirmek üzere sağlık ekibi üyeleri-hasta ikilisi arasındaki öğretme ve öğrenme sürecidir. Hasta eğitimi terimi 1950’li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık eğitimi, sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimler aynı amaca yönelik kullanılmıştır.

Sağlık eğitiminin amacı, hastayı en sağlıklı biçimde hayatını sürdürebilmesi için eğitmek ve böylece hastanın maksimum sağlık potansiyelini kurması için çaba göstermesini sağlamaktır (Kaya, 2013). KT hastalarının uzun dönem bakım ve taburculuk eğitimi, karaciğer ve KT’ ye yönelik eğitim ve bakım, beslenme, enfeksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, cinsellik, uzun dönemde görülebilecek komplikasyonlar ve önlemeye yönelik yapılabilecek girişimler, sağlık kontrolleri, kullanılan ilaçlar ve immünosupresif ilaçlara yönelik olmalıdır (Çolakdalcı, 2012; Sarıgöl, 2008).

Hastaların tedaviye uyumu ve nakil sonrası prognozun iyiliği için hastanın nakil sonrası yaşamının nasıl devam ettireceği konusunda bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu noktada hemşirenin görevi; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeye çıkarmaktır. Hasta eğitimi profesyonel hemşirenin sorumluluğudur ve hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamlılığından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir. Sağlık eğitiminin amacı; hastayı en sağlıklı biçimde hayatını yaşaması için eğitmek ve böylece sağlık durumunu iyileştirmesi için çaba içinde olmasını sağlamaktır (Cürcani, 2008; Öztürk, 2013).

Karaciğer ve KT’ye yönelik özel bakım ve eğitim; karaciğerin yapı ve işlevini, karaciğer hastalığının belirtilerini ve KT sonrası enternal veya internal dren takıldı ise bunun izlemi, yara bakımını ve karaciğerin rejeksiyonunu içermektedir. Aynı zamanda karaciğer yetmezliği etiyojisine özel bakım ve bunun eğitimini içermektedir. Hastanın karaciğer etiyojisi Hepatit B ise ya da hastada HBV var ise HBV’ ye karşı aşılması ve aşı yapıldıktan sonra bağışıklık durumunun izlenmesi gerekmektedir.

Hastanın etiyojisi HCV ya da HCV taşıyıcısı ise HCV immunglobinleri izlenmeli, eğer hastada HCV tekrarlırsa interferon tedavisine başlanmalıdır (Sarigöl, 2008).

Hemşirenin nakil sürecinde, verici ve alıcının belirlenme sürecine katılmaları, ameliyat öncesi bakım gereksinimlerin belirlenmesi, aile ve sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği, belirlenen girişimleri uygulanması ve hastanın en iyi durumda ameliyat sürecine başlaması, ameliyat sonrası bakımın devamlılığı, hastanın taburculuk sonrasına yeterli şekilde hazırlanması sonucunda hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve sürdürülmesinde etkili olacaktır (Bozdemir, 2006).

Hasta ve ailesine immünosupresif ilaçların etkileri ve verilme yöntemleri, zamanında almanın faydaları ve unutulduğunda veya zamanında alınmadığında ne yapılacağına, sürekli tedavi edici rejime bağlı kalmaları gerektiği konusunda açıklama yapılmalıdır. İlaçları ne zaman veya nasıl almaları gerektiği konusunda sözlü ve yazılı bilgiler verilmelidir. İlaç dozunu atlamaları ve ilaçsız kalmalarının sakıncaları vurgulanmalıdır (Şahin, 2012). KT sonrası beslenmeye yönelik eğitim, karaciğer yağlanması riskini ve kullanılan ilaçların yan etkilerinin azaltılması amacıyla hangi besinleri daha çok tüketmesi ve besinleri tüketirken nelere dikkat etmesi gerektiğini kapsamaktadır. Kullanılan immünosupresif ilaçlara bağlı olarak gelişebilecek hiperlipidemi, hipertansiyon, gastrik ülser gibi yan etkilere yönelik beslenmenin düzenlenmesi gerekmektedir. Kaşektik veya obez hastalar ideal kilosuna getirilmeye çalışılarak özel bir diyet uygulanması gerekmektedir (Sarigöl, 2008).

Karaciğer transplantasyonu sonrası gelişebilecek enfeksiyon riskine karşılık bakım ve eğitim, hastaların enfeksiyon belirti bulguları (ateş, öksürük, bulantı, kusma, baş ağrısı veya beklenmeyen diğer semptomların varlığı) hakkında bilgilendirilmesi, enfeksiyondan korunma yöntemleri ve kişisel hijyen kurallarını içermektedir (Sarigöl, 2008; Şahin, 2012).

Cinsel yaşama ilişkin bakım ve eğitim; hastaların transplantasyon sonrası ilk ayda cinsel yaşamlarında olumsuz bir etkilenme olabileceğini ve bunun zamanla ortadan kalkabileceğini, aile planlaması ve kadın hastaların hamilelik konusunda bilgilendirilmesini içermektedir. Bir çok hastada normal libido ve kadın hastalarda menstrasyon normale dönmektedir. Özellikle kadın hastalara hamile kalmadan önce mutlaka nakil ekibine danışılmasını ve KT'den sonra en az iki yıl sonra hamile kalabileceğinin bilgisi verilmelidir. Ayrıca hastaların aile planlaması yöntemleri

hakkında da bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hem kadın hem de erkekte iki bariyer yöntemi kullanılabileceği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir.

KT sonrası uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonlar ve yan etkileri ile ilgili bakım ve eğitim; kronik rejeksiyon ve immünoşpresif ilaçların uzun dönem yan etkilerini içermektedir (Sarigöl, 2008). Hemşire hastaya rejeksiyon belirti bulgularını (karaciğer enzim yüksekliği, karaciğerde yağlanma, ateş, karaciğer üzerinde ağrı, ve hassasiyet, koyu renkli idrar, sklerada sarılık, sarı cilt, batında assit, deride kaşıntı ) anlatmalıdır. Hasta karaciğer enzimlerinde herhangi bir değişiklikte hemen doktoruna bilgi verilmelidir (Sarigöl, 2008; Şahin, 2012).

KT sonrası hastaların sağlık kontrolleri her KT merkezinde farklılık göstermekle birlikte genelde sıklıkla üç ay daha sık sonraki üç ayda daha aralıklı ve sonrası giderek sağlık kontrollerinin arası sürenin uzaması şeklinde planlanmaktadır. Hastalarda herhangi bir komplikasyon ya da beklenmedik bir durum gelişti ise kontroller daha sık olmalıdır. Ayrıca hastalar, kendilerinde farkettileri anormal durumlarda KT ekibine haber vermeleri konusunda bilgilendirilmelidir (Sarigöl, 2008).

#### Hasta Eğitiminin Yararları;

Kronik hastalarda yeterli bilgilendirme ile hastanın kendisini daha iyi hissettiği, fizik aktivitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı tespit edilmiştir. Hastalıklardan korunma hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının önemli hedefidir ve bu eğitimle mümkün olur. Astım ve diyabet hastalarında yapılan çalışmada hastaneye yatış, hastanede kalma süresi ve acil servise başvurma oranlarında, eğitimle belirgin azalma olduğu ve maliyetlerin azaldığı saptanmıştır. Bunlar;

- Eğitim ile gereksiz hasta ziyaretleri azalır.
- Verilen hizmetlere ve tedaviye uyum artar.
- Tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere geçiş ile sağlık düzeyi artar ve morbidite ve dolayısıyla maliyet azalır
- Hasta hastalık ve risk faktörleri konusunda aydınlatılarak yasal sorumluluk yerine getirilir.

- Hastaların bilgilendirilmiş kararlar vermede ve bakıma katılımında aktif rol oynamasını sağlar (Kaya, 2013).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini ve eğitim gereksinimlerini değerlendirmek ve çalışmanın sonunda elde edilecek verilere göre, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların eğitim programlarına yönelik önerilerde bulunmak amacı ile yapılmış bir araştırmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu çalışma, tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

### **5.3. ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır?
2. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hastaların eğitim gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?

### **5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER**

Araştırma, İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan bir özel hastanede gerçekleştirildi.

### **5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırma evrenini; İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan özel bir hastanede karaciğer transplantasyonu uygulanan 100 hasta oluşturmaktadır. Araştırma 20

Temmuz 2016 – 20 Ekim 2016 tarihleri arasında hastalarla yüz yüze görüşme ile periyodik kontrol sırasında doldurulmuştur.

## **5.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırma örneklemini; İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan özel bir hastanede karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarından, örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 93 hasta oluşturdu.

Araştırma örneklemine dahil edilme kriterleri;

- Karaciğer transplantasyonu uygulanan,
- 18-65 yaş aralığında olan,
- Okuma-yazma bilen,
- Nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlığı öyküsü olmayan/bildirmeyen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır.

## **5.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma, İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan özel bir hastanede karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalardan araştırmaya dahil olmayı kabul edenlerle sınırlıdır.

## **5.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER**

Araştırmanın yapılması için İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu onayı ile araştırmanın yapıldığı İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan özel bir hastanenin yönetiminden gerekli izinler alındı (EK-2, EK-4). Nottingham Sağlık Profili Ölçeği, Prof. Dr. Ayşe Küçükdeveci tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılmış ve bu çalışmada kullanılabilmesi için yazılı izin onayı alınmıştır. Hasta Bilgi Formu araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür bilgileri ışığında (Akın, 2012; Cürcani, 2008; Durna, 2012; Durna, 2011; Kaçmaz, 2014; Mollaoğlu, 2013; Sarıgöl, 2008; Sargent, 2007; Şelimen, 2006) hazırlandı (EK-3). Araştırmaya katılma

konusunda gönüllü olan hastalara araştırmanın amacı, araştırma soruları yanıtlandıktan sonra sözlü olarak eğitim verileceği, elde edilen bilgilerin gizli kalacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı açıklanarak bilgilendirilmiş gönüllü olurları alındı (EK- 3).

## **5.9. VERİLERİN TOPLANMASI**

Veri toplama çalışmaları, İstanbul ili Avrupa Yakasında bulunan özel bir hastanede 20 Temmuz 2016 – 20 Ekim 2016 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.9.1. Veri Toplama Yöntemi**

Araştırma sorularının yanıtlanması yazılı ve sözlü eğitimin verilmesi toplam 15 dakika sürmüştür. Alınan izinler doğrultusunda, İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan özel bir hastanede karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalara ilişkin veriler anket uygulanarak elde edildi.

### **5.9.2. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak (1) ‘‘Hasta Bilgi Formu’’ ve (2)’’ Nottingham Sağlık Profili Ölçeği’’ kullanıldı (EK-3).

**Hasta Bilgi Formu :** Araştırmada kullanılan Hasta Bilgi Formu'nda; yaş, cinsiyet, çalışma durumu, meslek, yaşadığı yer, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir durumu, ailesinin geçimini kimin sağladığı, sosyal güvencesi, sigara ve alkol tüketim durumu, hastalık nedeni ve ne kadar süredir olduğu, ailede olup olmadığı, başka hastalığın varlığı, karaciğer uygulama zamanı, ameliyat sonrasında nasıl hissettiği, korkuları ve yaşadığı sıkıntıları, ameliyat öncesinde ve sonrasında verilen eğitimler ile ilişkin bilgi kaynağı özelliklerini içeren 37 soru yer almaktadır.



**Nottingham Sağlık Profili Ölçeği** : Araştırmada kullanılan Nottingham Sağlık Profili Ölçeği; hasta tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemleri değerlendiren 6 alt bölümden oluşmaktadır:

- 1- Enerji düzeyi (3 alt parametre)
- 2- Ağrı (8 alt parametre)
- 3- Fiziksel aktivite (8 alt parametre)
- 4- Uyku (5 alt parametre)
- 5- Emosyonel reaksiyonlar (9 alt parametre)
- 6- Sosyal izolasyon (5 alt parametre)

Anket toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Sorular evet/hayır şeklinde cevaplandırılır. Ankette o andaki yakınmalar sorgulanır. Belirli alanlara verilen pozitif cevapların belirlenmiş puanlama cetveli vardır ve bu puanların toplamı şiddeti değerlendirir. Her bir alt kategorinin toplam puanı 100'dür. Alt kategorilerin toplamı bir profil olarak verilebilir. Nottingham Sağlık Profili'nin Türkçeye adaptasyonu ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 1997 yılında çalışılmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm olgularda Nottingham Sağlık Profili'nin 6 alt parametresi ayrı ayrı hesaplanacaktır.

## **5.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ**

Elde edilen veriler SPSS 21.0 ( Statistical Package For Social Sciences 21.0 version ) programı kullanılarak analiz edildi.

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan tez kapsamında ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayısı ve Cronbach alfa değerleri hesaplanarak, ölçek puanlarının dağılımı verilerek, ölçek puanları hastaların sosyo-demografik, yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimleri özelliklerine göre fark analizleri ile karşılaştırılarak ve ölçek puanları arasındaki ilişkiler hesaplandı.

Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş ve anlamlılık değeri 0,05'den

küçük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız değişken için Mann-Whitney testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal-Wallis testi, ilişki analizleri için ise Spearman's korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

Tablo 4 Nottingham Sağlık Profili Verilerinin Normal Dağılıma Uygunluk Testi (N=93)

<b>Nottingham Sağlık Profili Puanları</b>	<b>Z<sub>KS</sub></b>	<b>p</b>
Enerji Düzeyi (EL)	3,767***	<b>0,000</b>
Ağrı (P)	3,477***	<b>0,000</b>
Emosyonel Reaksiyon (ER)	3,638***	<b>0,000</b>
Uyku (S)	3,054***	<b>0,000</b>
Sosyal İzolasyon (SI)	5,060***	<b>0,000</b>
Fiziksel Aktivite (PA)	2,646***	<b>0,000</b>
NSP Toplam Puan	1,797***	<b>0,003</b>

Z<sub>KS</sub>: Kolmogorov-Smirnov Z Testi \*\*\* p<0,001

## 6. BULGULAR

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma kapsamında, karaciğer transplantasyonu uygulanan 93 hasta ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular 4 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri
2. Hastaların hastalık ile ilgili özellikleri
3. Nottingham Sağlık Profiline ilişkin bulgular
4. Hastaların önemli sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özelliklerinin Nottingham Sağlık Profili puanlarına göre karşılaştırılması

### 6.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş, çalışma durumu, meslek, yaşadığı yer, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi, eğitim düzeyi, aylık gelir durumu, ailede geçimi sağlayan kişi, sosyal güvence, sigara kullanma durumu, sigara kullanım miktarı ve alkol kullanma durumu değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 5'te verildi.

Tablo 5 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93)

Özellik	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	22	23,7
	Erkek	71	76,3
Yaş	<i>Ortalama: 51,95 ± 10,925 (Aralık: 18-69)</i>		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	33	35,5
	Çalışmıyor	60	64,5
	Memur	3	3,2
Meslek	İşçi	21	22,6
	Diğer	9	9,7
	Köy	5	5,4
Yaşadığı Yer	Kasaba	5	5,4
	Şehir	83	89,2
Medeni Durum	Bekar	7	7,5
	Evli	86	92,5

Tablo 5 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93) (devam)

Özellik	Kategori	n	%
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	1	1,1
	Eşiyle	28	30,1
	Eşi ve çocuklarıyla	57	61,3
	Çocuklarıyla	2	2,2
	Anne ve babasıyla	5	5,4
	Okur-yazar	6	6,5
Eğitim Durumu	İlkokul	45	48,4
	Ortaokul ve lise	24	25,8
	Üniversite ve üstü	18	19,4
Aylık Gelir Durumu	İyi	23	24,7
	Orta	63	67,7
	Kötü	7	7,5
Ailede Geçimi Sağlayan Kişi	Kendi	60	64,5
	Eşi	18	19,4
	Annesi/babası	2	2,2
	Çocuğu	5	5,4
	Eşi ve kendi	8	8,6
	Yok	3	3,2
Sosyal Güvence	Yeşil Kart	1	1,1
	Bağ-kur	7	7,5
	Emekli Sandığı	16	17,2
	Özel Sigorta	3	3,2
	SGK	63	67,7
	Evet	12	12,9
Sigara Kullanma Durumu	Hayır	81	87,1
Sigara Kullanım Miktarı (paket/gün)	<i>Ortalama: 0,68 ± 0,368 (Aralık: 0,25-2)</i>		
	Tüketmiyor	91	97,8
Alkol Kullanma Durumu	Sosyal içici	1	1,1
	Her gün içiyor	1	1,1

Araştırmaya katılan hastaların %23,7'si (n=22) kadın, %76,3'ü (n=71) ise erkektir.

Hastaların yaşlarının 18 ile 69 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $51,95 \pm 10,925$  yaş olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların %35,5'inin (n=33) alıştığı tespit edildi. Buna göre hastaların %3,2'sinin (n=3) memur, %22,6'sının (n=21) işçi, %9,7'sinin (n=9) ise diğer bir meslek mensubu olduğu belirlendi.

Hastaların yaşadığı yere göre dağılımları incelendiğinde %5,4'ünün (n=5) köyde, %5,4'ünün (n=5) kasabada, %89,2'sinin (n=83) ise şehirde yaşadığı saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların %7,5'inin (n=7) bekar, %92,5'inin (n=86) ise evli olduğu tespit edildi.

Hastaların %1,1'inin (n=1) yalnız, %30,1'inin (n=28) eşiyle, %61,3'ünün (n=57) eşi ve çocuklarıyla, %2,2'sinin (n=2) ocuklarıyla, %5,4'ünün (n=5) anne ve babasıyla yaşadığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %6,5'inin (n=6) okur-yazar, %48,4'ünün (n=45) ilkokul mezunu, %25,8'sinin (n=24) ortaokul veya lise mezunu, %19,4'ünün (n=18) ise niversite ve üstü bir eğitime sahip olduğu saptandı.

Hastaların aylık gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %24,7'sinin (n=23) aylık gelir durumunun iyi, %67,7'sinin (n=63) aylık gelir durumunun orta, %7,5'inin (n=7) aylık gelir durumunun kötü olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan hastaların %64,5'inin (n=60) ailesinde geçimi sağlayan kişinin kendisi, %19,4'ünün (n=18) ailesinde geçimi sağlayan kişinin eşi, %2,2'sinin (n=2) ailesinde geçimi sağlayan kişinin anne veya babası, %5,4'ünün (n=5) ailesinde geçimi sağlayan kişinin çocuğu, %8,6'sının (n=8) ailesinde geçimi sağlayan kişinin ise eşi ve kendi olduğu belirlendi.

Hastaların sosyal güvence durumuna göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %3,2'sinin (n=3) herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı, %1,1'inin (n=1) yeşil kart, %7,5'inin (n=7) Bağ-kur, %17,2'sinin (n=16) emekli sandığı, %3,2'sinin (n=3) zel sigorta, %67,7'sinin (n=63) ise SGK sağlık güvencesi olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların %12,9'unun (n=12) sigara kullandığı ve bu hastaların günlük sigara kullanım miktarının çeyrek paket ile 2 paket arasında değiştiği, ortalama sigara kullanım miktarının  $0,68 \pm 0,368$  paket olduğu saptandı.

## 6.2. HASTALARIN HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan hastaların hastalık nedeni, karaciğer yetmezliği yaşadığı süre, ailede karaciğer yetmezliği olan kişi, karaciğer hastalığı dışında başka hastalık durumu, karaciğer hastalığı dışındaki başka hastalık, transplantasyon uygulama zamanı, donör tipi, donör canlı ise kim, ameliyat sonrası kendini nasıl hissettiği, ameliyat sonrası korkuları, taburcu olduktan sonra yaşadığı sıkıntılar, ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanan tedaviler hakkında bilgi verilme durumu ve bilgi veren kişi, ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağına anlatılma durumu ve anlatan kişi, karaciğer nakli sonrası ilaçları düzenli kullanma durumu, ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilme durumu, ameliyat öncesi ve sonrası sağlık durumu karşılaştırması, çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalma durumu ve karaciğer transplantasyonu yaptırdığı için memnuniyet durumu değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 6'da verildi.

Tablo 6 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93)

Özellik	Kategori	n	%
Hastalık Nedeni	Viral Hepatit	55	59,1
	Otoimmün Hepatit	1	1,1
	Primer Biliyer Siroz / Primer Sklerozan Kolanjit	5	5,4
	Wilson Hastalığı	1	1,1
	Alkolik Karaciğer Hastalıkları	6	6,5
	Kriptojenik Karaciğer Hastalığı	15	16,1
	Diğer	10	10,8
Karaciğer Yetmezliği Süre (ay)	<i>Ortalama: 62,00 ± 61,171 (Aralık: 6-300)</i>		

Tablo 6 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93) (devam)

Özellik	Kategori	n	%
Ailede Karaciğer Yetmezliği Olan Kişi	Yok	68	73,1
	Anne	5	5,4
	Baba	5	5,4
	Kardeş	8	8,6
	Çocuk	2	2,2
	Diğer	5	5,4
Karaciğer Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumu	Var	37	39,8
	Yok	56	60,2
Karaciğer Hastalığı Dışındaki Başka Hastalık	Hipertansiyon	3	3,2
	Diyabet	16	17,2
	Hipertansiyon ve diyabet	11	11,8
	Kalp	2	2,2
	Diğer	5	5,4
Transplantasyon Uygulanma Zamanı	3-6 ay önce	21	22,6
	6-9 ay önce	12	12,9
	9 ay – 1 yıl önce	34	36,6
	1,5-2 yıl önce	26	28,0
Donör Tipi	Canlı	80	86,0
	Kadavra	13	14,0
Donör Canlı ise Kim	Baba	1	1,1
	Eş	9	9,7
	Çocuk	44	47,3
	Kardeş	13	14,0
	Diğer (yakın akraba)	13	14,0
Ameliyat Sonrası Kendini Nasıl Hissettiği	Pişmanlık duygusu içindeyim	2	2,2
	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	22	23,7
	Kendimi rahatlamış hissediyorum	56	60,2
	Şu anda halimden memnunum	7	7,5
	Genellikle keyfim yerinde	6	6,5

Tablo 6 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93) (devam)

Özellik	Kategori	n	%
Ameliyat Sonrası Korkuları	Organ reddi korkusu	38	40,9
	Karaciğer nakli gerektiren hastalığın tekrar etmesi	26	28,0
	Ameliyat sonrası ağrının çok olması	14	15,1
	Normal yaşama devam edememe korkusu	6	6,5
	Diğer	9	9,7
Taburcu Olduktan Sonra Yaşadığı Sıkıntılar	Kontrollere gelmekte sıkıntı yaşadım	10	10,8
	İlaçlarımı temin etmekte sıkıntı yaşadım	7	7,5
	Ameliyat öncesi problemlerin tekrar etmesi korkusu	13	14,0
	Yaşamadım	57	61,3
Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Uygulanan Tedaviler Hakkında Bilgi Verilme Durumu	Diğer	6	6,5
	Evet	84	90,3
	Hayır	1	1,1
	Bazen	8	8,6
Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Uygulanan Tedaviler Hakkında Bilgi Veren Kişi	Hekim	15	16,1
	Hemşire	16	17,2
	Hekim ve hemşire	62	66,7
Ameliyat Sonrası İlaçların Nasıl Kullanılacağına Anlatılma Durumu	Evet	89	95,7
	Hayır	3	3,2
	Bazen	1	1,1
Ameliyat Sonrası İlaçların Nasıl Kullanılacağını Anlatan Kişi	Hekim	2	2,2
	Hemşire	51	54,8
	Hekim ve hemşire	40	43,0
Karaciğer Nakli Sonrası İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	Evet	90	96,8
	Bazen	3	3,2
Ameliyat Sonrası Enfeksiyondan Nasıl Korunacağını Bilme Durumu	Evet	83	89,2
	Hayır	10	10,8



Tablo 6 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=93) (devam)

Özellik	Kategori	n	%
Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sağlık Durumu Karşılaştırması	Ameliyat öncesinden daha iyi	79	84,9
	Ameliyat öncesinden biraz daha iyi	9	9,7
	Ameliyat öncesiyle aynı	2	2,2
	Ameliyat öncesinden kötü	3	3,2
Çalışırken veya Diğer Aktiviteleri Yaparken Uzun Süre Ara Vermek Zorunda Kalma Durumu	Evet	29	31,2
	Hayır	42	45,2
	Bazen	22	23,7
Karaciğer Transplantasyonu Yaptırıldığı için Memnuniyet Durumu	Çok memnunum	77	82,8
	Memnunum	13	14,0
	Az memnunum	2	2,2
	Hiç memnun değilim	1	1,1

Hastaların hastalık nedenine göre dağılımları incelendiğinde, hastalık nedeninin hastaların %59,1'inde (n=55) viral hepatit, %1,1'inde (n=1) otoimmün hepatit, %5,4'ünde (n=5) primer biliyer siroz / primer sklerozan kolanjit, %1,1'inde (n=1) wilson hastalığı, %6,5'inde (n=6) alkolik karaciğer hastalığı, %16,1'inde (n=15) kriptojenik karaciğer hastalığı, %10,8'inde (n=10) ise diğer karaciğer hastalıkları neden olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların karaciğer yetmezliği hastalığı yaşadığı sürenin 6 ay ile 25 sene arasında değiştiği, ortalama karaciğer yetmezliği yaşanan sürenin  $62,00 \pm 61,171$  ay olduğu saptandı.

Hastaların ailesinde karaciğer yetmezliği olan kişiye göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %73,1'inin (n=68) ailesinde karaciğer yetmezliği yaşayan bir kişi olmadığı, %5,4'ünün (n=5) annesinin, %5,4'ünün (n=5) babasının, %8,6'sının (n=8) kardeşinin, %2,2'sinin (n=2) çocuğunun, %5,4'ünün (n=5) ise diğer bir akrabasının karaciğer yetmezliği olduğu belirlendi.

Hastaların %39,8'inin (n=37) karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı daha olduğu saptandı. Buna göre hastaların %3,2'sinde (n=3) hipertansiyon, %17,2'sinde (n=16) diyabet, %11,8'inde (n=11) hipertansiyon ve diyabet, %2,2'sinde (n=2) kalp, %5,4'ünde (n=5) ise diğer bir rahatsızlık olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların transplantasyon uygulanma zamanına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %22,6'sına (n=21) 3-6 ay önce, %12,9'una (n=12) 6-9 ay önce, %36,6'sına (n=34) 9 ay - 1 yıl önce, %28'ine (n=26) ise 1,5 - 2 yıl önce karaciğer transplantasyonu uygulandığı belirlendi.

Karaciğer transplantasyonu uygulamasında hastaların %86'sında (n=80) canlı donör, %14'ünde (n=13) ise kadavra donör kullanıldığı tespit edildi. Buna göre canlı donörün, hastaların %1,1'inde (n=1) hastanın babası, %9,7'inde (n=9) hastanın eşi, %47,3'ünde (n=44) hastanın çocuğu, %14'ünde (n=13) hastanın kardeşi, %14'ünde (n=13) ise diğer bir aile ferдинin olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların %2,2'sinin (n=2) karaciğer transplantasyonu ameliyatı sonrası pişmanlık duygusu içinde olduğu, %23,7'sinin (n=22) sınırlarının çok gergin olduğu, %60,2'sinin (n=56) kendini rahatlamış hissettiği, %7,5'inin (n=7) şu anda halinden memnun olduğu, %6,5'inin (n=6) ise genellikle keyfinin yerinde olduğu tespit edildi.

Hastaların ameliyat sonrası yaşadığı korkulara göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %40,9'unun (n=38) organ reddi, %28'inin (n=26) karaciğer nakli gerektiren hastalığın tekrar etmesi, %15,1'inin (n=14) ağrının çok olması, %6,5'inin (n=6) normal yaşama devam edememe, %9,7'sinin (n=9) ise diğer bir konuda korku yaşadığı saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların taburcu olduktan sonra yaşadığı sıkıntılara göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %10,8'sinin (n=10) kontrollere gelmede, %7,5'inin (n=7) ilaçlarını temin etmede, %14'ünün (n=13) ameliyat öncesi problemlerin tekrar etmesi, %61,3'ünün (n=57) sıkıntı yaşamadığı, %6,5'inin (n=6) ise diğer bir konuda sıkıntı yaşadığı belirlendi.

Hastaların %90,3'üne (n=84) ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanan tedaviler hakkında bilgi verildiği, %8,6'sına (n=8) bazen bilgi verildiği, %1,1'ine (n=1) ise bilgi verilmediği tespit edildi. Ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanan tedaviler hakkında hastaların %16,1'ine (n=15) hekimin, %17,2'sine (n=16) hemşirenin, %65,6'sına (n=61) ise hekim ve hemşirenin birlikte bilgi verdiği saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların %95,7'sine (n=89) ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağına anlatıldığı, %1,1'ine (n=1) bazen anlatıldığı, %3,2'sine (n=3)

ise hiç anlatılmadığı belirlendi. Hastaların %2,2'sine (n=2) ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağını hekimin, %54,8'ine (n=51) hemşirenin, %43'üne (n=40) ise hekim ve hemşirenin birlikte anlattığı tespit edildi.

Hastaların %96,8'inin (n=90) karaciğer nakli sonrası ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların %89,2'sinin (n=83) ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bildiği belirlendi.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası sağlık durumları karşılaştırıldığında, hastaların %84,9'unun (n=79) ameliyat öncesinden daha iyi, %9,7'sinin (n=9) ameliyat öncesinden biraz daha iyi, %2,2'sinin (n=2) ameliyat öncesiyle aynı, %3,2'sinin (n=3) ise ameliyat öncesinden kötü olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan hastaların %31,2'sinin (n=29) çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kaldığı, %23,7'sinin (n=22) bazen ara vermek zorunda kaldığı, %45,2'sinin (n=42) ise çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermediği saptandı.

Hastaların %82,2'inin (n=77) karaciğer transplantasyonu yaptırdığı için çok memnun, %14'ünün (n=13) memnun, %2,2'sinin (n=2) az memnun, %1,1'inin (n=1) ise hiç memnun olmadığı belirlendi.

### **6.3. NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Bu bölümde karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili (NSP) maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı ve puanları verildi.

#### **6.3.1. Nottingham Sağlık Profili Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı**

Araştırmaya katılan hastaların, Enerji Düzeyi (EL), Emosyonel Reaksiyon (ER), Ağrı (P), Sosyal İzolasyon (SI), Fiziksel Aktivite (PA) ve Uyku (S) alt boyutlarından oluşan Nottingham Sağlık Profili maddelerine verdikleri yanıtların frekans dağılımı ve yüzdesi Tablo 7'de verildi.

Tablo 7 Hastaların Nottingham Sağlık Profiline Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=93)

Alt Boyut	Madde	Evet		Hayır	
		n	%	n	%
EL	Kendimi sürekli yorgun hissediyorum	23	24,7	70	75,3
P	Geceleri ağrım oluyor	12	12,9	81	87,1
ER	Her şey moralimi bozuyor	8	8,6	85	91,4
P	Dayanılmaz şiddette ağrım var	1	1,1	92	98,9
S	Uyuyabilmek için ilaç alıyorum	3	3,2	90	96,8
ER	Artık eğlenmeyi unuttum	3	3,2	90	96,8
ER	Kendimi çok sınırlı hissediyorum	10	10,8	83	89,2
P	Hareket etmek, pozisyon değiştirmek bana ağrı veriyor	15	16,1	78	83,9
SI	Kendimi yalnız hissediyorum	0	-	93	100
PA	Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	6	6,5	87	93,5
PA	Öne eğilmek benim için zor oluyor	23	24,7	70	75,3
EL	En basit işler için bile çaba göstermem gerekiyor	10	10,8	83	89,2
S	Sabahları çok erken saatte uyanıyorum	48	51,6	45	48,4
PA	Hiç yürüyemiyorum	1	1,1	82	98,9
SI	İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum	3	3,2	90	96,8
ER	Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor	0	-	93	100
PA	Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum	27	29,0	66	71,0
PA	Bazı şeylere, yerlere uzanmak, yetişmek zor oluyor	17	18,3	76	81,7
P	Yürürken ağrım oluyor	9	9,7	84	90,3
ER	Bugünlerde çok kolay öfkeleniveriyorum	15	16,1	78	83,9
SI	Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum	0	-	93	100
S	Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum	18	19,4	75	80,6
ER	Bazen kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum	5	5,4	88	94,6
P	Ayakta durunca ağrım oluyor	7	7,5	86	92,5
PA	Kendi kendime giyinmek zor oluyor	9	9,7	84	90,3
EL	Çabucak yoruluveriyorum	27	29,0	66	71,0
PA	Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor	18	19,4	75	80,6
P	Sürekli ağrım oluyor	2	2,2	91	97,8
S	Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum	25	26,9	68	73,1
SI	Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor	2	2,2	91	97,8
ER	Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum	9	9,7	84	90,3
ER	Hayat yaşamaya değmez gibi geliyor	0	-	93	100

Tablo 7 Hastaların Nottingham Sağlık Profiline Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=93) (devam)

Alt Boyut	Madde	Evet		Hayır	
		n	%	n	%
S	Gece uykularım çok kötü	11	11,8	82	88,2
SI	İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor	6	6,5	87	93,5
PA	Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım var	9	9,7	84	90,3
P	Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor	22	23,7	71	76,3
ER	Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum	10	10,8	83	89,2
P	Otururken ağrım oluyor	2	2,2	91	97,8

Araştırmaya katılan karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili maddeleri arasında en çok evet yanıtı verdikleri madde “Sabahları çok erken saatte uyanıyorum” (n=48) maddesi iken, hastaların tamamının (n=93) “Kendimi yalnız hissediyorum”, “Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor”, “Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum” ve “Hayat yaşamaya değmez gibi geliyor” maddelerine hayır yanıtı verdikleri tespit edildi.

### 6.3.2. Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanlarının dağılımı Tablo 8'de verildi. Hastaların Nottingham Sağlık Profili; Enerji Düzeyi alt boyutu puanlarının 0 ile 100 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $20,62 \pm 32,888$  olduğu, Emosyonel Reaksiyon alt boyutu puanlarının 0 ile 63 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $6,95 \pm 13,259$  olduğu, Ağrı alt boyutu puanlarının 0 ile 51 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $7,30 \pm 13,581$  olduğu, Sosyal İzolasyon alt boyutu puanlarının 0 ile 58 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $2,14 \pm 9,489$  olduğu, Fiziksel Aktivite alt boyutu puanlarının 0 ile 88 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $13,04 \pm 19,555$  olduğu, Uyku alt boyutu puanlarının 0 ile 100 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $19,38 \pm 27,934$  olduğu, hastaların Nottingham Sağlık Profili toplam puanlarının ise 0 ile 24 arasında değiştiği ve puan ortalamasının  $4,47 \pm 5,019$  olduğu tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 8 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Dağılımı (N=93)

Boyut	Potansiyel Dağılım	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Maks
Enerji Düzeyi (EL)	0-100	20,62	32,888	0	100
Ağrı (P)	0-100	7,30	13,581	0	51
Emosyonel Reaksiyon (ER)	0-100	6,95	13,259	0	63
Uyku (S)	0-100	19,38	27,934	0	100
Sosyal İzolasyon (SI)	0-100	2,14	9,489	0	58
Fiziksel Aktivite (PA)	0-100	13,04	19,555	0	88
NSP Toplam Puan	0-38	4,47	5,019	0	24

### 6.3.3. Nottingham Sağlık Profili Güvenirlik Analizi

Nottingham Sağlık Profili madde-toplam puan korelasyon analizi sonuçları ve Cronbach Alpha değeri Tablo 9’da verildi. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarının 0,145 ile 0,677 arasında değişmekte olduğu, Madde 4, Madde 14, Madde 28 ve Madde 30 hariç istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). Madde 9, Madde 16, Madde 21 ve Madde 32’ye hastaların tamamı hayır yanıtı verdikleri için madde-toplam puan korelasyonları hesaplanamadı. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı Cronbach Alpha değeri ise 0,883 bulundu (Tablo 9).

Tablo 9 Nottingham Sağlık Profili Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları ve Cronbach Alpha Değeri

Madde No	Madde-Toplam Puan Korelasyonu		Madde çıkarıldığında Cronbach $\alpha$ Düzeyi
	$r_s$	p	
Madde 1	0,625**	<b>0,000</b>	0,877
Madde 2	0,451**	<b>0,000</b>	0,879
Madde 3	0,370**	<b>0,000</b>	0,880
Madde 4	0,145	0,166	0,883
Madde 5	0,300**	<b>0,004</b>	0,880
Madde 6	0,287**	<b>0,005</b>	0,880
Madde 7	0,271**	<b>0,009</b>	0,883
Madde 8	0,437**	<b>0,000</b>	0,879

Tablo 9 Nottingham Sağlık Profili Madde Toplam Puan Korelasyon Analizi Sonuçları ve Cronbach Alpha Değeri (devam)

Madde No	Madde-Toplam Puan Korelasyonu		Madde çıkarıldığında Cronbach $\alpha$ Düzeyi
	$r_s$	p	
Madde 9	-	-	0,884
Madde 10	0,288**	<b>0,005</b>	0,880
Madde 11	0,516**	<b>0,000</b>	0,879
Madde 12	0,439**	<b>0,000</b>	0,878
Madde 13	0,388**	<b>0,000</b>	0,887
Madde 14	0,168	0,107	0,883
Madde 15	0,216*	<b>0,038</b>	0,881
Madde 16	-	-	0,884
Madde 17	0,677**	<b>0,000</b>	0,873
Madde 18	0,552**	<b>0,000</b>	0,875
Madde 19	0,453**	<b>0,000</b>	0,877
Madde 20	0,396**	<b>0,000</b>	0,882
Madde 21	-	-	0,884
Madde 22	0,457**	<b>0,000</b>	0,881
Madde 23	0,260*	<b>0,012</b>	0,881
Madde 24	0,306**	<b>0,003</b>	0,880
Madde 25	0,446**	<b>0,000</b>	0,878
Madde 26	0,643**	<b>0,000</b>	0,874
Madde 27	0,456**	<b>0,000</b>	0,878
Madde 28	0,201	0,054	0,883
Madde 29	0,544**	<b>0,000</b>	0,879
Madde 30	0,149	0,154	0,882
Madde 31	0,406**	<b>0,000</b>	0,880
Madde 32	-	-	0,884
Madde 33	0,415**	<b>0,000</b>	0,879
Madde 34	0,256*	<b>0,013</b>	0,882
Madde 35	0,466**	<b>0,000</b>	0,876
Madde 36	0,614**	<b>0,000</b>	0,874
Madde 37	0,351**	<b>0,001</b>	0,881
Madde 38	0,227*	<b>0,029</b>	0,882
Cronbach Alpha: <b>0,883</b>			

$r_s$ : Spearman korelasyon katsayısı \* p<0,05 \*\* p<0,01

Nottingham Sağlık Profiline maddeleri ile yer aldığı alt boyutun puanı arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı Enerji Düzeyi alt boyutunda  $r=0,604-0,893$  arasında, Emosyonel Reaksiyon alt boyutunda  $r=0,355-0,635$  arasında, Ağrı alt boyutunda Madde 4 hariç  $r=0,277-0,786$  arasında, Sosyal İzolasyon alt boyutunda  $r=0,590-0,999$  arasında, Fiziksel Aktivite alt boyutunda Madde 14 hariç  $r=0,349-0,772$  arasında, Uyku alt boyutunda ise  $r=0,325-0,849$  arasında bulundu.

Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları olan Cronbach Alpha değeri; Enerji Düzeyi alt boyutu için 0,770, Emosyonel Reaksiyon alt boyutu için 0,687, Ağrı alt boyutu için 0,717, Sosyal İzolasyon alt boyutu için 0,698, Fiziksel Aktivite alt boyutu için 0,779, Uyku alt boyutu için ise 0,795 olarak bulundu (Tablo 10).

Tablo 10 Nottingham Sağlık Profili Madde-Alt Boyut Puan Korelasyon Analizi Sonuçları ve Cronbach Alpha Düzeyleri

NSP Alt Boyut	Madde No	Madde-Toplam Puan Korelasyonu		Cronbach $\alpha$ Düzeyi
		$r_s$	p	
Enerji Düzeyi (EL)	Madde 1	0,873**	0,000	0,770
	Madde 12	0,604**	0,000	
	Madde 26	0,893**	0,000	
	Madde 3	0,541**	0,000	
	Madde 6	0,355**	0,000	
	Madde 7	0,524**	0,000	
	Madde 16	-	-	
Emosyonel Reaksiyon (ER)	Madde 20	0,635**	0,000	0,687
	Madde 23	0,454**	0,000	
	Madde 31	0,534**	0,000	
	Madde 32	-	-	
	Madde 37	0,611**	0,000	
	Madde 2	0,670**	0,000	
	Madde 4	0,193	0,064	
Ağrı (P)	Madde 8	0,658**	0,000	0,717
	Madde 19	0,574**	0,000	
	Madde 24	0,416**	0,000	
	Madde 28	0,277**	0,007	
	Madde 36	0,786**	0,000	
	Madde 38	0,277**	0,007	



Tablo 10 Nottingham Sağlık Profili Madde-Alt Boyut Puan Korelasyon Analizi Sonuçları ve Cronbach Alpha Düzeyleri (devam)

NSP Alt Boyut	Madde No	Madde-Toplam Puan Korelasyonu		Cronbach $\alpha$ Düzeyi
		$r_s$	p	
Sosyal İzolasyon (SI)	Madde 9	-	-	0,698
	Madde 15	0,719**	0,000	
	Madde 21	-	-	
	Madde 30	0,590**	0,000	
	Madde 34	0,999**	0,000	
	Madde 10	0,349**	0,001	
	Madde 11	0,650**	0,000	
	Madde 14	0,193	0,063	
Fiziksel Aktivite (PA)	Madde 17	0,772**	0,000	0,779
	Madde 18	0,642**	0,000	
	Madde 25	0,519**	0,000	
	Madde 27	0,634**	0,000	
	Madde 35	0,534**	0,000	
	Madde 5	0,325**	0,001	
Uyku (S)	Madde 13	0,849**	0,000	0,795
	Madde 22	0,726**	0,000	
	Madde 29	0,808**	0,000	
	Madde 33	0,594**	0,000	

#### 6.3.4. Nottingham Sağlık Profili Puanları Arasındaki İlişkiler

Nottingham Sağlık Profili alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişkiler Tablo 11'de verildi.

Analiz sonuçlarına göre Nottingham Sağlık Profili Enerji Düzeyi alt boyutu ile; Uyku alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde ( $r_s$ : 0,236,  $p < 0,05$ ), Ağrı ve Emosyonel Reaksiyon alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde (sırasıyla  $r_s$ : 0,476,  $r_s$ : 0,350,  $p < 0,01$ ), Fiziksel Aktivite alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde ( $r_s$ : 0,657,  $p < 0,01$ ), NSP Toplam Puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi

( $r_s$ : 0,735,  $p < 0,01$ ). Buna karşın Enerji Düzeyi alt boyutu ile Sosyal İzolasyon alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ( $p > 0,05$ ).

Nottingham Sağlık Profili Ağrı alt boyutu ile; Emosyonel Reaksiyon alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde ( $r_s$ : 0,307,  $p < 0,01$ ), Fiziksel Aktivite alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve yüksek düzeyde ( $r_s$ : 0,701,  $p < 0,01$ ), NSP Toplam Puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ( $r_s$ : 0,692,  $p < 0,01$ ). Buna karşın Ağrı alt boyutu ile Uyku ve Sosyal İzolasyon alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Nottingham Sağlık Profili Emosyonel Reaksiyon alt boyutu ile; Uyku, Sosyal İzolasyon ve Fiziksel Aktivite alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde (sırasıyla  $r_s$ : 0,295,  $r_s$ : 0,418 ve  $r_s$ : 0,298,  $p < 0,01$ ), NSP Toplam Puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ( $r_s$ : 0,597,  $p < 0,01$ ).

Nottingham Sağlık Profili Uyku alt boyutu ile; Fiziksel Aktivite alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde ( $r_s$ : 0,234,  $p < 0,05$ ), NSP Toplam Puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı ( $r_s$ : 0,569,  $p < 0,01$ ). Buna karşın Uyku alt boyutu ile , Sosyal İzolasyon alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Nottingham Sağlık Profili , Sosyal İzolasyon alt boyutu ile; NSP Toplam Puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ( $r_s$ : 0,257,  $p < 0,05$ ). Buna karşın , Sosyal İzolasyon alt boyutu ile Fiziksel Aktivite alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Nottingham Sağlık Profili Fiziksel Aktivite alt boyutu ile; NSP Toplam Puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ( $r_s$ : 0,785,  $p < 0,01$ ) (Tablo 11).

Tablo 11 Nottingham Sağlık Profili Puanları Arasındaki İlişkiler

NSP Puanları	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Toplam
	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
F1. Enerji Düzeyi	1,000						
F2. Ağrı	0,476**	1,000					
F3. Emosyonel Reaksiyon	0,350**	0,307**	1,000				
F4. Uyku	0,236*	0,173	0,295**	1,000			
F5. Sosyal İzolasyon	0,110	0,201	0,418**	-0,025	1,000		
F6. Fiziksel Aktivite	0,657**	0,701**	0,298**	0,234*	0,141	1,000	
NSP Toplam Puan	0,735**	0,692**	0,597**	0,569**	0,257*	0,785**	1,000

$r_p$ : Spearman's korelasyon katsayısı \*  $p<0,05$  \*\*  $p<0,01$

#### 6.4. HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların önemli sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri Nottingham Sağlık Profili puanlarına göre karşılaştırıldı.

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre erkek hastaların Enerji Düzeyi alt boyutu puanlarının ( $39,27 \pm 41,005$ ), kadın hastaların Enerji Düzeyi alt boyutu puanlarına ( $14,84 \pm 27,819$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	$\pm SS$	$Z_{mww}$	p
F1. Enerji Düzeyi	Erkek	22	39,27	41,005	-2,998	<b>0,003</b>
	Kadın	71	14,84	27,819		
F2. Ağrı	Erkek	22	10,89	17,422	-0,583	0,560
	Kadın	71	5,72	11,558		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Erkek	22	9,96	14,631	-1,686	0,092
	Kadın	71	6,48	13,240		
F4. Uyku	Erkek	22	20,42	23,428	-1,840	0,066
	Kadın	71	10,75	17,762		
F5. Sosyal İzolasyon	Erkek	22	25,52	38,720	-0,259	0,796
	Kadın	71	17,48	23,670		
F6. Fiziksel Aktivite	Erkek	22	2,63	12,336	-0,372	0,710
	Kadın	71	1,99	8,519		
NSP Toplam Puan	Erkek	22	6,64	7,041	-1,504	0,132
	Kadın	71	3,80	4,038		

$Z_{mww}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları ile hastaların yaşları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, hastaların yaşları ile yalnızca Emosyonel Reaksiyon ve Sosyal İzolasyon alt boyut puanları (sırasıyla  $r_s=0,216$ ,  $r_s=0,221$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 13).

Tablo 13 Nottingham Sağlık Profili Puanları ile Hastaların Yaşları Arasındaki İlişki (N=93)

NSP Puanları	Yaş	
	$r_s$	p
F1. Enerji Düzeyi	0,200	0,054
F2. Ağrı	0,006	0,958
F3. Emosyonel Reaksiyon	0,216*	<b>0,038</b>
F4. Uyku	0,171	0,100
F5. Sosyal İzolasyon	0,221*	<b>0,034</b>
F6. Fiziksel Aktivite	0,101	0,337
NSP Toplam Puan	0,185	0,077

$r_p$ : Spearman's korelasyon katsayısı \*  $p<0,05$

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Tablo 14 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	<b>Çalışma Durumu</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mww}$	<b>p</b>
F1. Enerji Düzeyi	Çalışıyor	33	6,18	16,196	-1,960	0,051
	Çalışmıyor	60	24,09	34,951		
F2. Ağrı	Çalışıyor	33	5,16	10,010	-0,205	0,838
	Çalışmıyor	60	7,37	13,949		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Çalışıyor	33	6,07	12,281	-0,189	0,850
	Çalışmıyor	60	7,60	13,936		
F4. Uyku	Çalışıyor	33	11,27	17,557	-0,347	0,728
	Çalışmıyor	60	13,46	20,092		
F5. Sosyal İzolasyon	Çalışıyor	33	22,72	28,638	-0,965	0,334
	Çalışmıyor	60	18,58	27,899		
F6. Fiziksel Aktivite	Çalışıyor	33	0,89	3,764	-0,206	0,837
	Çalışmıyor	60	2,44	10,402		
NSP Toplam Puan	Çalışıyor	33	3,89	4,739	-0,427	0,670
	Çalışmıyor	60	4,61	5,104		

$Z_{mww}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Tablo 15 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	<b>p</b>
F1. Enerji Düzeyi	Bekar	7	23,31	41,210	-0,069	0,945
	Evli	86	20,40	32,407		
F2. Ağrı	Bekar	7	2,79	4,762	-0,509	0,611
	Evli	86	7,28	13,680		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Bekar	7	3,69	4,803	-0,060	0,952
	Evli	86	7,60	14,030		
F4. Uyku	Bekar	7	15,54	23,984	-0,307	0,759
	Evli	86	12,83	19,306		
F5. Sosyal İzolasyon	Bekar	7	11,09	29,341	-1,754	0,079
	Evli	86	20,05	27,887		
F6. Fiziksel Aktivite	Bekar	7	0,00	0,000	-0,718	0,473
	Evli	86	2,31	9,851		
NSP Toplam Puan	Bekar	7	3,43	3,952	-0,551	0,582
	Evli	86	4,56	5,105		

$Z_{mwu}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre eğitim durumu okur-yazar ve ilkokul olan hastaların puanları (sırasıyla  $48,27 \pm 40,012$  ve  $28,14 \pm 37,684$ ), eğitim durumu ortaokul/lise ve üniversite ve üzeri olan hastaların puanlarına (sırasıyla  $7,48 \pm 18,533$  ve  $7,02 \pm 17,522$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 16).

Tablo 16 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kwu}$	p
F1. Enerji Düzeyi	<sup>a</sup> Okur-yazar	6	48,27 <sup>(c,d)</sup>	40,012	12,667	<b>0,005</b>
	<sup>b</sup> İlkokul	45	28,14 <sup>(c,d)</sup>	37,684		
	<sup>c</sup> Ortaokul ve lise	24	7,48	18,533		
	<sup>d</sup> Üniversite ve üstü	18	7,02	17,522		
F2. Ağrı	Okur-yazar	6	14,27	18,655	1,860	0,602
	İlkokul	45	8,11	15,553		
	Ortaokul ve lise	24	4,82	8,681		
	Üniversite ve üstü	18	4,68	9,409		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Okur-yazar	6	13,83	19,106	1,439	0,696
	İlkokul	45	7,65	15,059		
	Ortaokul ve lise	24	5,95	11,715		
	Üniversite ve üstü	18	5,52	10,039		
F4. Uyku	Okur-yazar	6	9,64	23,621	3,173	0,366
	İlkokul	45	2,78	10,399		
	Ortaokul ve lise	24	0,00	0,000		
	Üniversite ve üstü	18	0,89	3,764		
F5. Sosyal İzolasyon	Okur-yazar	6	37,52	48,720	5,849	0,119
	İlkokul	45	18,52	27,964		
	Ortaokul ve lise	24	11,82	21,252		
	Üniversite ve üstü	18	24,62	26,205		
F6. Fiziksel Aktivite	Okur-yazar	6	23,65	28,420	1,967	0,579
	İlkokul	45	14,20	19,678		
	Ortaokul ve lise	24	10,77	20,612		
	Üniversite ve üstü	18	8,90	14,319		
NSP Toplam Puan	Okur-yazar	6	9,00	7,457	4,372	0,224
	İlkokul	45	4,91	5,587		
	Ortaokul ve lise	24	2,96	3,735		
	Üniversite ve üstü	18	3,61	2,953		

$X^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre gelir durumu kötü olan hastaların puanları ( $46,97 \pm 36,686$ ), gelir durumu iyi olan hastaların puanlarına ( $6,16 \pm 16,782$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 17).

Tablo 17 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Gelir Durumu Algısı	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kwu}$	p
F1. Enerji Düzeyi	<sup>a</sup> İyi	23	6,16	16,782	4,954	<b>0,026</b>
	<sup>b</sup> Orta	63	22,97	34,831		
	<sup>c</sup> Kötü	7	46,97 <sup>(a)</sup>	36,686		
F2. Ağrı	İyi	23	3,69	11,437	2,045	0,153
	Orta	63	6,59	12,826		
	Kötü	7	20,86	15,754		
F3. Emosyonel Reaksiyon	İyi	23	2,88	5,553	0,75	0,387
	Orta	63	7,25	13,745		
	Kötü	7	22,33	20,609		
F4. Uyku	İyi	23	0,69	3,330	0,369	0,543
	Orta	63	2,90	11,304		
	Kötü	7	0,00	0,000		
F5. Sosyal İzolasyon	İyi	23	16,29	24,492	0,101	0,751
	Orta	63	17,94	26,343		
	Kötü	7	42,45	43,765		
F6. Fiziksel Aktivite	İyi	23	5,90	8,716	2,413	0,120
	Orta	63	15,25	21,971		
	Kötü	7	16,60	18,312		
NSP Toplam Puan	İyi	23	2,43	2,352	2,5	0,114
	Orta	63	4,70	5,281		
	Kötü	7	9,14	5,984		

$X^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların sigara kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).



Tablo 18 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	<b>Sigara Kullanma</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mww}$	<b>p</b>																																																															
F1. Enerji Düzeyi	Evet	12	17,07	26,227	-0,176	0,860																																																															
	Hayır	81	21,15	33,869			F2. Ağrı	Evet	12	15,06	21,901	-1,630	0,103	Hayır	81	5,74	11,175	F3. Emosyonel Reaksiyon	Evet	12	13,03	17,286	-1,468	0,142	Hayır	81	6,45	12,860	F4. Uyku	Evet	12	7,98	10,110	-0,447	0,655	Hayır	81	13,79	20,526	F5. Sosyal İzolasyon	Evet	12	9,61	22,140	-1,709	0,087	Hayır	81	20,83	28,523	F6. Fiziksel Aktivite	Evet	12	1,33	4,610	-0,242	0,809	Hayır	81	2,26	10,025	NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781	Hayır
F2. Ağrı	Evet	12	15,06	21,901	-1,630	0,103																																																															
	Hayır	81	5,74	11,175			F3. Emosyonel Reaksiyon	Evet	12	13,03	17,286	-1,468	0,142	Hayır	81	6,45	12,860	F4. Uyku	Evet	12	7,98	10,110	-0,447	0,655	Hayır	81	13,79	20,526	F5. Sosyal İzolasyon	Evet	12	9,61	22,140	-1,709	0,087	Hayır	81	20,83	28,523	F6. Fiziksel Aktivite	Evet	12	1,33	4,610	-0,242	0,809	Hayır	81	2,26	10,025	NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781	Hayır	81	4,48	5,165								
F3. Emosyonel Reaksiyon	Evet	12	13,03	17,286	-1,468	0,142																																																															
	Hayır	81	6,45	12,860			F4. Uyku	Evet	12	7,98	10,110	-0,447	0,655	Hayır	81	13,79	20,526	F5. Sosyal İzolasyon	Evet	12	9,61	22,140	-1,709	0,087	Hayır	81	20,83	28,523	F6. Fiziksel Aktivite	Evet	12	1,33	4,610	-0,242	0,809	Hayır	81	2,26	10,025	NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781	Hayır	81	4,48	5,165																			
F4. Uyku	Evet	12	7,98	10,110	-0,447	0,655																																																															
	Hayır	81	13,79	20,526			F5. Sosyal İzolasyon	Evet	12	9,61	22,140	-1,709	0,087	Hayır	81	20,83	28,523	F6. Fiziksel Aktivite	Evet	12	1,33	4,610	-0,242	0,809	Hayır	81	2,26	10,025	NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781	Hayır	81	4,48	5,165																														
F5. Sosyal İzolasyon	Evet	12	9,61	22,140	-1,709	0,087																																																															
	Hayır	81	20,83	28,523			F6. Fiziksel Aktivite	Evet	12	1,33	4,610	-0,242	0,809	Hayır	81	2,26	10,025	NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781	Hayır	81	4,48	5,165																																									
F6. Fiziksel Aktivite	Evet	12	1,33	4,610	-0,242	0,809																																																															
	Hayır	81	2,26	10,025			NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781	Hayır	81	4,48	5,165																																																				
NSP Toplam Puan	Evet	12	4,42	4,078	-0,277	0,781																																																															
	Hayır	81	4,48	5,165																																																																	

$Z_{mww}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları ile hastaların karaciğer yetmezliği yaşadığı süre arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi (Tablo 19).

Tablo 19 Nottingham Sağlık Profili Puanları ile Hastaların Karaciğer Yetmezliği Yaşadığı Süre Arasındaki İlişki (N=93)

NSP Puanları	Hastaların Karaciğer Yetmezliği Yaşadığı Süre	
	$r_s$	$p$
F1. Enerji Düzeyi	-0,014	0,897
F2. Ağrı	0,070	0,508
F3. Emosyonel Reaksiyon	0,078	0,458
F4. Uyku	0,058	0,584
F5. Sosyal İzolasyon	0,203	0,052
F6. Fiziksel Aktivite	0,088	0,404
NSP Toplam Puan	0,051	0,632

$r_p$ : Spearman's korelasyon katsayısı

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında Uyku alt boyutu ve NSP Toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre, karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olan hastaların Uyku alt boyutu ve NSP Toplam puanları (sırasıyla  $18,11 \pm 22,140$  ve  $5,46 \pm 4,682$ ), karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olmayan hastaların puanlarına (sırasıyla  $9,69 \pm 17,032$  ve  $3,82 \pm 5,167$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 20).

Tablo 20 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Karaciğer Hastalığı Dışında Başka Bir Hastalığı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Başka Hastalık	n	$\bar{x}$	$\pm SS$	$Z_{mwu}$	p
F1. Enerji Düzeyi	Var	37	24,35	34,874	-0,923	0,356
	Yok	56	18,16	31,587		
F2. Ağrı	Var	37	8,68	15,284	-1,012	0,311
	Yok	56	5,80	11,738		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Var	37	8,77	15,163	-0,658	0,511
	Yok	56	6,34	12,476		
F4. Uyku	Var	37	18,11	22,140	-2,167	<b>0,030</b>
	Yok	56	9,69	17,032		
F5. Sosyal İzolasyon	Var	37	20,46	26,668	-1,196	0,232
	Yok	56	18,66	28,956		
F6. Fiziksel Aktivite	Var	37	2,95	11,216	-0,544	0,587
	Yok	56	1,60	8,217		
NSP Toplam Puan	Var	37	5,46	4,682	-2,331	<b>0,020</b>
	Yok	56	3,82	5,167		

$Z_{mwu}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastalara transplantasyon uygulanma zamanına göre karşılaştırıldığında sadece Uyku alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre 9 ay - 1 yıl önce transplantasyon uygulanan hastaların Uyku alt boyutu puanları ( $6,78 \pm 16,657$ ), 3-6 ay önce, 6-9 ay önce ve 1,5-2 yıl önce transplantasyon uygulanan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 21).

Tablo 21 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastalara Transplantasyon Uygulanma Zamanına Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Transplantasyon Uygulanma Zamanı	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kwu}$	p
F1. Enerji Düzeyi	3-6 ay önce	21	16,69	33,703	4,646	0,200
	6-9 ay önce	12	39,00	39,085		
	9 ay - 1 yıl önce	34	19,02	32,830		
	1,5-2 yıl önce	26	16,83	27,656		
F2. Ağrı	3-6 ay önce	21	5,33	15,802	4,617	0,202
	6-9 ay önce	12	9,65	13,865		
	9 ay - 1 yıl önce	34	8,30	12,701		
	1,5-2 yıl önce	26	6,27	13,291		
F3. Emosyonel Reaksiyon	3-6 ay önce	21	6,15	12,722	0,234	0,972
	6-9 ay önce	12	4,99	8,065		
	9 ay - 1 yıl önce	34	7,95	14,312		
	1,5-2 yıl önce	26	8,86	15,796		
F4. Uyku	<sup>a</sup> 3-6 ay önce	21	0,76	3,485	8,587	<b>0,035</b>
	<sup>b</sup> 6-9 ay önce	12	0,00	0,000		
	<sup>c</sup> 9 ay - 1 yıl önce	34	6,78 <sup>(a,b,d)</sup>	16,657		
	<sup>d</sup> 1,5-2 yıl önce	26	0,00	0,000		
F5. Sosyal İzolasyon	3-6 ay önce	21	16,55	24,137	0,688	0,876
	6-9 ay önce	12	26,98	38,852		
	9 ay - 1 yıl önce	34	23,49	33,200		
	1,5-2 yıl önce	26	12,87	17,476		
F6. Fiziksel Aktivite	3-6 ay önce	21	12,78	20,361	1,117	0,773
	6-9 ay önce	12	13,15	13,089		
	9 ay - 1 yıl önce	34	11,93	18,334		
	1,5-2 yıl önce	26	13,60	23,297		
NSP Toplam Puan	3-6 ay önce	21	3,86	5,199	1,735	0,629
	6-9 ay önce	12	5,17	4,609		
	9 ay - 1 yıl önce	34	5,00	5,831		
	1,5-2 yıl önce	26	4,08	4,417		

$X^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastalara transplantasyon uygulanırken kullanılan donör tipine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

Tablo 22 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastalara Transplantasyon Uygulanırken Kullanılan Donör Tipine Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Donör Tipi	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
F1. Enerji Düzeyi	Canlı	80	19,43	31,747	-0,550	0,582
	Kadavra	13	27,94	39,875		
F2. Ağrı	Canlı	80	7,00	13,445	-0,530	0,596
	Kadavra	13	9,16	14,825		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Canlı	80	7,00	13,693	-0,347	0,728
	Kadavra	13	6,61	10,639		
F4. Uyku	Canlı	80	20,21	28,845	-0,359	0,720
	Kadavra	13	14,25	21,723		
F5. Sosyal İzolasyon	Canlı	80	2,05	9,497	-0,208	0,835
	Kadavra	13	2,72	9,799		
F6. Fiziksel Aktivite	Canlı	80	12,55	19,819	-0,972	0,331
	Kadavra	13	16,03	18,294		
NSP Toplam Puan	Canlı	80	4,40	5,093	-0,631	0,528
	Kadavra	13	4,92	4,699		

$Z_{mwu}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilme durumuna göre karşılaştırıldığında Enerji Düzeyi, Ağrı, Emosyonel Reaksiyon, Fiziksel Aktivite alt boyutları ve NSP Toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre, ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilmeyen hastaların Enerji Düzeyi, Ağrı, Emosyonel Reaksiyon, Fiziksel Aktivite alt boyutları ve NSP Toplam puanlarının (sırasıyla  $43,12 \pm 30,868$ ,  $15,49 \pm 14,995$ ,  $12,99 \pm 15,574$ ,  $22,71 \pm 21,479$  ve  $8,10 \pm 5,934$ ), ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilen hastaların puanlarına (sırasıyla  $17,91 \pm 32,246$ ,  $6,32 \pm 13,157$ ,  $6,22 \pm 12,869$ ,  $11,87 \pm 19,121$  ve  $4,04 \pm 4,754$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 23).

Tablo 23 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Ameliyat Sonrası Enfeksiyondan Nasıl Korunacağını Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	<b>Enfeksiyondan Nasıl Korunacağını Bilme Durumu</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	<b>p</b>
F1. Enerji Düzeyi	Evet	83	17,91	32,246	-2,947	<b>0,003</b>
	Hayır	10	43,12	30,868		
F2. Ağrı	Evet	83	6,32	13,157	-3,104	<b>0,002</b>
	Hayır	10	15,49	14,995		
F3. Emosyonel Reaksiyon	Evet	83	6,22	12,869	-2,040	<b>0,041</b>
	Hayır	10	12,99	15,574		
F4. Uyku	Evet	83	17,77	26,169	-1,073	0,283
	Hayır	10	32,73	38,928		
F5. Sosyal İzolasyon	Evet	83	1,70	7,903	-0,539	0,590
	Hayır	10	5,79	18,297		
F6. Fiziksel Aktivite	Evet	83	11,87	19,121	-2,128	<b>0,033</b>
	Hayır	10	22,71	21,479		
NSP Toplam Puan	Evet	83	4,04	4,754	-2,927	<b>0,003</b>
	Hayır	10	8,10	5,934		

$Z_{mwu}$ : Mann-Whitney U Testi

Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalma durumuna göre karşılaştırıldığında Enerji Düzeyi, Emosyonel Reaksiyon, Sosyal İzolasyon alt boyutları ve NSP Toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken bazen veya her zaman uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların Enerji Düzeyi alt boyutu puanları (sırasıyla  $34,95 \pm 33,408$  ve  $29,41 \pm 39,754$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan hastaların puanlarına ( $7,05 \pm 20,561$ ) göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken bazen veya her zaman uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların Emosyonel Reaksiyon alt boyutu puanları (sırasıyla  $10,08 \pm 15,910$  ve  $9,72 \pm 13,533$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan hastaların puanlarına ( $3,39 \pm 10,772$ ) göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutu puanları ( $6,31 \pm 16,146$ ), çalışırken veya diğer

aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan veya bazen kalan hastaların puanlarına (sırasıyla  $0,38 \pm 2,464$  ve  $0,00 \pm 0,000$ ) göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken bazen veya her zaman uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların NSP Toplam puanları ise (sırasıyla  $5,77 \pm 4,975$  ve  $6,00 \pm 6,159$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan hastaların puanlarına ( $2,74 \pm 3,507$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 24).

Tablo 24 Nottingham Sağlık Profili Puanlarının Hastaların Çalışırken veya Diğer Aktiviteleri Yaparken Uzun Süre Ara Vermek Zorunda Kalma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=93)

	Ara Verme	n	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kwu}$	p
F1. Enerji Düzeyi	<sup>a</sup> Evet	29	29,41 <sup>(b)</sup>	39,754	16,232	<b>0,000</b>
	<sup>b</sup> Hayır	42	7,05	20,561		
	<sup>c</sup> Bazen	22	34,95 <sup>(b)</sup>	33,408		
F2. Ağrı	Evet	29	12,67	17,537	5,812	0,055
	Hayır	42	3,70	9,655		
	Bazen	22	7,10	12,257		
F3. Emosyonel Reaksiyon	<sup>a</sup> Evet	29	9,72 <sup>(b)</sup>	13,533	9,096	<b>0,011</b>
	<sup>b</sup> Hayır	42	3,39	10,772		
	<sup>c</sup> Bazen	22	10,08 <sup>(b)</sup>	15,910		
F4. Uyku	Evet	29	15,69	26,370	0,613	0,736
	Hayır	42	17,24	23,636		
	Bazen	22	28,32	35,904		
F5. Sosyal İzolasyon	<sup>a</sup> Evet	29	6,31 <sup>(b,c)</sup>	16,146	8,323	<b>0,016</b>
	<sup>b</sup> Hayır	42	0,38	2,464		
	<sup>c</sup> Bazen	22	0,00	0,000		
F6. Fiziksel Aktivite	Evet	29	17,98	22,772	5,108	0,078
	Hayır	42	8,29	16,382		
	Bazen	22	15,59	19,346		
NSP Toplam Puan	<sup>a</sup> Evet	29	6,00 <sup>(b)</sup>	6,159	10,546	<b>0,005</b>
	<sup>b</sup> Hayır	42	2,74	3,507		
	<sup>c</sup> Bazen	22	5,77 <sup>(b)</sup>	4,975		

$X^2_{kw}$ : Kruskal-Wallis Testi

## 7. TARTIŞMA

Bu araştırma karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesini amacıyla yapılarak tartışma dört bölümde ele alındı:

1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. Hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
3. Nottingham Sağlık Profiline ilişkin bulguların tartışılması
4. Hastaların önemli sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özelliklerinin Nottingham Sağlık Profili puanlarına göre karşılaştırılması

### 7.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların sosyo- demografik özelliklerine bakıldığında; Gündoğdu (2007), Antalya'da bulunan bir hastanenin Gastroenteroloji polikliniğinde kronik karaciğer hastaları ile karaciğer nakli yapılmış hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında hastaların; %26.7'sinin kadın, %73.3'ünün erkek olduğunu bildirmiştir. Sarıgöl (2008) tarafından İzmir'de bulunan iki hastanede yapılan karaciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası yaşam kalitesi çalışmasında; hastaların %70.8'inin erkek, %29.2'sinin kadın olduğu bildirilmiştir. Bakır (2011) tarafından İzmir'de bulunan bir hastaneden karaciğer nakli sonrası obezite sorununu ve etkileyen faktörleri üzerine yapılan çalışmada; hastaların %66.8'inin erkek, %33.2'sinin kadın olduğu bildirilmiştir. Bravata ve arkadaşlarının yaşam kalitesi ve KT ilişkisini inceleyen 49 çalışmayı değerlendirdikleri meta analizinde (1999), araştırmaya katılan hastaların %54'lük kısmının erkek hasta olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %23.7'si (n=22) kadın, %76,3'ü (n=71) ise erkek olduğu saptandı. Çalışma bulgularımız ve Gündoğdu, Sarıgöl ve Bakır'ın çalışmalarına benzerlik göstermektedir.



Araştırmaya katılan hastaların yaşlarının 18 ile 69 arasında değiştiği, yaş ortalamasının ise  $51,95 \pm 10,925$  yaş olduğu saptandı. Sarıgöl (2008)'in yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $45,7 \pm 10,2$  ; Bakır (2011)'in yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $46,19 \pm 10,2$  ; Çolakdalcı (2012)'nin yaptığı karaciğer nakli uygulanmış hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmada ise yaş ortalaması  $41,39 \pm 11,02$  olarak bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarla bizim bulduğumuz yaş ortalaması değişiklik göstermektedir.

Can (2010) tarafından yapılan karaciğer nakil öncesi ve nakilden bir yıl sonra psikiyatrik belirtileri ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada; hastaların %86,8'inin evli, %13,2 (beş hasta bekar, bir hasta dul, bir hasta ise eşinden ayrı yaşadığı) bekar olduğu bildirilmiştir. Gündoğdu (2007) tarafından yapılan bir çalışmada ise; %80'i evli, %13,3'ü bekar olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %92,5 evli, %7,5 bekar olduğu ve evli olan hastaların karaciğer nakil olma konusunda daha uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çolakdalcı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi; %10,5'nun okur-yazar, %60,5'nun ilköğretim mezunu, %15,8'nin lise mezunu, %13,2'sinin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Tamer (2015) tarafından karaciğer transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada ise; %11,7'nin okur-yazar olmadığı, %47,6'sının ilkokul mezunu, %16,5'unun ortaokul mezunu, %14,6'sının lise mezunu ve %9,7'sinin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %6,5'inin okur-yazar, %48,8'ünün ilkokul mezunu, %25,8'inin ortaokul veya lise mezunu, %19,4'ünün ise üniversite ve üstü bir eğitime sahip olduğu saptandı.

Sarıgöl (2008) tarafından yapılan bir çalışmada ise %18,5'unun çalıştığı, %81,5'unun çalışmadığı bildirilmiştir. Can (2010) tarafından yapılan bir çalışmada da %49,1'inin çalıştığı, %50,9'unun çalışmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %35,5,4'inin çalıştığı, %64,5'inin ise çalışmadığı saptandı. Çalışma bulgusu Sarıgöl'ün çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Gündoğdu (2007) tarafından yapılan bir çalışmada gelir durumu; %63,3'ünün gelirin gidere göre az olduğu, %33,3'ünün gelir ile giderin dengeli olduğu ve %3,3'ünün gelirin gidere göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Çolakdalcı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada ise; %72,4'ünün gelirin gidere göre az olduğu,

%22,4'ünün gelir ile giderin dengeli olduğu ve %5,2'nin gelirin gidere göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların %7,5'unun gelirin gidere göre az olduğu, %67,7'sinin gelir ile giderin dengeli olduğu, ve %24,7'sinin gelirin gidere göre yüksek olduğu saptandı.

## **7.2. HASTALARIN HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bozdemir (2006) tarafından karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini inceleyen çalışmada hastalık nedenine göre dağılımları; %36,55'inin HBV, %25'inin HCV, %21,15'inin alkole bağlı KC hastalığı ve %17,30'unun diğer nedenler (PBS, PSC, otoimmün hepatit) olduğu bildirilmiştir. Can (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hastalık nedenine göre dağılımları; %20,8'i HBV, %11,3'ü HCV, %13,2'si kriptojenik karaciğer yetmezliği, %34,0'ı HBV+ HDV koenfeksiyonu, %1,9'u metabolik KC hastalığı, %7,5'u alkole bağlı KC hastalığı, %3,8'i primer sklerozan kolanjit, %3,8'i otoimmün hepatit, %1,9'u Wilson hastalığı ve %1,9'u HBV + HCV olduğu bildirilmiştir. Çolakdalcı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada hastalık nedenine göre dağılımların; %75'i HBV, %11,8'i kriptojenik karaciğer yetmezliği, %6,6'sı HCV, %6,6'sı ise diğer nedenler (toksik hepatit, Wilson, Kalaazar, primer sklerozan kolanjit) olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmaya katılan hastaların hastalık nedenine göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %59,1'inde viral hepatit, %1,1'inde otoimmün hepatit, %5,4'ünde primer biliyer siroz / primer sklerozan kolanjit, %1,1'inde Wilson hastalığı, %6,5'inde alkolik karaciğer hastalığı, %16,1'inde kriptojenik karaciğer hastalığı, %10,8'inde ise diğer karaciğer hastalığı neden olduğu saptandı.

Bozdemir (2006) tarafından yapılan bir çalışmada transplantasyon uygulanma zamanına göre dağılımları; hastaların %21,15'i 3 ay önce, %21,15'i 3-6 ay önce, %42,31'i 6-12 ay önce, %15,39'ü 12-24 ay önce olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların transplantasyon uygulanma zamanına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %22,6'sına 3-6 ay önce, %12,9'una 6-9 ay önce, %36,6'sında 9 ay - 1 yıl önce, %28'ine ise 1,5 - 2 yıl önce karaciğer transplantasyonu uygulandığı belirlendi.

Sarıgöl (2008) tarafından yapılan bir çalışmada donör tipine göre dağılımları;

%73,8'i canlı, %26,2'si kadavradan olduğu bildirilmiştir. Şahin (2012) tarafından tarafından karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerini inceleyen çalışmada; %57,2'sinin canlı donör, %42,8'inin kadavra donör olduğu bildirilmiştir. Tamer (2015) tarafından yapılan bir çalışmada ise %86,4'ü canlı donör, %13,6'sı kadavra donörden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların %86'sı canlı donörden, %14'ü ise kadavra donörden olduğu saptandı. Çalışma bulgularımız ve literatür bulguları incelendiğinde senelere göre canlı donör sayısında az da olsa artış olduğunu göstermektedir. Kitle iletişim araçları ile duyuruların yapılması, sağlık personelinin organ bağıışı ve nakli konusundaki bilgi ve farkındalığın artırılması, toplumun bilinçlendirilmesi canlı donör sayısının artmasında rol oynamaktadır.

Hastaların ameliyat sonrası yaşadığı korkulara göre dağılımları incelendiğinde, Aras (2006) tarafından yapılan karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ve ailelerinin gereksinimlerini inceleyen bir çalışmada; %53,7'sinin sevdiklerinden uzak kalma, %24,4'ünün normal yaşamın değişikliğe uğraması korkusu yaşadığı bildirmiştir. Williams, ciddi bir hastalık sebebiyle hastaneye yatmanın durumsal krizlerin en çok rastlanan biçimi olduğunu söylemiştir (O'Malley,1991). Transplantasyon sonrası hem hastalar hem de yakınları fazla stres yaşamaktadır. Bu nedenle hem hastalara hem de hasta yakınlarında bu sorunla başa çıkmasına yardım etmede hemşirenin rolü önemlidir. Hasta ve yakınlarına psikolojik yönden destek olmalı ve bilgilendirilmelidir.

Bu çalışmada ise hastaların %40,9'unun (n=38) organ reddi, %28'inin (n=26) karaciğer nakli gerektiren hastalığın tekrar etmesi, %15,1'inin (n=14) ağrının çok olması, %6,5'inin (n=6) normal yaşama devam edememe, %9,7'sinin (n=9) ise diğer bir konuda korku yaşadığı saptandı.

Aras (2006) tarafından yapılan bir çalışmada tedaviler hakkında bilgi verilme; %72,7'si evet, %12,1'i hayır, %15,2'si; bilgilendirmeyi yapan kişi %100'ü hekim olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların tedaviler hakkında bilgi verilme durumuna göre dağılımı; %90,3'ü evet, %1,1', hayır, %8,6'sı bazen; bilgilendirmeyi yapan kişilerin %16,1'i hekim, %17,2'si hemşire ve %66,7'si hekim ve hemşire olarak saptandı. Bu sonuç ile hastalara verilen bilgilendirmelerde ekip olarak ulaşıldığı

gözlemlenmiştir.

Aras (2006) çalışmasında hastaların ameliyat sonrası ilaçlarını nasıl kullanacağı ile ilgili %100'ünün bilgilendirildiğini bildirmiştir. Tamer (2015) tarafından yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası ilaçlarını nasıl kullanacağı ile ilgili eğitimin verildiğine göre dağılımları; %95.1'ine bilgi verildiği, %1'inin hatırlamadığını, %3,9'una bilgi verilmediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada ise %95,7'sine ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağı anlatıldığı, %1,1'ine bazen anlatıldığı, %3,2'sine ise hiç anlatılmadığı saptandı. Hastaların %2,2'sine ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağını hekimin, %54,8'ine hemşirenin, %43'üne ise hekim ve hemşirenin birlikte anlattığı tespit edildi. Bu konuda yazılı eğitim materyalleri yararlı olmaktadır. İlaçların kullanımı ile ilgili eğitimin planlı ve gereksinime uygun verilmesi gerektiği görülmektedir. İlaç eğitimleri konusunda hemşirelerin daha aktif rol oynadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %89,2'sinin ameliyat sonrasında enfeksiyondan nasıl korunması gerektiğini bildiğini, %10,8'inin ise bilmediğini bildirmişlerdir. Enfeksiyondan korunma yöntemleri konusunda hastalara daha detaylı eğitim verilmeli, belli aralıklarla eğitimlerin tekrarı sağlanmalı ve hastalardan geri dönüş sağlanmalıdır.

### **7.3. NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Nottingham sağlık profili ölçeğine göre yapılan yaşam kalitesi sonucunda ; "Enerji düzeyi" alt boyutunda KT sonrası yükselme olduğu saptanmıştır. Gross ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada ise, kolestatik karaciğer yetmezliği sonucu KT uygulanan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada "yorgunluk" alt boyutunda KT sonrası iyileşme olduğu bildirilmiştir. Hastaların KT sonrası enerji düzeyinde iyileşme olması metabolik fonksiyonunda iyileşme olması ile (Hoffman, et al., 2006) açıklanabilir.

Yaşam kalitesinde Emosyonel durum ile Enerji düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptandı. Aadahl 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 ve yorgunluk durumlarında ise ileri derecede iyileşme olduğunu bildirmişlerdir. Nickel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada KT sonrası hastaların yaşam kalitesi ve depresyon/anksiyete ile ilişkisi incelenmiş; fiziksel ve mental sağlığın normal düzeyde olduğu, depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmiştir.

Van Der Plas ve arkadaşları tarafından Hollanda’da yapılmış çalışmada; 391 kronik karaciğer hastalığı olan hasta, 186 KT uygulanmış hasta ve 489 sağlıklı bireyin yaşam kalitesi ve yorgunluk durumu karşılaştırılmış, KT uygulanmış hastaların mental sağlık ve motivasyonlarının sağlıklı popülasyona göre düşük, ağrılarının (sağ üst abdominal bölge) daha fazla olduğu, kronik karaciğer hastalığı olan hastaların uykusuzluk, iştahta azalma, sarılık, depresyon ve korkularının sağlıklı kişilerden ve KT uygulanmış hastalardan yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, kronik karaciğer hastalarının yorgunluk durumlarının en yüksek ve yaşam kalitelerinin en düşük olduğu vurgulanmıştır. Ağrı, hastaların fiziksel hareketlerini, psikolojik ve çalışma durumunu etkileyen önemli bir problemdir. Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili ağrı alt boyutu incelendiğinde; Emosyonel durum ve Fiziksel aktivite istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde olduğu saptanmış fakat uyku ve sosyal izolasyon açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sarıgöl (2008)’nin yaptığı çalışmada, KT sonrası üçüncü ayda öncesine göre yaşam kalitesi “ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon ve uyku” alt boyutlarında anlamlı düzeyde yükselme olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda NSP’ye göre yaşam kalitesi emosyonel reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivite alt parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde olduğu saptandı.

#### **7.4. HASTALARIN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi enerji düzeyine bakıldığında cinsiyete göre farklılık olduğu, erkek hastaların enerji düzeyi kadın hastaların enerji düzeyine göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Bozdemir (2006) tarafından yapılan bir çalışmada karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık puanlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir. Çolakdalcı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada ise, cinsiyetlere göre yorgunluk düzeyleri arasında farklılık bulunamamıştır. Buna karşın, Berg Emons ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha yorgun olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu çalışma yaptığımız çalışma ile paralellik göstermektedir. Sarıgöl (2008) tarafından yapılan çalışmada ise cinsiyete göre KT öncesi ve sonrası üçüncü ayda yaşam kalitesi fark puanına göre farklılık incelendiğinde; sadece yaşam kalitesi ağrı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p= 0.003$ ), diğer yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ( $p> 0.05$ ). Kadınların yaşam kalitesi ağrı alt boyutu puan ortalamasında düşmenin erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Bozdemir (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık puanlarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Younossi ve arkadaşları (2000) karaciğer transplantasyonu sonrası ikinci ve 23. aylarda hastaların yaşam kalitesini incelemiştir. Araştırmalarında transplantasyon öncesinde yaş ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık puanı ve mental sağlık puanı arasında negatif korelasyon olduğunu ve transplantasyon sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir.

Çolakdalcı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında; 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 olmadığı bildirilmiştir. Mental sağlık ile

hastaların medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış ve buna göre; bekâr hastaların mental sağlık düzeyleri evli hastalardan düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, Aadahl ve arkadaşları ve Bozdemir tarafından aynı konuda benzer hasta grupları üzerinde yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda kullanılan donör tipi ile NSP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Sarıgöl (2008) tarafından yapılan çalışmada çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların NSP puanları, eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre eğitim durumu okur-yazar ve ilkokul olan hastaların puanları (sırasıyla  $48,27 \pm 40,012$  ve  $28,14 \pm 37,684$ ), eğitim durumu ortaokul/lise ve üniversite ve üzeri olan hastaların puanlarına (sırasıyla  $7,48 \pm 18,533$  ve  $7,02 \pm 17,522$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre eğitim düzeyi düşük olan hastaların enerji düzeylerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir.

## 8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimlerinin araştırıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Örneklemin çoğunluğunu (%76,3) erkek hastalar oluşturmuştur.
2. Hastaların yaşları 18 ile 69 arasında değişmekte olup, genel olarak yaş ortalaması  $51,95 \pm 10,925$ 'dir.
3. Örneklemini oluşturan hastaların büyük çoğunluğu (%92,5) evlidir.
4. Araştırmaya katılan hastaların %6,5'u okur-yazar, %48,4'ü ilkokul mezunu, %25,8'si ortaokul ve lise mezunu, %19,4'ü üniversite ve üstü mezundur.
5. Araştırmaya katılan hastaların %24,7'si gelir durumu iyi, çoğunluğu %67,7'si orta ve %7,5'u gelir durumu kötüdür.
6. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesi %67,7'si SGK, %3,2'si özel sigorta, %17,2'si emekli sandığı, %7,5'u bağ-kur, %1,1'i yeşil kartlıdır.
7. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu %87,1'i sigara ve %97,8'i alkol kullanmamaktadır.
8. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun hastalık nedeni %59,1'i viral hepatite bağlıdır. Diğerleri %1,1'i otoimmün hepatit, %5,4'ü primer biliyer siroz/primer sklerozan kolanjit, %1,1'i Wilson hastalığı, %6,5'u alkolik karaciğer hastalıkları, %16,1'i kriptojenik karaciğer hastalığı, %10,8'inin ise diğer karaciğer hastalıklarına bağlıdır.
9. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%86) donör tipi canlıdır.
10. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu (%60,2) ameliyat sonrasında kendini rahatlamış hissettiğini söylemiştir.
11. Araştırmaya katılan hastaların %40,9'u ameliyat sonrasında organ reddi korkusu yaşadığını belirtmiştir.
12. Örneklemin çoğunluğu (%90,3) ameliyat öncesinde ve sonrasında uygulanan tedaviler hakkında bilgi verildiğini söylemiştir. Bunun %65,6'sını hemşire ve hekim tarafından verildiği bildirilmiştir.



13. Örneklemin çoğunluğu (%95,7) ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağını anlatıldığını ve %54,8'ini hemşire, %43'ünü hemşire ve hekim, %2,2'sini sadece hekim anlattığı bildirilmiştir.
14. Örneklemin %89,2'si ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bildiğini bildirmiştir.
15. Araştırmaya katılan hastaların %84,9'u ameliyat öncesi ve sonrası sağlık durumunu karşılaştırdığında ameliyat öncesinden daha iyi olduğunu bildirmiştir.
16. Araştırmaya katılan hastaların %82,8'i karaciğer transplantasyonu yaptırdığı için çok memnun olduğu tespit edilmiştir.
17. Örnekleme oluşturan hastaların Nottingham Sağlık Profili maddeleri arasında en çok evet yanıtı verdikleri madde (%51,6) "sabahları çok erken saatte uyanıyorum" maddesidir.
18. Örnekleme oluşturan hastaların Nottingham Sağlık Profili maddeleri arasında en çok hayır yanıtı verdikleri (%100) "kendimi yalnız hissediyorum", (%100) "günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor", (%100) "bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum" ve (%100) " hayat yaşamaya değmez gibi" maddeleridir.
19. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili Enerji Düzeyi alt boyutu ile; Uyku alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ).
20. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre erkek hastaların Enerji Düzeyi alt boyutu puanlarının ( $39,27 \pm 41,005$ ), kadın hastaların Enerji Düzeyi alt boyutu puanlarına ( $14,84 \pm 27,819$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.
21. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları ile hastaların yaşları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, hastaların yaşları ile yalnızca Emosyonel Reaksiyon ve Sosyal İzolasyon alt boyut puanları (sırasıyla  $r_s=0,216$ ,  $r_s=0,221$ ) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

22. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).
23. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).
24. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre eğitim durumu okur-yazar ve ilkokul olan hastaların puanları (sırasıyla  $48,27 \pm 40,012$  ve  $28,14 \pm 37,684$ ), eğitim durumu ortaokul/lise ve üniversite ve üzeri olan hastaların puanlarına (sırasıyla  $7,48 \pm 18,533$  ve  $7,02 \pm 17,522$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.
25. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında sadece Enerji Düzeyi alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre gelir durumu kötü olan hastaların puanları ( $46,97 \pm 36,686$ ), gelir durumu iyi olan hastaların puanlarına ( $6,16 \pm 16,782$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.
26. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların sigara kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi.
27. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları ile hastaların karaciğer yetmezliği yaşadığı süre arasındaki ilişkiler incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi.
28. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında Uyku alt boyutu ve NSP Toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre, karaciğer hastalığı dışında başka bir hastalığı olan hastaların Uyku alt boyutu ve NSP Toplam puanları (sırasıyla  $18,11 \pm 22,140$  ve  $5,46 \pm 4,682$ ), karaciğer hastalığı

dışında başka bir hastalığı olmayan hastaların puanlarına (sırasıyla  $9,69 \pm 17,032$  ve  $3,82 \pm 5,167$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

29. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastalara transplantasyon uygulanma zamanına göre karşılaştırıldığında sadece Uyku alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre 9 ay - 1 yıl önce transplantasyon uygulanan hastaların Uyku alt boyutu puanları ( $6,78 \pm 16,657$ ), 3-6 ay önce, 6-9 ay önce ve 1,5-2 yıl önce transplantasyon uygulanan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.
30. Araştırmaya katılan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastalara transplantasyon uygulanırken kullanılan donör tipine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).
31. Araştırmaya katılan hastaların %95,7'sine ( $n=89$ ) ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağına anlatıldığı, %1,1'ine ( $n=1$ ) bazen anlatıldığı, %3,2'sine ( $n=3$ ) ise hiç anlatılmadığı belirlendi. Hastaların %2,2'sine ( $n=2$ ) ameliyat sonrası ilaçların nasıl kullanılacağını hekimin, %54,8'ine ( $n=51$ ) hemşirenin, %43'üne ( $n=40$ ) ise hekim ve hemşirenin birlikte anlattığı tespit edildi.
32. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilme durumuna göre karşılaştırıldığında Enerji Düzeyi, Ağrı, Emosyonel Reaksiyon, Fiziksel Aktivite alt boyutları ve NSP Toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre, ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilmeyen hastaların Enerji Düzeyi, Ağrı, Emosyonel Reaksiyon, Fiziksel Aktivite alt boyutları ve NSP Toplam puanlarının (sırasıyla  $43,12 \pm 30,868$ ,  $15,49 \pm 14,995$ ,  $12,99 \pm 15,574$ ,  $22,71 \pm 21,479$  ve  $8,10 \pm 5,934$ ), ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağını bilen hastaların puanlarına (sırasıyla  $17,91 \pm 32,246$ ,  $6,32 \pm 13,157$ ,  $6,22 \pm 12,869$ ,  $11,87 \pm 19,121$  ve  $4,04 \pm 4,754$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.
33. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların Nottingham Sağlık Profili puanları, hastaların çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara

vermek zorunda kalma durumuna göre karşılaştırıldığında Enerji Düzeyi, Emosyonel Reaksiyon, Sosyal İzolasyon alt boyutları ve NSP Toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken bazen veya her zaman uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların Enerji Düzeyi alt boyutu puanları (sırasıyla  $34,95 \pm 33,408$  ve  $29,41 \pm 39,754$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan hastaların puanlarına ( $7,05 \pm 20,561$ ) göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken bazen veya her zaman uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların Emosyonel Reaksiyon alt boyutu puanları (sırasıyla  $10,08 \pm 15,910$  ve  $9,72 \pm 13,533$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan hastaların puanlarına ( $3,39 \pm 10,772$ ) göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların Sosyal İzolasyon alt boyutu puanları ( $6,31 \pm 16,146$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan veya bazen kalan hastaların puanlarına (sırasıyla  $0,38 \pm 2,464$  ve  $0,00 \pm 0,000$ ) göre; çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken bazen veya her zaman uzun süre ara vermek zorunda kalan hastaların NSP Toplam puanları ise (sırasıyla  $5,77 \pm 4,975$  ve  $6,00 \pm 6,159$ ), çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kalmayan hastaların puanlarına ( $2,74 \pm 3,507$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

## ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda;

- ✚ Hastaların düzenli olarak yaşam kaliteleri değerlendirilmeli ve yaşam kalitesi düzeyi düşük olan hastalar için iyileştirilmeyi destekleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
- ✚ Saptanan bilgi gereksinimleri doğrultusunda hastalara eğitim programları düzenlenmelidir.
  - Eğitim programında daha kolay anlaşılabilirmeyi sağlayan dil, şekil ve kapsam özelliğini taşıyan yazılı materyal kullanılmalı, eğitimin

devamlılığını sağlamak için hastaları tanılamayı sağlayan özel formlar hazırlanmalıdır. Eğitim materyali hastaların eğitim seviyelerine göre açıklayıcı bilgileri kapsamalı ve bilgiler bireysel olarak hastaya aktarılmalıdır.

- Hemşirelerin ilaç dozu, ilaç kullanım zamanı, etkisi gibi tedavi süreci ile ilgili bilgileri yazılı olarak hastalara verip, hastalardan bu bilgileri tekrar etmeleri sağlanmalıdır. Hastaların tamamının bireysel ilaç kullanım özellikleri ve kolaylaştırıcı faktörlere göre yaşam tarzı değişikliği konusunda danışmanlık verilmeli ve eğitim bireyselleştirilmelidir.
- Enfeksiyon kontrolü konusu ise hemşirelik bakımında öncelikli olarak dikkate alınmalı ve sistematik biçimde öğrenmelerini sağlayıcı tarzda uygulanmalıdır.

- ✚ Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda beslenme, kilo kontrolü, sıvı tüketimi konusunda ayrıntılı eğitim kişiye göre özelleştirilmelidir. Daha çok hastaları bilinçlendirme programları uygulanmalıdır.
- ✚ Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin önemli bir boyutu hastalığa karşı gelişebilecek komplikasyonlarda hastanın nasıl başatması gerektiğinin öğretilmesidir.
- ✚ Yorgunluğun azaltılması ve enerji düzeyinin korunması için taburculuk eğitimi ve evde bakım kapsamında uygun girişimleri planlayıp uygulaması sağlanmalıdır.
- ✚ Organ bağışını arttırmak için hasta yakınlarının ve halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir.

## 9. KAYNAKÇA

Aadahl M, Hansen BA, Kirkegaard P, Groenvold M. Fatigue And Physical Function After Orthotopic Liver Transplantation. Liver Transplantation. 2002, 8 (3), 251-9.

Abbasoğlu O. Karaciğer Transplantasyonu: Dün, Bugün Ve Yarın. World Journal Of Gastroenterology. 2008; 20: 3117-3122.

Acarlı KS. Genel Cerrahi Organ Transplantasyonları, (6.Bs). İstanbul. 2008, Nobel Tıp Kitabevleri.

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

Akın S. Kronik Hastalıklarda Primer Ve Sekonder Koruma. İçinde: Kronik Hastalıklar Ve Bakım. Ed: Durna, Z, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012; s:1-8

Aras G. Karaciğer Transplantasyonunda Hastaların Ve Ailelerin Sorunları, Gereksinimleri Ve Bakıma Katılım Düzeylerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Deniz Şelimen).

Arslan H. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Görülen Enfeksiyöz Komplikasyonlar. Türkiye Klinikleri Journal Of International Medical Science. 2006; 2 (5): 76-80.

Atayan Y. Karaciğer Sirozunun Klinik Şiddeti Ve Hepatik Ensefalopatinin Patogenezi İle Serum Sitokin Düzeyleri Arasındaki İlişki. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2008, Diyarbakır (Danışman : Prof. Dr. Vedat Göral).

Ateş YA. Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman : Prof. Dr. Çavlan Çiftçi).

Bakır Y. Karaciğer Nakli Sonrası Obezite Sorunu Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2011, İzmir ( Danışman : Doç. Dr. Mesut Akarsu).

Barış Z. Çocuklarda Akut Karaciğer Yetmezliği (Etiyolojisi, Seyir Ve Seyire Etki Eden Risk Faktörleri). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2008, Ankara (Danışman : Doç. Dr. İnci Nur Saltık Temizel).

Baştürk B, Haberal M. Transplantasyon İmmünolojisi. Diyaliz Transplantasyon Ve Yanık, 2004; 15(3): 120-125

Bayram Y, Türkay C. Akut Karaciğer Yetmezliği. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Güncel Gastroenteroloji, 2010; 14 (3):138-144.

Berg-Emons R, Kazeimer G, Ginneken B, Nieuwenhuijsen C, Tilanus H, Stam H. Fatigue, Level Of Everyday Physical Activity And Quality Of Life After Liver Transplantatio. Journal Rahabil Med. 2006; 38, 124-12.

Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Geliştirilmiş VI. Baskı. 1997, Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.

Bozdemir H. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Aklime Dicle ).

Bravata D, Olkin I, Barnato A. Ve Ark. Health-Related Quality Of Life After Liver Transplantation: A Meta-Analysis. Liver Transpl Surg. 1999; 5(4): 318-31.

Can C. Karaciğer Nakli Öncesinde Ve Nakilden Bir Yıl Sonra Psikiyatrik Belirti Ve Bozukluk Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi, Genel Bilişsel Ve Cinsel İşlevler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2010, İzmir (Danışman : Prof. Dr. H. Can Cimilli )

Cürcani M. Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumluluğu Ve Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar Üzerinde Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Erzurum (Danışman : Doç. Dr. Mehtap Tan).

Çelebi E. Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul ( Danışman : Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal )

Çetin Ö. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Sonrası Vericinin Ruhsal Ve Bedensel Sağlığının Araştırılması. Ege üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2007, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Aysın Noyan)

Çıtlak Sarıtaş S, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2014; 2(1): 17-25.

Çolakdalcı A. Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerinde Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2012, Malatya ( Danışman : Yrd. Doç. Dr. Meral Ucuzal )

Dentlinger N, Ramdin V. Medical-Surgical Nursing. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara. 2015; 219-221.

Doğan N. Akciğer Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Erzurum (Danışman : Do. Dr. Mehtap Tan ).

Dolar E. Karaciğer sirozu. <http://gastro.uludag.edu.tr/eski-site/k0904.php>. Adresinden 29.03.2017 tarihinde erişilmiştir.

Durna Z. Kronik Hastalıklar Ve Önemi. İçinde: Kronik Hastalıklar Ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012; s:1-8.

Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi. 2011; s:102-120.

Ercan N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman : Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu)

Erkiral C. Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım )

Esen S, Köksoy C, Yerdel MA. Transplantasyon Komplikasyonları. Trans Klinik Journal Surgery, 6, Ankara.

Ghany M, Hoofnagle JH. Approach To The Patient With Liver Disease, In Harrison's Principles Of Internal Medicine, 17th Edition, Fauci As, Editör. McGraw-Hill Medical Publishing Division: 2008: 1918-23.

Goetzinger AM, Blumenthal JA, Ohayer CV, Babyak MA, Hoffman BM. Ong L, Et Al. Stress And Coping In Caregivers Of Patients Awaiting Solid Organ Transplantation. Clinical Transplantation 2012; 26(1): 97-104.

Gotardo DR, Strauss E, Teixeira MC, Machado MC. Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. Liver International 2007;28:99-106

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H. Ve Ark. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2008; 50:172-179.

Gündoğdu S. Kronik Karaciğer Hastalığı ile Karaciğer Nakli Yapılmış Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, Afyon, (Danışman: Yard. Doç. Dr. İ.Uslan).

Güven, N. (2010). Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman : Prof. Dr. Birsen Yürügen ).

Gross C, Malinchoc M, Kim R, Evans R, Et Al. Quality Of Life Before And After Liver Transplantation For Cholestatic Liver Disease, Hepatology, 1999; 29 (2): 356-364.



Hoffman MF, Nelson JB, Drangsvet BM, Flynn MB. Caring For Transplant Recipients In Nontransplant Setting. Critical Care Nursing. 2006; 26 (2): 53-76

Hoofnagle JH, Carithers RLJ, Shapiro C, Ascher N. Fulminant hepatic failure: summary of a workshop. Hepatology 1995;21:240-52.

<http://www.eltr.org/Overall-indication-and-results.html>, Erişim tarihi : 04.04.2017

<http://www.tonv.org.tr/karaciger-nakli/>, Erişim tarihi: 15.02.2017

<https://optn.transplant.hrsa.gov/> Erişim tarihi:15.02.2017

<http://www.eltr.org/Overall-indication-and-results.html> erişim tarihi: 15.02.2017

John M. Coombes, MD and James F. Trotter, MD, Development of the Allocation System for Deceased Donor Liver Transplantation. Clinic. Med. & Res. 2005; 3; 87-92.

Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Disease, Report of WHO Study Group. Geneva 28 January-1 February 2002.

Kaçmaz, N., Barlas, Ü.G., Karaciğer Nakli Yapılan Hasta Ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014;5(1):1-8.

Karabulut N, Aktaş YY. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların Yaşadığı Sorunlar Ve Hemşirelik Girişimleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 1(1), 37-42.

Karakayalı H, Haberal M. The History And Activities Of Transplantation Turkey. Transplant Proceedings, 2005; 37(7): 2905-2908.

Karasu Z. Canlı Vericiden Karaciğer Transplantasyonu; Dünya'daki Ve Türkiye'deki Durum. Türkiye Klinikleri Journal Of International Medical Science. 2006; 2(51):1-5.

Karatemiz G. Nonalkolik Karaciğer Sirozlu Hastalarda ProBNP Düzeyinin 6 Aylık Mortalite Ve Morbidite İle İlişkisi. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, 2009, İstanbul ( Danışman : Doç. Dr. A. Baki Kumbasar).

Kasapoğlu B, Yalçın KS, Türkay C. Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu. Güncel Gastroenteroloji. 2010;14(2):96-102.

Kaya D. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul, ( Danışman : Prof. Dr. Zehra Durna)

McCance K, Huether SE. Alterations In Immunity And Inflammation, Pathophysiology The Biologic Basis For Disease In Adult And Children, 5th Edition, USA: Elsevier Mosby, 2006; Pp:264-265.

Mollaoğlu M. Karaciğer, Pankreas, Safra Kesesi Hastalıkları Ve Bakım. İçinde: İç Hastalıkları Hemşireliği. Ed: Durna, Z., Akademi Basın Ve Yayıncılık. İstanbul.2013; s:410-430.

O'Grady JG, Alexander GJ, Haylar KM, Williams R. Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure. Gastroenterology 1989;97:439-445.

O'Grady JG, Wendon J. Acute liver failure. In: WM Weinstein, CJ Hawkey, J Bosch, Eds, Clinical Gastroenterology and Hepatology, First Ed, Elsevier INC. Philadelphia, USA, 2005:745-753.

O' Malley P. Critical Care Nurse Perspectives Of Family Needs, Heart-Lung. 20 (2): 189-201. 1991.

Ordin SY. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom Ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, İzmir (Danışman : Doç. Dr. Özgül Karayurt)

Özçürümez G. Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek Transplantasyonu Ve Psikiyatri. Klinik Psikiyatri, 2003; 6: 225-234.

Öztürk B. Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun Ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman : Yard. Doç. Dr. Semiha Akın )

Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Edirne (Danışman : Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak)

Roberts MS, Et Al. Survival After Liver Transplantation In The United States: A Disease-Specific Analysis Of The UNOS Database. Liver Transpl, 2004. 10(7): P. 886-97.

Sarıgöl Y. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2008, İzmir (Danışman : Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle).

Sargent, S. Wainwright, S. A Qualitative Study Exploring Patients Perceived Quality Of Life Following An Emergency Liver Transplant For Acute Liver Failure. Intensive And Critical Care Nursing, (2007) 23; 272-280.

Sass DA, Shakil OA. Fulminant hepatic failure. Gastroenterol Clin North Am 2003;32:1195-1211.

Seaberg EC, Belle SH, Beringer KC. Liver transplantation in the United States from 1987-1998: updated results from the Pitt-UNOS liver transplant registry. (Cecka JM, Terasaki PI, ed). Clinical transplants 1998. UCLA Tissue Typing Laboratory. 1999; vol 4:17-37.

Sert Ş.(edi), Böbrek Transplantasyonu El Kitabı, Bilimsel Tıp Yayın Evi , Ankara , 2001 .

Smeltzer SC, Bare BG. Assessment and Management of Patient with Hepatic Disorders, Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition, USA: LippincottWilliams&Wilkins,2005:1074-1122

Starr S, Hand H. Nursing Care Of Chronic And Acute Liver Failure. Nursing Standard 2002; 16, 40, 47-54.

Şahin N. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları, Nedenleri Ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2012, İzmir ( Danışman : Doç. Dr. Özgül Karayurt ).

Tamer M. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2015, Gaziantep (Danışman : Doç. Dr. Ayla Yava)

Terzioğlu A. Organ Transplantasyonu ve Getirdiği Etik Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 1993;1:35-52 1993;1:35-52.

Van Der Plus S, Hansen BE, De Boer Josien At All. “Generic And Disease-Specific Health Related Quality Of Life İn Non-Cirrhotic, Cirrhotic And Transplanted Liver Patients: A Cross-Sectional Study”, BMC Gastroenterology; 2003; 3:33, Page:3-13.

Verdonk RC, Van Den Berg AP, Slooff MJ, Porte RJ, Haagsma EB. Liver Transplantation: An Update. Neth J Med, 2007. 65(10): P. 372-80.

Yamantaş Ö. Karaciğer Transplantasyonlarında Sağ Lop Vericilerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman : Prof. Dr. Adnan İşgör ).

Yeşilova Z. Karaciğer Transplantasyonu İmmünolojisi. Türkiye Klinikleri Journal International Medikal Science, 3 (8), 35-40.

Younossi MZ, McCormic M, Price LL, At All, “Impact Of Liver Transplantation On Health-Related Quality Of Life” Liver Transplantation, 2000; (6) :779- 783.

Yılmaz E. Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli Ve Bağışına İlişkin Düşünceleri. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2006, Eskişehir (Danışman : Prof. Dr. Ersin Ateş).

## EKLER

### EK 1 ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	ALEV	<b>Soyadı</b>	URFALI
<b>Doğum yeri</b>	BEYOĞLU	<b>Doğum tarihi</b>	19.09.1989
<b>Tel</b>	0535 715 59 97	<b>e-mail</b>	alevurfali@hotmail.com

### Eğitim Durumu

	Mezun olduğu kurumun adı	Mezuniyet yılı
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ	2017
<b>Lisans</b>	İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ	2011
<b>Lise</b>	ŞAİR ABAY KONANBAY LİSESİ	2006

Yabancı Dil/Diller Sınav Puanı								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	CPE	CAE	FCE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>Ales Puanı</b>			
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi \*

Program	Kullanma Becerisi
MICROSOFT WORD	İYİ

\*çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirilir.

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ	GAYRETTEPE FNH	2010-2012
SERVİS HEMŞİRESİ	İSTANBUL FNH	2013-2014
SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ	İSTANBUL FNH	2014-HALEN

## EK 2 ETİK KURUL ONAYI



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Sayı : 44140529 / 2016-74  
Konu : Tez çalışması

29.07.2016

Sayın Prof. Dr. Zehra DURNA  
İç Hastalıkları Hemşireliği

Aşağıda belirtilen çalışmanız 26.07.2016 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

**Çalışmanın Adı:** “Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması.

**Sorumlu Araştırmacı:** Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü

**Diğer Araştırmacılar:** Alev URFALI, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

**Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi:** Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü

**Merkez sayısı:** Tek merkez



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu  
Karar No : 26.07.2016/52-01

Çalışmanın Adı: "Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması.  
Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Zehra DURNA, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü

Başkan  
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Başkan Yardımcısı  
Prof. Dr. Numan ERMUTLU

Üye  
Prof. Dr. Tufan PAKER

Prof. Dr. Işıl BARAL KULAKSIZOĞLU

Üye  
Doç. Dr. Semiha AKIN

Yard. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

Üye  
Ecz. Pınar DEMİR ÖZKER

Raportör  
Doç. Dr. Berrin TELATAR

Üye  
Prof. Dr. Ali Seyfi Yalım YALÇIN

Üye  
Doç. Dr. Demet AKIN

Üye  
Yard. Doç. Dr. Ersan EROĞLU

Üye  
Av. Özlem ÖZTÜRK

Üye  
Can KUTLU

### **EK 3 ANKET FORMLARI**

#### **HASTA BİLGİ FORMU**

1. Adı-soyadı :
2. Yaş :
3. Cinsiyet :
  - a. Kadın
  - b. Erkek
4. Çalışma durumu :
  - a. Şuan çalışıyor
  - b. Şuan çalışmıyor
5. Meslek :
  - a. Çalışıyor
  - b. Ev hanımı
  - c. Emekli
  - d. Memur
  - e. İşçi
  - f. İşsiz
  - g. Diğer
6. Yaşadığınız yer :
  - a. Köy
  - b. Kasaba
  - c. Şehir
7. Medeni durumu :
  - a. Bekar
  - b. Evli
8. Evde kiminle yaşıyorsunuz?
  - a. Yalnız
  - b. Eşiyle
  - c. Eşiyle ve çocuklarıyla
  - d. Çocuklarıyla
  - e. Anne ve babasıyla
  - f. Diğer
9. Eğitim durumu :
  - a. Okur-yazar değil
  - b. Okur-yazar
  - c. İlkokul
  - d. Ortaokul ve lise
  - e. Üniversite ve üstü
10. Aylık gelir durumu :
  - a. Çok iyi
  - b. İyi
  - c. Orta
  - d. Kötü
  - e. Çok kötü

11. Ailenizin geçimini kim sağlıyor?
- Kendiniz
  - Eşiniz
  - Anne/Babanız
  - Çocuğunuz
  - Eşiniz ve kendiniz
12. Sosyal güvenceniz :
- Yok
  - Yeşil kart
  - Sgk
  - Özel sigorta
13. Sigara içiyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
  - Bazen
14. Günde kaç paket/adet?.....
15. Ne sıklıkta alkol tüketiyorsunuz?
- Tüketmiyorum
  - Sosyal içiciyim
  - Ayda bir iki kere
  - Haftada bir iki kere
  - Hemen hemen her gün
16. Hastalık nedeni :
- Viral Hepatit
  - Otoimmün Hepatit
  - Primer Biliyer Siroz/ Primer Sklerozan Kolanjit
  - Wilson Hastalığı
  - Alkolik Karaciğer Hastalıkları
  - Karaciğer Yağlanması (NASH)
  - Kriptojenik Karaciğer Hastalığı
  - Overlap Sendromlar
  - Diğer Karaciğer Hastalıkları
17. Kaç yıldır karaciğer yetmezliği hastalığınız var?
- ..... ay
18. Ailenizde karaciğer yetmezliği hastalığı olan var mı?
- Yok
  - Anne
  - Baba
  - Kardeşler
  - Çocuklar
  - Diğer....
19. Karaciğer hastalığı dışında başka hastalığınız var mı?
- Var
  - Yok



20. Cevabınız var ise nedir?
- Hipertansiyon
  - Diyabet
  - Kalp
  - Diğer....
21. Transplantasyon uygulama zamanı :
- 3-6 ay önce
  - 6-9 ay önce
  - 9 ay-1 yıl önce
  - 1.5-2 yıl önce
22. Donör :
- Canlı
  - Kadavra
23. Canlı ise :
- Anne
  - Baba
  - Eş
  - Çocuk
  - Kardeş
  - Diğer....
24. Ameliyat sonrası kendinizi nasıl hissettiniz?
- Pişmanlık duygusu içindeyim
  - Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum
  - Kendimi rahatlamış hissediyorum
  - Şuanda halimden memnunum
  - Genellikle keyfim yerinde
25. Ameliyat sonrası korkularınız nelerdir?
- Organ reddi korkusu
  - Karaciğer nakli gerektiren hastalığın tekrar etmesi
  - Ameliyat sonrası ağrının çok olması
  - Normal yaşama devam edememe korkusu
  - Yaşamadım
  - Diğer ....
26. Taburcu olduktan sonra ne gibi sıkıntılar yaşadınız?
- İlaçlarımı düzenli kullanamadım
  - Kontrollere gelmekte sıkıntı yaşadım
  - İlaçlarımı temin etmekte sıkıntı yaşadım
  - Ekonomik sıkıntı yaşadım
  - Yaşamadım
  - Diğer ....
27. Ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanan tedaviler hakkında size bilgi veriliyor mu?
- Evet
  - Hayır
  - Bazen

28. Cevabı evet ise kim tarafından veriliyor?
- Hekim
  - Hemşire
  - Diğer
29. Ameliyat sonrası ilaçlarınızı nasıl kullanmanız gerektiği size anlatıldı mı?
- Evet
  - Hayır
  - Bazen
30. Cevabı evet ise kim anlattı?
- Hekim
  - Hemşire
  - Diğer
31. Karaciğer nakli sonrası ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
  - Bazen
32. Cevabınız bazen ya da hayır ise niçin?
- .....
33. Ameliyat sonrası enfeksiyondan nasıl korunacağınızı biliyor musunuz;?
- Evet
  - Hayır
34. Cevabınız evet ise enfeksiyondan korunmak için ne gibi önlemler alıyorsunuz?
- .....
- .....
- .....
35. Ameliyat sonrası nasıl beslenmeniz gerektiğini biliyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
36. Cevabınız evet ise beslenme için ne gibi önlemler alıyorsunuz?
- .....
- .....
- .....
37. Ameliyattan önceki sağlık durumunuzla şimdiki sağlık durumunuzu karşılaştırınız?
- Ameliyat öncesinden daha iyi
  - Ameliyat öncesinden biraz daha iyi
  - Ameliyat öncesiyile aynı
  - Ameliyat öncesinden kötü
  - Ameliyat öncesinden daha kötü

38. Çalışırken veya diğer aktiviteleri yaparken uzun süre ara vermek zorunda kaldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bazen

39. Karaciğer transplantasyonu yaptırdığınız için memnun musunuz?

- a. Çok memnunum
- b. Memnunum
- c. Az memnunum
- d. Hiç memnun değilim
- e. Pişmanım

# Nottingham Sağlık Profili

© Galen Research Ltd 2010

Aşağıda insanların günlük yaşantılarında karşılaşılabileceği bazı sorunlardan bahsedilmektedir.

Her bir sorunun sizde mevcut olup **olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin**

	Evet	Hayır
<b>Kendimi sürekli yorgun hissediyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Geceleri ağrım oluyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Her şey moralimi bozuyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Dayanılmaz şiddette ağrım var</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Uyuyabilmek için ilaç alıyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Artık eğlenmeyi unuttum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Kendimi çok sinirli hissediyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hareket etmek, pozisyon değiştirmek bana ağrı veriyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kendimi yalnız hissediyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öne eğilmek benim için zor oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En basit işler için bile çaba göstermem gerekiyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiç yürüyemiyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İnsanlarla ilişki kurmakta zorlanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her bir sorunun sizde mevcut olup olmadığını düşünün, olanlara evet, olmayanlara hayır cevabını verin

	Evet	Hayır
Günler geçmek bilmiyormuş gibi geliyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı şeylere, yerlere uzanmak, yetişmek zor oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
Yürürken ağrı oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bugünlerde çok kolay öfkeleniveriyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bazen kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ayakta durunca ağrım oluyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Kendi kendime giyinmek zor oluyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Çabucak yoruluyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor (örneğin mutfakta veya otobüs beklerken gibi)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Sürekli ağrım oluyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hayat yaşamaya değmez gibi geliyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gece uykularım çok kötü</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyacım var (örneğin baston veya bir kişi gibi)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Evet	Hayır
<b>Merdiven inip çıkarken ağrım oluyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Otururken ağrım oluyor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Lütfen her ifadeyi yanıtladığımızdan emin olmak için  
bütün sayfaları kontrol ediniz.

**Bu anketi doldurma zahmetine katlandığınız için teşekkür ederiz.**

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

### **Sayın Katılımcı,**

**Araştırmanın adı :** ‘ ‘ Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi ‘ ‘

Karaciğer nakli geçiren hastalarda yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma planlanmıştır. Karaciğer nakli yaşam kalitesini arttıran ve bireylere aktif yaşam olanağı sunan maliyeti yüksek bir girişimdir.

Bu çalışmada amacımız ; karaciğer nakli uygulanan hastaların yaşam kalitelerini ve eğitim gereksinimlerini belirlemektir. Bu çalışma, karaciğer nakli uygulanan 100 hastada yapılması planlanmaktadır. Araştırma sonucuna göre nakil sonrası yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu dönemde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu araştırma bir anket çalışması olup, araştırma kapsamında bir girişim veya tedavi gibi bir uygulama yapılması söz konusu olmayacaktır.

Araştırma için Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesi yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Bu çalışma da toplanacak olan bilgilerinizin ve kimliğinizin gizli kalmasına mutlaka özen gösterilecektir. Bu bilgiler bilimsel amaçlarda kullanılacak ve yüksek lisans tez ve ilgili yayınlarımda yer alacaktır. Elde edilen verilere etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin doğrudan erişimlerinin olabileceği, ancak bu bilgilerinizin gizli tutulacağı, yazılı Bilgilendirilmiş Olur Formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişimine izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı ve araştırmanın sonuçlarının yayınlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. Bu çalışmada Hasta Bilgi Formu ve Nottingham Sağlık Profili Ölçeği’ni doldurmanız istenecektir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma hakkında istediğiniz her şeyi sorabilirsiniz. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, istediğiniz zamanda çekilebilme hakkına sahipsiniz. Bu durumdan hiçbir zaman olumsuz yönde etkilenmeyeceksiniz. Katılımcı olarak sorularınız olursa aşağıda belirtmiş olduğum telefon ve adresten bana ulaşabilirsiniz.

Bütün verileri araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacaktır. Sizin izniniz olmaksızın kimse ile paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim. İstanbul Florence Nightingale Hastanesi  
8. Kat Sorumlu hemşiresi - 0535 7155997

*“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğim biliyorum. Söz konusu olan araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

**İsim-Soyisim :**

**Tarih :**

**İmza :**

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen hastaya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

.../.../2016

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Zehra DURNA

İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu  
0532 282 96 30

Yardımcı Araştırmacı

Alev URFALI

İstanbul Florence Nightingale Hastanesi  
0535 715 59 97

## EK 4 TEZ ÇALIŞMASI İZİN FORMLARI



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/70  
KONU: Anket hk.

TARİH :21/02/2017

ŞİŞLİ FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Alev URFALI'nın "Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

uzun  
24.3.2017

SAYI: İDR 2017-228  
KONU: Anket Hk.

TARİH: 24.03.2017

T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' ne

İlgi: 50400462/70 sayılı, 21.02.2017 tarihli yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Alev URFALI' nın “Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu hastanemizde uygulayarak gerçekleştirmesi uygundur.  
Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

 Dr. Okan ÖZÇEKER  
Başhekim  
Dr. Okan ÖZÇEKER  
Özel Şişli  
Florence Nightingale Hastanesi  
Başhekim