

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI
DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN HASTALARIN
BİLGİ, SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YAPRAK SARIGÖL ORDİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

İZMİR-2013

TEZ KODU: DEÜ.HSI.PhD-2008970074

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI
DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN HASTALARIN
BİLGİ, SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

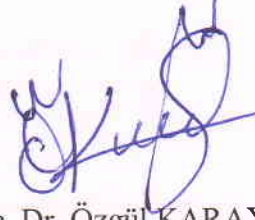
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİMDALI
DOKTORA TEZİ**

YAPRAK SARIGÖL ORDİN

Danışman Öğretim Üyesi: DOÇ. DR. ÖZGÜL KARAYURT

TEZ KODU: DEÜ.HSL.PhD-2008970074

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Yaprak SARIGÖL ORDİN
“Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi,
Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi” konulu doktora tezini
03.06.2013 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



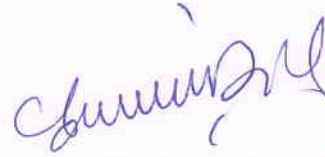
Doç. Dr. Özgül KARAYURT

Başkan



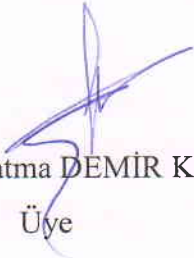
Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN

Üye



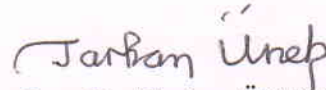
Yard. Doç. Dr. Akline DİCLE

Üye



Doç. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Üye



Doç. Dr. Tarkan ÜNEK

Üye

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	x
TEŞEKKÜR.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Karaciğer Transplantasyonu.....	6
2.2. Karaciğer Transplantasyonu Tarihçesi.....	6
2.3. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları.....	9
2.4. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları.....	13
2.5. Karaciğer Transplantasyonu Sürecine Karaciğer Transplantasyonu Hastanın Bakımı.....	15
2.5.1. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Değerlendirme ve Bakımı.....	15
a) KT bekleme listesinde KT aciliyetinin belirlenmesi.....	16
b) KT öncesi fizyolojik değerlendirme.....	19
c) Akut karaciğer yetmezliği hastalarının değerlendirilmesi.....	21
d) Psiko-sosyal ve aile durumun değerlendirilmesi.....	22

e) Yasal Hazırlık.....	23
f) Karaciğer bekleme listesinde hastanın transplantasyona hazırlanması ve eğitimi	24
2.6. Karaciğer Transplantasyon Cerrahisi.....	25
2.7. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	27
2.7.1. KT sonrası Akut ve Erken Dönem Hemşirelik Bakımı.....	28
2.7.2. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Uzun Dönem Hemşirelik Bakımı	34
2.8. Karaciğer Transplantasyonunda Verici.....	42
2.9. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyon İmmunolojisi, Etkileyen Faktörler ve Fizyopatolojisi.....	44
2.9.1. Rejeksiyon İmmunolojisi.....	44
2.9.2. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyon Sürecini Etkileyen Faktörler.....	44
2.9. 3. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyonun Önlenmesi	46
2.10. Karaciğer Transplantasyonunda Psikososyal Konular.....	54
2.11. Karaciğer Transplantasyonunda Psikososyal Destek.....	56
2.12. Karaciğer Transplantasyonunda Yaşam Kalitesi.....	72
2.12.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçümü.....	72
2.12.2. Karaciğer Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi.....	73
2.12.3. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarında Yaşam Kalitesi Çalışmaları.....	74
2.13. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması.....	77
2.13.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması.....	78
2.13.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlilik.....	79
2.13.3 Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması.....	85
2.14. Roy Uyum Modeli.....	85

I.AŞAMA NİTELİKSEL ARAŞTIRMA

3.1.1. Araştırmanın Tipi.....	94
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	94
3.1.3. Araştırmanın Örneklemi.....	94
3.1.4. Veri Toplama Araçları.....	96
3.1.5. Araştırma Planı ve Takvimi.....	96
3.1.6. Verilerin Toplanması.....	97
3.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	97
3.1.8. Araştırma Sınırlılıkları.....	97
3.1.9. Etik Kurul Onayı.....	98
3.1.10. Araştırmanın Kavramsal Yapısı.....	98
3.1.11. Araştırmanın Güvenirliği.....	99
4.1. BULGULAR.....	100
5.1. TARTIŞMA.....	106
6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	109

II. AŞAMA METHODOLOJİK ARAŞTIRMA

3.2.1. Araştırmanın Tipi.....	110
3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	110
3.2.3. Araştırmanın Örneklemi.....	110
3.2.4. Veri Toplama Araçları.....	110
3.2.5. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	113
3.2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	113
3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	116
3.2.8. Etik Kurul Onayı.....	116
4.2. BULGULAR.....	117
5.2. TARTIŞMA.....	128
6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	130

III. AŞAMA YARI DENEYSEL ARAŞTIRMA

3.3.1. Araştırmanın Tipi.....	132
-------------------------------	-----

3.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	132
3.3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	132
3.3.4. Araştırma Değişkenleri.....	135
3.3.5. Veri Toplama Araçları.....	135
3.3.6. Araştırma Planı ve Takvimi.....	140
3.3.7. Veri Toplama Süreci.....	141
3.3.8. Araştırmada Uygulanan Girişim-Destek grup girişimi.....	141
3.3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	144
3.3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	145
3.3.11. Etik Kurul Onayı.....	146
3.3.12. Araştırmanın Kavramsal Yapısı.....	146
4.3. BULGULAR.....	148
4.3.1. Tanıtıcı Özellikler.....	148
4.3.2. Destek Grup Girişiminin Bilgi Düzeyi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi.....	149
4.3.2.1. Kontrol ve Girişim Grubunun Başlangıç Verileri.....	148
4.3.2.2. Kontrol ve Girişim Grubunun Destek Grup Sonrası ve 3. Ay Verilerinin Karşılaştırılması.....	151
5.3. TARTIŞMA.....	169
6.3. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	172
TEZİN GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER.....	174
KAYNAKLAR.....	177
EKLER.....	192
Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu-1	
Ek-2. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Onayı	
Ek-3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	
Ek-4.1 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni	
Ek-4.2 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni	
Ek-5. Hasta Tanılama Formu	
Ek-6. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Uyumu Değerlendiren Görüşme Formu	
Ek-7. Bilgilendirilmiş Olan Formu-2	
Ek-8. Sağlıklı Grup Bilgilendirilmiş Onam Formu	
Ek-9. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yazılı Kurum İzni	
Ek-10. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Kurum İzni	

- Ek-11. Sağlıklı Grubu Tanılama Formu
- Ek-12. Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ
- Ek-13. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma Ve Rahatsız Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR}
- Ek-14. Modified Transplant Symptom Occurrence And Symptom Distress Scale – Revised 59
- Ek-15. Araştırmanın Güç Analizi
- Ek-16. Bilgilendirilmiş Onam Formu-3
- Ek-17. Bilgi Düzeyi Soru Formu
- Ek-18. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
- Ek-19. SF-36 Hesaplama Modeli
- Ek-20. Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu
- Ek-21. Özgeçmiş
- Ek. 22. Tezden Yapılan Bilimsel Yayınlar ve Bildiriler
- Ek-23. Tezden Yapılan SCI Yayınlar
- Ek-24. Hasta Kitapçığı: “Karaciğer Nakil Hastaları ve Aileleri İçin Rehber”

TABLO DİZİNİ

Tablo No	Tablo İsmi	Sayfa No
Tablo 1.	Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları.....	10
Tablo 2.	Hepatocellular Karsinomada Karaciğer Transplantasyonu Uygulanabilmesi İçin Kabul Edilen Kriterler.....	13
Tablo 3.	Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları.....	14
Tablo 4.	CTP Sınıflandırması.....	17
Tablo 5.	KT öncesi Uygulanması Gereken Testler.....	20
Tablo 6.	KT Sonrası Erken Dönemde Karşılaşılan Komplikasyonlar.....	29
Tablo 7.	Transplantasyon Sonrası Geçen Süreye Göre Enfeksiyonların Sınıflandırması.....	32
Table 8.	Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Uzun Dönem Komplikasyonlar.....	34
Tablo 9.	Karaciğer Nakli Sonrası Uzun Dönemde Görülen Sorunların Belirti, Bulgu, Değerlendirme ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	39
Tablo 10.	İmmunosupresif İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri ve Hemşirelik Bakımı.....	48
Tablo 11.	Kullanılan İmmunosupresiflere Bağlı Gelişen Yan Etkilere Yönelik Hemşirelik Girişimler.....	51
Tablo 12.	Transplantasyon Hastasının Ana Eğitim Konuları.....	61
Tablo 13.	Örnek Hasta İlaç Kartı.....	61
Tablo 14.	Dünya’da Organ Nakli Hastalarında Uygulanan Destek Grup, Farklı Grup Girişimleri ve Eğitim Programlarını Etkisini İnceleyen Araştırmalar.....	63
Table 1.1.	Araştırmaya Katılan Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Demografik ve Karaciğer Hastalığı Özellikleri (N: 21).....	95
Tablo 2.1.	MTSORD-58 ^{TR} ’in Geçerlik Çalışmasında Kullanılan Yöntemler ve İstatistiksel Analizler.....	115
Table 2.2	Organ transplantasyonu (N=180) ve sağlıklı kişilerin (N=180) demografik ve klinik özellikleri.....	118
Tablo 2.3	Kadın ve Erkek Organ Transplantasyonu Hastalarının Semptom Oluşma ve Semptom Rahatsızlık Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	125
Tablo 2.4.	Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Puan Ortalaması ve Depresyon Skorlarına Göre Karşılaştırılması.....	125

Table 2.5. Organ Transplantasyonu Hastaları ve Sağlıklı Kişilerin Semptom Oluşma Ve Rahatsızlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	126
Tablo 3.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Bileşenleri.....	138
Tablo 3.2. Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Destek Grup Girişiminin İçeriği.....	142
Tablo 3.3. Uygulanan Destek Grup Girişimi Toplantılarının İçeriği.....	143
Tablo 3.4. Kontrol Grubu ile Girişim Grubunda ki Hastaların Sosyo-Demografik ve Karaciğer Transplantasyonu ile İlgili Özellikleri.....	148
Tablo 3.5. Kontrol Grubu ve Girişim Grubunda ki Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Başlangıç Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	150
Tablo 3.6. Girişim (n: 35) ve Kontrol (n: 38) Grubunun Destek Grup Sonrası ve 3. Ay Verilerinin Karşılaştırılması.....	151
Tablo 3.7. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Bilgi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizi.....	151
Tablo 3.8. Girişim (n:35) ve Kontrol (n: 38) Grubunun Semptom Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması.....	153
Tablo 3.9. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Semptom Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri.....	156
Tablo 3.10. Girişim (n: 35) ve Kontrol (n: 38) Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması.....	164
Tablo 3.11. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri.....	166
Tablo 3.12. Girişim Grubunun (n: 35) Destek Grup Toplantıları Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	167
Tablo 3.13. Girişim Grubunun (n: 35) Destek Grup Toplantılarından Memnuniyetine İlişkin Görüşleri.....	167

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil No	Şeklin İsmi	Sayfa No
Şekil 1.	Karaciğer Transplantasyonu Sayıları Dağılımı Türkiye, 2002-2011.....	7
Şekil 2.	Yıllara Göre Kracağer Transplantasyonu Merkezi Sayıları, 2011.....	7
Şekil 3.	Karaciğer Transplantasyonu Milyon Nüfus Başına Organ Verici Oranları, 2010.....	8
Şekil 4.	Türkiye, Milyon Nüfus Başına Kadavra Donör Tespiti Bölgesel Dağılımı, 2011.....	9
Şekil 5.	Avrupa'da Yıllara Göre Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonlarının Dağılımı - ELTR, 2011).....	11
Şekil 6.	Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonlarının Dağılımı.....	11
Şekil 7.	Organ Nakli Bekleme Listesinde Hastaların Dağılımı, 2011.....	16
Şekil 8.	MELD/PELD Puanına Göre Hasta Sağ Kalım Oranları, 2011.....	19
Şekil 9.	Canlı Vericiden Karaciğer Transplantasyonunda Kullanılan Hepatektomi Türleri.....	26
Şekil 1.1.	Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci.....	96
Şekil 1.2.	Araştırmanın Kavramsal Yapısı.....	99
Şekil 2.1.	Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci.....	113
Şekil 2.2.	Sağlıklı Grupla Karşılaştırmalı Olarak (Ridit= 0.50) Organ Transplantasyonu Kadın ve Erkek Hastaların Ridit Değerleri.....	118
Şekil 2.3.	Kadın Erkek Hastaların Semptom Oluşma Ridit Punalrının MTSORD-58 ^{TR} , in Her Maddesine Göre Dağılımı.....	122
Şekil 2.4.	Kadın Erkek Hastaların Semptom Rahatsızlık Ridit PunalArının MTSORD ^{TR} , in Her Maddesine Göre Dağılımı.....	123
Şekil 2.5.	Organ Transplantasyonu Hastalarının ve Sağlıklı Kişilerin Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Ridit Değerlerinin Dağılımı.....	124
Şekil 2.6.	Transplantasyon Hastalarında En Fazla Görülen 10 Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Boyutuna Göre Dağılımı (Referans grubu=Sağlıklı grup= 0.50).....	126
Şekil 3.1.	Araştırma Örnekleminin Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	134
Şekil 3.2.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Özet Skorları.....	139

Şekil 3.3.	Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci.....	140
Şekil 3.4.	Roy Uyum Modeline Dayalı Destek Grup Girişimi Orat Düzey Teorisinin Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı.....	147
Şekil 3.5.	Girişim Grubunun Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durmu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans grubu ridit=0.50).....	157
Şekil 3.6.	Girişim Grubunun 1. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Oluşma Bpyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans grubu ridit=0.50)..	158
Şekil 3.7.	Girişim Grubunun 1. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Rahatsızlık Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans grubu ridit=0.50).....	159
Şekil 3.8.	Girişim Grubunun 2. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Oluşma Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans grubu ridit=0.50)	161
Şekil 3.9.	Girişim Grubunun 2. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Rahatsızlık Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans grubu ridit=0.50).....	162

KISALTMALAR

KT	: Karaciğer Transplantasyonu
ONKOD	: Organ Nakli Koordinatorleri Derneği
MTSORD-58^{TR}	: Modifiye Transplant Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 58 Maddelik Ölçeği
SF-36	: Short Form-36, Kısa Form-36
TOND	: Türkiye Organ Nakli Derneği

TEŞEKKÜR

Doktora sürecim boyunca ve akademik gelişimimde benden değerli desteklerini esirgemeyen, deneyimleri ile beni zenginleştiren ve yol gösteren tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Özgül Karayurt'a, beni karaciğer taransplantasyonu alanı ile tanıştıran ve doktora sürecimde katkılarını esirgemeyen Tez İzlem Komitesi Üyesi Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle'ye, verdiği öneriler ve değerli deneyimleri ile tezimin zenginleşmesinde katkıda bulunan Tez İzlem Komitesi Üyesi Sayın Prof. Dr. Gülseren Kocaman'a teşekkür ederim.

Tezimin niteliksel bölümünde, niteliksel araştırma konusunda gelişimime destek veren, hem analiz aşamasında hem de makalenin yapılandırılmasında verdiği öneriler ve desteklerinden dolayı Sayın Prof. Dr. Sally Wellard'a, tezimin metodolojik aşamasında uzman görüşlerini bildiren Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ve Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve diğer uzmanlara, tezimin ikinci aşamasının analizlerinde destek sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü öğretim elemanı Sayın Araş. Gör. Dr. Özgül Vupa'ya, destek grup toplantılarında psikolojik destek konulu oturumu yöneten Sayın Klinik Uzman Psikolog Nurdan Ökten'e,

Tezimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen ve kendimi karaciğer nakli ekibinin bir üyesi olarak hissetmemi sağlayan başta karaciğer nakil polikliniği sorumlu hekimi Sayın Dr. Aylin Bacakoğlu, organ nakli koordinatörü Sayın Uzm. Hemş. Pakize İstan ve tüm karaciğer nakli ekibine,

Destek grup toplantılarında sponsorluk sağlayan Astellas firması ve İzmir temsilcisi Sayın Özge Karataş'a,

Doktora sürecimde tüm yoğunluğuma katlanan, anlayış gösteren, ev hayatı ve sosyal hayatımda bana destek olan benimle bir kez daha doktora sürecini yaşamak zorunda kalan sevgili eşim Burak Ordin'e, hayatım süresince hep yanımda olduklarını hissettiğim aileme sonsuz teşekkürler.

ÖZET

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN HASTALARIN BİLGİ, SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Yaprak Sarıgöl ORDİN, DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı / İZMİR,

yapraksarigol@gmail.com

Amaç: Roy Uyum Modeli kullanılarak karaciğer transplantasyonu (KT) hastalarının uyumunu açıklamak, Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 59 maddelik ölçeğinin Türk organ nakli hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek, destek grup girişiminin karaciğer transplantasyonu hastalarının bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisini incelenmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma niteliksel, metodolojik ve yarı deneysel tipte araştırma bölümlerinden oluşmaktadır. Niteliksel araştırmada, Roy Uyum Modeline temellendirilmiş derinlemesine ve odak grup görüşme yöntemi ile 21 KT hastasından veri toplanmış ve tümden gelim içerik analizi kullanılmıştır. Metodolojik aşamada, karaciğer ve böbrek transplantasyonu uygulanmış (N= 180) hastalardan ve sağlıklı kişilerden (N: 180) veri toplanmıştır. Yarı deneysel aşamada, kontrol (n: 38) ve deney grubu (n: 37) olmak üzere KT hastasından veri toplanmıştır. Veriler, destek grup öncesi, sonrası ve üç sonrası olarak toplanmıştır. Veriler, t- testi, ridit analizi, tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi ile analiz edilmiştir.

Bugular: Niteliksel araştırmada, Roy Uyum Modelinin tüm alanlarında hastaların uyumlu ve uyumsuz davranışları tanımlamıştır. Metodolojik aşamada, ölçeğin içerik analizi indeksi 1.0 olarak bulunmuştur. Yüzey geçerliliği sonrası ölçek 58 madde içerdiği için ölçeğin Türkçe versiyonunun adı MTSORD-58^{TR} olmuştur. MTSORD-58^{TR}'nin yapı geçerliliği (p< .05) ve yarılama güvenirliliği (semptom oluşma_{sb}: .991, semptom rahatsızlık_{sb}: .992) çok iyi olduğu bulunmuştur. Yarı deneysel araştırmada; destek grubun, KT hastalarının bilgi düzeyini arttırmada, semptom düzeyini düşürmede ve yaşam kalitesi düzeyini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (p < .05).

Sonuç: Niteliksel aşamada, Roy Uyum Modeli kullanılarak KT hastalarının deneyimleri açıklanarak transplantasyon sonrası uyum süreci ile ilgili önemli veriler sağlamıştır. Metodolojik aşamada, MTSORD-58^{TR}'nin Türk organ nakli alıcılarında geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Yarı deneysel aşamada, destek grup girişiminin, karaciğer

transplantasyonu hastalarının bilgi düzeyi, yaşam kalitesi ve semptom düzeyini olumlu etkileyerek fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan uyumu desteklediği görülmektedir.

Anahtar kelimeler: karaciğer transplantasyonu, Roy Uyum Modeli, MTSORD-59R, destek grup, yaşam kalitesi, bilgi düzeyi

ABSTRACT

EFFECTS OF A SUPPORT GROUP INTERVENTION ON KNOWLEDGE, SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN LIVER TRANSPLANT RECIPIENTS

Yaprak Sarıgöl ORDİN, Dokuz Eylül University Faculty of Nursing, Inciraltı/İZMİR,

yapraksarigol@gmail.com

Objective: This study was conducted explored to adaptation of liver transplant (LT) recipients using the Roy Adaptation Model, in order to test the validity and reliability of Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised, evaluate to effects of Roy's adaptation model-based support group on knowledge, symptom and quality of life levels of liver transplant recipients

Method: Research was composed of three phases with methodological, quasi-experimental and descriptive parts. At qualitative research, was conducted data with either individual or group interviews based Roy Adaptation Model from from 21 liver transplant recipients and used deductive content analysis. At methodological research, was conducted data from liver, kidney transplant recipients (N= 180) and healthy control subjects (N=180). At quasi-experimental research, was conducted data from LT recipients consisted intervention (n: 35) group and control group (n: 38). Data was collected before, after and three months after support group. Data were analyzed with t-test, ridit analysis and repeated measures analysis of variance with a comparison between group factors.

Results: At qualitative research, patients' adaptive and non-adaptive behaviors was explored in adaptation modes of Roy adaptation model. At methodological research, the content validity index was perfect (i.e. value 1.0). The name of scale was MTSORD-58^{TR} because the scale is contained 58 items after face. The Turkish translation of the MTSORD-59R had excellent construct validity. Split half spearman brown corrected reliability coefficient was .991 and .992 for symptom occurrence and symptom distress respectively. At quasi-experimental research, support group intervention was found to effective in increased to knowledge level, decreased to symptom level and increased to quality of life of LT ($p < .05$).

Conclusion: At qualitative research, was provided important data related to adaptation process after transplantation with explored to experiences of LT recipients using Roy Adaptation Model. At methodological research, was found validated and reliabilited to Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised in Turkish organ transplantation recipients. At quasi-experimental research, was found that

support group intervention supported to physical and psycgological adaptation with positive effected to knowledge level, symptom and quality of life of LT recipients.

Key words: liver transplantation, Roy Adaptation Model, MTSOSD-59R, support group, quality of life, knowledge level

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akut ve kronik organ yetmezliklerinin tedavisinde transplantasyonun önemi ve başarısı giderek artmaktadır. Günümüzde organ bağışlarının artması, cerrahi tekniklerin ilerlemesi, immün sistemin daha iyi tanınması, buna paralel olarak immunosupresif ilaçların etkinliğinin artması ve rejeksiyonun önlenmesi transplantasyon başarısını arttırmaktadır (Cuppless, Ohler, 2002, Buften ve ark. 2008). Karaciğer yetmezliğinin tedavisinde uygulanan karaciğer transplantasyonunun (KT); beklenen dört önemli sonucu vardır. Bunlar; mortalite ve morbitide oranında azalma, sağ kalım süresinde uzama, greft sağ kalım süresinde uzama ve yaşam kalitesinde iyileşmedir (Murray ve Carithers, 2005). ABD Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemi – United Network for Organ Sharing (UNOS) verilerine göre; karaciğer transplantasyonu sonrası bir yıllık sağ kalım oranı %90, beş yıllık sağ kalım oranı %77'dir (OPTN/SRTR 2009). Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sisteminin verilerine göre 1988-2010 tarihleri arasında karaciğer transplantasyonu sonrası bir yıllık sağkalım oranı %82, beş yıllık sağkalım oranı %71'dir. Ülkemizde 2011 yılı verilerine göre karaciğer transplantasyonu sonrası bir yıllık sağ kalım oranı %78'dir (ONKOD, 2012).

Hastalar, KT sonrası bir adaptasyon süreci yaşamaktadır (Mize ve Cuppless, 2004). Birçok çalışmada KT hastalarının transplantasyon sonrası fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (Ordin ve ark. 2011, Forsberg ve ark, 2000, Bean 2005, Nilsson ve ark. 2008, Watanabe & Inoue 2010). KT sonrası transplantasyon öncesinde ki fiziksel durumda iyileşme ile birlikte hastalar yorgunluk, ağrı, kilo alma, hafıza ve düşünce sürecinde etkilenme yaşamaktadır (Forsberg ve ark. 2000). KT etyolojisi Hepatit B ve Hepatit C olan hastaların diğer etyolojilerden KT uygulanan hastalara göre fiziksel iyileşme durumlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (Aytaman ve ark. 2010). KT sonrası uzun dönemde hastalarda, immunosupresif tedavi ile ilgili hipertansiyon, diyabet ve obezite gelişebilmektedir (Lui ve Thomas 2007). Literatürde, KT hastalarının, ağrı, iştahta değişim, bulantı, kusma, enfeksiyon, konsantrasyonda azalma, kılınma, ay dede yüz (Kuşing), morarma ve cinsel istekte azalma yaşadıkları belirtilmektedir (Moons ve ark. 2003, Estraviz ve ark. 2007, Drent ve ark. 2009, Kugler ve ark. 2009).

Psikolojik olarak, KT hastalarının hayatta kaldıkları için kendilerini şanslı hissetmelerine rağmen organ reddi korkusu, depresyon, anksiyete, gelecekte sağlık durumlarında bozulma korkusu yaşadıkları belirtilmektedir. Birçok araştırma canlı vericiden

KT uygulanan hastaların psikolojik olarak daha olumsuz etkilendiğini vurgulamaktadır (Fukunishi ve ark. 2002, McGregor ve ark. 2009, Watanabe & Inoue 2010).

Sosyal olarak, hastaların KT sonrası işlerine geri dönebildikleri ve aile ilişkilerinde olumlu etkilenme olduğu belirtilmektedir (Bean 2005, Watanabe ve Inoue 2010). Bunun yanı sıra birçok KT hastaları, iş yeterliliklerinde azalma, ekonomik problemler ve sosyal izolasyon yaşamaktadır (Forsberg ve ark. 2000, Bean 2005). Transplantasyon sonrası KT hastalarının diğer KT hastaları ile etkileşim halinde olmalarının ve destek gruba katılmalarının onların uyumlarını olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Robertson 1999, Sargent ve Wainwright, 2007). KT hastalarının hem aile bireylerinden hem de sağlık profesyonellerinden psikolojik ve sosyal desteğe gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Forsberg ve ark. 2000, Jones, 2005). Ayrıca KT hastalarının organ reddi, KT sonrası günlük yaşam aktiviteleri ve yaşanan psikolojik problemler ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu rapor edilmektedir (Myers ve Pellino, 2009).

KT hastalarının deneyimlerini açıklayan tüm araştırmalar Avrupa, Kuzey Amerika ve Doğu Asya ülkelerinde ki KT hastalarının deneyimlerini yansıtmaktadır. Batı Asya’da yer alan ve oldukça fazla KT hastası olan ülkemizde KT hastalarının deneyimlerini araştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ayrıca bir hemşirelik modeli kullanılarak KT hastalarının uyum sürecini açıklayan bir araştırmayada ulaşılamamıştır.

KT hastalarının, tüm organ nakli hastaları gibi organ reddi ve greft kaybını önlemek için ömür boyu immunosupresif ilaç almaları gerekmektedir (De Geest ve ark. 2000). İmmunosupresif tedavinin birçok yan etkisi bulunmaktadır ve KT hastaları bu yan etkilere bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır (De Bona ve ark. 2000, Moons ve ark. 2001, Winset ve ark. 2001). Bu yan etkiler hastalarda objektif ve subjektif olarak değerlendirilmektedir (Hathaway ve ark. 2003, Burra ve Bona 2007).

Objektif değerlendirme, sağlık profesyonellerinin immunosupresif tedavinin yan etkileri nefrotoksisite, diabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperkolestrolemi gibi klinik çığlılara göre değerlendirmesidir (Cuervo ve Clarke 2003). Subjektif değerlendirme ise, immunosupresif tedavinin yan etkilerinin hasta yönünden değerlendirilmesidir (Resenberg ve ark. 2005, Wilk ve ark. 2005, Burra ve Bona 2007). Geleneksel objektif değerlendirmeler immunosupresif tedavinin yan etkilerinin hastaların hayatlarını nasıl etkilediğini ve ilaç uyumsuzluğu sonucunda yaşam katesinde ki olumsuz etkilenmeyi tam olarak açıklayamamaktadır (De Geest ve ark. 2000, Pascual ve ark. 2002, Karam ve ark. 2003).

Hastaların deneyimledikleri yan etkilerin düzenli değerlendirilmesi gelişebilecek kötü transplantasyon sonuçlarına karşı korunmada önemli bir anahtardır (Moons ve ark. 2003, Kugler ve ark. 2009). İmmunosupressif tedavinin yan etkilerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi ucuz, kolay ve KT sonrası uzun dönemde rutin olarak uygulanabilecek bir yöntemdir (Hathaway ve ark. 2003, Winsett ve ark. 2001, Teixeria ve ark. 2000, Winsett ve ark. 2004, Dobbels ve ark. 2008). Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 58 Maddelik Ölçeği (MTSORD-59), geçmiş ve yeni immunosupressif ilaçların (korkikosteroid, takrolimus, siklosporin, sirolimus, evorolimus vb.) kullanımına bağlı oluşan yan etkilerin oluşma durumu ve rahatsızlık verme durumunu hastaların ifadelerine dayalı olarak değerlendiren uluslararası kullanımı yaygın olan geçerli bir ölçüm aracıdır (Dobbels ve ark. 2008). Bu ölçek, diğer ölçüm araçları ile karşılaştırıldığında kavramsal boyutu olan, geniş kapsamlı, tüm immunosupressif ilaçların yan etkilerine odaklanan, yan etkilerin iki boyutunda değerlendiren bir ölçüm aracıdır (Dobbels ve ark. 2008, Hathaway ve ark. 2003).

MTSORD-59'un, birçok dilde geçerlilik ve kültürel duyarlılık çalışması yapılmıştır (Almanca, Flemenkçe, Portekizce, Hintçe, İspanyolca, Fransızca, İtalyanca, Lehçe) (MAPI, 2012) ve birçok ülkede çeşitli organ nakli merkezlerinde kullanılmaktadır. Ülkemizde, MTSORD-59'un Türkçe geçerlik ve kültürel duyarlılık çalışması yapılmamıştır. Aynı zamanda ülkemizde organ nakli hastalarının immunosupressif tedaviye bağlı yaşadıkları semptom ve sorunları değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Literatürde MTSORD-59'un farklı kültürlerle uyumlandırılması ve farklı organ nakli hastalarına uygulanması önerilmektedir (Koller ve ark. 2010, Dobbels ve ark. 2008).

Karaciğer transplantasyonu sonrası yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin genellikle tanımlayıcı olarak incelendiği görülmektedir (Forsberg ve ark. 2000, Belle ve ark. 1997, Krassnoff ve ark. 2006, Aadahl ve ark. 2002, Russell ve ark. 2008, Walter ve ark. 2002). Ülkemizde de KT hastalarının yaşam kalitesi sadece tanımlayıcı çalışmalarla incelenmiştir (Bozdemir 2006, Gündoğdu 2007, Ordin ve ark. 2011, Kaçmaz 2011, Aras 2006, Can 2010). KT'nin yaşam kalitesine etkisini inceleyen meta analiz çalışmalarında, KT sonrası girişimsel çalışmalar yapılarak uygulanan girişimlerin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesine gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (Tome ve ark. 2008, Bravata ve ark. 1999). Aynı zamanda literatürde, hemşirelerin KT sonrası hastalarının yaşadıkları fiziksel ve psikososyal sorunları azaltmak için KT hastalarında destek grup gibi girişimler yapılmasına ve bu

girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesine gereksinim olduğu belirtilmektedir (Blach ve ark. 2004, Forsberg ve ark. 2002).

Destek grup, bireyin gereksinimlerini gidermede önemli bir araçtır (Aktaş 1997). Destek grup, güvenli bir ortamda bireylerin bilgi, deneyim ve sorunlarını paylaşmasını, benzer hastalığa sahip kişilerden destek alınmasını sağlamaktadır (Yalom 1992, Aktaş 1997). Destek grupların temel amacı bilgilendirme, duyguların ifade edilmesi ve psikososyal destek sağlamaktır. Destek grup oluşturmada ki diğer amaçlar ise, stresi azaltma, hastalık / yetersizlikle yüzleşme ve üstesinden gelmede akran desteği sağlamak, sosyal yaşamda, sağlık durumundaki değişikliğe uyumda temel bilgi ve becerileri kazandırmak, hasta ve ailesinin yaşadığı krizle baş etmesine yardımcı olmaktır (Yalom 1992). Destek grupların KT hastalarının bilgisini artırma, yaşam kalitesini yükseltme, yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomları azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hem uluslararası hem de ulusal düzeyde, bir hemşirelik modeli kullanılarak hastaların uyum sürecini açıklayan niteliksel bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Ülkemizde, KT sonrası hasta sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir yeri olan immunosupressif tedavinin yan etkilerini değerlendiren geçerli bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Ülkemizde ve Dünya’da destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır.

Kırk KT merkezi bulunan ve her geçen yıl uygulanan KT sayısı ve merkez sayısı artan ülkemizde (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2012), KT alıcılarının deneyimlerinin incelenmesine, KT alıcılarının aldıkları immunosupresif ilaç tedavisine bağlı yaşadıkları sorunları değerlendiren MTSORD-59 ölçeğinin kültürel uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasına, KT alıcılarının bilgi düzeylerini arttırmak, yaşadıkları semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik destek grup girişiminin etkinliğinin değerlendirilmesine gereksinim vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma niteliksel, metodolojik ve yarı deneysel araştırma tipine uygun üç aşamadan oluşmaktadır. Bu nedenle araştırma amacı bu üç aşamaya uygun şekilde aşağıda belirtilmiştir;

Birinci aşama; tanımlayıcı niteliksel araştırmanın amacı, karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların deneyimlerini ve uyum sürecini açıklamaktır.

İkinci aşama; metodolojik çalışmanın amacı “Transplantasyon Sonrası Semptom Görülme ve Rahatsızlık Durumu Ölçeği- 59 Maddelik” ölçeğinin karaciğer ve böbrek transplantasyonu hastalarında Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir.

Üçüncü aşama; yarı deneysel araştırmanın amacı Roy Uyum Modeline temellendirilmiş “destek grup” girişiminin karaciğer transplantasyonu hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal uyum düzeyine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Araştırma niteliksel, metodolojik ve yarı deneysel araştırma tipine uygun üç aşamadan oluştuğu için araştırma soru ve hipotezleri bu üç aşamaya uygun şekilde aşağıda belirtilmiştir;

Birinci aşamanın araştırma soruları; hastaların KT sonrası uyum sürecinde;

1. Fiziksel olarak yaşadıkları uyumlu ve uyumsuz davranışlar nelerdir?
2. Psikolojik olarak yaşadıkları uyumlu ve uyumsuz davranışlar nelerdir?
3. Sosyal rolleri ile ilgili olarak yaşadıkları uyumlu ve uyumsuz davranışlar nelerdir?
4. Ailesi, arkadaşları ve diğer sosyal çevre ile ilgili olarak yaşadıkları uyumlu ve uyumsuz davranışları nelerdir?
5. Destek sistemlerini kimler oluşturmaktadır?
6. Bilgi gereksinimleri nelerdir?
7. Destek gereksinimleri nelerdir?

Üçüncü aşamanın araştırma hipotezleri:

H₁: RUM’a temellendirilmiş “destek grup”a katılan KT hastalarının fizyolojik anlamda uyum seviyeleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H₂: RUM’a temellendirilmiş “destek grup”a katılan KT hastalarının psikolojik anlamda uyum seviyeleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H₃: RUM’a temellendirilmiş “destek grup”a katılan KT hastalarının sosyal anlamda uyum seviyeleri kontrol grubuna göre daha yüksektir

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğer Transplantasyonu

Karaciğer transplantasyonu, karaciğer fonksiyonlarının vücudun yaşamsal gereksinimlerini karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı karaciğer vericisinden alınan karaciğerin bir bölümü ya da tamamının alıcıya nakledilmesidir (Bufton ve ark. 2008). KT sonrası beklenen en önemli hasta sonuçları; mortalite ve morbitede azalma, yaşam süresi ve kalitesinde yükselmedir (Murray, Carithers, 2005).

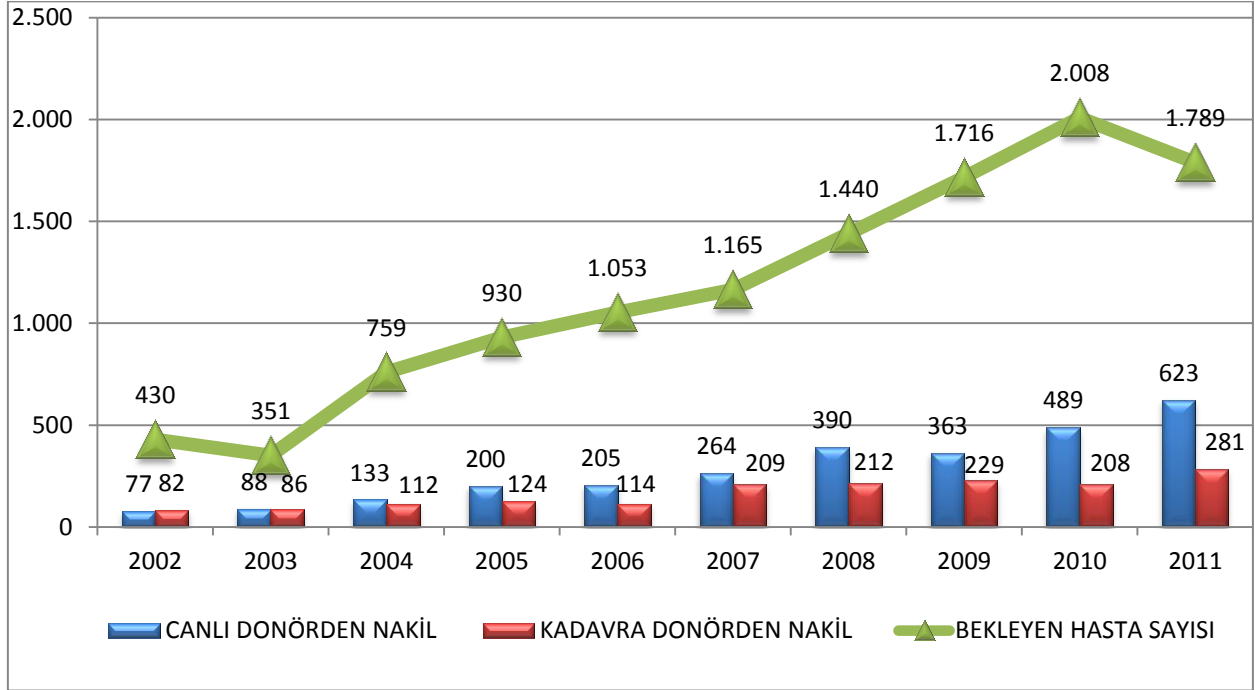
Günümüzde 25 Avrupa ülkesinden 147 merkezin kayıtlı olduğu Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemi (European Liver Transplant Registry – ELTR) ülkemizden Dokuz Eylül Üniversitesi - DEÜ Hastanesinde dahil olduğu dört merkez kayıtlıdır. Ülkemizde 40 KT merkezi bulunmaktadır. Hem Dünya da hemde ülkemizde her geçen yıl karaciğer transplantasyonu bekleme listesinde ki hasta sayısı ve uygulanan KT sayısı artış göstermektedir.

2.2. Karaciğer Transplantasyonu Tarihçesi

İnsanda, ilk KT 1963 yılında Starzl tarafından gerçekleştirilmiş olup ilk KT sonrası ve sonraki beş yılda gerçekleştirilen transplantasyonlarda yaşam oranları oldukça düşük olmuştur. Strazl, 1967 yılında ilk defa KT sonrası bir yıllık sağkalım oranı olan bir KT gerçekleştirmiştir. 1970’de antitimosit ve antilenfosit glabülinin, 1976’da siklosporin A’nın, 1980’lerde Wisconsin Üniversitesinde Wisconsin solüsyonunun, 1990’larda takrolimus (FK-506), sirolimus, mikofenolik asit’in kullanımına başlanması, cerrahi tekniklerdeki ilerleme ve deneyimlerin artması ile KT’nin başarısında artış olmuştur. Bu gelişmelerle birlikte 1970’lerde %30’lar civarında olan bir yıllık sağkalım oranları 1980’lerde %60’ların üzerine çıkmış ve 1983 yılında KT son dönem karaciğer hastalarında uygulanabilir bir seçenek olarak kabul edilmiştir. Günümüzde bu konuda ki iyi merkezlerde bir yıllık sağkalım oranları %85-90 iken, beş yıllık sağkalım oranları %70-80’lere ulaşmıştır (Verdonk ve ark. 2007). Ülkemizde ise ilk KT operasyonu Haberal ve arkadaşları tarafından Hacettepe Üniversitesinde 1988 yılında gerçekleştirilmiş (TONKD 2012).

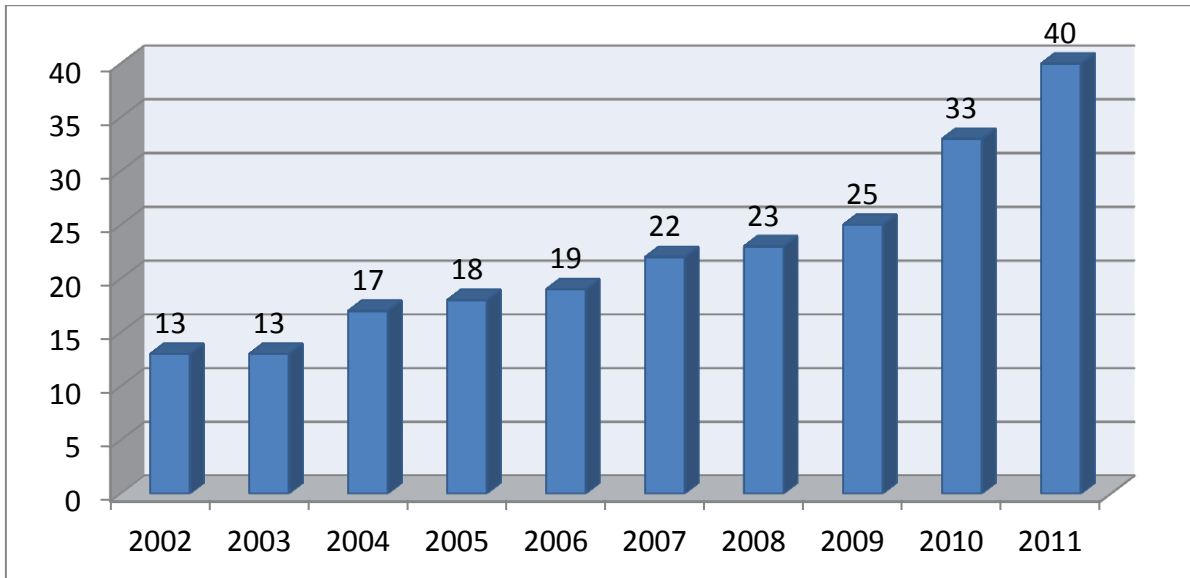
Günümüzde Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemi - ELTR verileri göre 1968 ile Aralık 2008 yılları arasında toplam 85446 karaciğer nakli gerçekleştirilmiştir. ABD, United Network for Organ Sharing - UNOS programı verilerine göre ise bu sayı 1988 den günümüze kadar 100.000 in üzerindedir. Ülkemizde ise 2002-2011 yılları arasında 4380 KT

gerçekleştirilmiştir (Şekil 1.) Ülkemizdeki KT gereksinimine göre KT merkezi sayısında da yıllar içerisinde bir artış olmuştur (Şekil 2.)



Şekil 1. Bekleme listesi ve uygulanan karaciğer transplantasyonu sayılarının yıllara göre dağılımı Türkiye, 2002-2011

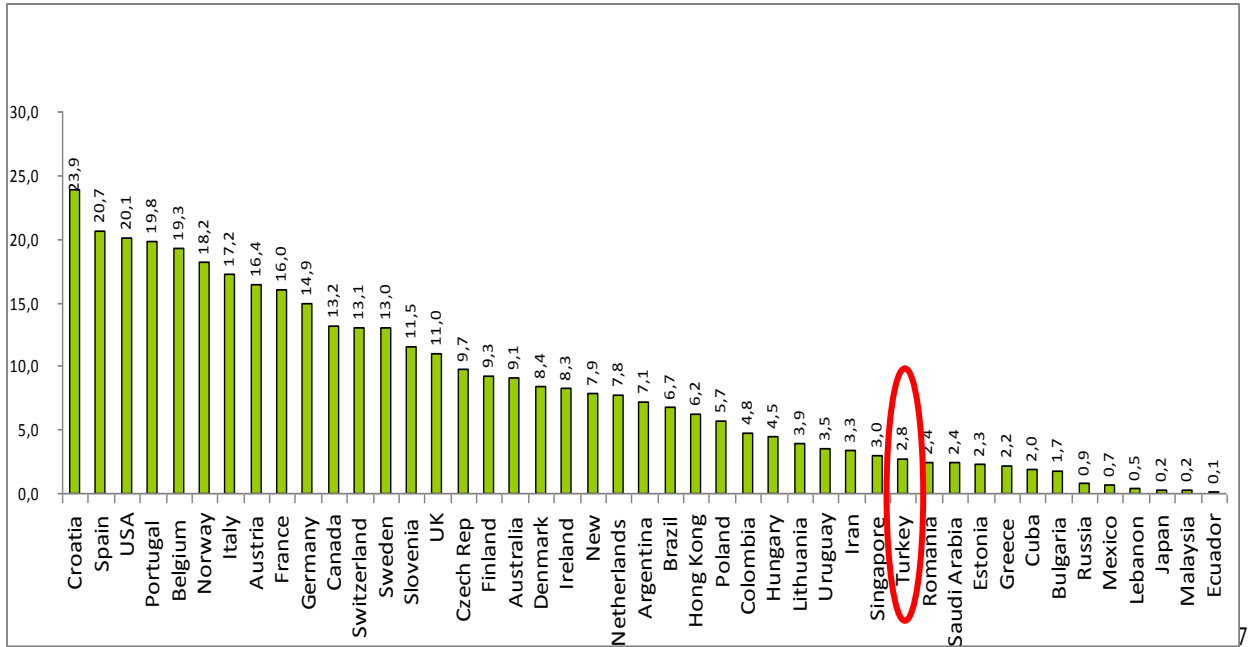
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ Nakli Ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2012, <https://organ.saglik.gov.tr/tr/anasayfa>



Şekil 2. Yıllara göre karaciğer transplantasyonu merkezi sayıları, 2011

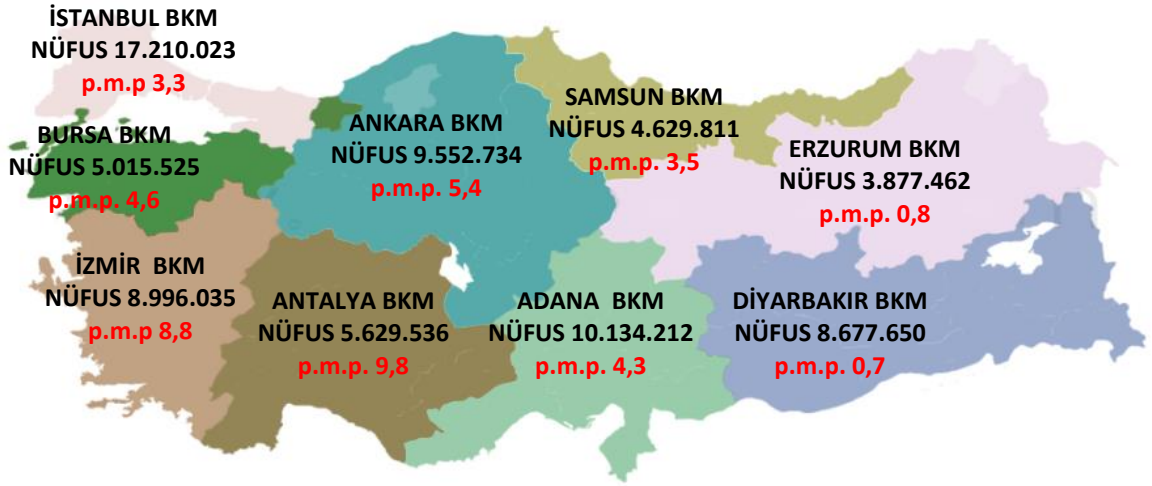
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ Nakli Ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2012, <https://organ.saglik.gov.tr/tr/anasayfa>

Ülkemizde uygulanan KT'lerde karaciğer verici oranları Avrupa ve Amerika'ya göre farklılık göstermektedir. 2010 yılı verileri göre milyon nüfus başına kadavra organ verici oranlarında Türkiye 18. Sıra ve karaciğer içinse 33. sıradadır (Şekil 3). Türkiye'nin milyon nüfus başına oranları bölgeler arasında değişiklik göstermektedir. Şekil 4'te Türkiye'nin bölgesel koordinasyon merkezlerine (BKM) göre milyon nüfus başına kadavra donör tespiti bölgesel dağılımı gösterilmiştir. ABD, 2008 verilerine göre toplam 5382 KT'den 5170'si (%96) kadavra vericiden, 212'si (%4) canlı vericiden gerçekleştirilmiştir (OPTN/SRTR 2009). Ülkemizde ise 2008 verilerine göre 602 KT'den; 212 (%35)'si kadavra vericiden, 390'ı (%65) canlı vericiden gerçekleştirilmiştir. 2011 yılında ise ülkemizde canlı vericiden KT oranları 904 KT'den 623'e (%69) yükselmiştir (ONKOD, 2012). Bu verilerde de görüldüğü üzere ABD'de KT'de temel organ kaynağı kadavra verici iken ülkemizde canlı vericilerdir.



Şekil 3. Karaciğer transplantasyonunda milyon nüfus başına düşen kadavra organ verici oranları, 2010

Kaynak: tpm.org



Şekil 4. Türkiye, milyon nüfus başına kadavra donör tespiti bölgesel dağılımı, 2011

*p.m.p: Per milyon polulation, milyon nüfus başına düşen kadavra donör sayısı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi – TODS, 2012, <https://organ.saglik.gov.tr/organ/>, erişim tarihi: 04.04.2012

2.3. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları

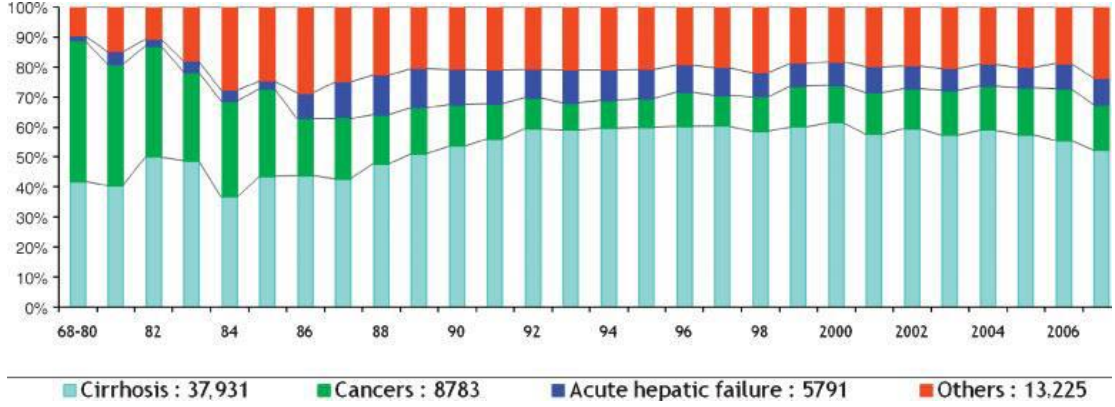
KT endikasyonları genel olarak; kronik karaciğer yetmezliği, akut karaciğer yetmezliği, kalıtsal metabolik hastalıklar ve pimer hepatik malignensiler olarak sınıflandırılabilir. KT endikasyonlarının ayrıntılı sınıflandırması Tablo 1’de verilmiştir. KT’nin en yaygın endikasyonu kronik karaciğer yetmezliğidir.

Tablo 1. Karaciğer transplantasyonu endikasyonları

Akut karaciğer yetmezliği	Akut hepatit A Akut hepatit B İlaç/toksin hepatotoksitesisi
Kronik karaciğer yetmezliği	Kronik hepatit B virüsü ve kronik hepatit C virüsü enfeksiyonu Alkolik karaciğer hastalığı Otoimmün hepatit Kriptojenik karaciğer hastalığı Primer bilier siroz ve primer sklerozan kolonjit Sekonder bilier siroz
Metabolik hastalıklar	Alpha-1 antitripsin yetersizliği Genetik hemokromatozis Wilson hastalığı Glikojen-depo hastalığı Tip 1 hyperoxaluria Familiyal homozigus hiperkolesterolemi
Malignansi	Primer hepatik kanser: hepatosellüler karsinoma ve kolonjiokarsinoma Metastatik: karsinoid tümörler ve islet hücreli tümörler
Diğer	Polikistik karaciğer hastalığı Budd-Chiari sendromu

Yu AS, Keeffe EB. Liver transplantation. In: Zakim D, Boyer TD, editors. Hepatology: a textbook of liver disease. 4th edition. Philadelphia: Elsevier; 2003. p. 1617–56'den alınmıştır.

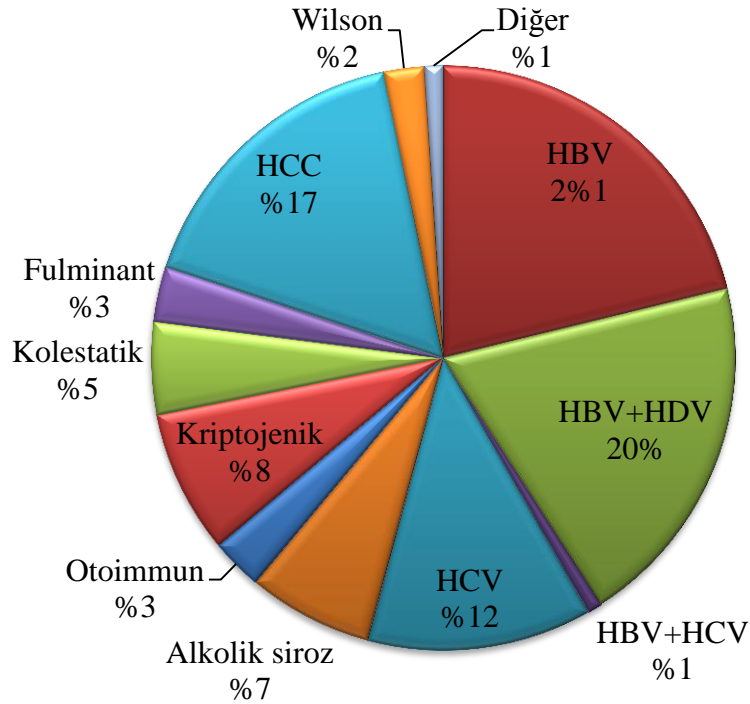
Son yıllarda KT endikasyonlarının dağılımında değişiklik olmuştur. Geçmiş yıllarda, kanser endikasyonuna bağlı KT oranları %50'den fazla iken günümüzde bu oran %13-15 arasındadır. Buna karşın alkol ve Hepatit-C endikasyonuna bağlı KT oranlarında giderek artmış göstererek Avrupa ve ABD de en yaygın KT endikasyonu haline gelmiştir (Adam, Hoti 2009). Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemi verilerine göre karaciğer transplantasyonu endikasyonlarındaki değişim Şekil 5'te gösterilmiştir. KT sonrası sağkalım oranı en iyi olan karaciğer hastalığı primer bilier kolonjit ve primer sklerozan kolonjittir, en kötü sağ kalım oranı olan ise hepatosellüler karsinoma ve fulminant karaciğer yetmezliğidir (Yu ve Keefe 2003).



Şekil 5. Avrupa’da Yıllara göre karaciğer transplantasyonu endikasyonlarının dağılımı - ELTR, 2011.

Kaynak: <http://www.eltr.org/spip.php?article161>

DEÜ Hastanesinde ilk KT 1996 yılında gerçekleştirilmiştir ve 01.01.2012 yılına kadar 5’i retransplantasyon olmak üzere toplam 433 KT gerçekleştirilmiştir. Bu KT hastalarından, 386’sını erişkin KT hastaları ve 42’sini pediatrik KT hastaları oluşturmaktadır. Şekil 6’da DEÜ Hastanesinin KT endikasyonlarının dağılımı gösterilmektedir.



Şekil 6. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi karaciğer transplantasyonu endikasyonlarının dağılımı

HBV= Hepatit B; HCV=Hepatit C; HDV= Hepatit D; HCC=Hepatosellüler Karsinoma

Ülkemizde ve DEÜ Hastanesinde KT'in en yaygın endikasyonu Hepatit B (HBV)'ye bağlı karaciğer sirozudur. Hepatit B virüs enfeksiyonu tüm dünyada karaciğer hastalıklarının yaygın bir sebebidir. HBV, siroza, karaciğer yetmezliğine ve hepatosellüler karsinomaya sebep olabilmektedir. ABD ve Avrupa'da HBV'ye bağlı kronik ve fulminant karaciğer yetmezliği görülme oranı %5 ve %10'dur (Seaberger ve ark. 1998, ELTR, 2010). HBV ülkemizde önemli bir sağlık problemidir. Ülkemizde nüfusun yarısına yakınının, Hepatit B kor antikoru (HBcAb) pozitifdir ve nüfusun %5-8'inde Hepatit B yüzey antijeni (HBs) taşıyıcılığı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 1991 yılında bizim gibi HBV taşıyıcılığının yüksek olduğu ülkelerde, her yeni doğan bebeğin HBV'den korunması için rutin aşı uygulamasına geçilmesini önermiştir. Ancak ülkemizde bu uygulama 1998 Ağustos ayında başlamıştır (Tosun 2002). Bu uygulama ile ülkemiz için gelecekte HBV'ye bağlı KT oranlarında düşüş olması beklenmektedir. KT sonrası HBV'nin tekrarlamaması için hastalara antiviral tedavi ve hepatit B immunglobulini uygulanmaktadır. Antiviral tedavi hastanın yanıtına göre farklılık göstermekte ve ömür boyu devam etmektedir. Hepatit B Immunglobulin uygulaması, Dünya'da bulunan birçok merkezde farklı şekilde uygulanmakta ve bir standardı bulunmamaktadır. Her KT merkezinin, ülke politikasına göre kendi Hepatit B Immunglobulini uygulama standardını belirlemesi gerekmektedir.

Alkolik siroz ve hepatosellüler karsinoma KT endikasyonları arasında tartışmalı olan iki endikasyondur. Yapılan çalışmalarda alkolik siroza bağlı KT uygulanmış hastaların sağkalım oranlarının diğer endikasyonlara bağlı KT uygulanmış hastalara benzer olduğu belirtilmiştir (Verdonk ve ark. 2007). Alkolik sirozda, önemli olan konu KT sonrası tekrar alkole başlama durumudur. Literatürde KT sonrası alkole tekrar başlama oranlarının %10 ile %50 arasında olduğu belirtilmektedir. Bu oranları düşük tutmanın en önemli yolu KT öncesi iyi bir değerlendirmedir. KT öncesi alkolik sirozlu hastaların değerlendirilme süreci ile ilgili rutin bir uygulama bulunmamaktadır. Birçok merkez ve DEÜ Hastanesi alkolik siroza bağlı KT uygulanacak hastalardan en az altı aylık alkolden arınmışlık belgesi istemektedir. Bu süre KT sonrası tekrar alkole başlama durumu ile ilgili bilgi vermekte ve alkolün karaciğer üzerinde ki zararlı etkilerini azaltmaktadır. Akut alkolik hepatit vakalarında tekrar alkol alım ve KT sonrası morbidite oranları oldukça yüksek olduğu için bu hastalara KT uygulanmamaktadır (Neuberger, 2002).

Hepatosellüler karsinoma (HCC) karaciğerin en yaygın primer tümörüdür. HCC, Dünya'da en fazla görülen altıncı kanser türüdür ve kanserden ölümler arasında üçüncü

sıradadır (Fornier ve ark. 2012). T.C. Sağlık Bakanlığı 2003 yılı verilerine göre, HCC'nin ülkemizde görülme oranı 0.87/100.000'dir (Alacacıoğlu ve ark. 2008). KT, erken dönem HCC'nin en yaygın ve etkili tedavi yöntemidir. Geçmiş yıllarda HCC nedeni ile yapılan KT'lerde hasta sağkalım ve HCC tekrarlama oranlarının oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir. Mazzaferro ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma KT'nin HCC'de uygulanabilir bir tedavi yöntemi olduğunu göstermiştir (Mazzaferro ve ark. 1996). Bu çalışma İtalya'nın Milan şehrinde yapıldığı için bu çalışma sonucunda geliştirilen HCC hastalarında KT uygulanabilme kriterleri Milan kriterleri olarak bilinmektedir (Tablo 2). Ayrıca KT'nin HCC'de uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde California Üniversitesi San Francisco kriterleride kullanılmaktadır (Tablo 2). Bu kriterler göz önüne alınarak yapılan KT'lerde 3 yıllık sağkalım oranlarının %88 olduğu bildirilmektedir (Jelic ve Sotiropoulos 2010).

Tablo 2. Hepatocellular karsinomada karaciğer transplantasyonu uygulanabilmesi için kabul edilen kriterler

Lezyon sayısı	Milan kriterleri	CUSF* Standard kriterleri	CUSF genişlemiş kriterleri
1	$\leq 5\text{cm}$	$\leq 6.5\text{ cm}$	$\leq 8\text{cm}$
2 ya da 3	$\geq 3\text{cm}$	$\leq 4.5\text{ cm}$	$\leq 5\text{ cm}^{\&}$
4 ya da 5			$\leq 3\text{ cm}^{\&}$

*California Üniversitesi San Francisco

&Maximum total tümör çapı $\leq 8\text{ cm}$.

2.4. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları

KT'nin endikasyonlarından çok kesin kontrendikasyonlarını tanımlamak mümkün olduğu kadar çok hastanın KT için değerlendirilmesini sağlayacaktır (Ahmed ve ark. 2007, Karademir 2006). KT kontrendikasyonları zaman içerisinde ilerleyen tedavi yöntemleri, deneyimler ve araştırma sonuçlarına göre değişebilmektedir. KT kontrendikasyonları, kesin ve göreceli kontrendikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Karaciğer transplantasyonunun kontrendikasyonları

Kesin Kontrendikasyonlar	Göreceli Kontrendikasyonlar
Şiddetli kardiyopulmoner hastalık	İleri yaş
Ekstrahepatik malignensi	AIDS
Aktif alkol veya madde kullanımı	Kolonjiokarsinoma
Akut alkolik hepatit	Diffüz portal ven trombozu
Aktif enfeksiyon ve kontrol edilemeyen sepsis	Psikolojik destek eksikliği ve tıbbi kontrollere gelmede yetersizlik
Beyin ölümü	

Varma V., Mehta N., Kumaran V., Nundy S., Indications and contraindications for liver transplantation, International Journal of Hepatology, 2011; 121862: 1- 9

Aşağıda günümüzde tartışılan kontrendikasyon ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır.

- a. Şiddetli kardiyopulmoner hastalık:** Hepatopulmoner sendrom sonucunda şiddetli pulmoner hipertansiyon ya da hipoksemi gelişmesi transplantasyon için riskli bir durumdur. Ortalama pulmoner arteriyel basınç (PAB) ≥ 50 mmHg olduğunda mortalite oranı %100 olduğundan bu durum transplantasyon için kesin kontrendikasyondur. PAB 35-50 mmHg arasında olduğunda transplantasyon sonrası mortalite oranı %50'dir. Hastaların PAB < 35 mmHg olması kabul edilebilir bir sınırdır. Kronik obstruktif akciğer hastalığı ve ileri pulmoner fibrosis transplantasyon için kontrendikasyondur. Semptomatik koroner arter hastalığı, şiddetli ventriküler fonksiyon bozukluğu, ileri kordiyomiyopati, şiddetli kalp kapak hastalığı ve aortik stenoz transplantasyon için kesin kontrendikasyonlardır. Bypass cerrahisi ya da revaskülarizasyon ve anjioplasti uygulanan hastalara KT uygulanabilceği belirtilmektedir (Varma ve ark. 2011).
- b. Aktif alkol ve madde kullanımı:** aktif alkol alımı ya da madde kullanımı transplantasyon için kesin konrendikasyondur. Akut alkolik hepatit transplantasyon için bir kontrendikasyondur (Limand ve ark. 2004). Transplantasyon sonrası tekrar madde kullanımına başlama ve madde kullanımının transplantasyonun sonuçlarını etkileme durumu ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Transplantasyon öncesi, ilaç ya da bağımlılık yapan ilaç kullanımı (sedatifler, opioidler vb.), aktif sigara kullanımının değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu hastaların psikiyatrik değerlendirme ve tedavilerlerinin yapılması gerekir (Varma ve ark. 2011).
- c. Psikososyal destek:** Transplantasyon sonrasında hastaların yeni yaşamlarına uyumlarında desteklenmesi ve hastaların kullandığı immunosupressif ilaçlara uyum sağlayabilmesi için

iyi bir sosyal desteğe gereksinimleri vardır. Bu nedenle transplantasyon öncesi hastaların psikososyal destek sistemlerinin iyi değerlendirilmesi gerekir. KT alıcısında KT öncesi hem psikolojik hem de sosyal açıdan değerlendirilmesi önemlidir. Hastanın, transplantasyon merkezine uzakta olması, sosyal desteğinin olmaması ve daha öncesinde sabıkasının olması sosyal açıdan kontrendikasyon olarak kabul edilebilmektedir (Kedall, O'Dell 2008).

- d. Yaş:** İleri yaş kardiyopulmoner risk faktörüdür. Yaşlı hastaların, şiddetli kardiyopulmoner hastalık ve malignensi açısından iyi değerlendirilmesi gerekir. Transplantasyon sonrası 60-65 yaşında ki hastaların bir ve beş yıllık sağ kalım oranları genç hastalara göre düşüktür. Birçok merkez yaş sınırı olarak 70 yaş ve üstünü kabul etmektedir (Keswani ve ark. 2004). Ancak önemli olan hastanın fizyolojik olarak transplantasyon operasyonuna uyum sağlayabilmesidir.
- e. Obezite:** Obez hastaların (BKİ > 40) transplantasyon sonrası 5 yıllık mortalite oranları kardivasküler morbitide nedeniyle oldukça yüksektir. Beden kitle indeksi >35 kg/m² olan KT hastalarının transplantasyon sonrası komplikasyonlar açısından iyi değerlendirilmesi gerekir (Nair ve ark. 2002) .
- f. HIV enfeksiyonu:** HIV'li hastaların sağkalım süreleri aktif antiviral tedavi ile oldukça iyileştirilebilmektedir. Erken dönem HIV enfeksiyonu transplantasyon sonrası immunosupressif ilaçların hastalığı kötü etkilemesinden dolayı kesin kontrendikasyondur. Kontrol edilemeyen HIV enfeksiyonunda kesin kontrandikasyondur. HIV enfeksiyonu iyi kontrol edilebilen hastalarda transplantasyon uygulanabilir (Fink ve ark. 2009).

2.5. Karaciğer Transplantasyonu Sürecinde Karaciğer Transplantasyonu Hastanın Bakımı

KT süreci; transplatasyon öncesi, operasyonu, sonrasındaki kısa ve uzun dönem bakımı içermektedir.

2.5.1. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Değerlendirme ve Bakımı

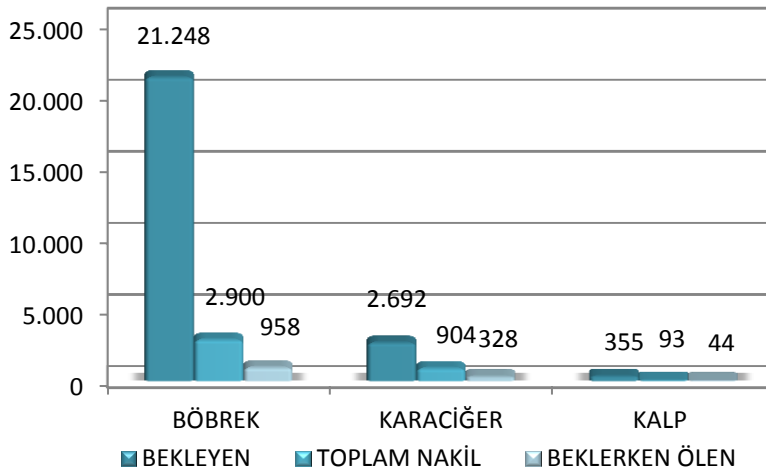
KT öncesi değerlendirme multidisipliner bir çalışmayı gerektirir. Değerlendirme kriterleri, transplantasyon merkezlerine göre farklılık gösterebilmektedir (Bufton ve ark. 2008). KT öncesi değerlendirmeler;

- a) KT bekeleme listesinde KT aciliyetinin belirlenmesi
- b) Fizyolojik değerlendirme
- c) Aile ve sosyal durumun değerlendirilmesi

- d) KT sonrası gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirme
- e) Yasal hazırlık
- f) KT öncesi hasta eğitimini içerir.

a) KT bekleme listesinde KT aciliyetinin belirlenmesi

ABD’de her yıl 17.000 kişi karaciğer bekleme listesine kayıt olurken sadece 5.000 kişi KT olabilmektedir. Ülkemizde ise 2011 yılı verilerine göre karaciğer bekleme listesinde olan hasta sayısı 2962, KT gerçekleştirilen hasta sayısı 904’tür bekleme listesinde mortalite oranı %12’dir (Şekil 7).



Şekil 7. Organ nakli bekleme listesinde hastaların dağılımı, 2011

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ Nakli Ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2012, <https://organ.saglik.gov.tr/tr/anasayfa>

Karaciğer bekleme listesinde bekleme süresi mortalite oranlarını arttıran bir neden değildir. Karaciğer bekleme listesinde ki bekleme süresi, KT için öncelik olmamalıdır. Bekleme listesinde ki mortalite oranlarını azaltmak için sınırlı sayıda olan karaciğeri, karaciğer gereksinimi daha fazla olan hastalara nakledilmesi gerekir. Bu önceliği belirlemek için birçok sınıflama sistemi kullanılmaktadır. Bu sistemler KT gereksinim önceliğini ve karaciğer bekleme listesinde ki hastanın tahmini olarak yaşam süresini belirlemektedir. ABD’de ilk defa UNOS sınıflandırma sistemi olarak bilinen karaciğer hastalık evresi derecelendirme sistemi kullanılmıştır. UNOS sınıflandırmasına göre hastalar;

UNOS 1 Tüm acil vakalar

UNOS 2 Hali hazırda yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastalar

UNOS 3 Yoğun bakım ünitesi dışında hastanede yatmakta olan hastalar

UNOS 4 Nakil için evden çağrılacak olan hastalar olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu sınıflandırmaya göre ilk KT olma önceliği UNOS 1’den başlayıp UNOS 4’e doğru gitmektedir. Bu sınıflandırma sisteminin karaciğer hastalık evresini belirlemede yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle, karaciğer hastalık şiddetini belirlemek için Child - Turcotte - Pugh (CTP) ve son dönem karaciğer hastalığı derecelendirme modeli - Model for End-Stage Liver Disease-MELD kullanılmaya başlanmıştır. CTP, 1996 yılında geliştirilmiş bir sistemdir. Bu sistemde hastaların; encefalopati, asit, bilirubin, albumin, pıhtılaşma zamanı ya da INR düzeyleri değerlendirilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. CTP sınıflandırması

Değişkenler	1 puan	2 puan	3 puan
Ensefalopati	Yok	Grade 1-2	Grade 3-4
Asit	Yok	İlımlı	Şiddetli
Bilirubin mg/dl	1-2	2-3	>3
Primer Bilier Siroz için Bilirubin mg/dl	1-4	4-10	>10
Albumin gr/dl	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Pıhtılaşma zamanı	1-4 sn	4-6 sn	>6
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3

(Ohler & Cupples 2008).

Hastalar Tablo 4’te belirtilen kriterlere göre değerlendirilmekte ve her hasta için bir toplam puan elde edilmektedir. Elde edilen puana göre karaciğer hastalığı şiddeti belirlenmektedir.

5-6 pua = CTP A

7-9 puan = CTP B

10-15 puan = CTP C olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu sınıflandırmadan sonra UNOS sınıflandırması yeniden düzenlenmiştir. Yeni UNOS sınıflandırmasına göre;

UNOS 1: Fulminan hepatik yetmezlik, dekompanse Wilson hastalığı, KT sonrası fonksiyon görmeyen karaciğer grefti ve ilk yedi gün içinde hepatik ven trombozu oluşan hastalar yüksek öncelikli olarak kabul edilmektedir.

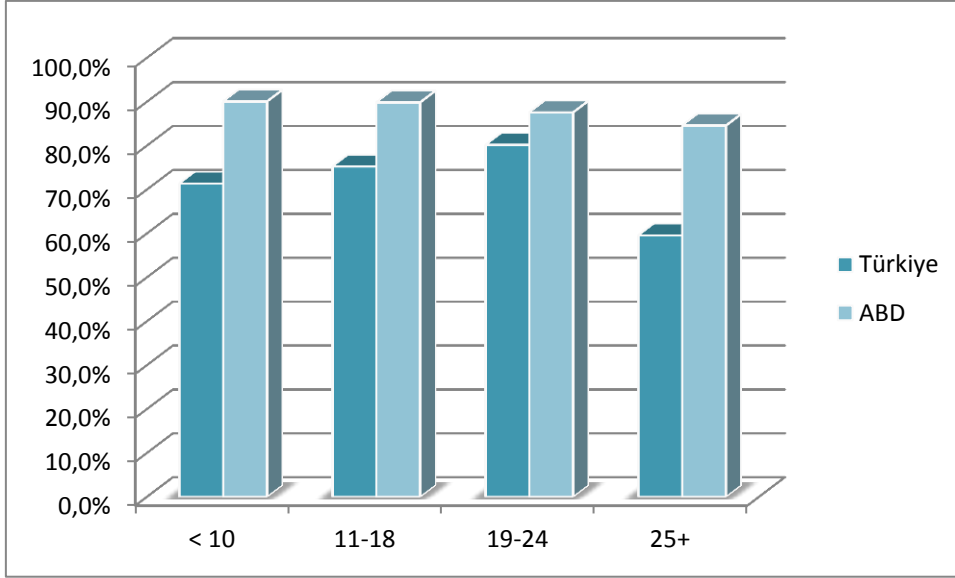
UNOS 2a-UNOS 2b: CTP skoru 10 ve üzerinde olan, bekleme süresi yedi günden az olan, yoğun bakımdan kabul edilmiş olan, CTP skoru yedi ve üzerinde olup portal hipertansiyona ait birden fazla komplikasyonu olan ve evre 1-2 hepatosellüler kasinoması olan hastalar KT’de ikincil öncelikli olarak kabul edilmektedir.

UNOS 3: CTP skoru yedi ve altında olup ayaktan başvuran hastalar üçüncül öncelikli olarak kabul edilmektedir.

MELD – Model of End Stage Liver Disease, skorlama sistemi, CTP sınıflama sisteminde ki sınırlılıklar nedeniyle ilk defa Malinchoc ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Bu model sirozlu hastalarda kısa dönem prognozu belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. MELD ilk defa 2002 yılında kullanılmaya başlanmış olup günümüzde tüm merkezlerde kullanılmaktadır (Kamath ve ark. 2001). Bu model üç biyokimyasal parametrenin değerlendirilmesini içermektedir. Bu parametreler; total bilirubin, INR ve serum kreatinindir. Ayrıca çocuk hastaların karaciğer hastalığının belirlenmesinde MELD'e benzer Peiadtik karaciğer hastalığı sınırlandırma modeli – Pediatrik End Stage Liver Disease kullanılmaktadır. Bu parametrelerden elde edilen puanlar, aşağıda yer alan hesaplama formülüne yerleştirilerek hastanın MELD puanı elde edilmektedir.

$MELD = 3,78 \times \log_e(\text{Bil mg/dl}) + 11,2 \times \log_e(\text{INR}) + 9,57 \times \log_e(\text{Kr mg/dl}) + 6,4$ (UNOS, 2012).

MELD skorunun kullanılması ile birçok değerlendirme ve karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda MELD skoru >15 olan hastaların KT sonrası sağkalım sürelerinin aynı grupta KT olmayan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu değerlendirmelerden sonra MELD sınıflandırma sisteminden alınan 15 puanın sınır olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir (Merion ve ark. 2004). KT öncesi MELD skoru >15 olan hastaların KT önceliğinin < 15 olan hastalara göre daha fazla olduğu vurgulanmıştır (Weisner ve ark. 2005). Şekil 8'de Ülkemizde ve ABD'de MELD puanına göre KT sonrası sağkalım oranlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.



Şekil 8. MELD/PELD puanına göre hasta sağ kalım oranları, 2011

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ Nakli Ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2012, <https://organ.saglik.gov.tr/tr/anasayfa>

b) KT öncesi fizyolojik değerlendirme

KT öncesi fizyolojik değerlendirme hastanın KT için değerlendirme sürecinde görülebilecek sorunlar açısından hastanın izlem ve bakımını içermelidir.

KT değerlendirme sürecinde hastada görülebilecek sorun ve semptomlar

KT değerlendirme sürecinde hastalarda son dönem karaciğer yetmeliği ya da sirozlu hastalarda karşılaşılan sorunlar görülmektedir. Bunlar; yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, kas zayıflığı, sarılık, iştahsızlık, bulantı, kusma, kas krampları, eklemlerde şişme/ödem, sırt ağrısı, kilo kaybı veya kilo artışı, kaşıntı, ateş, dispne ve takipne, iştirmede güçlük, impotans ve seksüel disfonksiyon, karın ağrısı, karında şişlik, ishal ya da kabızlık, konsantrasyonda azalma, dikkatte azalma, uykusuzluk, sinirlilik/gerginlik, ruh halinde değişme, spider anjioma, palmar eritem, beyaz tırnak, çomak parmak, parotis büyümesi, pigmentasyon ve vitiligo, jinekomasti, testiküler atrofi, kanama ve morarmadır (McCance, Huether 2006, Smeltzer, Bare 2005).

KT öncesi değerlendirme sürecinde hastada görülebilecek komplikasyonlar:

Bu komplikasyonların başlıcaları; karında asit, gastrointestinal kanamalar, spontan bakteriyel peritonit, hepatik ensefalopati, koma, malnutrisyon, hepatorenal sendrom, akciğer ekspansiyonu ve oksijenasyonunda bozulmadır (Bufton ve ark. 2008, Urden 2006).

KT alıcı adayının karaciğer bekleme listesine alınmadan önce tüm fiziksel değerlendirmesinin yapılması gerekir. Karaciğer bekleme listesinde iken hastaların KT aciliyeti ve genel durumu periyodik aralıklara değerlendirilmelidir. KT alıcı adayının; karaciğer, akciğer, kardiyak, renal ve tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesinin yapılması gerekir. Hastanın fizyolojik değerlendirmesi; laboratuvar ve radyolojik testleri, konsültasyonları içermektedir.

Labaratuar ve Radyolojik testler

Aşağıda KT alıcı adaylarına yapılması gereken laboratuvar ve radyolojik testlerin listesi yer almaktadır. KT için immunolojik uyum gerekmediğinden immunolojik testlere gereksinim duyulmamaktadır (Bufton ve ark. 2008, Murray ve Carithers 2005, Urden 2006).

Tablo 5. KT öncesi uygulanması gereken testler

Standart Kan testleri	<ul style="list-style-type: none"> • Kan biyokimyası, karaciğer fonksiyon testleri, • Böbrek fonksiyon testleri, • Koagülasyon profili (protrombin zamanı, faktör I-II-V-VII-IX-X), • Antikorlar • Demir • Seroplazmin • Alfa 1 tripsin fenotipi • Enfeksiyon hastalıklarının serolojisi (Hepatit A, B, C, D, E serolojisi HIV, sitomegalovirüs, epstein-bar virüsü, herpes simpleks, varicella zoster, sifiliz, toksoplazma) • Alfa fetoprotein
Diğer standart testler	<ul style="list-style-type: none"> • Doppler ile abdominal ultrasonografi • EKG • Göğüs radyolojisi • Pulmoner fonksiyon testleri • Endoskopik değerlendirmeler
Diğer opsiyonel testler	<ul style="list-style-type: none"> • CT, MRI (hepatosellüler karsinoma durumlarında) • Angiografi (karaciğer vasküler yapı anormalliklerinde) • Karotid doppler incelemesi (yaşlılık ya da kardiyovasküler hastalıklarda) • Kontrast ekokardiyografi (hepatopumoner sendromda) • Kardiyak kateterizasyon (koroner arter hastalığında) • Kolonoskopi (kolonla ilgili hastalık durumlarında) • ERCP (primer bilier sirozda) • Karaciğer biyopsisi • Mantar serolojisi

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

Konsültasyonlar

KT sonrası komplikasyonları en aza indirmek için KT öncesi hastanın iyi değerlendirilmesi gerekir. ABD kaynaklarında, KT alıcı adayının transplantasyonu yapılacak olan cerrah, hepatoloji uzmanı, anestezi uzmanı, diyetisyen, hemşire, sosyal hizmetler uzmanı, transplantasyon koordinatörü, psikiyatri liyazon hemşiresi ve psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir (Bufton ve ark. 2008). Ülkemizde ise farklı bir yapılanma olduğu için KT alıcısı, transplantasyonu yapacak olan cerrah ve gastroenteroloji uzmanı tarafından değerlendirildikten sonra bekleme listesine alınabilmesi diğer konsültasyonları istenmektedir. KT alıcısı; kardiyoloji uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, nefroloji uzmanı, nöroloji uzmanı, psikiyatrist tarafından değerlendirilmektedir. Hastanın farklı fizyolojik sorunlarına göre farklı uzmanlarında değerlendirmesi istenmektedir.

KT sonrası gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirme

Karaciğer hastalığına bağlı yaşanan sorunlar KT sonrası da hastanın hayatını etkileyebileceği için hastanın bu açıdan iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu hastalarda karaciğer hastalığına bağlı olarak, KT sonrası uzun dönemde en fazla osteoporoz, kırıklar hiperglisemi, malignensi, hipertansiyon ve nefropati görülmektedir (Drent ve ark. 2009, Kugler ve ark. 2008, Lui ve ark. 2007, Walter ve ark. 2002). Bu yüzden, KT öncesi pelvis x-ray'inin çekilmesi, kemik dansimetresine bakılması, glikoz metabolizmasının, tümör markırlarının, malignensi öykülerinin, kan basıncının ve böbrek fonksiyonlarının iyi değerlendirilmesi önerilmektedir (Lui ve ark. 2007).

c) Akut karaciğer yetmezliği hastalarının değerlendirmesi

Akut karaciğer yetmezliği daha önceden karaciğer fonksiyonlarında bozukluk olmayan bir kişide, bozulmuş karaciğer sentez fonksiyonları ile birlikte akut ve şiddetli karaciğer hastalığı ve ensefalopatinin olması olarak tanımlanmaktadır (Bernal ve ark. 2011). Akut karaciğer yetmezliğine sebep olan birçok etyoloj, vardır. Bunlar; viral hepatitler (Hepatit, A, B, C, E, Hepatit B ile birlikte Hepatit D), herpesvisürleri, varicella zoster, sitomegalovirüs, ebstein barr, adenovirüs, ilaçlar (asetaminodfen, soniazid, ketokonazol, tetrasiklin, kokain, fentoin vb.), bitkisel ilaçlar (mahmut otu vb.), Budd-Chiari, Wilson hastalığı, gebelikle ilgili karaciğer hastalığı, akut yağlı karaciğer, isekimk hepatit ve malignensidir. Akut karaciğer yetmezliğinin en önemli etyolojileri, viral (özellikle Hepatit A, B ve Hepatit D2nin eşlik ettiği Hepatit B) ve ilaca bağlı toksik (asetaminofen) hepatitdir. Akut karaciğer yetmezliğinin tek

tedavi yöntemi KT'dir. Akut karaciğer yetmezliği sonrası bir yıllık sağkalım oranları %80'dir. Bu hastalarda, KT gereksiniminin belirlenmesi çok önemlidir ve bunun için çeşitli modeller kullanılabilir. King's College kriterleri bu modeller arasında en sık kullanılanlardan biridir (Bernal ve ark. 2011). Bu modele göre Wilson ve Budd-Chiari hastaları ayrı olarak değerlendirilmektedir. King's College kriterleri aşağıda belirtilmiştir;

Asetaminofene bağlı

Arteriyel Ph < 7.3 (ensefalopati derecesinden bağımsız olarak) veya,

Grade 3 ya da 4 ensefalopati ve

Protrombin zamanı > 100 sn (INR>8) ve

Serum kreatinin >3.4 mg/dl

Diğer nedenlere bağlı

PT >100 sn (INR >8) (Hepatik ensefalopati derecesinden bağımsız olarak) veya

aşağıdakilerden herhangi üç tanesinin bulunması

1.Yaş <10 ya da >40

2. HBV ve HCV dışı viral, haloten veya idiosenkrazik ilaç reaksiyonuna bağlı olması

3.Ensefalopatiden önce sarılık süresinin yedi günden uzun olması

4.PT >50 sn

5.Serum bilirubin >18 mg/dl (Bernal ve ark. 2011).

d) Psiko-sosyal ve aile durumunun değerlendirilmesi

KT hastaları, perioperatif dönemde ve KT sonrası uzun dönemde psikiyatrik belirti ve bozukluklar açısından riskli bir hasta grubudur. Ülkemizde ki bütün nakil merkezleri, KT öncesi KT hastalarını ruhsal bozukluk açısından psikiyatrik olarak değerlendirilmesini rutin olarak yapmaktadır. Ancak hastanın psikososyal açıdan değerlendirilmesinin nasıl ve kimler tarafından yapılacağı ile ilgili standart ve rutin bir uygulama bulunmamaktadır. ABD'de ki merkezlerde bu değerlendirme sosyal hizmet uzmanı ya da transplantasyon koordinatörü tarafından yapılmaktadır.

Ülkemizde transplantasyon klinik ya da polikliniğinde çalışan hemşirelerin preoperatif dönemde hastanın psikososyal durumunu değerlendirmesi önemlidir. Transplantasyon hemşiresi, KT öncesi hasta ile bire bir görüşmeli, bilgilendirmeli ve destek olmalıdır. KT öncesi bekleme listesinde geçirilen süre ve yaşanan sağlık problemleri hastaların psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir. Transplantasyon öncesi hastalarda, azalan fiziksel fonksiyon ile birlikte, depresyon, anksiyete, aile rollerinde değişim, başkasının organını

almayla ilgili suçluluk duygusu gibi psikolojik problemler görülebilmektedir (Kendall O'Dell, 2008, Martin, 1999). Canlı vericiden transplantasyon yapılan alıcılarda, transplantasyon öncesi vericiye ilişkin kaygı ve suçluluk duyguları daha yoğun yaşanmaktadır (Watanabe, Inoue 2010, Dudley ve ark. 2007, Lumbky 1997). Ülkemizden canlı vericiden KT oranları oldukça yüksek olduğu için hemşirenin canlı vericiden nakillerde hem alıcı hemde vericinin psikolojik durumunu değerlendirmesi önemlidir. KT öncesi hastaların psikolojik durumunu inceleyen araştırmalarda, hastaların psikolojik durumlarının etkilendiği ve bir çok psikolojik semptomun görüldüğü (Bryce ve ark. 2004, Saab ve ark. 2005) ve ölüm korkularının fazla olduğu belirtilmektedir (Dudley ve ark. 2007, Lumbky 1997).

Transplantasyon süreci oldukça zorlu bir süreç olduğu için hastanın sosyal destek gereksinimi oldukça fazladır. Hemşirenin, hastanın KT öncesi sağlık durumunun korunması ve KT sonrası yeni yaşamına uyumda desteklenmesi için sosyal destek sistemleri bilmesi ve kullanmasını sağlaması gerekir (Kendall ve O'Dell, 2008). KT öncesi hastanın psiko-sosyal kontrendikasyonlar yönünden de değerlendirmesi gerekir. Bu değerlendirme ABD'de genellikle yapılandırılmış bir görüşme ile psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılmaktadır (Kendall ve O'Dell 2008, Cupples ve Ohler 2002). Ülkemizde ise KT öncesi hastaların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesinin psikiyatrist tarafından yapılmaktadır ancak bununla ilgili bir veri bulunmamaktadır.

e) **Yasal Hazırlık:**

Ülkemizde transplantasyon ile ilgili yasal düzenlemeler;

Türk Ceza Kanununun 91. ve 93. Maddeleri, 29/05/1979 tarihli 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun,

01/02/2012 tarihli 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ve

13/02/2012 tarihli 6157 sayılı Organ Nakli Merkezleri Yönergesini içermektedir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2012). Görüldüğü üzere Ülkemizde Organ ve Doku Nakli Hizmetleri ve Merkezleri ile ilgili yönetmelik ve yönergeler çok kısa bir zaman önce revize edilmiştir.

01/02/2012 tarihli 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ile; tedavisi doku veya organ nakli ile mümkün olan hastaların hayatını sürdürmesine yönelik nakilleri gerçekleştirecek organ ve doku nakli merkezlerinin, organ ve doku kaynağı merkezlerinin ve doku tiplene laboratuvarlarının açılması, çalışması ve denetimi ile organ ve doku nakli hizmetlerinin yürütülmesinde uyulması gereken usul ve esaslar belirtilmektedir. Bu yönetmelik, 25/05/1979 tarihli 2238 sayılı Organ ve doku alınması saklanması aşılması ve

nakli kanununa dayandırılmış ve bu yönetmelik ile 01/06/2000 tarihli 24066 sayılı Organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönetmelik; Ulusal koordinasyon kurulunun yapısı, görevleri ve çalışma usulü, bilimsel danışma komisyonlarının yapısı, görevleri ve çalışma usulü, koordinatör komisyonu, ulusal koordinasyon merkezi, bölge koordinasyon merkezleri, ulusal koordinasyon sistemi, organ ve doku dağıtım esasları, canlıdan organ bağıışı ve nakli, organ ve doku nakli ve diğer hizmet birimlerinin kuruluşu, organ ve doku nakli merkezlerinin izlenmesi ve denetimi, organ ve doku nakli ile ilgili idari yaptırımları içermektedir.

13/02/2012 tarihli 6157 sayılı Organ Nakli Merkezleri Yönergesi, kalp, karaciğer, akciğer, kalp-akciğer, böbrek ve pankreas nakli yapan merkezlerinin taşınması gereken şartlar ile çalışmalarına dair usul ve esaslar belirtilmektedir. Bu yönerge; 29/05/1979 tarihli ve 2238 sayılı organ ve doku alınması saklanması aşılınması ve nakli hakkında kanuna ve 01/02/2012 tarihli 28191 sayılı organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliğinin 23. Maddesine dayandırılmış ve 28/05/2008 tarihli 19734 sayılı Organnakli merkezleri yönergesinin yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönerge ile doku ve organ nakli merkezlerin kuruluşu ve planlanması, ön izin, nakil türleri, faaliyet izni, ruhsat başvurusu, nakledilecek organa özel merkezlerin taşınması gereken özellikler, organ nakli merkezlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, yasaklar, muafiyet ve uyum ile ilgili usul ve esasları içermektedir.

Transplantasyon ile ilgili yasal düzenlemelerin yanında biyoloji ve tıbbın uygulanması bakımından insan hakları ve insan haysiyetinin korunması sözleşmesini içeren etik ilkeler yer almaktadır.

f) Karaciğer bekleme listesinde hastanın transplantasyona hazırlanması ve eğitimi

Hastanın KT öncesi bekleme listesinde yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesi, transplantasyon sonrasında ki sürece hazırlanması ve eğitimi önemli bir konudur. Hastanın eğitim süreci aynı zamanda aydınlatılmış onam içinde önemli bir konudur. Yurt dışında bazı merkezlerde bu eğitim multidisipliner olarak yapılandırılmış olarak verilmektedir. KT öncesi hastaya; hekim ile aynı mesajı vererek transplantasyon öncesi yapılacak test ve uygulamalar, genel ameliyat öncesi eğitim konuları, karaciğer bekleme listesinde oluşabilecek sorunlar, KT sonrası akut dönemde oluşabilecek tıbbi süreç, erken dönemde görülebilecek sorunlar, taburculuk sonrası dikkat edilmesi gereken konular ve karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgi verilmelidir. Dünya’da birçok merkez hastaların KT süreci ile ilgili eğitim sürecini KT öncesi dönemde tamamlamayı amaçlamaktadır. Bunun için birçok merkezde karaciğer

bekleme listesinde yer alan hastalar için eğitim toplantıları veya eğitim konularını içeren destek grup toplantıları düzenlenmektedir (Bufton ve ark. 2008). Ülkemizde canlı vericiden KT oranları oldukça yüksek olduğu için eğitim konuları içerisinde canlı vericilik süreci ile ilgili bilgilerde eklenmelidir.

2.6. Karaciğer Transplantasyonu Cerrahisi

Transplantasyon cerrahisinde temel hedef vericiden alınan organın (canlı ya da kadavra) yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünün en üst düzeyde korunarak alıcı adayına nakledilmesidir. Kadavra ya da canlı vericiden organ alımı ve organın alıcıya nakledilmesi işlemleri cerrahi ekibin primer sorumluluğudur (Urden 2006, Bufton ve ark. 2008). Günümüzde KT operasyonu ortalama 6-12 saat sürmektedir. KT cerrahisi verici ve alıcı cerrahisi olarak ikiye ayrılmaktadır. KT alıcısının, cerrahisi, pre-anhepatik, anhepatik ve post-anhepatik faz olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmektedir (Humar ve Dunn 2009).

Vericinin hepatektomisi

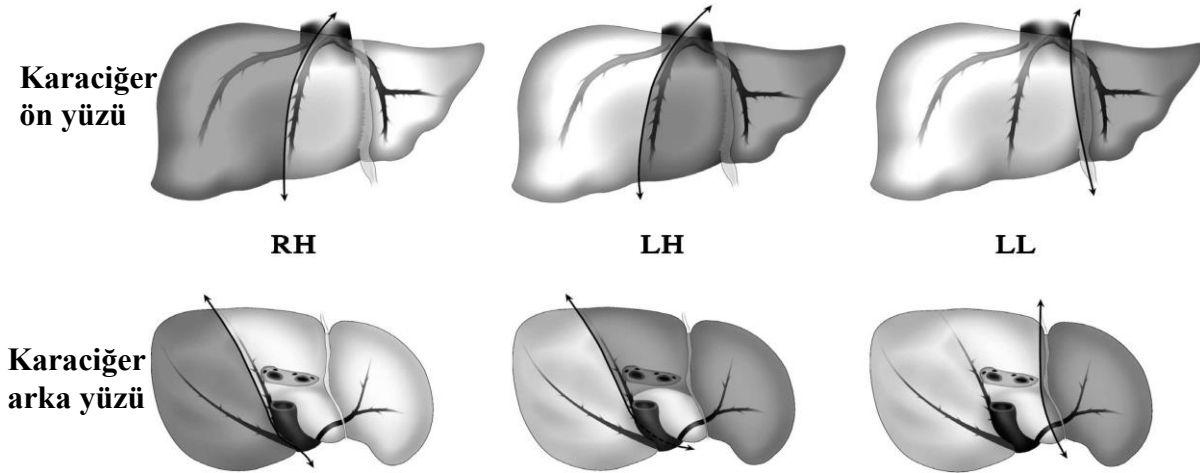
KT'de canlı ve kadavra olmak üzere iki tip vericiden hepatektomi yapılmaktadır. İki verici tipinde farklı bir cerrahi süreç uygulanmaktadır.

Kadavra vericinin hepatektomisi: kadavra vericiden karaciğer alınması işlemi esnasında beyin ölümü gerçekleşmiş olan vericide ölüm fizyolojisine bağlı gerçekleşebilecek sorunlar açısından kardiyovasküler ve respiratuar yönden iyi yönetilmesi gerekir. Yetersiz verici yönetimi, KT sonrası karaciğer fonksiyonlarını olumsuz etkileyecektir. Özellikle, yüksek düzey vasopressor ilaç kullanımı, uzamış asidoz, hipoperfüzyon, hipovolemi, anemi ve kontrol edilemeyen hipernatremi açısından dikkatli olunmalıdır.

Kadavra vericide karaciğerin tamamı çıkarılarak alıcıya bu karaciğerin tamamı ya da vericiden alınan karaciğerin ikiye bölünerek sağ ya da sol bölümü nakledilmektedir. Kadavradan alınan karaciğerin ikiye bölünmesi, split karaciğer nakli olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntem ile kadavradan alınan karaciğerden iki KT alıcı adayı faydalanabilmektedir. Kadavra organ nakillerinde, çoklu organ alımı ya da sadece karaciğer alımına göre farklı insizyonel kesiler uygulanmaktadır. Genelde çoklu organ çıkarımı yapıldığı kalp, akciğer, böbrek, pankreas, karaciğer ve ince bağırsağın rahat çıkarılabileceği juguler çentikten pubise kadar uzun insizyon tercih edilmektedir. İlk aşamada karaciğerin vasküler yapıları korunarak serbestleştirilme işlemi gerçekleştirilir. Daha sonra karaciğerin çıkarılmaya başlanması ile unhepatik dönem başlar. Bu aşamada, aortaya yerleştirilen bir kanül yardımıyla soğutulmuş perfüzyon solüsyonu (Wisconsin solüsyonu, Collins solüsyonu)

ile karaciğer soğutulmaya başlanarak soğuk iskemi süreci başlar. Dikkatli bir şekilde karaciğer hızla çıkartılır ve ayrı bir masada transplantasyon için hazır hale getirilir.

Canlı vericinin hepatektomisi: canlı vericinin hepatektomisinde vericinin sağlığının korunması temel hedeftir. Canlı vericiden karaciğerin alınması esnasında karaciğerin çeşitli bölgeleri çıkarılabilmektedir (Şekil 9). Canlı vericinin hepatektomisinin, mümkün olduğunca az manüplasyon ile vasküler yapılar korunarak yapılması gerekir. Canlı vericiden KT’de mercedes işareti şeklinde ya da bilateral subkostal kesi yapılmaktadır. Canlı vericide, kadavra vericiden farklı olarak transplante edilecek karaciğerin soğutulması işlemi karaciğer çıkartıldıktan sonra organ solüsyonu içinde yapılır (Urden 2006). Hem canlı hem de kadavra vericide karaciğer uygun organ saklama solüsyonunda +4°C’de bekletilmesi gerekir. Bekleme süresinin olabildiğince kısa tutulması, organların yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünün korunabilmesi açısından önemlidir (Urden 2006).



Şekil 9. Canlı Vericiden Karaciğer Transplantasyonunda Kullanılan Hepatektomi Türleri.

RH: Karaciğer sağ hemisferi; LH; Karaciğer sol hemisferi; LL: Karaciğer Sol lobu.

Kaynak: Hoffman, M.F., Nelson, J.B., Drangstveit, B.M., Flynn, M.B., Caring for Transplant Recipients in a Nontransplant Setting, Critical Care Nursing, 2006; 26(2): 58

Karaciğerin alıcıya nakledilmesi

Pre-anhepatik faz: bu faz hastalıklı karaciğerin çıkarılması öncesi yapılan işleri içerir. Temel basamaklar; supra ve infrahepatik vena kavanın, portal ven ve hepatic arterin izolasyonunu ve sonra da safra kanalının ayrılmasını içerir. Hastada koagülapti olması ya da portal hipertansiyonun olması bu aşamanın oldukça zorlaşmasına sebep olabilir. Bu aşamada kan kaybı fazla olabileceğinden kan transfüzyonu için hazırlıklı olunmalıdır.

Anhepatik faz: Pre-anhepatik fazdaki işlemler tamamlandığında vasküler klempler uygulanır ve alıcının karaciğeri çıkarıldığında anhepatik faz başlar. Bu fazda, vena kava ve portal venin tıkanmasına bağlı azalmış venöz dönüş gelişmektedir. Bazı merkezlerde rutin olarak venö-venöz bypass (VVB) uygulanmaktadır. Bu işlem ile vücudun alt kısmı ve barsaklardan gelen kan femoral ven ve portal venden bir kanül aracılığıyla vücudun üst kısmında yer alan bir santral vene bağlanmaktadır. Ancak günümüzde bu yöntemin kullanımının birçok soruna yol açtığı (hava embolisi, tromboemboli, hipertermi vb.) için kullanılmaması önerilmektedir. Alıcının karaciğeri çıkarıldıktan sonra vericinin karaciğerinin ortotopik pozisyonda yerleştirilerek anastomozları başlar. Öncelikle suprahepatik kaval anastomozu tamamlanır, sonrasında infrahepatik kaval anastomozu ve portal ven anastomozu tamamlanır. Portal ve kaval klempler aynı anda açılır böylece yeni karaciğerin reperfüzyonu sağlanmış olur. Hepatik arter anastomozu klemplerin açılmasından önce de sonra da yapılabilir.

Posthepatik faz: klempler tamamen açıldıktan ve yeni karaciğer perfüze olduktan sonra post-hepatik faz başlar. Bu aşamada alıcının hemodinamik durumunda hipertansiyon, kardiyak aritmiler gibi değişiklikler olabilir. İskemik karaciğerden doğal antikoagülanların salınımıyla ya da aktif fibrinolizle hastada ciddi koagülopatiler gelişebilir. Hastada hiperkalemi, hiperkalsemi gibi elektrolit dengesizlikleri oluşabilir. Reperfüzyon sonrası son anastomoz gerçekleştirildikten sonra, bilier drenaj işlemi yapılır. Bilier anastomoz aşamasında alıcının KT etyolojisine göre verici ile alıcının safra kanalları koledokojenostomi (safra kanalı jejenuma) ya da koledokokolesdostomi (safra kanalı safra kanalına) ile anastomoz edilmektedir. Koledokojenostomi, retransplantasyon, safra kanalı kısısalığı, small-size pediatrik alıcı, alıcı-verici safra kanalları genişliğinin uyumsuzluğu, extrahepatik safra kanalları hastalığı (primer/sekonder siklorazan kolonjit, bilier atrezi, safra kanalı zedelenmesi, kolongiokarsinoma) durumlarında tercih edilmektedir. Koledokokolesdostomi ise safra kanalı sağlıklı ve açıklığı tam olan alıcılarda uygulanmaktadır. Bu hastalara, eksternal stent ya da T-tüp yerleştirilebilmektedir (Humar ve Dunn, 2009, McCormack ve ark. 2006)

2.7. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hemşirelik Bakımı

KT sonrası hemşirelik bakımının amacı, nakledilen karaciğerin fonksiyonunun devam ettirilmesidir. KT sonrası KT alıcısının iyileşmesini üç faktör etkilemektedir. Bunlar;

a) KT öncesinde ki hastalık düzeyi (karaciğer hastalığının komplikasyonları, MELD veya Child-Pugh punı vb.),

b) vericinin durumu (yaşı, iskemi süresi vb.)

c) intraoperatif süreç (kanama, sirozun kardiyovasküler etkisi vb.) (Rudow ve, Goldstein, 2008).

KT sonrası hastanın hemşirelik bakımı akut, erken ve uzun dönem olmak üzere üç aşamaya ayrılmaktadır. KT sonrası akut dönem hastanın yoğun bakımda geçirdiği ilk 48 saatlik süreci içermektedir, erken dönem hastanın klinikten taburculuğa kadar geçen süreci ve uzun dönem ise taburculuktan sonra ömür boyu süren süreci içermektedir (Rudow, Goldstein, 2008, Bufton ve ark. 2008, Cupples, Ohler 2002).

2.7.1. KT sonrası Akut ve Erken Dönem Hemşirelik Bakımı

Akut ve erken dönemde ki hemşirelik bakımı; nakledilen karaciğerin fonksiyonelleğine, gelişebilecek cerrahi ve anestezi komplikasyonlarının yönetimine odaklanmalıdır. KT sonrası görülen komplikasyonlar; cerrahi, genel anestezi ve karaciğer transplantasyonuna özel görülen komplikasyonlardır. KT'ye özel en fazla karşılaşılan komplikasyonlar, Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. KT sonrası erken dönemde karşılaşılan komplikasyonlar

Greftte yönelik komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Greft fonksiyon bozukluğu• Küçük greft sendromu (Small for size sendrom)• Rejeksiyon	Gastrointestinal komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Kanama/ülserasyon• Enfeksiyonlar (sitomegalovirus vb.)• İleus/Bağırsak perforasyonu• Diare
Damarsal (vasküler) komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Hepatik arter trombozu• Hepatik ven trombozu• Portal ven trombozu• Vena kava inferior trombozu• Periferik ya da santral ven enfeksiyonları	Safra sistemi komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Safra kaçağı• Safra kanalı tıkanıklığı• Enfeksiyon• Anastomoz açılması
Pulmoner komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Pulmoner emboli• Plevral effüzyon• Pulmoner ödem• Pnömoni• Pnömotoraks ya da hemotoraks• Sağ diyafram paralizi	Nörolojik	<ul style="list-style-type: none">• Nöropati• Koma• Ensefalopati• Afazi• Tremor
Enfeksiyon	<ul style="list-style-type: none">• Bakteriyel /viral /fungal• Nazokomiyal /geç dönem /tekrarlayan	Elektrolit dengesizliği	<ul style="list-style-type: none">• Hiponatremi• Hipokalemi• Hiperkalemi• Hipokalsemi• Hipofosfotemi• Hipoglisemi/hiperglisemi• Hipomagnezemi

Rudow, DL., Goldstein, GJ., 2008, Critical Care Management of the Liver Transplant Recipient, Crit Care Nurs Q, 31(3); 238

KT sonrası erken dönem komplikasyonlar, 2006 yılı hepatoloji raporunda cerrahi teknik ile ilgili, tıbbi tedavi, primer greft fonksiyonsuzluğu, greft rejeksiyonu ve enfeksiyon olarak sınıflandırılmıştır. Tablo 6'da genellikle hemşirelik literatüründe kabul edilen sınıflandırma sistemi yer almaktadır (Rudow ve Goldstein, 2008; Bufton ve ark., 2008; Hoffman ve ark. 2006; Urden, 2006).

Greftte yönelik komplikasyonlar: greft fonksiyon bozukluğu en fazla görülen komplikasyondur. Karaciğerin fonksiyonunu, vericinin özellikleri (yaş, steatoz vb.) ve karaciğerin soğuk iskemi süresi etkilemektedir. Greft fonksiyon bozukluğu genellikle ilk 72 saatte ortaya çıkmaktadır. Karaciğerin fonksiyon bozukluğu belirtileri, safra miktarında azalma ve renginde değişme, karaciğerde ödem gelişmesi, sarılık, idrar çıkışında azalma, hemodinamik durumda bozulma, vücut ısısında artma, glikoz ve potasyum dengesizliği, koagulapati, aspartat aminotransferaz - AST'de yükselme, protrombin zamanında uzama,

hiperbilirubinemi ve amonyumda yükselmez. Nakledilen karaciğerin fonksiyonunu sürdürülmesi için immunosupressif tedaviye başlanmalı ve hastanın hemodinamik durumu normal düzeyde sabit tutulmaya çalışılmalıdır (Rudow ve Goldstein, 2008, Bufton ve ark. 2008).

Küçük greft sendromu (small for size sendromu) özellikle split KT ve canlı vericiden karaciğerin bir bölümünün nakledilmesi durumunda görülür. Klinik olarak daha geç görülmekte ve portal hipertansiyona neden olarak safra üretiminde azalma, kolestazis ve sepsise neden olmaktadır (Rudow ve Goldstein 2008, Bufton ve ark. 2008; Hoffman ve ark. 2006, Urden 2006).

Damarsal (vasküler) komplikasyonlar: KT sonrası erken komplikasyonlar arasında yer alan damarsal komplikasyonlar cerrahi komplikasyonlar arasında yer almaktadır. En fazla görülen komplikasyon hepatik arter trombozudur (HAT). HAT daha fazla çocuk hastalarda görülmektedir. HAT, verici ve alıcı hepatik arter çaplarının birbirine benzer olmamasına bağlı gelişmektedir. Doppler ultrasonografi ile tanılanabilmektedir. HAT hızlı bir şekilde karaciğer yetmezliğine neden olmakta ve cerrahi olarak tedavi edilebilmektedir. Diğer bir damarsal komplikasyon, portal ven trombozudur (PVT). PVT'de asit, gastrointestinal varis ve varis kanamaları gibi portal hipertansiyona bağlı belirtiler görülmektedir. PVT, trombektomi, transjuguler intrahepatik portosistemik shunt ve retransplantasyon ile tedavi edilebilmektedir (Rudow ve Goldstein 2008, Bufton ve ark. 2008, Hoffman ve ark. 2006, Urden 2006).

Pulmoner komplikasyonlar: Pulmoner komplikasyonlar, KT operasyonunun uzun bir operasyon olması, operasyon esnasında hemodinamik durumda bozulma, uzun entübasyon süresi, hareketsizlik, sıvı yüklenmesi ve immunosupressif ilaç kullanımına bağlı gelişmektedir. En fazla görülen pulmoner komplikasyonlar; pulmoner emboli, plevral effüzyon, pulmoner ödem, pnömoni, pnömotoraks, hematoraks ve sağ diyafram paralizisidir.

Enfeksiyon: Transplantasyon sonrası hastanın immunosupresyon düzeyi ve epidemiyolojik olarak mikroorganizmalar ile karşılaşma sıklığı enfeksiyon risk düzeyini belirlemektedir. Transplantasyon hastalarında erken dönemde enfeksiyon kaynağını kendi florası ve çevrede bulunan mikroorganizmalar oluşturmaktadır (Cupples ve ark. 2008, Moreno ve Berenguer 2006). Hastanın enfeksiyon durumunun değerlendirilebilmesi için;

- a) Hastanın enfeksiyon geçmişi: çocukluk enfeksiyonları (kızamık, su çiçeği vb.), yetişkin dönemde geçirilen enfeksiyonlar (sıtma, hepatit, tekrarlayan enfeksiyonlar),

seyahat durumu, bağışıklık durumu, psikososyal durumu; alkol alımı, ilaç bağımlılığı, vücut piercing, çok eşlilik, hobiler (bahçe işleri, hayvan bakma vb.)

- b) Yaşanılan coğrafi bölgeye göre enfeksiyon riski: transplantasyon sonrası enfeksiyon riski, beslenme durumu, ev hayatı, içme suyu,
- c) Hastanın şuan ki enfeksiyon hastalıkları.
- d) Karaciğere özel enfeksiyon durumu: İntra-abdominal enfeksiyonlar (bakteriyel peritonit vb.), aspirasyon pnömoni, kateterli ilgili enfeksiyon riski değerlendirilir (Cupples ve ark. 2008).

Transplantasyon sonrası hastada enfeksiyona sebep olan eksojen ve endojen enfeksiyon kaynakları vardır. Eksojen kaynaklar; nakledilen karaciğer, kan transfüzyonu ve çevresel (hastane ile ilgili, yaşadığı yer ile ilgili) faktörlerdir. Endojen kaynaklar ise, hastada aktif olarak bulunmayan enfeksiyon ajanlarıdır (vücut florası vb.) (Cupples ve ark. 2008). Transplantasyon sonrası görülen enfeksiyonlar transplantasyon sonrası geçen süreye ve enfeksiyon ajanına göre sınıflandırılabilir (Tablo 7) (Cupples ve ark. 2008, Moreno ve Berenguer 2006). Ayrıca transplantasyon sonrası görülen enfeksiyonlar enfeksiyon ajanına göre bakteriyel, viral, fungal ve parazitik olarak sınıflandırılmaktadır (Cupples ve ark. 2008, Moreno ve Berenguer 2006).

Tablo 7. Transplantasyon sonrası geçen süreye göre enfeksiyonların sınıflandırması

Dönemler	Enfeksiyon odağı
İlk 2 ay	<ul style="list-style-type: none">• Transplante organda bulunan enfeksiyon kaynakları• Transplantasyon öncesi alıcıda bulunan enfeksiyonlar,• Cerrahi prosedür,• Kateter ve drenler• Alıcıda bulunan aktif olmayan virüsler
2-6 ay	<ul style="list-style-type: none">• İmmunolojik olarak değişim gösteren tekrarlayan virüsler• Hastane kaynaklı ajanlar
6 aydan sonrası	<ul style="list-style-type: none">• Toplumda görülen bulaşıcı enfeksiyonlar

Cupples ve ark. 2008, Moreno ve Berenguer 2006 kaynaklarından yararlanılarak geliştirilmiştir.

Hasta ve ailesinin enfeksiyondan korunma yöntemleri açısından eğitimi önemlidir. Bu eğitim; antimikrobiyel sabun ya da jellerle ellerin sık sık yıkanması, hastalık belirtileri olan kişilerden uzak durma, hayvansal gıdaların tüketiminde temizliğine dikkat etme, yenilen besinlerin temizliğine dikkat etme, pastörize süt tüketme, meyve sebzeleri yemeden önce çok iyi yıkama ve daha çok soyulabilen meyve ve sebzeleri tercih etme, hayvansal bulaşın olduğu yerlerden uzak durma (kuş kafesi vb.), canlı aşı uygulanmış kişilerden uzak durma, canlı çiçekler, çiçeklerin bulunduğu su gibi fungal enfeksiyon kaynaklarından uzak durma, her yıl grip aşısı yaptırma, temiz ve güvenli su tüketme, intravenöz ilaç kullanımından kaçınma, tek eşlilik ve güvenli bir cinsel birlikteliğe dikkat etme, seyahat öncesi transplantasyon ekibi ile görüşme gibi konuları içermelidir. Ayrıca KT hastalarında enfeksiyon riskini azaltıcı girişimlerin yapılması gerekir. Bunlar;

- a) Hastane ve epidemiyolojik enfeksiyon ajanlarına karşı daha dikkatli olunması,
- b) Profilaktik immunoterapi başlanması,
- c) İmmunosupresif ilaçların kombine kullanımı ve dozlarının azaltılması,
- d) İmmunolojik olarak değişim gösteren ve tekrarlama özelliği olan virüslerin (HBV, CMV, EBV) rutin taramalarının yapılması,
- e) Enfeksiyon riskini arttıran metabolik hastalıkların değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması (diabet, malnütrisyon vb.),
- f) Nötropeni ve lenfopeninin değerlendirilmesi,

g) Normal endotel ya da epitelyel bariyerlerin bozulmamasına dikkat edilmesidir (cilt bütünlüğünün bozulması).

Gastrointestinal komplikasyonlar: KT hastalarında, KT öncesi karaciğer yetmezliğine bağlı gelişen gasrtik varisler, cerrahi stres ve KT sonrası kortikosteroid tedavisine bağlı kanama ve ülserler gelişebilmektedir. İmmunosupresif tedaviye bağlı hastalarda gastrointestinal enfeksiyonlar görülebilmektedir.

Safra sistemi komplikasyonları: Cerrahi anastomoz ve HAT nedeniyle gelişen bir komplikasyondur. Safra sistemi komplikasyonları arasında yeralan safra kaçağının görülme oranı yüksektir. Safra kaçağında hastada, ateş, sarılık, omuz ağrısı, insizyon ya da drenen safra drenajı ve sepsis gelişmektedir. Safra kaçağı, USG ile tanılabilmektedir ve cerrahi ya da minimal invaziv yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Safra kanalı obstrüksiyonu (SKO) KT sonrası erken ve geç dönemde görülebilmektedir. SKO cerrahi tekniğe, iskemiye ve alıcı-verici arasında ki safra kanallarının uyumsuzluğuna bağlı olarak gelişmektedir. SKO'de sarılık, kaşıntı, hiperbilirubinemi ve alkalik fosfataz enziminde yükselme gibi belirtiler görülmektedir. SKO endoskopik ya da perkütan balon dilatasyonu, sfinterektomi ve stentle tedavi edilebilmektedir (Rudow ve Goldstein 2008, Hoffman ve ark. 2006).

Nörolojik komplikasyonlar: KT hastasında erken dönemde yaygın olarak KT öncesinde ki karaciğer yetmezliği ve KT sonrası greft fonksiyon bozukluğuna bağlı nörolojik durumla ilgili komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu yüzden hastanın metal durumunun iyi değerlendirilmesi gerekir.

Elektrolit dengesizlikleri: Hastalarda özellikle hiperkalemi, hipokalemi, hiponatremi, hipokalsemi, hipofosforemi, hipoglisemi, hiperglisemi ve hipomagnezemi gelişmektedir. Hiperkalemi kullanılan ilaçlar ve böbrek fonksiyonlarının yetersizliğinden dolayı sık görülmektedir (Rudow ve Goldstein 2008, Hoffman ve ark. 2006, Urden 2006, Bufton ve ark. 2008).

Rejeksiyon: KT sonrası erken dönemde görülen en önemli komplikasyondur. Rejeksiyonu ve enfeksiyon belirti ve bulguları benzerlik göstermektedir. Her iki durumdada erken evrede hastanın ateşinde yükselme, yorgunluk olmaktadır ancak rejeksiyonda, özellikle karın sağ üst kadranda hassasiyet oluşmaktadır. Ayrıca hastalarda rejeksiyon ya da enfeksiyon belirtileri geliştiğinde labaratuvar bulgularının incelenmesi (karaciğer fonksiyon testleri, beyaz kan hücresi, nötrofil sayısı), kan kültürü analizi, doppler ultrasonografi ve karaciğer biyopsisi yapılması ayırıcı tanılama yöntemleridir (Rudow, Goldstein 2008, Bufton

ve ark. 2008). Rejeksiyondan korunmanın en önemli yolu hastanın immunosupresif tedaviye uyumudur. Hemşirenin hastanın immunosupresif tedaviye uyumu hem objektif (ilaç düzeyi, kan şekeri vb.) hem de subjektif (hastada gelilen semptomlar, hastanın ilaç alım saatlerine dikkat etmesi vb.) verilerle değerlendirmesi önemlidir. Karaciğer transplantasyonu immunolojisinde rejeksiyon tipleri ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

2.7.2. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Uzun Dönem Hemşirelik Bakımı

Cerrahi teknikler, anestezi süreci, postoperatif bakım, kullanılan immunosupresif ilaçlar ve vericinin özellikleri KT hastalarının uzun dönem sağlık durumunu etkilemektedir. Bu nedenler arasında en etkili ve önemlisi immunosupresif tedavidir. Literatürde uzun dönemde görülen sorunlar immunosupresif ilaçların ikincil yan etkisi olarak tanımlanmaktadır (De Geest ve ark. 2000). İmmunosupresif ilaçların ikincil yan etkileri; kardiyovasküler hastalıklara, metabolik hastalıklara, osteoporoz, böbrek yetmezliğine, obezite ve çeşitli malignansilere neden olmaktadır (Tablo 8) (Stitt ve ark. 2008, Benlloch ve Berenguer 2006, Lopez ve Martin 2006, Lui ve Thomas 2007). Rejeksiyon ve karaciğer hastalığının tekrar etmesi KT sonrası uzun dönemde görülen önemli problemlerdir (Pfitzman ve ark. 2007, Lui, Thomas 2007).

Table 8. Karaciğer nakli sonrası görülen uzun dönem komplikasyonlar

Rejeksiyon	Malignensi
Enfeksiyon (CMV ^{&})	Karaciğer hastalığının tekrar etmesi
Böbrek fonksiyon bozukluğu	Viral karaciğer hastalığının tekrar etmesi
Metabolik hastalıklar	• HBV*
• Hipertansiyon	• HCV**
• Hiperlipidemi	Viral olmayan karaciğer hastalığının tekrar etmesi
• Diabetis mellitus	• Primer biliyer sklerozis
• Obezite	• Primer sklerojen kolonjit
• Osteoporoz	• Hepatosellüler karsinoma

[&]CMV: Sitomegalovirüs, * HBV: Hepatit B enfeksiyonu, **HCV: Hepatit C enfeksiyonu

Rejeksiyon

Rejeksiyon organ nakli sonrası erken ve uzun dönemde görülen önemli bir problemdir (Bufton ve ark. 2008). Uzun dönemde üzerinde durulması gereken konu, akut rejeksiyon ataklarının izlenmesi ve kronik rejeksiyon gelişiminin önlenmesidir (Benten ve ark. 2009).

Karaciğer rejeksiyonunun, ateş, sağ üst batın ağrısı, yorgunluk, bulantı, kusma, sarılık ve bilinç bulanıklığı gibi özel olmayan ve tanılanması güç olan belirtileri vardır. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli belirti ateştir. Karaciğer rejeksiyonunun tanılanmabilmesi için karaciğer fonksiyon testlerine, bilirubin ve INR düzeylerine bakılması gerekir. Kesin tanı karaciğer biyopsisi ile konulabilir. Kronik rejeksiyon, karaciğerde safra kanalı bozukluklarına, fibrosize ve böbrek fonksiyonlarında bozukluğa neden olabilmektedir (McGuire ve ark. 2009).

Enfeksiyon

KT sonrası uzun dönemde (> 3 ay) enfeksiyon görülme insidansı %27'dir. KT sonrası uzun dönemde hastalarda, genellikle mantar ve viral enfeksiyonlar görülmektedir (Pfitzmann ve ark., 2007). CMV enfeksiyonu, KT sonrası ilk aylarda %2-17 oranında en yaygın görülen enfeksiyondur (Seehofer ve ark. 2005). KT hastası için en yüksek riskli durum, KT öncesi hastanın CMV seronegatif olup vericisinin CMV seropozitif olmasıdır (Bufton ve ark. 2008, McGuire ve ark. 2009). CMV enfeksiyon riski en yüksek olan organlar, akciğer ve ince bağırsak, orta riskli olan organlar karaciğer, pancreas ve kalp, en düşük riskli organ ise böbrektir. CMV ve diğer viral enfeksiyonlardan korunmak için KT sonrası ilk 1-4 aylık süreçte koruyucu antiviral tedavi uygulanması önerilmektedir (Bufton ve ark. 2008, McGuire ve ark. 2009). Enfeksiyon açısından KT öncesi ve sonrası hastanın bağışıklanması önemlidir.

Bağıklanma: Hastaların gerekli bağışıklama işlemlerinin immunosupresif tedavi alınmayan KT öncesi dönem tamamlanması gerekir. KT sonrası bağışıklamalar hastalar immunosuprese olduğu için etkili olmayabilir. Yapılması gereken bağıklama işlemleri yetişkin için; Hepatit B aşısı, pnömokok aşısı ve influenza aşısıdır. Çocuk hastalar için bu durum farklılık gösterir. Çocuk hastaların aşılama süreci tamamlanmadığı için birçok aşığı yaptırmaları gerekebilir. Organ nakillerinden sonra genellikle canlı aşılardan yapılmaması önerilir ancak çocuk hastalar için bu aşılardan yapılmaması mutlaka organ nakil ekibi ile görüşülmesi gerekir. Organ nakli ekibinin, çocuk hasta için yapılacak aşının yarar ve zarar verme durumunu düşünerek, nakil sonrası geçen süre, alınan immunosupresif ilaç düzeyi ve hastanın genel durumuna göre bir karar vermesi gerekir (Khan ve ark. 2006).

Böbrek fonksiyon bozukluğu

Böbrek fonksiyon bozukluğu KT sonrası yaygın görülen bir sorundur (Arbeg ve ark. 2007, Pham ve ark. 2009). Böbrek yetmezliği KT sonrası morbitide ve mortalitenin en önemli nedenlerindedir (Meier-Kriesche ve ark. 2006, Pham ve ark. 2009). KT sonrası kronik

böbrek yetmezliğinin birinci, beşinci ve 10. yılında görülme oranları sırasıyla; %8, %18 ve %28'dir (Ojo ve ark. 2003).

KT sonrası böbrek yetmezliğinin birçok risk faktörü ve nedeni vardır. Böbrek yetmeliği risk faktörleri, KT öncesi, esnası ve sonrası olmak üzere üçe ayrılır (Aberg ve ark. 2010). KT öncesi risk faktörleri; kadın olmak, böbrek hastalığının olması, diabetes mellitüs, Hepatit C enfeksiyonudur. KT esnası risk faktörleri, operasyonun süresi, uygulanan sıvı ve kan transfüzyonu sayısı ve operasyon esnasında böbrek fonksiyonlarında bozulmadır. KT sonrası risk faktörleri; immunosupresif tedavi, hipertansiyon ve diyet mellitüstür. KT sonrası kalsenurinin inhibitörlerinin kullanımı böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir (McGuire ve ark. 2009, Pillebout ve ark. 2005). KT sonrası böbrek fonksiyonlarını koruyabilmek için hipertansiyon, diabet ve nefrotoksik ilaçların yönetimine dikkat edilmelidir (Benten ve ark. 2009, McGuire ve ark. 2009, Pham ve ark. 2009, Pillebout ve ark. 2005). Hastanın böbrek fonksiyonlarında bir bozulma olduğunda kasenurinin inhibitörlerinin dozu düşürülebilir ya da ilaç değişikliğine gidilebilir (Tablo 9) (Pham ve ark. 2009, Farkas ve ark. 2009, Benten ve ark. 2009).

Metabolik hastalıklar

KT sonrası uzun dönemde görülen en önemli metabolik hastalıklar; hipertansiyon, dislipidemi, diabet, obezite ve metabolik kemik hastalıklarıdır.

Hipertansiyon

Hipertansiyon KT sonrası uzun dönemde en yaygın görülen metabolik hastalıktır (McGuire ve ark. 2009). Kortikosteroid immunosupresif ilaçlar arasında en çok hipertansiyona neden olan ilaçtır. Siklosporin takrolimusa göre daha fazla hipertansiyona neden olmaktadır ve hipertansiyon geliştiğinde siklosporin tedavisinden takrolimus tedavisine geçilebilmektedir. Hiperlipidemi, obezite ve diabet hipertansiyonun diğer risk faktörleridir (Benten ve ark. 2009, McGuire ve ark. 2009).

Hipertansiyondan korunmada risk faktörlerinin yönetimi çok önemlidir. Öncelikle, hiperlipidemi, obezite ve diabetin kontrol altına alınması gerekir. Diyet ve yaşam şeklinde ki değişiklikler transplantasyon olmamış hastalarda olduğu gibi KT hastalarında da önemlidir (Benten ve ark. 2009, McGuire ve ark. 2009). Hipertansiyon tedavisinin amacı; kan basıncını 130/80 mmHg düzeyinde tutmaktır (Benten ve ark. 2009).

Diabet

Diabet, kardiyovasküler morbitide ve mortalite, böbrek fonksiyon bozuklukları, rejeksiyon ve greft sağ kalımını etkileyen bir hastalıktır (Reuben ve ark. 2001). KT hastalarında diabet görülme durumu yaklaşık %33'tür (Reuben 2001) ve KT sonrası ilk yıl içerisinde bu insidans en fazladır (Reuben ve ark. 2001, McGuire ve ark. 2009). KT sonrası diabet gelişme risk faktörleri; steroid kullanımı, takrolimus kullanımı, Hepatit C, KT öncesi diabet tanısı olmak ve obezitedir (Reuben ve ark. 2009, Benten ve ark. 2009, McGuire ve ark. 2009, Meirer ve ark. 2006). Steroid kullanımının kesilmesi, takrolimus yerine siklosporin kullanımına geçilmesi ve kalsenurin dozunun azaltılması KT sonrası diabet yönetiminde etkili tedavi seçenekleridir (Benten ve ark. 2009). KT sonrası diabet yönetimi KT uygulanmamış olan hastaların tedavi yöntemine benzerdir. KT sonrası diabet yönetiminin amacı; kan glikoz seviyesini normal seviyede tutarak böbrek fonksiyonlarını korumak, nöropati, retinopati, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların gelişimini engellemektir (Reuben ve ark. 2001, McGuire ve ark. 2009, Wilkinson ve ark. 2005). Diet, yaşam şeklinde değişiklik ve kilo kontrolü diabetin yönetiminde etkilidir. Kan glikoz seviyesi düzenli olarak kontrol edilmelidir. KT sonrası diabet gelişen hastaların diabet, diabet ilaçları, komplikasyonları ve dikkat edilmesi gereken konular konusunda eğitim gereksinimleri karşılanmalıdır (Reuben ve ark. 2001).

Hiperlipidemi

Hiperlipidemi kontrolü, KT sonrası uzun dönemde kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyonun önlenmesinde önemlidir (Benten ve ark. 2009). KT sonrası hiperlipidemisinin, iştah artışı, kilo artışı, steroid kullanımı, diabet, kolestatik karaciğer hastalığının olması gibi çok yönlü nedenleri vardır (Reuben ve ark. 2001). Siklosporinin takrolimustan, sirolimus ve evorolimusun tüm immunosüpresif ilaçlardan daha fazla hiperlipidemiye neden olma özelliği vardır (Reuben ve ark. 2001, McGuire ve ark. 2009, Meirer ve ark. 2006, Neal, Alexander 2001). KT hastalarının yılda iki defa evorolimus ya da sirolimus kullanan hastalarda her poliklinik kontrolünde lipid profilinin incelenmesi önerilmektedir (Benten ve ark. 2009). Hiperlipidemi kontrolünde ilk adım, yaşam şeklinde ve diyetle değişikliktir. Eğer bu değişikliklere rağmen 3-6 ay içerisinde hiperlipidemi kontrol altına alınmazsa ilaç tedavisi düşünülür. KT hastalarında hiperlipidemisinin tedavisinde, steroid alımı, evorolimus ya da sirolimus alımının kesilmesi ve takrolimus tedavisi yerine siklosporin tedavisine geçilmesi etkili tedavi seçenekleridir (Reuben ve ark. 2001, McGuire ve ark. 2009). Bu hastalarda LDL

seviyesi 100 mg/dL'den daha fazla olduğunda yaşam stilinde değişiklikler ve lipid düşürücü ilaç terapsiine başlanmalıdır (Lui ve Thomas 2007).

Obezite

KT sonrası kilo alımı yararlı bir gelişimdir ancak aşırı kilo alımı istenmeyen bir durumdur. Obezite, diabet, hipertansiyon, hiperlipidemi için risk faktörüdür. Steroid kullanımı obezite için önemli bir risk faktörüdür. Obeziteden korunmak için steroid kullanımını kesilebilir ve siklosporin yerine takrolimus tedavisine geçilebilir. KT sonrası obezite kontrolü KT uygulanmamış kişilerde gelişen obezite yönetimine benzerdir (McGuire ve ark. 2009, Reuben ve ark. 2001).

Osteoporoz

Kronik karaciğer hastalığı gelişen bir çok hastada kemik dansitesinde azalma görülmektedir. KT sonrası ilk iki yılda osteoporoz gelişme durumu %24-55 arasındadır. KT hastaları için osteoporoz risk faktörleri; kolestatik karaciğer hastalığı, steroid kullanımı, alkol alımı dışından sağlıklı grubun tedavisi şekline benzerdir (Mells ve Neuberger 2009). KT sonrası en kısa zamanda steroid tedavisinin sonlandırılması, egzersiz, kilo kontrolü, kalsiyum ve D vitamini alınmasına dikkat edilmesi (1500 mg kalsiyum, 800 IU Dvit) ve güneşten yeterince faydalanma osteoporoz için önemlidir.

Karaciğer hastalığının tekrar etmesi

KT etyolojisi transplantasyon sonrası morbitide ve mortaliteyi etkileyen önemli bir faktördür (Kotlyar ve ark. 2006, Rowe ve ark. 2008, Benten ve ark. 2009, McGuire ve ark. 2009). KT sonrası Hepatit B, Hepatit C, alkolik karaciğer hastalığı, otoimmün hepatit, primer bilayer siroz, primer sklerozan kolonjit, malignant tümörler, hemakromatozis, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı ve Budd-Chiari sendromu tekrarlayabilmektedir (Smith 2006).

Hepatit C'den korunma tedavisi bulunmadığı için, KT sonrası Hepatit C'nin tekrarlama oranı oldukça yüksektir (Charlton 2005). KT sonrası, Hepatit B immunglobin ve antiviral tedavi gibi önleyici tedaviler olduğu için Hepatit B'nin tekrarlama oranı oldukça düşüktür (Seehofer, Berg 2005). Otoimmün, primer bilayer siroz ve primer sklerozan kolonjitin tekrarlama oranı %11-22'dir (Gautam ve ark. 2006). Milan ya da San Francisco kriterlerine göre KT uygulanan hepatosellüler kanserli hastalarda hepatosellüler karsinomanın tekrar etme oranları düşüktür (McGuire ve ark. 2009).

Malignansi

KT sonrası immunosupresif ilaç kullanımı kanser gelişme riskini arttırmaktadır (Miao ve ark. 2009). Organ nakli hastalarında kanser görülme insidansı ilk beş yılda %5-15, 10 yılda %13-26 ve 20 yılda %16-42'dir. Kanser ölüm oranı ilk beş yılda %1-2, 10 yılda %2-5 ve 20 yılda %2-15'tir (Aberg et al. 2008). Organ nakli hastalarında, özellikle cilt kanseri ve lenfoma görülme riski yüksektir (Benten ve ark. 2009).

İleri yaş, alkol alımı, HCV ve transplantasyon sonrası geçen zaman malignensi gelişiminde risk faktörleri arasındadır (Lopez ve Martin 2006, Lui ve Thomas 2007). Kanser riskini arttıran durumların KT hastalarında kontrol edilmesi gerekir. KT hastalarının, human herpes virüsü, human papilloma virüsü ve Epstein Bar virüsü kontrollerinin yapılması gerekir. Alkolik karaciğer yetmezliğine bağlı KT uygulanan hastalarda, orofajial tümör görülme oranı daha yüksektir (Lui ve Thomas 2007). Primer sklerozan kolonjitli hastaların kolon kanseri açısından kontrol edilmesi gerekir (McGuire ve ark. 2009). KT hastalarında, kanser erken tanılama önerileri ve korunma önlemleri sağlıklı popülasyon ile aynıdır (Benten ve ark. 2009).

Yukarıda yer alan tüm metabolik hastalıklara ve karaciğer hastalığının tekrar etme durumuna yönelik hemşirelik süreci Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Karaciğer nakli sonrası uzun dönemde görülen sorunların belirti, bulgu, değerlendirme ve hemşirelik yaklaşımları

Belirti ve bulgular	Değerlendirme	Hemşirelik yaklaşımı
Rejeksiyon		
Belirtiler Ateş, sarılık, yorgunluk, sağ üst batında ağrı, bulantı, kusma	Fiziksel değerlendirme Ödem, ciltte ve gözde sarılık, batında ağrı ve asit değerlendirmesi	Hemşire hastayı bu belirti ve bulgular açısından değerlendirmelidir.
Labaratuvar bulguları Karaciğer enzimlerinde, Total Bilirubin, Kan üre düzeyi, Kreatininde yükselme Albuminde düşme	Labaratuvar değerlendirme Karaciğer fonksiyon testleri, albumin, total bilirubin, INR, kreatinin, kan üre düzeyi (BUN), immunosupresif ilaç düzeyi Radyolojik ve girişimsel değerlendirme Karaciğer USG Üst batın bilgisayarlı tomografi-BT ya da manyetik rezonans-MR Karaciğer biyopsisi	Hastanın fiziksel ve labaratuvar değerlendirmesi her kontrolünde yapılmalıdır; kilo takibi, ANTA takibi, cilt ve göz muayenesi, göbek çevresi ölçümü, labaratuvar bulgularının incelenmesi gibi. Hastanın immunosupresif ilaç düzeyi rejeksiyonun önlenmesinde çok önemlidir. Bu nedenle, hemşire her kontrolde hastanın immunosupresif ilaç düzeyini kontrol etmelidir. Hemşire hastaya, immunosupresif ilaç kullanımı ve ilaç düzeyinin incelenmesi ile ilgili gerekli eğitimi vermelidir. Hemşire, düzenli ilaç kullanımı, rejeksiyon belirtileri, dikkat edilmesi gereken özel durum ve konular, kilo takibi, ateş takibi, göbek çevresi ölçümü hakkında bilgi vermelidir.

Enfeksiyon		
<p><i>Akciğer:</i> solunum sıkıntısı, ateş, öksürük, yorgunluk</p> <p><i>Bağırsak:</i> ateş, karın ağrısı, diare</p> <p><i>Karaciğer:</i> yorgunluk, bulantı, kusma, sarılık, sağ üst batında ağrı, laboratuvar bulgularında karaciğer enzimlerinde, bilirubin değerinde yükselme</p> <p><i>Pankreas:</i> bulantı, kusma, kan şekeri düzeyinde dengesizlik</p> <p><i>Kalp:</i> çarpıntı, yorgunluk, solgunluk, aritmi</p> <p><i>Böbrek:</i> sık sık idrara çıkma, dizüri, bulanık idrar, BUN ve kreatininde yükselme</p> <p>Labaratuvar Bulguları Beyaz kan hücrelerinde (WBC)'de yükselme CMV antijeni pozitif, CMV-DNA (PCR Plazma) Pozitif</p>	<p>Fiziksel değerlendirme Hasta belirtiler yönünden fiziksel olarak değerlendirilir.</p> <p>Labaratuvar değerlendirme Lökosit, trombosit, beyaz kan hücresi (WBC), CMV PCR-Polimeraz Chain Reaksiyon, CMV antijeni</p> <p>Radyolojik ve girişimsel değerlendirme Göğüs x-ray, batin BT ya da MR, EKG, bağırsak, pankreas ve karaciğer biyopsisi</p>	<p>Hemşire hasanın her kontrolünde bu belirtiler yönünden hastayı değerlendirmeli, hastanın tam kan sayımı ve gerekli durumlarda CMV-PCR değerlendirilmelidir.</p> <p>KT sonrası ilk 1-4. aylarda rutin olarak CMV antijeni ve CMV-PCR kontrol edilmeli. Bu dönemde hasta ve ailesi asepsis kuralları, beslenmesinde dikkat etmesi gerekenler hakkında bilgilendirilmelidir. Hasta ve ailesine kalabalık ortamlarda bulunulmaması ve riskli kişilerle temastan kaçınılması konusunda bilgi verilmeli. Bağışıklanma konusunda bilgi verilmelidir.</p> <p>Yüksek riskli hastaların rutin kontrolleri daha uzun süre devam etmeli ve antiviral tedavisi daha uzun süre devam edilmelidir.</p> <p>Hastaya aldığı antiviral tedavi hakkında eğitim verilmelidir. Hasta, gansiklovir ya da valgansiklovir kullanıyorsa dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmelidir.</p>
Böbrek fonksiyonlarında bozulma		
<p>Belirtiler Yorgunluk, solukluk, sık sık idrara çıkma, çok az ya da hiç idrara çıkmama, kaşıntı, kilo artışı, ödem olması</p> <p>Labaratuvar bulgusu Hemogloblin ve hematokrit düzeyinde düşme, elektrolit değerlerinde anormallikler BUN ve kreatinin değerlerinde yükselme.</p>	<p>Fiziksel değerlendirme Ödem, kilo kontrolü, yorgunluk, idrar çıkışı ve genel görünümün değerlendirilmesi</p> <p>Laboratuvar değerlendirme Kalsenurin inhibitörleri kan serum düzeyi, BUN, kreatinin, kalsiyum, potasyum, fosfat düzeyi, 24 saatlik idrar değerlendirmesi (kreatinin klerens)</p> <p>Rayolojik ve girişimsel değerlendirme Böbrek ultrasonu, böbrek BT ya da MR, böbrek biyopsisi</p>	<p>Koruyucu olarak hemşire hastanın hipertansiyon ve diabet yönetimi iyi yapılandırılmalı. Hastanın sıvı tüketimi veya sıvı kaybı açısından ANTA takibi yapılmalıdır.</p> <p>Kalsineurin inhibitörleri düzeyinin hastanın her poliklinik kontrolünde kontrol edilmelidir.</p> <p>Böbrek fonksiyon bozukluğu belirti ve bulguları açısından dikkatli olunmalıdır.</p> <p>Hastaya böbrek fonksiyonlarında bozulmaya yönelik koruyucu olarak sıvı tükeminin önemi anlatılmalıdır.</p> <p>Hastada kaşıntı olması durumunda soğuk ve ılık uygulama önerilmeli ve aşırı kaşıntının açık yaralara sebep olabileceği için bundan sakınması ve cildini nemlendirilmesi konusunda bilgilendirilmelidir.</p>
Hipertansiyon		
<p>Belirtiler Baş ağrısı, çarpıntı, gözlerde parlak cisimlerin uçması,</p> <p>Bulgular Kan basıncının >140-90 mmHg olması</p>	<p>Hastanın kan basıncı 10 gün süresince aynı saate en az 15 dakikalık dinlenme sonrası değerlendirilir.</p>	<p>Hemşire, hipertansiyondan korunma önlemleri üzerinde durmalı. Hastaya bu konuda eğitim verilmelidir.</p> <p>Hastanın yaşam şekli, beslenme, egzersiz ve kullandığı ilaçlar değerlendirilmeli.</p> <p>Hipertansiyon tanısı alan hastalara; kan basıncı izlemleri, egzersiz, beslenme konusunda eğitim verilmelidir.</p> <p>Her poliklinik kontrolünde kan basıncı kontrol edilmelidir.</p> <p>Hasta kortikosteroid kullanıyorsa diyeti konusunda hasta mutlaka bilgilendirilmeli ve izlenmelidir.</p>

Diabet		
<p>Hiperglisemi belirtileri: İdrar çıkışında artış, ağızda kuruluk, susama, iştahta artış, yorgunluk</p> <p>Bulgular Kan glikoz seviyesinde artış Hemogloblin A1c'nin yüksek olması</p>	<p>Hiperglisemi belirtileri yönünden hasta değerlendirilir.</p> <p>Kan glikoz seviyesi, HbA1c değerlendirilir.</p> <p>İmmunosupresif ilaç düzeyi değerlendirilir.</p>	<p>Kan glikoz seviyesi, hasta ilaç kullanıyorsa ilaç dozları, hastanın diabet konusunda ki bilgi durumu değerlendirilir.</p> <p>Hasta ilaç ya da insülin kullanıyorsa bu ilaçların kullanımı konusunda hastaya eğitim verilir.</p> <p>Hasta beslenme ve egzersiz konusunda bilgilendirilir.</p> <p>Hasta rutin izlemleri için diabet poliklinğine yönlendirilir.</p>
Hiperlipidemi		
<p>Hiperlipideminin ayırd edici bir belirtisi yoktur. Kontrol edilemeyen hipertansiyon, kardiyovasküler hastalığın varlığı hiperlipidemi ile ilişkili olabilir.</p> <p>Bulgular: Düşük dansiteli lipidin-LDL > 160 mg/dl, Yüksek dansiteli lipidin- < HDL 35 mg/dl Total kolesterolün > 200 mg/dl, Trigliserid > 200 mg/dl olması</p>	<p>Labaratuvar değerlendirmesi: Düşük dansiteli lipit-LDL, yüksek dansiteli lipit-HDL, total kolesterol ve trigliserid değerlerinin kontrol edilmesi.</p>	<p>KT sonrası hastanın kan basıncı, eğer steroid, sirolimus, evirolimus kullanıyorsa her poliklinik kontrolünde lipit paneli kontrol edilmelidir.</p> <p>Uzun dönemde yılda iki defa hastanın lipit paneli kontrol edilmelidir.</p> <p>Hastanın hiperlipidemisi varsa beslenme, egzersiz konusunda eğitimi verilmelidir.</p> <p>Hasta anti-hiperlipidemik ilaç kullanıyorsa ilaç kullanımı hakkında hasta hastaya eğitim verilmeli.</p>
Obezite		
<p>Kilo alımı, Beden kitle indeksinin 30'un üstünde olması.</p>	<p>Kilo kontrolü ve Beden kitle indeksi hesaplaması</p>	<p>Her poliklinik kontrolünde hastanın kilo kontrolü yapılmalıdır.</p> <p>KT sonrası sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü konusunda hastaya eğitim verilmelidir</p> <p>Kilo artışı olan ve beden kitle indeksi 30'un üstünde olan hastalar diyetisyene yönlendirilmeli.</p>
Osteoporoz		
<p>Belirtiler Kemik ağrıları, özellikle kalça ağrıları, tırnaklarda beyaz lekeler, hafif travmalarda kırık oluşumu</p> <p>Bulgular Kan kalsiyum ve fosfor değerlerinin düşük olması DEXA- dual enerji x-ray absorpsiyonu sonucunda, kemik mineral yoğunluğunun -2,5 ve altı olması.</p>	<p>Hasta osteoporoz belirtileri yönünden değerlendirilir.</p> <p>Labaratuvar değerlendirmesi Kan kalsiyum ve fosfor değerleri kontrol edilir</p> <p>Radtolojik değerlendirme DEXA, kemik sintigrafisi</p>	<p>Hasta osteoporoz belirtileri yönünden değerlendirilmelidir.</p> <p>Eğer hastanın KT etyolojisi kolestatik karaciğer hastalığı ve HCC'si varsa yılda bir defa DAXA ya da radyoizotop kemik sintigrafisi yapılmalıdır.</p> <p>Hasta beslenmede kalsiyum alımı, güneşten yararlanma ve egzersiz konusunda bilgilendirilmeli.</p>

Karaciğer hastalığının tekrar etmesi		
<p>Belirtileri: Hastalarda karaciğer hastalığı ve siroz belirtileri görülür.</p> <p>Bulgular: Karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme. Hastalığa özel laboratuvar bulgularında yükselme. Hepatosellüler karsinomunun tekrarlamaşı: Alfa FetaProtein-AFP'de yükselme. Akciğer grafisi, alt ve üst batın MR ya da BT, kemik sintigrafisi sonuçlarında tümör odağı görülmesi.</p>	<p>Hasta siroz belirtileri yönünden değerlendirilir.</p> <p>Labaratuvar bulguları: Karaciğer fonksiyonları gösteren tüm testler yapılır (AST, ALT, GGT, ALP) HBV için: HBs Ag ve HBV DNA HCV için: HCV RNA Primer Bilier Sirozda, Primer Sklerozan Kolonjit ve Otoimmün Karaciğer sirozunda : GGT, Alkalın fosfataz-ALP, Otoantikorlar (Anti Mitokondriyal Antikor-AMA, Anti Nükleer Antikor-ANA, Düz kas antikor-SMA, Karaciğer Böbrek Mikrosomal Antikoru Tip 1-Anti LKM-1). Primer Sklerozan Kolonjit için: Gamma Glutamil Transpeptidaz-GGT, ALP</p> <p>Radyolojik ve girişimsel bulgular: Üst batın BT ya da MR, ERCP, kemik sintigrafisi, Kolonoskopi, Karaciğer biyopsisi</p>	<p>Her kontrolde hasta karaciğer hastalığı belirtilerleri yönünden kontrol edilmelidir. Hastanın rutin olarak primer hastalığının tekrar etme durumuna yönelik laboratuvar bulguları kontrol edilmeli.</p> <p>İlk bir yıl 3 ayda bir Alfa FetaProtein-AFP bakılmalıdır.</p> <p>Yılda bir akciğer grafisi, alt ve üst abdomen MR, kemik sintigrafisi yapılmalı.</p> <p>Hasta karaciğer hastalığı belirti ve semptomlarına yönelik bilgilendirilmelidir.</p>
Malignensi		
<p>Belirtiler: Kanser çeşidine göre farklılık gösterir. Cilt kanserinde: ben sayısında artış, boyutunda genişleme, renginde değişiklik, cilt renginde değişiklikler</p>	<p>Hastanın cildinin yılda bir defa dermatolog tarafından değerlendirilmesi gerekir. Riskli durumlarda biyopsi yapılabilir.</p>	<p>Hastaya cilt kanserinden korunma önlemleri hakkında bilgi verilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Güneş ışığından korunma • Güneş koruyucu, şapka, gözlük kullanma • Cilt kontrolleri <p>Diğer kanserler açısından yıllık kontrollerini yaptırmaları hakkında bilgi verilmeli (kolonoskopi, mammografi, pap-smear, prostat spesifik antijeni –PSA)</p>

(McGuire ve ark. 2009, Benten ve ark. 2009, Cupples, Ohler 2002, Ohler ve Cupples 2008, Smith ve ark. 2006, Müllhaupt ve Smith 2006, Myers ve Martinez 2006)

2.8. Karaciğer Transplantasyonunda Verici

Ülkemizde, organ naklinde canlı ve kadavra verici kullanılmaktadır. Kadavra verici, beyin ölümü olmayan ve kalp atımı olmayan vericilerdir. Canlı vericiler, akraba vericiler, akraba olmayan vericiler, çapraz vericiler ve domino vericilerdir. Ülkemizde kadavradan organ nakli olma oranı gerekenden çok daha az olduğu için canlı verici iyi bir alternatif olmakla birlikte bazı tıbbi ve etik yönden kaygılara yol açmaktadır (Karademir 2006).

Kadavra Verici (Donör)

Ülkemizde beyin ölümü olan vericinde, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun çerçevesinde organ ve doku alınabilmesi için öncelikle dört kişilik hekimler kurulunca (anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, nöroloji uzmanı, beyin cerrahisi uzmanı ve kardiyoloji uzmanı) yoğun bakım şartlarında beyin ölümü teşhisinin konulması gerekmektedir. Kişi sağlığında organ ve doku bağışında bulunduğunu sözlü veya yazılı vasiyetle belirtmemiş, bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatının alınması gerekmektedir. Hasta yakınları tercihli bağışta yapabilmektedir ve tercihli bağış 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinde tanımlanmıştır. Yönetmeliğe göre tercihli bağış, beyin ölümü tanısı konulmuş vercinin, Ulusal Koordinasyon Sistemine en az bir organı bağışlanması halinde, ölenin bekleme listesinde kayıtlı olan eşi ile dördüncü dereceye kadar olan (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısmına bir başka organı için yaptığı bağış olarak tanımlanmıştır.

Kalp atımı olmayan verici ülkemizde geçmiş yıllarda kullanılmıştır ancak şuan bu konu ile ilgili yasal düzenleme olmadığı için kullanılamamaktadır. Kalp atımı olmayan verici kalp ölümü olan verici olarak tanımlanmaktadır. Kalp atımı olmayan verici başta Belçika ve Hollanda olmak üzere birçok Avrupa ülkesi, Amerika ve Avustralya'da kullanılmaktadır. Belçika'da kalp atımı olmayan verici oranı kadavra vericilerin yaklaşık olarak %50'sini oluşturmaktadır (Van Raemdonck ve ark. 2005).

Canlı Verici (Donör)

Canlı vericiden nakil, ilk defa 1989 yılında yapılmıştır. Asya ülkelerinde yaygın olarak kullanılan bir organ kanayığdır. Ancak Avrupa ve ABD de daha az oranda kullanılmaktadır. Canlıdan nakillerde verici için komplikasyon görülme oranları % 9-67 (Pomfret ve ark. 2001) ve mortalite oranları ise %0,05 ile %0,5 arasında değişmektedir (Trotter ve ark. 2006).

Ülkemizde, 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğine göre akraba vericiler; alıcı ile en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşayan eşi ve dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımları olarak tanımlanmıştır. Bu kapsam dışında ki tüm vericiler akraba dışı vericilerdir. Akraba dışı canlıdan organ nakli için Etik Komisyonun mevzuata aykırı bir durum bulunmadığını ve etik açıdan organ bağışının uygunluğunun

onaylanması gerekir. Akraba dışı organ nakli için; alıcının Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemine kaydının yapılması ve nakil için alıcı ve verici için İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla Etik Komisyonuna başvurulması gerekir. Komisyon üye sayısı 2/3 çoğunluğa ulaştığında toplanmakta ve gerekli görüldüğünde verici, alıcı ve akrabaları dinlenmektedir. Etik Komisyon kayıtlarını, Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemine girmektedir. Etik komisyonun aldığı kararlar kesindir ve uygun görülmeyen nakiller yapılamamaktadır. Aynı yönetmelikte çapraz nakil tanımlanmıştır. Çapraz nakil, fizyolojik olarak uygun olamayan canlı vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirme ile yapılan nakil türüdür.

Dominograft, nakil edilmiş bir karaciğerin daha sonra ikinci bir defa nakil edilmesidir. Bu yöntem normalde nakil yapılmayacak olan hastalar ile kısa bekleme zamanı olduğu düşünülen hastalara önerilebilir. Domino karaciğer nakli için ana endikasyonlar alfa 1 antitripsin eksikliği, HCC, HCV ve alkolik karaciğer hastalıklarıdır.

2.9. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyon İmmülojisi, Etkileyen Faktörler ve Fizyopatolojisi

2.9.1. Rejeksiyon İmmunolojisi

Rejeksiyon sürecinin anlaşılmasında bu süreçte etkili olan immun sistem yapısının bilinmesi gerekir. İmmün sistem mikroorganizma ya da bakteri toksinleri gibi kuvvetli kimyasal maddelere karşı vücudun korunma mekanizmasıdır. Doğal ve edinsel olarak ikiye ayrılır. Doğal bağışıklık vücudun antijeni (yabancı maddeyi) doğuştan tanıma yeteneği ve edinsel bağışıklık ise sonradan kazanılmış tanıma yeteneği ile verdiği hızlı ve yıkıcı yanıttır. Her iki bağışıklığı da aktive edici faktör antijendir. Antijenler iki gruba ayrılır. Bunlar yabancı antijenler ve vücudun kendi doku antijenleridir. Yabancı antijenler vücut dışında yer alan bakteri, virüs ve birçok mikroorganizmayı içerir. Transplante edilen doku ve organda organizma tarafından yabancı antijen olarak kabul edilir. Organizmanın kendi doku antijenleri ise, organizmanın kendi içinde yer alan dokulara karşı oluşturduğu immun yanıttır (McCance ve Huether 2006).

2.9.2. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyon Sürecini Etkileyen Faktörler

a) Verici ve alıcı arasında ki genetik farklılıklar:

Rejeksiyon oluşumu etkileyen en önemli faktörlerden birisi transplantasyon tipidir. Burada üzerinde durulması gereken konu grefttir. Greft transplantasyonda nakledilen doku ya da organa verilen addır. Ototograft, izograft, allograft ve xenograft olmak üzere dört çeşit

transplantasyon greft tipi vardır. Günümüzde en fazla uygulanan transplantasyon tipi allogrefttir. Oto greft ve izogreftlerde nakledilen hücreler alıcı ile hemen hemen aynı tip antijenleri taşıdığından rejeksiyon süreci başlamaz ve yeterli kan dolaşımı sağlandığında doku veya organın yaşam şansı çok fazladır. Diğer taraftan allogreftte hemen her zaman immunolojik yanıt oluşur. İmmün yanıtı önleyecek özgün bir tedavi uygulanmadığı sürece nakledilen tüm doku hücreleri ölür (Guyton 2001, Berghe 1999).

b) Verici tipi: KT'de vericinin tipi rejeksiyon sürecini etkileyen faktörler arasındadır. Vericinin canlı ya da kadavra olması immün yanıt oluşumunu etkiler. Verici tipine göre rejeksiyon görülmesinin değişiklik göstermesi KT öncesi kadavra dönörün oksijenlenme durumu ve greftin soğuk iskemisi süresine bağlıdır (Maluf ve ark. 2005).

c) Verici ve alıcı arasında HLA uyumunun olmaması:

Rejeksiyon sürecinde en önemli konu, organizmaya yabancı hücrelerin tanınmasını sağlayan hücre yüzeyinde bulunan proteinlerdir. Bu proteinlere histokompatibilite kompleks (MHC) ve insanda bulunana ise human lokosit antijenidir (HLA) (McCance ve Huether 2005, Cotran ve Robbing 2003, Guyton 2001).

Rejeksiyonun hiperakut, akut ve kronik olmak üzere üç tipi bulunmaktadır.

Hiperakut Rejeksiyon; transplantasyon sırasında dakikalar içinde verici endotel ya da parankimal hücrelerinde ki ABO ve HLA antijenlerine karşı oluşan immün yanıtıdır. Hiperakut rejeksiyon, greft fonksiyonsuzluğuna, portal ya da hepatik vasküler tromboza neden olmaktadır. Hastalarda, hepatik koma, koagülopati, asidoz ve karaciğer enzimlerinde yükselme görülmektedir. Hiperakut akut rejeksiyon durumunda tek tedavi yöntemi retransplantasyondur (Collins ve Desai 2006).

Akut Rejeksiyon; Akut rejeksiyon, organ nakli sonrası ilk altı ay içerisinde görülen rejeksiyon tipidir ve KT sonrası yaklaşık %20-40 arasında görülmektedir (Benten ve ark. 2009). Genellikle KT sonrası ilk haftalarda görülmektedir. KT sonrası uzun dönemde görülme nedeni yetersiz immunosupresyonun olmasıdır. Akut rejeksiyonda, biliyer epitel hücrelerde, portal ve hepatik ven epitel hücrelerinde inflamasyon gelişmektedir. Akut rejeksiyonun, ateş, sarılık, yorgunluk, iştahsızlık, sağ üst batında ağrı gibi özel olmayan belirtileri vardır. Genelde asemptomatiktir ve hastanın rutin kontrollerinde fark edilir. Tedavisinde günlük 500-1000 mg metilprednizol kullanılmaktadır. Hastanın bu tedaviye üç veya beş gün içerisinde yanıt vermesi beklenmektedir. Eğer tedaviye yanıt alınamıyorsa steroid dirençli antitimosit globulin uygulamasını içeren tedavi uygulanmaktadır (Collins ve Desai 2006).

Kronik Rejeksiyon; Kronik rejeksiyon ise organ naklinden altı ay sonra görülen rejeksiyon tipidir ve KT sonrası yaklaşık %10-20 oranında görülmektedir (Uemura ve ark. 2008). Yeterli düzeyde immunosupresif tedavi, akut rejeksiyonların başarılı tedavisi, CMV enfeksiyonundan korunma ve kronik rejeksiyonun önlenmesinde çok önemlidir (Collins ve Desai 2006). Rejeksiyonun kesin tanısının konulmasında karaciğer biyopsisi gerekir (Cotran ve Robbing, 2003, Mitchell ve Sikora 2005). Kronik rejeksiyon, var olan CMV enfeksiyonun tedavisi, kullanılan immunosupresyon dozunun artırılması ve steroid tedavisine başlama ile tedavi edilebilir (Collins ve Desai 2006).

2.9. 3. Karaciğer Transplantasyonunda Rejeksiyonun Önlenmesi

İmmunosupresifler

KT sonrası rejeksiyonun önlenmesi için immunosupresif ilaç kullanılması gerekmektedir. İmmunosupresif ilaçlar immun sistemdeki etki mekanizmasına göre yedi kategoride incelenmektedir. Bunlar; glukokortikosteroidler, kalsinerun inhibitörleri, m-TOR inhibitörleri, antimetabolitler ve nükleid sentez inhibitörleri, poliklonal antikolar, monoklonal antikolar ve immunomodülatörlerdir (Ohler Cupples 2008). Son yıllarda transplantasyon sonrası immunosupresif tedavi protokollerinde çok değişiklikler olduğu görülmektedir. Bu değişiklikler, çoğu zaman çok iyi kanıtlara dayanmaksızın ilaç etkileri ya da toksisite ile ilgili verilere dayanarak yapılabilmektedir. Son yıllarda immunosupresif ilaçlardan siklosporinin kullanımı yerine takrolimusun kullanıldığı, azatoprin yerine MMF (mycophenolate mofetil) 'nin tercih edildiği ve T hücresi antikolarlarının çok nadir kullanıldığı görülmektedir (Perry ve Neuberger, 2005). Günümüzde en fazla kabul gören yöntem, immunosupresif tedavinin etkinliğini artırma, ilaçların yan etkisini azaltma ve uzun süreli kullanımını sağlamak amacıyla immunosupresif ilaçların birlikte kullanımınıdır. En fazla tercih edilen tedavi yöntemi, standart terapi olarak ta bilinen üçlü terapidir (Mitchell ve Sikora 2005, Perry ve Neuberger 2005). Üçlü terapi; Steroid+ Mikofenolat mofetil -MMF + Takrolimus ya da Siklosporini içeren bir tedavi yöntemi olup Dünya'da birçok merkez tarafından tercih edilmektedir. UNOS'un raporunda bu terapinin kullanıldığı hastalarda sağ kalım oranlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda immunosupresif kullanım protokolleri hastalık etyolojisi, alıcıda diabet olması, transplantasyon sonrası geçen zamana göre de değişiklik göstermektedir (Perry ve Neuberger 2005). KT sonrası yaklaşık 3 ay sonra ya da bazı merkezlerde taburculuktan sonra ikili terapi (MMF+takrolimus ya da siklosporin) ve KT'den

altı ay ya da KT etyolojisine göre bir yıl sonra tekli terapiye (sadece takrolimus ya da siklosporin) geçilmektedir.

KT sonrası kullanılan her immunosupressif ilacın, rejeksiyonu önlemeye yönelik etki mekanizması bulunmaktadır. İmmunosupressif tedavisinin yönetimi KT sonrası en önemli hemşirelik yaklaşımıdır. İmmunosupressif tedavinin yönetiminde ilaç dozu ve yan etkilerinin yönetimi önemlidir (Tablo 10).

Tablo 10. İmmunosupressif ilaçların etki mekanizması, yan etkileri ve hemşirelik bakımı

Etki Mekanizması	Doz	Tedavi edici ilaç düzeyi izlemi	Yaygın Yan Etkileri
Kortikosteroid - Prednizolon-<i>Prednol</i>[®], Metilprednizol - <i>Deltakortil</i>[®]			
<ul style="list-style-type: none">○ Lenfolitik özelliği ile lenf nodunda ki lenfoid içeriği ve büyüklüğünü azaltır.○ Hem hücre sel immunitiyi hem de antikor üretimini engeller.○ Supresör ve yardımcı T lenfositlerini lizise uğratar.○ T sitotoksik lenfositlerin çoğalmasını önler○ IL-2 üretimini engeller ve kemotaksisi önleyerek etki eder	<ul style="list-style-type: none">○ Transplantasyon tipi, zamanı, rejeksiyon gelişimi ve ilaç preparatına göre değişir.○ Metilprednizol İntra-operatif aşamada 250-1000 mg düzeyinde verilir.○ Prednol günde 0-10 mg düzeyinde verilir (Ohler ve Cupples, 2008).○ Rejeksiyon tedavisinde önerilen IV bolus 1 gr olarak verilir.	<ul style="list-style-type: none">○ Steroidin ilaç düzeyi izlenmemektedir.○ Ancak hastada oluşan yan etkilerin düzeyine göre doz azaltılmasına gidilebilmektedir.	<ul style="list-style-type: none">○ İştahta artış,○ Kilo artışı,○ Mide yanmaları ya da yaraları,○ Enfeksiyon,○ Duygu durumunda değişme, depresyon,○ Ay dede yüz○ Bufolo sırt,○ Ciltte değişiklikler (akne, lekeleer, yağlanma)○ Kan şekerinde yükselme,○ Uzun süreli kullanımlarda; tansiyonda yükselme, kolesterol düzeyinde yükselme, kaslarda güçsüzlük, kemik erimesi, yara iyileşmesinde gecikme ve kataraktır.
Takrolimus Prograf[®], Advagraf[®] Panalimus[®]			
<ul style="list-style-type: none">○ Kalsineurin aktivasyonu inhibitördür.○ IL-2 üretimini engeller.○ CD4'ün (yardımcı T hücresi) aktifleşmesi engeller.	<ul style="list-style-type: none">○ Günlük doz ikiye bölünerek 12 saatte bir verilir.○ Genellikle günlük dozu 0.10-0.30 mg /kg/gün'dür.○ Yarılanma ömrü 12 saattir	<ul style="list-style-type: none">○ Takrolimus alındıktan 12 saat sonra ilaç düzeyine bakılır.○ Takrolimusun, KT sonrası 0-6 ay arası 7-10 ng/ml, 6 aydan sonra 5-7 ng/ml olması beklenir.	<ul style="list-style-type: none">○ Böbrek fonksiyonlarında bozulma (nefrotoksisite)○ Sinir hücrelerine zarar verme (nörotoksisite).○ Kan şekerinde yükselme, diabet○ Enfeksiyon,○ Hiperkalemi,○ Hipomagnezemi○ Hirsutizm○ Gingival hiperplazi

Siklosporin A - Sandimmune [®] , Neoral [®] , Gengraf [®]			
<p>Kalsineurin aktivasyonu inhibitörüdür. Takrolimustan farklı olarak</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hücre çoğalmasının G₀ ve G₁ fazlarında lenfosit iletimini engeller ○ Aktif T lenfositlerden lenfokin salınımını inhibe eder. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Günlük doz ikiye bölünerek 12 saatte bir verilir. ○ İlaç dozu, siklosporin kan düzeyine göre belirlenir. Genellikle 2-6 mg/kg/gün'lük idame dozuna geçilir. ○ Diğer immunosupresif ilaçlarla birlikte verildiğinde (üçlü terapi gibi) daha düşük dozlarda 3-6 mg/kg) verilir 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Siklosporin alındıktan 12 saat sonra C₀, 2 saat sonra ise C₂ düzeyine bakılır. C₂ düzeyine bakılması önerilir. ○ İlacın plazma kan düzeyi hastanın transplantasyon sonrası hangi dönemde olduğuna bağlı olarak değimekle birlikte genellikle C₂ düzeyinin 800-1200 ng/mL arasında olması beklenir 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Böbrek fonksiyonlarında bozulma (nefrotoksisite) ○ Sinir hücrelerine zarar verme (nörotoksisite) ○ Enfeksiyon, ○ Kan şekerinde yükselme, diabet, ○ Kan basıncında yükselme, ○ Hirsutizm ○ Gingival hiperpilazi ○ Hiperlipidemi, ○ Hiperglisemi, ○ Hiperkalemi, ○ Hipomagnezemi
Sirolimus - Rapamune [®] , Evorilimus - Certican [®]			
<p>Rapamisin inhibitörleri, hücre siklusunu etkileyerek sitokin genlerinin kopyalanması için gerekli olan sinyali kesintiye uğratarak, IL-2, 4 ve 6'nın başlattığı T hücre sentezini inhibe eder</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sirolimusun günlük alım dozu 0.5-5.0 mg/kg/gün'dür. Genellikle günde 2mg alınır. ○ Günde 1 doz alınır. ○ Evorilimus alım dozu 0.75-1.5 mg/kg/gün'dür ○ Everolimus günde iki defa alınır. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sirolimus düzeyinin ilaç alındıktan 22-24 saat içinde yapılması gerekir ve 4-12 ng/ml olması beklenir. ○ Evorilimus için tedavi edici doz aralığının en az 3 ng/ mL en fazla 8 ng/mL olması gerekir. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Yara iyileşmesinde gecikme, ○ Enfeksiyon, ○ Hiperlipidemi, ○ Kan şekerinde yükselme, diabet ○ Kan basıncında yükselme, ○ Hipokalemi, ○ Baş ağrısı, ○ Anemi, ○ Lökopeni ve trombositopeni, ○ Periferik ödem ○ Karaciğer transplantasyonunda erken dönemde hepatik arter trombozu

Azathoprine - <i>Imuran</i> [®] , Mycophenolate Mofetil - <i>Cellcept</i> [®] , <i>Mofecept</i> [®]			
○ Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde etkili olan purin nukleidi sentezini engeller.	○ Günlük doz ikiye bölünerek verilir. ○ Genellikle KT sonrası erken dönemde günde iki defa 1000mg verilir.	Plazmada ilaç düzeyinin izlemi yapılamamaktadır. Genellikle beyaz kan hücreleri ve trombosit düzeyi izlenir	○ Gastrointestinal yan etkiler (bulantı-kusma, abdominal distansiyon ve ağrı, diare) ○ Hematolojik (lökopeni, anemi, trombositopeni) yan etkiler ○ Enfeksiyon
Antitimosit globulin - <i>Atgam</i> [®] , <i>Thymoglobulin</i> [®]			
○ Human timus lenfositidir. ○ T lenfositlere etki eder.	○ Alım dozu, 10-30 mg/kg/gün'dür.	İlaç düzeyi izlemi bulunmamaktadır.	○ Ateş, titreme, ○ Lökopeni ○ Trombositopeni, ○ Nefrit
Mumonab-CD3, <i>Monoklonal antibadi - Orthoclone OKT3</i> [®]			
Sitokin (CD3) ile T lenfosit sayısının önemli derecede düşürür. Ancak birkaç gün içinde sitokin (CD3) ile T lenfosit sayısında tekrar artış olur.	Rejeksiyon tedavisi esnasında 10-14 gün boyunca günlük 5 mg düzeyinde verilir. Günlük maksimum düzey 10-12.5 mg'dır.	OKT3 tedavisi esnasında ve sonrasında düzeyine bakılması gerekir. Genellikle <25-50 cells/mm ³ olması beklenir.	○ OKT3'ün az bir dozunun verilmesi ile birlikte ciddi kardiyopulmoner etkiler olabilmektedir. Sitokin salınım sendromu OKT3'ün en önemli yan etkisidir. Sitokin salınım sendromu ciddi ve bazen ölümcül bir reaksiyondur.
Bacilizumab - <i>Zenapax</i> [®] , Basiliximab - <i>Simulect</i> [®]			
T hücre aktivasyonunu etkilemektedir. Aynı zamanda IL-2'yi inhibe ederek B lenfosit aktivasyonunu önler	Basilizumab: Transplantasyon günü, sonrası 4 gün IV olarak 15-30 dk süresince 20 mg olarak verilir. Daclizumab: 14 gün boyunca IV olarak toplamda beş doz olmak üzere 15-30 dk süresince 1 mg/kg olarak verilir	İlaç düzeyi izlemi bulunmamaktadır.	Basiliximab; karın ağrısı, kusma, titreme ve insomniaya sebep olmaktadır. Akut hipertansif atak, anemi, kandida ve sitomegalovirus enfeksiyonu gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır. Daclizumab: Öksürük, yorgunluk, baş ağrısı, tremor, kusma ve ağrıya sebep olmaktadır. Kanama, hipotansiyon, hipertansiyon, anafilaksi, dispne, ödem, taşikardi, ateş ve enfeksiyon gibi ciddi yan etkileride bulunmaktadır

Kaynak: Ohler ve Cupples 2008, Muir 2006, Perry ve Neuberger 2005, Mitchell ve Sikora 2005, Camara ve ark. 2004, Pirsch ve ark. 2003, Cupples ve Ohler 2003, Kahan ve Camarda 2001.

İmmunosupresif tedaviye yönelik hemşirelik bakımı ilaç yan etkileri izlemi ve yönetimini içermektedir. Tablo 11’de immunosupresif ilaçların neden olduğu yaygın yan etkiler bu yan etkilere yönelik hemşirelik yaklaşımları yer almaktadır.

Tablo 11. İmmunosupresif ilaçlara bağlı gelişen yan etkilere yönelik hemşirelik girişimler

Görülen Yan Etki	Neden Olan İlaçlar	Hemşirelik Girişimi
Sinir hücrelerine zarar verme- Nörotoksisite	Takrolimus Siklosporin	Genellikle ilaç düzeyine bağlı olarak gelişir. <ul style="list-style-type: none"> Sikloporin ve takrolimus kan plazma düzeyi izlenir. Doktor istemine göre ilaç dozu azaltılır. Hasta ellerde titreme ve kaslarda kasılma açısından izlenir İlaç dozu ve ilacın yan etkileri konusunda hasta bilgilendirilir. Bu ilaçlar ile anti-enflamatuar ilaçların birlikte alınmaması sağlanır ve hasta bu konuda bilgilendirilir. Özellikle takrolimusla birlikte greyfurt ve grefyfurt suyu alınmaması konusunda hasta bilgilendirilir. Hastalar, destekleyici tedavi, vitamin ve mineral içeren ilaçları almadan önce transplantasyon ekibine danışması konusunda bilgilendirilir.
Böbrek fonksiyonların da bozulma- Nefrotoksisite	Takrolimus Siklosporin	Genellikle ilaç düzeyine bağlı olarak gelişir. <ul style="list-style-type: none"> Siklosporin ve takrolimus kan plazma düzeyi izlenir. Order edildiği şekilde ilaç dozu azaltılır ya da farklı bir ilaca başlanacaksa bu konuda hastaya bilgi verilir. Serun kreatinin, kan üre nitrojen (BUN) ve potasyum değerleri izlenir Siklosporinin etkisini arttırıcı ve azaltıcı ilaçlara dikkat edilir. Periferik ödem ve kan basıncı izlenir. Hasta ilaç düzeyi izlemi konusunda bilgilendirilir.
Kan basıncında yükselme- Hipertansiyon	Kortikosteroid Siklosporin Daclizumab	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın kan basıncı kontrol edilir. Hasta bu yan etki hakkında bilgilendirilir <p>Gerekli görülürse kan basıncı düşürücü ilaç tedavisine başlanabilir. Hasta yeni ilaç tedavisi konusunda bilgilendirilir.</p>
Hiperglisemi	Kortikosteroid Siklosporin Takrolimus	<ul style="list-style-type: none"> Kan glikoz seviyesi izlenir Order edilen insulin ya da oral diabetik ajanlar hastaya uygulanır. Bu ilaçların kullanımı konusunda hasta bilgilendirilir. Hastada diabet geliştirse hasta endokrine yönlendirilir. Gerek görülürse, hastanın aldığı çıkardığı izlemi yapılır.

Hiperlipidemi	Rapamisin Evorilumus	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta kontrollerinde lipid paneli kontrol edilir. • Hasta kolesterol içeren yiyecekler ve az tüketmesi konusunda bilgilendirilir. <p>Gerekli görülürse hastaya kolesterol düşürücü ilaçlar başlanabilir. Hemşire böyle bir durumda ilaçlar konusunda hastayı bilgilendirilir.</p>
Hiperkalemi	Siklosporin Takrolimus	<ul style="list-style-type: none"> • Özellikle transplantasyonun erken evresinde ortaya çıkabileceğinden plazma potasyum düzeyi izlenir. • Hasta, kaslarda kasılma ya da seğirme, konfüzyon ve çarpıntı gibi hiperkalemi belirtileri yönünden iyi izlenir. • Kan plazma potasyum düzeyi yüksek olan hastaların EKG değerlendirmesi yapılır. • Hastaya anti-potasyum order edilirse hastaya bu ilaç verilir ve ilaç kullanımı hakkında hasta bilgilendirilir. Hasta bu ilacı kullandığı süre boyunca hipokalemi açısından da değerlendirilir. • Yüksek düzey potasyum içeren besinleri almaması konusunda bilgilendirilir ve diyeti düzenlenir (kayısı, muz, domates vb.).
Hipomagnezemi	Siklosporin Takrolimus	<ul style="list-style-type: none"> • Siklosporin veya takrolimus tedavisi alan hastalarda magnezyum düzeyi izlenir. • Magnezyum seviyesi düşen hastalara order edildiği ise magnezyum preparatları verilir. • Bu ilaçları alan hastalara magnezyum içeren yiyecekler konusunda eğitim verilir..
Sodyum ve su tutulumu	Kortikosteroid	<ul style="list-style-type: none"> • Transplantasyon erken evresinde aldığı çıkardığı ve kan basıncı takibi yapılır. • Hastanın ödem kontrolleri yapılır. • Hasta, kortikosteroid kullanımı esnasında sodyumdan fakir beslenmesi konusunda bilgilendirilir. • Hasta böbrek fonksiyonları açısından değerlendirilir.
Gingival Hiperplazi	Kortikosteroid Siklosporin	<ul style="list-style-type: none"> • Her kontrolünde hastanın gingival değerlendirmesi yapılır. • Hasta bu yan etki konusunda bilgilendirilir ve değerlendirilir. • Gingival hiperplazi geliştiyle her altı ayda bir ya da daha sık aralarla diş hekimine gitmesi önerilir. • İyi bir ağız hijyeni hakkında hasta bilgilendirilir <p>Ciddi hiperplazi gelişen hastalarda ilaç dozu azaltma veya değişimine gidilebilir. Böyle bir durumda hasta bu konu hakkında bilgilendirilir.</p>

Hurşitizm	Kortikosteroid Takrolimus Siklosporin	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta bu yan etki konusunda bilgilendirilir. • Çok kıllanma olduğu ve hasta rahatsız olduğu durumlarda tüy dökücülerin kullanılabileceği konusunda hasta bilgilendirilir • Kıllanmdan çok rahatsız olan hastalarda ilaç değişikliğine gidilebilir. Bu dururmda hastaya gerekli bilgilendirme yapılır.
Lökopeni Trombositopeni	Sirolimus Mikofenolat mofetil Azathoprine Antitimosit globulin	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın, lökosit değerlerinin izlenir. Özellikle timoglobulin veya ATG tedavisi esnasında her gün lökosit değerleri izlenir. Gerekli görülürse tedaviye ara verilebilir ya da ilaç dozu azaltılabilir • Hasta enfeksiyon gelişmesi açısından izlenir. Enfeksiyondan korunma yöntemleri konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilir. • Trombositopeni açısından izlenir. Hasta morarma, kanama, gastrointestinal kanamalar açısından izlenir ve hasta bu konuda bilgilendirilir • Gerekli görülürse tedaviye ara verilebilir ya da ilaç dozu azaltılabilir.
Anemi	Mikofenolat mofetil Sirolimus Azathoprine Basiliximab	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın kontrolleri esnasında hemogloblin ve hematokrit değerleri izlenir • Hasta anemi belirtileri açısından bilgilendirilir. • Ciddi anemi durumlarında ilaç dozu azaltılabilir ya da farklı bir ilaç tedavisine geçilebilir hasta bu konuda bilgilendirilir.
Sitokin salınım sendromu	OKT3	<ul style="list-style-type: none"> • OKT3 verilmeden önce sitokin salınım sendromu gelişiminin önlenmesi için, tedaviden 30 dk ya da 1 saat önce premedikasyon yapılması gerekmektedir. Premedikasyonda kullanılan ilaçlar, IV metilprednizol, IV ya da oral dipenhidramin ve oral asetaminofendir. Akut rejeksiyon tedavisinde, 10-14 günlük tedavi süresinde günlük en az 30-60 dk'da gidicek şekilde 2,5-5 mg olarak uygulanmaktadır. Hemşire böyle bu durumda order edilen tedaviyi uygulamalı ve hastanın reaksiyonunu izlemelidir.
Enfeksiyon	Bütün immunosupress if ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaya bakım verilirken asepsiye dikkat edilir. Hasta ve ailesine enfeksiyon belirti ve bulguları ve vücut ısısının ölçümü konusunda eğitim verilir. • Hasta enfeksiyondan korunmaya yönelik, sosyal yaşamında, beslenmesinde ve hijyeninde nelere dikkat edeceği konusunda bilgilendirilir. Her kontrolde hastanın ateş, lökosit hücre sayısı kontrol edilir. • Hasta, her yıl son baharın başlangıcında grip, beş yılda bir pnömokok aşısını yaptırmaması konusunda bilgilendirilir ve izlenir.

Kaynak: Mirchell, Sikora 2005, Ohler ve Cupples 2008, Cupples ve Ohler 2002, Taylor ve Parke 2004.

2.10. Karaciğer Transplantasyonunda Psikososyal Konular

Hasta ve ailesinin psikososyal açıdan değerlendirilmesi transplantasyon öncesi ve sonrası hastanın bakım sürecinde önemli bir konudur. Literatürde psikososyal açıdan iyi olan hasta ve ailelerinin transplantasyon sonrası tıbbi durumunun ve baş etmelerinin daha iyi olduğu vurgulanmaktadır (Kendall, O'Dell 2008, Cupples ve Ohler 2002). Transplantasyon öncesi değerlendirme, Dünya'da birçok ülkede transplantasyonun riskleri ve yararları hakkında bilgileri içeren yapılandırılmış formlarla yapılmaktadır. Transplantasyon sonrası psikososyal değerlendirme ise daha az yapılandırılmıştır. Transplantasyon sonrası değerlendirmede, bakım gereksinimleri ve hastanın uyumuna odaklanılmaktadır (Kendall ve O'Dell 2008).

Transplantasyon hastasının ve ailesinin yaşadığı psikososyal sorunlar transplantasyon dönemlerine göre; transplantasyon öncesi, transplantasyon sonrası akut ve erken dönem olarak incelenebilir (Kendall ve O'Dell 2008). Böbrek transplantasyonu sonrası hastaların yaşadığı psikolojik süreçleri inceleyen bir çalışmada ise bu süreçler farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Bu araştırmaya göre, hastalar transplantasyon sonrası ilk bir yıl alert dönem yaşamakta, ikinci yıl adaptasyon süreci ve ikinci yıldan sonra tekrardan gerileme süreci yaşamaktadır (San-Gregorio ve ark. 2005).

a) Transplantasyon öncesi dönem: Bekleme listesinde hastalar, sağlık sorunları, tükenmişlik, ölüm korkusu, maddi sorunlar, umutsuzluk, uygun organın bulunması için birinin ölmesini bekleme ile ilgili suçluluk duygusu yaşamaktadır. Ayrıca hastaların aile sürecinde olumsuz etkilenmektedir (Kendall ve O'Dell 2008, Cupples ve Ohler 2002). İsveç'te karaciğer transplantasyonu öncesi bekleme listesinde ve KT'den bir yıl sonra hastaların (n:21) baş etme durumlarını inceleyen çalışmada, KT öncesi hastaların hastalıklarının ciddiyeti ile yüzleştikleri bu durumun onlarda anksiyete oluşturduğu belirtilmektedir (Forsberg ve ark. 2000). Bunun yanı sıra Avusturalya'da yapılan niteliksel bir araştırmada KT öncesi hastaların (n: 9) birçok fiziksel (yorgunluk, hastalık semptomları), mental, psikolojik (anksiyete-depresyon, ölüm korkusu, belirsizlik duygu) rahatsızlıklar yaşadıkları ve bu durumun KT sonrası iyileşmeyi etkilediği vurgulanmaktadır (Lumby 1997). İspanya ve İsveç'te yapılan iki çalışmada hastaların yaşadıkları semptomlar, yaşam kalitesi, psikolojik (anksiyete-depresyon) durum ve baş etme durumunun birbirini etkilediği vurgulanmaktadır (Estraviz ve ark. 2007, Goetzman ve ark. 2006). İsviçre'de yapılan aynı çalışmada KT öncesi hastaların sağlıklı topluma göre yaşam kalitesi ve psikolojik durumlarının önemli derecede düşük olduğu ve

hastaların psikososyal desteğe gereksinimleri olduğu vurgulanmıştır (Goetzmann ve ark. 2006). Belle ve arkadaşlarının (1997) İngiltere’de yapmış olduğu bir çalışmada; hastaların KT öncesi konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk, sinirlilik, anksiyete, duygu durumunda bozulma ve depresyon yaşadıkları belirtilmiştir. Ancak KT’den bir yıl sonra yaşadıkları bu semptomlarda anlamlı düzeyde iyileşme olduğu belirtilmiştir.

b) Transplantasyon sonrası akut dönem: Bu dönemde, hasta kompleks, yoğun ve teknolojik bakıma gereksinim duymaktadır. Hastalar bu dönemde insizyon ağrısı yaşamakta, cerrahi komplikasyonların ve ilaçların yan etkisi gibi olumsuz durumlar yaşayabilmektedir (Kendall ve O’Dell 2008). Aynı zamanda bu dönemde hastalar transplantasyonun başarısız olma riskiyle ya da durumuyla karşılaşabilmektedir. Aile üyeleri ise transplantasyon sonrası akut dönemde hastayla daha az zaman geçirmekte ve bakıma destek verememektedir. Hastanın bakımı sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmektedir (Kendall, O’Dell 2008).

c) Transplantasyon sonrası erken dönem: Hastalarda bu dönemde özellikle steroid kullanımına bağlı ruhsal değişiklikler görülebilmektedir. Bu dönemde hasta, hem fiziksel hem de psikososyal adaptasyon geçirmektedir (Kendall ve O’Dell 2008). Psikososyal açıdan, yeni tıbbi tedaviye uyum, beden imajında, aile süreci ve sosyal yaşamda değişikliğin izlemesi gerekir (Kendall, O’Dell 2008). Uzun bir dönemin ardından taburculuktan sonra ev hayatına alışmada hasta hastaneden ayrıldığı için anksiyete yaşamaktadır. Hasta ve ailesi normal hayata geçiş sürecine girmektedir. Hasta transplantasyon öncesi uzun bir dönem kronik hastalıkla baş etme süreci yaşamıştır fakat şuan ömür boyu sürecek olan kontroller ve ilaç yönetimi ile baş etmesi gerekmektedir. Bu dönem, ayrıca rutin kontroller ve transplantasyon ekibine alışılması evresini de içermektedir (Kendall ve O’Dell, 2008). Bu evre hastaların işe geri dönüşlerini de kapsamaktadır. Hastaların işe geri dönüşü iyileştiklerinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hastanın işe başlaması ile aile bütçesine katkıda bulunması da aile süreci açısından önemlidir. Ancak hasta işe geri dönüşü ile ilgili olarak fiziksel yetersizlik, kalabalık ortamlarda bulunma ile ilgili enfeksiyon riski yaşayabilmektedir (Kendall, O’Dell 2008).

Crone ve Wise’nin (1999) yapmış olduğu literatür derlemesinde transplantasyon hastalarının transplantasyon sonrası hem akut hem de erken dönemde yaşadıkları stresörler; ağrı (insizyon), hareketsizlik, mekanik ventilasyon, yoğun bakım ortamı, ilaçların yan etkisi, yeni organla yaşam, rejeksiyon ve enfeksiyon riski olarak sınıflandırılmıştır. Aynı zamanda bu hastaların, yaşadıkları fizyolojik sorunlara bağlı mental durum ve davranışlarda değişiklik

olduğu belirtilmiştir. Bu mental durum ve davranış bozuklukları, anksiyete, depresyon, ajitasyon ve deliryum olarak tanımlanmıştır. KT’de yaşam kalitesini, hastalarda görülebilecek psikolojik, psikososyal ve fiziksel semptomlarla ilişkisini inceleyen Almanya’da yapılmış bir çalışmada; hastalarda (n: 81) transplantasyon sonrası geçen süre ile psikosomatik semptomların görülme durumu ve fiziksel semptomlar incelenmiş, transplantasyon sonrası geçen sürenin yaşam kalitesini olumlu etkilediği vurgulanmıştır. Aynı araştırmada hastaların psikolojik durumunun yaşam kalitesini etkilediği vurgulanmıştır (Walter ve ark. 2002). De Bone ve arkadaşlarının (2000) İtalya’da yapmış olduğu çalışmada, transplantasyon öncesi, sonrası 6, 9, 12, 24, 48, 60 ay geçmiş olan hastaların (n: 142) yaşam kalitesi ve psikolojik durumu incelenmiş ve hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik durumda en fazla iyileşmenin KT sonrası 6. ayda olduğu belirtilmiştir. İngiltere’de yapılan nitel bir çalışmada, akut karaciğer yetmezliği nedeniyle transplantasyon uygulanan hastaların (n:6) yaşam kalitesi incelenmiştir. Bu çalışmada, transplantasyon sonrası erken dönemde ki (ilk yıl) hastaların yorgunluk, laterji, immobilite, kilo kaybı, çaresizlik, enfeksiyon korkusu, yaşam stili ve rollerde değişim yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca geç dönemdeki hastaların (bir yıl ile üç yıl arası) otonomilerini kazandıkları, immunosupresif ilaçlara karşı uyum sağladıkları, kabullenme yaşadıkları ve diğer hastalarla iletişime geçtikleri saptanmıştır (Sargent ve Wainwright 2007). İtalya’da yapılan, KT sonrası yaşam kalitesini inceleyen iki tanımlayıcı çalışmada hastaların (n: 126; n: 30) en fazla anksiyete yaşadıkları gösterilmiştir (Sainz-Barriga ve ark. 2005, Caccamo ve ark. 2001). KT sonrası anksiyetenin uzun süre devam ettiği bu nedenle hastaların psikolojik durumlarının farklı ölçüm araçlarıyla incelenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Caccamo ve ark. 2001). İspanya’da yapılan bir çalışmada KT sonrası hastaların (n: 266) fiziksel sorunlar yaşadıkları ve bu sorunlara bağlı psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Blanch ve ark. 2004).

2.11. Karaciğer Transplantasyonunda Psikososyal Destek

Sosyal ve psikolojik destek transplantasyon önesi ve sonrası hastanın baş etmesini, uyumu ve iyilik halini olumlu etkilemektedir. Literatürde, hastaların yetersiz psikolojik ve sosyal destek aldıkları için yüksek oranda psikiyatrik hastalık yaşadığı belirtilmektedir (Dew ve ark. 2001). Transplantasyon sonrası hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan uyumunu desteklemek için psikososyal açıdan desteklenmesi önerilmektedir. Bu amaçla transplantasyon hastalarında psikososyal destek grup programları uygulanmaktadır. Yapılan destek grupların, deneyim ve düşüncelerin paylaşımı ile hastaların anksiyete ve sosyal

izolasyonlarını azalttığı belirtmektedir. (Baker ve McWilliam 2003). Hasta ve aileleri için transplantasyon sürecinde desteklenmesi, potansiyel stresörlerle başetmesine yardımcı olmakta, yaşam kalitesini arttırmakta ve aile sürecini olumlu etkilenmektedir (Pontillo 2006). Transplantasyon hastalarının psikososyal açıdan desteklenmesi için; uluslararası destek gruplar, destek grup ve eğitici programları uygulanmaktadır.

a) Uluslararası destek gruplar

Transplantasyon hastaları uluslararası organizasyonlarının birçok yerde kendi şubesi vardır. Bu grupta ki gönüllüler transplantasyon öncesi ve sonrasında ki hastalar için hastaneleri ziyaret etmektedir. Bu grup üyeleri düzenli olarak hasta ve aillerinin destek gruplara davet etmektedir. Bu grupta hastalar kendileri gibi organ nakli olmuş hastalarla tanışmakta ve deneyim paylaşmaktadır. Ayrıca bu toplantılarda hastaların eğitimi ile ilgili metaryellerden de faydaniılmaktadır (Kendall ve O'Dell 2008).

b) Destek gruplar

Psikososyal destek gruplar

Psikososyal destek grupları hastaların transplantasyon öncesi ve sonrasında baş etme ve hastanın fonksiyonelliği için çok önemlidir. Hastaların psikolojik destek gereksinimleri de karşılanmaya çalışılmaktadır. Bunun için hastalar destek gereksinimleri, destek verecek olanların listesi, sağlık personellerinin rolleri, hastalar arasında destek sağlama durumu değerlendirilmektedir. Uluslararası destek gruplar, birçok ülkede bu görevi yürütmeye çalışmaktadır. Ayrıca hastanelerde gönüllülerle yapılan destek gruplar, hasta ve ailelerinin katıldığı düzenli toplantılar ve hastaların bir birine yardım etmek için düzenlenen toplantılar buna bir örnektir (Kendall ve O'Dell 2008).

Destek gruplar

Destek grup, bireyin gereksinimlerini gidermede önemli bir araçtır. Destek grup çalışmalarında, paylaşımın olabilmesi için hastaların benzer sorunlar yaşamaları önemlidir (Aktaş, 1997). Destek grup, güvenli bir ortamda bireylerin bilgi, deneyim ve sorunlarını paylaşmasını, benzer hastalığa sahip kişilerden destek alınmasını sağlamaktadır (Yalom 1992, Aktaş 1997). Destek grupta, grubun devamlılığını sağlamada, bilgi edinme, sevilen bir ortamda karşılıklı etkileşimde ve paylaşımında bulunma gibi ödüllendirilmelerin önemli bir yeri vardır (Aktaş 1997). Destek grupların temel amacı bilgilendirme, duyguların ifade edilmesi ve psikososyal destek sağlamaktır. Destek grup oluşturmada ki diğer amaçlar ise, hastalık veya yetersizliğin üstesinden gelmede ve yüzleşmede, stresi azaltmada akran desteği sağlamak,

sosyal yaşamda, sağlık durumundaki değişikliğe uyumda temel bilgi ve becerileri kazandırmak, hasta ve ailesinin yaşadığı krizlere yardımcı olmaktır (Yalom 1992). Destek gruplar, hastaların karşılanmamış gereksinimlerine odaklanmalıdır (Aktaş 1997). Destek gruplar; profesyoneller (hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı v.b.) ve akran liderler (self help) tarafından yönlendirilen ve online olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Destek grupların hastaların bilgisini artırma, yaşam kalitesini yükseltme, fiziksel ve psikososyal semptomları azaltma (ağrı, yorgunluk, anksiyete, yalnızlık vb) ve baş etmeyi geliştirme gibi etkileri vardır (Yalom, 1992). Birçok transplantasyon merkezinin hastaların gereksinimlerinin görüşüldüğü destek gruplar bulunmaktadır. Örneğin Toronto General Hospital’ da akciğer transplantasyonu bekleyen hasta ve yakınlarıyla haftalık olarak “Akciğer Destek ve Eğitim Grubu” bulunmaktadır. Bu destek gruplar, transplantasyon sonrası ilk üç ayda devam etmektedir. Bu toplantılar planlı bir konuşma ve tartışma şeklinde yürütülmektedir. Akciğer transplantasyon merkezinin tüm üyeleri rotasyonlu olarak hasta eğitimi ve bilgi vermek için toplantılara katılmaktadır. Destek grupların, transplantasyon eğitimi ve transplantasyon için psikolojik hazırlıktan daha etkili olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca hastalara yoğun bakım ünitesinde stres yönetimini sağlamak için destek sağlamaktadır (Kendall ve O’Dell 2008). Aynı merkezde Moloney ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada, akciğer transplantasyonu sonrası hasta (n: 22) ve hastayı destekleyen kişilerin (n: 16) bilgi ve destek gereksinimlerini niteliksel olarak incelenmiş; hasta ve destekleyen kişilerin kullandıkları bilgi kaynakları ve grup öğrenmesinde destek grupların üçüncü sırada olduğu belirtilmiştir. Akut karaciğer yetmezliği sonrası KT olan hastaların yaşam kalitesini inceleyen nitel bir çalışmada hastaların (n:6) diğer hastalar ile iletişim kurmak istedikleri, bu durumun yardım gereksinimlerini karşılamada yararlı olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, destek gruba katılan bir hastanın durumuyla baş etmede destek grubun etkili olduğunu ifade ettiği belirtilmiştir (Sargent ve Wainwright 2006). Avustralya, Melbourne Alfred Hastanesinde karaciğer bekleme listesinde ki hastalarla aylık destek grup toplantıları yapılmaktadır. Bu toplantıların tarihi ve konuları her yılın başlangıcında belirlenmekte ve tüm bekleme listesinde ki hastalara duyurulmaktadır. Her ay hastalarla bu toplantılar yürütülmektedir, destek grup toplantısı konusuna göre toplantı başkanı değişmektedir. Aynı merkezde karaciğer transplantasyonu sonrası sadece yaşanan sorunların paylaşılması için üç ayda bir destek grup toplantıları yapılmaktadır.

Avustralya Sidney Royal Prince Alfred Hastanesinde, karaciğer bekleme listesinde ki hastalarla sadece bilgilendirme amacıyla üç ayda bir tüm karaciğer transplantasyonu ekip üyelerinin bulunduğu toplantılar düzenlenmektedir. Aynı merkezde karaciğer transplantasyonu sonrası eşi KT hastası olan bir psikolog tarafından çeşitli sosyal ortamlarda akşam yemekleri şeklinde sosyal toplantılar düzenlenmektedir. California San Francisco Üniversitesinde karaciğer nakli öncesi ve sonrası hasta ve ailelerinin fiziksel ve psikolojik uyumlarına destek sağlamak için haftalık (her salı günü) bir saatlik destek grup toplantıları düzenlenmektedir (http://www.ucsfhealth.org/support_groups/organ_transplant/index.html). Cleveland Klinik'te tüm organ nakli hastaları ve aileri için bekleme listesinde ki sorunlarla ve organ nakli sonrası yeni yaşama uyumu desteklemek için aylık toplantılar düzenlenmektedir. (<http://my.clevelandclinic.org/transplant/patients/support.aspx>). İngiltere'de St. James Üniversitesi Hastanesinde karaciğer transplantasyonu öncesi ve sonrası hastaların sosyal bir ortamda deneyimlerini paylaştığı destek grup toplantıları düzenlenmektedir. (<http://www.stjameslts.org/>).

Dünya'nın birçok yerinde bir birinden farklı birçok destek grup toplantıları düzenlenmektedir. Ancak bu destek gruplarının KT hastalarının yaşam kalitesi, yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunlara etkisini inceleyen çalışmalara ulaşamamıştır. Ülkemizde, herhangi bir transplantasyon merkezinde transplantasyon öncesi ve sonrası hastaları desteklemek amacıyla destek grup toplantıları düzenlenmemektedir. Sadece geçmiş yıllarda böbrek transplantasyon sonrası psikolojik destek sağlamak için klinik psikolog yönetiminde aylık destek gruplar düzenlenmekteydi.

c) Eğitici Programlar (Mentoring Programs)

Bazı merkezlerde eğitici programları uygulanmaktadır. Bu programlarda ana amaçlar; hastalara psikolojik ve sosyal destek sağlama, transplantasyon sürecinin anlaşılması için eğitim vermedir. Transplantasyon öncesi hastaların baş etmelerini geliştirme, uyumsuz davranışlarını azaltma önemlidir. Bir çok transplantasyon merkezi, eğitici programları uygulamaktadır. Bu program formal ya da informal olarak yönetilebilmektedir (Kendall ve O'Dell 2008).

Hasta eğitimi ile ilgili bilinmesi gereken önemli noktalar vardır. Bunlar, eğitimin hastanın ilgisini çekmesi gerektiği, her hasta ve ailesinin farklı gereksinimleri olduğu, eğitimin hastaların sorularını yanıtlayacak şekilde düzenlenmesi, hastaların nörofizyolojik ve

psikososyal değerlendirmenin önemli olduğu ve ekip üyeleri ile hasta arasında ki ilişkinin önemli olduğudur (Kendall ve O'Dell 2008).

Transplantasyon hastasının eğitimi

KT hastalarının eğitimi, sosyal ve tıbbi uyumu açısından önemli bir konudur. Hastaların yeni yaşamlarına uyum sürecinde bilmesi gereken birçok konu bulunmaktadır. Bu bilinmezlik içerisinde hastanın eğitimi önemli bir konudur.

Transplantasyon hastalarının eğitiminin aşağıda yer alan başlıklar göz önüne alınarak yapılması önemlidir.

T (Teaching tools) Eğitim araçları: Hastanın anlayabileceği basit ve temel eğitim-öğretim araçları kullanılmalıdır (hasta eğitim kitapçığı vb.)

R (Records) Kayıt: Hastanın kullanacağı ilaçların listesi hastaya yazılı olarak verilmelidir (ilaç kartı ve listesi gibi)

A (Assess) Değerlendirme: Hastanın bilgi düzeyinin değerlendirilmesi gerekir.

N (Noncompliance issues) Zorluk: Hastanın anlamasını engelleyen durumlar değerlendirilmeli.

S (Support systems) Destek sistemleri: Eğitim sürecine hastanın ailesi ve bakım verenlerinde katılması sağlanmalı.

P (Prescription plans) İlaç reçetesi planı: Hastalar, ilaçların yararları ve alternatifleri konusunda bilgilendirilmeli.

L (Labeling) Etiketleme: İlacın özellikle görme sorunu olan hastalar için fark edilir şekilde işaretlenmesi gerekir.

A (Analysis of patient education) Hasta eğitimini kontrol etme: hastaya verilen eğitimin hasta tarafından anlaşıldığının kontrol edilmelidir.

N (Numbers) Numaralar: Hastanın ulaşabileceği ve ilaçları konusunda bilgilendirilebileceği telefon numaralarının verilmesi ve hastaya ulaşılacak hasta ve aile üyelerinin telefon numaralarının alınması gerekir.

T (Teach, teach, teach) Eğitim: Hasta ve aile üyelerine ilaçlar konusunda tekrar tekrar eğitim verilmelidir (Cupples ve Ohler 2002, Ford ve John 2008).

Hasta eğitiminin üç temel amacı;

1. Transplantasyon alıcısının transplantasyon öncesi değerlendirme sürecini anlamasını sağlamak.
2. Transplantasyonun yarar ve risklerini anlamasını sağlamak.


3. Transplantasyon sürecini anlamasını sağlamak (Ford ve John 2008).

Transplantasyon hastasının eğitiminin ana konuları Tablo 12’de ve örnek hasta ilaç kartı Tablo 13’de yer almaktadır.

Tablo 12. Transplantasyon hastasının ana eğitim konuları

Konu Başlıkları	Eğitim Amacı
Değerlendirme süreci <ul style="list-style-type: none"> - Testler - Konsültasyonlar - Kan çalışmaları 	Transplantasyon hastasının değerlendirme sürecinin gerekliliğini anlamak
Organa özel durum <ul style="list-style-type: none"> - Cerrahi süreç ve hastanede kalma - Transplantasyon sonrası ilaç tedavisi (anti rejeksiyon ve anti-enfektif ilaçlar) - Transplantasyon sonrası komplikasyonlar (enfeksiyon, rejeksiyon, malignensi) - Transplantasyon sonrası yaşam kalitesi 	Transplantasyonun yararı ve risklerini anlama
Yeni organı bekleme (bekleme sürecinde sağlık durumu, diyet, egzersiz, transplantasyon merkezini arama zamanı) <ul style="list-style-type: none"> - Organ koordinasyon merkezleri - Transplantasyon merkezinde kontroller (KT öncesi ve sonrası) 	Transplantasyon sürecini anlamayı sağlama

Tablo 13. Örnek hasta ilaç kartı

Alınacak ilaçlar	İlacın görevi	Alınma zamanı			
		06	10	14	22
	Prograf® (Tacrolimus) 1 mg Kapsül) Karaciğerin reddedilmesi önlemek		2 Kapsül		2 Kapsül
	CellCept® (Mycophenolate mofetil) 500mg Tablet Karaciğerin reddedilmesini önlemek		1 Tablet		1 Tablet
	Deltacortril® 5mg Tablet Karaciğerin reddedilmesini önlemek		1 Tablet		1 Tablet

KT hastalarına destek grup ve eğitim programları literatür incelemesi

Organ nakli hastalarında, destek grup ve eğitim programı girişiminin etkinliğinin değerlendirildiği araştırmalar Tablo 14’de verilmiştir. Ülkemizde organ nakli hastalarında

destek grup girişiminin uygulandığı her hangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Aynı zamanda ülkemizde tüm organ nakli hastalarının yaşadıkları sorunlarını ve yaşam kalitesini azaltmaya yönelik bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Tablo 14. Dünya’da Organ Nakli Hastalarında Uygulanan Destek Grup, Farklı Grup Girişimleri ve Eğitim Programlarını Etkisini İnceleyen Araştırmalar

Kaynak ve ülke	Amaç	Araştırma Dizaynı	Örneklem	Girişim	Değerlendirme araçları	Araştırma Sonucu
Keidar ve ark. 2001a <u>İsrail</u>	Biyopsikososyal girişim içeren destek grup toplantılarının karaciğer, böbrek ve pankreas transplantasyonu hastalarının baş etme ve iyileşme durumuna etkisini incelemek.	Tek grup karşılaştırmalı girişimsel bir araştırma. Değerlendirme grup öncesi ve sonrası yapılmıştır.	Karaciğer, böbrek ve pankreas transplantasyonu hastaları oluşturmuştur. Örneklem sayısı belirtilmemiştir.	Haftada bir-iki saatlik destek grup toplantıları düzenlenmiş. Toplantılar, sosyal hizmet uzmanı ve hemşire tarafından yönetilmiştir. Gruplar, transplantasyon sonrası geçen süre ve sosyo-demografik özellikler açısından heterojendir. Oturum konuları; tıbbi durum, ilaçlar ve tedavinin yan etkileri, iyileşme süreci, uyum ve sosyal durum, transplantasyon sonrası emosyonel ve psikososyal reaksiyonlardır.	Herhangi bir ölçüm aracı kullanılmamıştır. Hastalar dört gruba ayrılmıştır. 1.grup: hafif reaksiyon-rejeksiyon korkusu 2.grup: orta derecede reaksiyon-hastaneye yatışla ilgili anksiyete, cinsel fonksiyon bozukluğu, yalnızlık 3.grup: ciddi reaksiyon - özsaygıda azalma, intihar girişimi 4.grup: çok ciddi reaksiyon - kontrol kaybı yaşayan hastalardır.	Gruba katılan hastaların grup sonrası hafif ve orta derecede reaksiyon gösteren hasta grubunda olduğu belirtilmiştir. Grup öncesi ve sonrası karşılaştırılma yapılmamış ve bununla ilgili bir analiz verilmemiştir.

Keidar ve ark 2001b <u>İsrail</u>	Organ nakli hastaları ve aileleri için heterojen destek grubun etkisini incelemek. Destek grubun amacı, hasta ve ailelerinin tıbbi, bakım ve sosyal açıdan başatma becerilerini geliştirmek.	Tek grup karşılaştırmalı girişimsel bir araştırma. Değerlendirme girişim öncesi ve sonrası yapılmıştır.	Böbrek, böbrek-pankreas ve karaciğer transplantasyonu hastaları ve aileleri örnekleme oluşturmuştur. N: 120	Toplantılar haftada bir kez 90 dakika olarak düzenlenmiş (8-20 katılımcı). Her toplantının farklı bir konusu bulunmaktadır Her toplantı konusunun tartışılması ve transplantasyon ile ilgili duyguların paylaşımı olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir.	Herhangi bir öçüm aracı kullanılmamıştır. Hastaların grup sonrasında psikososyal durumu değerlendirilmiştir.	Destek grubu toplantılarının, hasta ve ailelerinin yalnızlık gibi negatif duygularında azalma, baş etme becerileri ve aile ilişkilerinde gelişme sağladığı belirtilmiştir.
Wilkins ve ark. 2003 <u>Amerika</u>	Eğitim ve özel psikososyal desteğin, böbrek transplantasyonu hastalarında transplantasyondan 36 ay sonra normal yaşama geri dönüş etkisini incelemek.	1 yıllık kesitsel bir araştırma. Değerlendirme, transplantasyon öncesi ve sonrası olarak karşılaştırılmalı olarak yapılmıştır.	Böbrek transplantasyonu sonrası 36 ay geçmiş olan hastalar örnekleme oluşturmuştur N: 51	Hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmiştir. Eğitim konuları; ekip üyelerinin görevleri, transplantasyon ile ilgili genel bilgiler, transplantasyon tipleri, verici ve transplantasyon adayının nitelikleri, cerrahi süreç, ilaç yan etkileri, hastanede kalış süresidir.	Araştırmanın değişkenleri; işe geri dönüş ve ücretsiz sağlık sigortasından yararlanmama durumudur. Hastaların işe geri dönüşleri ve sağlık sigortası durumu ile ilgili soruları içeren 12 maddelik bir anket formu kullanılmıştır.	Transplantasyon öncesinde hastaların %44'ü, sonrası ise hastaların %62'sinde fiziksel yetersizlik olmadığı ve işe devam ettikleri belirtilmiştir. Transplantasyon öncesi hastaların %23'ünün sağlık giderleri devlet tarafından karşılanırken sonrası bu oran %11 olarak belirtilmiştir.

Sharif ve ark. 2005 <u>İran</u>	Psikoeğitim girişiminin karaciğer transplantasyonu öncesi kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi	Deney ve kontrol grubu karşılaştırılmalı, girişimsel ve uzunlamasına bir araştırma. Değerlendirme grup öncesi, sonrası ve üçüncü ayda yapılmıştır.	Karaciğer bekleme listesinde olan ve kronik karaciğer yetmezliği olan hastalar örnekleme oluşturmuştur. Psikoeğitim grubu (deney grubu: 55, Psiko-eğitim uygulanmayan grup: 55.	Piskoeğitim grubu: Toplamda 4 eğitim oturumu ve 5 hasta grubu ile yürütülmüştür. Gruplar 11 kişi içermekte, toplantı konuları; kronik hastalıkla başetme stratejileri, relaksasyon, egzersiz, diyet, beslenme ve ilaçlar.	Demografik ve genel bilgiler soru formu Kronik karaciğer hastalığı yaşam kalitesi ölçeği (Chronic Liver Diseases Quality of Life)	Psikoeğitim grubunda yer alan hastaların kontrol grubunda ki hastalara göre yaşam kalitesinin; abdominal semptomlar, aktivite, emosyonel fonksiyon, endişe ve sistematik semptomlar alt boyutlarında ileri derecede iyileşme olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, eğitim sonrası birinci günde eğitim uygulanan grubun yorgunluk ve emosyonel durumunun daha iyi olduğu fakat üçüncü ayda bu boyutlarda iki grup arasında fark olmadığı vurgulanmıştır.
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gentry ve ark. 2009 <u>Amerika</u>	Fitness destek grubun yetişkin organ transplantasyonu hastalarında öz yönetim, öz yeterlilik ve sağlık sonuçlarına etkisini incelemek.	Kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma.	Transplantasyon sonrası en az altı hafta geçmiş olan karaciğer (N:13) ve kalp transplantasyonu (N:7) hastaları oluşturmaktadır.	Fitness destek grup uygulanmıştır.	Öz yönetimi değerlendirmek için: Adapted Illnes Instrusivenes Rating, Communication with Physicians, Exersice Behaviors Öz yeterlilik için: Self-Efficacy for Management Chronic Disease Sağlık durumu için: Health Care Utilization, Health Distress, Self Rated Health	Fitness odaklı destek grubun hastalık yönetimi, pozitif sağlık sonuçlarında öz yönetim davranışlarını geliştirdiği belirtilmiştir. Bu girişimin organ nakli sonrası sağlık sonuçlarını iyileştirmede maliyet etkili olabileceği vurgulanmıştır.
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Gross ve ark. 2004: <u>Amerika</u></p>	<p>Solid organ (böbrek, akciğer, pankreas) transplantasyonu sonrası Stres Azaltma (Mindfulness-Based Stres Reduction-MBSR) girişiminin depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları semptomlarını azaltma ve yaşam kalitesini yükselmeye etkisini incelemek.</p>	<p>Tek grup karşılaştırmalı uzunlamasına bir araştırma. İzlemler girişim öncesi, sonrası ve 3. Ayda gerçekleştirilmiştir</p>	<p>Transplantasyon sonrası en az altı ay geçmiş olan böbrek, akciğer ve pankreas transplantasyonu hastaları oluşturmuştur. (N: 20).</p>	<p>Girişim olarak MBSR uygulanmıştır. Bu girişim 8 haftalık, haftada 2,5 saatlik oturumları içermektedir. Oturum konuları; stres azaltma, bilişsel ve fiziksel sağlık, meditasyon tekniklerini içermektedir (yoga, nefes egzersizleri, postür vb). Girişimde, yoga, ev işleri, ev ödevleri ve yapılan işlerin kaydı yer almaktadır. Hastalar günlük yaptıkları aktiviteleri ve meditasyon teknikleri ile ilgili kayıt tutmaktadır. Haftada 5 gün 45 dakika (toplama 225 saat) egzersiz yapılması hedeflenmektedir.</p>	<p>Araştırmanın ana değişkenleri; depresyon semptomları: The Center for Epidemiological Studies Depression, Anksiyete: The State Trait Anxiety Inventory, Uyku kalitesi: The Pittsburg Sleep Quality Index, İkincil değişkenler; Yaşam kalitesi: SF-12, Visual yaşam kalitesi ölçeği-Helath and Quality of Life Visual Analogue Scale, Uyum: Morisky's Medication Taking Behavior Scale</p>	<p>Girişimin sonunda 19 hastanın toplantılara katıldığı, girişim öncesine göre girişim sonrası uyku bozuklukları ve depresyon semptomlarında azalma olduğu belirtilmiştir. Girişimin üçüncü ayında uyku bozuklukları ve anksiyete semptomlarında azalma olduğu belirtilmiştir. SF-12 yaşam kalitesi mental sağlık değerinde girişim sonrası ve üçüncü ayda anlamlı bir iyileşme olduğu belirtilmiştir. Fiziksel sağlık değerinde bir artış olmasına rağmen anlamlı düzeyde olmadığı belirtilmiştir. VAS'a göre yaşam kalitesi düzeyinde anlamlı bir artış olmadığı belirtilmiştir. .</p>
-------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gross ve 2009 <u>Amerika</u>	MBSR programının transplantasyon sonrası depresyon, anksiyete ve insomniayı etkileme durumunu inceleyen araştırmanın gerekçe ve dizaynı açıklanmıştır	Randomize kontrollü bir araştırma. İzlemler girişim öncesi, girişimden 6 ay ve 1 yıl sonra gerçekleştirilmiştir .	Transplantasyon dan sonra en az altı ay geçmiş olan böbrek, böbrek/pankreas , pankreas, karaciğer, akciğer, kalp, kalp/akciğer transplantasyonu hastaları üç gruba ayrılmıştır. 1.MBSR grubu, N: 55, 2.Sağlık eğitim grubu, N: 52 3.Kontrol grubu, N: 43	MBSR eğitimi içeriği yukarıda açıklandığı gibidir. Sağlık eğitiminde 6 hafta, haftalık 2,5 saatlik toplantılar yapılmıştır. Toplantılarda genel kronik hastalıkta öz yönetim becerileri konuları, problem çözme ve iletişim becerileri yer almaktadır. Sadece iki toplantıda transplantasyon sonrası yolculuk ve komplikasyonlar tartışılmıştır.	Primer değişkenler: Anksiyete: The State Trait Anxiety Inventory Depresyon semptomları: The Center for Epidemiological Studies Depression Uyku kalitesi: The Pittsburg Sleep Quality Index Sekonder değişkenler: Uyku ve uyanıklığı değerlendiren aktigrafi, Yaşam kalitesi:SF-12 ve EQ- 5D	Araştırmanın örnekleme %80 güçle ve 0.54 etki büyüklüğünde her grup için 64 olarak bulunduğu açıklanmıştır. Araştırmada iki randomizasyon yapıldığı belirtilmektedir. Birinci randomizasyonun hastaları MBSR, sağlık eğitimi ve kontrol grubu olarak üç gruba ayrmak, ikinci randomizasyonla kontrol grubunda ki hastaları MBSR ve sağlık eğitimi grubu olarak iki gruba ayrmak için kullanılmıştır. İkinci randomizasyonun yapılmasının, araştırmanın niteliği açısından önemli olduğu belirtilmiştir.
------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Gross ve ark. 2010: <u>Amerika</u></p>	<p>MBSR programının transplantasyon sonrası depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları semptomlarında azalma, yaşam kalitesinde yükselmeye etkisinin incelenmesi.</p>	<p>Randomize kontrollü bir araştırma. İzlemler girişim öncesi, girişimden 6 ay ve 1 yıl sonra gerçekleştirilmiştir</p>	<p>Örnekleme, Gross ve 2009 <u>Amerika</u> çalışmasında yer aldığı gibidir.</p>	<p>Girişim yukarıda yer aldığı gibidir.</p>	<p>Primer değişkenler: Anksiyete: The State Trait Anxiety Inventory Depresyon: The Center for Epidemiological Studies Depression Scale Uyku: Teh Pittsburg Sleep Quality Index. SF-12,SF-36'nın ağrı ve yaşamsallık alt boyutu, VAS.</p>	<p>Sekizinci haftada, MBSR girişiminin anksiyete ve uyku bozuklukları semptomlarını eğitim grubuna göre anlamlı düzeyde düşürdüğü ve birinci yılda da bu etkinin devam ettiği belirtilmiştir. Depresyon düzeyini düşürmede MBSR ve eğitim grubu arasında fark olmadığı, yaşam kalitesini yükseltmede MBSR ve eğitim grubunun etkili olduğu ancak iki grup arasında fark olmadığı belirtilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, MBSR'nin anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları semptomlarını azaltma ve yaşam kalitesi mental sağlık değeri ve yaşamsallık boyutunu yükseltmede etkili olduğu açıklanmıştır.</p>
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ginneken ve ark. 2011 <u>İngiltere</u>	Yorgunluk azaltıcı fiziksel rehabilitasyon programının karaciğer transplantasyonu hastalarında günlük fonksiyon, katılım, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini incelenmek.	Randomize kontrollü olmayan girişimsel araştırma. Değerlendirmeler girişimden bir hafta önce ve sonra yapılmıştır.	KT sonrası en az bir yıl geçmiş, yorgunluk şiddeti skoru (The Fatigue Severity Scale) > 4 olan KT hastaları örnekleme oluşturmaktadır N: 17	Fiziksel rehabilitasyon programı uygulanmıştır. Bu program 8 hafta süresince haftada iki kez bir saat egzersiz seanslarını (aerobik ve güçlü egzersiz alıştırmaları) içermektedir. Birinci, 4., 8. ve 12. haftalarda dört günlük aktivite danışmanlık seansları verildiği belirtilmiştir.	Günlük fonksiyonlar, Hastalık Etkisi Profili-68: The Sickness Impact Profile-68, Katılım ve otonomi: katılım ve otonomi ölçeği: The Participation and Autonomy Yaşam kalitesi: SF-36 Anksiyete ve depresyon: Hastana anksiyete ve depresyon ölçeği ile değerlendirilmiş.	Fiziksel rehabilitasyon sonrası, günlük fonksiyonlarında, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve yaşamsallık boyutunda anlamlı düzeyde iyileşme olduğu belirtilmiştir. Otonomide anlamlı düzeyde, aile rolleri ve sosyal ilişkilerde düşük düzeyde (p: 0.10) iyileşme sağladığı belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyon düzeylerinde girişim öncesine göre fark olmadığı bulunmuştur.
----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Krasnoff ve ark. 2006 Amerika</p>	<p>KT sonrası egzersiz ve diet danışmanlığının Egzersiz kapasitesi, kas gücü, vücut kompozisyonu, beslenme ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi.</p>	<p>Prospectif olarak KT sonrası 2, 6 ve 12. Aylarda hastalar değerlendirilmiştir. Hastalar egzersiz- diet ve genel bakım grubu olarak ikiye ayrılmıştır.</p>	<p>KT sonrası 2 ay geçen poliklinikte izlenen, ortopedik, nörolojik psikiyatrik ve egzersiz testini geçen hastalar oluşturmuştur (N: 65, tamamlayan 49). Kontrol grubunu rutin bakımı alana genel bakım grubu oluşturmuştur (N: 86, tamamlayan: 70).</p>	<p>Hastaya özel evde egzersiz ve beslenme programı, fizyoterapisti ve diyetisyen tarafından hazırlanmıştır. Her hasta için danışmanlık iki saat sürmüştür. Hastaların programa uyumu her ay telefon, posta, e-posta ve/veya klinik ziyaretlerde izlenmiştir. Egzersiz programı ABD Cerrahlar Egzersiz ve Sağlık Raporuna göre hazırlanmış ve kardiyovasküler egzersiz programına göre yapılandırılmıştır. Diet: Ulusal Kolesterol Eğitim Programına göre hazırlanmıştır ve programa vücut ağırlığına göre kalori alımı eklenmiştir.</p>	<p>Egzersiz kapasitesi, Kas gücü, Vücut kompozisyonu: kemik dansitesi, vücut kitlesi, yağ kitlesi, yağ oranı Yaşam kalitesi: SF-36 Beslenme: The Block 95 Full-Lenght Dietary Questionnaire Programa Uyum: 10 aylık egzersiz ve diet programına uyum aylık izlemde hastaların egzersiz programı ve üç günlük diyet programlarına göre değerlendirilmiştir.</p>	<p>Egzersiz ve diet programına katılan hastaların egzersiz kapasitesinin genel bakım hastalarına göre istatistiksel olarak daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu farkın altıncı ayda olduğu belirtilmiştir. Kas gücü ve vücut kompozisyonu açısından iki grupta da ilk ölçümlere göre fark geliştiği ancak iki grup arasında fark olmadığı bulunmuştur. Beslenmede kalori alımı açısından altıncı ayda egzersiz ve diyet grubunun karbonhidrattan daha fazla ve yağdan daha az kalori aldığı belirtilmiştir. Yaşam kalitesinde sadece egzersiz ve diet grubunun genel sağlık boyutunun genel bakım grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur.</p>
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.12. Karaciğer Transplantasyonunda Yaşam Kalitesi

2.12.1. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçümü

Dünya Sağlık Örgütü 1947 yılında sağlığı, yalnızca hastalıkların olmaması hali olarak değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyilik halini içermektedir. Yaşam kalitesi kavramının kullanımı, 1960'lı yıllardan sonra oldukça yaygınlaşmıştır. Tıp alanında 1970-1980'li yıllarda ilgi gösterilirken 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur. Tedavi etkinliğinin, tıbbi bakımın, hemşirelik bakımının ve verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanımı giderek artış göstermektedir (Aydemir 2007). Yaşam kalitesinde yükselme, KT sonrası beklenen hasta sonuçlar arasında dördüncü sırada yer almaktadır (Murray, Carithers 2005).

Yaşam kalitesi kavramı, yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi olarak iki şekilde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi”; Laborde ve Powers (1980) ile Young Longman (1983) yaşamdan doyum almayı içine alan bir yöntem çeşitliliği; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır (Glenda 1993, Akyol 1993). Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesini, kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel yeterliliği, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan etkileşimleri kapsayan bir kavram olarak tanımlamaktadır (WHO, 2008). Ancak, sağlıkta yaşam kalitesi için bütün otoritelerce üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanım henüz geliştirilmemiştir (Glenda, 1993). Sağlıkta yaşam kalitesinin farklı tanımları bulunmaktadır;

- İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.
- Yaşamın iyi ve doyum sağlayan özelliklerinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.
- Hastanın beklentileri ile ulaşabildikleri arasındaki farkın olabildiğince az olmasıdır.
- Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanmasıdır.
- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen jenerik durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

- Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (Fidaner 2004).

Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümü oldukça zordur. Yaşam kalitesinin çok faktörlü bir yapısının olduğu fakat ölçümlerde fiziksel fonksiyon, psikolojik ve sosyal durumu tanımlayan faktörler üzerinde durulmaktadır. Psikometrik ölçümlerde maddeler bu boyutlara göre gruplandırılmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümü için genel ve hastalığa özel olmak üzere iki çeşit ölçüm aracı kullanılmaktadır. Bu ölçüm araçlarının yukarıda açıklanan boyutlara benzer alt boyutlara ayrılmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümü için temel standartlar bulunmamaktadır. Her iki tip ölçeğinde sınırlılıkları bulunmaktadır, genel yaşam kalitesi ölçekleri her hastalık ve hastanın durumunu tam uygunluk sağlamazken, hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri hastalıklar ve hastalar arasında karşılaştırma ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ile ilgili tam bir fikir birliğine varılamadığından ölçeklerin kullanımı yaygınlaşmamıştır (Bura, De Bona 2006).

Yaşam kalitesi kavramının hemşirelik alanında kullanımı 1980'li yıllardan bu yana gelişim göstermiştir. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi kavramı, sağlıklı ve kronik hastalığı olan bireylerle; tedaviye yönelik girişimsel yöntemler uygulanan ve akut bakım sonrasında olan bireylerin hemşirelik bakımı sonuçlarının incelenmesinde önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak kabul görmekte ve kullanımını giderek yaygınlaşmaktadır (Glenda, 1993). Hemşirelik bakım felsefesi sağlıkta yaşam kalitesinin boyutlarını hedef almaktadır ve bu boyutları iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hemşireler, hastaların yanında tam zamanlı bulunma açısından da yaşam kalitesini değerlendirmede anahtar rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşire hemşirelik uygulamalarının dayandığı yaşam kalitesi kaalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve geliştirici modeller oluşturmalıdır.

2.12.2. Karaciğer Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi

Karaciğer transplantasyonunun yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemesinde benzer alt boyutları içeren genel (jenerik) ve hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Özellikle genel yaşam kalitesi ölçeklerinin daha fazla kullanıldığı görülmektedir. KT hastalarında kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri arasından en fazla SF-36, Sickness Impact Profile (SIP) ve Nottingham Sağlık Profili'nin (NSP) kullanıldığı görülmektedir. KT sonrası yaşam kalitesini inceleyen birçok hemşirelik ve tıp araştırmalarında yaşam kalitesi ölçeği olarak SF-36 ölçeğinin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Russell 2008, Estraviz ve ark. 2007, Sargent, Wainwright 2007). KT hastalarında hastalığa özel kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri Karaciğer transplantasyonu yaşam kalitesi indeksi-Quality of Life

Index Liver Transplantation, karaciğer hastalığında yaşam kalitesi ölçeği- Liver Disease Quality of Life 1.0 ve 2.0, kronik karaciğer hastalığı yaşam kalitesi ölçeğidir - Chronic Liver Disease Quality of Life'tır.

2.12.3. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarında Yaşam Kalitesi Çalışmaları

KT uygulanan hastaların yaşam kalitesini, karaciğer hastalığının etyolojisi, hastalık şiddeti, verici tipi, bireyin yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik özellikler ile hastada görülen semptomlar ve psikolojik durum ile ilişkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. KT hastalarında, yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin, sıklıkla kesitsel ve karşılaştırmalı olarak incelendiği görülmektedir. Bu çalışmalarda hastaların yaşam kalitesinde ki değişikliğin daha iyi incelenmesi için uzunlamasına çalışmaların yapılması önerilmektedir (Saab ve ark. 2005, Sainz-Barriga ve ark. 2005). Yapılan literatür incelemesinde son zamanlarda bu hasta grubunun yaşam kalitesinin uzunlamasına incelendiği görülmektedir (Estraviz ve ark. 2007, Russell ve ark. 2008).

KT uygulanan hastaların yaşam kalitesinin kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarına bağlı olarak fiziksel fonksiyon, mental ve bilişsel sağlık, psikolojik durum, psikososyal ve hastalığa bağlı semptomlar ile yorgunluğun değerlendirildiği görülmektedir.

KT'de yaşam kalitesini, kronik karaciğer yetmezliği ve sağlıklı popülasyonla karşılaştıran bir çok çalışma bulunmaktadır. Van Der Plas ve arkadaşlarının (2003) Hollanda'da yapmış olduğu çalışmasında da, kronik karaciğer hastalığı olan (n: 391), KT uygulanmış (n: 186) hastaların ve sağlıklı kişilerin (n: 489), yaşam kalitesi ve yorgunluk durumu karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda, 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. Saab ve arkadaşlarının çalışması sonucunda (2005); KT hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı popülasyondan düşük, hastalık şiddetinin yaşam kalitesini az oranda etkilediği (CTP ve MELD) ve hastaların yaşadığı ensefalopati ile asit semptomlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

KT'de yaşam kalitesini, hastalarda görülebilecek psikolojik, psikososyal ve fiziksel semptomlarla ilişkisine göre inceleyen bir çalışmada; hastalarda transplantasyon sonrası geçen süre ile psikosomatik semptomların görülme durumu ve fiziksel semptomlar incelenmiş, transplantasyon sonrası geçen sürenin yaşam kalitesini olumlu etkilediği

vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, bel ve kalça ağrıları olan hastaların kemik dansitelerinin düşük, halsizlik ve anksiyete-depresyon görülme durumunun yüksek olduğu belirtilmiştir (Walter ve ark. 2002, De Bone ve ark. 2000).

KT öncesi bekleme listesinde olan hastaların yaşam kalitesi ve diğer değişkenler ile olan etkileşimlerini inceleyen bir araştırmada; son dönem karaciğer yetmeliği olan hastaların en fazla yorgunluk, kas zayıflığı, abdominal distansiyon, kaşıntı ve sıvı retansiyonu semptomlarının yaşadıkları belirtilmiştir. Aynı zamanda bu hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, fiziksel, psikolojik semptomlar ile hastaların umutsuzluk yaşamalarının birbiri ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Bryce ve ark. 2004). Son dönem karaciğer yetmezliği hastalarında hastalığın şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada ise HCV'li hastaların, diğer hasta grubuna göre yaşam kalitelerinin önemli derecede düşük ve hastalık semptomlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda karaciğer hastalık şiddeti (MELD ve CTP) arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü vurgulanmıştır (Kanwal ve ark. 2004).

KT sonrası geçen süreye göre yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda, farklı yaşam kalitesi ölçekleri ve farklı ölçüm sıklığı ile zamanlarının kullanıldığı görülmektedir. Aynı zamanda bu araştırmalarda yaşam kalitesi ile sosyodemografik özellikler, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesini etkileyebilecek psikolojik durum gibi değişkenler arasında ki ilişkisinde değerlendirildiği görülmektedir. Caccamo ve arkadaşlarının (2001) İtalya'da yapmış olduğu çalışmasında, KT sonrası (n: 86) semptomlarda azalma ve yaşam kalitesinde normale yakın düzeyde artma olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, KT sonrası hastaların anksiyetelerinin geçmediği ve kalıcı olduğu bulunurken, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde psikiyatrik ölçümlerin önemli olduğu vurgulanmıştır. Hastaların yaşam kalitesini KT sonrası iki yıl süresince (0-3-6-12-24. ay) inceleyen İngiltere'de yapılmış bir çalışmada ise hastaların yaşam kalitelerinin emosyonel ve mental sağlık boyutları dışında tüm boyutlarında iyileşme olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, hastaların emosyonel ve mental sağlık boyutlarının ilk üçüncü ayda iyileştiği sonra ki aylar da yükselmeye devam ettiği fakat bu yükselmenin anlamlı düzeyde olmadığı ve ilk üçüncü ayda ağrı boyutunda iyileşme olduğu belirtilmiştir (n: 455) (Ractliffe ve ark. 2002). Amerika'da yaşam kalitesini uzunlamasına inceleyen bir çalışmada, KT öncesi ve sonrası bir yıl geçmiş olan hastalarda (n: 346) en fazla yorgunluk ve kas güçsüzlüğü görüldüğü, hastalarda immunosupresif kullanımı ile ilgili iştahsızlık, baş ağrısı, titreme ve görme kaybı semptomlarının geliştiği vurgulanmıştır. KT sonrası özellikle psikolojik durumunda iyileşme olduğu belirtilmiştir (n: 60) (Belle ve ark. 1997). Aynı ülkede yapılan diğer bir çalışmada KT sonrası altı ay geçmiş olan hastaların (n: 107) yaşam kalitesinin tüm

boyutlarında iyileşme olduğu ve anksiyete-depresyon görülme oranlarında düşüş olduğu belirtilmiştir (Russell ve ark. 2008). KT öncesi ve sonrası altıncı ayda hastaların yaşam kalitesini inceleyen İspanya’da yapılmış bir çalışmada ise KT öncesi hastalık şiddeti (hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesi düşüyor) ve etyolojisinin yaşam kalitesini etkilediği vurgulanmıştır. Ayrıca diğer araştırmalardan farklı olarak KT öncesi ve sonrası altıncı ayda yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı fakat puan ortalamalarının özellikle de mental sağlık puan ortalamasının KT sonrası daha yüksek olduğu belirtilmiştir (puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır) (Estraviz ve ark. 2007).

KT uygulanmış hastalarda karaciğer hastalığının etyolojisine göre yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda özellikle primer biliyer siroz ile kolestatik karaciğer hastalığı gibi hastalık etyolojisi bilinmeyen ve hepatit B-C gibi viral karaciğer hastalığı olan hastaların incelendiği görülmektedir. Amerika’da yapılmış olan, kolestatik karaciğer hastalarının (n: 121) transplantasyon öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini inceleyen bir çalışmada, hastaların KT öncesi ve sonrası birinci yılda yorgunluk, uykusuzluk, kaşıntı, cinsel isteksizlik, bağırsak problemleri, konsantrasyon bozukluğu ve depresyon görülme oranında azalma olduğu belirtilmiştir (Gross ve ark. 1999). İngiltere’de yapılmış olan bir diğer araştırmada ise akut karaciğer yetmezliği sonrası KT uygulanmış hastaların (n: 26), yaşam kalitelerinin kronik karaciğer yetmezliği sonrası transplantasyon olan hastalara (: 34) göre daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, aynı araştırmada otuz beş yaşından daha büyük olan hastaların fiziksel fonksiyonunun daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (Sargent, Wainwright, 2007). Periaera ve arkadaşlarının (2000), İngiltere’de alkole bağlı karaciğer yetmezliği sonrası KT olan hastaların (n:111) alkole tekrar başlama durumuna göre yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında, alkol alımı fazla olan hastaların yaşam kalitesi uyku alt boyutunu alkol alımı az yada hiç almayan hastalara göre daha kötü olduğu rapor edilmiştir.

KT sonrası zaman faktörüne göre hastaların yaşam kalitesini kesitsel olarak inceleyen çalışmalarda; KT sonrası (İngiltere) en az on yıl geçmiş olan hastaların anksiyete ve deperasyon düzeylerinin sağlıklı popülasyondan farklı olmadığı bulunurken yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan kendi sağlık durumunu değerlendirme ve bir önceki yıla göre sağlık durumunu değerlendirme durumlarının transplantasyon uygulanmış hastalardan daha düşük olduğu belirtilmiştir (n: 15) (Lewis, Howdle, 2003). KT uygulanmış hastaların (n: 55) yaşam kalitesini KT öncesi ve sonrası sağlıklı popülasyonla (n: 594) karşılaştırmalı olarak kesitsel inceleyen diğer bir çalışmada (Avusturalya) ise hastaların transplantasyon sonrasında normal hayata dönme durumunun %60 olduğu, yaşam kalitesinde (gezme, psikososyal boyut, iletişim, uyanık olma, sosyal bağlantı, uyku ve dinlenme, iş, eğlence, yeme) iyileşme olduğu

belirtilmiştir. Ancak KT sonrası bu iyileşme sonucunda KT hastalarının yaşam kalitesi düzeylerinin sağlıklı kişilerin yaşam kalitesi düzeyinden düşük olduğu belirtilmiştir (Holzner, et al., 2001). Sainz Barriga ve arkadaşlarının İtalya’da yapmış olduğu (2005), transplantasyon öncesi ve sonrası 1.-2. yıl, 3.-4. yıl ve 5.-8. yıllarda yaşam kalitesi ve psikolojik durumda etkilenme durumlarını kesitsel olarak inceleyen çalışmasında (toplam n: 126), fiziksel fonksiyonun, transplantasyon sonrası bütün gruplarda transplantasyon öncesine göre daha iyi olduğu bulunurken transplantasyon öncesinde anksiyetenin yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, psikolojik durumda etkilenmenin erkeklerde, hastalık şiddeti düşük olanlarda, çalışmayanlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha az olduğu rapor edilmiştir. Erkek hastaların, çalışmayanların ve evli olan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Hollanda’da KT sonrası en az 15 yıl geçmiş olan hastaların yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısından azında fiziksel harekette bozulma olduğu ve hastaların bazılarının az oranda anksiyete yaşadığı vurgulanmıştır (n: 45) (Kroon ve ark. 2007). Price ve arkadaşlarının KT uygulanmış ve KT bekleme listesinde olan hastaların yaşam kalitesini karşılaştıran çalışmasında, KT sonrası altı ay geçmiş olan hastaların enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon ve uyku alt boyutlarında iyileşme olduğu, ağrı fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyutunda ise iyileşme olmadığı belirtilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada, KT sonrası iki yıl geçmiş olan hastaların enerji düzeyi, sosyal izolasyon, uyku, ağrı ve fiziksel mobilitede istatistiksel olarak ileri düzeyde, emosyonel reaksiyon ve uyku alt boyutunda istatistiksel olarak düşük düzeyde olumlu bir etkilenmenin olduğu vurgulanmıştır. Aadahl ve arkadaşlarının (2002), Almanya’da KT sonrası hastaların (n:65) yaşam kalitesi, yorgunluk ve anksiyete ve depresyon düzeylerinin inceleyen çalışmasında, hastaların fiziksel fonksiyonlarının sağlıklı popülasyondaha (n: 68) daha kötü olduğu fakat mental durumlarının aynı düzeyde ve yorgunluk durumlarında ileri düzeyde bir iyileşme olduğu belirtilmiştir.

2.13. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması

Bir ölçeğin farklı kültür ve dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik inceleme çalışmalarına “ölçek uyarlaması” denilmektedir (Öner 1987). Ölçek uyarlamaları, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltmakta, araştırmacılar arasında iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlamaktadır (Öner 1987, Eser 2007).

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek, o kültüre özgü kavramları ve o kültürde ki örneklemin özelliklerini içermektedir. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını değiştirmektedir. Bu değişim, hedef dil ve kültürde ölçeğin kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelmektedir (Öner 1987, Eser 2007).

Ölçek uyarlama çalışmalarını üç ana başlık altında toplamak mümkündür (Öner 1987, Gözüm, Aksayan 2002):

- a. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- b. Psikometrik özelliklerin incelenmesi/Geçerlik-Güvenirlilik
- c. Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması.

2.13.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

Ölçek uyarlamanın ilk aşaması ölçeğin çevirisidir. Bu aşama gerekli özen gösterilmezse ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin düşük olmasına sebep olacağından oldukça önemli bir aşamadır (Öner 1987, Gözüm, Aksayan 2002).

Çeviri sürecinde aşağıda yer alan konulara dikkat edilmelidir;

Çevirmenin seçimi; Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir (Öner 1987, Gözüm, Aksayan 2002). Çevirmenlerin bilgi ve deneyimi çevirinin başarısını büyük ölçüde etkilemektedir. Çevirmenler, her iki dili akıcı bir şekilde kullanabilen her iki kültürü de yakından tanıyan kişilerden seçilmelidir (Kubilay 2002, Öner 1987, Aksayan, Gözüm 2002, Corlson 2000). Çevirmenlerin seçiminde aynı zamanda, çevirmenin çevirisi yapılan ölçeğin nasıl kullanılacağını bilmesi ve araştırma raporunun metodolojik bölümünü yorumlayabilmeside önemlidir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Çeviri tekniği; Orjinal dildeki bir ölçeğin hedef dile çevirisi yapılırken kullanılan üç yaklaşım vardır. Bunlar; tek yönlü çeviri, grup çevirisi ve geri çeviridir. Tek yönlü çevirinin önemli sınırlılıkları olması nedeniyle kullanılmaması önerilmektedir.

Grup çevirisinde, her iki dili iyi bilen iki veya daha fazla kişi tarafından orjinal ölçeğin birlikte ya da ayrı ayrı çevrilmesi işlemidir. Bu çeviride iki şekilde uzlaşmaya varılmaktadır. Ölçeğin çevirisi yapılan versiyonu üzerinde grup üyeleri arasında bir uzlaşmaya varılır ya da bağımsız bir kişi tarafından ölçeğin en uygun versiyonu seçilir. Bu çeviri yaklaşımı araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilmesine karşı önemli sınırlılıkları vardır. Grup üyeleri birbirinden etkilenebilir ve bir anlaşmaya varma baskısı yaşayabilirler (Aksayan ve Gözüm 2002, Corlson 2000). Grup üyelerinin çevirilerini ayrı ayrı yapması bu problemi çözmeye yardımcı olabilir ancak bu çeviri yöntemi tek başına yeterli değildir.

Geri çeviri, zaman alıcı olmasına karşın ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için en çok kullanılan yöntemdir. Bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olması gerekir. Birinci çevirmen, orjinal ölçeği hedef dile, ikinci çevirmen hedef dile çevrilen ölçeği orjinal dile çevirir. Çevirmenler bağımsız çalışmalı ve birbirlerine danışmalarına izin verilmemelidir. Bu yöntemde çevirmen seçimi ve çeviri tekniğine çok titizlik gösterilmelidir (Gözüm ve Aksayan 2002).

Ölçeğin çevirisinde özellikle iki eşdeğerlilik üzerinde durulmaktadır;

- Dilde eşdeğerlilik
- Kavramda eşdeğerlilik

Dilde eşdeğerlilik, formda hiçbir değişiklik yapmaksızın aynen çeviriyi anlatır. Kavramsal eşdeğerlilik ise, aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılabilmesi söz konusudur (Gözüm, Aksayan 2002).

Ölçeğin dil uyarlamasından sonraki aşama, çevirisi yapılan ölçeği oluşturan maddelerin, orjinal ölçekteki maddelerin anlamını aynen içerip içermediğinin test edilmesidir. Bunun için, ölçeğin maddelerinin yüzey geçerliliğinin (face validity) test edilmesi gerekir. Yüzey geçerlilik için, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınavının yapılması gerekir.

Uzman görüşünde; çevirisi yapılan ölçek versiyonunun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir (Gözüm ve Aksayan 2002). Bu aşamada araştırmacı, kendi bilim alanında uzman kişilerin görüşüne başvurmalıdır (Karasar 2000).

2.13. 2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlilik

Geçerlik, ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçülebilmesidir (Tezbaşaran 1997, Wood ve Haber 2002). Güvenirlilik ise ölçme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme özelliğidir (Tezbaşaran 1997). Güvenilir olmayan ölçme sonuçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olmazlar. Güvenilir olmayan ölçme sonuçlarının geçerliliğine bakmaya gerek yoktur (Tezbaşaran 1997,). Güvenirliğin sağlanması geçerlik için bir ön koşuldur, ancak geçerli olduğunu göstermez (Hovardaoğlu ve Ergin 1995). Bu nedenle ölçme aracının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada bulunmasıyla ölçek anlam bulmaktadır.

GEÇERLİK (validity)

Geçerlik (validity), bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özelliklerle karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçülebilmesidir (Eser 2007, Ercan 2004).

I. İçerik/ Kapsam geçerliği

a. Yüzeysel/görünüm geçerliği (uzman görüşü alma)

b. Uygulama geçerliği / ölçüt bağımlı geçerlik;

Yordama geçerliği / tahminsel geçerlik / kestirimsel geçerlik

Halihazır geçerlik / hemzaman / eş zaman geçerliği

İç ölçüt geçerliği / alt-üst grup ortalamalarının karşılaştırılması

II. Yapı geçerliği

a. Faktör analizi

- b. Bilinen gruplar karşılaştırması
- c. Hipotez sınaması / mantıksal analiz
- d. Çok değişkenli-çok yöntemli matris
- e. Birleşen ve ayırt eden geçerlik.

I. İçerik / Kapsam Geçerliği (Content Validity)

İçerik geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini, ölçülmek istenen yapının temel unsurlarını ne derecede kapsadığını incelemekle ilgilenir (Polit ve Beck 2006, Aksayan ve Gözüm 2002).

a. Yüzeysel/Görünüm Geçerliği (Face Validity) = Uzman Görüşü Alma

Yüzeysel geçerlikte tanımlanmış evren ile ölçme aracının bölümleri arasındaki ilişki değerlendirilir. Uzman görüşü alma, içerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir. Bu geçerlik sınamasında amaç, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman grubun incelemesi sonrası, anlamlı maddelerden oluşan bir bütün oluşturmaktır (Eser 2007, Ercan 2004).

Dilde eşdeğerliliği sağlanan ölçek, madde/ifadelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edici bir örneklem grubu oluşturup oluşturmadıklarını belirlemek için, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunularak değerlendirmeleri istenir. Alınan uzman görüşleri arasında ki fikir birliğinin test edilmesi gerekir bunun için içerik analizi indeksi kullanılması önerilmektedir. İçerik analizi indeksi 1986 yılında Lynn tarafından madde ve ölçek içerik geçerliliğini test etmek için kullanılmıştır. Lynn, minimum 3 maksimum 10 uzmandan, uzman görüşü alınmasını önermektedir. Her bir maddenin uzmanlar tarafından değerlendirmesi için 3 - 4 ve 5 puanlı ölçek değerlendirmesi kullanılabileceği belirtmekte ancak 3 ve 5'li değerlendirme orta değer olması nedeniyle 4 puanlı değerlendirmenin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Dört puanlı değerlendirmede ölçek maddeleri; 1: ilgili değil, 2: biraz ilgili, 3: oldukça ilgili ve 4: çok ilgili olarak değerlendirilmektedir.

İçerik analizi, iki şekilde tanımlanmaktadır; (1) toplam madde içerik geçerliği oranı ve (2) uzmanlar tarafından 3 – 4 puan verilen maddelerin oranıdır. İçerik analizinin, madde (Mİ) ve ölçek içerik analizi (Öİ) olmak üzere iki boyutu vardır.

Madde içerik analizi indeksi, bir maddeye 3-4 puan veren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünülerek bulunmaktadır. Örneğin bir maddesine 3 - 4 puan veren uzman sayısı 4 ve toplam uzman sayısı 5'tir. Bu durumda o maddenin madde içerik analizi indeksi $4/5 = .80$ 'dir. Beş ve beşin altında uzman görüşü alınan bir maddenin madde içerik analizi indeksinin .90 ve üstü olması beklenirken beşin üstünde uzmanın görüşü alındığında ise .78 ve üstü olması önerilmektedir. Tüm ölçeğin madde içerik analizi her maddenin madde içerik

analizinin toplanarak toplam madde sayısına bölünerek bulunur. Diğer bir tanımla ölçeğin madde içerik analizi indeksinde, maddelerin aldığı değerlerin ortalaması hesaplanmaktadır (Polit ve Beck 2006).

Ölçek içerik analizi indeksi, uzmanlar tarafından ölçeğin tümüne verilen uzman görüşünü tanımlamaktadır. Ölçek içerik analizi uzman görüşünde 3-4 puan alan maddelerin toplam madde sayısına bölünmesi ile bulunmaktadır. Örneğin 10 maddelik bir ölçekte 8 maddeye 3-4 paun verilmiştir. Bu durumda ölçek içerik analizi değeri $8/10= 0.80$ 'dir. Literatürde ölçek içerik analizi değerinin .80 ve üzerine olması önerilmektedir (Polit ve Beck 2004, Polit ve Beck 2006). Ölçek içerik indeksi; ölçek içerik indeksi evrensel anlaşması – Öİİ/EA (Scale- Content Validity Index – Universal Agreement) ve ölçek içerik indeksi ortalama – Öİİ/Ort. (Scale- Content Validity Index – Average) olmak üzere iki hesaplama şekli vardır. Bunlardan en yaygın kullanılanı ve yukarıda ki hesaplama modelini içeren hesaplama şekli Öİİ/EA'dır.

İçerik analizinde diğer önemli bir konu tüm uzmanlar tarafından 3 – 4 puan verilen maddelerin oranını tanımlanmaktadır. Bunun için her bir uzmanın 3 – 4 puan verdiği madde sayısının toplam madde sayısına oranı hesaplanır. Örneğin bir uzman 10 maddeli bir ölçeğin 9 maddesine 3 – 4 vermiştir. Bu durumda uzman uyum oranı, o uzman için $9/10= .90$ 'dır. ortalama uzman uyum oranı Öİİ ortalama değerini vermektedir. Örneğin altı uzmandan her birinin uzman uyum oranı .90 ise Öİİ/Ort değeri $(0.90+0.90+0.90+0.90+0.90+0.90)/6= .90$ 'dır. İçerik analizi indeksi hesaplanmasında, madde kalitesi ortalaması yerine daha çok uzmanların ortalama performansına odaklandığı için en iyi yöntemin Öİİ/Ort. Kullanımı önerilmektedir. Literatürde Öİİ/Ort değerinin .90 ve üstü olması önerilmektedir (Polit, Beck 2006).

b. Uygulama Geçerliği / Ölçüt Bağımlı Geçerlik (Empirical Validity / Criterion-Related Validity)

Uygulama geçerliği, ölçeğin etkinliğini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen puanlarla gerçekte gözlemlenebilir özellik arasında, o andaki veya gelecekteki ilişkiyi inceler (Öner 1994). Uygulama geçerliğinin; kestirimsel geçerlik (predictive validity)/ tahminsel geçerlik ve uyum geçerliliği/ halihazır geçerlik (concurrent validity) olmak üzere iki alt grubu vardır (Eser 2007, Ercan , Kan 2007).

Yordama Geçerliği / Tahminsel Geçerlik / Kestirimsel Geçerlik (Predictive Validity)

Bir ölçeğin yordama geçerliği, o ölçekten elde edilen puan ile ölçülmek istenen özellikleri ölçtüğü bilinen değişken arasındaki ilişkidir (Wood, Haber 2002). Yordama

geçerliğinde (predictive validity), ölçekten elde edilen bir “yordayıcı puan” ile gelecekteki durumlarla ilgili bir “ölçüt”e ilişkin değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir. İki ölçüm arasında verilmesi gereken aralık, ölçüte ulaşma için gereken zamandır. Ölçüt alınan değişken sonuçları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuşsa, ölçme aracının yordama geçerliği olduğu kabul edilir (Tezbaşaran 1997).

Halihazır geçerlik / Hemzaman / Eşzaman geçerliği (Concurrent Validity)

Benzer ölçekler geçerliği olarak da bilinen ölçüm anında geçerliliği test edilecek ölçeğin halihazır geçerliği test edilmiş bir ölçme aracını ile karşılaştırılmasıdır (Erefe 2002). Burada önemli olan nokta, kriter ölçütün güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmış bir ölçüt olmasıdır. Belli bir zaman aralığı beklemenin uygun olmadığı durumlarda kullanılır. Ölçüt değişken ile değerlendirme aynı zamanda yapılır. İki ölçüm puanı arasındaki korelasyon hesaplanır ve korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (Gözüm Aksayan 2002).

İç Ölçüt Geçerliği / Alt-Üst Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bir ölçekten elde edilen puanlar, istenen özelliğe sahip olanlarla olmayanları, ölçülen özellik boyutunda, birbirinden ayırt edebilmelidir. Ayırt edilecek gruplar ölçülen tutuma olumlu yönde yüksek düzeyde sahip olanlarla, olumsuz yönde yüksek düzeyde sahip olanlardır. Amaç ölçülen özellik boyutunda aşırı uçta bulunan bu iki grubu belirlemek için bir ölçüt bulmaktır. Bu ölçütlerden biri ölçeğin kendi puanlarıdır ve ölçekten elde edilen puanlara iç ölçüt denilmektedir (Tezbaşaran 1997).

II. Yapı Geçerliği (Construct Validity)

Yapı geçerliği, ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek üzere en fazla kullanılan yaklaşımlar; faktör analizi, bilinen grup karşılaştırmasıdır. Diğer yapı geçerliği değerlendirme yöntemleri ise, hipotez sınaması/mantıksal analizdir, çok değişkenli-çok yöntemli matriks yöntemlerdendir (Wood, Haber 2002).

Faktör Analizi

Faktör analizinin, ölçek puanlarının yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde önemli yeri vardır (Wood, Haber 2002). Faktör analizi, aynı zamanda ölçek maddeleri arasında ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktadır. Temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri gruplandırarak ortak faktör oluşturulmasını amaçlamaktadır (Erefe 2002). Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olarak iki şekilde değerlendirilmektedir. Araştırmacının, ölçme aracının ölçtüğü faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bir bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türlerine açıklayıcı faktör analizi (exploratory factor analysis) denmektedir.

Araştırmacının kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi test etmeye yönelik incelemelerde kullanılan analiz türü doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) olarak tanımlanmaktadır.

Bilinen Gruplar Karşılaştırması (Known-Groups Approach)

Bilinen gruplar karşılaştırmasında, ölçülecek yapının dayandığı teoriye bağlı olarak bir test uygulandığında anlamlı olarak farklı puanların elde edileceği gruplar (bir grupta düşük, diğer grupta yüksek olması gibi) tanımlanır (Wood, Haber 2002). Ölçme aracını her iki gruba uygular ve gruplar arası farka bakılır. Ölçme sonucunda özelliği bilinen grup ile diğer grup arasında fark olması beklenir (Eser 2007, Wood, Haber 2002).

Hipotez Sınaması / Mantıksal (logical) Analiz

Hipotez sınaması, ilgili kaynaklar ya da gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımının kurulduğu ilişkilerin yönünün ve düzeyinin korelasyon analiziyle test edildiği bir yöntemdir. Bu geçerlik ölçütü, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlar (Gözüm, Aksayan 2002).

Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik (Convergent and Divergent / Discriminant Validity)

Aynı özellikleri ölçtüğü bilinen ve daha önce geçerlik-güvenirliği sağlanmış ölçüm aracının araştırma grubu üzerinde uygulanması, uyarlanan ölçek sonuçları ile karşılaştırılması temeline dayanmaktadır. Ölçeğin diğer ölçüm araçlarıyla ilişkisine bakılır. Karşılaştırmada ölçüm sonuçları arasında korelasyon katsayısı ve anlamlılık düzeyleri incelenmektedir (Wood, Haber 2002).

“**Birleşen (Convergent Validity) Geçerlik**” ölçme aracı puanının, kendine benzeyen değişkenler ya da ölçümlerle (örneğin kaygı düzeyi ile doyumsuzluk puanı) kuramsal olarak anlamlı yüksek korelatif ilişki (benzer sonuçlu geçerlik) göstermesidir.

“**Ayırteden Geçerlik (Discriminant Validity)**” ise; ölçüm aracı puanlarının kendinden farklı olan değişkenlerle (örneğin kaygı düzeyi ile iyilik hali) sıfır ya da anlamsız ilişki (ayırt eden) içinde olmasıdır. Bu durum sağlanırsa geçerlik saptanmış olur (Wood, Haber 2002). Birleşen ve ayırteden geçerlik, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ancak ölçüm aracı uygulanan grubun bir oturumda dört ya da daha fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir. Geçerlik için çok bilgi vermekle birlikte uygulanması güçtür (Gözüm, Aksayan 2002).

GÜVENİRLİK (reliability)

Güvenirlik; bir ölçme aracı kullanılarak aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (Wood ve Haber 2002). Güvenirlik, değişmezlik, tutarlılık, kestirim gücü ve doğrulukla özelliklerini içermelidir. Değişmezlik ve

tutarlılık ölçme aracının tekrarlı ölçümlerde benzer sonuçlar verme yeteneğini, doğruluk ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğini tanımlamaktadır (Erefe 2002). Bir ölçme aracının güvenilirliğini belirleyecek birden çok yöntem vardır. Ölçüm aracının seçimi, madde puanlarının doğasına, amaca, araştırma koşullarına ve ölçeğin hipotezlerine bağlı olarak değişir. Temel yaklaşım; ölçüm hatalarının büyüklüğünü gösteren **ölçmenin standart hatası** ve ölçümler arasındaki ilişkiyi gösteren **güvenirlilik katsayılarının** belirlenmesi üzerine odaklanmıştır (Ergin 1994).

Bir ölçme aracının güvenilirliğini belirleyecek birden çok yöntem vardır. Ölçüm aracının seçimi, madde puanlarının doğasına, amaca, araştırma koşullarına ve ölçeğin hipotezlerine bağlı olarak değişir (Tez Başaran 1997). Temel yaklaşım; ölçüm hatalarının büyüklüğünü gösteren **ölçmenin standart hatası** ve ölçümler arasındaki ilişkiyi gösteren **güvenirlilik katsayılarının** belirlenmesi üzerine odaklanmıştır (Ergin 1994). Güvenirlilik katsayı hesaplama yöntemleri temelde üç başlık altında toplanabilmektedir.

I. Değişmezlik (Stability)/devamlılık/süreklilik/zamana göre değişmezlik katsayısı

a. Test-tekrar test (test-retest) güvenirliliği / formun tekrarı yöntemi (Test- Retest Method)

II. Eşdeğerlik katsayısı

a. Paralel form güvenirliliği / Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

b. Ölçümcü güvenirliliği / Bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum (Inter rater and intra-rater consistency)

c. Dil eşdeğerliği

III. İç tutarlılık (Internal consistency) / Tutarlılık (homogeneity) katsayısı

a. İki yarım test / testi yarılama güvenirliliği (split-half) /yarıya bölme yöntemi

b. Madde analizi/madde İstatistikleri/madde-toplam puan korelasyon katsayısı

c. Cronbach alfa katsayısı, Kuder-Richarson (Polit ve Beck 2010)

İki Yarım Test / Testi Yarılama Güvenirliliği (Split-Half) / Yarıya Bölme Yöntemleri (Split-Half Method)

Testi yarılama güvenirliliği, formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin her iki yarıdan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanarak değerlendirilir. Bunun için en çok tercih edilen yarılama yöntemi, tek numaralı (1- 3-5 gibi) soruları bir grup, çift numaralı soruları (2-4-6 gibi) bir grup yaparak ayırmaktır. (Polit ve Beck 2010, Ergin 1994). Testin bütününe ilişkin güvenirlilik katsayısını elde etmek için Spearman-Brown tarafından geliştirilen bir eşitlikten (düzeltme formülü)

yararlanılmaktadır (Ergin 1994). Testin iki yarısına ilişkin varyansın (standart sapmanın karesi) eşit ya da çok yakın olmaması durumunda bu eşitlik kullanılmamalıdır (Polit ve Beck 2010).

2.13.3. Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

Ölçek uyarlama çalışmasının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanır ve diğer dillerdeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır;

- Uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları ve kesme noktası gibi özellikleri orjinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?
- Uyarlanan ölçeğin ölçme hatası orjinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?
- Uyarlanan ve orjinal ölçeğin factor yapıları benziyor mu?
- Factor-madde-yükü her iki ölçekte de benzer değerlerde mi?

Yukarıda sorulan soruların birçoğu, uyarlanan ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilirken kendiliğinden yanıtlanır.

Bir ölçeği farklı dillerde uyarlarken, kültürlerarası karşılaştırma yapmak farklı bir araştırma konusudur. Her iki kültürde de ölçülen özellik açısından benzer olan özellikleri olan bireylere iki ölçeğe verilen yanıtları karşılaştırılır. Psikoloji ve hemşirelik literatüründe “cross-cultural research” olarak isimlendirilir. Bu uygulama ölçeğin evrensel kullanımını sağlamaktadır.

2.14. Roy Uyum Modeli (RUM)

Roy uyum modeli (RUM) Sister Callista Roy tarafından 1960’lı yıllarda geliştirilmiştir ve ilk olarak 1970’de California’da bir hemşirelik lisans programında kullanılmaya başlanmıştır. Roy, RUM’u geliştirdikten bu yana birçok kitapta ve yayında modelin kullanımı ile ilgili açıklamalarda bulunmuştur. RUM etkileşim teorisi ve sistem teorisine temellendirilmiştir (Alligood ve Tomy 2006, Pearson ve ark. 2005).

RUM’da hemşirelikte dört paradigmayı aşağıda ki şekilde açıklamıştır;

İnsan: Roy insanı sürekli değişen çevreyle etkileşimde bulunan biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlamaktadır. Her insan kendi biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerine bağlı olarak çevresiyle etkileşime girer. Temel amaç hemostazisin sürdürülmesidir, bunun için iç (internal) ve dış (eksternal) uyaranlara karşı uyum yanıtlarının verilmesi gerekir. Bu uyum yanıtlarının verilmesinde iki önemli uyum sistemi vardır. Bunlar iç sistemler olarak da adlandırılan reguler ve kognator sistemlerdir. Regulator sistem, uyarana karşı nöral, endokrin ve kimyasal süreçlerle verilen otomatik fizyolojik cevapları içerir. Kognator sistem ise uyaranlara karşı öğrenme, kişisel yargılar ve duygusal olarak verilen cevapları içerir. Roy aynı zamanda insanı dört uyum alanına (mod) bağlı davranış geliştiren bir varlık olarak

tanımlamıştır. Davranış, uyarana gösterilen etki veya tepkilerdir. Uyarıların, birey üzerindeki etkileri ve bireyin baş etme mekanizmalarının etkinliği bireyin davranışlarında görülebilir (Roy 2009). Davranışlar bireyin çevre ile etkileşimini gösteren gözlemlenebilen veya ölçülebilen tepkilerdir. Davranışlar uyumlu ve uyumsuz olarak sınıflandırılır. Uyumlu davranışlar, hayatta kalma, büyüme, çoğalma, hakimiyet kurma gibi insan sisteminin bütünlüğünü korumaya yöneliktir. Uyumsuz davranışlar ise insan sisteminin amaçlarına ve bütünlüğünü korumaya katkı sağlamayan davranışlardır. Uyumsuz davranışların uzun süre devam etmesi durumunda insanın hayatta kalmasını, büyümesini, üremesini, hakimiyet kurabilmesini, insan ve çevre arasındaki dönüşümü tehlikeye düşmektedir (Fawcett 2005, Roy 2009). Davranışlar dört uyum alanının da gözlenmektedir; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanı. Bu uyum alanları iç uyum sistemlerinin birbiri ile ilişkisinin alt sistemleri olarak tanımlanmıştır. Fizyolojik uyum alanı regulator sistemin; benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık modu ise kognator sistemin değerlendirmesini sağlar. RUM'a göre uyum alanları hastanın değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının amacı için bilgi kaynağıdır (Alligood ve Tomy 2006, Pearson ve ark. 2005)(Şekil 10).

Fizyolojik alan; Yaşayan organizmadaki fiziksel ve kimyasal aktiviteleri açıklar. Fizyolojik alandaki davranışlar, hücre, doku, organ ve sistemlerin fizyolojik aktiviteleri olarak görülür (Roy 2009). Roy dokuz temel fizyolojik gereksinim tanımlamıştır. Bunlar; (1) egzersiz ve dinlenme, (2) beslenme, (3) boşaltım, (4) sıvı-elektrolit, (5) oksijen-dolaşım, (6) endokrin sistem, (7) korunma, (8) his, (9) nörolojik sistem düzenlenmesidir. Her alanda vücudun durumu ile ilgili bilgi alınması gerekir. Normalin tanımlanması gerekir ve yetersiz uyum yanıtının tanımlanması gerekir.

Benlik kavramı alanı; Bireyin kişisel görüşünü yansıtan davranışlar benlik kavramı alanında ele alınır. Benlik kavramı alanı ruhsal ve spiritüel bütünlüğü ele alarak bireyin inançlarını, duygularını, kendi iç algısını ve diğerlerinin kendisine yönelik algılarını içerir. Roy benlik kavramını fiziksel benlik ve kişisel benlik olarak iki boyutta ele almıştır.

a. Fiziksel Benlik: Bireyin kişisel özellikleri, görünüşünü, cinsellik algısı, sağlık ve hastalık durumu, fiziksel olarak kendisini nasıl gördüğü ve hissettiği ile ilişkilidir (Roy, 2009). Fiziksel benlik bedene yönelik duygular ve beden imajı olarak iki bölümde ele alınır. Bedene yönelik duygular bireyin fiziksel olarak kendi bedeniyle ilgili olarak beden duruşu ve cinselliği konusundaki duyguları içermektedir. Beden imajı ise fiziksel olarak kendini nasıl gördüğünü gösteren bir alan olup bireyin kendine yönelik farkındalığını ve bakımını içerir (Roy, 2009).

b. Kişisel Benlik: Bireylerin sahip olduğu özellikleri, beklentileri, değerleri, özgüveni, idealleri ve ahlaki-etik-spiritüel değerleri içerir. Kişisel benlik üç ayrı alandan oluşur; öz tutarlılık (self-consistency), öz amaç (self ideal), ahlak-etik-spiritüel benliktir. Öz tutarlılık alanı bireyin kendisi hakkındaki fikirlerinin yer aldığı alandır. Bu alandaki davranışlar sözel ifadeler ya da bireyin uyarana verdiği tepkiler ile gözlemlenebilir. Öz amaç bireyin yapmak istediklerini veya yapabileceklerini gösteren bir alandır. Ahlak-etik- spiritüel benlik ise bireyin inanç ve değerler sisteminin yer aldığı alandır (Roy, 2009).

Rol fonksiyon alanı; Rol Fonksiyonu alanı, bireyin kendi yaşamındaki rollerine ilişkin aktivitelerine odaklanır. Rol bireyin davranışlarının toplum tarafından tanımlanması demektir. Bu alanın amacı sosyal entegrasyondur (Roy 2009).

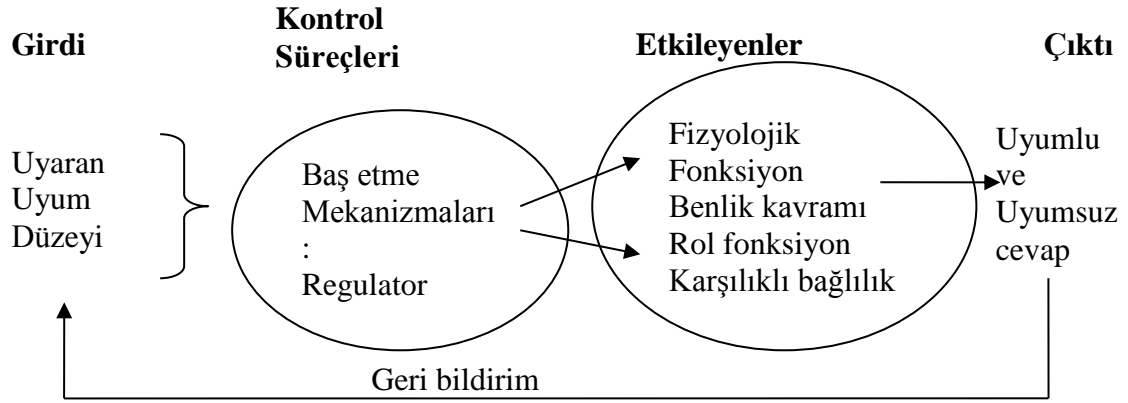
Rol fonksiyon alanı 7 alt dala ayrılır:

- a. Birincil rol: Yaş, cinsiyet ya da gelişimsel döneme dayalı rollerdir. Yaşamın büyüme periyodunda davranışların büyük bir kısmını belirler.
- b. İkincil rol: Primer rol ve gelişimsel süreçle ilgili görevleri içerir (meslek sahibi olma, baba ya da anne olmak gibi aile bireyi olma).
- c. Üçüncül rol: Birey tarafından seçilen, gelişimsel süreçte çok az yeri olan rollerdir (bir derneğe üye olma).
- d. Yararlı Davranış: Amaca uygun davranıştır. Rol bireyin performansını harekete geçirir.
- e. Anlamlı Davranış: Rolün performansı hakkında bireyin duygu ve tutumlarıdır.
- f. Rol Alma: Bir başka kişinin rolünü almaktır.
- g. Roller entegre etme: Farklı rolleri yönetme sürecidir (Roy 2009).

Karşılıklı Bağlılık Alanı: Karşılıklı bağlılık alanında bireylerin çevresindeki bireylerle sevgi, saygı ve değerleri çerçevesinde etkileşimine odaklanılır. Karşılıklı bağlılık modunda bireylerin yaşamlarındaki en önemli bireylerle ve destek sistemleriyle etkileşimleri değerlendirilir. Karşılıklı bağlılık alanının diğer önemli boyutu bireyin sosyal etkileşimleridir (Roy 2009). KT hastalarını destekleyen kişilerin ve destek sistemlerinin öğrenilmesi KT öncesi sürecinin bir parçası olup KT sonrası uyum sürecinde oldukça önemlidir. KT sonrası hastalar karşılıklı bağlılık alanında sosyal izolasyon yaşamaktadır.

Karşılıklı bağlılık alanında tanımlanan diğer önemli kavramlar bağımlı ve bağımsız rollerdir. Bağımlı roller kişinin bakımı, desteklenmesi ve onayı için diğer kişilere olan bağlılığını tanımlamaktadır. Örneğin aile içinde aile fertlerinin birbirini desteklemesi ve bakım vermesi gibi. Karaciğer transplantasyonu olmuş bir hastanın ailesinden bakım alması ve maddi ve manevi olarak desteklenmesi buna bir örnektir. Bağımsız roller ise kişinin

diğerlerinden bağımsız ya da diğer kişilerle dengeli paylaşımları içermektedir. Örneğin kişinin sosyal hayatında ki paylaşımlarını arkadaşları ve diğer önemli kişilerle olan etkileşimi gibi. Karaciğer transplantasyonu olmuş bir hastanın arkadaşları ve sosyal çevresiyle olan etkileşimi buna bir örnektir (Roy 2009, Alligood ve Tomy 2006, Pearson ve ark. 2005).

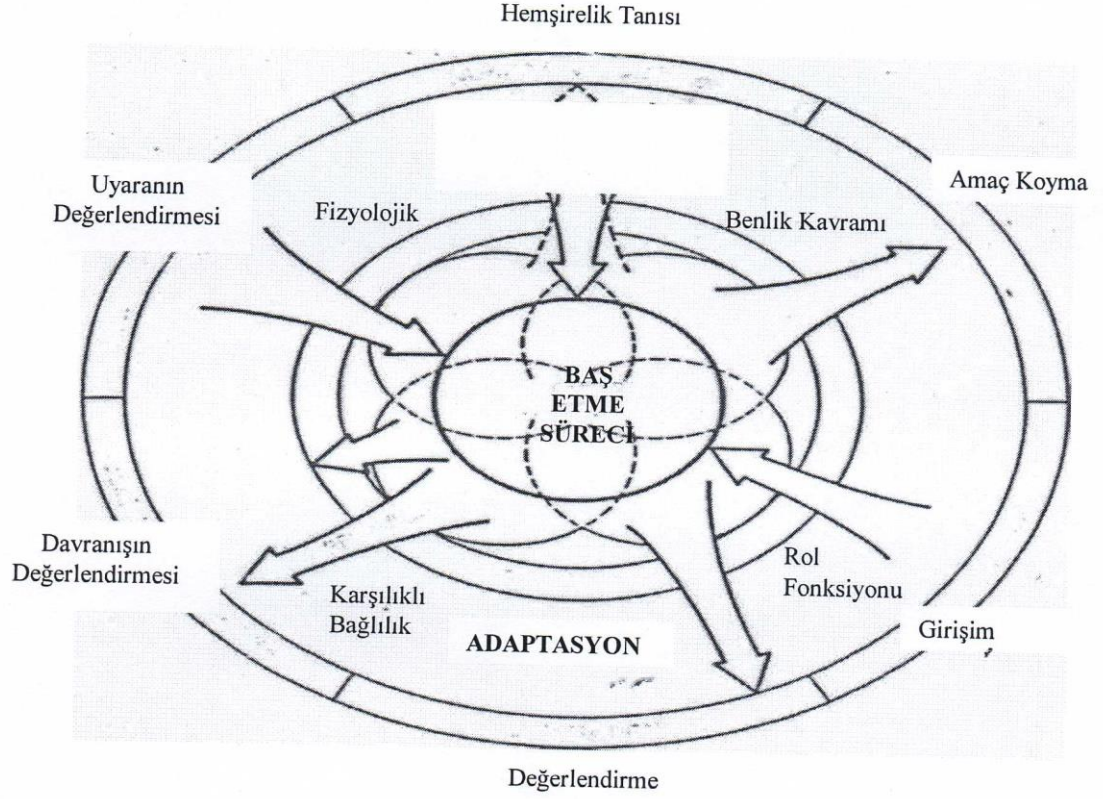


Şekil 10. İnsan ve Uyum Sistemi

Kaynak: Philips, KD ve ark. (edit) Tomey AN, Alligood MR, 2000, Sister Callista Roy, Nursing Theorists and Their Work, (Fourth Edition, s: 249). United States, Mosby Year Book Inc.

Uyum Alanları Arasındaki İlişki

Uyum alanları insanın baş etme sistemlerinin etkinliğini gösterir. Her bir uyum alanı birbiri ile etkileşim halindedir. Herhangi bir uyum alanını etkileyen bir uyaran diğer üç uyum alanını da etkileyecektir. Uyum alanları arasındaki bu kompleks ilişki uyum sistem olan insanın holistik doğasını gösterir. Bu nedenle hemşire her bir alanın diğer alanı nasıl etkilediğini değerlendirmelidir (Roy 2009).



Şekil 11. Roy'un Uyum Modelinde İnsan Sistemi ve Hemşirelik Süreci (Roy 2009).

Çevre: Roy çevreyi insanın ya da insan grubunun davranış ya da gelişimini etkileyen tüm durumlar olarak tanımlamıştır. Çevre insanın uyum sistemini etkileyen tüm uyarınları içermektedir. RUM'da uyarınlara fokal, kontekstual ve residual olarak sınıflandırılmıştır.

Odak uyarın (focal stimuli); insanın ilk olarak yanıt verdiği uyarın olarak tanımlanmaktadır. Bu tez çalışmasında hastanın karaciğer transplantasyonu olması odak uyarındır.

Etkileyen uyarın (contextual stimuli); odak uyarının etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyarılar olarak tanımlanmaktadır. Bu tez çalışmasında KT olmuş hastanın sos-demografik özellikleri ve karaciğer hastalığı özellikleri etkileyen uyarındır.

Olası uyarın (residual stimuli); henüz etkisi tam olarak açıklanmamış odak ve etkileyen uyarını etkileyen inanışlar, tutumlar gibi uyarınları tanımlamaktadır. Residual uyarın geçmişte gerçekleşmiş ya da şuanda var olan durumlardan kaynaklanabilir (Roy 2009, Alligood ve Tomy 2006, Pearson ve ark. 2005).

Hemşire: Roy'a göre hemşirenin temel amacı insanın dört uyum alanının her hangi birisine etki ederek uyarınlara karşı uyumu sağlamaktır. Hemşirenin değişikliklere karşı insanın davranışlarına odaklanması önerilir. Hemşirelik bakımının amacı;

- Kişinin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında başarılı uyum yanıtı geliştirme
- Kişinin davranışsal çıktılarını belirleme
- Kişinin bilgilerine rehberlik etme
- Sağlıklı birey ya da hastayla olan birlikteliği planlama (Pearson ve ark. 2005).

Sağlık: Roy sağlığı kişinin çevresiyle entegrasyonu süreci olarak tanımlamıştır. Kişinin çevresiyle entegrasyonunu adaptasyon olarak tanımlanmıştır. Adaptasyon ise fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişim olarak tanımlanmıştır. Adaptasyonun amacı ölüm ya da sağlıkta bozulmaya karşı sağlığın ve iyilik halinin geliştirilmesidir. Etkisiz baş etme ya da adaptasyon hastalıkla sonuçlanır.

Bu araştırmada hem araştırmamanın her aşamasında rehber olması hem de modelin önermelerinin test edilmesi amacıyla hemşirelik etkileşim modellerinden Roy Adaptasyon Modeli kullanılmıştır. Model, araştırma sorularının oluşturulmasında, danışmanlık içeriğini oluşturulması ve uygulanmasında, bulguların sunumunda ve tartışılmasında araştırmaya rehberlik etmiştir. Ayrıca elde edilen verilerle modelin bazı önermeleri doğrulanırken, modele dolayısı ile hemşirelik felsefesine katkı sağlayabilecek modelde değinilmemiş yeni bilgiler elde edilmiştir. Bunlar bulgular ve tartışma bölünme ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Roy Adaptasyon Modelinin Kuramsal ve Felsefi Kaynakları

Bertalanffy: Genel sistem teorisi

Harry Helson: Adaptasyon Teorisi

Rapoport: Bireyin çevredeki uyaranlara cevap verebilme yeteneği

Selye'nin Genel Adaptasyon Kuramı: Bireyin stresöre yanıtı

Coombs ve Snygg: Benlik kavramı

Dorothy Johnson: Davranışların değerlendirilmesi

Martha Roger's: Holistik yaklaşım

Dorothea Orem: Öz bakım

Coelho, Hamburg ve Adam - Lazarus, Averill ve Opton: Baş etme kavramını

A.H.Maslow: Değer ve inançlar

Roy modelinin felsefesini oluşturmak içinde yaklaşık 21 felsefeciden yararlanmış, modelini **hümanistik** değerleri temel alarak geliştirmiştir (Fawcett 2005).

Uyum Seviyesi

Uyum seviyesi odak, etkileyen ve olası uyarıların sistemi etkileme durumunu göstermektedir. Uyum seviyesi, bireyin çevresine uyumlu yanıt verme yeteneğidir. Bireyin yanıtı üç aşamada değerlendirilir.

Denge Durumu (Integrated): Bireyin uyarana pozitif yanıt verebildiği seviyedir. Bireyin yapı ve fonksiyonları yaşamını devam ettirecek, ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde çalışır.

Denge Arama Durumu (Compensatory): Bireyin pozitif yanıtı koruyabilmek için baş etme sistemlerinin devreye girdiği ve yeterli olduğu seviyedir.

Dengesizlik Durumu (Compromised): Baş etme sistemlerinin yetersiz olduğu ve negatif yanıtın verildiği seviyedir (Roy 2009).

KT hastaları için uyum seviyeleri, hastanın transplantasyon sonrası fiziksel, emosyonel, sosyal roller ve sosyal ilişkiler boyutunda uyum sağlaması denege durumunu tanımlamaktadır. KT hastasının , transplantasyon sürecinin doğası gereği karşılaştığı fiziksel, emosyonel, sosyal roller ve sosyal ilişkilerinde ki sorunlarla baş edebilmesi ve uyum sağlaması denge arama durumunu açıklamaktadır. Hastanın KT sonrası karşılaştığı sorunlarla baş edememesi ve yaşamının uyumsuz etkilenmesi de dengesizlik durumunu tanımlamaktadır.

Baş etme Sistemleri

Roy, bireyin baş etme sistemlerini düzenleyici (regulator) ve bilişsel-duygusal (Cognator) alt sistemler olarak sınıflandırmıştır. Düzenleyici sistemler, uyarılara nöral, kimyasal ve endokrin yollarla yanıt verir. Yanıtlar bilinçsiz ve otomatiktir. Bilişsel-duygusal sistemler ise bireyin algılama ve bilgi edinme süreci, öğrenme, yönetim ve duygusal baş etmesini içerir. Algılama ve bilgi edinme süreci; bireyin seçici dikkat, kodlama ve hafızaya alma eylemlerini içerir. Öğrenme; taklit etme, pekiştirme ve kavramayı içerir. Yönetim; problem çözme ve karar vermeyi içerir. Duygusal baş etme ise; savunmaya geçme ya da bağlanma gibi kavramları içerir (Roy 2009).

KT hastalarında baş etme sistemleri ağrı örneği üzerinden açıklanabilir. KT hastalarının uyum sürecinde ağrı önemli bir sorundur. KT hastasının büyük bir operasyon olan KT ameliyatı ve ağrı arasında ilişki kurması bilişsel-duygusal sistemlere örnek olarak verilebilir. Hastaların kendisi gibi KT operasyonu geçiren hastaların yüksek düzeyde ağrı deneyimi yaşamaları, KT hastalarının KT operasyonu ile ağrı arasında bir ilişki kurmasını sağlayabilir. KT hastalarının KT sonrası ağrı yaşanmasını doğal bir süreç olarak görmesi ağrı algılamasını hafifletebilir. Ağrıyı azaltmak için bilişsel-duygusal sistemleri güçlendirmek hastanın ağrıyı hafifletmede yöntemler hakkında farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler konusunda eğitim vermesi ve hasta ve ailesine destek olmada hemşire önemli rol oynamaktadır.

Araştırmanın Kavramsal Yapısı

Bu araştırmanın birinci ve üçüncü aşamasının kavramsal yapısında Roy Uyum Modeli kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşaması metodolojik bir araştırma olduğu için kavramsal boyutu bulunmamaktadır.

Araştırmanın Gereç ve **Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Önerileri Bölümleri** üç aşamalı olarak incelenecektir.

1. Aşama: Karaciğer transplantasyonu hastalarının transplantasyon sonrası uyumunun Roy Uyum Modeli Kullanılarak incelenmesi-**Niteliksel araştırma**

2. Aşama: Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 59

Maddelik Ölçeğinin Türkçe Uyarlama ve Geçerlilik Çalışması-**Metodolojik araştırma**

3. Aşama: Destek grup girişiminin karaciğer transplantasyonu hastalarının yaşam kalitesi, semptom ve bilgi düzeyine etkisinin incelenmesi-**Yarı deneysel araştırma**

**I. AŞAMA: KARACİĞER TRANSPLANTASYONU HASTALARININ
TRANSPLANTASYON SONRASI UYUMUNUN ROY UYUM MODELİNE GÖRE
İNCELENMESİ - NİTELİKSEL ARAŞTIRMA**

3.1. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.1. Araştırma Tipi:

Araştırma niteliksel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı niteliksel araştırma yöntemi tipine uygun planlanmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Karaciğer Transplantasyonu Polikliniğinde Mayıs 2009 ve Şubat 2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Örnekleme

Bu araştırmada niteliksel araştırmada kullanılan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Sandelowski 2000, Neergaard ve ark. 2009). Araştırmaya dahil edilme ölçütleri; 18 yaş ve 65 yaş arasında olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak, Türkçe konuşuyor olmak, ilk kez KT uygulanmış olmaktır. Araştırmaya 16 erkek, 5 kadın olmak üzere, 19-61 yaş aralığında (ort: 48.67, SD: 11.35) 21 gönüllü KT hastası katılmıştır. Aynı zamanda hastaların Roy Uyum Modeline göre durumsal (kontekstual) uyarılarını tanımlayan demografik ve karaciğer hastalığı özellikleri Tablo 1.1.'de verilmiştir.

Tablo 1.1. Araştırmaya Katılan Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Demografik ve Karaciğer Hastalığı Özellikleri (N: 21)

Değişkenler	N %
Yaş (yıl)	
Ort±SS	48.67±11.35
Min-Max	19-64
Cinsiyet	
Kadın	5 (%24)
Erkek	16 (%76)
KT sonrası geçen süre (ay)	
Ort	16.00
Min-Max	1-52
Etyoloji	
Viral (HBV, HCV)	11 (%52)
HCC	6 (%28)
Kriptojenik	2 (%10)
PBS	1 (%5)
Otoimmün	1 (%5)
Verici tipi	
Canlı	14 (%67)
Kadavra	7 (%33)
Canlı Verici ile yakınlık	
Anne	1 (%7)
Oğlu	7 (%50)
Kuzen	4 (%29)
İlişki yok	2 (%14)
KT sonrası öncesine göre çalışma durumu	
Benzer	2 (%10)
İş değiştirme	6 (%28)
Ayrılma	13 (%62)
İmmunosupressif İlaç Tedavisi ⁺	
Üçlü tedavi(Takrolimus)	2 (%10)
Üçlü tedavi (Siklosporin)	3 (%14)
İkili tedavi (Takrolimus)	4 (%20)
İkili Tedavi (Siklosporin)	6 (%28)
Sadece takrolimus	3 (%14)
Sadece siklosporin	3 (%14)

HBV, Hepatit B; HCV, Hepatit C; HCC, Hepatosellüler karsinoma; PBS, Primer Biliyer Siroz

⁺Üçlü tedavi (takrolimus)= Takrolimus+Mifofenolat Mofetil+Steroid, Üçlü tedavi (siklosporin):

Siklosporin+Mikofenolat Mofetil+Steroid, İkili tedavi(Takrolimus)= Takrolimus+Mikofenolat Mofetil, İkili

tedavi(Siklosporin)= Siklosporin+Mikofenolat Mofetil

3.1.4. Veri Toplama Araçları:

Bu araştırmada, KT hastalarının davranışları ve davranışlarını etkileyen uyarınları değerlendirmek amacıyla iki form kullanılmıştır.

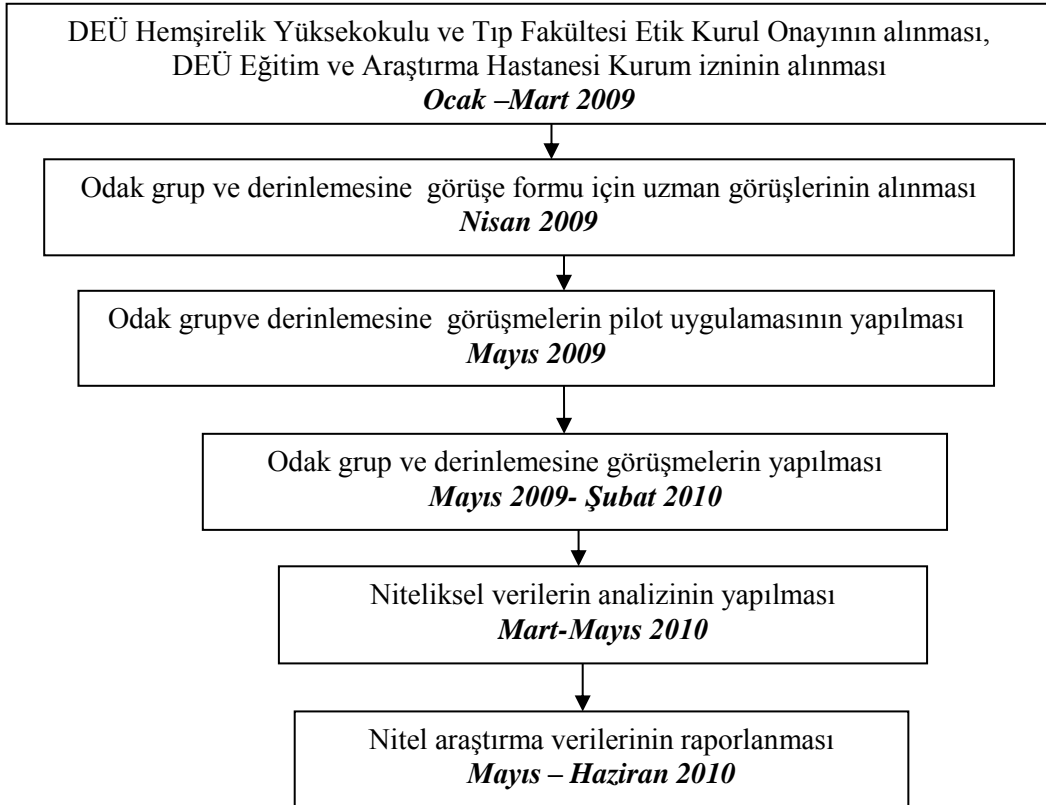
Hasta tanılama formu (Ek-5)

Bu form araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup KT hastalarının demografik ve karaciğer hastalığı özellikleri ile ilgili soruları içermektedir. Hasta tanılama formu; demografik veriler (yaş, cinsiyet, evlenme durumu, eğitim durumu, çalışma durumu) ve klinik verileri (karaciğer hastalığı etyolojisi, verici tipi, canlı vericinin yakınlığı, KT sonrası geçen süre, immunosupressif tedavi) içermektedir.

Karaciğer transplantasyonu sonrası uyumu değerlendiren görüşme formu (Ek-6)

Bu form, KT sonrası hastaların uyumlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Form literatürden yararlanarak araştırmacılar tarafından getirilmiştir (DeSanto-Madeya 2006, DeSanto-Madeye 2009). Görüşme formu yedi açık uçlu sorudan oluşmaktadır; dört soru KT sonrası hastaların fiziksel, emosyonel, sosyal roller ve sosyal ilişkiler boyutunda neler yaşadıklarını, diğer üç açık uçlu soru KT sonrası hastaların destek aldığı kişiler, bilgi ve destek gereksinimleri ile ilgili soruları içermektedir.

3.1.5. Araştırma Planı ve Takvimi:



Şekil 1.1. Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci

3.1.6. Verilerin Toplanması:

Verilerin toplanmasına odak grup görüşmesi ile başlanmıştır. Ancak hastaların hastaneye uzak bir bölgede oturmaları ve odak grup toplantısı esnasında bireysel görüşme yapmak istemeleri nedeniyle verilerin toplanmasına derinlemesine görüşme yöntemi ile devam edilmiştir. Odak grup yöntemi ile yedi, derinlemesine görüşme yöntemi ile 14 KT hastası ile görüşülmüştür. Toplamda 21 KT hastası ile görüşülmüştür.

Görüşmeler poliklinik içerisinde bulunan trafiği oldukça az ve sessiz bir toplantı odasında gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmesi bir saat 15 dakika, derinlemesine görüşmeler 20-60 dakika arasında sürmüştür. Görüşmeler esnasında notlar alınmış ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmelerin dökümü görüşme sonrası ilk 24 saat içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Derinlemesine görüşmelerde, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler esnasında hasta özelliklerini tanımlayan tanımlayıcı hasta formu ve görüşme formu kullanılmıştır.

3.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmanın verileri, Elo ve Kyngas (2008) tarafından önerilen, öncesinde konu ile ilgili bilgileri ve teoriyi test etmek için kullanılması önerilen bir analiz yöntemi olan tümünden gelim (dedüktif) içerik analizi yöntemi kullanılarak kodlanmıştır. Tümünden gelim analizi KT hastalarının yanıtlarını sınıflandırmak ve tanımlamak için kullanılmıştır. Hastaların yanıtları RUM'un dört uyum alanına (fiziksel, benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık) göre sınıflandırılmıştır. Tümünden gelim içerik analizi süreci; yapılandırılmış analiz tabanı (matrisi) oluşturma, anlamlı kelime, cümle ya da paragrafların uyumlu ve uyumsuz davranışlar olarak ROM'un dört uyum alanına göre sınıflandırılması, model test edilmesi, araştırma soruları ile karşılaştırılması, analiz sürecinin rapor edilmesi ve sonuçların yazımı (Sandelowski 2000, Elo & Kyngas 2008) şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.1.8. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırmanın üç sınırlılığı bulunmaktadır. Birincisi, araştırma verilerinin geriye dönük olarak ve kesitsel olarak toplanmıştır. Gelecekte bu hasta grubunun uyum sürecini uzunlamasına gerçekleştirilmesi gerekir. İkincisi, bu çalışmada sadece görüşme tekniğinin kullanılmasıdır. Gelecekte gözlem yapma gibi farklı niteliksel araştırma veri toplama yöntemleri ile KT hastalarının uyum sürecini inceleyen araştırmalara gereksinim vardır. Üçüncü sınırlılık, çalışmada sadece KT hastalarının görüşlerinin alınmasıdır. Ülkemizde canlı vericiden KT oranı oldukça yüksek olduğunda canlı vericiden KT'de hem hastaların hemde vericilerin ve ailelerinin deneyimlerinin incelenmesine gereksinim vardır.

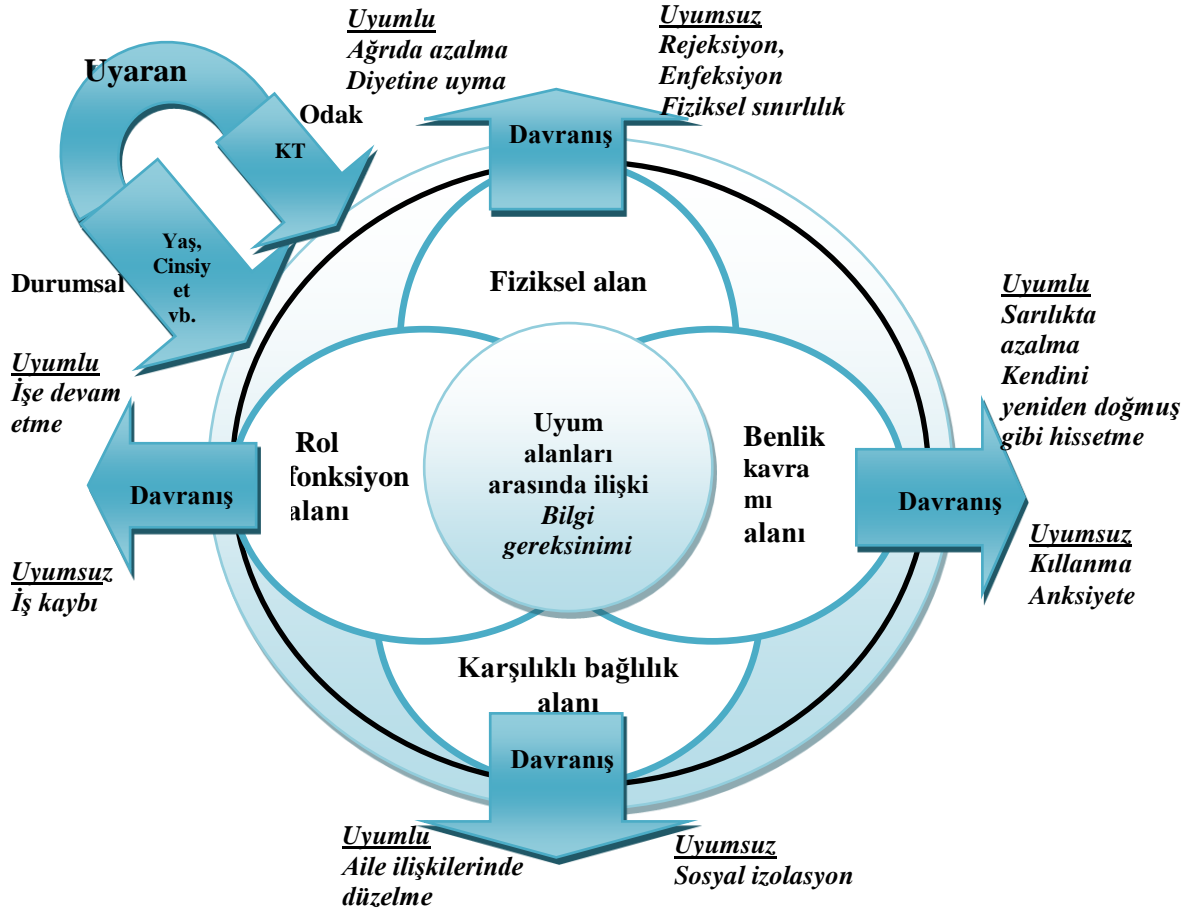
3.1.9. Etik Kurul Onayı:

Araştırmanın, örneklem ölçütlerini karşılayan hastalarla, odak görüşme ve derinlemesine görüşme öncesi, araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-1).

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Ek-2), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu (Ek-3) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (Ek-4.1) yazılı kurum izni alınmıştır.

3.1.10. Araştırmanın Kavramsal Yapısı:

Araştırmanın kavramsal yapısını Roy Uyum Modeli oluşturmaktadır. Literatürde, Roy uyum modelinin, niteliksel araştırmaların kavramsal yapısında kullanılmasında uygun bir model olduğu belirtilmektedir (Perret 2007). Araştırmanın verileri RUM'un uyum alanlarına göre toplanmıştır. KT hastalarının uyum sürecini etkileyebilecek odak ve durumsal uyarılar hasta tanılama formu ile değerlendirilmiştir. Bu araştırmada odak uyarı karaciğer transplantasyonu uygulanmış olmak, durumsal uyarı ise hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu) ve karaciğer hastalığı durumudur (etyoloji, KT zamanı, verici tipi, kullanılan immunosupresif ilaçlar). KT hastalarının davranışları uyumlu ve uyumsuz olarak dört uyum alanının altında değerlendirilmiştir (Şekil 2.1).



Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Uyum

Şekil 2.2. Araştırmanın Kavramsal Yapısı.

3.1.11. Araştırmanın Güvenirliği:

Araştırma verilerinin analizi iki bağımsız araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.. Analizi yapan iki araştırmacının da niteliksel araştırma konusunda deneyimleri vardı. Araştırmanın temaları bağımsız belirlenmiş ve sonrasında karşılaştırılarak ortak bir karara varılmıştır. Araştırmanın inandırıcılığı, araştırmayı gerçekleştiren Yaprak Sarıgöl Ordın'ın 5 yıllık Özgül Karayurt'un 10 yıllık karaciğer transplantasyonu hastalarının bakımı ile ilgili deneyimlerinin bulunmasıdır. Her iki araştırmacı da niteliksel araştırma yöntemi konusunda eğitim almıştır. Son olarak araştırmanın metodolojisi niteliksel araştırma konusunda oldukça deneyimleri olan, bu konuda dersler veren, tezler yürütmüş olan ve bu konu ile ilgili uluslararası dergilerde hakemlik ve editörlük yapan Avustralya'da hemşirelik okulundan çalışan Prof. Dr. Sally Wellard tarafından kritik edilmiştir. Araştırmanın RUM'a göre yapılandırılması konusunda model sahibi Dr. Callistra Roy ile yazışma yapılmış ve araştırmanın modelle uyumu hakkında onay alınmıştır.

4.1.BULGULAR

Karaciğer transplantasyonu hastalarının fiziksel, emosyonel, sosyal roller ve sosyal ilişkiler ile ilgili deneyimleri Roy Uyum Modelinin dört uyum alanına göre sınıflandırılmıştır. Her uyum alanı KT sonrası hastaların iyileşme süreci içerisinde farklı zamanlarda yaşadıkları deneyimleri tanımlayan uyumlu ve uyumsuz davranışları içermektedir.

Fizyolojik Alan

Roy, fizyolojik alanda insanın temel fizyolojik gereksinimlerini tanımlamıştır. Fizyolojik uyum insan vücudu, patafizyoloji, insanların fiziksel ve fizyolojik problemlerine karşı uyumlu davranışları içermektedir (Roy 2009).

Bu araştırmada, karaciğer nakli sonrası erken dönemde (ilk üç ay) olan KT hastalarının, fizyolojik alanda daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. KT hastalarının büyük bir çoğunluğu, iştahta artma, bulantı, kusmayı içeren sindirim sistemi ile ilgili uyumsuz davranışlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. KT hastalarının birçoğu oligüri, diare, konstipasyon ve karında şişlik yaşadıklarını ifade etmiştir. Ayrıca, hastaların büyük bir çoğunluğu ağız içinde yara (pamukçuk-kandida albicans, uçuk-herpes simpleks) sorunu yaşadıklarını açıklamıştır. KT hastaları, yaşadıkları bu sorunların kullandıkları ilaçlara bağlı geliştiğini düşündüklerini ama ilaçlarının yan etkilerini tam olarak bilmediklerini ifade etmişlerdir. Birçok hasta nakil sonrası tam olarak diyetleri, ilaç tedavileri ve nakil sonrası dikkat edilmesi gereken birçok konu hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir.

“Biliyorum bu ilaçlar bizi hasta ediyor ama bu yaşadığım sorunların ilaçlara mı bağlı geliştiği konusunda emin değilim”

Canlı vericisi aile bireyleri olan KT hastaları kendilerini vericilerine karşı sorumlu hissettikleri için nakil sonrası karaciğer nakli ekibinin tüm önerilerine çok fazla dikkat ettiklerini ve daha az fiziksel sorun yaşadıklarını açıklamışlardır.

“Annemin yaptığı fedakarlıktan dolayı ilaçlarıma ve kendime çok dikkat ediyorum” (vericisi annesi olan bir KT hastası).

Bazı hastalar KT sonrası özellikle erken dönemde maske kullanımı gibi enfeksiyondan korunma yöntemlerine dikkat ettiklerini ve bundan dolayı herhangi bir enfeksiyon hastalığı yaşamadıklarını belirtmişleridir. KT hastalarının bir çoğu kış aylarında çok fazla üst solunum yolu enfeksiyonu yaşadığını belirtmiştir. Ancak bu hastalar, neden enfeksiyon riskleri olduğunu ve enfeksiyondan korunmak için nelere dikkat edilmesi gerektiğini bilmediklerini

ifade etmişlerdir. İki KT hastası ilaçlarını çok düzenli kullanmalarına rağmen organ reddi yaşadıklarını açıklamışlardır.

“Enfeksiyon kapmak benim için neden önemli? Kendimi en iyi nasıl enfeksiyondan koruyabilirim?”

KT hastaları transplantasyon sonrası erken dönemde çoğunlukla insizyon alanlarında, dren çıkış yerlerinde, sırt ve eklem bölgelerinde ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. KT hastaları, ağrılarını azaltmak ve ağrı yaşamamak için fiziksel hareketlerini azalttıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda, KT hastaları transplantasyon sonrası geçen süre arttıkça karında asit birikiminde, ödemde azalma ve yara yerinde iyileşme ile birlikte ağrılarında farkedilir derecede azalma yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bazı hastalar ise nakil sonrası ağrının olması gereken bir durum olarak gördüklerini bildirmiştir.

“Çok büyük bir ameliyat oldum ve karaciğerim değişti olacak o kadar ağrı. Ben ağrılarımı hiç önemsemiyorum”.

Tüm hastalar KT sonrası erken dönemde günlük yaşam aktiviteleri ve sık sağlık kontrolleri nedeniyle çeşitli seviyelerde yorgunluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bazı hastalar, transplantasyon sonrası yorgunlukta azalma, fiziksel harekette ve uyku düzeninde iyileşme yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bazı hastalar ise ağrı ve anksiyete nedeniyle fiziksel sınırlılık ve uykusuzluk yaşadıklarını açıklamışlardır. KT sonrası uzun dönemde olan ve KT uygulanan hastaneye uzak bir bölgede oturan hastalar sağlık kontrolleri nedeniyle hastaneye gelirken yolculuktan dolayı yorgunluk yaşadıklarını ve bu durumdan çok rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir.

“Sirozlu dönemime göre kendimi çok iyi hissediyorum. Enerjim inanılmaz ve kendimi bu kadar iyi hissetmeme kendi kendime şaşıyorum.”

“...Çok çabuk yoruluyorum. Örneğin mutfağa gitmek ve bişeyler yapmak istiyorum ancak sonrasında çok çabuk yoruluyorum ve yapamıyorum. ”

Bazı KT hastaları nakil sonrası yüksek tansiyon yaşadıklarını, yüksek tansiyonun nedenini ve nelere dikkat etmeleri gerektiğini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Birçok hasta nakil sonrası unutkanlık yaşadıklarını ve bunun hayatlarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Bu hastalar aynı zamanda konsantrasyon ve anlamada zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“Ben en fazla bu unutkanlıktan şikayetçiyim ilacımı aldım mı almadım mı unutuyorum. Her şeyi unutuyorum.”

KT sonrası diyabet tanısı alan bir hasta diyabet hastalığının kendisinde neden geliştiğini ve nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir. Karaciğer nakli sonrası bir karaciğer nakli hastası menstrual siklusu normale döndüğünü ve bunun onu çok olumlu

etkilediğini belirtmiştir. Bir KT hastası ise KT sonrası kan glikoz seviyesi normal düzeye gelmesinden dolayı kendini fiziksel olarak çok daha iyi hissettiğini ifade etmiştir.

Benlik Kavramı Alanı

Benlik kavramı alanı kişinin kendi kendisini nasıl gördüğünü açıklamaktadır. Benlik kavramı alanı, fiziksel benlik ve kişisel benlik olmak üzere iki alt alana ayrılmaktadır. Fiziksel benlik altalanı, beden imajı ve beden algısını içermektedir. Beden imajı kişinin fiziksel görünümünü ve vücut fonksiyonları ile ilgili olarak kişinin kendini nasıl hissettiğini tanımlamaktadır. Beden algısı ise kişinin inanışları ve kendisi hakkında duygularını açıklamaktadır (Roy 2009).

Bazı KT hastaları, güçsüzlük ve aşırı kilo alma, kıllanma, ödem ve leke oluşumu gibi olumsuz değişiklikler deneyimlediklerini belirtmektedir. Bu hastalar karaciğer nakli sonrası bu sorunların nedenini bilmedikleri için endişelendiklerini bildirmişlerdir. Bazı KT hastaları, karaciğer nakli sonrası karaciğer nakli öncesine göre sarılık, ciltte döküntü, morluklar, karında şişliğinin (asit birikimi) azaldığını ve kilo aldıklarını belirtmişlerdir. Bu hastalar fiziksel görünüşlerinden memnun olduklarını ve kendilerini iyi hissettiklerini belirtmişlerdir.

“...nakilden sonra cildimin rengi açıldı. Cildim çok güzel görünüyor şimdi.”

Birçok KT hastası, nakil sonrası uzun dönemde cinsel hayatlarında belirgin bir düzelme olduğunu ifade ederken bazı hastalar ise cinsel hayatlarında sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Nakil sonrası cinsel hayatım kalmadı. Eşim bana anlayış gösteriyor ama bundan dolayı rahatsız oluyorum.” (Erkek KT hastası)

KT hastalarının çoğunluğu transplantasyon sonrası kendilerinin yeniden doğmuş gibi hissettiklerini ve canlı vericilerinin yapmış oldukları fedakarlıktan dolayı kendi bakımlarına çok dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Hastalar, olumlu düşünmenin kendi sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceğini ve transplantasyon sonrası geçen süre içerisinde sağlıklarının iyiye gideceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Birçok hasta KT sonrası dini eğilimlerinin ve uygulamalarının arttığını belirtmişlerdir.

“Fiziksel olarak çok iyiyim. Kendimi yeniden doğmuş gibi hissediyorum.”

“...Bir Kuran aldım ve onu okumaya başladım. Ameliyattan sonra bu tip şeylere ilgim arttı.”

Bazı KT hastaları drenler ve sağlık kontrollerinden dolayı anksiyete yaşadıklarını ve enfeksiyon, rejeksiyon korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu hastalar rejeksiyondan korunmak için ilaç tedavileri ve kontrollerine dikkat ettikleri halde rejeksiyon korkusu

yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Rejeksiyonun belirtilerini bilerek kendilerini bu yönde kontrol etmek istediklerini belirtmişlerdir.

“...herşeyden panik oluyorum ve kendimi ölüme çok yakın hissediyorum. Her an birşey olacakta bende birşey gelişecek diye düşünüyorum. Kimse bende karaciğer reddi gelişmeyeceğini garanti edemez.”

KT hastaları, kadavra verici aileleri ve canlı vericilerin (özellikle vericisi oğlu olanlar) sağlık durumu hakkında endişelendiklerini ve suçluluk hissettiklerini belirtmişlerdir. Canlı vericisi aile bireylerinden olan bazı KT hastaları, vericilerinin yaptığı fedakarlıktan dolayı yaşama daha sıkı bağlı olduklarını ifade ederken bazı hastalar ise vericilerine verdiği zarardan dolayı pişmanlık yaşadıklarını ifade etmiştir. Aynı zamanda KT hastaları transplantasyon sonrası işsizlik, KT sonrası tedavi masrafları ve sağlık kontrolleri için yol masrafları (hastaneye uzakta oturan hastalar için) nedeniyle maddi sıkıntılar yaşamalarından dolayı anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Kadavra verici: “verici ailesini düşündüğüm zaman keşke olmasaydı diyorum. Her zaman onun ailesinin durumu hakkında endişeleniyorum.”

Canlı verici: “Oğlum bana karaciğerini verdi. Ben bundan dolayı psikolojik olarak çok etkilendim. Şimdi çok pişmanım ve hergün ölüyorum”

Rol Fonksiyon Alanı

Rol fonksiyon alanı, kişinin rollerinin yeterliliği, performansı, gelişimini tanımlamaktadır. İnsanın, toplum içinde kendi sosyal durumuna bağlı; primer (yaş, cinsiyet), ikincil (eş olma, meslek sahibi olma) ve üçüncül (bir derneğe üye olma) rolleri bulunmaktadır (Roy 2009).

Sadece iki KT hastası sekonder rolleri ile ilgili olarak transplantasyon öncesinde ki işine devam ettiklerini ve iş performansının etkilenmediğini belirtmişlerdir. Bu hastalar çalışmaya başladıktan sonra tam anlamıyla iyileştiklerini ve maddi sorunlarının azaldığını ifade etmişlerdir.

“ben devlet memuruyum. Bu güne kadar işimle ilgili kötü herhangi birşey yaşamadım.”

Birçok hasta KT sonrası uzun dönem işsiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Yorgunluk, sık sağlık kontrolleri, iş yerinde ki enfeksiyon riskinden dolayı işe devam edemediklerini belirtmişlerdir. Bazı hastalar ise transplantasyondan sonra emekli olmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. KT hastaları, nakil sonrası çalışma durumları ve ne tür işlerde çalışabilecekleri konusunda bilgilendirilme gereksinimleri olduklarını ifade etmişlerdir.

“daha önce benim işim çok güzeldi. Ameliyattan sonra işten kovuldum. Ben yarım insan değilim fakat karaciğer nakli hastaları hiçbir yerde iş bulamıyor. Bu yüzden büyük maddi sorunlarım var”.

Karşılıklı Bağlılık Alanı

Karşılıklı bağlılık alanı kişiler arasında ki ilişkilere odaklanmakta ve iki özel ilişkiyi tanımlamaktadır. Birincisi, kişi için önemli olan diğer kişilerle ilişkidir. İkincisi, destek sistemleri ile ilişki ve karşılıklı bağlılık gereksinimlerini içermektedir (Roy 2009).

KT hastaları, transplantasyon sonrası aile içi ilişkilerinde iyileşme ve diğer KT hastaları ile iletişimlerinin kendilerini olumlu etkilediklerini belirtmişlerdir. Canlı vericileri ve kadavra verici aileleri ile aralarında özel bir bağ oluştuğunu ifade etmişlerdir. Nakil sonrası iş durumları olumsuz etkilenen tüm hastalar maddi sorunlar nedeniyle aile içi dinamiklerinin bozulduğunu açıklamışlardır.

“hastanede beklerken karaciğer nakli olan hastalarla görüşmek beni olumlu etkiliyor. Benimle aynı sorunları ve aynı deneyimleri yaşayan kişilerle konuşmaktan keyif alıyorum”

KT hastaları, nakil sonrası enfeksiyon riskinden ve maske kullanımından dolayı sosyal izolasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Nakil merkezinden uzakta yaşayan tüm hastalar nakil sonrası ilk altı ay rutin sağlık kontrollerinin sıklığından dolayı nakil merkezinin yakınında ev kiraladıkları için kendilerini yalnız hissettiklerini belirtmişlerdir.

“Hastaneden çıktıktan sonra sık sık kontrole gelmem gerektiği için burda ev kiraladık. Burada kimseyi tanımıyoruz bu yüzden kendimizi çok yalnız hissediyoruz.”

Destek gereksinimleri

Hastalar, transplantasyon süreci içerisinde aileleri, sağlık profesyonelleri (doktor ve hemşire), yakınları, arkadaşları ve diğer KT hastalarından destek aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, hastalar transplantasyon sonrası erken dönemde doktor ve hemşirelerin desteğine daha fazla gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.

“Nakil sonrası ailem beni çok destekledi. Allah razı olsun doktorlarımız ve hemşirelerimizde bize çok yardımcı oldular.”

Hastalar özellikle KT sonrası erken dönemde yaşadıkları yorgunluk ve ağrı nedeniyle kişisel bakım aktivitelerinde zorlandıkları için fiziksel bakım gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların hepsi nakil sonrası psikolojik desteğe çok fazla gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir.

“Bence transplantasyon hastaları diğer hastalardan farklı olduğu için psikoloji çok önemli “

Ayrıca hastalar, KT sürecinde işten ayrılmak zorunda kaldıkları, çalışma performansında azalma ile birlikte maaşlarında azalma, tedavi masrafları, sağlık kontrollerine gelebilmek için yol masrafları ve canlı vericinin iş kaybına bağlı maddi sorunlar yaşamaları nedeniyle maddi destek gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

“Nakilden sonra sağlık raporu verildiği ve alışamadığım için (nakil sonrası ilk altı ay) maaşımı az aldım ama ben bunu bilmiyordum bu konularda bilgilendirilmemiz gerekir.”

5.1. TARTIŞMA

Araştırma verileri RUM'un uyum alanları bağlamında tartışılmıştır.

Fizyolojik Alan

Bu çalışmada hastaların, immunosuppressif tedaviye bağlı iştahta artış (kortikosteroid), diyare ya da konstipasyon (miko fenolat mofetil), bulantı ve kusma görülmesi beklenen bir durumdur (Bufton ve ark. 2008, Moons ve ark. 2003, Estraviz ve ark. 2007). Hastaların, yeni hayatlarına uyum sağlama ve otonomilerini kazanmalarında bu sorunların yönetimi için eğitim ve danışmanlık önemlidir (Sargent, Wainwright 2007).

Önce ki araştırmalarda, hastaların bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde en fazla yorgunluk olmak üzere fiziksel aktivitede yetersizlik ve uykusuzluk yaşadığı bildirilmektedir (Forsberg ve ark. 2000, Bean 2005, Jones 2005, Dudley ve ark. 2007, Sargent, Wainwright 2007, Drent ve ark. 2009, Kugler ve ark. 2009). Bu çalışmada hastalar, yorgunluk ve fiziksel sınırlılıkları nedeniyle hemşirelerden öz bakım gereksinimlerini karşılamalarını beklemektedir. Hastaların gereksinim duydukları fiziksel bakım, bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanamaması ülkemizde hemşire sayısının yetersiz olması (ortalama 15-20 hasta : 1 hemşire) ve özel transplantasyon hemşiresi bulunmaması ile açıklanabilir. Özel transplantasyon hemşireleri, transplantasyon sürecinde transplantasyon alıcıları ve ailelerinin özel bakım, bilgi ve destek gereksinimlerini karşılamaktadır. Bundan dolayı, ülkemizde transplantasyon hemşireliği sertifika programının geliştirilmesine ve özel transplantasyon hemşirelerinin görev, rol ve sorumluluklarının belirlenmesine gereksinim vardır.

KT hastalarında enfeksiyon, rejeksiyon ve hepatitin tekrar etmesi yaşamı tehdit eden önemli sorunlardır (Forsberg ve ark. 2000, Bean 2005, Jones 2005, Sargent & Wainwright 2007, Nilsson ve ark. 2008, Aytaman ve ark. 2010). Koruyuculuk alt alanı, fiziksel alan içerisinde KT hastalarına özel sorunların görüldüğü önemli bir boyuttur. Bu nedenle, transplantasyon hemşirelerinin hastaların davranışlarını bu alanda daha dikkatli değerlendirmesi ve uyumlu davranışlar geliştirilmesine yönelik eğitim (Myers, Pellino 2009) ve danışmanlık vermesi önemlidir.

Ağrı, hastaların fiziksel hareketlerini, psikolojik ve çalışma durumunu etkileyen önemli bir sorundur. Ağrı yönetimi temel hemşirelik uygulamalarından biri olmasına rağmen bizim çalışmamızda hastalar çok ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Transplantasyon hastalarında ağrıyı etkileyen birçok faktör vardır. Literatürde canlı vericiden karaciğer transplantasyonunda alıcıların daha fazla ağrı deneyimlediği belirtilmektedir (Fukunishi ve ark. 2001). Bizim çalışmamızda, hastaların yoğun ağrı deneyimlemeleri, hastaların canlı vericilerinin çoğunlukla birinci dereceden akrabaları (oğlu, annesi) olması ve yakınlarına zarar

verme nedeniyle anksiyete yaşamaları ile açıklanabilir. Canlı vericiden KT oranı yüksek olan bizim gibi ülkelerde KT hastalarında anksiyete ve ağrı yönetimine daha fazla önem verilmesine gereksinim vardır.

Bizim çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak ödem, karında asit birikimi ve morarmaların az oranda yaşandığı belirlenmiştir (Drent ve ark. 2009, Kugler ve ark. 2009). KT hastalarında, morarmaların görülmesi karaciğerin pıhtılaşma mekanizmasında ki görevini yerine getirememesi ile ilgili önemli bir sorundur. Ancak RUM'da bu uyumsuz davranış ile ilgili özel bir açıklama bulunmamaktadır ve bu uyumsuz davranışın tanımlanmasına gereksinim vardır. Bu çalışmada KT sonrası uzun dönemdeki hastalar kan basıncında yükselme yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kan basıncında yükselme, uzun dönemde immunosupressif tedaviye bağlı (kortikosteroid, kalsenurin inhibitörleri) yaygın olarak görülen kardiyovasküler bir sorundur (Lui ve Thomas 2007, Drent ve ark. 2009, Kugler ve ark. 2009). Bu çalışmada hastalar, nörolojik boyutta unutkanlık, konsantrasyon (Moons ve ark. 2003) ve anlamada sorun yaşadıklarını belirtmektedir. Bu hastaların yaşamlarına uyum sürecinde bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanmasına gereksinim vardır.

Benlik Kavramı Alanı

Hemşire için, hastaların benlik kavramı alanı ile ilgili bilgi sahibi olması önemlidir. Ayrıca, hemşirelerin beden imajı, beden algısı ve cinsellik ile ilgili olarak hastaların fiziksel benliğinin uyumunu anlaması gerekir. Hemşireler, KT hastalarının benlik kavramı alanında anahtar bir rolü vardır (Roy 2009).

Önceki çalışmalarda, bu çalışmaya benzer şekilde hastaların en fazla kılınma olmak üzere, vücut ve yüz görünümünde değişiklik, ciltte incelme ve saçlarda dökülme gibi sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (Moons ve ark. 2003, Drent ve ark. 2009, Kugler ve ark. 2009). Hastalarda görülen bu sorunlar özellikle immunosupressif tedaviye bağlı olarak gelişmektedir (Ohler ve Cupples 2008). Bu nedenle hemşirenin, hastaları ilaç kullanımı (Myers ve Pellino 2009) ve yan etki yönetimi konusunda bilgilendirmesi önemlidir.

Bu çalışmada tüm hastalar, maddi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum ülkemizin gelişmekte olan bir ülke olması ve kişi başına düşen gelirin az olmasına bağlanabilir. Ülkemizde KT merkezlerinin büyük şehirlerde yer alması nedeniyle farklı bölgelerden gelen hastaların konaklama ve yol masrafları olmaktadır. Hastalara yol ücreti ve aylık özür maaşı gibi maddi destekler sağlanmakta ancak bu yetersiz kalmaktadır. Ayrıca KT sonrası iş kayıpları hastaların maddi durumunu olumsuz etkilemektedir. Türkiye'de ki KT merkezlerinde finansal danışman bulunmaması nedeniyle hastalar bu konuda

bilgilendirilmemektedir. Bizim gibi KT ekibinde finansal danışman bulunmayan ülkelerde hastalara hemşirlerin danışmanlık hizmeti vermesi önerilir.

Bizim hastalarımız, hayatta kaldıkları için kendilerini çok şanslı ve iyi hissetmekle birlikte anksiyete ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Nakil sonrası hastaların hayatları hızlı ve dramatik olarak değiştiğinden hastaların benlik kavramı alanı oldukça etkilenmektedir. Fiziksel ve psikolojik sorunlar nedeniyle hastalar genellikle yeni bedenlerinde karşı yabancılaşma yaşamaktadır (Sato ve ark. 1996). Hastaların psikolojik durumlarını etkileyen ilk etken enfeksiyon, rejeksiyon ya da komplikasyon gelişme korkusu yaşamaları ve gelecek hakkında endişelenmesidir (Forsberg ve ark. 2000, Bean 2005, Jones 2005, Sargent, Wainwright 2007, Nilsson ve ark. 2008). Bu nedenle hastaların karşılaşılabilecekleri sorunlar ve KT sonrası uzun dönem bakım konusunda bilgilendirilmesi gerekir (Myers ve Pellino 2009). İkinci etken, hastaların canlı verici ve kadavra verici ailelerine karşı borçluluk ve suçluluk duygusu hissetmesidir (Fukunishi ve ark. 2002, McGregor ve ark. 2009, Watanabe, Inoue 2010). Özellikle canlı vericiden KT’de, sağlıklı birine zarar verme ile ilgili suçluluk duygusu yoğun olarak yaşanmaktadır (Fukunishi ve ark. 2002, Watanabe, Inoue 2010). Türkiye’de canlı vericiden KT oranı oldukça yüksek olduğundan bu etken ülkemiz için önemlidir. Türkiye gibi canlı vericiden transplantasyon oranı yüksek olan ülkelerde hasta, vericisi ve ailelerinin canlı vericilik ve nakil süreci hakkında bilgilendirilmesi (Watanabe ve Inoue 2010) ve psikolojik olarak desteklenmesi (Jonsen 1998, Robertson 1999, Forsberg ve ark. 2000, Jones 2005) gerekir. Üçüncü etken, hastaların erken dönemde çok sayıda ilaç kullanması, ömür boyu ilaç kullanımı ve ilaçların yan etkileridir.

Rol Fonksiyon Alanı

Bizim çalışmamızda çoğu hasta rol fonksiyon alanında işten ayrılma, iş değiştirme ya da erken emekli olmak zorunda kalmıştır. Önceki araştırmalarda, KT hastalarının işe devam etmekte zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Bean 2005, Sargent ve Wainwright 2007, Watanabe ve Inoue 2010). KT hastaları, transplantasyon sonrası yaşadıkları fiziksel, psikolojik sorunlar ve enfeksiyon riskinden dolayı iş durumlarında olumsuz etkilenme yaşamaktadır. Diğer bir sorun hastaların yaşadıkları bölgelerin KT merkezlerine uzak olması nedeniyle kontrolleri için sık sık işten izin almak zorunda kalmalarıdır. Hastaların iş kayıpları aile bütçesini ve aile içindeki rolünü olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin, KT sonrası çalışma durumu ve yaşanabilecek sorunlar hakkında hasta ve ailelerini bilgilendirmesi önemlidir.

Karşılıklı Bağlılık Alanı

KT hastalarının, önceki çalışmalara benzer şekilde aile ilişkilerinde etkilenme, sosyal ilişkilerde izolasyon gibi sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (Jonsen 1998, Forsberg ve ark. 2000, Bean 2005, Jones 2005, Sargent, Wainwright 2007). Özellikle canlı vericiden KT'de aileler gelecek ile ilgili belirsizlik yaşamaktadır. Alıcı hayatta kalmıştır ancak aile içinde ki ilişkileri etkilenmiştir (Watanabe ve Inoue 2003). Bizim çalışmamızda, canlı vericisi aile bireylerinden (oğlu, annesi) olan hasta sayısı fazla olduğundan aile ilişkilerinde etkilenme boyutu önemlidir. Özellikle canlı vericiden KT'de, transplantasyon öncesi karar verme süreci ve KT sonrası erken dönem aile ilişkilerinin daha fazla etkilendiği dönemlerdir. Bu nedenle aile içi etkilenme sürecinin verici ve ailelerini içerecek şekilde uzunlanmasına incelenmesi önerilir. Türk kültüründe hasta ve ailelerinin ziyaret edilmesi önemlidir. Genellikle taburculuk sonrası hasta evleri çok kalabalık olmaktadır. Ancak KT hastaları, enfeksiyon riski nedeniyle bu ziyaretlere izin vermemekte ve bu durum hastaların sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. KT hastalarının kendileri gibi KT olan hastalarla etkileşime geçmesi uyumlarını olumlu etkilemektedir (Sargent ve Wainwright 2007). Bu yüzden, destek gruplar KT hasta ve aileleri için sosyal etkileşim ve sosyal destek açısından önerilebilir.

6.1. SONUC ve ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçları hemşireler için KT hastalarının uyum davranışları hakkında temel veri sağlamaktadır. RUM'a göre hemşirelik süreci; uyaran, uyum sürecinde olumsuz etkilenen davranışlar, bu davranışlara yönelik hemşirelik aktivitelerinin ve bu aktivitelerin etkisinin değerlendirilmesini içermektedir. Hemşirelerin RUM'un her uyum alanında özellikle uyumsuz davranışlar ile ilgili bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemesi gerekir. Hemşirelerin, bakım süreçlerinde kullanması açısından hastaların başetme yöntemlerini öğrenmesi önemlidir. Bu nedenle, gelecek çalışmalarda, uyumlu davranışlardan yola çıkarak hastaların başetme yolları incelenebilir. Hastaların bilgi ve destek gereksinimlerinin sosyal çevresi ve sağlık profesyonellerince karşılanması gerekir. Ayrıca bu araştırmaya RUM'un tüm uyum alanları arasında etkileşimi göstermesi açısından önemlidir. Örneğin hastada enfeksiyon gelişmesi fiziksel alanda ki uyumsuz davranışı göstermektedir, enfeksiyona bağlı olarak hastanın enfeksiyon korkusu yaşaması benlik kavramı alanı, hastanın yaşadığı enfeksiyona bağlı iş kaybı yaşamayı rol fonksiyon alanı, enfeksiyon yaşama ya da enfeksiyon riskinden dolayı sosyal izolasyon yaşama da karşılıklı bağlılık alanında ki uyumsuz davranışı göstermektedir.

2. AŞAMA: MODİFİYE TRANSPLANTASYON SONRASI SEMPTOM OLUŞMA VE RAHATSIZLIK DURUMU 59 MADDELIK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE UYARLAMA VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI - METODOLOJİK ÇALIŞMA

3.2. GEREÇ ve YÖNTEM

3.2.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma, Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 59 Maddelik Ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi karaciğer transplantasyon ve nefroloji polikliniği, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Balçova ilçesi temel sağlık ve aile sağlığı merkezinde Mart 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2.3. Araştırmanın Örnekleme:

Araştırmanın örneklemini, İzmir ilinde bulunan iki üniversite hastanesinde karaciğer ve böbrek transplantasyonu (BT) uygulanmış hastalar ve İzmir İli Balçova ilçesinde aile sağlığı merkezine başvuran sağlıklı kişiler oluşturmuştur.

Örnekleme dahil edilme ölçütleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İlk kez KT veya BT uygulanmış olmak,
- Kontrol grubu için KT ya da BT uygulanmamış ve immunosupressif ilaç kullanmıyor olmak,
- 18 yaş üzerinde olmak,
- Türkçe konuşuyor olmak,
- İşitme problemi olmamak,
- Gerçeği değerlendirme yeteneğinde bozukluk olmamak,
- Hastanede yatıyor olmamak,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmaktır.

3.2.4. Veri Toplama Araçları:

Hasta Tanılama Soru Formu (Ek-5)

- a. Sosyo-Demografik Özellikler
- b. Klinik Özellikler

Sağlıklı Grubu Tanılama Formu (Ek-11)

Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ (Ek-12)

Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 59
Maddelik Ölçeği-MTSORD-59 (Ek-13)

Hasta Tanılama Formu (Ek-5)

Bu form araştırmacılar tarafından hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini içermektedir. Form, sosyodemografik özellikler olarak; yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, klinik özellikler olarak; son dönem karaciğer yetmezliği etyolojisi ya da böbrek yetmezliği etyolojisi, transplantasyon zamanı, verici tipi, canlı verici yakınlığı, kullandığı immunosupressif ilaçları içermektedir.

Sağlıklı Grubu Tanılama Formu (Ek-11)

Bu form araştırmacılar tarafından karaciğer ve böbrek transplantasyonu uygulanan hastaların özelliklerini karşılaştırmak için sağlıklı grubun sosyodemografik ve klinik özelliklerini içermektedir. Formda, sosyodemografik özellikler olarak; yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, klinik özellikler olarak; sürekli kullandığı ilaçlar yer almaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ (Ek-12)

Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (Beck ve ark. 1961). BDÖ, Dünya genelinde depresyon durumu ve şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçek, depresyon semptomu durumu ve şiddetini değerlendiren 21 madde içermektedir. Her madde 0'dan (hiç yok) 3'e kadar (şiddetli) 4'lü likert tipinde skorlanmaktadır. Envanterden alınabilecek puan aralığı 0-63'tür. Yüksek puan daha yüksek depresyon semptomu yaşama durumu anlamına gelmektedir. BDÖ'nün Türk toplumunda kesme noktası 17 olarak kabul edilmiştir.

BDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Hisli ve ark. 1989). Kapçı ve arkadaşlarının (2008) Türk popülasyonunda yapmış olduğu çalışmada BDÖ'nün iç güvenilirlik katsayısı klinik grup (psikiyatri hastaları) için 0.98, test-retest değeri oldukça yüksek ($r=0.94$) ve ayırıcı geçerliliğinin iyi olduğu bulunmuştur. Ayrıca, BDÖ'nün böbrek (Moons ve ark. 2001) ve kalp (De Geest ve ark. 1998) transplantasyonu hastalarında güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda KT hastaları ve sağlıklı grup iç tutarlılık cronbach alpha güvenilirlik katsayıları, sırasıyla 0.89 ve 0.90 olarak bulunmuştur.

**Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Verme Durumu 59
Maddelik Ölçeği – MTSORD-59 (Ek-13)**

Bu ölçek, ilk olarak 1985 yılında Laugh ve arkadaşları tarafından kalp transplantasyonu sonrası immunosupressiflere bağlı gelişen semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek ilk geliştirildiğinde tıp ve hemşirelik

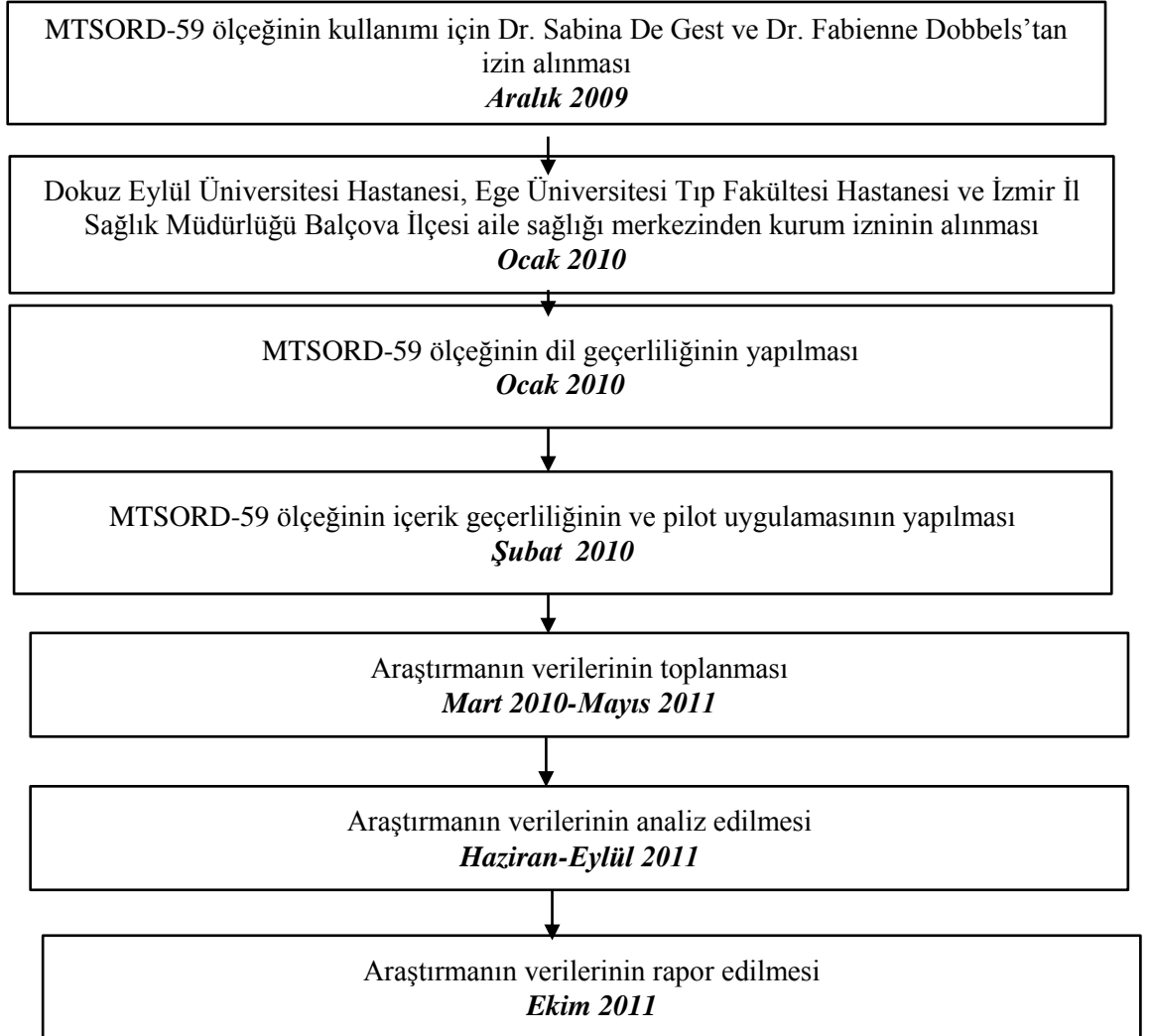
literatüründen ve transplantasyon hastalarıyla olan klinik deneyimlerden de faydalanılarak 27 Madde olarak geliştirilmiştir (Laugh ve ark. 1985). İlerleyen zamanlarda transplantasyon hastalarında kullanılan immunosupressif ilaçların değişimi ile birlikte ölçek yeniden düzenlenmiştir. Moons ve arkadaşları tarafından 27 maddelik versiyonu 2001 yılında yeniden düzenlendikten sonra geçerlilik çalışması yapılmaksızın birçok çalışmada farklı maddeler eklenerek yeniden düzenlenmiştir. Ölçüm aracının 59 maddelik formu olan son versiyonu 2008 yılında Dobbels ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Ek-14). MTSORD-59, eski ve yeni immunosupressif ilaçların yan etkilerinin hastada yansımaları değerlendiren bir ölçüm aracıdır.

MTSORD-59'un her maddesi immunosupressif ilaçların bir yan etkisini değerlendirmektedir. Her bir semptomun, semptomda semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu değerlendiren iki boyutu bulunmaktadır. Semptom oluşma boyutu, semptomun oluşma sıklığı ya da yoğunluğunu, semptom rahatsızlık durumu boyutu ise var olan semptomun kişide oluşturduğu sıkıntı verme durumunu değerlendirilmektedir. Semptom oluşma durumu 1'den (hiç olmadı) 5'e (her zaman oldu/çok fazla oldu) kadar ve semptom rahatsızlık durumu 0'dan (hiç sıkıntı vermedi) 4'e (aşırı derecede sıkıntı verdi) kadar değerlendirilmektedir. Semptom oluşma sıklığı "0" olan hastaların semptom rahatsızlık verme durumu değerlendirilmeye alınmamakta ve "0" olarak değerlendirilmektedir (Moons ve ark. 1998, Moons ve ark. 2001). Ölçeğin orijinalinde semptom oluşma ve rahatsızlık verme durumu dikey olarak değerlendirilmektedir.

MTSORD-59'un cinsiyete özel olarak kadınlar için menstrual problemler ve erkekler için impotans ile ilgili bir maddesi bulunmaktadır. Dobbels ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında, MTSORD-59'un içerik (yüzey geçerlilik) ve yapı (ayırıcı) geçerliliği test edilmiş ve iyi bulunmuştur. Dobbels ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında ayırıcı geçerlilik cinsiyet ve transplantasyon hastalarının depresyon seviyesine dayalı olarak analiz edilmiştir. Kadın hastaların semptom oluşma ($U=674$, $p=0.096$) ve rahatsızlık durumu ($U=219$, $p=0.017$) erkek hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Depresyon semptomları yüksek olan hastaların semptom oluşma ($U=586$, $p=0.030$) ve semptom rahatsızlık durumu ($U=187$, $P=0.006$) depresyon semptomları düşük olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (Dobbels ve ark. 2008). MTSORD-59 maddelik ölçeğinin her maddesi immunosupressiflerin yan etkilerine bağlı gelişen farklı semptomları içermektedir. Hastada gelişen bir semptom diğer bir semptomun gelişmesi anlamına gelmemektedir. Örneğin hastada kılınma semptomunun gelişmesi iştahta artma semptomunun gelişme durumunu etkilememektedir. Bu nedenle ölçeğin toplam puanı ve alt boyutları bulunmamaktadır.

Ölçeğin maddeleri doğası gereği homojen değildir ve bu nedenle ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı hesaplanmamaktadır. Bizim araştırmamızda da ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı hesaplanmamıştır. Ölçeğin güvenilirliği, test yarılama (split-half) yöntemi kullanılarak test edilmiştir. Ölçeğin maddeleri çift ve tek sayılı maddeler olarak ikiye bölünmüştür.

3.2.5. Araştırma Planı ve Takvimi:



Şekil 2.1. Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci

3.2.6. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin analizinde SPSS 15.0 (Statistical Package Social Science), Microsoft Office Excell 2007 ve Minitab kullanılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı verileri olan demografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde ve ortalama olarak verilmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun içerik analizinde uzmanların görüşlerinin test edilmesinde içerik analizi indeksi kullanılmıştır (Polit ve Beck 2006).

Semptom oluşma ve rahatsızlık durumu sıralı-ordinal olarak ölçülmektedir. Ridit analizi ordinal verilerin analizinde kullanılan istatistiksel veri analizidir. Ridit analizi, 1958 yılında geliştirilmiş olup günümüze kadar birçok araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir analiz

yöntemidir (Boss 1958, Levine ve ark. 1972, Patrick ve ark. 1977, Davidson 1984, Linda ve ark. 1987, Walter, Luc 1996, Brockett ve ark. 2002). Ridit terminolojisi “Relative to an Identified Distribution” kelimelerinin ilk harflerinin kısaltmasından oluşmaktadır. Ridit analizi sıralı ölçümlerde ölçülen değerlere ait seçeneklerin onaylanma düzeylerini ve tüm değişkenlerin onaylanma düzeylerinin sıralanmasını gözlemlemek ve yanıtlayan grupların aynı değişkeni onaylama derecesini karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır (Sermeus & Delesie 1996, Bross 1958). Ridit analizinde, sıralamalı sınıflar içinde ridit ağırlıklarının hesaplanmasını gerekir. Ridit analizi grupların karşılaştırılmasında bir referans grubu dağılımının bir olasılık durumunu temsil etmesi gerekir. Örneğin bu araştırmada yer alan örnekte ridit analizi, organ nakli hastalarında semptom görülme ve rahatsızlık durumunun sağlıklı gruptan (referans grubu) daha fazla ya da az olma olasılığını göstermektedir.

Ridit analizinin kullanılabilmesi için referans grubuna gereksinim vardır. Referans grubunun seçimi araştırmanın amacına bağlıdır. Bizim çalışmamızda, organ nakli hastalarının semptom görülme ve rahatsızlık durumunun incelenmesinde referans grubu olarak organ nakli hastalarının kullandıkları ilaçları kullanmayan ve bu semptomları yaşamadığı varsayılan sağlıklı grup referans grubu olarak seçilmiştir. Ridit analizinde referans grubunun ridit değeri 0.5 olarak hesaplanması gerekir. Referans grubu ile karşılaştırılan grubun ridit değerinin 0.5’ten küçük olması referans grubunda daha az semptom yaşaması, 0.5’ten büyük olması referans grubundan daha çok semptom yaşaması anlamına gelmektedir (Bross 1958, Walter 1996).

Ölçeğin yapı geçerliliğinin test edilmesinde bilinen grupların karşılatılması kullanılmıştır. Ridit analizi bilinen gruplar geçerliğin test edilmesinde ve organ nakli hastalarında en çok görülen on semptomun belirlenmesinde kullanılmıştır. Ayrıca, MTSORD – 59 ölçeğinin bilinen gruplar geçerliliğinin test edilmesinde puan ortalaması kullanılmıştır. Araştırma verilerinin dağılımını belirlemek için Hotelling’s T^2 testi ($F= 10.953$, $p= .000$), Friedman’s Ki-Kare ve Tukey ($X^2=1418.376$, 667.068 , $p= .000$) analizleri yapılmış ve bu analizler sonucunda verilerin normal dağılımda olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle araştırmanın verilerinin analizinde, nonparametrik testler kullanılmıştır. Bilinen grupların karşılaştırılmasında kadın ve erkek transplantasyon hastalarının; Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlara göre iki gruba ayrılan organ nakli hastalarının; organ nakli hastaları ve sağlıklı grubun semptom oluşma ve rahatsızlık durumu puan ortalamaları arasında ki fark Man Whitney U analizi ile test edilmiştir (Tablo 2.1).

Ölçeğin güvenilirliği yarılama yönetimi (split half) yöntemi ile test edilmiştir. Ölçek maddeleri tek ve çift numara ile başlayan ölçek maddelerinin ikiye bölünmesi sonrasında iki grup arasında ki korelasyon Spearman Brown korelasyon analizi ile test edilmiştir (Tablo 2.1.)

Tablo 2.1. MTSORD-59'un Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasında Kullanılan Yöntemler ve İstatistiksel Analizler

İncelenen özellik	Kullanılan yöntem	İstatistik Analizler
Transplantasyon hastalarının; <ul style="list-style-type: none"> yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, transplantasyon etyolojisi, kullanılan immunosupressif ilaçlar, 	Tanımlayıcı istatistikler	Sayı, yüzde ve puan ortalaması
Organ transplantasyonu hastalarının ve sağlıklı kişilerin depresyon düzeyi	Tanımlayıcı istatistikler	Puan ortalaması
Ölçeğin içerik geçerliliği	Uzman görüşü	İçerik analizi indeksi: <ul style="list-style-type: none"> Ölçek içerik analizi indeksi Madde içerik analizi indeksi
- Cinsiyete ve depresyon düzeylerine göre iki gruba ayrılan transplantasyon hastalarının semptom oluşma sıklığı ve rahatsızlık durumu ridit puanları - Transplantasyon hastalarının ve sağlıklı kişilerin MTSORD-59 ölçeğine göre semptom oluşma sıklığı semptom rahatsızlık durumu ridit puanları	Ridit analizi	Ridit analizi
- Cinsiyete ve depresyon düzeylerine göre iki gruba ayrılan transplantasyon hastalarının semptom oluşma sıklığı ve rahatsızlık durumu puan ortalamaları arasında ki fark. - Transplantasyon hastalarının ve sağlıklı kişilerin semptom oluşma sıklığı ve rahatsızlık durumu puan ortalamaları arasında ki fark.	Yapı geçerliliği <ul style="list-style-type: none"> Bilinen gruplar karşılaştırılması 	Man Whitney U analizi
- Ölçek güvenilirliği.	Yarılama yöntemi (Split-half)	Spearman Brown testi

3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırmanın örneklemini sadece karaciğer ve böbrek transplantasyonu hastaları oluşturmaktadır. Bu nedenle ölçeğin diğer organ nakli hastalarına (pankreas, kalp, akciğer vb) genellenmesi için diğer organ nakli hastalarında da test edilmesi önerilmektedir

3.2.8. Etik Kurul Onayı:

Örneklem ölçütlerini karşılayan hastalara (Ek-7) ve sağlıklı popülasyona (Ek-8) görüşüme öncesi araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu ve Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı kurum izni alınmıştır (Ek-4.1, Ek 4.2). Aynı zamanda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden (Ek-9) ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-10) kurum izni alınmıştır.

4.2. BULGULAR

Örneklem özellikleri

Araştırmanın örneklemini 100 KT ve 80 BT hastası olmak üzere toplam 180 organ transplantasyonu hastası ve 180 sağlıklı kişi oluşturmaktadır.

Organ transplantasyon hastalarının yaş aralığı 18-65 arasında olup yaş ortalaması 43.58 ± 11.96 'dir. Organ transplantasyon hastalarının, %56'sının erkek ve %80'inin evli olduğu bulunmuştur. Hastaların, %13, %15, %19, %37 ve %23'ünün organ transplantasyonu sonrası geçen süreleri sırasıyla 3-6 ay, 6-12 ay, 1-2 yıl, 2-5 yıl ve 5 yılın üstü olarak saptanmıştır. KT hastaları için en yaygın karaciğer hastalığı etyolojisi viral hepatit (%39), BT hastaları için en yaygın böbrek hastalığı etyolojisi hipertansiyon (%20) olarak bulunmuştur. Organ transplantasyon hastalarının immunosupresif ilaç tedavileri Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

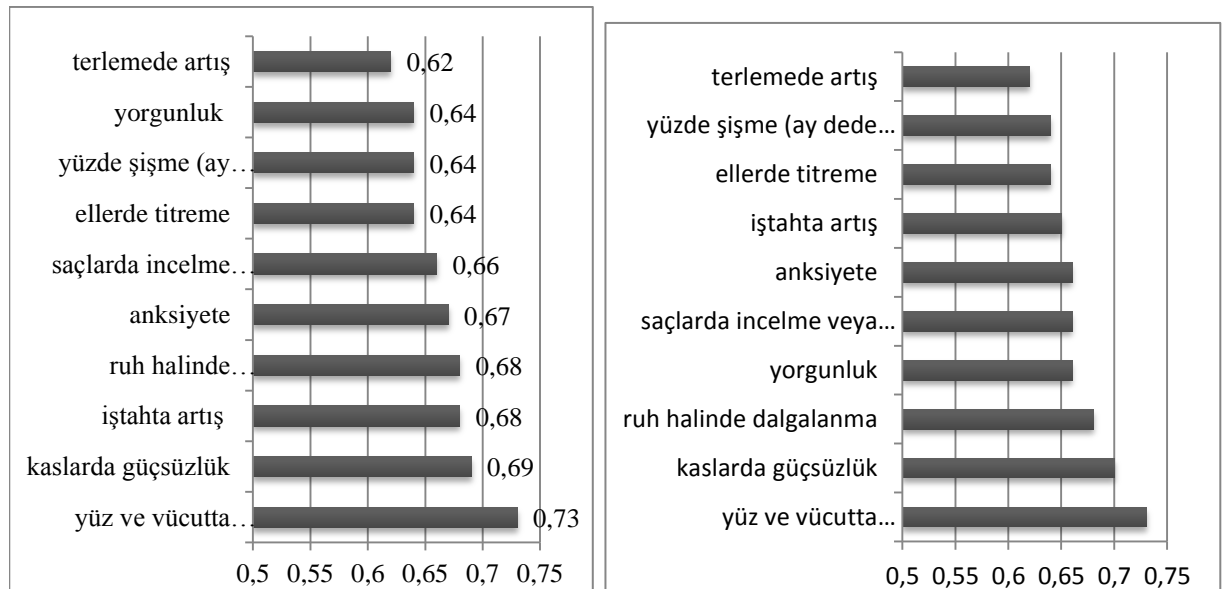
Sağlıklı kişilerin yaş aralığı 18-65 arasında olup yaş ortalaması 42.14 ± 13.03 olarak bulunmuştur. Literatürde semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu yaş ve cinsiyet durumunun etkilediği belirtilmektedir (Jackson ve ark. 1998, Moons ve ark. 1996). Bu nedenle organ transplantasyonu ve sağlıklı kişilerin yaş ve cinsiyet özellikleri arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu analiz sonucunda iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark olmadığı bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 2.2).

Table 2.2. Organ Transplantasyonu Hastaları (N=180) ve Sağlıklı Kişilerin (N=180) Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Organ transplantasyonu hastaları (&KTH=100, BTH=80)	Sağlıklı kişiler (n: 180)	*p
Yaş ortalaması (yıl)	Ortalama ±SS 43.58±11.96	Ortalama±SS 42.14±13.03	0.271
Cinsiyet (%)			
Erkek	101 (%56)	100 (%56)	0.916
Kadın	79 (%44)	80 (%44)	
Medeni durum (%)			
Evli	36 (%20)	69 (%40)	0.012
Bekar	143 (%80)	109 (%60)	
Eğitim durumu (%)			
İlköğretim	128 (%71)	60 (%33)	0.000*
Lise	29 (%16)	66 (%37)	
Üniversite	23 (%13)	54 (%30)	
Depresyon Ortalaması Puan	7.02±7.03	4.06±5.61	0.000*
İmmunosupresif tedavi (%) [†]	a. Üçlü tedavi (Takrolimus)= 31 (%17) b. Üçlü tedavi (Siklosporin)= 45 (%25) c. İkili tedavi (Takrolimus)= 13 (%7) d. İkili tedavi (Siklosporin)= 15 (%8) e. Sadece Takrolimus = 40 (%22) f. Sadece Siklosporin = 11 (%6) g. Sirolimus/everolimus = 25(%15)		

*p<0.05, &: LTH: Karaciğer transplantasyonu hastası, BTH: Böbrek transplantasyonu hastası

[†]Üçlü tedavi (takrolimus)= Takrolimus+Mifofenolat Mofetil+Steroid, Üçlü tedavi (siklosporin): Siklosporin+Mikofenolat Mofetil+Steroid, İkili tedavi(Takrolimus)= Takrolimus+Mikofenolat Mofetil, İkili tedavi(Siklosporin)= Siklosporin+Mikofenolat Mofetil



Şekil 2.2. Transplantasyon Hastalarında En Fazla Görülen On Semptomun Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Boyutuna Göre Dağılımı (Referans Grubu= Sağlıklı Grup= 0.50)

Şekil 2.2.'de transplantasyon hastalarında en fazla görülen on semptomun, semptom oluşma ve rahatsızlık boyutuna göre dağılımı gösterilmiştir. Semptom oluşma boyutuna göre en fazla görülen on semptom sırasıyla; terlemede artış, yorgunluk, yüzde şişme (ay dede yüz), ellerde titreme, saçlarda incelme, anksiyete, ruh halinde dalgalanmalar, iştahta artış, kaslarda güçsüzlük, yüz ve vücutta kıllanmada artıştır. Semptom rahatsızlık boyutunda en fazla görülen on semptom sırasıyla; terlemede artış, yüzde şişme (ay dede yüz), ellerde titreme, iştahta artış, anksiyete, saçlarda inceleme veya dökülme, yorgunluk, ruh halinde dalgalanma, kaslarda güçsüzlük, yüz ve vücutta kıllanmada artıştır (Şekil 2.2).

Geçerlilik

Ölçeğin geçerliliğinin sınanmasında dil, içerik ve yapı geçerliliği kullanılmıştır.

Dil geçerliliği

Ölçeğin İngilizce versiyonu Türkçeyi iyi bilen iki İngilizce dil uzmanı ve bir hemşirelikte doktorası olan öğretim üyesi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin geri çevirisi, ana dili Türkçe olan ölçeğin İngilizce versiyonunu görmeyen iki İngilizce dil uzmanı tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu araştırmacı tarafından düzenlenmiş ve örneklem özelliklerini karşılan 15 karaciğer transplantasyonu hastasına uygulanmıştır. Pilot uygulama sonrası hastaların önerileri doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. Yapılan değişiklikler;

- Ölçeğin her maddesi semptom oluşma sıklığı ve rahatsız durumunu tanımlayan iki bölüm içermektedir. Ölçeğin anlaşılabilirliği açısından her madde için, ilk bölüm-semptom oluşma sıklığı ya da şiddeti: a, ikinci bölüm- semptom rahatsızlık oluşturma durumu; b olarak adlandırılmıştır.
- Ölçeğin orjinal versiyonunda her madde için semptom oluşma ve rahatsızlık oluşturma durumu dikey olarak yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda her madde için semptom oluşma sıklığı ve rahatsızlık oluşturma durumu yatay olarak değiştirilmiştir.

Örnek: Ölçeğin orjinal versiyonu

1. Nefes darlığı yaşadım Hiç olmadı Çok az oldu Biraz oldu Çok oldu Çok fazla oldu	Nefesimde daralma olması Hiç sıkıntı Vermedi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Aşırı derecede sıkıntı verdi
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ölçeğin Türkçe versiyonu

1a.	Nefes darlığı yaşadım	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
1b.	Nefesimde daralma olması	Hiç sıkıntı Vermedi		Aşırı derecede sıkıntı verdi		
		0	1	2	3	4

- Ölçeğin orijinal versiyonunda yer alan 46. maddesi “Kenidimi yorgun hisettim - I have felt tired” ve 47. maddesi “Enerjimde azalma oldu - I have had lack of energy” arasında anlam benzerliği olduğu belirtildiği için 47. madde çıkarılmıştır.

İçerik geçerliliği

Ölçeğin içerik geçerliliği için cerrahi hastalıkları hemşireliği anabilim dalı (n=7) öğretim elemanları ile uzman paneli yapılmıştır. Uzman paneli sonrası önerilen değişiklikler yapılmış ve uzmanlara gönderilmiştir. Uzmanlarla kişisel olarak yüz yüze görüşülerek ya da e-posta ile iletişim kurularak araştırmanın amacı açıklanmıştır. Ölçeğin multidisipliner uzman görüşü; karaciğer transplantasyonu alanında çalışan iki klinik hemşire, dört karaciğer transplant cerrahı, bir karaciğer nakli hepatoloğu, karaciğer transplantasyonu polikliniğinde görev yapan bir hekim olmak üzere 8 uzmandan görüş alınmıştır. Ölçeğin her maddesi, uzmanlar tarafından 4 puanlık (en düşük 1 en yüksek 4) bir skala ile değerlendirilmiştir. Uzmanlardan düşük puan verildikleri maddeler ile ilgili görüş ve önerilerini belirtmeleri istenmiştir. Düşük puan verilen maddeler uzmanların önerileri doğrultusunda değiştirilmiştir. Ölçeğin son versiyonu tekrar uzmanlara gönderilmiş ve onay alınmıştır. Ölçeğin içerik geçerliliğini test etmek için içerik analizi kullanılmıştır. Ölçeğin ölçek ve madde içerik analizi indeksi 1.0 olarak bulunmuştur (Polit ve Beck 2006). Uzman görüşünden sonra ölçeğin son versiyonu örneklem özelliklerini karşılayan 30 karaciğer transplantasyon hastası ile pilot uygulama yapılmıştır. Hastalar ölçeğin anlaşılır olduğunu belirtmiş ve bir değişiklik önerisinde bulunmamıştır. Uzman görüşü sonrası yapılan değişiklikler;

- Ölçeğin orijinal versiyonunda ki maddelerin sırası değiştirilmiştir. Bir biri ile yakından ilgili olduğu düşünülen aynı sistemin sorunlarını tanımlayan maddeler ard arda sıralanmış. Örneğin ciltle ilgili sorunları tanımlayan 1, 7, 9, 14, 50. maddeler ard arda sıralanmıştır.
- Ölçeğin orijinal versiyonunda yer alan 3. maddesi “Nefessiz kaldım - I have wind” ve 53. maddesi “Nefes darlığı yaşadım - I have been short breath” arasında anlam benzerliği olduğu belirtildiği için 3. madde çıkarılmıştır.
- Ölçeğin orijinal versiyonunda yer alan 7. maddesi “I have had an abnormal skin color”, “Cildimde koyulaşma oldu” şeklinde değiştirilmiştir.
- Ölçeğin orijinal versiyonunda yer alan 13. maddesi “Sesimde değişiklik oldu - I have had an altered voice” daha anlaşılır hale getirilebilmesi için kadınlar için “Sesimde kalınlaşmam oldu” ve erkekler için “Sesimde incelme oldu” olarak değiştirilmiştir.
- Ölçeğin orijinal versiyonunda yer alan 35. maddesi “I have been experiencing mood swings”; “Ruh halimde dalgalanmalar oldu” şeklinde değiştirilmiştir.

- Ölçeğin orjinal formunda yer alan 37. maddesi “My facial features have changed” anlaşılabilirliği düşük olduğu için çıkarılmıştır.
- Ölçeğin orjinal formunda yer alan 43. maddesi “I have had muscle weakness”, “Kaslarımda güçsüzlük oldu.” şeklinde değiştirilmiştir.
- Ölçeğin orjinal versiyonunda yer alan 48. maddesi “Mide problemlerim oldu, Bulantı ve kusmam oldu- I have had stomach complaint, I have felt nauseous and/or I had to vomit” farklı iki problemi tanımladığı için “Mide problemlerim oldu - I have had stomach complaint” ve “Bulantım ve kusmam oldu - I have felt nauseous and/or I had to vomit” olarak iki maddeye ayrılmıştır.
- Ölçeğin Türkçe formuna “Diş çürüklerimde artış oldu.” maddesi eklenmiştir.
- Ölçeğin orijinal formunda yer alan 59. maddesi “My eyes have been sensitive to light”, “Işığa bakmakta güçlük yaşıyorum” şeklinde değiştirilmiştir.

Ölçeğin içerik geçerliliği çalışmasından sonra ölçek madde sayısı 58’e düştüğünden ölçeğin Türkçe versiyonu **MTSORD-58^{TR}** olarak adlandırılmıştır.

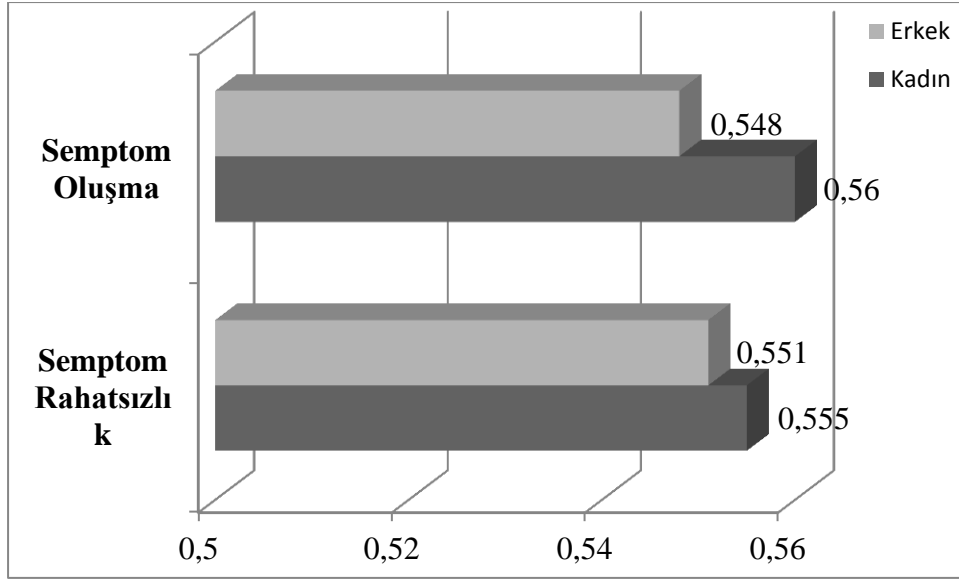
Yapı geçerliliği

Yapı geçerliliğinde bilinen grupların karşılaştırılması (known group approach) kullanılmıştır.

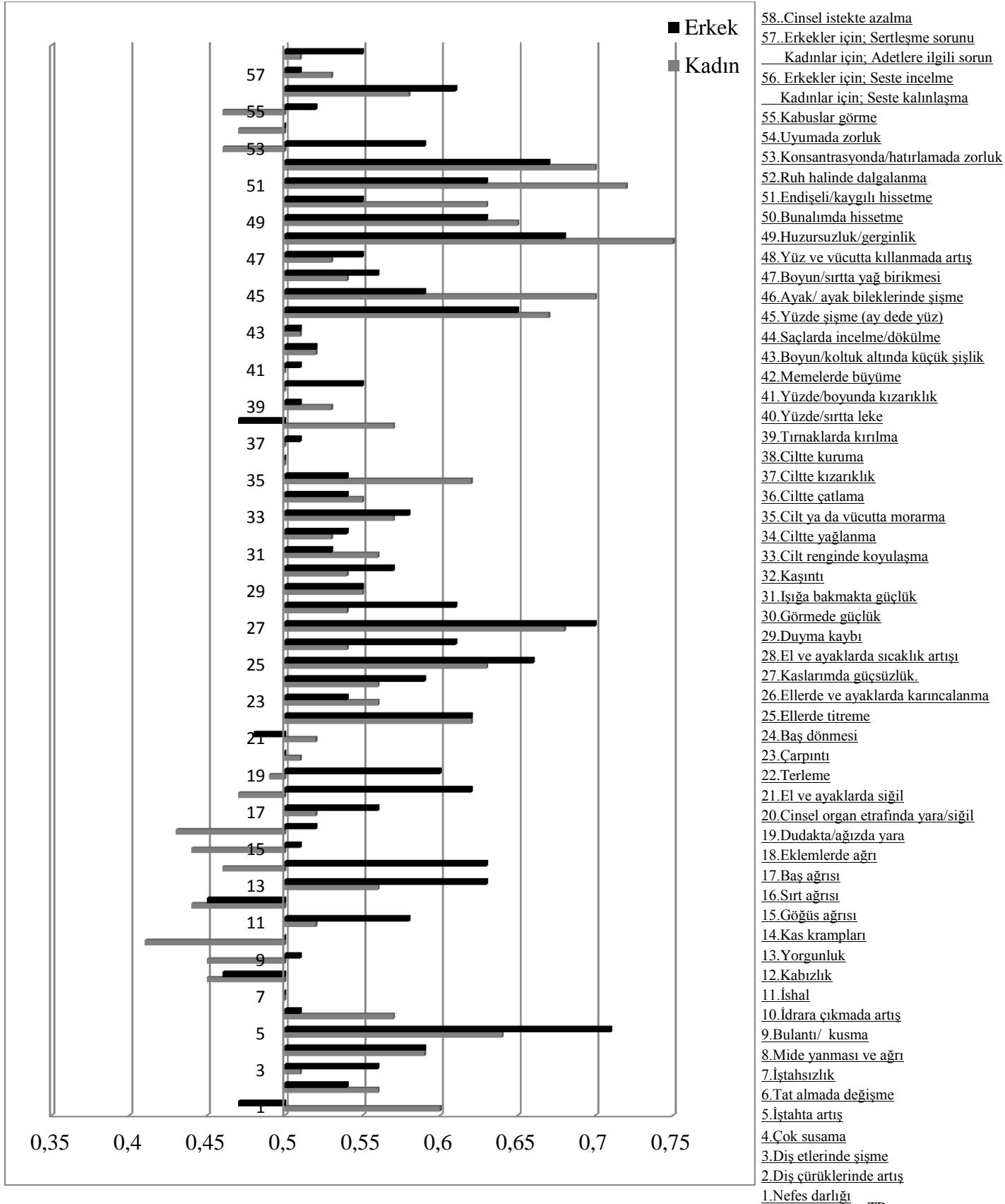
Bilinen grupların karşılaştırılması

Bu ölçek kullanılarak yapılmış diğer çalışmalarda semptom oluşma (SO) ve semptom rahatsızlık (SR) durumunu cinsiyet (Moons ve ark. 1998, Moons ve ark. 2001, Dobbels ve ark. 2008, Kugler ve ark. 2009) ve depresyon düzeyinin (Moons ve ark. 1996, Moons ve ark. 2001, Dobbels ve ark. 2008) etkilediği belirtilmiştir.

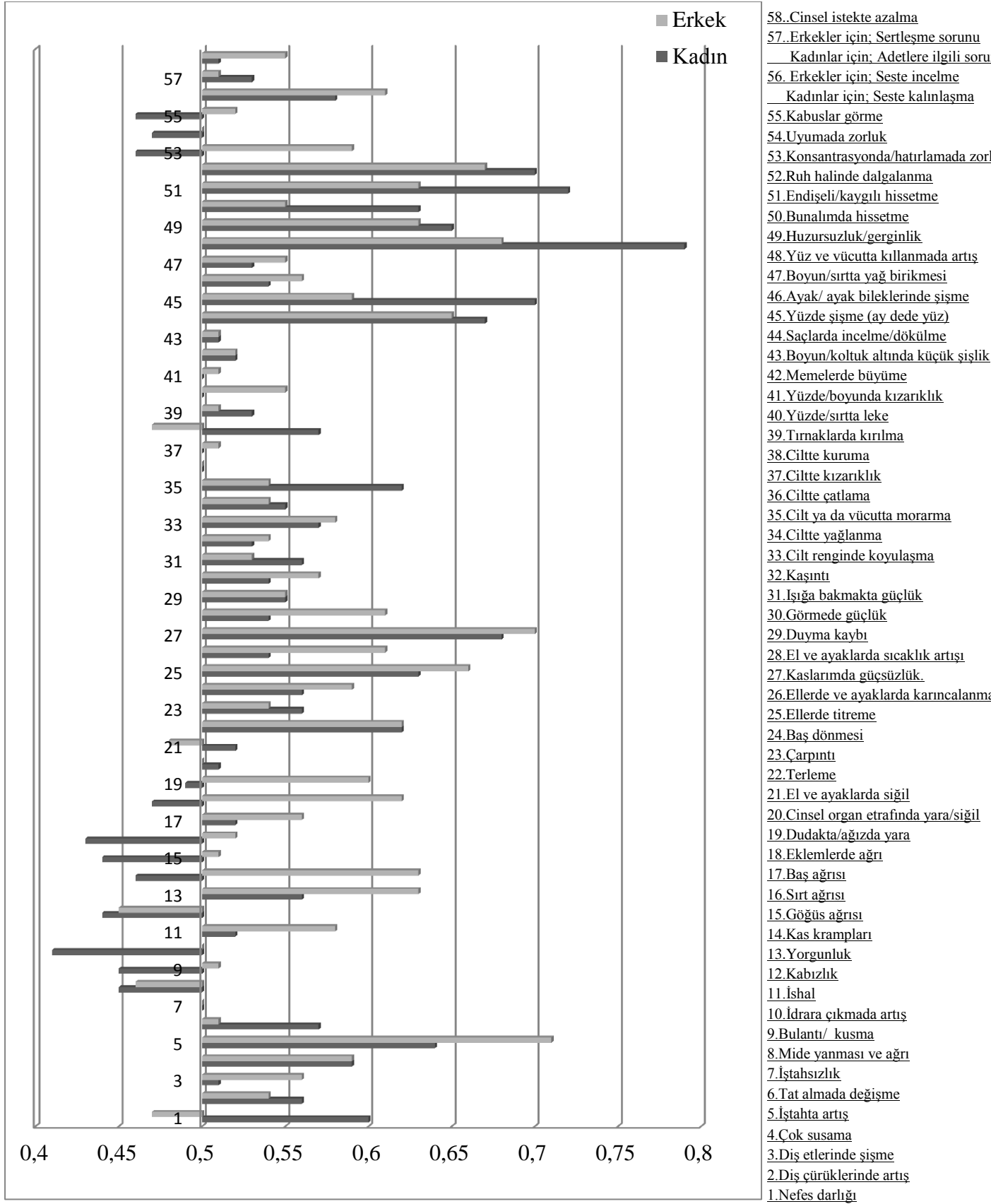
Ridit analizi sonuçlarına göre, semptom oluşma ridit değeri 0.7’den yüksek olan tüm, kadın ve erkek organ transplantasyonu hastalarının dağılımı %1, %4 ve %2, semptom rahatsızlık ridit değeri 0.7’den büyük olan tüm, kadın ve erkek hastaların dağılımı %2, %4 ve %1 olarak bulunmuştur.



Şekil 2.3. Sağlıklı Grupla Karşılaştırmalı Olarak (Ridit= 0.50) Organ Transplantasyonu Kadın ve Erkek Hastaların Ridit Değerleri



Şekil 2.4. Kadın ve Erkek Hastaların Semptom Oluşma Ridit Punalarının MTSORD-58^{TR}, in Her Maddesine Göre Dağılımı



Şekil 2.5. Kadın ve Erkek Hastaların Semptom Rahatsızlık Ridit Punalarının MTSORD-58^{TR}'in Her Maddesine Göre Dağılımı

Bilinen grupların karşılaştırılmasında, ölçeğin semptom oluşma ve rahatsızlık ridit puanları cinsiyet ve depresyon durumuna göre analiz edilmiştir. Organ transplantasyonu kadın hastaların (SO: 0.560, SR: 0.555) ve erkek hastaların (SO: 0.547, SR: 0.551) ridit dağılımı Şekil 2.3'te verilmiştir. Ayrıca, kadın ve erkek organ transplantasyonu hastalarının semptom oluşma (Şekil 2.4) ve semptom rahatsızlık (Şekil 2.5) ridit değerleri her bir semptom için ayrı olarak hesaplanmıştır.

Kadınların semptom oluşma (U=3133.500, p=0.014) ve semptom rahatsızlık (U=3110.000, p=0.011) puan ortalamasının erkeklerin semptom oluşma ve rahtasızlık puan ortalamasından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2.3).

Tablo 2.3. Semptom Oluşma ve Semptom Rahatsızlık Durumu Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

MTSORD-58 ^{TR}	Kadın (n=79)	Erkek (n=101)	&U	*p
	Ort±SS	Ort±SS		
Semptom oluşma	93.32±24.29	85.23±16.24	3133.500	.014
Semptom rahatsızlık	89.24±23.44	81.16±14.27	3110.000	.011

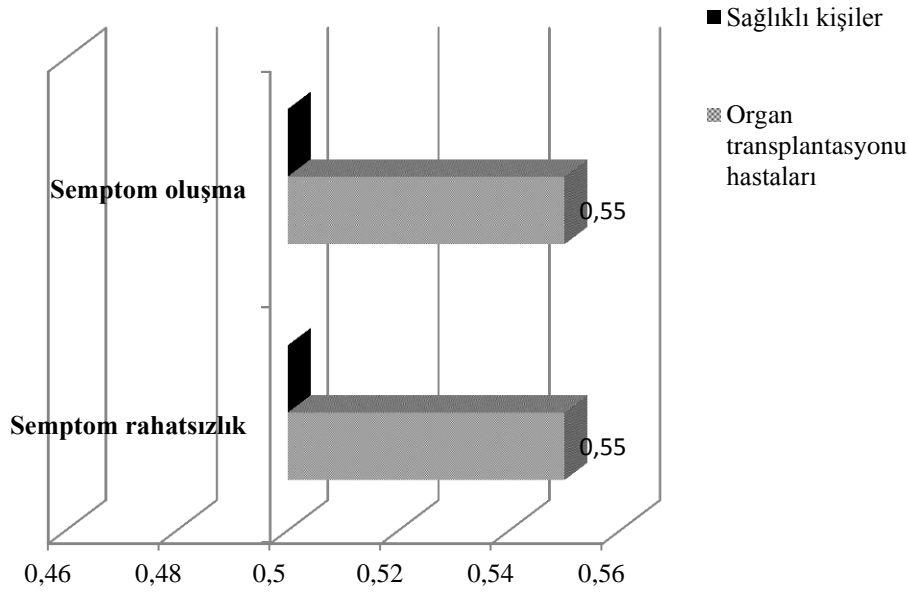
* p<0.05 &Man Whitney U

Depresyon düzeyine göre hastalar Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlara göre iki gruba ayrılmıştır. BDÖ'den 17 puanın altında alan hastalar depresyon düzeyi düşük, 17 puanın üstünde olan hastalar depresyon düzeyi yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Yapılan analizde, depresyon düzeyi yüksek olan hastaların semptom oluşma (U=474.000, p=0.001) ve rahatsızlık durumu (U=404.500, p=0.000) puan ortalamalarının depresyon düzeyi düşük olan hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2.4.)

Tablo 2.4. Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Puan Ortalamalarının Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

MTSORD-58 ^{TR}	Depresyon sınıflandırması		&U	*p
	Depresyon Düzeyi Düşük <17 puan (n= 153)	Depresyon Düzeyi Yüksek >17 puan (n= 27)		
Semptom oluşma	86.93±17,79	112.46± 35.23	474.000	.001
Semptom rahatsızlık	82.93±16,53	107.54±33,50	404.500	.000

* p<0.05 &Man Whitney U



Şekil 2.6. Organ Transplantasyonu Hastalarının ve Sağlıklı Kişilerin Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Ridit Değerlerinin Dağılımı

Ayrıca bilinen grupların karşılaştırılmasında, transplantasyon hastalarının semptom oluşma ve rahatsızlık ridit puanı ve puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan ridit analizi sonucunda, transplantasyon hastalarının semptom oluşma (0.55) ve rahatsızlık (0.55) ridit puanlarının dağılımı Şekil 2.6’da verilmiştir.

Organ transplantasyonu hastalarının semptom oluşma ($U=6495.000$, $p=0.000$) ve rahatsızlık ($U=8846.500$, $p=0.000$) puan ortalamalarının sağlıklı kişilerden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2.5).

Tablo 2.5. Organ Transplantasyonu Hastaları ve Sağlıklı Kişilerin Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MTSORD-58 ^{TR}	Organ transplantasyonu hastaları (N=180)	Sağlıklı kişiler (N=180)	&U	*p
Semptom oluşma	88.78±20.51	73.95±19.60	6495.000	.000
Semptom rahatsızlık	84.75±19.23	75.04±19.47	8846.500	.000

* $p<0.05$ &Man Whitney U

Güvenirlilik

MTSORD-58^{TR},te yer alan maddeler arasında homojen dağılım ve ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır. Bu ölçek ile yapılmış çalışmalarda ölçek için her maddenin birbirinden bağımsız semptomları tanımladığı için iç tutarlılık kat sayısına bakılmaması önerilmektedir. Ayrıca hastalarda ilaçlara bağlı bir yan etki görüldüğünde ilaç dozu

azaltılması veya değişikliğine gidildiğinden ve bu durumun semptomun görülme durumu etkileyeceğinden test-tekrar test yöntemi kullanılamamıştır.

Ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesinde yarılama yöntemi (split-half) kullanılmıştır. Split-half analizinde ölçek maddeleri ikiye bölünmüş ve iki grup arasında ki ilişki incelenmiştir. Yapılan Spearman Brown analizinde split-half güvenilirlik semptom oluşma boyutu için .919, semptom rahatsızlık boyutu için .920 olarak bulunmuştur.

5.2.TARTIŞMA

MTSORD-59, organ transplantasyonu hastalarının kullandığı immunosupressif ilaçların yan etkilerini subjektif olarak değerlendirilmesini sağlayan geçerli bir ölçüm aracıdır (MAPI, 2012). Bu araştırmada, MTSORD-59'un Türk kültürüne uyumu, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan geçerlik çalışması sonrası ölçek 58 madde içerdiği için ölçeğin Türkçe versiyonu MTSORD-58^{TR} olarak isimlendirilmiştir.

Organ transplantasyonu hastalarının semptom deneyimlerini değerlendirmek için kullanılan birçok ölçüm aracı bulunmaktadır. Literatürde, semptom deneyimini değerlendirmek için geçerli ve standardize bir ölçüm aracına gereksinim olduğu belirtilmektedir. MTSORD-58^{TR} Dünya'da organ transplantasyonu hastalarında immunosupresif tedaviye bağlı gelişen yan etkileri değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (MAPI 2012). Ancak ülkemizde organ nakli hastalarda immunosupresif ilaçlara bağlı gelişen semptomları değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu araştırma ile MTSORD-58^{TR}'in dil, içerik, yapı geçerliği ve güvenilirliği Türk karaciğer (N: 100) ve böbrek (N: 80) transplantasyonu hastalarında değerlendirilmiştir. Aynı zamanda ölçeğin yapı geçerliliği geniş bir sağlıklı popülasyonu (N: 180) içeren örnekleme test edilmiştir. Dobbels ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu geçerlik çalışmasında, MTSORD-59 sadece 24 böbrek ve 84 akciğer transplantasyon hastasında test edilmiştir. Ayrıca geçerlilikte sağlıklı popülasyonla karşılaştırma yapılmamıştır.

Yapılan literatür incelemesinde Dobbels ve arkadaşlarının yapmış olduğu (2008) MTSORD-59'un İngilizce ve Danca'da içerik ve yapı geçerliliğini test eden sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır. Ayrıca ölçeğin önceki versiyonlarında MTSORD-21 maddelik versiyonunun geçerlik çalışmasının yapıldığı bir çalışmaya ulaşılmıştır (Moond ve ark. 2001). MTSORD-21 maddelik versiyonunun dil geçerliliği birçok dilde gerçekleştirilmiştir (Portekizce, Almanca, Fransızca, Danimarkaca, İtalyanca, Polonyaca, İspanyolca, İsveççe) (MAPI 2012).

Dil ve içerik geçerliği

Dil geçerliğinde en önemli konu çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirmenlerin sadece hedef dili iyi bilmesi değil aynı zamanda çalışmanın konusu ve kültürü konusunda bilgi ve deneyimi olması gerekir (Gözüm ve Aksayan 2004). Bu nedenle MTSORD-58^{TR}'in çevirisi anadili Türkçe olan ve tıbbi İngilizce konusunda uzman iki kişi tarafından yapılmıştır. Ölçeğin İngilizceye geri çevirisi hemşirelik literatürüne hakim ve ölçeğin İngilizce çevirisini yapmayan iki çevirmen tarafından gerçekleştirilmiştir. Geri çevirisi yapılan ölçeğin orjinal

ölçek ile karşılaştırılmasından sonra Türkçe versiyonunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Ölçeğin dil çevirisi tamamlandıktan sonra ölçeğin 15 KT hastası ile pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamadan sonra ölçeğin anlaşılır ve açık olabilmesi için KT hastalarının verdiği öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

Ölçeğin içerik geçerliğini test etmek için organ transplantasyonu konusunda uzman 13 kişiden MTSORD-58^{TR}'in maddeleri ile ilgili uzman görüşü alınmıştır. İçerik analizi indeksi uzmanlar arasında ki görüş birliği belirlemek için kullanılmaktadır (Polit ve Beck 2010). Bu çalışmada, MTSORD-58^{TR}'in madde (1.0) ve ölçek (1.0) içerik analizi indeksi değeri geçerli düzeyde bulunmuştur (Polit ve Beck 2010). Bu değer MTSORD-58^{TR}'in maddeleri ile ilgili uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda uzman görüşleri sonrası yeniden düzenlenen ölçeğin 30 KT hastasında pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamasından sonra ölçeğin anlaşılır ve açık olabilmesi için KT hastalarının verdiği öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Dobbels ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, MTSORD-59'un uluslararası uzmanlardan (N: 17) görüş alınmış ve 24 böbrek transplantasyonu hastasında pilot uygulaması yapılmıştır.

Yapı geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğinde bilinen grup karşılaştırması kullanılmıştır. Bilinen grup karşılaştırması yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan yaklaşımlardandır. Bilinen grup karşılaştırmasında, ölçekten teorik açıdan farklı puanlar alacağı düşünülen gruplar belirlenir ve gruplar arasında fark değerlendirilmektedir (Moons ve ark. 1996, Gözüm ve Aksayan 2002).

Yapılan araştırmalar cinsiyet (Moons ve ark. 1998, Moons ve ark. 2001, Dobbels ve ark. 2008, Kugler ve ark. 2009) ve depresyon düzeyinin (Moons ve ark. 1996, Jackson ve ark. 1998, Moons ve ark. 2001) semptom oluşma ve semptom rahatsızlık durumunu etkilediği belirtilmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada organ transplantasyonu hastalarının semptom oluşma ve rahatsızlık durumu cinsiyet ve depresyon düzeyine göre değerlendirilmiştir. Ayrıca bilinen grup karşılaştırılmasında, immunosupresif ilaç alan organ transplantasyonu hastalarının semptom düzeyi ile immunosupressif ilaç almayan sağlıklı kişilerin semptom düzeyi ile karşılaştırarak analiz edilmiştir. Yapılan ridit analizi ve Man Whitney U analizi sonucunda, organ nakli hastalarında hem cinsiyet hem de depresyon düzeyinin semptom düzeyini öngörülen şekilde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca organ transplantasyonu hastalarının semptom düzeylerinin sağlıklı kişilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu analiz sonuçları, MTSORD-58^{TR}'in Türk organ transplantasyonu hastalarında yapı geçerliliğinin

oldukça iyi olduğunu göstermektedir. Dobbels ve arkadaşlarının (2008) cinsiyet ve depresyon düzeyi açısından yapı geçerliliği sonuçlarının bizim çalışmamıza benzer olduğunu görülmektedir. Dobbels ve arkadaşlarının çalışmasında MTSORD-59'un yapı geçerliliği sağlıklı popülasyonla karşılaştırılmamıştır.

Bu çalışmada, araştırmanın örnekleminin yaşadığı semptomlar hakkında genel bilgi verilmesi ve uluslararası karşılaştırılabilirliği için organ transplantasyonu hastalarının yaşadıkları ilk on semptom belirlenmiştir. Yapılan ridit analizi sonucunda, karaciğer ve böbrek transplantasyonu hastalarında görülen ilk on semptom; terleme, yorgunluk, ay dede yüz, ellerde titreme, saçlarda dökülme, anksiyete, ruh halinde dalgalanma, iştahta artma, kaslarda güçsüzlük ve kılınma olarak bulunmuştur. Kugler ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da; iştahta artma, ay dede yüz, yorgunluk, kılınma, ruh halinde dalgalanma, kaslarda güçsüzlük, anksiyete ve ellerde titreme semptomlarının hem semptom oluşma hemde rahatsızlık düzeyi açısından solid organ transplantasyonu hastalarında en fazla görülen semptomlar olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Drent ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da KT hastalarında kaslarda güçsüzlük semptomunun en fazla görülen 10 semptom arasında olduğu belirtilmiştir. Diğer solid organ transplantasyonu hastalarını da içeren daha geniş bir örneklem grubunda en sık görülen ve en fazla rahatsızlık oluşturan semptomların değerlendirilmesine gereksinim vardır. Bu sonuçlar, transplantasyon hemşirelerinin hasta bakımlarına ışık tutacak ve önceliklerini belirlemede katkı sağlayacaktır.

Güvenirlilik

MTSORD-58^{TR}'in toplam puanı ve alt boyutları bulnamadığı, her semptom birbirinden bağımsız olduğu için iç tutarlılığının kullanılması önerilmemektedir (Moons ve ark. 2001, Dobbels ve ark. 2008). Bu nedenle bu çalışmada cronbach alfa hesaplanmamıştır. Bu çalışmada, MTSORD-58^{TR}'in güvenirliliği yarılama (split-half) yöntemi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin güvenirliliğinin iyi olduğu bulunmuştur. Bu güvenirlilik sonuçları uluslararası alandada MTSORD-59 için ilk güvenirlilik verilerini oluşturmaktadır.

6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

MTSORD-58^{TR}'in geçerliliği Türk organ transplantasyonu hastalarında test edilmiştir. Sonuçlar Türk organ transplantasyonu hastalarında MTSORD-58^{TR}'in dil, içerik, yapı geçerliliği ve güvenirliliğinin olduğunu göstermektedir. Bu ölçek Türk organ transplantasyonu hastalarının immunosupressif ilaçlarla ilgili semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu belirlemede kullanılabilir. Ayrıca, ölçek hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından organ transplantasyonu hastalarının immunosupressif ilaçlara bağlı gelişen semptomlarını

erken tanılamak ve semptomların tedavi için geliştirilen girişimlerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir.

Bu ölçek, transplantasyon sonrası klinik kontroller sırasında immunosupresif ilaçların yan etkilerinin hasta görüşlerine dayalı olarak sistematik olarak değerlendirmesinde kullanılacak bir ölçektir. Yüksek düzeyde semptomlar transplantasyon sonrası uyumsuzluk için risk olduğu için bu değerlendirme çok önemlidir. Gelecek çalışmalarda, MTSORD-58^{TR}'in klinik kullanımını kolaylaştırmak için alınan immunosupresif ilaçlara göre alt boyutlara ayrılmasına ve özetlenmesine gereksinim vardır. Ayrıca, bu ölçüm aracıyla yapılan çalışmalarda, hastaların kullandıkları immunosupresif tedaviye göre semptomların değerlendirilmesine gereksinim vardır. Gelecek çalışmalarda, MTSORD-58^{TR}'in değerlendirilmesinde puan ortalaması kullanılabilir.

**III. AŞAMA: DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN KARACİĞER
TRANSPLANTASYONU HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ, SEMPTOM VE
BİLGİ DÜZEYİNE ETKİNİN İNCELENMESİ- YARI DENEYSEL AŞAMA**

3.3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırma, yarı deneysel ve uzunlamasına araştırma özelliğine uygun planlanmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Karaciğer Transplantasyonu Polikliniğinde Ocak 2011-Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3.4. Araştırmanın Örnekleme:

Araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bulunan bir üniversite hastanesinde KT uygulanmış, İzmir İli ve çevresinde yaşayan hastalar oluşturmuştur. Araştırma örnekleminin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı şekil 3.1’de verilmiştir.

Örnekleme dahil edilme ölçütleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İzmir ili ve çevresinde yaşıyor olmak,
- Kronik ve akut karaciğer yetmezliği sonrası ilk kez KT uygulanmış olmak,
- 18 yaş üzerinde olmak,
- En az ilkokul mezunu olmak,
- Türkçe konuşuyor olmak,
- Destek grup toplantılarına katılabilecek fiziksel yeterlilikte olmak.

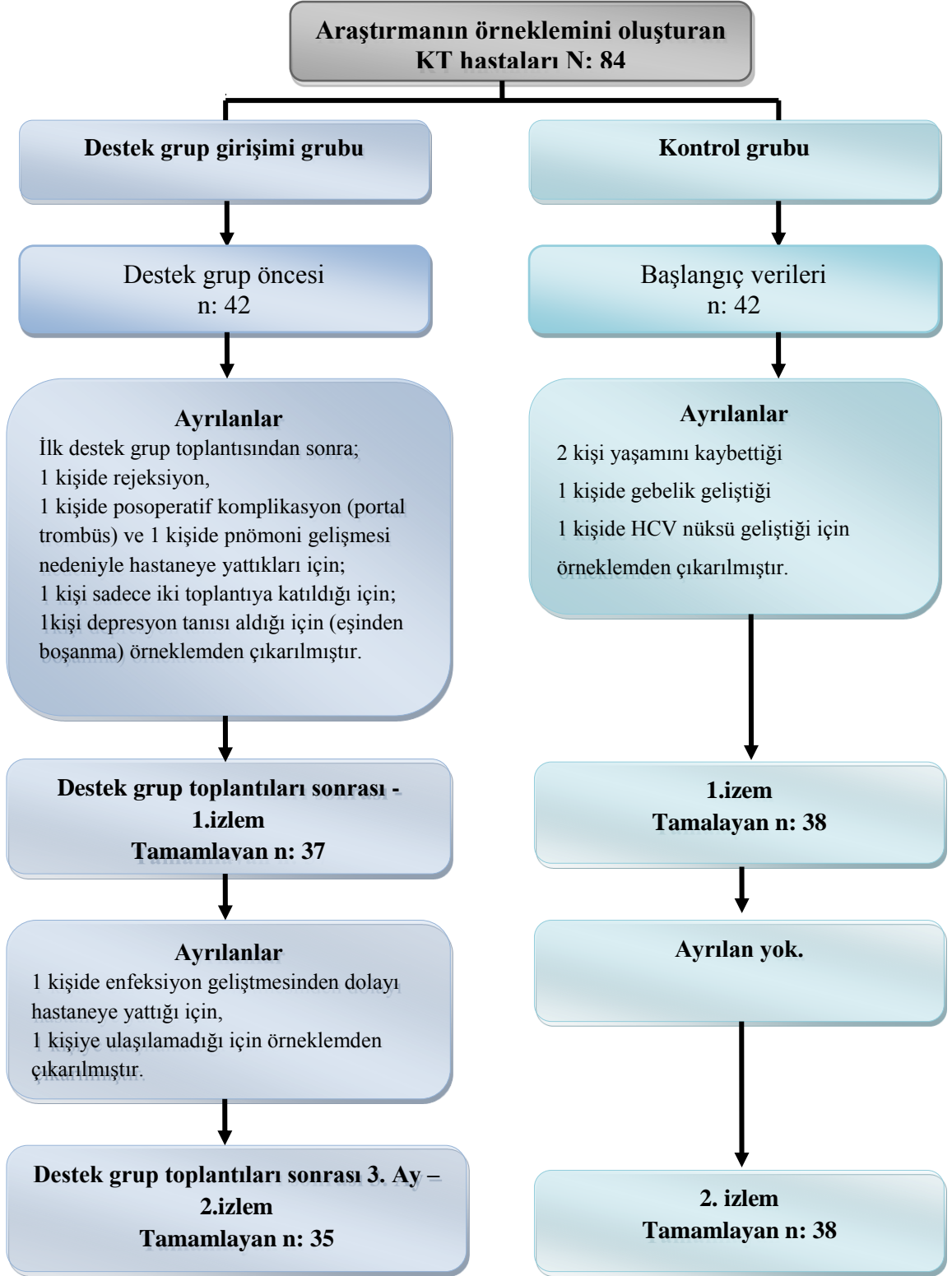
Örneklemden çıkarma ölçütleri;

- Alkolik karaciğer yetmezliği etyolojisi ile KT uygulanmış olmak,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak,
- Gerçeği değerlendirme yeteneğinde bozukluk olmak,
- Hastanede yatıyor olmak,
- İşitme ve görme problemi olmaktır.

Örnekleme büyüklüğü:

KT hastalarında destek grup girişiminin sonuçlarını inceleyen bir araştırmanın olmaması nedeniyle araştırmanın örnekleme büyüklüğü önceden belirlenememiş, ancak araştırmanın kendi verileriyle “PASS 2008 home-power analysis and sample size” programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Araştırma önceki, araştırma verilerinin analizinde parametrik test kullanmak için gruplarda 30’un üzerinde bireyin olmasına karar verilmiştir. Araştırma sonrası, araştırmanın örnekleme, deney grubu 35 kişi, kontrol grubu 37 kişi olmak üzere

toplam 72 kişiden oluşmuştur. Güç analizinde, her grup için örneklem sayısı 35 olarak alınmıştır ve güç analizi tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi verileri kullanılarak yapılmıştır. Güç analizinde, araştırmanın temel değişkeni olan yaşam kalitesi alt boyutları ve özet sağlık değeri puan ortalamaları kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 0.05 anlamlılık düzeyinde yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında ve özet sağlık değerinde örneklem gücü 0.99-1.0 bulunmuştur (EK-15).



Şekil 3.1. Araştırma Örnekleminin Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.

3.3.4. Araştırma Değişkenleri:

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkenleri, KT hastalarının bilgi, Sepm ve yaşam kalitesi düzeyidir.

Bağımsız Değişkenleri: Bağımsız değişkeni ise destek grup girişimidir.

3.3. 5. Veri Toplama Araçları:

Hasta Tanılama Soru Formu (Ek-5)

Sosyo-Demografik Özellikler

Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Bilgi Düzeyi Soru Formu (Ek-17)

Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği - MTSORD-58^{TR} (Ek-13)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-18)

Destek Grup Toplantıları Değerlendirme Formu (Ek-20)

Hasta Tanılama Formu (Ek-5).

Bu form, KT hastalarının yaşam kalitesi, semptom ve bilgi düzeyini etkileyebilecek sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, çalışma durumu) ve hastaların tanımlayıcı özelliklerini (karaciğer yetmezliğinin etiyolojisi, transplantasyon zamanı, verici tipi ve hastanın kullandığı immunosupressif ilaçları) içermektedir.

Bilgi Düzeyi Belirleme Formu (Ek-17).

Araştırma kapsamına alınan KT hastalarının, KT sonrası yaşama ilişkin bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla literatürden yararlanarak geliştirilmiş bir formdur. Form, 15 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Her soru 1 puan olup, formdan alınabilecek en düşük puan “0” en yüksek puan “15” dir. Bu form, hastalara uygulanmadan önce konu ile ilgili 7 uzmandan görüş alınmış ve örneklem özelliklerini karşılayan 15 KT hastasına uygulanarak gerekli değişiklikler yapılmıştır.

Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Verme Durumu 58 Maddelik Ölçeği – MTSORD-58^{TR} (Ek-13)

Bu ölçek ile ilgili bilgi tezin II. aşamasında yer almaktadır. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik çalışması tez kapsamında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik çalışması, 100 karaciğer transplantasyonu hastası, 80 böbrek transplantasyonu hastası olmak üzere toplam 180 organ transplantasyonu hastası ve immunosupressif ilaç kullanmayan 180 sağlıklı kişi ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yüzey geçerliliği içerik analizi indeksi ile analiz edilmiş ve analiz sonucunda ölçeğin yüzey geçerliliğinin çok iyi olduğu bulunmuştur (madde

içerik geçerliği indeksi= 1.0, ölçek içerik analizi indeksi=1.0). Bilinen grupların karşılaştırılmasında, organ nakli hastaları ile sağlıklı grup, organ nakli hastalarının cinsiyet ve depresyon düzeyine göre semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamaları arasında ki fark karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda organ transplantasyonu hastalarının semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamalarının sağlıklı kişilerden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .05$). Ayrıca, kadın organ transplantasyonu hastalarının erkeklerden, depresyon düzeyi yüksek olan organ transplantasyonu hastalarının depresyon düzeyi düşük olan hastalara göre semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Bu sonuçlardan yola çıkarak MTSORD-58^{TR} maddelik ölçeğinin Türkçe versiyonun yapı geçerliliğinin iyi olduğu bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-18)

Bu çalışmada, hastaların yaşam kalitesi düzeyi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçek, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama, araştırma, sağlık politikalarını değerlendirme ve genel popülasyonu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. SF-36, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study; HIS/MOS)'nda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bu nedenle yayınlanan pek çok kaynakta kısaltmalar, MOS, SF-36 şeklinde, ölçeğin adına eklenmiş olarak görülmektedir. Ölçeğin İngilizce kısaltması olan SF-36'nın tercih edilmesinin nedeni, ölçeğin evrensel adı olarak tüm çalışmalarda bu şekliyle yer almasıdır. Literatürde en fazla kullanılan genel yaşam kalitesi ölçeğidir (Bravata ve ark 1999, Tome ve ark. 2008, Ware 2008). Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz yönlerini değerlendirdiği kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ve sağlık durumunda ki değişimlere duyarlı olması SF-36'nın avantajlarıdır. Ölçek 35 maddeyi içeren sekiz alt boyut (fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A), genel sağlık (GS), yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR), mental işlev (Mİ) ve iki özet sağlık kavramını - fiziksel sağlık durumu (FSD), mental sağlık durumu (MSD) içermektedir. Ayrıca bir soru ile sağlığın bir önceki yıla göre nasıl değiştiği değerlendirilmektedir (Ware 2008, Ware ve ark. 1994, Koçyiğit ve ark. 1999).

Ölçeğin geliştirildiği tarihten bu yana bir çok çalışmada geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir. Bu çalışmalarda, ölçeğin kavramsal çerçeve ve madde seçimi (Ware 1992), fiziksel ve mental sağlık ölçüm yapısının geçerliği (McHornay ve ark. 1993) ve verilerin kalitesi, tahminsel geçerlilik ve farklı hasta gruplarındaki güvenilirliği (HcHorney ve ark. 1994) çalışılmıştır. Ware ve Gandek'in 1998 yılında yapmış olduğu çalışmada, SF-36 ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik incelemesini yapan 15 araştırmanın uluslararası düzeyde kullanımı ve

sonuçları değerlendirilmiştir. SF-36'nın güvenilirlik çalışmasında ölçeğin güvenilirlik kat sayılarının .70 ile .90 arasında değiştiği belirtilmiştir. Geçerlik çalışmasında ise 32 farklı genel ölçüm araçları ile ilişkisinin incelendiği ve 19 farklı özel semptom değerlendirme araçları ile ilişkisinin incelendiği belirtilmiştir. SF-36'nın bu ölçeklerle .40 ve üstünde korelasyon sağladığı vurgulanmıştır (Ware ve Gendek 1998).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında romatizmal hastalığı olan 100 hasta ile yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenilirliğinde her bir alt boyut için cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, Fİ; .75, Sİ; .75, A; .76, Y; .73, ER; .76, FR; .76, MS; .76, GS; .76 olarak bulunmuştur. Geçerlik çalışmasında ise SF-36 ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) ölçeğinin alt boyutları arasında ki ilişki incelenmiştir. SF-36'nın her bir alt boyutu ile NSP alt ölçeklerinden elde edilen edilen puan ortalamaları arasında korelasyon katsayıları, Fİ için .75, Sİ için .75, A için .76, Y için .73 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların aldıkları ağırlıklı puanlar toplanarak fiziksel (physical health component summary scale - PCS) ve Mental (mental health component summary scale - MCS) Sağlık Özet Değer elde edilmektedir (Şekil 3.2). Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır. Elde edilen özet değerler sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmektedir; "0" kötü sağlığı, "100" iyilik durumunu göstermektedir. Özet değerlerin elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmada kolaylık sağlamaktır. Özet değerlerin hesaplaması üç basamakta yapılmaktadır.

1. Alt bileşen skorların hesaplanması,
2. Alt bileşenlerin Z skor standardizasyonu,
3. Alt bileşenlerin ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet değerlerinin elde edilmesi. Özet değerlerin hesaplanma yöntemi EK -19'de gösterilmiştir.

SF-36'nın özet sağlık değerleri hesaplaması ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu çalışmada özet sağlık değerlerinin hesaplaması, Demiral ve arkadaşlarının (2006) Türk popülasyonunda SF-36'nın standartlarını belirleme çalışması verileri dikkate alınarak yapılmıştır.

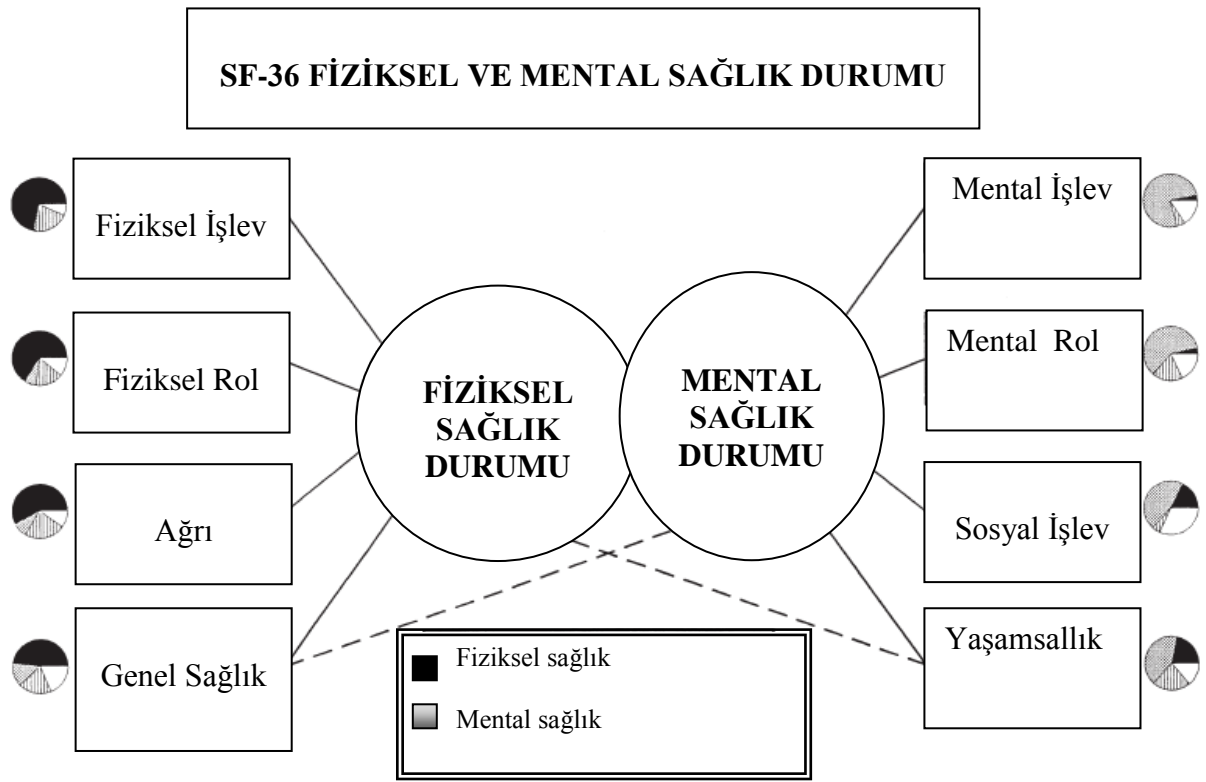
Ölçekte, fiziksel sağlık durumunun hesaplanmasında; fizik işlev, fiziksel rol ve ağrı ağırlıklı iken mental sağlık durumunun hesaplanmasında; mental rol ve mental işlev

ağırlıklıdır. Genel sağlık, yaşamsallık ve sosyal işlev her iki sağlık durumunun hesaplanmasında benzer oranda katkı sağlamaktadır (Ware 2008).

Tablo 3.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Bileşenleri

Alt ölçekler ve özet ölçekler	Soru sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel işlev (Fİ)	10	Yıkanma ya da giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel rol (FR)	4	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Ağrı (A)	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel sağlık (GS)	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötüye gideceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık (Y)	4	Sürekli yorgun ve bitkin (worn out) hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal işlev (Sİ)	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Menatl rol (MR)	3	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Mental işlev (Mİ)	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Kaynak: Ware, JE, 2008, SF-36 Health Survey Update, <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#LIT>, Erişim tarihi; 01.06.2012



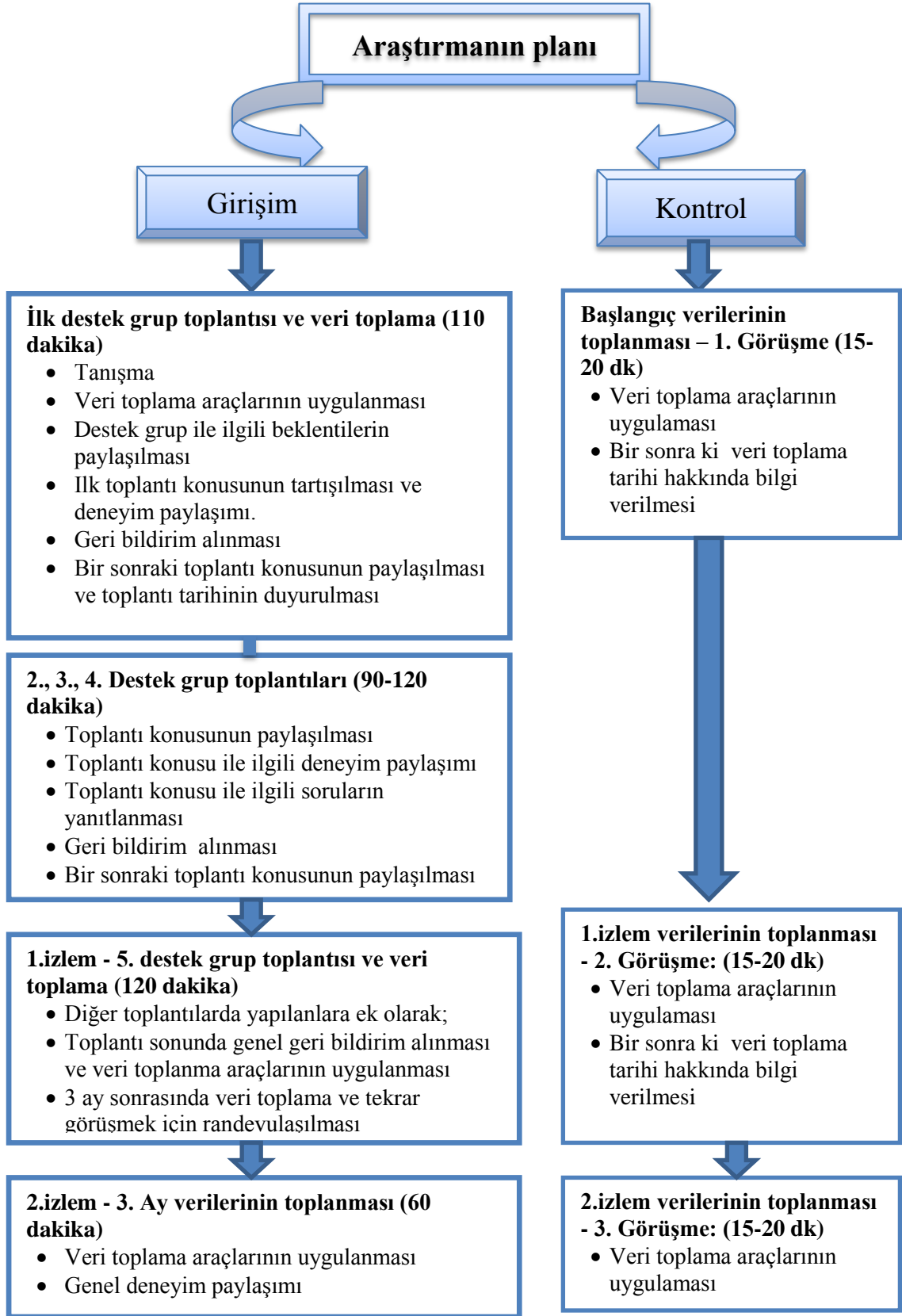
Şekil 3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Özet Skorları

Kaynak: Ware, JE, 2008, SF-36 Health Survey Update, <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#LIT>, Erişim tarihi; 01.06.2012

Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu (Ek-20)

Grup sürecinden memnuniyeti değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir formdur. Bu form toplam 11 sorudan oluşmaktadır. Bu form, hastalara uygulanmadan önce konu ile ilgili 7 uzmandan görüş alınmış ve örneklem özelliklerini karşılayan 15 KT hastasına uygulanarak gerekli değişiklikler yapılmıştır. On bir sorunun altısı; destek grup süreci ile ilgili duygular, toplantıların süresi, bilgilerin anlaşılabilirliği, yönlendiricinin becerileri, konuşma fırsatı verilmesi, grup içindeki etkileşimi gösteren yüz ifadelerini içermektedir. Altılı likert olarak değerlendirilen formdan, “0” memnuniyetin düşük olduğunu, “6” memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir. Formdan toplamda alınacak en düşük puan “0” ve en yüksek puan “36”dır. Formda yer alan açık uçlu sorular; “Grup süreci size yardımcı oldu mu?-Yanıtınız evet ise açıklarmısınız?”, “Grup toplantılarında en çok ve en az hoşlandığınız nedir?”, “Grup toplantıları sonrası kendinizde farklı duygular hissediyor musunuz?-Yanıtınız evet ise duygularınızdaki bu farklılığı sağlayan şey neydi?”, “Gruba katıldıktan sonra davranış ve alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu?-Yanıtınız evet ise ne değişti?”, “Gelecek toplantılar için önerilerinizi yazınız”, şeklinde beş açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.3.6. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 3.3. Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci

3.3.7. Veri Toplama Süreci:

Araştırmanın örneklemini belirlemek için Dokuz Eylül Üniversitesinde örneklem özelliklerini karşılayan KT uygulanmış olan, İzmir İli ve çevresinde yaşayan hastaların listesi oluşturulmuştur. Her iki gruptaki hastalara, araştırmanın amacı, girişimi ve verilerin toplanması konusunda bilgi verilmiştir. Hastaların kendilerine deney ya da kontrol grubunun hangisinde yer almak istedikleri sorulmuştur. Hastaların, araştırmanın deney ve kontrol grubuna atanması hasta seçimleri, gruplarda ki dağılım ve örneklem özelliklerine göre yapılmıştır. Kontrol grubundaki bireyler kontrol grubunda olduklarını, destek grup toplantılarına katılmayacaklarını ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarını bilerek araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Araştırmanın verilerinin toplanmasına kontrol grubu verileri ile başlanmış ve kontrol grubu verileri tamamlandıktan sonra destek grup toplantılarına ve deney grubunun verilerinin toplanmasına başlanmıştır. Kontrol grubundan toplanan ilk veriler ve deney grubunda ilk destek grup toplantısında toplanan veriler araştırmanın başlangıç verilerini oluşturmuş. Kontrol grubunun verileri, başlangıç verileri, birinci izlem verileri (başlangıç verilerinden beş ay sonrası) ve ikinci izlem verileri (birinci izlem verilerinden üç ay sonrası) olmak üzere üç defada toplanmıştır. Deney grubunun verileri ise; ilk destek grup toplantısının başlangıcı, son destek grup toplantısı bitimi ve son destek grup toplantısından üç ay sonra olmak üzere üç defada toplanmıştır (Şekil 3.3)

3.3.8. Araştırmada Uygulanan Girişim - Destek grup girişimi

Bu araştırmada deney grubuna destek grup girişimi uygulanmıştır. Destek gruplar, toplam 90 dakika olmak üzere 45 dakika eğitim ve 45 dakika deneyim paylaşımından oluşması planlanmıştır. Destek grup toplantılar sırasında, hastalar daha uzun süre deneyimlerini paylaşmak istedikleri için toplantı süreleri 120 dakikaya uzamıştır. Deney grubunda ki hasta sayısı göz önüne alınarak gruplar 12-14 kişilik üç ayrı destek grup oluşturulmuştur. Her grupta beş toplantı gerçekleştirilmiştir. Destek grup toplantılarının sıklığı ile ilgili hasta görüşleri alınmış ve hastaların büyük çoğunluğu destek grup toplantılarının ayda bir yapılmasının daha iyi olacağı görüşünde olduğu için toplantılar ayda bir yapılmıştır. Destek grup toplantılarına, hastaların katılımlarının daha uygun olduğu Eylül ayında başlanmış ve 2 Şubatta sonlandırılmıştır. Toplantıların içeriği, tezin birinci aşamasını oluşturan niteliksel araştırma verileri, destek gruba katılacak hastalarla yapılan görüşmeler ve literatürden yararlanılarak Roy Uyum Modeline göre yapılandırılarak hazırlanmıştır (Tablo 3.2., Tablo 3.3.). Hastaların destek grup toplantılarına katılımını kolaylaştırmak için hastaların karaciğer transplantasyonu poliklinik randevuları ile destek grup toplantı tarihlerinin aynı tarihlerde olmasına çalışılmıştır. KT hastalarının kendi özürülü kartları olduğu için toplantılara ulaşım

ücretleri İzmir Büyükşehir Belediyesinin özürü kartı olan vatandaşlara belediye otobüslerinden ücretsiz yararlanma hakkı tanısından ücretsiz olmuştur. Destek grup toplantılarında kullanılmak üzere toplantı konularının içeriğini oluşturan bir kitapçık hazırlanmıştır. Bu kitapçık kontrol grubunda ki hastalara verilerinin toplanması tamamlandıktan sonra ve destek grupta ki hastalara 2. destek grup oturumunun başlangıcında verilmiştir.

Eğitim kitapçığı: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Kitapçık ile ilgili KT konusunda uzman bir gastroenteroloji uzmanı, beş KT operasyonu uygulayan genel cerrah, üç transplantasyon hemşiresi, bir transplantasyon hastalarının izlemine yapan KT poliklinik doktoru, bir KT konusunda uzman cerrahi hastalıkları hemşireliğinde öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri sonrası gerekli değişiklikler yapılarak beş KT hastasında ön uygulaması yapılarak eğitim kitapçığına son hali verilmiştir. Eğitim kitapçığı, destek grup toplantılarında anlatılan konuları içermekte, renkli basım olarak toplam 76 sayfadan ve 16 bölümden oluşmaktadır. Kitapçıkta yer alan her bölüm KT sonrası hastanın bilmesi gereken bilgileri içermektedir. Hastalar her toplantıya kitapçık ile birlikte gelmiştir. Toplantı sonunda bir sonraki toplantı konusunun kitapçıkta yeri hastalara gösterilmiş ve hastalar bir sonraki toplantıya o konu ile ilgili kitapçıkta yer alan bilgileri okuyarak gelmiştir. Geliştirilen bu kitapçık DEÜ karaciğer nakli polikliniğinde, KT hastalarının taburculuk eğitimlerinde rutin olarak kullanılmaktadır (Ordin ve Karayurt 2011) (Ek-24).

Tablo 3.2. Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Destek Grup Girişiminin İçeriği

RUM uyum alanları	Destek grup girişiminin konuları ve aktiviteleri
Fizyolojik Uyum Alanı	Eğitim konuları: karaciğer hastalığı, KT cerrahi süreci, karaciğer reddi, karaciğer biyopsisi, ilaçlar (özellikle iimmunosupressif ilaçlar), egzersiz, sağlıklı beslenme, yaşamsal bulgularının önemi ve izlemi, KT sonrası sağlık kontrolleri ve bağışıklanma Hastalarla birlikte yapılan aktiviteler: ilaç rehberi hazırlama, egzersiz planı yapma ve yaşamsal bulgularını ölçme uygulamasının yapılması Fizyolojik modda yer alan her konu ile ilgili hasta deneyimlerinin paylaşılması
Benlik Kavramı Uyum Alanı	Organ transplantasyonu konusunda uzman bir klinik psikolog ile birlikte KT sonrası psikolojik uyum ve stres kontrolü ile ilgili bir destek grup toplantı düzenlenmesi.

	Hastalarla birlikte yapılan aktiviteler: gevşeme egzersizleri yapılması Hastaların KT sonrası yaşadıkları psikolojik sorunlar ve çözüm önerilerinin paylaşılması
Rol Fonksiyon Uyum Alanı	Destek grup toplantıları esnasında, hastaların günlük yaşamları, iş ve aile hayatlarında ki rolleri ilgili paylaşımlar olmuştur. Ancak Roy'un bu uyum alanı ile ilgili olarak özel bir girişim planlanmamış ve destek grup girişiminin bu alana etkisi incelenmemiştir.
Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı	Her grup toplantısında ki deneyim paylaşımı ve toplantı esnasında hastaların birbirine psikososyal destek sağlaması ile bu uyum alanı desteklenmiştir.

Tablo 3.3. Uygulanan Destek Grup Girişimi Toplantılarının İçeriği

Destek grup toplantıları	Konular
1. destek grup toplantısı	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanışma 2. Veri toplama araçlarının uygulanması 3. Oturumlardan beklentilerin paylaşılması, 4. Eğitim programının paylaşılması ve gerek görülürse tekrar yapılandırılması 5. Birinci toplantının konuları; <ul style="list-style-type: none"> ○ Karaciğerin yapısı ve fonksiyonu ○ Karaciğer hastalığı belirtileri ○ KT'nin tanımı ○ KT'nin uygulandığı durumlar ○ KT'de canlı ve kadavra vericinin tanımı ve karaciğer vericiliği hakkında bilgi verilmesi ○ KT'nin cerrahi süreci 6. Yukarıda yer alan konular ile ilgili soruların yanıtlanması ve deneyimlerin paylaşılması. 7. Geri bildirim alınması 8. Bir sonraki toplantı konusu ve tarihinin paylaşılması.
2. destek grup toplantısı	<ol style="list-style-type: none"> 1 Eğitim kitapçığının verilmesi ve tanıtılması. 2. Bu destek grup toplantısı, transplantasyon hastaları ile psikolojik destek grup toplantıları yapan Klinik Psikolog tarafından yönetilmiştir. 3. Toplantı başkanının tanıştırılması 4. İkinci toplantının konusu; <ul style="list-style-type: none"> • Karaciğer nakli sonrası psikolojik durum • Karaciğer nakli sonrası psikolojik destek 5. Karaciğer nakli sonrası yaşanan psikolojik sorunların paylaşılması 6. Grupla birlikte uygulamalı gevşeme egzersizlerinin yapılması. 7. Toplantı geribildiriminin alınması ve sorularının yanıtlanması 8. Bir sonraki toplantı konusu ve tarihinin paylaşılması

Destek grup toplantısı	<ol style="list-style-type: none"> 1. Üçüncü toplantının konuları: <ul style="list-style-type: none"> ○ Karaciğer reddi ○ Enfeksiyon 2. Grupla birlikte maske kullanımı ve hijyenik el yıkama uygulamasının yapılması. 3. Karaciğer reddi ve enfeksiyon ile ilgili bireysel korunma yöntemlerinin, deneyimlerin ve korkuların paylaşılması. 4. Toplantı geribildiriminin alınması ve sorularının yanıtlanması 5. Bir sonra ki toplantı konusu ve tarihinin paylaşılması
4. destek grup toplantısı	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dördüncü toplantının konuları; <ul style="list-style-type: none"> ○ KT sonrası kullanılan ilaçlar ○ İlaçların kullanım amacı, doz ve kullanım şekli, kullanma zamanı, kullanırken dikkat edilmesi gereken noktalar, yan etkiler ve yan etkilerin kontrolü ile ilgili bilgiler ○ Her hastasının kendisine özel ilaç kullanım rehberini oluşturması 2. Karaciğer nakli sonrası ilaç kullanımı ile ilgili karşılaşılan zorlukların paylaşılması. Bu zorluklara yönelik çözüm önerileri ve ilaç yan etkileri ile ilgili deneyim paylaşımı. 3. Toplantı geribildiriminin alınması 4. Bir sonra ki toplantı konusu ve tarihinin paylaşılması
5. destek grup toplantısı	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beşinci toplantının konuları; <ul style="list-style-type: none"> ○ Ateş, nabız, tansiyon takibinin önemi ve bilinmesi gerekenler ○ Kilo takibini önemi ve bilinmesi gerekenler ○ KT sonrası yaptırılması gereken sağlık kontrolleri hakkında bilgi verilmesi. 2. Tüm hastalarla birlikte; <ul style="list-style-type: none"> - nabız sayımının yapılması ve kayıt edilmesi - ateşin ölçümünün yapılması ve kayıt edilmesi - tansiyonun ölçümünün yapılması ve kayıt edilmesi <p>Kan basıncı yüksek çıkan hastalara tansiyon takibinin öğretilmesi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Toplantı konusu ile ilgili duygu, düşünce ve deneyim paylaşımı. 4. Toplantı geribildiriminin alınması ve soruların yanıtlanması 5. Hastalara destek grup toplantılarına katılım belgelerinin dağıtılması. 6. Veri toplama araçlarının uygulanması 7. Üç sonra için veri toplama araçlarının terar uygulanabilmesi için toplantı tarihinin planlanması.

3.3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu bölümünden elde edilen veriler SPSS 17.00 istatistik programında analiz edilmiştir.

- Girişim gruba katılan (deney) ve katılmayan (kontrol) hastaların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özellikleri sayı, yüzde ve aritmetik ortalama alınarak incelenmiştir.
- Girişim ve kontrol grubuna alınan hastaların yaşam kalitesi, semptom ve bilgi düzeyini etkileyebilecek faktörler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, karaciğer transplantasyon sonrası geçen süre, karaciğer hastalığı etyolojisi,

verici tipi) açısından benzerliği bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik düzeyi t-testi and tek yönlü varyans analizi ANOVA ile incelenmiştir.

- Araştırmanın hipotezleri hastaların bilgi düzeyi, destek gruplardan memnuniyet düzeyi ve MTSORD-58^{TR}, nin toplam puan ortalamaları, SF-36 alt boyutları ile fiziksel ve mental sağlık durumu puan ortalamalarına göre test edilmiştir.
- Verilerin normal dağılımda olup olmadığı Hotteling's T-kare analizi ile test edilmiştir.
- Girişim ve kontrol grubunun bilgi düzeyi, semptom ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi ile analiz edilmiştir.
- Grup açısından fark bulunan değişkenlerde farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda iki ortalama arasında farkın önemlilik düzeyi t-testi ile analiz edilmiştir. Normal dağılımda olmayan değişkenler için nonparametik testlerden bonferroni düzeltmeli Man Whitney U testi kullanılmıştır.
- Zaman açısından fark bulunan değişkenlerde farkın hangi ölçümden kaynaklandığını değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ANOVA ve ileri test olarak Bonferroni düzeltmeli bağımsız gruplarda iki ortalama arasında farkın önemlilik düzeyi t-testi kullanılmıştır. Normal dağılımda olmayan değişkenler, nonparametik testlerden Friedman analizi ve ileri test olarak iki ortalama arasında ki farkın önemlilik testi olan Wilcoxon analizi ile analiz edilmiştir.
- Hem grup hem de zaman açısından farkın incelendiği ileri testlerde, toplamda üç analiz gerçekleştirildiği için p anlamlılık düzeyi üçe bölünmüştür. P değerinin anlamlılık düzeyi $0.05/3= 0.016$ olarak alınmıştır.

3.3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırmanın iki önemli sınırlılığı bulunmaktadır. İlk sınırlılık, destek grup toplantılarına katılımın devamlılığın sağlanmasında hastaların gönüllüğünün önemli olduğu için çalışmanın randomize kontrollü olmamasıdır. İkinci sınırlılık, girişimin sadece KT hastalarında uygulandığı ve KT hastalarına özel eğitim konuları içerdiği için diğer organ nakli hastalarına genellenememesidir.

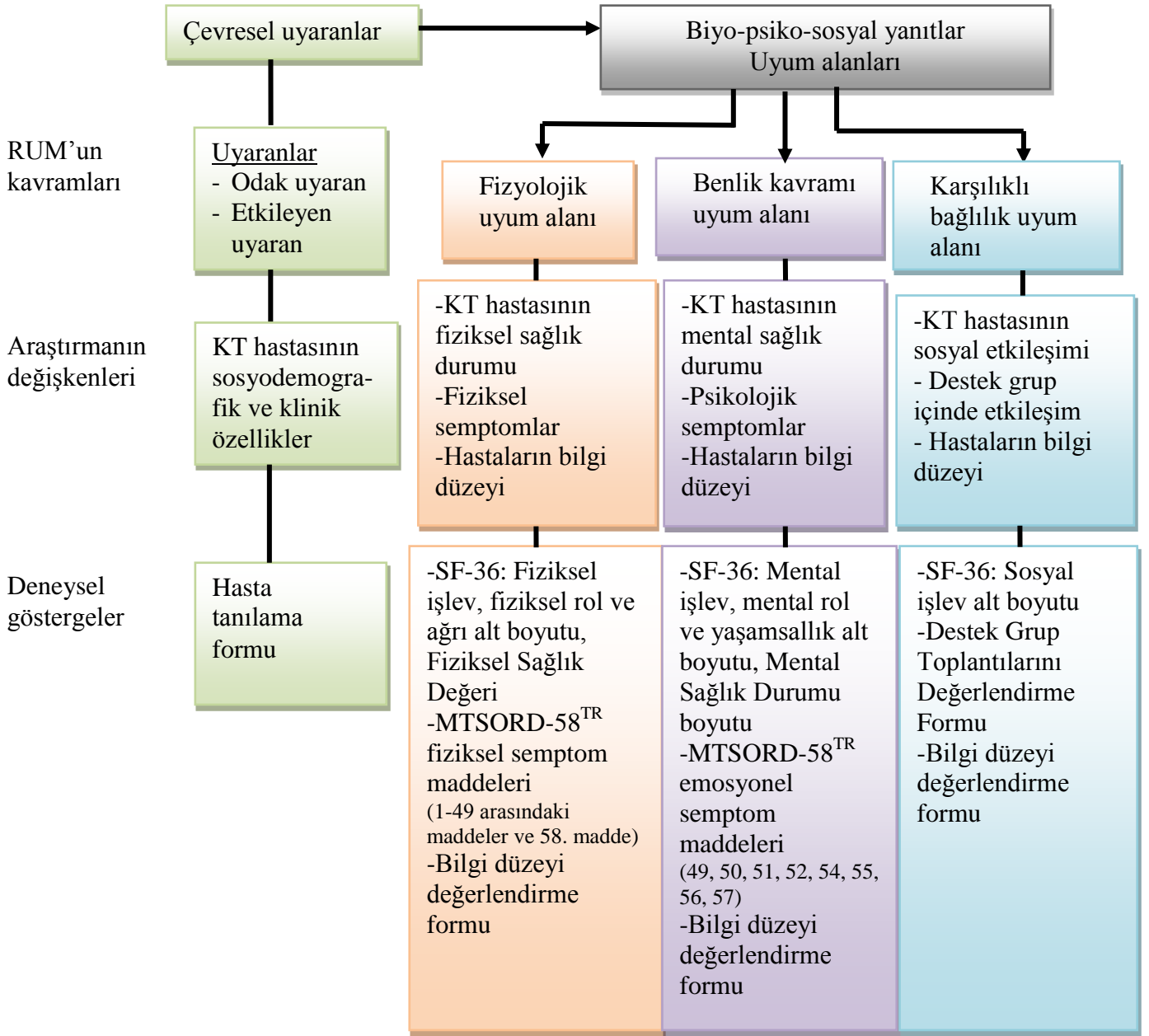
3.3.11. Etik Kurul Onayı:

Araştırmada yer alan hastalarla görüşülmeden önce araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-16).

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu (Ek-2) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek-3) etik kurul izni, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (Ek-4.1) yazılı kurum izni alınmıştır

3.3.12. Araştırmanın Kavramsal Yapısı:

Araştırmanın, Roy Uyum Modeli'nin kavramları, araştırmanın değişkenleri ve girişimsel göstergeler arasındaki ilişki Şekil 3.4.'de gösterilmiştir. Bu araştırmada uyum sistem, KT uygulanmış hastadır. Odak uyaran KT uygulanmış olmaktır. Etkileyen uyaranlar, KT hastasının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, eğitim durumu, KT etyolojisi, KT sonrası geçen zaman ve kullandığı immunosupressif ilaçlardır. Araştırmada uygulanan destek grup girişimi ile KT hastalarının fizyolojik, benlik kavramı ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarının etkilenmesi amaçlanmıştır. Fizyolojik uyum alanında etkilenme SF-36 yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, fiziksel rol ve ağrı alt boyutları ile fiziksel sağlık durumu ve MTSORD-58^{TR}'in fiziksel semptomları ile, benlik kavramı alanında etkilenme SF-36 yaşam kalitesi ölçeği mental rol, mental işlev, yaşamsallık alt boyutları ile mental sağlık durumu ve MTSORD-58^{TR}'in psikolojik semptomları ile, karşılıklı bağlılık alanında etkilenme SF-36 sosyal işlev alt boyutu ve destek grup toplantılarını değerlendirme formu ile değerlendirilmiştir. Bilgi düzeyi Roy'un tüm uyum alanlarına etkilediği için tüm uyum alanlarının değerlendirilmesinde yer almaktadır. Aynı zamanda, destek grup toplantılarını değerlendirme formu verilen eğitimin etkinliğinin ve destek grup değerlendirme soru formu ise toplantıların katılımcılar tarafından nasıl değerlendirildiği hakkında araştırmacıya bilgi vermektedir (Şekil 3.4).



Şekil 3.4. Roy Uyum Modeline Dayalı Destek Grup Girişimi Orta Düzey Teorisinin Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı

4.3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları örneklemin tanıtıcı özellikleri ve destek grup girişiminin bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisi olmak üzere iki aşamada verilmiştir.

4.3.1. Tanıtıcı Özellikler

Araştırmaya katılan kontrol ve girişim grubundaki KT hastalarının sosyo-demografik ve KT ile ilgili özellikleri Tablo 3.4.'te verilmiştir. Girişim grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 52.38 ± 10.36 , %71.4'ü erkek, %88.6'sı evli, %86.6'sı çalışmıyor, %48.6'sı ilköğretim mezunu, %32.1'inin KT etyolojisi Hepatit B virüsü, %65.7'sinin verici tipi kadavra, %31.4'ünün KT sonrası geçen süresi 3-5 yıl, canlı vericiden KT uygulanan hastaların %41.7'sinin vericisi oğlu ve hastaların %37.1'i sadece takrolimus tedavisi almaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortlaması 50.23 ± 11.51 , %52.6'si erkek, %81.6'sı evli, %84.2'ü çalışmıyor, %73.7'si ilköğretim mezunu, %33.3'ünün KT etyolojisi Hepatit B virüsü, %65.8'nin verici tipi kadavra, %28.9'nın KT sonrası geçen süresi 1-2 yıl, vericisi tipi canlı olan hastaların %23'nin vericisi erkek kardeşi ve hastaların %34.2'si sadece takrolimus tedavisi almaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim seviyesi açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 3.4.).

Tablo 3.4. Kontrol Grubu ve Girişim Grubunda ki Hastaların Sosyo-Demografik Ve Karaciğer Transplantasyonu İle İlgili Özellikleri

Değişkenler	Girişim grubu N=35 Ort±SS	Kontrol grubu N= 38 Ort±SS	p*
Yaş (yıl)	52.38±10.36	50.23±11.51	.400
Cinsiyet			
Kadın	10 (%28.6)	18 (%47.4)	.070
Erkek	25 (%71.4)	20 (%52.6)	
Medeni durum			
Bekar	4 (%11.4)	7 (%18.4)	.357
Evli	31 (%88.6)	31 (%81.6)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	4 (%13.4)	6 (%15.8)	.784
Çalışmıyor	31 (%86.6)	32 (%84.2)	
Eğitim durumu			
İlköğretim	17 (%48.6)	28 (%73.7)	.090
Lise	15 (%42.9)	7 (%18.4)	
Üniversite	3 (%8.5)	3 (%7.9)	
Verici tipi			
Canlı	12 (%34.3)	13 (%34.2)	.872
Kadavra	23 (%65.7)	25 (%65.8)	

KT etyolojisi^{&}		
Fulminant	1 (%1.9)	2 (%3.8)
İlaç toksisitesi	-	1 (%1.9)
HBV	17 (%32.1)	17 (%33.3)
HCV	9 (%16.8)	4 (%7.9)
HDV	8 (%15.1)	4 (%7.9)
HCC	10 (%18.9)	8 (%15.7)
Kriptojenik	3 (%5.7)	3 (%5.9)
Otoimmün	2 (%3.8)	4 (%7.9)
PBS	-	1 (%1.9)
PSK	2 (%3.8)	3 (%5.9)
Diğer	1 (%1.9)	4 (%7.9)
KT zamanı		
0-12 ay	6 (%17.1)	11 (%28.9)
1-2 yıl	8 (%22.9)	11 (%28.9)
3-5 yıl	11 (%31.4)	10 (%26.4)
6 yıl ve üstü	10 (%28.6)	6 (%15.8)
Canlı verici yakınlık durumu		
Erkek kardeş	1 (%8.3)	3 (%23.0)
Kız kardeş	1 (%8.3)	1 (%7.7)
Anne	-	1 (%7.7)
Kızı	2 (%16.7)	2 (%15.4)
Oğlu	5 (%41.7)	2 (%15.4)
Eş-kadın	1 (%8.3)	2 (%15.4)
Eş-erkek	1 (%8.3)	-
Kuzen-erkek	1 (%8.3)	2 (%15.4)
Kullanılan immunosupressif ilaçlar⁺		
a. Üçlü tedavi (Takrolimus)	-	1 (%2.6)
b. Üçlü tedavi (Siklosporin)	-	5 (%13.2)
c. İkili tedavi (Takrolimus)	3 (%8.6)	8 (%21.1)
d. İkili tedavi (Siklosporin)	6 (%17.1)	3 (%7.9)
e. Sadece Takrolimus	13 (%37.1)	13 (%34.2)
f. Sadece Siklosporin	10 (%28.6)	3 (%7.9)
g. Sirolimus/everolimus	3 (%8.6)	5 (%13.1)

*p > 0.05, [&] Bir hastanın birden fazla KT etyolojisi bulunmaktadır.

⁺Üçlü tedavi (takrolimus)= Takrolimus+Mifofenolat Mofetil+Steroid, Üçlü tedavi (siklosporin): Siklosporin+Mikofenolat Mofetil+Steroid, İkili tedavi(Takrolimus)= Takrolimus+Mikofenolat Mofetil, İkili tedavi(Siklosporin)= Siklosporin+Mikofenolat Mofetil

4.3.2. Destek grup girişiminin bilgi düzeyi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisi

4.3.2.1. Kontrol ve girişim grubunun başlangıç verileri

Kontrol ve girişim grubundaki KT hastalarının başlangıç bilgi, semptom ve yaşam kalitesi puan ortalaması Tablo 3.5.'te yer almaktadır. Verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığını test etmek için yapılan Hotteling's T-kare analizi sonucunda semptom oluşma (F= 4.833, p= .000) ve semptom rahatsızlık (F= 3.341, p= .003) boyutu puan ortalamalarının

normal dağılımda olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç kullanılan MTSORD-58^{TR} ölçeğinin kendi özelliğinden kaynaklanan ve beklenen bir sonuçtur (Tablo 3.5.).

Girişim ve kontrol grubunun ilk görüşmelerinde bilgi düzeyi, semptom ve yaşam kalitesi, puan ortalamaları açısından gruplar arasından istatistiksel olarak bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 3.5).

Tablo 3.5. Kontrol Grubu ve Girişim Grubunda Ki Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Başlangıç Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Girişim grubu	Kontrol Grubu	t ⁺	P*
	N= 35	N= 38		
Bilgi düzeyi	Ort±SS	Ort±SS		
Bilgi düzeyi	6.40±2.29	6.39±2.82	.227	.821
Semptom	Ort±SS	Ort±SS	U^{&}	P*
Toplam semptom puan ortalaması				
Semptom oluşma	99.97±24.81	93.00±19.67	580.000	.192
Semptom rahatsızlık	94.84±23.63	87.13±17.51	565.000	.143
Fiziksel semptomlar				
Semptom oluşma	82.24±20.57	76.03±14.87	597.500	.263
Semptom rahatsızlık	77.46±19.44	71.55±13.64	594.000	.248
Psikolojik semptomlar				
Semptom oluşma	17.73±6.02	16.97±6.38	660.000	.648
Semptom rahatsızlık	17.24±5.97	15.39±5.77	570.000	.159
Yaşam kalitesi	Ort±SS	Ort±SS	t	P*
▪ Fiziksel İşlev-Fİ	69.19±27.98	63.68±35.52	.747	.458
▪ Fiziksel Rol-FR	57.43±40.33	53.29±50.05	.394	.965
▪ Ağrı-A	76.92±24.67	78.69±26.55	.639	.525
▪ Genel Sağlık-GS	65.27±21.70	62.71±23.36	1.237	.220
▪ Yaşamsallık-Y	52.56±12.78	45.26±19.55	1.909	.060
▪ Sosyal İşlev-Sİ	79.73±20.49	71.05±33.02	1.363	.177
▪ Mental Rol-MR	66.66±40.06	77.19±41.08	1.123	.265
▪ Mental İşlev-Mİ	57.62±18.98	64.31±26.66	1.319	.191
Özet Sağlık Değerleri				
Mental sağlık durumu-MSD	45.49±8.94	43.85±12.18	.667	.507
Fiziksel sağlık durumu-FSD	44.43±8.44	46.23±10.61	.818	.416

* $p > 0.05$, ⁺ t-testi: İki ortalama arasında ki farkın önemlilik testi, [&] Man Whitney U testi (İki eş arasında ki farkın önemliliğin nonparametrik testi)

4.3.2.3. Kontrol ve girişim grubunun destek grup sonrası ve 3. Ay verilerinin karşılaştırılması

Tablo 3.6’da KT hastalarının bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. KT hastalarının bilgi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda grup (F=21.411, p=.000), zaman (F=25.234, p=.000) ve grup*zaman (F=23.203, p=.000) etkileşimi açısından anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur (p < 0.05) (Tablo 3.6.).

Tablo 3.6. Girişim (n: 35) ve Kontrol (n: 38) Grubunun Bilgi Puan Ortalamalarının Grup Ve Zamana Göre Karşılaştırılması

	Girişim	İzlem 1	İzlem 2		F^{&}	P*
	öncesi					
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS			
Bilgi						
Girişim	6.40±2.29	9.57±2.05	10.80±2.33	Grup	21.411	.000
Kontrol	6.39±2.82	6.50±3.15	6.47±3.22	Zaman	25.234	.000
				Grup*Zaman	23.203	.000

*p < 0.05, [&]F = Tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli bağımsız gruplarda t-testi kullanılmıştır. Analizde üç karşılaştırma olduğundan p değeri üçe bölünerek 0.05/3= 0.016 olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi (t= .227, p= .821) puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanırken 1. izlem (t= 5.083, p=.000) ve 2. izlem (t= 6.616, p= .000) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3.7.).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptamak için Bonferroni düzeltilmeli tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi kullanılmıştır (Tablo 3.7). Analiz sonucunda girişim grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (F=35.133, p= .000) olduğu saptanırken, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır (F= 0.042, p= .944). Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkın t testi yapılmıştır. Analizde üç karşılaştırma olduğundan p değeri üçe bölünerek 0.05/3=0.016 olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda girişim öncesi ve 1. izlem arasında (t= 6.492, p= .000), girişim öncesi ve 2. izlem arasında (t= 7.474, p= .000)

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken 1. izlem ve 2. izlem arasında ($t= 2.430$, $p=.021$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (Tablo 3.7.).

Tablo 3.7. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Bilgi Puan Ortalamalarının Grup Ve Zamana Göre İleri Analizleri

Gruplar	Girişim öncesi	İzlem 1	İzlem 2	F ^{&}	p*
	X±SS	X±SS	X±SS		
Girişim Grubu	6.40±2.29	9.57±2.05	10.80±2.33	35.133	.000
Kontrol Grubu	6.39±2.82	6.50±3.15	6.47±3.22	.042	.944
	t .227	5.083	6.616		
	p* .821	.000	.000		

*p = 0.016, [&]F = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Tablo 3.8’de KT hastalarının semptom puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. KT hastalarının semptom puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda semptom oluşma boyutunda; zaman ($F= 13.437$, $p=.000$) ve grup*zaman ($F= 9.953$, $p=.000$) etkileşimi açısından, semptom rahatsızlık boyutunda: zaman ($F= 7.933$, $p=.001$), grup*zaman ($F= 6.797$, $p= .002$) açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. KT hastalarının fiziksel semptom düzeyleri puan ortalamaları arasında, semptom oluşma boyutunda; zaman ($F= 11.404$, $p= .000$), grup*zaman ($F= 7.066$, $p= .001$), semptom rahatsızlık boyutunda; zaman ($F= 5.448$, $p= .005$), grup*zaman ($F= 5.041$, $p= .020$) açısından anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır. Psikolojik semptom düzeyleri arasında, semptom oluşma boyutunda; zaman ($F= 8.327$, $p= .000$), grup*zaman ($F= 9.710$, $p=.000$) açısından anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 3.8.).

Tablo 3.8. Girişim (n: 35) ve Kontrol (n: 38) Grubunun Semptom Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

MTSORD-58 ^{TR}	Girişim öncesi X±SS	İzlem 1 X±SS	İzlem 2 X±SS		F ^{&}	P*
MTSORD-58^{TR} Toplam semptom puan ortalaması						
Semptom oluşma						
				Grup	.015	.902
Girişim	101.14±25.00	83.60±20.16	89.31±22.55	Zaman	13.437	.000
Kontrol	93.00±19.67	75.92±19.62	86.55±18.41	Grup*Zaman	9.953	.000
Semptom rahatsızlık						
				Grup	.191	.663
Girişim	95.57±23.59	80.80±21.39	86.71±22.69	Zaman	7.933	.001
Kontrol	87.13±17.81	86.97±17.63	83.53±18.62	Grup*Zaman	6.787	.002
MTSORD-58^{TR} Fiziksel semptomlar						
Semptom oluşma						
				Grup	.093	.761
Girişim	82.80±20.55	70.08±17.67	73.03±19.34	Zaman	11.404	.000
Kontrol	87.13±17.81	75.92±14.79	70.76±15.13	Grup*Zaman	7.066	.001
Semptom rahatsızlık						
				Grup	.306	.582
Girişim	77.88±19.49	68.11±18.69	71.00±19.45	Zaman	5.448	.005
Kontrol	71.55±13.64	71.58±13.55	68.26±15.29	Grup*Zaman	4.041	.020
MTSORD-58^{TR} Psikolojik semptomlar						
Semptom oluşma						
				Grup	.383	.535
Girişim	17.77±5.97	13.51±3.69	16.28±4.99	Zaman	6.984	.001
Kontrol	16.97±5.38	16.87±6.34	15.79±5.32	Grup*Zaman	7.737	.001
Semptom rahatsızlık						
				Grup	.006	.941
Girişim	17.57±5.96	12.68±4.01	15.71±5.28	Zaman	8.327	.000
Kontrol	15.39±5.77	15.55±5.63	15.26±5.36	Grup*Zaman	9.710	.000

* p < 0.05, &F = Tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi

KT hastalarının semptom düzeyi verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığını test etmek için yapılan Hotteling's T-kare analizi sonucunda, semptom oluşma (F= 5.078, p= .000) ve semptom rahatsızlık (F= 4.263 p= .001) boyutunun normal dağılımda olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle grupların karşılaştırılmasında non-parametrik testler kullanılmıştır. Bu sonuç, kullanılan MTSORD-58^{TR} ölçeğinin kendi özelliğinden kaynaklanan ve beklenen bir sonuçtur.

Semptom oluşma boyutunda; farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli bağımsız gruplarda farkın önemlilik testinin nonparametrik testi olan Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun, girişim öncesi (U= 580.000, p= .192) ve 2. izlem (U= 620.000, p= .618) puan ortalamaları arasında fark

olmadığı saptanırken 1. izlem ($U= 460.000$, $p= .010$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3.9).

Semptom rahatsızlık boyutunda; farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ($U= 565.000$, $p= .143$), 1. izlem ($U= 492.500$, $p= .026$) ve 2. izlem ($U= 613.000$, $p= .565$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.9).

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptanması için Bonferroni düzeltilmeli tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizinin nonparametrik Friedman analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, semptom oluşma açısından, girişim grubunun ($X^2= 14.496$, $p= .001$) ve kontrol grubunun ($X^2= 14.595$, $p= .001$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli eşleştirilmiş gruplarda farkın önemlilik testinin nonparametrik olan Wilcoxon analizi yapılmıştır. Analizde üç karşılaştırma olduğundan p değeri üçe bölünerek $0.05/3=0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda semptom oluşma boyutu açısından, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($z= 4.507$, $p= .000$), girişim öncesi ve 2.izlem arasında ($z= 2.630$, $p= .009$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken 1. izlem ve 2. izlem arasında ($z= 1.702$, $p= .089$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. Semptom rahatsızlık boyutunda ise girişim öncesi ve 1. izlem arasında ($z= 4.097$, $p= .000$) anlamlı bir fark saptanırken, girişim öncesi ve 2.izlem arasında ($z= 2.198$, $p= .028$), 1. izlem ve 2. izlem arasında ($z= 1.734$, $p= .083$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (Tablo 3.9.).

Fiziksel semptomların semptom oluşma boyutunda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ($U=597.500$, $p= .263$) 1. izlem ($U=487.000$, $p= .022$) ve 2. izlem ($U=638.500$, $p= .769$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Semptom rahatsızlık boyutunda ise girişim öncesi ($U= 594.000$, $p= .248$), 1. İzlem ($U= 501.500$, $p= .033$) ve 2. İzlem ($U= 611.500$, $p= .553$) puan ortalamaları arasında da fark bulunamamıştır (Tablo 3.9).

Fiziksel semptomlarda, grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığını saptanması için Bonferroni düzeltilmeli Friedman analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, fiziksel semptomların semptom oluşma boyutunda, girişim grubunun ($X^2= 14.319$, $p= .001$) ve kontrol grubunun ($X^2= 22.132$, $p= .000$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda farkın hangi ölçümden

kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda Wilcoxon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda semptom oluşma boyutu açısından, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($z= 3.886$, $p= .000$), girişim öncesi ve 2.izlem arasında ($z= 2.711$, $p= .007$), istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken 1. izlem ve 2. izlem arasında ($z= .974$, $p= .300$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. Semptom rahatsızlık boyutunda, girişim grubunun ($X^2= 13.533$, $p= .001$) ve kontrol grubun ($X^2= 8.667$, $p= .013$) ölçümleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Girişim grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon analizi sonucunda, semptom rahatsızlık boyutunda girişim öncesi ve 1. izlem arasında ($z= 3.631$, $p= .000$) anlamlı bir fark saptanırken, girişim öncesi ve 2.izlem arasında ($z= 2.032$, $p= .042$), 1. izlem ve 2. izlem arasında ($z= .876$, $p= .381$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır (Tablo 3.9).

Psikolojik semptomların semptom oluşma boyutunda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi ($U=597.500$, $p= .263$) 1. izlem ($U= 487.000$, $p= .022$) ve 2. izlem ($U= 638.500$, $p= .769$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Semptom rahatsızlık boyutunda ise girişim ve kontrol grubunun, girişim öncesi ($U= 594.000$, $p= .248$), 1. izlem ($U= 501.500$, $p= .033$) ve 2. izlem ($U= 611.500$, $p= .553$) puan ortalamaları arasında da fark bulunmamıştır (Tablo 3.9).

Psikolojik semptomlarda, grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığının saptanması için Bonferroni düzeltmeli Friedman analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, fiziksel semptomların semptom oluşma boyutunda, girişim grubunun ($X^2= 12.961$, $p= .002$) anlamlı bir fark saptanırken kontrol grubunun ($X^2= 3.196$ $p= .202$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli bağımlı gruplarda Wilcoxon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda semptom oluşma boyutu açısından, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($z= 3.784$, $p= .000$), 1. izlem ve 2. izlem arasında ($z= 3.112$, $p= .002$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, girişim öncesi ve 2.izlem arasında ($z= 1.032$, $p= .302$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. Semptom rahatsızlık boyutunda, girişim grubunun ($X^2= 16.205$, $p= .000$) ölçümleri arasında fark saptanırken, kontrol grubunun ($X^2= 2.634$, $p= .268$) ölçümleri arasında fark saptanmamıştır. Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon analizi sonucunda, semptom rahatsızlık boyutunda ise girişim öncesi ve 1. izlem arasında ($z= 4.133$, $p= .000$), 1. izlem ve 2. izlem arasında ($z= 3.051$, $p= .002$)

anlamli bir fark saptanirken, girisim oncesi ve 2. izlem arasin da ($z= 1.381$, $p= .0167$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (Tablo 3.9).

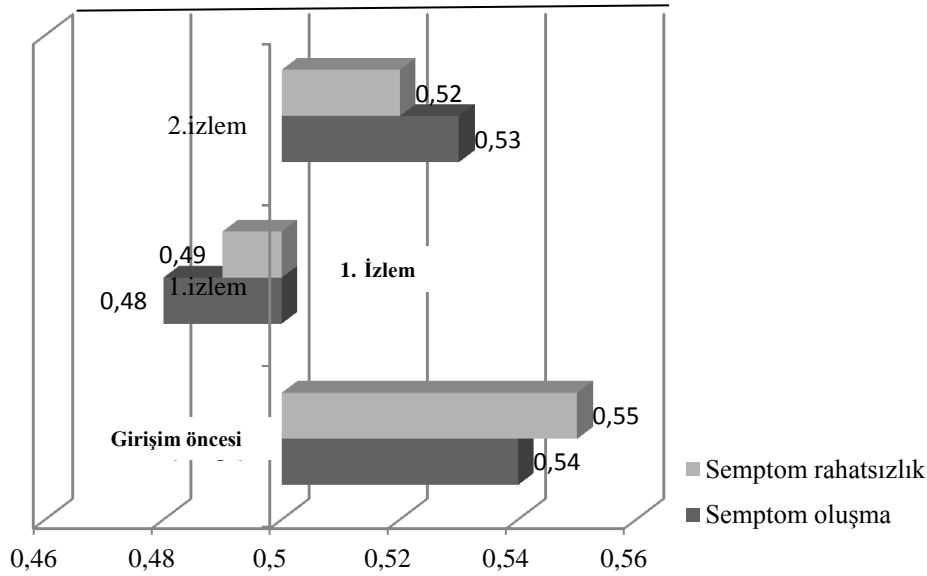
Tablo 3.9. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Semptom Düzeyi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri

MTSORD-58^{TR}	Girişim öncesi X±SS	İzlem 1 X±SS	İzlem 2 X±SS	&X²	P*
Semptom oluşma					
Girişim	101.14±25.00	83.60±20.16	89.31±22.55	14.496	.001
Kontrol	93.00±19.67	75.92±19.62	86.55±18.41	14.595	.001
	U⁺ 580.00	460.000	620.000		
	p* .192	.010	.618		
Semptom rahatsızlık					
Girişim	95.57±23.59	80.80±21.39	86.71±22.69	16.394	.000
Kontrol	87.13±17.81	86.97±17.63	83.53±18.62	5.448	.000
	U⁺ 565.000	492.500	613.000		
	p* .143	.026	.565		
Fiziksel semptomlar					
Semptom oluşma					
Girişim	82.80±20.55	70.08±17.67	73.03±19.34	14.319	.001
Kontrol	87.13±17.81	75.92±14.79	70.76±15.13	22.132	.000
	U⁺ 597.500	487.000	638.500		
	p* .263	.022	.769		
Semptom rahatsızlık					
Girişim	77.88±19.49	68.11±18.69	71.00±19.45	13.533	.001
Kontrol	71.55±13.64	71.58±13.55	68.26±15.29	8.667	.013
	U⁺ 594.000	501.500	611.500		
	p* .248	.033	.553		
Psikolojik semptomlar					
Semptom oluşma					
Girişim	17.77±5.97	13.51±3.69	16.28±4.99	12.961	.002
Kontrol	16.97±5.38	16.87±6.34	15.79±5.32	3.196	.202
	U⁺ 597.500	487.000	638.500		
	p* .263	.022	.769		
Semptom rahatsızlık					
Girişim	17.57±5.96	12.68±4.01	15.71±5.28	16.205	.000
Kontrol	15.39±5.77	15.55±5.63	15.26±5.36	2.634	.268
	U⁺ 594.000	501.500	611.500		
	p* .248	.033	.553		

* $p = 0.016$, &X² = Friedman testi (Tekrarlı ölçümlerde varyans analizinin nonparametrik testi), U = Man Whitney U testi (bağımsız iki grup ortalamasında farkın önemlilik testinin nonparametrik testi)

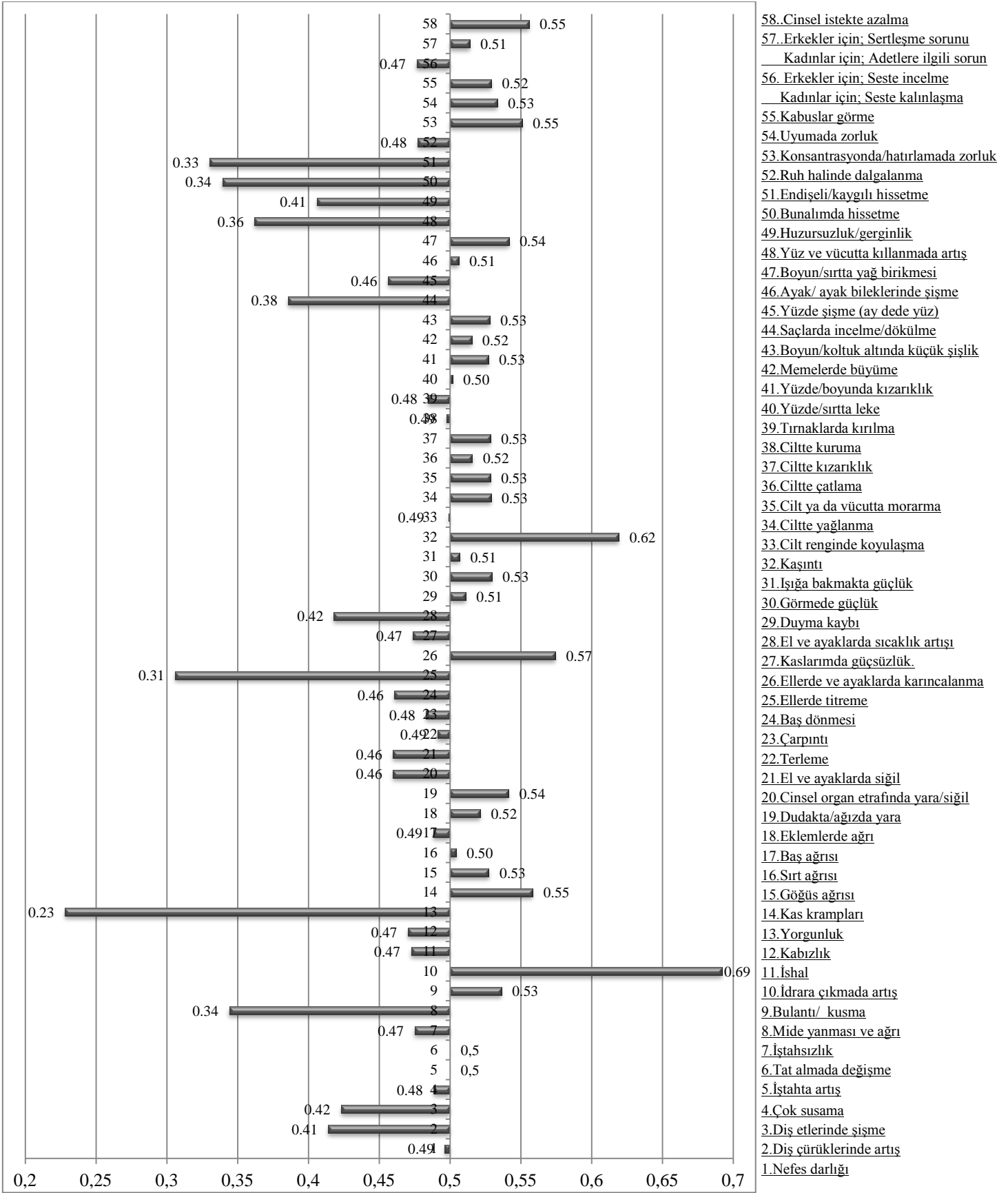
Girişim ve kontrol grubunun girişim öncesi, hemen sonrası (1. izlem) ve üçüncü ay (2. izlem) toplam semptom ridit değerleri hesaplanmıştır. Semptom oluşma ve semptom

rahatsızlık boyutu için ridit değerleri ayrı olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu referans grubu olarak alınmış ve kontrol grubunun ridit değeri 0.50 olarak bulunmuştur.

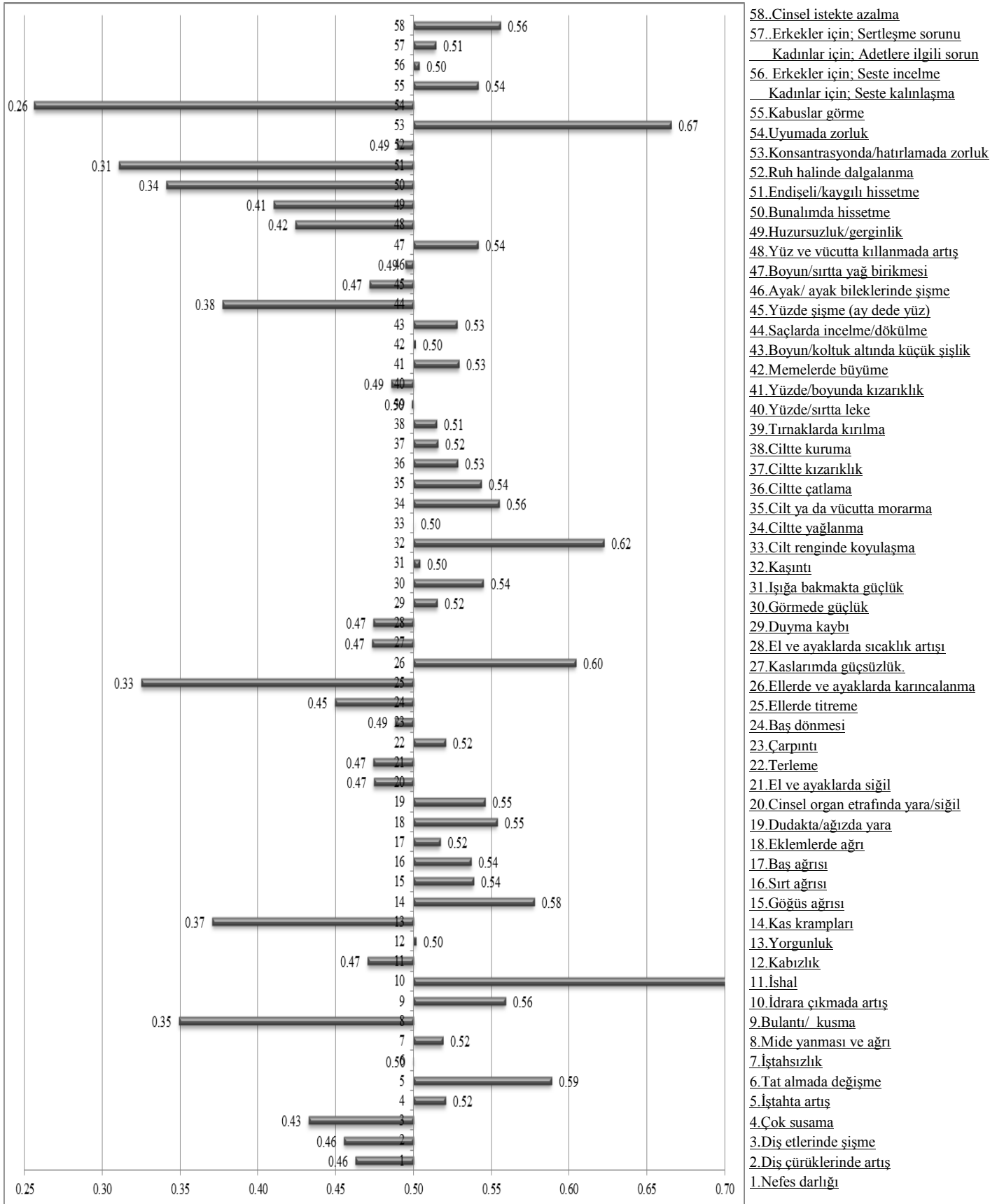


Şekil 3.5. Girişim Grubunun (n: 35) Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans Grubu Ridit= 0.50)

Girişim grubunun semptom oluşma (0.54) ve semptom rahatsızlık (0.55) ridit değeri destek grup öncesi kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Destek grup sonrası girişim grubunun semptom oluşma (0.48) ve semptom rahatsızlık (0.49) ridit değeri daha düşük bulunmuştur. Destek grup sonrası üçüncü ayda girişim grubunun semptom oluşma (0.52) ve semptom rahatsızlık (0.52) ridit değeri kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur ancak girişim grubunun kendi başlangıç ridit değerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır (Şekil 3.5.).

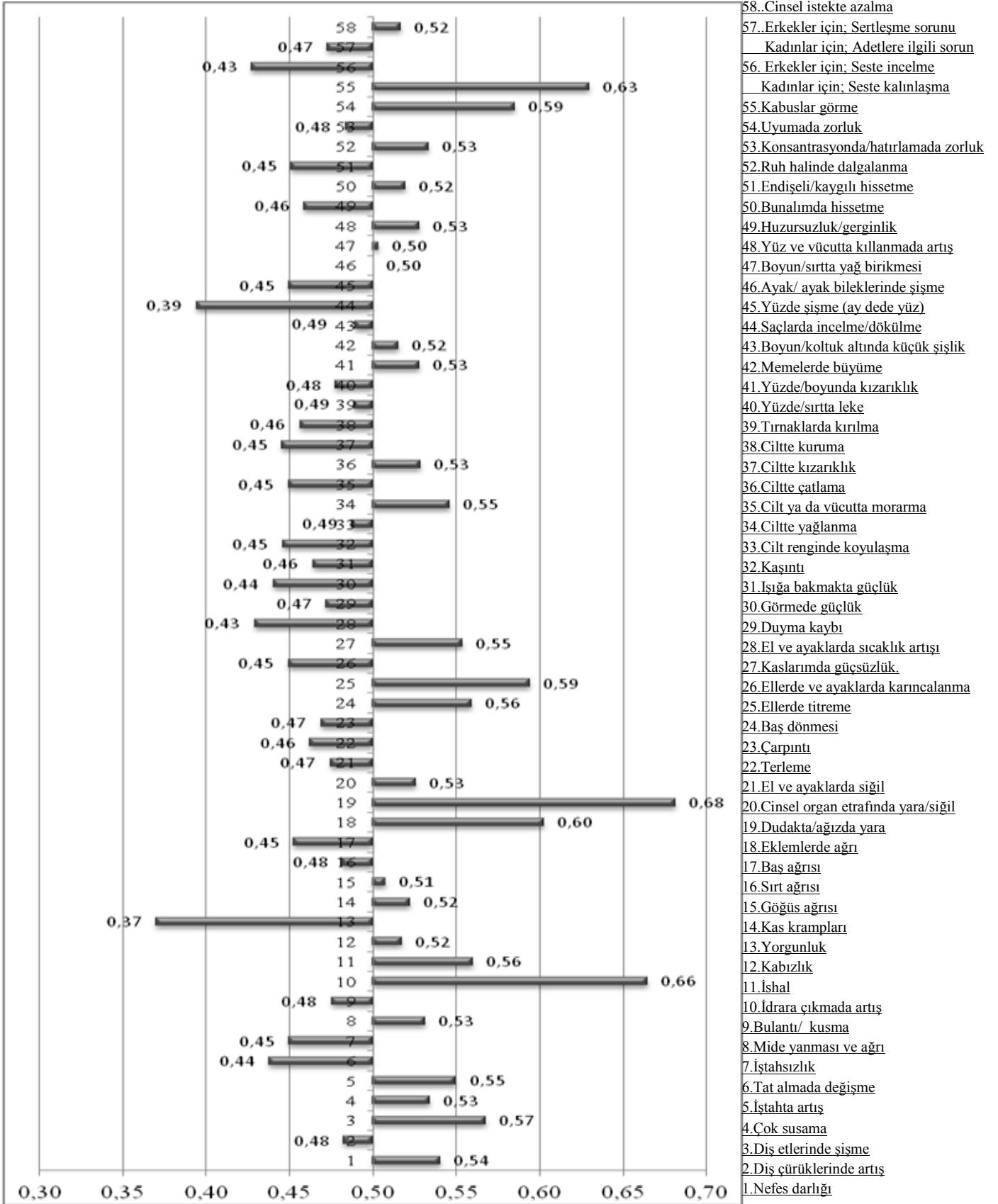


Şekil 3.6. Girişim Grubunun (n: 35) 1. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Oluşma Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans Grubu Ridit Değeri = 0.50)

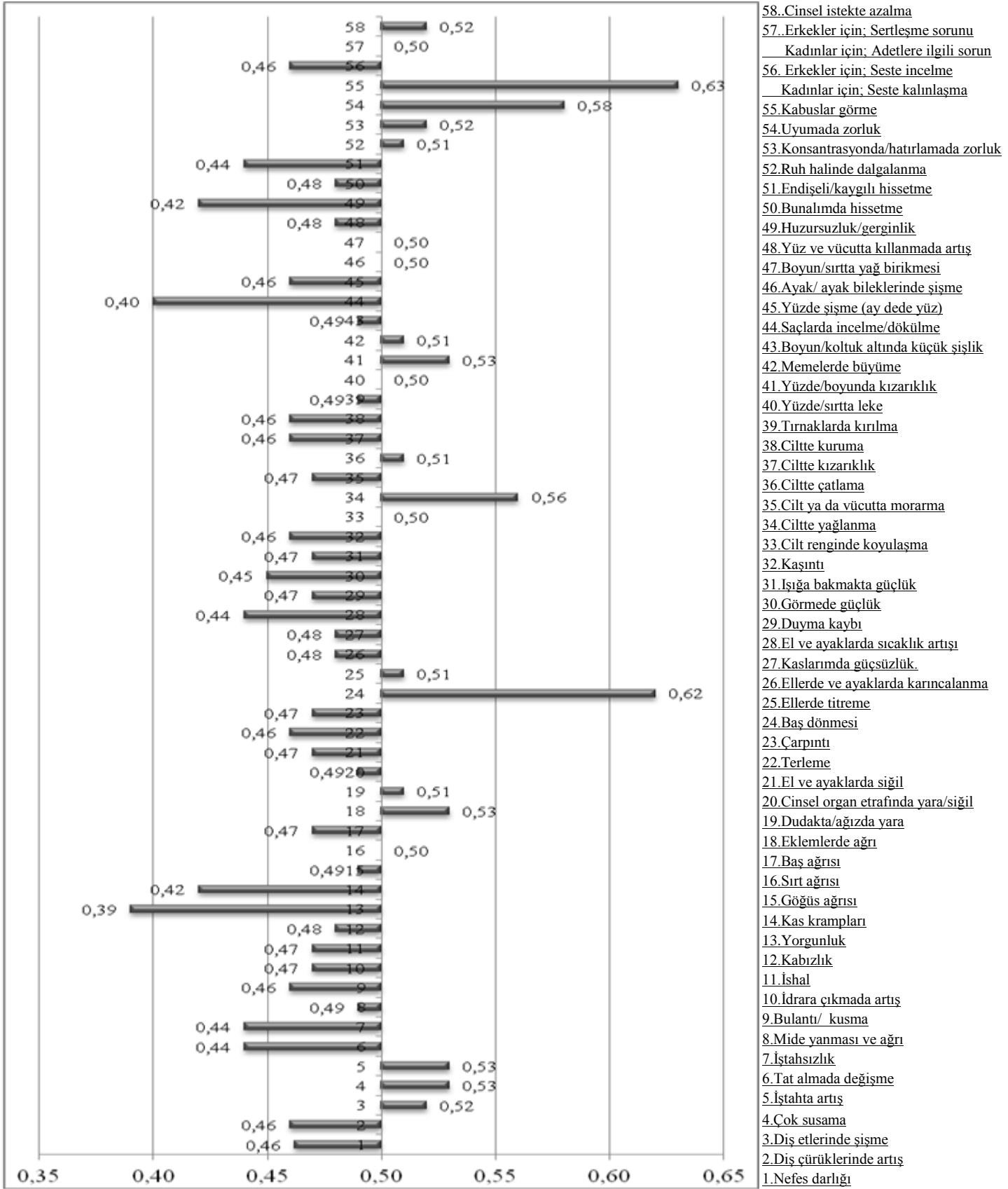


Şekil 3.7. Girişim Grubunun (n: 35) 1. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Rahatsızlık Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans Grubu Ridit Değeri = 0.50)

Girişim grubun 1. izlem (destek grup sonrası), MTSORD-58^{TRn}, in her semptomunun ridit değerleri dağılımı semptom oluşma (Şekil 3.6) ve semptom rahatsızlık (Şekil 3.7) boyutu için hesaplanmıştır. Kontrol grubunun ridit değeri 0.50 olarak bulunmuştur.



Şekil 3.8. Girişim Grubunun (n: 35) 2. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Oluşma Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans Grubu Ridit Değeri = 0.50)



Şekil 3.9. Girişim Grubunun (n: 35) 2. İzlem Verilerine Göre Her Semptomun Semptom Rahatsızlık Boyutu Ridit Değerlerinin Dağılımı (Referans Grubu Ridit Değeri = 0.50)

Destek grup sonrası 2. izlemde (üçüncü ay), MTSORD-58^{TR}'in her semptomunun ridit değerleri dağılımı semptom oluşma (Şekil 3.8) ve semptom rahatsızlık (Şekil 3.9) boyutu için hesaplanmıştır. Kontrol grubunun ridit değeri 0.50 olarak bulunmuştur.

Ridit analizine göre, girişim sonrası girişim grubunun semptom oluşma boyutunda kontrol grubuna göre en az görülen (en düşük ridit değeri olan) ilk 10 semptom arasında yer alan fiziksel semptomlar sırasıyla yorgunluk (0.23), ellerde titreme (0.31), mide yanması ve ağrı (0.34), yüz ve vücutta kıllanma (0.36), saçlarda incelme ve dökülme (0.38), diş çürüklerinde artış (0.41), el ve ayaklarda sıcaklık artışıdır (0.42). Semptom rahatsızlık boyutunda ise, en az görülen ilk 10 semptom arasında yer alan fiziksel semptomlar, uyumada zorluk (0.26), ellerde titreme (0.33), mide yanması ve ağrı (0.35), yorgunluk (0.37), saçlarda incelme ve dökülme (0.38), yüz ve vücutta kıllanma (0.42) ve diş etlerinde şişmedir (0.43). Ridit analizine göre, girişim sonrası üçüncü ayda girişim grubunun semptom oluşma boyutunda kontrol grubuna göre en düşük olan ilk 10 semptom arasında yer alan fiziksel semptomlar sırasıyla, yorgunluk (0.37), saçlarda dökülme (0.39), el ve ayaklarda sıcaklık artışı (0.43), görmede bozukluk (0.44), tat almada değişim (0.44), iştahsızlık (0.45), baş ağrısı (0.45), el ve ayaklarda karıncalanma (0.45) ve kaşıntıdır (0.45). Semptom rahatsızlık boyutunda ise, en görülen ilk 10 semptom arasında yer alan fiziksel semptomlar yorgunluk (0.39), saçlarda incelme dökülme (0.40), kas krampları (0.42), el ve ayaklarda sıcaklık artışı (0.44), tat almada değişme (0.44), iştahsızlık (0.44), görmede güçlük (0.45), kaşıntıdır. (0.46) (Şekil 3.6, 3.7).

Ridit analizine göre, girişim sonrası girişim grubunun semptom oluşma boyutunda kontrol grubuna göre en düşük olan ilk 10 semptom arasında yer alan psikolojik semptomlar sırasıyla endişe/kaygı (0.33), bunalımda hissetme (0.34), huzursuzluk ve gerginliktir (0.41). Semptom rahatsızlık boyutunda ise, en az görülen ilk 10 semptom arasında yer alan psikolojik semptomlar, endişe/kaygı (0.31), bunalımda hissetme (0.34), huzursuzluk ve gerginliktir (0.41). Ridit analizine göre, girişim sonrası üçüncü ayda girişim grubunun semptom oluşma boyutunda kontrol grubuna göre en görülen ilk 10 semptom arasında yer alan psikolojik semptom kabus görmedir (0.43). Semptom rahatsızlık boyutunda ise, en görülen ilk 10 semptomu giren psikolojik semptomlar endişe/kaygı (0.44) ve cinsel istekte azalmadır (0.46) (Şekil 3.8, 3.9).

Tablo 3.10’da KT hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. KT hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda Mental Sağlık Değerinde; grup (F= 13.033, p= .001), grup*zaman (F= 5.851, p=.004) etkileşimi açısından anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel Sağlık değeri açısından, zaman (F= 11.880, p= .000), grup*zaman (F= 3.672, p= .028) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 3.10.).

Tablo 3.10. Girişim (n: 35) ve Kontrol (n: 38) Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Girişim öncesi Ort±SS	İzlem 1 Ort±SS	İzlem 2 Ort±SS		F ^{&}	p*
Fiziksel İşlev				Grup	5.584	.021
Girişim	69.43±24.83	81.14±12.84	73.71±19.18	Zaman	3.426	.035
Kontrol	63.68±35.51	68.03±22.62	60.13±29.99	Grup*Zaman	.806	.449
Fiziksel Rol				Grup	9.339	.003
Girişim	58.57±32.05	80.71±30.37	83.57±27.07	Zaman	6.629	.002
Kontrol	55.92±32.59	59.21±29.87	60.53±32.69	Grup*Zaman	3.329	.039
Ağrı				Grup	.246	.621
Girişim	73.49±24.59	80.51±21.82	75.56±15.76	Zaman	.517	.597
Kontrol	78.69±26.55	72.18±26.02	71.93±25.71	Grup*Zaman	2.969	.055
Genel Sağlık				Grup	.241	.625
Girişim	54.94±21.49	70.11±20.75	66.03±16.92	Zaman	4.210	.017
Kontrol	62.71±23.36	59.31±25.75	62.42±23.38	Grup*Zaman	8.640	.000
Yaşamsallık				Grup	4.817	.031
Girişim	51.86±12.55	60.14±12.28	59.57±17.28	Zaman	7.230	.001
Kontrol	45.26±19.55	52.50±17.04	52.89±24.40	Grup*Zaman	.031	.970
Sosyal İşlev				Grup	3.790	.056
Girişim	78.57±20.46	90.36±10.96	74.28±20.77	Zaman	11.945	.000
Kontrol	71.05±33.02	79.93±20.86	66.44±31.18	Grup*Zaman	.1332	.877
Mental Rol				Grup	.223	.639
Girişim	66.67±40.42	86.66±21.69	83.81±26.04	Zaman	3.400	.036
Kontrol	77.19±41.08	78.70±29.27	71.93±42.82.	Grup*Zaman	4.194	.017
Mental İşlev				Grup	.026	.873
Girişim	56.57±18.07	77.03±17.71	67.31±15.11	Zaman	13.197	.000
Kontrol	64.32±24.66	68.84±17.75	66.11±18.50	Grup*Zaman	5.394	.006
Özet Sağlık Değerleri						
Mental Sağlık Değeri				Grup	13.033	.001
Girişim	45.49±9.17	51.43±6.47	47.67±6.82	Zaman	1.788	.171
Kontrol	43.85±12.18	40.57±13.86	39.01±13.35	Grup*Zaman	5.851	.004
Fiziksel Sağlık Değeri				Grup	.180	.673
Girişim	43.12±8.27	51.71±6.29	47.77±7.03	Zaman	11.880	.000
Kontrol	46.24±10.61	48.48±7.54	46.70±9.19	Grup*Zaman	3.672	.028

*p < 0.05, & F = Tekrarlı ölçümlerde iki faktörlü varyans analizi

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli bağımsız gruplarda t-testi kullanılmıştır. Analizde üç karşılaştırma olduğundan p değeri üçe bölünerek $0.05/3= 0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3.11’de yer almaktadır.

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığının saptanması için Bonferroni düzeltilmeli tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.11’de yer almaktadır. Girişim grubunda farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli eşleştirilmiş iki grup arasında farkın t testi yapılmıştır. Analizde üç karşılaştırma olduğundan p değeri üçe bölünerek $0.05/3=0.016$ olarak belirlenmiştir. Analiz sonucunda, fiziksel işlev alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 2.354, p= .014$) anlamlı bir fark saptanırken, girişim öncesi ve 2. izlem arasında ($t= .891, p= .379$), 2. İzlem ve 3. İzlem arasında ($t= 2.134, p= .040$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fiziksel rol alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 2.898, p= .000$), girişim öncesi ve 2. İzlem ($t= 3.857, p= .000$) anlamlı bir fark saptanırken 1. izlem ve 2. İzlem arasında ($t= .417, p= .680$) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Genel sağlık alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 4.582, p= .000$), girişim öncesi ve 3. İzlem arasında ($t= 2.739, p= .010$) anlamlı bir fark bulunurken, 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= .997, p= .326$) anlamlı bir bulunmamıştır. Yaşamsallık alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 2.786, p= .008$) anlamlı bir fark saptanırken, girişim öncesi ve 2. İzlem arasında ($t= 2.190, p= .035$), 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= .102, p= .873$) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sosyal işlev alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 3.061, p= .004$), 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= 4.207, p= .000$) anlamlı bir fark saptanırken girişim öncesi ve 2. İzlem arasında ($t= .892, p= .379$) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Mental rol alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 2.563, p= .012$) anlamlı bir fark saptanırken girişim öncesi ve 2. İzlem arasında ($t= 2.025, p= .051$), 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= 1.785, p= .083$) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Mental sağlık alt boyutunda, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 5.252, p= .000$), girişim öncesi ve 2. İzlem arasında ($t= 2.954, p= .006$), 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= 2.235, p= .003$) anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Mental sağlık değerinde, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 3.282, p= .002$) anlamlı bir fark saptanırken, girişim öncesi ve 2. İzlem ($t= 1.331, p= .192$), 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= 2.431, p= .020$) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fiziksel sağlık değerinde, girişim öncesi ve 1. İzlem arasında ($t= 4.587, p= .000$), 1. İzlem ve 2. İzlem arasında ($t= 2.992, p= .005$) anlamlı bir fark bulunurken, girişim öncesi ve 2. İzlem arasında ($t= 2.256, p= .005$) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3.11.).

Tablo 3.11. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre İleri Analizleri

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Girişim öncesi Ort±SS	İzlem 1 Ort±SS	İzlem 2 Ort±SS	F ^{&}	p*
Fiziksel İşlev					
Girişim	69.43±24.83	81.14±12.84	73.71±19.18	3.229	.046
Kontrol	63.68±35.51	68.03±22.62	60.13±29.99	1.215	.303
t+	.747	3.248	2.283		
p*	.458	.002	.023		
Fiziksel Rol					
Girişim	58.57±32.05	80.71±30.37	83.57±27.07	8.657	.000
Kontrol	55.92±32.59	59.21±29.87	60.53±32.69	.325	.724
t+	.204	3.269	3.264		
p*	.829	.002	.002		
Genel Sağlık					
Girişim	54.94±21.49	70.11±20.75	66.03±16.92	9.164	.000
Kontrol	62.71±23.36	59.31±25.75	62.42±23.38	973	.375
t+	1.237	1.892	.750		
p*	.220	.063	.456		
Yaşamsallık					
Girişim	51.86±12.55	60.14±12.28	59.57±17.28	3.871	.026
Kontrol	45.26±19.55	52.50±17.04	52.89±24.40	3.405	.038
t+	1.909	2.281	1.338		
p*	.060	.025	.185		
Sosyal İşlev					
Girişim	78.57±20.46	90.36±10.96	74.28±20.77	8.138	.001
Kontrol	71.05±33.02	79.93±20.86	66.44±31.18	4.772	.015
t+	1.363	2.754	1.253		
p*	.177	.007	.214		
Mental Rol					
Girişim	66.67±40.42	86.66±21.69	83.81±26.04	5.154	.008
Kontrol	77.19±41.08	78.70±29.27	71.93±42.82	1.036	.360
t+	1.123	1.311	1.417		
p*	.265	.194	.161		
Mental İşlev					
Girişim	56.57±18.07	77.03±17.71	67.31±15.11	16.295	.000
Kontrol	64.32±24.66	68.84±17.75	66.11±18.50	.955	.389
t+	1.319	2.284	.304		
p*	.191	.025	.762		
Özet Sağlık Değerleri					
Mental Sağlık Değeri					
Girişim	45.49±9.17	51.43±6.47	47.67±6.82	6.094	.004
Kontrol	43.85±12.18	40.57±13.86	39.01±13.35	2.554	.085
t+	.667	4.397	3.447		
p*	.507	.000	.001		
Fiziksel Sağlık Değeri					
Girişim	43.12±8.27	51.71±6.29	47.77±7.03	12.031	.000
Kontrol	46.24±10.61	48.48±7.54	46.70±9.19	1.566	.216
t+	.818	2.199	.559		
p*	.416	.031	.578		

*p = 0.016, [&]F = Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi, ⁺T testi (Bağımsız gruplarda iki ortalama arasında önemlilik testi)

KT hastalarının destek grup toplantılarından memnuniyeti, tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda, KT hastalarının toplantılardan memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur (F= .530, p= .582) (Tablo 3.12).

Tablo 3.12. Girişim Grubunun (n: 35) Destek Grup Toplantıları Memnuniyet Puan Ortalamaları ve Karşılaştırılması

	İlk toplantı	Son toplantı	3.ay sonrası	F^{&}	p[*]
	N= 37	N= 37	N= 35		
	X±SS	X±SS	Xt±SS		
Destek gruptan memnuniyet	31.60±3.89	31.83±4.17	31.03±4.51	.420	.639

*p < 0.05, & F = Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

KT hastalarının destek gruptan memnuniyetini değerlendirme formunda yer alan açık uçlu sorulara verdiği yanıtların özeti Tablo 3.13'te yer almaktadır.

Tablo 3.13. Girişim Grubunun (n: 35) Destek Gruptan Memnuniyetine İlişkin Görüşleri

Formda yer alan madde	Hasta yanıtları
Grup sürecinin yardımcı olma durumu	-“Bu toplantılar bana çok yardımcı oldu.” -“Özellikle bilmediğim çok şey olduğunu gördüm ve öğrenme fırsatım oldu.” - “Benimle aynı sorunu yaşayan kişileri gördüm.” - “Yalnız olmadığımı anladım buradaki öneriler hayatımı çok kolaylaştırdı.” - “Ayda birkezde olsa kendim için bişey yapmak beni mutlu etti.”
Grup sürecinde en çok hoşlandığı durum	-“Arkadaşlarla birlikte olmak” -“Doktorlarımızın ve hemşirlerimizin bizi önemsendiğini görmek” -“Yeni bilgiler öğrenmek ve kafama takılan herşeyi sorabilme imkanı bulmam” -“Kendi kendime yetebileceğimi gördüm.”
Grup sürecinin hissettirdiği farklı duygular	-“Yalnız olmadığımı hissettim.” -“Arkadaşlar ve nakil ekibi tarafından önemsendiğimi hissettim çok mutlu oldum”

-“Sadece öğrenmek değil öğretmekte hoşuma gitti başkasına yardımcı olmak kendimi iyi hissettirdi.”

Gruba katıldıktan sonra davranış ve alışkanlıklarda değişiklikler

-“Aslında ilaçlarımı yanlış kullanıyordum şimdi daha dikkatli kullanıyorum”

-“Günlük yaşamımı daha planlı yaşamaya başladım. İlaç saatlerimi ve yemek saatlerimi düzenledim.”

-“Beslenmeme daha dikkat etmeye başladım”

-“Günlük olarak yürüyüş yapmaya başladım bu durumdan eşimde çok memnun”

-“Tansiyonum aslında yüksek olduğunu öğrendim ve tedavi almaya başladım”

Gelecek toplantılara ilişkin öneriler

-“Bence her zaman bu tür toplantılar olmalı ve daha yeni ameliyat olduktan sonra başlamalı”

-“Daha uzun süre devam edebilirdi en başlarda bu kadar yararlı olacağını düşünmemiştim”

-“İlaçlar konusuna daha fazla zaman ayrılabilir”

-“Psikolojik durumumuz ile ilgili toplantı çok güzeldi bence arada sırada tekrarlanmalı”

-“Eşim ve ailem toplantılarda konuşulanları çok merak ediyor ve bende onların olmasının yararlı olacağını düşünüyorum.”

5.3.TARTIŞMA

Bu araştırmada, Roy uyum modeline temellendirilmiş destek grup girişiminin, karaciğer transplantasyonu hastalarında girişim sonrası ve üçüncü ayda bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisi kontrol grubu ile karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmanın kavramsal çerçevesini oluşturan RUM'a dayalı olarak aşağıda yer alan başlıklar altında tartişılmıştır.

Destek Grup Girişiminin Fizyolojik Uyum Alanına Etkisi

Fizyolojik uyum, hastaların değişen fizyolojik gereksinimlerine uyum sağlayabilmesidir. KT hastaları nakil sonrası değişen hayatları ve fizyolojik durumlarına uyum sağlayabilmek için çaba harcamaktadır. Destek grup girişimde yeralan egzersiz konusu hastaların aktivite ve egzersizlerini, dengeli beslenme ve sağlık kontrolleri ise dolaylı olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkilemeye yöneliktir. Toplantılarda, hastaların kendi deneyimlerini paylaşması ve yaşadıkları sorunlara yönelik çözümlerinin paylaşımında fizyolojik uyumda önemlidir. KT hastalarının yaşadığı semptomları değerlendirmek için kullanılan MTSORD-58^{TR} ölçeğinde yer alan maddelerin Roy'a temellendirilerek tartişabilmesi için ölçeğin fiziksel ve psikolojik semptomlarını tanımlayan maddelerden iki ayrı toplam puan elde edilmiştir. Grup x Zaman etkileşimi açasından toplam semptom ve fiziksel semptomlarda destek grup sonrası olumlu bir etkilenme olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analizlerde, farkın toplam semptomların semptom oluşma boyutunda ve fiziksel semptomların hem semptom oluşma hem de semptom rahatsızlık boyutunda girişim sonrası olduğu ($p < 0.016$) ve bu olumlu etkilenmede üçüncü ayda bir gerileme olduğu saptanmıştır. Yapılan ridit analizi sonuçlarında da benzer şekilde destek grup sonrası girişim grubunun semptom düzeyinde olumlu bir etilenme olduğu ve bu olumlu etkilenmenin üçüncü ayda azaldığı bulunmuştur.

Destek grup girişimi organ nakli hastalarında uzun yıllardır uygulanan (Payne ve Harrison 1984, Hyler ve Corley 1985) ve günümüzde uygulanmaya devam eden bir girişimdir. Literatürde, organ transplantasyonu hastalarına uygulanan özel stres azaltma (mindfulness-based stress reeducation-MBSR) (Gross ve ark. 2004; 2010) ve fitness eğitimi grubu (Gentry ve ark. 2009), fiziksel rehabilitasyon (Ginneken ve ark. 2011) egzersiz ve diyet danışmanlığı programı (Krassnof ve ark. 2006) gibi özel eğitim konuları içeren girişimlerin etkisinin incelendiği görölmektedir. Egzersiz ve diyet danışmanlığı programının etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, girişim sonrası erken dönemde (dördüncü ay) girişim grubunun egzersiz kapasitesinin kontrol grubu hastalarına göre daha iyi olduğu ancak bu etkinin girişim sonrası uzun dönem (10. Ay) devam etmediği belirtilmiştir (Krassnof ve ark. 2006). Destek

grup girişimi ile KT hastalarının fiziksel semptomlarında ki iyileşmenin sürdürülebilmesi için destek grup toplantılarının devamlılığı ve bu toplantılarda fiziksel egzersiz ve ilaç yan etkilerinin yönetimi konularına yönelik özel programların düzenlenmesi önerilebilir.

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesinin birçok alt boyutu hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal rol ve etkileşim boyutlarını tanımlayarak Roy Uyum Modelinin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarını değerlendirebilmektedir (Lefaiver ve ark. 2007). SF-36'nın fiziksel sağlık durumu Roy'un fizyolojik uyum alanını tanımlamaktadır. SF-36'nın fiziksel işlev ve fiziksel rol alt boyutu RUM'un fizyolojik alanının aktivite ve dinlenme boyutunu, ağrı alt boyutu ise duyu boyutunu tanımlamaktadır. Bu araştırmada, hastaların fiziksel rol alt boyutu ve fiziksel sağlık durumu puan ortalamasında artış olması ($p < 0.05$) ve fiziksel işlev alt boyutunda grup x zaman etkileşimi açısından anlamlı bir etkileşim bulunmamış olsada destek grup sonrası girişim grubunun fiziksel işlev alt boyutunun kontrol grubundan daha yüksek olması ($p < 0.016$) destek grup girişiminin fizyolojik uyumu arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Hastaların toplam ve fiziksel semptom düzeylerinde ki iyileşme yaşam kalitesinin fizyolojik alanını tanımlayan alt boyutlarında ki iyileşmeye ile benzerdir. Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinde ki artış semptom düzeylerinde ki iyileşmeye benzer şekilde destek grup sonrası gerçekleşmiş ve bu etki üçüncü ayda azalarak devam etmiştir. Destek grup girişimi içerisinde yer alan günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz, psikolojik destek, relaksasyon egzersizleri konuları ve deneyim paylaşımının dolaylı olarak ağrı alt boyutunda olumlu etkilenme oluşturması amaçlanmıştır. Ayrıca ilaçlarla ilgili yapılan oturumda ağrı kesiciler ve kullanımı konusunda hastalar bilgilendirilmiştir. Ancak ağrı alt boyutunda beklenen iyileşme olmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç, destek grup girişimi içerisinde ağrıyı azaltıcı nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bir oturum olmaması ve hastaların oldukça yoğun ağrı deneyimlemesi (Ohler ve Cupples 2008) ile açıklanabilir. Hastaların KT sonrası mümkün olduğu kadar az ilaç kullanma eğilimi içerisinde olması ve kendilerine önerilen ağrı kesici ilaçları kullanmamalarında yoğun ağrı deneyimlemelerine sebep olduğu düşünülmektedir. Gelecek çalışmalar için hastaların ağrısının azaltılması için meditasyon, relaksasyon egzersizleri gibi daha özel ağrı azaltıcı girişimlerin uygulanması önerilir.

Literatürde, organ nakli hastalarına uygulanan stres azaltıcı meditasyon girişiminin, hastaların uyku bozukluklarını anlamlı düzeyde azalttığı (Gross ve ark. 2004; 2010), ancak fiziksel sağlık durumu ve VAS- visual analog skale ile değerlendirilen yaşam kalitesi düzeyi (Gross ve ark. 2004) ve ağrıda (Gross ve ark. 2010) anlamlı düzeyde bir iyileşme sağlamadığı belirtilmiştir. KT bekleme listesinde ki hastalara uygulanan psikososyal eğitim girişiminin

hastaların abdominal semptomları, aktivite ve yorgunluk düzeylerini azalttığı ancak bu etkinin üçüncü ayda devam etmediği belirtilmiştir (Sharif ve ark. 2005). KT hastalarına uygulanan, fiziksel rehabilitasyon programının, günlük aktiveleri ve yaşam kalitesinin fiziksel boyutunda anlamlı düzeyde iyileşme sağladığı (Ginneken ve ark. 2010), egzersiz ve diet programının ise egzersiz kapasitesini arttırmada etkili olduğu rapor edilmiştir (Krassnof ve ark. 2006). Karaciğer ve kalp transplantasyonu hastalarına uygulanan fitness rehabilitasyon girişiminin fiziksel davranışta iyileşme sağladığı belirtilmiştir (Gentry ve ark. 2009).

Destek Grup Girişiminin Benlik Kavramı Uyum Alanına Etkisi

Destek grubun amaçları arasında stresi azaltma, hastalık / yetersizlikle yüzleşme ve üstesinden gelmede akran desteği sağlama, sosyal yaşam ve sağlık durumundaki değişikliğe uyumda temel bilgi ve becerileri kazandırma yer almaktadır (Yalom 1992). Uygulanan destek grup girişiminin her toplantısında yer alan deneyim paylaşımı, psikolojik destek ile ilgili özel bir toplantı ve bu toplantıda uygulanan relaksasyon egzersizi ile hastaların benlik kavramı alanında uyumun desteklenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada, destek grup girişiminin psikolojik semptomları iyileştirmede grup x zaman etkileşimi açısından etkili olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu etkilenmenin girişim sonrasında kaynaklandığı ve etkilenmenin üçüncü ayda devam etmediği bulunmuştur ($p > 0.016$). Hastaların toplam ve psikolojik semptom düzeylerinde ki iyileşme yaşam kalitesinin benlik kavramı alanını tanımlayan alt boyutlarında ki iyileşmeye ile benzerlik göstermektedir. .Bu araştırmada, grup x zaman etkileşimi açısından destek grup girişiminin yaşamsallık, mental rol, mental işlev, genel sağlık alt boyutları ve mental sağlık durumunu iyileştirmede etkili olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşamsallık ve mental rol alt boyutları ve mental sağlık değerinde ki bu etkilenmenin özellikle destek grup sonrasında kaynaklandığı ve üçüncü ayda azalarak devam ettiği bulunmuştur ($p < 0.016$).

Yapılan araştırmalarda, uygulanan girişimlerin psikolojik duruma etkileri anksiyete ve depresyon ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Stres azaltıcı meditasyon girişiminin anksiyete ve depresyonu azaltmada destek grup sonrası etkili olduğu ancak bu etkinin bizim çalışmamızda olduğu gibi üçüncü ayda azaldığı (Gross ve ark. 2004), anksiyete ve depresyonu azaltmada girişim sonrası ve bir yıl sonra etkili olduğu bulunmuştur (Gross ve ark. 2010). Aynı zamanda bu girişimin, mental sağlık durumunu yükseltmede girişim sonrası ve üçüncü ayda etkili olduğu (Gross ve ark. 2004) ancak birinci yılda etkisini kabettiği (Gross ve ark. 2010) yaşamsallık alt boyutunda girişim sonrası etkili olduğu ancak bunun birinci yıl devam etmediği belirtilmiştir (Gross ve ark. 2004). Fitness rehabilitasyon programının etkinliğini değerlendiren bir çalışmada ise (Gentry ve ark. 2009), bu girişimin anksiyete ve depresyonu

azaltmada etkili olmadığı belirtilmiştir. Fiziksel rehabilitasyon programının anksiyete ve depresyon düzeylerini iyileştirme etkili olmadığı ancak yaşam kalitesinin yaşamsallık alt boyutunu iyileştirmede etkili olduğu saptanmıştır (Ginnekan ve ark. 2011). KT bekleme listesinde hastalara uygulanan psikososyal eğitim girişiminin hastaların emosyonel fonksiyonlarında iyileşme ve anksiyetede azalma gerçekleştirdiği ve bu etkinin üçüncü ayda devam etmediği belirtilmiştir (Sharif ve ark. 2005). Karaciğer, böbrek ve pankreas transplantasyonu hastalarına uygulanan destek grubun, baş etmeyi geliştirdiği ve anksiyeti azalttığı rapor edilmiştir (Keider ve ark. 2001a; 2001b).

Destek Grup Girişiminin Karşılıklı Bağlılık Alanına Etkisi

Destek gruplarda, değişen sosyal yaşama uyum sağlamada bilgi edinme, sevilen bir ortamda karşılıklı etkileşimde ve paylaşımında bulunmanın önemli bir yeri vardır (Aktaş, 1997). Destek grupların temel amacı bilgilendirme, duyguların ifade edilmesi ve sosyal destek sağlamaktır (Yalom, 1992). Sosyal destek, iki ya da daha fazla insanın fiziksel ya da psikososyal problemlerin çözümünde birbirine yardımcı olmasıdır (Samarel ve ark. 2002). Sosyal destek KT hastalarının yeni yaşamlarında uyumunun sağlanmasında önemlidir (Ordin ve ark. 2011). Aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık bakım profesyonellerinin hastalara sosyal destek sağlayarak hastaların uyumlarını kolaylaştırmada önemli rolleri vardır (Samarel ve ark. 1998). RUM'un karşılıklı bağlılık uyum alanı sosyal destek ve sosyal ilişkileri boyutunu içermektedir (Pearson ve ark. 2005, Roy 2009).

Destek grup girişimi ile hastaların ayda bir biraraya gelerek birbirlerine sosyal destek sağlaması ve sosyal ilişki boyutlarında olumlu bir etki oluşturması amaçlanmıştır. Hemşirenin, KT sonrası hastaların yeni yaşamlarında uyumlarını desteklenmede sosyal destek sağlaması önemlidir (Kendall ve O'Dell, 2008). Bu çalışmada, uygulanan destek grup girişiminin KT hastalarının sosyal işlev boyutunu yükseltmede grup x zaman etkileşimi açısından etkili olmadığı bulunmuştur ($p > .05$). Ancak yapılan ileri analizlerde, sosyal işlev boyutunda destek grup sonrasında anlamlı bir iyileşme sağlayarak girişim grubunun sosyal işlev boyutunun kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.016$).

Literatürde, transplantasyon sonrası KT hastalarının diğer KT hastaları ile etkileşim olmalarının ve destek gruba katılmalarının uyumu olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Robertson 1999, Sargent ve Wainwright 2007). KT hastalarının hem aile bireylerinden hemde sağlık profesyonellerinden psikolojik ve sosyal desteğe gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Forsberg ve ark. 2000, Jones 2005). Keidar ve arkadaşlarının (2001b) karaciğer, böbrek ve pankreas transplantasyonu hastaları ve ailelerine uyguladıkları destek grup girişiminin aile ilişkilerinde olumlu gelişme sağladığı belirtilmiştir. Egzersiz ve diet

programınının KT hastalarının otonomileri, aile rolleri ve sosyal ilişkilerinde iyileşme sağladığı belirtilmiştir (Ginneken ve ark. 2010).

Bilgi düzeyi, Roy uyum modeline göre tüm uyum alanlarını etkilediği için bilgi düzeyinde ki artış hastaların tüm uyum alanlarını etkileyecektir. Bu araştırmada, destek grup girişiminin KT hastalarının bilgi düzeylerinde yükselme sağladığı ($p < .05$) ve bu etkinin üçüncü ayda artarak devam ettiği bulunmuştur ($p < .016$). Bilgi düzeyinde ki bu olumlu yükselmenin hastaların, kendilerine verilen eğitim kitapçığından yararlanmaya devam etmeleri ve destek grup girişiminin hastaların bu konuda ki duyarlılığını arttırmada etkili olduğunu göstermektedir.

6.3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, RUM'a temellendirilmiş destek grup girişiminin KT hastalarının fizyolojik, benlik kavramı ve karşılıklı bağıllık alanlarında uyumlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir. Semptom düzeyinde azalma, yaşam kalitesi düzeyinde artmanın destek grup sonrası gerçekleştiği ve bu etkinin üçüncü ayda azalarak devam ettiği bulunmuştur. Bilgi düzeyinde artışın ise üçüncü ayda da artarak devam ettiği belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin alt boyutları ve özet sağlık değerlerinin puan aralığı 0-100 arası puanlandırılmaktadır. Roy'un uyum seviyelerine göre, destek grup girişiminin yaşam kalitesine etkisi açıklandığında; hastaların bir alt boyutta aldığı puan "0" a yaklaştıkça hastaların uyum seviyesi uyumsuzluğa yaklaşmakta, "100"e yaklaştıkça ise denge durumuna diğer bir tanımla mükemmel uyuma yaklaşmaktadır. Destek grup öncesi hastaların aldığı puanların 50-60 arasında olması denge arama durumunda olduklarını göstermektedir. Destek grup sonrası hastaların aldıkları puanlarda en az %13 (fiziksel sağlık değeri) ve en fazla %38 (fiziksel rol ve mental işlev) oranında yükselme olmuştur. Bu durum destek grup girişiminin hastaların yaşam kalitesi düzeylerini denge durumuna doğru gelişme sağlandığı olarak açıklanabilir. Araştırmanın klinik anlamlılığı açısından üçüncü ay izlemde istatistiksel olarak iyileşmede bir azalma olsada öncesine göre hastaların yaşam kalitesi düzeyleri yüksek olduğu için destek grubun KT hastalarını denge arama durumundan denge durumuna getirmede etkili olduğu belirtilebilir. Hastaların uyum alanlarında ki olumlu etkilenmenin sürekliliği için, destek grup oturumlarının hastanede verilen rutin hizmetin içerisinde yer alması, ilaç yan etkilerinin yönetimi, fiziksel egzersiz ve psikolojik destek ile ilgili özel girişimlerin planlanması önerilir. KT hastalarının ağrı alanında olumlu bir etkilenmeyi geliştirmek için ilaç oturumu içerisinde yer alan ağrı kesicilere ayrılan sürenin arttırılması ve hastalarla bu konunun daha fazla tartışılması önerilir. Ayrıca ağrıyı azaltıcı özel girişimler planlanabilir. Zorlu bir uyum süreci yaşayan KT hastalarının uyumlarını kolaylaştırmada, transplantasyon hemşirelerin destek grup programları geliştirmesi önerilir.

KT sonrası hastaların uyumlarını güçlendirmek için eğitimden daha çok hastaların yaşadıkları sorunları odaklanabilmek için KT hastalarının, KT ile ilgili bilgilendirme ve eğitim sürecinin KT öncesi tamamlanması yönelik KT bekleme listesinde yer alan hastalarla eğitim ya da destek grup oturumlarının yapılması önerilir. Ayrıca, hastaların farklı gereksinimlerine odaklanılması ve daha fazla zaman ayrılması için hemşirenin verdiği bireysel eğitimin hastanede verilen rutin bakımın içerisinde yer alması önerilir. Bu araştırmada, uygulanan eğitim ve psikososyal grup sürecini içeren destek grupta farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için, eğitim grubu, psikososyal destek grubu ve kontrol grubunu içeren araştırmaların yapılması önerilir.

TEZİN GENEL SONUÇ VE ÖNERİLERİ

Üç aşamadan oluşan bu tezin sonuçları aşağıda ki gibi özetlenebilir.

- Tezin niteliksel olarak yürütülen birinci aşamasında; transplantasyon sonrası KT hastalarının uyum sürecinde deneyimleri uyumlu ve uyumsuz davranışlar değerlendirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçları, hemşireler için KT sonrası hastalarının uyum süreçleri hakkında temel veri sağlamıştır. Bu veriler sonucunda, hastaların KT sonrası birçok sorunla karşılaştıkları ve bu nedenle yeni yaşamlarına uyum sürecinde sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada, hastaların her uyum alanına özgü olarak uyum sürecini destekleyebilecek bilgi ve destek gereksinimleri tanımlanmıştır. Bu araştırma RUM'un tüm uyum alanları arasında etkileşimi göstermesi açısından önemli bir veri sağlamaktadır.
- Tezin metodolojik olarak yürütülen ikinci aşamasında; Dünya'da birçok dilde geçerliliği yapılmış ve yaygın olarak kullanılarak "Transplantasyon Sonrası Semptom Görülme ve Rahatsızlık Durumu Ölçeği- 59 Maddelik" ölçeğinin karaciğer ve böbrek transplantasyonu hastalarında Türkçe uyarlaması ve geçerliliği test edilmiştir. Ölçeğin her maddesi tüm organ nakli hastalarının kullandıkları immunosupresif ilaçlara bağlı gelişen bir yan etkiyi değerlendirmektedir. Yapılan kültürel uyum ve geçerlik incelemeleri sonucunda bu ölçüm aracının Türk organ nakli hastalarında geçerli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Böylece, organ nakli hastalarının yaşadıkları semptomları değerlendiren herhangi bir ölçüm aracı bulunmayan ülkemizde organ nakli hastalarının ortak sorunu olan immunosupresif ilaçlara bağlı gelişen semptomları değerlendiren bir ölçüm aracı kazandırılmıştır.
- Tezin yarı deneysel olarak yürütülen üçüncü aşamasında; "destek grup" girişiminin karaciğer transplantasyonu hastalarının bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisi incelemiştir. Destek grubun hastaların bilgi düzeylerini arttırmada etkili olduğu ve bu etkinin girişim sonrası üçüncü ayda da artarak devam ettiği belirlenmiştir. KT hastalarının yaşadıkları semptomları azaltmada yapılan ridit analizine göre kısa dönemde (girişimin sonrası) etkili olduğu ancak uzun dönemde (üç ay sonrası) bu etkinin azalarak devam ettiği belirlenmiştir. Destek grup girişiminin, KT hastalarının fiziksel, emosyonel ve sosyal etkileşim boyutlarını tanımlayan yaşam kalitesi alt boyutlarında aynı şekilde etkili olduğu bulunmuştur. Araştırmanın klinik anlamlılığı açısından destek grup girişiminin hastaları denge arama durumundan denge durumuna getirmekte etkili olduğu belirlenmiştir.

Üç aşamada tamamlanan tezin sonuçlarına dayalı öneriler aşağıdaki gibi özetlenebilir.

- Uygulamaya yönelik öneriler; tezin birinci aşamasında KT hastaların uyum sürecinde yaşadıkları belirlenen sorunlar, bilgi ve destek gereksinimlerinin KT hastaların bakımını yapılandırılmada transplantasyon hemşirelerine önemli bilgiler sağlamaktadır. Aynı zamanda bu araştırmada KT hastalarının bakımında bir hemşirelik modeli olan Roy Uyum modelinin kullanılması, KT hastalarının bakımında bir hemşirelik modelinin kullanmısında önemli bir örnek teşkil etmektedir. Canlı verici oranı oldukça yüksek olan ülkemizde canlı veriden transplantasyon uygulanan KT hastasının bakım ve izlemide psikososyal desteğe daha fazla önem verilmesi önerilmektedir. Tezin ikinci aşamasında, organ nakli hastalarının ortak sorunu olan immunosupresif ilaçlara bağlı gelişen semptomları değerlendiren MTSORD-59R'nin Türkçe uyum ve geçerliği gerçekleştirmiştir. Transplantasyon alınında çalışan tüm sağlık profesyonelleri ve hemşireler, hastaların kullandıkları immunosupressif ilaçlara uyumunu ve ilaçların hastalarda ki etkisini değerlendirmek için bu ölçüm aracını kullanabilir. Bu ölçüm aracından elde edilen veriler sağlık profesyonellerine sistematik bir veri sağlayacaktır. Transplantasyon sonrası kısa ve uzun dönemde, ilaçların hastalarda oluşturduğu etkiyi değerlendirerek klinik karar vermede etkili olabileceği düşünülmektedir. Tezin üçüncü aşamasında KT hastalarında destek grup girişiminin bilgi, destek ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirmiştir. Destek grup girişimi, hastalar arasında etkileşimi güçlendiren, bilmedikleri konular hakkında danışmanlık alabilecekleri ve aynı sorunu yaşayan hastalardan ve uzman bir kişiden psikolojik destek alabilecekleri bir girişimdir. Eğitim, danışmanlık, psikolojik ve sosyal destek temel hemşirelik fonksiyonlarındanır. Bu araştırmada, destek grup girişimi ile transplantasyon hemşirelerinin bu fonksiyonlarını kullanarak KT hastalarının fiziksel, emosyonel ve sosyal boyutunda iyileşme sağlayabileceği belirlenmiştir. Bu girişim tüm transplantasyon merkezlerinde transplantasyon hemşireleri tarafından uygulanabilecek maliyet etkin etkili bir girişimdir.
- Araştırmaya yönelik öneriler; tezin birinci aşamasında elde edilen verilere dayalı olarak canlıdan transplantasyon uygulanmış hastaların uyum sürecinin incelenmesi gereksinim vardır. Hastaların uyum sürecinde sürekli destek olan aile bireylerinin dahil edildiği çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. KT hastalarının transplantasyon sonrası uyum sürecinin uzunlamasına incelenmesine gereksinim vardır. Türkçe uyum ve geçerlik çalışması yapılan MTSORD-59R ölçeğinin klinik

kullanımını kolaylaştırmak kullanılan immunosupressif ilaçlara z alt boyutlar oluşturabilecek çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Bu lm aracının diğer organ nakli hastalarında da uygulanması önerilmektedir. Tezin nc aşmasının sonuçları doğrultusunda, KT hastalarının fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlıklarında olumlu etkileme durumunu devam ettirmek için destek grup hastanede verilen rutin hizmetin içerinde yer alması önerilmektedir. KT hastalarının ağrı alt boyutunu yükseltmek için ağrıyı azaltıcı özel girişimlerin planlanması, ilaç oturumu içerisinde yer alan ağrı kesicilere ayrılan sürenin arttırılması ve hastalarla bu konunun daha fazla tartışılması önerilir. kesici ilaçlarla ilgili hastalara daha fazla önerilir. Yapılan destek grup girişiminin etkinliğini değerlendirmek için eğitim grubu, psikososyal destek grup ve kontrol grubunun yer aldığı bir araştırma yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aadahl, M., Hansen, B.A., Kirkegaard, P., Groenuold, M., et al., Fatigue and Physical Function After Orthotopic Liver Transplantation, *Liver Transplantation*, 2002; 8(3): 251-259
- Åberg F, Pukkala E, Höckerstedt K, Isoniemi H. Risk of malignant neoplasms after liver transplantation: a population-based study. *Liver Transpl* 2008;14:1428–1436
- Adam, R. and E. Hoti, Liver transplantation: the current situation. *Semin Liver Dis*, 2009. 29(1): p. 3-18.
- Ahmed, A., Keeffe, EB., Current Indications and Contraindications for Liver Transplantation *Clin Liver Dis*. 2007; 11: 227–247
- Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002; 4(1): 9-14.
- Aktaş, MA., 1997, Grup Süreci ve Grup Dinamikleri, Sistem Yayıncılık, Ankara/Türkiye
- Alacacioğlu A, Somali I, Simsek I, Astarcioglu I, Ozkan M, Camci C. Epidemiology and Survival of Hepatocellular Carcinoma in Turkey: Outcome of Multicenter Study. *Japanese J. Clin. Oncol*. 2008; 38(10): 683-688.
- Allgood, M.R. & Tomey, A.M. Nursing theory utilization & application. Mosby Year Book Inc: Third edition. 2006, ABD
- Aras G. (2006) Karaciğer transplantasyonunda hastaların ve ailelerin sorunları, gereksinimleri ve bakıma katılım düzeylerinin incelenmesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları AD., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul/Türkiye
- Arbeg F, Koivusalo AM, Hockerstedt K et al. Renal dysfunction in liver transplant patients: comparing patients transplanted for liver tumour or acute or chronic disease. *Transplant Int*. 2007;20:591-599
- Aytaman A, Kaufman M, Terrault NA. Management of postransplant hepatitis C infection. *Current Opinion in Organ Transplantation*. 2010; **15**: 301–309
- Baker MS, McWilliam C. How patients manage life and health while waiting for a liver transplant. *Progress in Transplantation* 2003; 13: 47-60
- Bean K.B. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. *Progress in Transplantation*. 2005; **15**(4): 392-396
- Bean KB. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. *Progress in Transplantation* 2005; **15**(4): 392-396

- Beck A, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1998; **8**: 77
- Belle S.H., Porayko M.K., Hoofnagle J.H., Lake J.R. & Zetterman R.K. Changes in quality of life after transplantation among adults, *Liver Transplantation and Surgery* 1997;**3**(2); 93-104
- Belle, SH, Porayko, MK, Hoofnagle, JH, Lake, JR. Changes in Quality of Life After Transplantation Among Adults Liver Transplantation and Surgery 1997; 3(2); pp: 93-104
- Benloch S., Berenguer M., Liver Transplantation, Long -Term Health Care, 2006; 2-7
- Benten D, Stauffer K, Sterneck M. Orthotopic liver transplantation and what to do during follow-up: recommendations for the practitioner. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2009;6:23-36
- Berghe, VL., 1999, Introduction to Transplant Immunology and Immunosuppression, Mosby International Ltd., UK
- Bernal W, Auzinger G, Dhawan A, Wendon J. Acute Liver Failure, *The Lancet* 2011; 376(9736): 190-201
- Blanch J., Sureda B., Flavia M. Psychosocial Adjustment to Orthotopic Liver Transplantation in 266 Recipients, *Liver Transplantation*, 2004: 10(2); 228–234
- Blanch J., Sureda B., Flavia M., Marcos V., De Pablo J., De Lazzari E., Rimola A., Vargas V., Navarro V., Margarit C & Visa J. Psychosocial adjustment to orthotopic liver transplantation in 266 Recipients, *Liver Transplantation* 2004; **10**(2); 228–234
- Bozdemir CH. (2006) KT Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir/Türkiye
- Bravata D.M., Olkin I., Barnato A.E., Keeffe E.B. & Owens D.K Health-related quality of life after liver transplantation: meta-analysis, *Liver Transplantation and Surgery* 1999; **5** (4); 318-331
- Bross IDJ. How to use riddit analysis. *Biometrics* 1958; **14**: 1
- Bryce, C.L., Angus, D.C., Switala, J.A., Roberts, M.S., ve ark. Health Status Versus Utilities of Patients with End-Stage Liver Disease, *Quality of Life Research*, 2004; 13: 773-782
- Buften S, Emmett K, Byerly AM. Liver transplantation. In: Ohler L, Cupples S, eds. *Core curriculum for transplant nurses*. USA, Mosby. 2008: 423-455.
- Burra P, de Bona M. Quality of life following organ transplantation. *Transpl Int* 2007; **20**: 397

- Caccamo, L., Azara, M., Dodlia, M., Sessini, C. Longitudinal Prospective Measurement of The Quality of Life Before and After Liver Transplantation Among Adults, *Transplantation Proceedings*, 2001; 33: 1880-1881
- Camara, SO., Dias FL., Pacheco-Silva A. (2004) An Open Randomized Study Comparing Immunosuppression Therapy Initiated Before or After Kidney Transplantation in Haploidentical Living Recipient, *Clinical Transplant*, (18); 450-455
- Can C. 2010, Karaciğer nakli öncesinde ve nakilden bir yıl sonra psikiyatrik belirti ve bozukluk yaygınlığı, yaşam kalitesi, genel bilişsel ve cinsel işlevler, Dokuz Eylül Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İzmir/Türkiye
- Charlton M., Recurrence of hepatitis C infection: Where are we now? *Liver Transpl* 2005; 11(Suppl 2): S57–S62.
- Collis BH, Desai DM, (edit) Killenberg PG, Clavin PA, 2006, Rejection, Medical care of the liver transplant patient, 3rd Edition, Chapter 19, ss: 304-322
- Cortan, RS., Robbin, S., (Çevr.) Tulunay, Ö. (2003) İmmun Bozukluklar, Temel Patoloji, Ankara; Nobel Kitabevi, 121-129
- Crone, CC., Wise, TN., 1999, Psychiatric Aspects Of Transplantation, III: Postoperative Issues, *Critical Care Nurse*; Aug 1999; 19, 4; 28-38
- Cuervo LG, Clarke M. Balancing benefits and harms in health care. *BMJ* 2003; **327**: 65.
- Cupples, S., Ohler, L., 2002, Liver Transplantation, Transplantation Nursing Secrets, Hanley&Belfus Inc., Philadelphia, ss: 151-173
- Cupples, SA., Dumas-Hicks, DH., Burnapp, L., (edit) Ohler, L., Cupples, SA., Transplant Complications: Infectious Diseases, Core Curriculum for Transplant Nurses, Mosby-Elsevier, 2008, ABD, ss: 135-200
- De Bona M, Ponton P, Iemmolo MR, *et al.* The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation. *J Hepatol* 2000; **33**: 609–15.
- De Geest S, Abraham I, Mons P, *et al.* Late acute rejection and subclinical noncompliance with cyclosporine therapy in heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 1998; **17**: 854
- De Geest S, Moons P. The patient's appraisal of side-effect: the blind spot in quality-of-life assessments in transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2000; **15**: 457

- Demiral Y., Ergör G., Ünal B., Semin S., Akvardar Y., Kıvrıkcık B., Alptekin K., Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population, *BMC Public Health* 2006, 6: 247
- DeSanto-Madeya S. Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. *Nursing Science Quarterly*, 2009; **22**: 57-66
- DeSanto-Madeya S. Secondary analysis of the meaning of living with spinal cord injury using Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2006; 19: 240-246.
- Dobbels F, Moons P, Abraham I, Larsen CP, Dupont L, De Geest S. Measuring symptom experience of side-effects of immunosuppressive drugs: the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale. *Transpl Int*; 2008; **21**: 764-77
- Dobratz M.J. (2008) Moving nursing science forward within the framework of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly* 21(3); 255-259
- Drent G, Geest S.D, Dobbels F, Kleibeuker J.H, Haagsma E.B. Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. *The Journal of Medicine*. 2009; **67**(5): 161-168
- Dudley, T., Chaplin, D., Clifford, C., Mutimer, J., Quality of Life After Liver Transplantation for Hepatitis C Infection, *Qual Life Res.*, 2007; 16: 1299–1308
- Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; **62**(1): 107-115
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004 : 30 (3); 211-216.
- Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. İçinden: Erefe İ. (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Odak Ofset, İstanbul, 2002; 169-188.
- Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültürel Uyarlaması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir, 2007.
- Estraviz B, Quintana JM, Valdivieso A, Bilbao A, Padierna A, Ortiz de Urbina J, Sarabia S., 2007, Factors Influencing Change in Health-Related Quality of Life After Liver Transplantation *Clin Transplant*, 21: 481–490.
- European Liver Transplant Society, <http://www.eltr.org/spip.php?rubrique37>, erişim tarihi 15 Ekim 2012
- Farkas SA, Schnitzbauer AA, Kirchner G et al. Calcineurin inhibitor minimization protocols in liver transplantation. *Transpl Int* 2009; 22: 49-60

- Fink S. A. and R. S. Brown, "Current indications, contraindications, delisting criteria, and timing for liver transplantation," in *Textbook on Liver Transplantation*, R. W. Busuttil and G. B. Klintmalm, Eds., chapter 7, pp. 95–113, Elsevier, New York, NY, USA, 2nd edition, 2009.
- Ford, EAS., John, EV., 2008 (Edit) Ohler, L., Cupples, SA., Patient Education for The Transplant Recipient, Core Curriculum for Transplant Nurses, Mosby Elsevier, 51-89
- Forner A, Llover JM, Bruit J., Hepatocellular carcinoma, *Lanset*, 2012; February 20: 1-11
- Forsberg A, Backman L, Möller A. Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; **32**(2): 327-334
- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman O.S. Association between pre-transplant psychological assessment and post transplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics*. 2002; **43**(1): 49-54
- Gautam M, Cheruvattath R, Balan V. Recurrence of autoimmune liver disease after liver transplantation: A systematic review. *Liver Transpl* 2006; 12: 1813–1824.
- Gentry ACS, Belza B, Simpson T, Fitness support group for organ transplant recipients: self-management, self-efficacy and health status, *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(11): 2419-2425
- Ginneken TJV, Berg-Emons HJCV, Metselaan HJ, Tilanus HW, Kezemier G, Stam HJ, Effects of a rehabilitation programme on daily functioning, participation, health-related quality of life, anxiety and depression in liver transplant recipients, *Disability and Rehabilitation*. 2010; 32(25): 2107–2112
- Goetzman, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R. Et al, 2006, Quality of life and psychosocial situation before and after a lung, liver or an allogeneic bone marrow transplant, *Swiss Med Wkly*, 136:281–290
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002; 4(2): 9-20.
- Gözüm S, Aksayan S., A guide for transcultural adaptation of the scale, *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 2002(4); 1: 9-14
- Gross C.R., Kreizer M.J., Russas V., Treesak C., Frazier P. & Hertz M.I. Mindfulness medication to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances* 2004; **20**(2); 20-29

- Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Winbush NY, Schomaker K, Thomas W. Mindfulness medication training to reduce symptom distress in transplant patients: rationale, design and experience with a recycled waitlist. *Clin Trials* 2009; 6; 76-89
- Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Bornemann MC, Nyman JA, Frazier P, İbrahim HN. Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: a randomized controlled trial, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2010; 16(5); 31-38
- Gross CR, Kreitzer MJ, Russas V, Treesak C, Frazier P, Hertz MI. Mindfulness medication to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances*, 2004; 20(2); 20-29
- Guatam M, Cheruvattath R, Balan V. Recurrence of autoimmune liver disease after liver transplantation: a systematic review. *Liver Transplantation*. 2006; 12: 1813-24
- Guyton, C., Arthur. Hall. EJ. *Immunity System, Medical Physiology*, 2001, ss:392-417, Missisipi,
- Gündoğdu S.Y. (2007) Kronik karaciğer hastalığı ile karaciğer nakli yapılmış olan hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi, Afyon Kocatepe Universtesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İ Hastalıkları Hemşireliği AD., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon/Turkiye
- Hathaway D, Winsett R, Prendergast M, Subaiya I. The first report from the patient outcomes registry for transplant effects on life (PORTEL): differences in side-effects and quality of life by organ type, time since transplant and immunosuppressive regimens. *Clin Transplant* 2003; 17: 183.
- Hisli N. Reliability and validity of Beck depression inventory in university students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1989; 7; 3-13.
- Hoffman, M.F., Nelson, J.B., Drangstveit, B.M., Flynn, M.B., *Caring for Transplant Receipients in a Nontransplant Setting*, *Critical Care Nursing*, 2006; 26(2): 53-76
- Hovardaoğlu S, Sezgin N. Eğitim ve Psikolojide Ölme Standartları. Amerikan Eğitim Araştırmaları Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği, Eğitim Ölçümleri Uluslararası Konseyi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları no:14, 1. Baskı, Ankara, 1998; 9-31.
- Hylar B.J., Corley M.C. & McMahon D. (1985) The role of nursing in a support group for heart transplantation recipients and their families. *J Heart Transplant* 4(4):453-6
- Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients: validation of the "S4" model. *Psychosomatics* 1998; 431-436
- Jelic S, Sotiropoulos GC., Hepatocellular carcinoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up, *Annals of Oncology*, 2011; 21(5): 59-64

- Jones J.B. Liver transplant recipients' first year of posttransplant recovery: a longitudinal study. *Progress in Transplantation*. 2005; **15**(4): 345-352
- Kaçmaz N. 2011, Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği AD., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul/Türkiye
- Kahan, BD., Camarda, JS., Rapamycin: Clinical Result and Future Opportunities, *Transplantation*, 2001: 72; 1181-1198
- Kahan, BD., The Limitations of calcineurin and mTOR inhibitors: New Directions for Immunosuppressive Strategies. *Transplant Proc.* 2002: 34; 130–3.
- Kamath, P.S., Malinchoc M., Kremers W., Therneau T.M., Kosberg C.L., D'Amico G., Dickson R., Kim W.R. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology*, 2001. 33(2): p. 464-70.
- Karademir S., Karaciğer Transplantasyonu, *T Klin Ver Der*, 2006; 2 (26): 40-48
- Karam VH, Gasquet I, Delvart V, et al. Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. *Transplantation* 2003; **76**: 1699-1704.
- Keidar R, Katz P, Nakache R. Resuming life after transplantation: development of a support group for patients and their families, *Transplantation Proceeding* 2001: 33; 1911-1912
- Keidar R., Katz P., Nakache R., “Living Again”: Heterogeneous Support Group for Transplant Patients and Their Families, *Transplantation Proceedings*, 2001: 33; 2930–2931
- Kendall, O'Dell, (edit) Ohler, L., Cupples, S., *Liver Transplantation, Core Curriculum for Transplant Nurses*, Mosby, Internal Transplant Nurses Society, 2008, ss: 423-455, ABD
- Keswani, R. N. Ahmed, A. and Keefe, E. B “Older age and liver transplantation: a review,” *Liver Transplantation*, vol. 10, no. 8, pp. 957–967, 2004.
- Khan S., Erlichman J., Rand E.B., Live virus immunization after orthotopic liver transplantation. *Pediatr Transplant* 2006; **10**: 78–82
- Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N. & Memiş A. Kısa Form – 36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; **12**: 102-106
- Koller A., Denhaerynck K., Moons P., Steiger J., Bock A., De Geest S., Distress associated with adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients, *Prog Transplant*; Mar 2010; 20, 1
- Kotlyar DS, Campbell MS, Reddy KR: Recurrence of diseases following orthotopic liver transplantation. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1370–1378

- Krasnoff JB, Vintro AQ, Ascher NL, Bass NM, Paul SM, Dodd MJ., Painter PL, A randomized trial of exercise and dietary counseling after liver transplantation. *American Journal of Transplantation* 2006; 6(8): 1896-1905
- Krasnoff, J.B., Vintro, A.Q., Ascher, N.L., Bass, N.M., et al., Objective Measures of Health-Related Quality of Life Over 24 Months Post-liver Transplantation, *Clinical Transplantation*, 2005; 19: 1-9.
- Kugler C, Geyer S, Gottlie J et al. Symptom experience after solid organ transplantation. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; **66**: 101-110
- Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16: 143-163
- Lopez, PM., Martin, P., Update on Liver Transplantation: Indications, Organ Allocation, and Long-Term Care, *The Mount Sinai Journal Of Medicine*, 2006: 73(8); 1056-1066
- Lui L.U, Thomas S.D. Long-term care of the liver transplant recipient. *Clinical Liver Disease*. 2007; **11**: 397-416
- Maluf DG, Stravitz RT, Cotterell AH, Posner MP, Nakatsukan M, Sterling RK, Luketic VA, Shiffman ML, Ham JM, Marcos A, Behnke MK & Fisher RA., Adult Living Donor Versus Deceased Donor Liver Transplantation: A 6-Year Single Center Experience *American Journal of Transplantation* 2005; 5; 149–156
- MAPI Institute 2012, <http://www.mapi-institute.com/scales-and-translation/ourcatalog/124-specific-scales-oncology>, erişim tarihi 15 Ekim 2012.
- Martin, R.K., Organ Transplantation: The Role of The Acute Care Nurse Practitioner Across The Spectrum of Health Care, *American Association of Critical-Care Nurses*, 1999; 10(2): 285-292
- Mazzaferro, V., et al., Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med*, 1996. 334(11): p. 693-9.
- McCance, K., Huether, SE., (2006) Alterations in Immunity and Inflammation, *Pathophysiology The Biologic Basis For Disease in Adult and Children*, Fifth Edition, 2006, ss: 264-265, Elsevier Mosby, ABD
- McGregor L.M, Swanson V, Hayes P.C, Forsythe J.R, O'Carroll R.E. Considering adult living donor liver transplantation: A qualitative study of patients and their potential donors. *Psychology & Health*. 2009; 99999(1): 1-16

- McGuire BM, Rosenthal P, Brown AM et al. Long –term management of the liver transplant patient: recommendations for the primary care doctor, *American Journal of Transplantation*, 2009;9: 1988-2003
- Meier-Kriesche HU, Lib S, Gruessner RWG et al. Immunosuppression: Evolution in practice and trends 1994–2004. *Am J Transpl* Sainz-Barriga, M, Baccarani, U, Scudeller, L, Risalliti, A. Et all, 2005, Quality-of-Life Aesessment Before and After Liver Transplantation, *Transplantation Proceesings*, 37, pp: 2601-2604
- Mells G, Neuberger J: Long-term care of the liver allograft recipient. *Semin Liver Dis* 2009;29:102–120
- Merion, R.M. ve ark. Predicted lifetimes for adult and pediatric split liver versus adult whole liver transplant recipients. *Am J Transplant*, 2004. 4(11): p. 1792-7.
- Miao Y, Everly JJ, Gross TG et al. De novo arising in organ transplant recipients are associated with adverse out-comes compared with the general population. *Transplantation* 2009;87:1347-1359
- Mitchell, SA., Joann, S. Edit, Morton, PG, Fontaine, D., Hudok, CM, Gallo, M, bölüm yazarı, Organ and Hematopoenic Stem Cell Transplantation, *Critical Care Nursing A Holistic Approach*, Eighth Edition, 2005; 1089-1135
- Mize J.B, Cupples S. Coping with transplantation Part 2: posttransplant phase, *Progress in Transplantation*. 2004; **14**(1): 71-72
- Moloney, S., Cicutto, L., Hutcheon, M., Singer, L., 2007, Deciding About Lung Ttransplantation: Informational Needs of Patients and Support Persons, *Progress in Transplantation*; 17 (3); 183-192
- Moons P, De Geest S, Abraham I et al. Symptom experience associated with maintenance immunosuppression after heart transplantation: patients' appraisal of side effect. *Heart Lung* 1998; **27**: 315
- Moons P, De Geest S, Abraham I, Vanhaecke J. Psycho-social factors associated with symptom distress of immunosuppressive regimen in heart transplant recipients. *European Heart Journal* 1996; 17: 289-
- Moons P, De Geest S, Versteven K, Abraham I, Vlaminck H, Moens G, Waer M. Validity and reliability of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale. *Journal of Nursing Measurement* 2001; **9**: 115-134.

- Moons P, Morgodt D, Geest S.D, Vanrenterghem Y, Van Hooff J.P, Mullans M, Squiffet J, Thevissen I. Health-related quality of life and symptom experience in tacrolimus-based regimens after renal transplantation: a multicentre study. *Transplantation International*. 2003; **16**: 653–664
- Moreno, R., Berenguer, M., 2006, Post-Liver Transplantation Medical Complication, *Annals Hepatology*, 5(2); 77-85.
- Muir AJ, (edit) Killenberg PG, Clavin PA, 2006, Immunosuppressive Medications, Medical care of the liver transplant patient, 3rd Edition, Chapter 29, ss: 505-522
- Murray K, Carithers RL, AASLD, Practice Guidelines:Evaluation of The Patient for Liver Transplantation, *Hepatology*, 2005; 41(6):1407-32
- Müllhaupt B, Smith AD, (edit) Killenberg PG, Clavin PA, Primary biliary Cirrhosis, primar sclerosing cholangitis (including cholangiocarcinoma), and autoimmune hepatitis, Medical care of the liver transplant patient, 3rd Edition, Chapter 2006: 10; 149-171
- Myers J, Pellino T.A. Developing new ways to address learning needs of adult abdominal organ transplant recipients. *Progress in Transplantation*. 2009; **19**(2): 160-166
- Myers SA, Martinez JC, (edit) Killenberg PG, Clavin PA, Cutaneous diseases in the transplant recipient, Medical care of the liver transplant patient, 3rd Edition, Chapter 2006: 27; 482-485
- Nair, S. Verma, S. and Thuluvath, P. J. “Obesity and its effect on survival in patients undergoing orthotopic liver transplantation in the United States,” *Hepatology*, vol. 35, no. 1, pp. 105–109, 2002.
- Neal DA and Alexander GJ., Can the potential benefits of statins in general medical practice be extrapolated to liver transplantation? *Liver Transpl* 2001; **7**; 1009–1014
- Neergaard M.T, Olesen F, Andersen R.K, Sondergaard J. Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*. 2009; 9: 52.
- Neuberger, J . ve ark. Transplantation for alcoholic liver disease. *J Hepatol*, 2002. 36(1): p. 130-7.
- Nilsson M, Persson L.O, Forsberg A. Perceptions of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; **17**: 2408–2417
- OPTN/SRTR, 2009, The U.S. Organ Procurement and Transplantation Network and the Scientific Registry of Transplant Recipients. Annual Report: Transplant Data 1999-2008, <http://optn.transplant.hrsa.gov/ar2008/>, erişim tarihi: 15 Ekim 2012

- Ordin S.Y. ve Karayurt Ö. 2011 Karaciğer Nakil Hastaları ve Aileleri için Bir Rehber, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1. Basım, İzmir/Türkiye.
- Ordin SY, Dicle A, Wellard S. Quality of life in recipients before and after liver transplantation in Turkey. *Progress in Transplantation*. 2011; **23**(2): 206-267
- Organ Nakli Koordinatörleri resmi sitesi - ONKOD, <http://www.onkod.org.tr>, erişim tarihi 15 Ekim 2012
- Öner N. Güvenirliği ve/veya geçerliği sınanmış psikolojik testler. Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı, Psikolojik Testler, 1994: 6 (33); 9-18.
- Pascual M, Theruvath T, Kawai T et al. Strategies to improve long-term outcomes after renal transplantation. *N Engl Med* 2002; **346**: 580-90
- Payne G.M. & Harrison B. Reducing stress in renal patients and their families: a nurse-managed patient support group. *J Nephrol Nurs* 1984; **1**(3); 138-140
- Pearson A., Vaughan B. & Fitzgerald M. (2005) *Nursing Models for Practice*, Butterworth-Heinemann Elsevier, Philadelphia.
- Perrett S. E. Review of Roy Adaptation Model-Based Qualitative Research. *Nursing Science Quarterly*. 2007; **20**(4); 349-356
- Perry, L., Neuberger, J., İmmunosuppression: Toward a Logical Approach in Liver Transplantation, *Clinical and Experimental Immunology*, 2005: 139: 2-10
- Pfitzmann, R., Nüssler, NC., Hippler-Benscheidt, M., Neuhaus, R., Neuhaus, P., 2007, Long-term results after liver transplantation, *Transplant International* ISSN 0934-0874
- Pham PT, Pham PC, Wilkinson AH, Management of renal dysfunction in the liver transplant recipients. *Curr Opin Organ Transplant* 2009;14:231-239
- Pillebout E, Nocy D, Hill G et al. Renal histopathological lesions after orthotopic liver transplantation. *Am J Transplant*. 2005;5:1120-1129
- Pirsch, J., Simmong, WD, Sollinger, H. *Transplantation Drug Manual*, Fourth Edition, Landes, 2003, Teksas/ABD
- Polit D, Beck CT. *Essentials of nursing research: methods, appraisals, and utilization*, 7th ed, Wolter Kluwer, Philadelphia; 2010
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* 2006; **29**: 489
- Pomfret, E.A., et al., Live donor adult liver transplantation using right lobe grafts: donor evaluation and surgical outcome. *Arch Surg*, 2001. 136(4): p. 425-33.

- Pontillo KS, (edit) Killenberg PG, Clavien PA, Productivity and social rehabilitation of the transplant recipients, Medical care of the liver transplant patient, Blackwell Publishing, 3. Edition, ABD, ss:489-502
- Reuben A: Long-term management of the liver transplant patient: diabetes, hyperlipidemia, and obesity. *Liver Transpl* 2001;7:S13–21
- Robertson G. Individuals' perception of their quality of life following a liver transplant: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; **30**(2): 497-505
- Rowe IA, Webb K, Gunson BK, et al: The impact of disease recurrence on graft survival following liver transplantation: a single centre experience. *Transpl Int* 2008;21:459–465
- Roy, C. The Roy adaptation model. 3rd. Edition, New Jersey Upper saddle River: Pearson prentice hall health, 2009
- Rudow, DL., Goldstein, MJ., 2008, Critical Care Management of The Liver Transplant Recipient, *Crit Care Nurs Q*, 31(3); 232-243
- Russell R.T., Feurer I.D., Wisawatapnimit P., Salomon R.M. & Pinson C.W. The effects of physical quality of life, time, and gender on change in symptoms of anxiety and depression after liver transplantation. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2008; **12**: 138–144
- Saab, S., Ibrahim, A.B, Shpaner, A., Younossi, Z.M., MELD Fails to Measure Quality of Life in Liver Transplant Candidates, *Liver Transplantation*, 2005; 11(2): 218-223
- Samarel N, Fawcett J, Krippendorf K. Piacentino JC, Eliasof B, Hughes P, Kowitski C, Ziegler E., Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer, *Journal of Advanced Nursing*, 1998; 28(6): 1259-1268
- Samarel N, Tulman L, Fawcett J., Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage, *Research in Nursing & Health*, 2002; 25: 459-470
- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*. 2000; 23: 334-340
- San-Gregorio, P., Rodriguez, M., Rodriguez, G., Bernal, P., 2005, Psychologic Satges in Renal Transplant, *Transplantation Proceedings*, 37, 1449-1452
- Sargent S. & Wainwright S.P. 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
- Seaberg EC, Belle SH, Beringer KC, (Edit) Cecka JM, Terasaki PI, Liver transplantation in the United States from 1987–1998: updated results from the Pitt-UNOS liver transplant

- registry. Clinical transplants, Los Angeles (CA): UCLA Tissue Typing Laboratory; 1999; 17–37, ABD
- Seehofer D, Berg T. Prevention of hepatitis B recurrence after liver transplantation. *Transplantation* 2005; **80**(1): S120–S124.
- Sermeus W, Delesie L. Redit analysis on ordinal data. *Western Journal of Nursing Research* 1996; **18**: 351
- Sharif, F, Mohebbi, S, Tabatabaee, HR, Firoozi, MS. Ve ark. Effect of psycho-educational on health-related quality of life (QOL) of patients with chronic liver disease referring to Shiraz University of Medical Sciences, Health and Quality of Life Outcomes, 2005: 3, pp: 81-82
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Assessment and Management of Patient with Hepatic Disorders, Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 1074-1122
- Smith AD, (edit) Killenberg PG, Clavin PA, 2006, Recurrence of the original liver disease, Medical care of the liver transplant patient, 3rd Edition, Chapter 24, ss: 419-439
- Stiit, N., Barone, MA., Castellese, M., Giammona, S., Scianna, G., Ziino, M., Cupples, SA., (Edit), Ohler, L., Cupples, SA, 2008, Transplant Complications: Noninfectious Diseases, Core Curriculum for Transplant Nurses, Mosby-Elsevier, ABD, ss: 201-265
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ Nakli Ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2012 <https://organ.saglik.gov.tr/organ/> erişim tarihi: 15 Ekim 2012
- Taylor, R., Parke, A. Immunosuppression for Solid Organ Transplantation in Children, Pediatric Nursing, 2004: 16(2)
- Tezbaşaran A.A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu, 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.
- Tome S., Wells JT., Said A. & Lucey MR. (2008) Quality of life after liver transplantation. A systematic review. *Journal of Hepatology* **48**: 567-577
- Transplant Procurement Management - TMP, <http://www.tpm.org>, erişim tarihi 15 Ekim 2012
- Turner-Bowker D. M., DeRosa M. A. & Ware JE. 2008 SF-36® Health Survey, *Encyclopedia of Epidemiology*. Ed. S. Boslaugh. Thousand Oaks, CA: Sage Publications http://works.bepress.com/john_ware/87, erişim tarihi 30 Ekim 2012
- Uemura T. Late acute rejection after liver transplantation impacts patient survival. *Clin Transplant* 2008; **22**; 316–323

- Urden, T., Liver Transplantation, Critical Care Nursing: Diagnosis and Management, Fifth Edition, USA: Mosby, 2006
- Van Der Plas SM., Hansen BE., De Boer JB., Stijinen T., Passchier J., De Man RA., Schalm SW. Generic and disease-specific health related quality of life in non-cirrhotic, cirrhotic and transplanted liver patients: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterol* 2003; 3 (33); 1-13.
- Van Van Ginneken B.T., Van Den Berg-Emons H.J., Metselaar H.J., Tilanus H.W., Kezemier G. & Stam H.J. (2010) Effects of a rehabilitation programme on daily functioning, participation, health-related quality of life, anxiety and depression in liver transplant recipients. *Disability and Rehabilitation* 32(25): 2107–2112
- Verdonk R.C., Van Den Berg A.P., Slooff M.J.H., Porte R.J., Haagsma E.B Liver transplantation: an update. *Neth J Med*, 2007. 65(10): p.372-80.
- Walter, M, Moyzes, D, Rose, M., Neuhaus, R. ve ark. Psychosomatic Interrelations Following Liver Transplantation, *Clinical Transplantation*, 2002: 16; 301-30
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*, 3rd ed. Springer Publishing Co, New York; 2005
- Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS-36 item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 743-483
- Ware JE. & Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project, *J Clin Epidemiol* 1998; 51 (11): 903–912
- Watanabe A, Inoue T. Transformational experiences in adult-to-adult living-donor liver transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(1): 69-81
- Wiesner, R.H., Evidence-based evolution of the MELD/PELD liver allocation policy. *Liver Transpl*, 2005. 11(3): p. 261-3.
- Wilkins F, Bozik K, Bennett K. The impact of patient education and psychosocial supports on return to normalcy 36 months post-kidney transplant. *Clin Transplant* 2003; 17 (9): 78–80.
- Wilkinson A., Dotta F., Home PA. Ve ark. 2005 Guidelines for the treatment and management of new-onset diabetes after transplantation. *Clin Transplant* 19: 291–298
- Winsett RP, Arheart K, Stratta RJ. Evaluation of an immunosuppressant side effect instrument. *Prog Transplant* 2004; 14: 210
- Winsett RP, Stratta RJ, Alloway R, Wicks MN, Hathaway DK. Immunosuppressant side effect profile does not differ between organ transplant types. *Clin Transplantation* 2001; 15: 46.

- Wood G.L, Haber J. Reliability and validity. İn: Wood G.b., Haber J. Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization.Mosby. St. Louis, 2002; 311-330.
- Yalom, ID, (Çev.) Tangör, A., Karaçam, Ö., 1992, Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği, 3. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul
- Yu AS, Keeffe EB. (edit) Zakim D, Boyer TD, Liver transplantation, Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 4th edition. Philadelphia: Elsevier; 2003; 1617–56.
- Zeigler L., Smith P.A. & Fawcett J. Breast cancer: evaluation of the Common Journey Breast Cancer Support Group. *Journal of Clinical Nursing* 2004; **13**(4): 467–478.

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu-1

Karaciğer transplantasyonu (KT), karaciğer fonksiyonlarının vücudun yaşamsal gereksinimlerini karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı karaciğer vericisinden alınan karaciğerin bir bölümü ya da tamamının alıcıya nakledilmesidir. Günümüzde son evre karaciğer yetmezliğinin kabul gören en uygun tedavi yöntemidir.

Bu çalışmanın amacı; KT sonrası hastaların yaşadıkları sorunları, bilgi ve destek gereksinimlerini saptamaktır. Araştırmanın örnekleme ve amacına uygun olarak veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşme ve bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılacaktır. Bu araştırmada odak grub görüşmeleri 10 kişiyle yapılacaktır.

Veri toplama aracı olarak görüşmelere yol gösterecek yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılacaktır. Bir odak grup görüşmesinin yaklaşık olarak 1-2 saat sürmesi planlanmıştır. Bireysel görüşmelerin ise 30-60 dakika süremsi ön görülmüştür. Görüşme veri kaydının yapılmasında ses kayıt cihazı, yönlendirici ve gözlemci notları kullanılacaktır. Odak grup görüşmelerinde önerildiği gibi bir yönetici ve bir gözlemci bulunacaktır. Bireysel görüşmelerde sadece araştırmacı yer alacaktır.

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

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

Tarih :

Hastanın;

Adı Soyadı:

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının


Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

İmza :

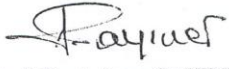
Ek-2. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Onayı



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/56	Tarih: 14/01/2009
<p><u>Etik Kurul Üveleri</u></p> <p>Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan) Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye) Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)</p> <p><u>Etik Kurul Sekreteri</u> Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</p> <p>Etik Kurulumuzun 14 Ocak 2009 tarih ve 42/1/09 sayılı toplantısında, 1296 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Özgül KARAYURT'un danışmanlığını yürüttüğü Doktora Öğrencisi Yaprak SARIGÜL ORDİN'nin "Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" konulu doktora tez önerisinin; uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof.Dr.Zühal BAHAR Etik Kurul Başkanı</p>

Ek-3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

<p>Etik Kurul Üyeleri Prof.Dr.A.Arzu SAYINER Prof.Dr.Tunç ALKIN Prof.Dr.Mustafa SEÇİL Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK Doç.Dr.Murat DUMAN Doç.Dr.Güven ASLAN Doç.Dr.Servet AKAR Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN Öğr.Gör.Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN Yunus KARSLI</p> <p>Etik Kurul Sekreteri Hatice İÇCİ</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,</p> <p>Etik Kurulumuzun 26 Şubat 2009 tarih ve 03/05/2009 no.lu toplantısında; 47/20 Protokol numaralı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Öğretim Üyelerind Yard.Doç.Dr.Özgül KARAYURT'un proje yöneticisi ve Araş.Gör.Yapı SARIGÖL'ün sorumlusu olduğu, "Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalar destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyi etkisinin incelenmesi" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.</p> <p>Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof. Dr.A.Arzu SAYINER Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurul Başkanı</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tel: 0232 412 22 54

Ek-4.1 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -50
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
...../...../2009

03.02.2009*001132

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İLGİ:27.01.2009 tarihli B.30.2.DEÜ.0.42.72.00/Ö.00243 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Yaprak SARIGÖL'ün Şubat 2009-Mayıs2011 tarihleri arasındaki uygulamasını Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapması uygundur.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
Başhekim



Ek-4.2 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -610
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
...../...../2010

02.11.2010*009468

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İLGİ:08.10.2010 tarihli 1208 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Yaprak Sarıgöl Ordın'in "Karaciğer Transplantasyonu sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" isimli doktora tezinin verilerini Hastanemiz Nefroloji Anabilim Dalında toplayabilmesi tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Eyüp HAZAN
Başhekim

Ek-5. Hasta Tanılama Formu

Ad-Soyad:

Protokol:

A: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ TANILAMA

Yaş:

Cinsiyet:

- a. Kadın
- b. Erkek

Çalışma durumu:

- a. Şuan çalışıyor
- b. Şuan çalışmıyor

Meslek :

- a. Memur
- b. İşçi
- c. Serbest meslek
- d. Ev hanımı
- e. Emekli
- f. Diğer

Medeni Durum :

- a. Bekar
- b. Evli

Eğitim Durumu:

- a. Okur Yazar Değil
- b. Okur Yazar
- c. İlkokul
- d. Orta ve Lise
- e. Üniversite ve üstü

B: HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

1. Karaciğer Transplantasyonu Etiyolojisi :

2. Karaciğer Transplantasyonu Zamanı :

3- Donör Tipi:

3. Kullandığı İmmunosupresif İlaçlar:

Ek-6. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Uyumu Değerlendiren Görüşme Formu

1.Karaciğer nakli olduğunuzdan bu yana yaşadığınız sorunlar nelerdir?

Fizyolojik alan

Kendinizi fiziksel olarak nasıl hissediyorsunuz?

Yaşadığınız fiziksel sorunlar nelerdir?

Benlik kavramı alanı

Kendinizi duygusal olarak nasıl hissediyorsunuz?

Yaşadığınız duygusal sorunlar nelerdir?

Vücudunuzu nasıl hissediyorsunuz?

Kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

Rol fonksiyon alanı

İş hayatınızda ve günlük işlerinizde ne gibi değişiklikler oldu?

Günlük işlerinizi yaparken yaşadığınız sorunlar nelerdir?

Günlük işlerinizi yapma ile ilgili memnuniyetiniz nasıl?

Karşılıklı Bağlılık Biçimi

Sosyal ilişkilerinizde ve aile ilişkilerinizde ne gibi değişiklikler oldu?

Size destek olan kişiler kimler ya da kimlerdi?

Hangi konularda desteğe gereksinimiz var/vardı?

2.Karaciğer nakli sonrası neleri bilmek istersiniz?

Karaciğer nakli sonrası hangi konularda kendinizi yetersiz hissediyorsunuz/hissettiniz?

Sondaj sorular: İlaçlar, Günlük yaşam aktivitesi, Kontroller, Karaciğer reddi, Enfeksiyon, Oluşabilecek istenmeyen durumlar (komplikasyonlar), Beslenme, Gebelik, Cinsellik

3- KT sonrası hangi konularda yardım alma gereksinimi var / vardı?

Sağlık çalışanlarından (hemşire ve doktor) neler bekliyorsunuz?

Ek-7. Bilgilendirilmiş Olan Formu-2

Bu çalışmanın amacı; organ nakli sonrası hastaların kullandıkları ilaçlara bağlı yaşadıkları sorunları incelemektir. İlaçlara bağlı oluşan sorunları değerlendirmek için çeşitli ölçüm araçları uygulanmaktadır. Bu çalışmada bu ölçüm araçlarından birisi olan “Modifiye Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 59 madedelik” ölçeğinin ülkemizde ki organ nakli hastalarına uygulanması için gerekli uyum ve geçerlik çalışması yapılacaktır. Bu ölçüm aracının ülkemizde ki organ nakli uygulanmış hastalarda uygulanabilmesi için gerekli uyum çalışmaları yapılarak size uygulanması gerekmektedir. Bu yüzden bu ölçüm aracını, doğru ve dürüst olarak doldurmanız bu ölçüm aracının daha sonra uygulanabilirliği açısından çok önemlidir.

Size, Modifiye Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 59 madedelik” ölçeği, psikolojik durumunuzu değerlendiren Beck Depresyon envanteri ve sosyodemografik veri formu uygulanacaktır.

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

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

Tarih :

Hastanın;

Adı Soyadı:

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

İmza :

Ek-8. Sağlıklı Grup Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışmanın amacı; organ nakli sonrası hastaların kullandıkları ilaçlara bağlı yaşadıkları sorunları incelemektir. “Modifiye Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 59 madedelik” leği bu sorunları değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Bu lüm aracının uyum ve geçerliğinin yapılabilmesi için karaciğer nakli olmayan kişilere de uygulanarak iki grup arasında ki farkın değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yüzden bu ölçüm aracını, doğru ve dürüst olarak doldurmanız bu ölçüm aracının güvenirliği açısından çok önemlidir.

Size, Modifiye Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 59 madedelik” leği, psikolojik durumunuzu değerlendiren Beck Depresyon envanteri ve sosyodemografik veri formu uygulanacaktır.

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

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

Tarih :

Hastanın;

Adı Soyadı:

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

İmza :

Ek-9. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yazılı Kurum İzni

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI: B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H- 1816
KONU:

15.10/2010

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İLGİ:1095 sayılı ve 17.09.2010 tarihli yazınız.

Yüksekokulunuz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Yaprak Sarıgöl ORDİN'in "Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Nefroloji Polikliniğinde yapması uygun görülmüş olup, Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapması uygun görülmemiştir. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER
Başhekim

T.C.
EGE UNIVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İzmir - İZMİR
08.10.2010

EGE UNIVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'ne

İlgi: 23.09.2010 tarih ve B.30.2EGE.0.AJ.73.01/H-1738 sayılı yazımız

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisi Yaprak Sarıgöz ORDİN' nin "Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışması incelenerek Anabilim Dalımızda karaciğer hastalarının ameliyat öncesi tedavileri ve takipleri Gastroenteroloji Bilim Dalında yapılmaktadır. Öğrencinin tez çalışmasını Gastroenteroloji Bilim Dalına bağlı karaciğer polikliniğinde, karaciğer polikliniği sorumlusu Prof.Dr.Zeki KARASU sorumluluğunda yaptırması teğnetilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI VE HASTANESİ

NO: 25706

Hemşirelik
11/10
[Signature]

Prof.Dr.Rasih YILMAZ
Genel Cerrahi
Anabilim Dalı Başkanı

[Signature]

Ek-10. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Kurum İzni

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜR

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

05.01.2011 09:26:19 / 1005

EĞİTİM

Kayıt yapan : NİLGÜN FİLİZ



SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/ 14
KONU: Tez çalışması.

Sayın, Yaprak SARIGÖL ODİN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı-İZMİR

İLGİ: 02.12.2010 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtmiş olduğunuz “Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi” konulu araştırmayı Balçova ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde yapmanız araştırma sonucunun Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Şenol SARIYAVCI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek-11. Sağlıklı Grubu Tanılama Formu

Yaş:

Cinsiyet:

- a. Kadın
- b. Erkek

Çalışma durumu:

- a. Şuan çalışıyor
- b. Şuan çalışmıyor

Meslek

- a. Memur
- b. İşçi
- c. Serbest meslek
- d. Ev hanımı
- e. Emekli
- f. Diğer

Medeni Durum

- :
- a. Bekar
 - b. Evli

Eğitim Durumu:

- a. Okur Yazar Değil
- b. Okur Yazar
- c. İlkokul
- d. Orta ve Lise
- e. Üniversite ve üstü

Kronik hastalık

Var

Hastalığın adı:

Yok

Kullandığı

ilaçlar.....

.....

Ek-12. Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgınım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
 - (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 - (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
 - (1) Eskişine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
 - (1) Eskişine kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
 - (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BDÖ Puanı:.....

Ek-13. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma Ve Rahatsız Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR}

Organ naklinden sonra alınan ilaç tedavisinin, size sıkıntı verebilecek yan etkiler olabilir veya olmayabilir.

Bu soru formunda ki her soru aşağıdaki örnekte gösterildiği şekilde iki bölüme ayrılmıştır.

Örnek:

1a	Nefes darlığı yaşadım	Hiç olması	Çok az oldu	Biraz yoldu	Çok oldu	Çok fazla oldu	
1b	Nefesimde daralma olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	

Üst bölümde (a) sizde var olan yan etkinin görülme sıklığı veya şiddeti sorulmaktadır. Lütfen listede yer alan ve **son dört hafta içinde** yaşadığımız belirtilerin hangi sıklıkta veya şiddette oluştuğunu **çarpı işareti** koyarak belirtiniz.

Alt bölümde (b) bu belirtilerin sizi rahatsız edip etmediğini soran sorular bulunmaktadır. Bu belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini gösteren rakamı **yuvarlak içine** alınız.

Eğer belirti gerçekleşmiyorsa; sol bölümde ki "hiçbir zaman" cevabını veriniz ve doğrudan diğer soruya geçiniz.

Bu soru formunun sonuna son dört hafta içinde yaşadığınız farklı bir yan etki varsa ekleyebilirsiniz.

Lütfen her bir soruyu ve tüm sayfaları tamamlayıp tamamlamadığınızı kontrol ediniz. Ayrıca, lütfen soru formunun her iki bölümünü tamamlayıp tamamlamadığınızdan emin olunuz.

Son dört hafta içinde (bugün dahil)

1a.	Nefes darlığı yaşadım	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
1b.	Nefesimde daralma olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
2a.	Diş çürüklerimde artış oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
2b.	Diş çürüklerimde artış olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
3a.	Diş etlerimde şişme oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
3b.	Diş etlerimde şişme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
4a.	Çok susadım	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
4b.	Çok susamış olmam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
5a.	İştahım aşırı derecede arttı.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
5b.	İştahımda aşırı derecede artışı olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
6a.	Tat almamda değişme oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
6b.	Tat almamda değişme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
7a.	İştahsızlığım oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
7b.	İştahsızlığım olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
8a.	Mide yanmam ve ağrım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
8b.	Mide yakmam ve ağrımın olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

9a.	Bulantı ve/veya kusmam oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
9b.	Bulantı ve/veya kusmam olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
10a	İdrara çıkmamda artış oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
10b	İdrara çıkmamda artış olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
11a	İshalim oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
11b	İshalimin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
12a	Kabızlık yaşadım.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
12b	Kabızlık yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
13a	Kendimi yorgun hissettim.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
13b	Yorgunluğumun olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
14a	Kas kramplarım (kasılma) oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
14b	Kas kramplarım olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
15a	Göğüs ağrım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
15b	Göğüs ağrım	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
16a	Sırt ağrım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
16b	Sırt ağrımın olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

17a	Baş ağrılarım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
17b	Baş ağrımın olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
18a	Eklemlerimde ağrı oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
18b	Eklemlerimde ağrı olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
19a	Dudaklarımda ve/veya ağızda yaralar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
19b	Dudaklarımda ve/veya ağızda yaralar olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
20a	Cinsel organımın etrafında yara ya da siğil oluştu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
20b	Cinsel organımın etrafında yara ya da siğillerimin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
21a	El ve ayaklarımda siğiller oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
21b	El ve ayaklarımda siğil olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
22a	Terlememde artış oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
22b	Terlememde artış olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
23a	Çarpıntılarım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
23b	Çarpıntılarımın olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
24a	Baş dönmelerim oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
24b	Baş dönmelerimin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

25a	Ellerimde titremeler oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
25b	Ellerimde titreme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
26a	Ellerimde ve ayaklarımda karıncalanma ve hissizlik oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
26b	El ve ayaklarımda karıncalanma ve hissizlik olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
27a	Kaslarımda güçsüzlük oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
27b	Kaslarımda güçsüzlük olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
28a	El ve ayaklarımda sıcaklık artışı oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
28b	El ve ayaklarımda sıcaklık artışı olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
29a	Duyuma kaybım oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
29b	Duyuma kaybımın olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
30a	Görmede güçlük yaşadım.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
30b	Görmede güçlük yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
31a	İşğe bakmakta güçlük yaşıyorum.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
31b	İşğe bakmakta güçlük yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
32a	Kaşıntılarımda oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
32b	Kaşıntılarımda olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

33a	Cilt rengimde koyulaşma oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
33b	Cilt rengimde normal olmayan değişiklik	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
34a	Cildimde yağlanma oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
34b	Cildimde yağlanma olması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
35a	Cildimde ya da vücudumda kolayca morarmalar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
35b	Cildimde ya da vücudumda kolayca morarmalar olması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
36a	Cildimde çatlama oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
36b	Cildimde çatlama olması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
37a	Cildimde kızarıklık (döküntü) oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
37b	Cildimde döküntü olması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
38a	Cildimde kuruma oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
38b	Cildimde kuruma olması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
39a	Tırnaklarımın kırılmaya yatkınlığı arttı.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
39b	Tırnaklarımın kırılmaya yatkınlığının artması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4
40a	Yüzümde ve/veya sırtımda lekeler oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
40b	Yüzümde ve/veya sırtımda lekeler olması	Hiç sıkıntı vermedi		Aşırı derecede sıkıntı vericiydi		
		0	1	2	3	4

41a	Yüzümde ve boynumda kızarıklıklar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
41b	Yüzümde ve boynumda kızarıklıklar olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
42a	Memelerimde büyüme oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
42b	Memelerimde büyüme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
43a	Boyun, koltuk altı veya kasıklarımda küçük şişlikler oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
43b	Boyun, koltuk altı ve kasıklarımda küçük şişlikler olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
44a	Saçlarımda incelme veya dökülme oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
44b	Saçlarımda incelme veya dökülme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
45a	Yüzümde şişme oldu (Ay dede yüz)	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
45b	Yüzümde şişme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
46a	Ayaklarımda ve ayak bileklerimde şişme oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
46b	Ayaklarımda ve ayak bileklerimde şişme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
47a	Boyun ve sırtımda yağ birikmeleri oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
47b	Boyun ve sırt yağ birikmesi	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
48a	Yüz ve vücudumda kılınmada artış oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
48b	Yüz ve vücudumda kılınmada artış olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

49a	Huzursuzluk veya gerginlik yaşadım.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
49b	Huzursuzluk veya gerginlik yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
50a	Kendini bunalımda hissettim.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
50b	Kendimi bunalımda hissetmem	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
51a	Kendimi endişeli/kaygılı hissettim.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
51b	Kendimi endişeli/kaygılı hissetmem	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
52a	Ruh halimde dalgalanmalar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
52b	Ruh halimde değişiklik	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
53a	Konsantrasyonda ve/veya hatırlamada	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
53b	Konsantrasyon ve/veya hatırlamada zorluk yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
54a	Uyumada zorluk yaşadım.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
54b	Uyumada zorluk yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
55a	Kabuslar görüyordum.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
55b	Kabus görmem	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
56a	Erkekler için; Sesimde incelme oldu	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
56b	Sesimim incelmesi	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

56a	Kadınlar için; Sesimde kalınlaşma oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
56b	Sesimim kalınlaşması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
57a	Erkekler için; Sertleşme sorunum oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
57b	Sertleşme sorunumun olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
57a	Kadınlar için; Adetlerimle ilgili sorunlarım oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
57b	Adetlerimle ilgili sorun olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
58a	Cinsel isteğimde azalma oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
58b	Cinsel isteğimde azalma olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
<u>Bu bölümde farklı sorunlarınız varsa yazınız.</u>						
59a	Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
59b	Bu yan etkinin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
60a	Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
60b	Bu yan etkinin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
61a	Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
61b	Bu yan etkinin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

İLGİNİZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜRLER
LÜTFEN TÜM MADDELERİ YANITLADIĞINIZI KONTROL EDİNİZ...

Ek-14. Modified Transplant Symptom Occurrence And Symptom Distress Scale – Revised 59

MTSOSD-R 59

MODIFIED TRANSPLANT SYMPTOM OCCURRENCE AND SYMPTOM DISTRESS SCALE – REVISED 59

Instructions

Taking medication after transplantation is associated with certain side effects, which may or may not be distressing to you.

In this questionnaire, each question is divided into two columns, as shown in the example below.

Example:

<p>1. I have had <u>itching</u></p> <p> <input type="radio"/> <i>Never</i> <input type="radio"/> <i>Occasionally</i> <input checked="" type="radio"/> <i>Regularly</i> <input type="radio"/> <i>Almost always</i> <input type="radio"/> <i>Always</i> </p>	<p>My <u>itching</u> was</p> <p style="text-align: center;"> <i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i> </p> <p style="text-align: center;"> 0 _____ 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4 </p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

The **left** column asks about the **occurrence** of the **side effects**. Please indicate how frequently or how severely you have experienced a given symptom **during the past 4 weeks** by checking off the appropriate answer.

In the **right** column you will find questions asking you whether these symptoms are **distressing** to you. Please circle the number that corresponds with how distressing this symptom is to you.

If a symptom **does not occur**, answer “**never**” or “**not**” in the left column and go directly to the **next question**.

At the end of the questionnaire, you can add additional side effects that you may have experienced during the **past 4 weeks**. Please check if you have completed all items and all pages. Please also be sure that you have completed both the right and left column of the questionnaire.

Contact information of the authors:

Sabina De Geest
 Institute of Nursing Science
 University of Basel (Switzerland)
 Tel: +41 61 267 09 51
 E-mail: Sabina.DeGeest@unibas.ch

Fabienne Dobbels
 Center for Health Services and Nursing Research
 Katholieke Universiteit Leuven (Belgium)
 Tel: +32 16 33 69 76
 E-mail: Fabienne.Dobbels@med.kuleuven.ac.be

Philip Moons
 Center for Health Services and Nursing Research
 Katholieke Universiteit Leuven (Belgium)
 Tel: +32 16 33 69 84
 E-mail: Philip.Moons@med.kuleuven.ac.be

Developed to assess occurrence and distress experienced by the side effects of Cyclosporine, Tacrolimus, Micophenolate Mofetil, Azathioprine, Prednisolone, Sirolimus, LEA29Y (BELATACEPT).
 Moons P, De Geest S, Versteven K, Abraham I, Vlamincq H, Moens G, Waer M. Validity and reliability of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2001, 9:115-134.

Partly based on the Transplant Symptom Frequency and Symptom Distress Scale: Lough ME, Lindsey AM, Shinn JA, Stotts NA. Life satisfaction following heart transplantation. *J Heart Transplantation* 1985; 4: 446-449 & Lough ME, Lindsey AM, Shinn JA, Stotts NA. Impact of symptom frequency and symptom distress on self-reported quality of life in heart transplant recipients. *Heart Lung* 1987; 16: 193-200.

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
 Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institut\cultadap\project\bms2774\finalversion\author\mtsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>1. I have had <u>itching</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>itching</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>2. I have had <u>chest pain</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>chest pain</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>3. I have had <u>wind</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>wind</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>4. I have had <u>increased thirst</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>increased thirst</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>5. I have felt <u>restless</u> or <u>nervous</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>restlessness</u> or <u>nervousness</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>6. I have had <u>hearing loss</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>hearing loss</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from
sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institut\cultadap\project\bms2774\final\version\author\mtsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>7. I have had an <u>abnormal skin color</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>abnormal skin color</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>8. I have had <u>increased sweating</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>increased sweating</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>9. My <u>face and neck</u> have been <u>red</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>The <u>redness</u> in my face and neck was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>10. I have had <u>brittle fingernails</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>brittle fingernails</u> were</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>11. My <u>breasts</u> have been <u>larger</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>breast enlargement</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>12. I have had <u>sores on my lips and/or in my mouth</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>sores</u> on lips and/or in mouth were</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from
sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institut\cultadap\project\bms2774\finalversion\author\mthsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>13. I have had <u>an altered voice</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>altered voice</u> was</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>14. I have had <u>oily skin</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>oily skin</u> was</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>15. I have felt <u>dizzy</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>dizziness</u> was</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>16. My <u>hands have trembled</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>trembling hands</u> were</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>17. I have had an <u>increased urge to urinate</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>increased urge to urinate</u> was</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>18. I have had a <u>feeling of warmth in my hands and feet</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>The <u>feeling of warmth</u> in my hands and feet was</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from
sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institucultadap\projectbms2774\finalversion\author\mtsosd-m&f-oriq.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>19. I have had <u>bruises</u> more easily</p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>bruises</u> were</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>20. I have had <u>sores or warts around my genitals</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>sores or warts around genitals</u> were</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>21. I have had <u>spots on my face and/or my back</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>spots</u> on my face and/or back were</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>22. I have had an <u>excessive appetite</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>excessive appetite</u> was</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>23. I have felt <u>depressed</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>feelings of depression</u> were</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>24. <u>My gums have swollen</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>swollen gums</u> were</p> <p>not distressing at all terribly distressing</p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005. Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\instituti\cultadap\project\bms2774\final\version\author\m\tsosd-m&f-oriq.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

25. I have had swollen glands in my neck, armpit or groin

- Never
- Occasionally
- Regularly
- Almost always
- Always

My swollen glands were

not distressing
at all

terribly
distressing

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

26. I have had thinning of hair or hair loss

- Not
- A little
- Moderately
- Greatly
- Very greatly

My hair thinning or hair loss was

not distressing
at all

terribly
distressing

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

27 A. I have had menstrual problems
(for females only)

- Not
- A little
- Moderately
- Greatly
- Very greatly

My menstrual problems were

not distressing
at all

terribly
distressing

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

27 B. I have had erectile problems
(for males only)

- Never
- Occasionally
- Regularly
- Almost always
- Always

My erectile problems were

not distressing
at all

terribly
distressing

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

28. I have had a puffy face (moon face)

- Not
- A little
- Moderately
- Greatly
- Very greatly

My puffy face was

not distressing
at all

terribly
distressing

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

29. I have had swollen ankles or feet

- Never
- Occasionally
- Regularly
- Almost always
- Always

My swollen ankles or feet were

not distressing
at all

terribly
distressing

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from
sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\instituit\cultadap\project\bms2774\finalversion\author\mtsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>30. I have had <u>diarrhea</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>diarrhea</u> was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>31. I have had <u>tingling or numbness</u> in my hands or feet</p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>tingling or numbness</u> in my hands or feet was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>32. I have had <u>back pain</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>back pain</u> was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>33. I have had a <u>brittle skin</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>brittle skin</u> was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>34. I have felt <u>anxious</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My feelings of <u>anxiety</u> were</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>35. I have been experiencing <u>mood swings</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>mood swings</u> were</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from
sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institut\cultadap\project\bms2774\finalversion\author\mtsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>36. I have had <u>headaches</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>headaches</u> were</p> <p><i>not distressing</i> at all <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>37. My <u>facial features</u> have changed</p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>changed facial features</u> were</p> <p><i>not distressing</i> at all <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>38. I have had <u>fat deposits</u> on my neck and back (“buffalo hump”)</p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>fat deposits</u> on neck and back were</p> <p><i>not distressing</i> at all <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>39. I have had difficulty <u>concentrating</u> and/or <u>memory problems</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>concentration difficulties</u> and/or <u>memory problems</u> were</p> <p><i>not distressing</i> at all <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>40. I have had <u>warts on hands and feet</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>warts on hands and feet</u> were</p> <p><i>not distressing</i> at all <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>41. I have had <u>increased hair growth</u> on face and body</p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>increased hair growth</u> on face and body were</p> <p><i>not distressing</i> at all <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005. Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institut\cultadap\project\bms2774\finalversion\author\mtsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>42. I have had <u>sleep difficulties</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>sleep difficulties</u> were</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>43. I have had <u>muscle weakness</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>muscle weakness</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>44. My <u>sense of taste</u> has changed</p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>The <u>change in my sense of taste</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>45. I have had a <u>poor appetite</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>poor appetite</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>46. I have felt <u>tired</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>tiredness</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>
<p>47. I have had <u>lack of energy</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>lack of energy</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly</i> <i>at all</i> <i>distressing</i></p> <p>0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>

During the past 4 weeks (including today):

<p>48. I have had <u>stomach complaints</u>, I have felt <u>nauseous</u> and/or I had to <u>vomit</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>stomach complaints</u>, <u>nausea</u> or <u>vomiting</u> were</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>49. I have had <u>pain in my joints</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>joint pain</u> was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>50. I have had a <u>rash on my skin</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>skin rash</u> was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>51. I have had <u>muscle cramps</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>muscle cramps</u> were</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>52. I have had <u>nightmares</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>nightmares</u> were</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>53. I have been <u>short of breath</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>shortness of breath</u> was</p> <p><i>not distressing at all</i> <i>terribly distressing</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005. Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institut\cultadap\project\bms2774\final\version\author\mtsosd-m&f-orig.doc-16/12/2005

During the past 4 weeks (including today):

<p>54. I have had a <u>dry skin</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>dry skin</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>55. I have had <u>palpitations</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>palpitations</u> were</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>56. I have had <u>constipation</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>constipation</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>57. I have had <u>difficulty seeing well</u></p> <p><input type="radio"/> Not <input type="radio"/> A little <input type="radio"/> Moderately <input type="radio"/> Greatly <input type="radio"/> Very greatly</p>	<p>My <u>seeing difficulties</u> were</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>58. I have had a <u>reduced interest in sex</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>reduced interest in sex</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>59. My eyes have been <u>sensitive to light</u></p> <p><input type="radio"/> Never <input type="radio"/> Occasionally <input type="radio"/> Regularly <input type="radio"/> Almost always <input type="radio"/> Always</p>	<p>My <u>sensitivity to light</u> was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i> <i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>

During the past 4 weeks (including today):

<p>60. I have also been experiencing the following side effect:</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Never</p> <p><input type="radio"/> Occasionally</p> <p><input type="radio"/> Regularly</p> <p><input type="radio"/> Almost always</p> <p><input type="radio"/> Always</p>	<p>This side effect was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i></p> <p><i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>61. I have also been experiencing the following side effect:</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Never</p> <p><input type="radio"/> Occasionally</p> <p><input type="radio"/> Regularly</p> <p><input type="radio"/> Almost always</p> <p><input type="radio"/> Always</p>	<p>This side effect was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i></p> <p><i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>
<p>62. I have also been experiencing the following side effect:</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Never</p> <p><input type="radio"/> Occasionally</p> <p><input type="radio"/> Regularly</p> <p><input type="radio"/> Almost always</p> <p><input type="radio"/> Always</p>	<p>This side effect was</p> <p><i>not distressing</i> <i>terribly distressing</i></p> <p><i>at all</i></p> <p>0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4</p>

Please check if you have completed all items and all pages.

Please also be sure that you have completed both the right and left column of the questionnaire.

THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR COOPERATION

KU-Leuven, Leuven-Basel Compliance Research Group, Center for Health Services and Nursing Research, 2005.
 Permission to use the Modified Transplant Symptom Occurrence and Distress Scale can be obtained from
sabina.degeest@med.kuleuven.be or fabienne.dobbels@med.kuleuven.be

f:\institucitadap\project\bms2774\finalversion\author\mtsosd-m&f-oriq.doc-16/12/2005

Ek-15. Araştırmanın Güç Analizi

Aşağıdaki tabloda Grup x Tamam etkileşimi açısından yaşam kalitesinin her boyutu, mental ve fiziksel sağlık değeri için hesaplanan Güç analizi sonuçları bulunmaktadır.

PASS Programında Power Analiz

Repeated Measures ANOVA Power Analysis

Page/Date/Time 1 22.10.2012 14:09:05

	Power	n	N	Std Dev Effect	Standart Deviation	Effect Size	Alpha
Fiziksel işlev	1,00	35	70	5,81	1,00	5,81	0,05
Fiziksel rol	1,00	35	70	8,82	1,00	8,82	0,05
Ağrı	1.00	35	70	2.38	1.00	2.38	0.05
Genel sağlık	0,99	35	70	4,95	1,00	4,95	0,05
Yaşamsallık	1,00	35	70	4,87	1,00	4,87	0,05
Sosyal işlev	0.99	35	70	6,36	1,00	6,36	0,05
Mental rol	1,00	35	70	6,53	1,00	6,53	0,05
Mental işlev	1,00	35	70	6,75	1,00	6,75	0,05
Mental sağlık değeri	1,00	35	70	1,95	1,00	1,95	0,05
Fiziksel sağlık değeri	1,00	35	70	2,84	1,00	2,84	0,05

References

- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1997. Sample Size Tables for Clinical Studies, 2nd Edition. Blackwell Science. Malden, MA.
- Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis (Second Edition). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Ek-16. Bilgilendirilmiş Onam Formu-3

Karaciğer transplantasyonu (KT), karaciğer fonksiyonlarının vücudun yaşamsal gereksinimlerini karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı karaciğer vericisinden alınan karaciğerin bir bölümü ya da tamamının alıcıya nakledilmesidir. Günümüzde son evre karaciğer yetmezliğinin kabul gören en uygun tedavi yöntemidir.

Bu çalışmanın amacı; yapılacak yarı deneysel araştırmanın amacı, belirlenen sorunlara, bilgi ve destek gereksinimlerine göre yapılandırılacak “destek grup”un hastaların bilgi düzeyi, deneyimledikleri semptomlar ve yaşam kalitesine etkisini incelenmektir.

Bu çalışmada, kontrol grubunu KT uygulanmış yaklaşık 40 hastanın oluşturması, deney grubunu ise KT uygulanmış yaklaşık 40 hastanın oluşturması planlanmıştır. Her bir destek grup 12-14 hastadan oluşmak üzere toplam üç destek grubun oluşturulması planlanmıştır.

Kontrol grubunda olan hastalara, ilk görüşmede sosyo-demografik özellikler formu, bilgi düzeyi belirleme formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve semptom değerlendirme ölçeği uygulanacaktır. Hastalarla daha sonrasında birinci görüşmeden sonra beşinci ayda ve sekizinci ayda tekrar görüşülecektir. Bu görüşmelerde sosyo-demografik özellikler formu dışında diğer tüm veri toplama formları uygulanacaktır.

Destek grup toplantılarının ayda bir kez, 45 dakikası eğitim 45 dakikası paylaşım olmak üzere toplam 90 dakika olması ve toplamda beş toplantının yapılması planlanmıştır. KT uygulanmış hastalara destek grup çalışması başlamadan önce sosyo-demografik özellikler formu, bilgi düzeyi belirleme formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve semptom değerlendirme ölçeği uygulanacaktır. KT hastalarına, destek grup toplantıları bittikten hemen sonra ve üçüncü ayda sosyo-demografik özellikler formu dışında diğer tüm veri toplama formları tekrar uygulanacaktır. Destek grup toplantılarını değerlendirme formu, birinci destek grup toplantısı sonrası, tüm toplantılar hemen sonra ve üçüncü ayda uygulanacaktır. Destek grup, araştırmacı tarafından yönetilecektir. Genel çerçeve içerisinde yönlendirici özel gereksinimleri karşılamak için programda değişiklik yapabilecektir.

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

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

Tarih :

Hastanın

Adı Soyadı:

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

İmza :

Ek-17. Bilgi Düzeyi Soru Formu

1. Aşağıdakilerden hangileri karaciğerin görevlerinden değildir?
 - a) Kanamayı önlemek
 - b) İlaçların atılımını sağlamak
 - c) Tansiyonu düzenlemek**
 - d) Safra yapmak
2. Aşağıdakilerden hangileri karaciğer hastalığının belirtilerinden değildir?
 - a) Yorgunluk
 - b) Nöbet geçirmek**
 - c) Sarılık
 - d) Kendiliğinden kanama ve morarma
3. Aşağıdakilerden hangileri karaciğer naklinin yararlarındandır?
 - a) Yaşam süresini uzatma
 - b) Yaşanan sorunları azaltmak
 - c) Yaşam kalitesini yükseltme
 - d) Hepsi**
4. Karaciğer naklinde organ reddi (rejeksiyon) nedir?
 - a) Nakledilen karaciğerde kanama gelişmesi
 - b) Nakledilen karaciğerin vücut tarafından reddedilmesi**
 - c) Nakledilen karaciğerde sarılık (hepatit) gelişmesi
 - d) Nakledilen karaciğerde hastalığın tekrarlama
5. Organ reddi (rejeksiyon) belirti ve bulguları nelerdir?
 - a) Ateş, kilo kaybı, görme kaybı
 - b) Ateş, tansiyonda düşme, terleme
 - c) Ateş, bulantı, karın ağrısı, sarılık**
 - d) Ateş, işitme kaybı, kilo alımı
6. Aşağıdakilerden hangisi karaciğerinizi korumak için yapmanıza gerek yoktur?
 - a) İlaçlarınızı düzenli kullanmak
 - b) Size verilen diyetle uymak
 - c) Kontrollere düzenli gelmek
 - d) Dışarıya hiç çıkmamak**
7. Aşağıdakilerden hangisi karaciğer nakli sonrası karaciğeri koruyucu (bağışıklık sistemini baskılayan) ilaçların yan etkilerindedir?
 - a) Enfeksiyon
 - b) Kan şekerinde yükselme
 - c) Tansiyonda yükselme
 - d) Hepsi**
8. Karaciğer nakli sonrası karaciğer koruyucu (bağışıklık sistemini baskılayan) ilaçları ne kadar süre kullanmanız gerekir?
 - a) Ameliyat sonrası kendimi iyi hissedene kadar kullanırım
 - b) Ameliyat sonrası altı aya kadar kullanırım
 - c) Ameliyat sonrası bir yıla kadar kullanırım
 - d) Organ nakli ekibinin önerdiği şekilde kullanırım**

9. Aşağıdakilerden hangileri enfeksiyon riskinizi azaltmak için yapmanız gerekenlerden değildir?
- Maske kullanma
 - Ellerin temizliğine dikkat etme
 - Kalabalık ve havasız ortamlarda bulunmama
 - Sürekli antibiyotik kullanma**
10. Aşağıdakilerden hangisi sizde uzun dönemde görülebilecek sorunlardandır?
- Damar sertliği ve tansiyonda yükselme**
 - İşitme kaybı
 - Kilo alma
 - Saç ve tüylerde dökülme
11. Karaciğer nakli sonrası hangi besinlerin az tüketilmesi gerekir?
- Portakal, mandalina, limon, elma
 - Kahve, alkol, yağ, şeker, tuz**
 - Fasulye, bakla, nohut, bulgur
 - Domates, salatalık, patlıcan, biber
12. Sizde herhangi bir sorun gelişmemişse nakil polikliniğine hangi sıklıkla kontrole gelmeniz gerekir?
- İlk bir yıl haftada bir, bir yıldan sonra altı ayda ya da yılda bir sonra giderek açılır
 - İlk üç ay haftada bir, sonra bir yıla kadar iki haftada bir sonra yılda bir
 - İlk altı ay haftada bir, sonra bir yıla kadar ayda bir, sonra yılda bir sonra giderek açılır
 - İlk üç ay haftada bir, sonra ki üç ay 15 günde bir, sonra ayda bir**
13. Karaciğer nakli sonrası cinsel ilişkiye ne zaman başlanabilir?
- Genellikle 1 yıl sonra
 - Taburcu olduktan sonra
 - Kendinizi iyi hissettikten sonra
 - Genellikle 6-7 hafta sonra**
14. Sizin için en güvenli ve uygun doğum kontrol yöntemi hangisidir?
- Kondom**
 - Geri çekme yöntemi
 - Doğum kontrol hapı
 - Rahim içi araç
15. Karaciğer nakli sonrası işe ne kadar süre sonra başlayabilirsiniz?
- Hastaneden taburcu olduktan hemen sonra
 - Genellikle karaciğer naklinden üç ay sonra**
 - Genellikle karaciğer naklinden bir yıl sonra
 - Karaciğer naklinden sonra çalışılmaması gerekir

Ek-18. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Fena değil	4
Kötü	5

2. Geçen sene ile karşılaştırdığınızda, şimdi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
Bir yıl önceye göre daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl önceye göre daha kötü	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü	5

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığını sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çizersiniz.)

FAALİYETLER	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler: örneğin ağır eşyalar kaldırmak, spor faaliyetleri	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler: örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak.	1	2	3
c. Çarşı Pazar torbaları taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek.	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak yada giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığını nedeni ile aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. İş yada diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmamak	1	2

6. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız yada duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç	1
Biraz	2
Orta Derecede	3
Epeyce	4
Çok fazla	5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta hafiflikte	4
Aşırı derecede	5
Çok aşırı derecede	6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı	1
Biraz	2
Orta derecede	3
Epeyce	4
Çok fazla	5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bendesel sağlığınız yada duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Çok ender	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru yada yanlış olur?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle yanlış
a.Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
b.Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d.Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

Ek-19. SF-36 Hesaplama Modeli

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir^{1,2}. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skarlardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır³.

Fiziksel sağlık özet skoru (FSS) fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru (MSS) mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir.

Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular (items) puanlanır:

SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a – 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a-5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
-----------------------	-----------------

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fizik işlev	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j$	10 – 30	20
Fizik rol	$4a+4b+4c+4d$	4 – 8	4
Ağrı	$7+8$	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5 – 25	20
Yaşamsallık	$9a+9e+9g+9i$	4 – 24	20
Sosyal işlev	$6+10$	2 – 10	8
Mental rol	$5a+5b+5c$	3 – 6	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5 – 30	25

$$\text{Boyut skoru} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$$

Örnek:

Fizik işlev ham puanı 21 ise

$$FF = \frac{21-10}{20} \times 100$$

$$FF = 55 \text{ (olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)}$$

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$f_i_z = (Fİ - 84.52404) / 22.89490$$

$$f_r_z = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$a_z = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$g_{s_z} = (GS - 72.21316) / 20.16964$$

$$y_z = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$s_i_z = (Sİ - 83.59753) / 22.37642$$

$$m_r_z = (MR - 81.29467) / 33.02717$$

$$m_i_z = (MS - 74.84212) / 18.01189$$

$$FS = (f_i_z \times 0.42402) + (f_r_z \times 0.35119) + (a_z \times 0.31754) + (g_{s_z} \times 0.24954) + (y_z \times 0.02877) + (s_i_z \times (-0.00753)) + (m_r_z \times (-0.19206)) + (m_i_z \times (-0.22069))$$

$$MS = (f_i_z \times (-0.22999)) + (f_r_z \times (-0.12329)) + (a_z \times (-0.09731)) + (g_{s_z} \times (-0.01571)) + (y_z \times 0.23534) + (s_i_z \times 0.26876) + (m_r_z \times 0.43407) + (m_i_z \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel özet sağlık skoru (FSS)} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\text{Mental özet sağlık skoru (MSS)} = 50 + (FS \times 10)$$

Ek-20. Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu

Adı- Soyadı:

1. Destek grup süreciyle ilgili duygularınızı aşağıdaki ifadeler hangisi en iyi tanımlar?



2. Destek grup toplantılarının süresi aşağıdaki ifadeler hangisi en iyi tanımlar?



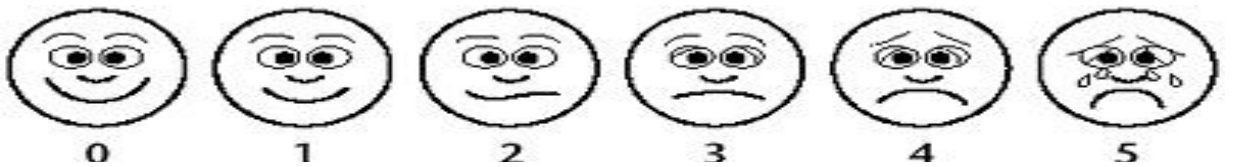
3. Verilen bilgilerin anlaşılabilirliğiyle ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



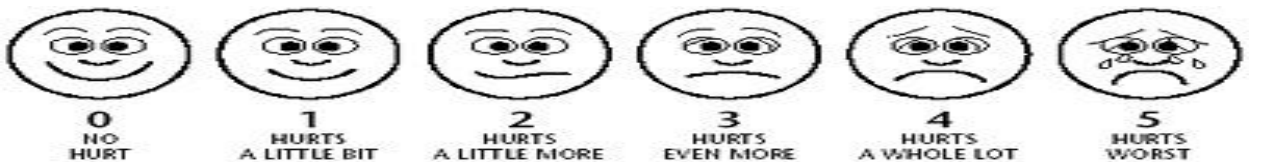
4. Destek grupta yönlendiricinin becerileri ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



5. Destek grupta konuşma fırsatı ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



6. Destek grupta grup içindeki etkileşim ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



7. Destek grupta toplantı yeri ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



8. Grup süreci size yardımcı oldu mu?

Evet

Hayır

Yanıtınız Evet ise açıklar mısınız?

9. Grup toplantılarında en çok ve en az hoşlandığınız nedir?

10. Grup toplantıları sonrası kendinizde farklı duygular hissediyor musunuz? Yanıtınız evet ise duygularınızdaki bu farklılığı sağlayan şey neydi?

11. Gruba katıldıktan sonra davranış ve alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu? Yanıtınız Evet ise ne değişti?

12. Gelecek toplantılar için önerilerinizi yazınız

Ek-21. Özgeçmiş

1. Genel

Unvanı Adı Soyadı :	Araştırma Görevlisi Yaprak Sarıgöl Ordin
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35340 İnciraltı İzmir
Doğum Tarihi ve Yeri:	30.06.1982 - İstanbul

2. Eğitim: (Son aldığınız dereceden / diplomadan başlayarak yazınız)

Öğrenim Dönemi	Derece (*)	Üniversite	Öğrenim Alanı
2008-2013	Doktora	Dokuz Eylül Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
2005-2008	Yüksek Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
2001-2005	Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	Hemşirelik

(*) Diploma Türü (Lisans, Y.Lisans, vs.)

3. Yüksek Lisans ve Doktora Tez Bilgileri

<p>1. <i>Yüksek Lisans Tezi</i>, “Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi”, 2008</p> <p><i>Danışman:</i> Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle <i>Tezin Başlama-Bitiş Tarihi:</i> 01.05.2007-01.09.2008.</p>
<p>2. <i>Doktora Tezi</i>, “Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi”</p> <p><i>Danışman:</i> Doç. Dr. Özgül Karayurt <i>Tezin Başlama-Bitiş Tarihi:</i> 11.03.2009- Nisan 2013</p>

4. Akademik ve Mesleki Deneyim:

Görev Dönemi	Ünvan	Üniversite	Bölüm
2006-Halen devam ediyor	Araştırma Görevlisi	Dokuz Eylül Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
2011 (Mart-Haziran)	Konuk araştırmacı ve Gözlemci	1. Ballarat Üniversitesi, (Prof. Dr. Sally Wellard ile) Ballarat, Avustralya	1.Hemşirelik Okulu
2011 (Mart-Haziran)	Konuk araştırmacı ve Gözlemci	2. Royal Prince Alfred Hast. (Transplantasyon Konsültan Hemşiresi Fiona Burrell ile), Sidney Üniversitesi, Sidney, Avustralya	2.Kemik İliği, Gastroenteroloji ve Karaciğer Merkezi
		3. Austin hastanesi	3.Karaciğer Transplantasyonu Ünitesi

		(Karaciğer Transplantasyonu Alıcı Koordinatörü Julie Pavlovic ile) Melbourne, Avustralya	
2009	Konuk Araştırmacı	University of Ballarat, (Prof.Dr. Lynette Stockhousen'in davetiyle) Avusturalya	School of Nursing
2006-Devam ediyor	Araştırma görevlisi	Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
2005-2006	Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Genel Cerrahi Kliniği

5. Yayın Bilgileri

SCI-Expanded dergilerde yer alan yayınları	<p>. Ordin, S.Y., Dicle, A., Wellard, S., “The study of liver transplant recipients’ quality of life before and after liver transplantation in Turkey”, Progres in Transplantation, 2011; 21: 260-26.,</p> <p>. Ordin, S.Y., Karayurt, Ö, Wellard, S., “Investigation of Adaptation Process of Liver Transplant Recipients using Roy Adaptation Model”, Nursing & Health Science, 2012, NHS-0021-2012. Kabul edildi.</p> <p>- Ordin, S.Y., Karayurt, Ö., “Validation and Adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised (MTSORD-59R) into Turkish Culture” Progress in Transplantation, Manuscript #: PT 12.017, Kabul Edildi.</p>
Ulusal Hakemli dergilerde yer alan yayınları	. Wellard S., Ordin SY. , “Framework of Intent for Selecting Research Approaches in Nursing”, DEUHYO ED, 2011, 41(4);189-195
Kongre ve bilimsel etkinliklerde sunulan bildiriler	<p><u>Yurtdışı uluslararası bilimsel etkinliklerde sunulan bildiriler</u></p> <p>. Ordin SY., Karayurt Ö, Wellard S., “Investigation of Adaptation Process of Liver Transplant Recipients using Roy Adaptation Model”, 20th Annual ITNS Symposium and General Assesmbly International Transplant Nurses Society, 15-17 Eylül, 2011, Göteborg, İsveç</p> <p>. Ordin SY, Dicle A, “The study of liver transplant recipients’ quality of life before and after liver transplantation in Türkiye” 19th Annual ITNS Symposium and General Assembly International Transplant Nurses Society, 28-30 Ekim, 2010, Minnesota, Minneapolis, Amerika Birleşik Devletleri</p> <p>. Ordin, B., Sarıgöl, Y., 2008, "On Optimization of the liver transplantation in</p>

Turkish health care system", The Second International Conference on Control and Optimization with Industrial Applications, Azerbeycan

Yurtiçi uluslararası bilimsel etkinliklerde sunulan bildiriler

- Ordin SY, Karayurt Ö. Karaciğer transplantasyonu hastalarında destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, TONKKD-Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IX. Kongresi, 26-29 Eylül 2012 Bursa

- Durmaz A, Baksi A, Savcı A, **Ordin SY**, Çatal E, Sucu G, "Doctorate projects and acquisitions in the field of surgical nursing", 6th Orpheus conference, Balçova, Nisan 2011

- Savcı A, Durmaz A, Baksi A, **Ordin SY**, Sucu G, Çatal E, "A critical view of the doctoral program of surgical diseases nursing from the aspect of students", 6th Orpheus conference 2011, Balçova, Nisan 2011, Uluslararası Hakemli organizasyon

- Bilik, Ö., Dicle, A., Karayurt, Ö., Vural, F., **Sarıgöl, Y.**, 2008, "Cultural awareness on organ transplantation: attitude of the turkish population", 1. europen transcultural nurses association (ETNA) international conference, İzmir

- Gürbüz H., Karayurt, Ö., Bilik Ö., Vural F., **Ordin SY**. Examination of life Quality of Patients with Chronic Pain Before and After TENS and Their Pain and Satisfaction Levels Regarding Nurse. The 1st International Clinical Nursing Research Congress, İzmir, Mayıs 2012. Uluslararası Hakemli organizasyon

Ulusal bilimsel etkinliklerde sunulan bildiriler

- **Ordin S.Y.**, Karayurt Ö, Vupa Ö. Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsız Durumu – 59 Maddelik Revize Ölçeğinin Türk Kültüründe Geçerlik ve Kültürel Uyum Çalışması, 18. Ulusal Cerrahi ve 13. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Balçova, Mayıs 2012, Hakemli organizasyon

.Ordin, S.Y., Karayurt, Ö., 2010, "Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Bilgi, Semptom ve Destek Gereksinimlerinin Roy Adaptasyon Modeline Göre Niteliksel Olarak İncelenmesi" 17. Ulusal Cerrahi Kongresi, Ankara, En iyi sözel bildiri ikincilik ödülü

. Ordin S.Y., Dicle, A., Karayurt, Ö., 2009, "Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı", 3. Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Toplantısı, Bursa

	<p>. Bilik Ö., Sarıgöl, Y., 2007, "Geleneksel ve Probleme Dayalı Öğrenim Modelinden Mezun Olan Hemşirelerin Öğrenme Kaynaklarını Kullanma Durumlarının İncelenmesi", Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi- Uluslar arası Katkılı, Gaziantep, 4-8 Eylül 2007, Kongre kitabı: ISBN: 978-975-92475-3-9, ss: 140, EÜ Basım Evi İzmir</p> <p>. Dicle A., Sarıgöl Y., 2007, "Karaciğer Transplantasyonunun Yaşam Kalitesine Etkisi: Literatür İncelemesi", Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Uluslar arası Katkılı. ISBN: 978-975-92475-3-9, ss: 241, EÜ Basım Evi İzmir</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Kazanılan Ödüller

Sözel Bildiri İkincilik Ödülü

Ordin, S.Y., Karayurt, Ö., 2010, "Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Bilgi, Semptom ve Destek Gereksinimlerinin Roy Adaptasyon Modeline Göre Niteliksel Olarak İncelenmesi" 17. Ulusal Cerrahi Kongresi, Ankara, En iyi sözel bildiri ikincilik ödülü

Poster Bildiri İkincilik Ödülü

Durmaz A, Baksi A, Savcı A, **Ordin SY**, Çatal E, Sucu G, "Doctorate projects and acquisitions in the field of surgical nursing", 6th Orpheus conference, Balçova, Nisan 2011

7. Kazanılan Uluslararası Sertifikalar

Organ ve Doku Donör ve Alıcı Koordinatörlüğü Sertifikası, Organ and Tissue Donor and Transplant Recipient Co-ordinators' Advanced Course, Adelaide, Avustralya, 2011

8. Kitap/bölüm Yazarlığı

Karaciğer Nakil Hastaları ve Aileleri İçin Bir Rehber, Yayın No: 09,0100,0000,000/DR.011.092.591, ISBN: 978-975-441-347-2

9. Kongre/Kurs/Sempozyum Düzenleme Kurulunda Görev Almak

- Uluslararası Katılımlı 1. Cerrahi Hemşireliği Kanıtı Dayalı Uygulamalar Kongresi: Yara ve Stoma Bakımı, 10-12 Eylül 2012, İzmir, Kongre sekreteri ve düzenleme kurulu üyesi.
- Uygulama Ve Kanıt Arasında Bir Köprü: Uygulamalı Yara Ve Stoma Bakımı Kursu, 13-14 Eylül 2012, İzmir, Kurs sekreteri ve düzenleme kurulu üyesi.
- The 1st International Clinical Nursing Research Congress- 1. Uluslararası Klinik Hemşirelik Araştırma Kongresi, Mayıs, 2012, Düzenleme kurulu üyesi.

- Mentorship in Nursing, Düzenleme Kurulu Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, 13-14 Eylül, İzmir

10. Aldığı Burslar

1. TUBİTAK 2224- Yurt Dışı Bilimsel Etkinliklere Katılma Desteği Programı, 2010 Temmuz Ayı, Amerika
2. Yüksek Öğrenim Kurumu Doktora Araştırma Bursu, 7 Ay Avustralya

11. Ulusal ve Uluslararası Mesleki Derneklere Üyelikler

1. Türk Hemşireler Derneği, 2005-Halen devam ediyor
2. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 2005-Halen Devam ediyor
3. Hemşirelike Eğitim Derneği, 2008-Halen Devam ediyor
4. International Transplant Nurses Society, 2009-Halen Devam ediyor
5. International Transplant Nurses Society, National Representative, Türkiye Ulusal Temsilciliği, 2011
6. Transplant Nurses Association, Avustralya, 2010

12. Verdiği kurs ve eğitim programları

-Transplantasyon sonuçlarını iyileştirmede kanıta dayalı transplantasyon hemşireliği uygulamaları, TONKKD-Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IX. Kongresi, Organ Nakli Hemşireliği Kursu, 26 Eylül 2012, Bursa

13. Yurt dışındaki uluslararası kongrelerde panel moderatörlüğü/oturum başkanlığı ve davetli konuşmacı /panalist olmak

Moderatör, 19th Annual ITNS Symposium and General Assesmbly International Transplant Nurses Society, Evidence-Based Practice, 28-30 Ekim 2010, Minesota, Minneapolis, USA

Panelist, 20th Annual ITNS Symposium and General Assembly International Transplant Nurses Society, International Panel, 15-17 Eylül 2011, Göteborg, İsveç

14. Katıldığı Bilimsel Etkinlikler

1. Qualitative Research, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, 3-5 Ekim, 2011, İzmir
2. Mentorship in Nursing, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, 13-14 Eylül, İzmir
3. 20th Annual ITNS Symposium and General Assesmbly International Transplant Nurses Society, 15-17 Eylül, 2011, Göteborg, İsveç
4. 19th Annual ITNS Symposium and General Assesmbly International Transplant Nurses Society, 28-30 Ekim, 2010, Minnesota, USA
5. Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, 24 Eylül 2011, İzmir
6. Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği SASBİL KALİTATİF ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ KURSU 26-28 Şubat 2009 Yeditepe Üniversitesi, İstanbul
7. Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Toplantısı, Bursa, 2009

8. Araştırma Yöntemleri Semineri: NVivo8 ile Nitel Veri Analizi (Eğtici: Dr. Elif KUŞ SAILLARD) 28 Ocak - 01 Şubat 2009. IC Santai Otel, Belek Antalya
9. The Value of Nursing Research Based on Models and Theories, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, 2008
10. Bilimde Yazım, Dokuz Eylül Üniversitesi, Balçova, 2008
11. Bilim ve Araştırma Etiği Sempozyumu, Balçova, 2008
12. Bilimde Yazım DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 22 mart 2008, Cumartesi DEÜ DESEM (Dokuz Eylül Sürekli Eğitim Merkez) Bordo salonu Alsancak- İzmir
13. Helen Thomas., Evidence Based Nursing Practice WORKSHOP: Overview: “What is evidence based nursing practice?; Overview: How to critique a systematic review” Tuesday May 1, 2007.DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu.,İzmir
14. Elizabeth Rideout,“Qualitative Research & Mixed methods design”., 13-14 Şubat 2007., DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
15. Bilim ve Araştırma Etiği Sempozyumu 4 Mart 2008, Salı: 09.⁰⁰-16.³⁰, DEÜ Tıp Fakültesi, DEÜ Tıp Fakültesi Derslikler Grubu Konferans Salonu İnciraltı –İzmir
16. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Gaziantep, 2007
17. Uluslararası Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Konak, 2007
18. Uluslararası Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Sağlıkta Yaşam Kalitesi Temel Kavramlar Kursu, Konak, 2007
19. Uluslararası Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi: Geçerlik ve Güvenirlik Kursu, Konak, 2007
20. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Preseptör Eğitim Kursu, İzmir, 2007
21. Elizabeth Rideout., ÇALIŞTAY: “Program Evaluation: What, why and how! 16 Şubat 2007İzmir Çağdaş Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Konferans
22. Mc Master Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu Müfredatının Tanıtımı ve DEÜ HYO müfredatıyla benzeşen farklılaşan yönler, İzmir, 2006
23. Apoptozis, Hastalıklarla İlişkisi ve Güncel Belirleme Yöntemleri (Teaching Workshop on Apoptozis),
24. Kanada’da nasıl hemşire olunur? , 2006
25. Mc Master Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Organizasyon/ Yönetim Şeması, İzmir,2006
26. Bilimsel Araştırmalar: Bilgi Üreten Topluma Geçiş, Balçova, 2005

Ek. 22. Tezden Yapılan Bilimsel Yayınlar ve Bildiriler

1. **Ordin S.Y.**, Karayurt Ö. ve Wellard, S., “Investigation of Adaptation Process of Liver Transplant Recipients using Roy Adaptation Model”, Nursing & Health Science, 2013, 15; 31-38.
2. **Ordin S.Y.**, Karayurt Ö. ve Vupa Ö. “Validation and Adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised (MTSORD-59R) into Turkish Culture” Progress in Transplantation, Kabul edildi.
3. **Ordin S.Y.** ve Karayurt, Ö., 2010, “Karaciğer Transplantasyonu Hastalarının Bilgi, Semptom ve Destek Gereksinimlerinin Roy Adaptasyon Modeline Göre Niteliksel Olarak İncelenmesi” 17. Ulusal Cerrahi Kongresi, Ankara, En iyi sözel bildiri ikincilik ödülü
4. **Ordin S.Y.**, Karayurt Ö. ve Wellard S., “Investigation of Adaptation Process of Liver Transplant Recipients using Roy Adaptation Model”, 20th Annual ITNS Symposium and General Assesmbly International Transplant Nurses Society, 15-17 Eylül, 2011, Göteborg, İsveç
5. **Ordin S.Y.**, Karayurt Ö. ve Vupa Ö., Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsız Durumu – 59 Maddelik Revize Ölçeğinin Türk Kültüründe Geçerlik ve Kültürel Uyum Çalışması, 18. Ulusal Cerrahi ve 13. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Balçova, Mayıs 2012, Hakemli organizasyon
6. **Ordin S.Y.** ve Karayurt Ö., Karaciğer transplantasyonu hastalarında destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, TONKKD-Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IX. Kongresi, 26-29 Eylül 2012 Bursa
7. **Ordin S.Y.** ve Karayurt Ö., Karaciğer Nakli Hastaları ve Aileleri İçin Bir Rehber, Yayın No: 09,0100,0000,000/DR.011.092.591, ISBN: 978-975-441-347-2

Ek-23. Tezden Yapılan SCI Yayınlar

1. Ordin, S.Y., Karayurt, Ö., Vupa Ö. “Validation and Adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised (MTSORD-59R) into Turkish Culture” Progress in Transplantation, Kabul Mektubu



February 21, 2013

Yaprak S Ordin, RN, MSc, Research Assistant
Surgical Nursing Department
Faculty of Nursing
Dokuz Eylul University
35340 Inciralti
Izmir, Turkey

Manuscript #: PT 12.017

Dear Ms. Ordin:

I am pleased to inform you that your manuscript “**Validation and Adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 Items Revised (MTSOSD-59R) into Turkish**” has been accepted for publication. You should receive galley proofs directly from the production editor within the next three months. Your manuscript is tentatively scheduled to appear in the **September 2013 or December 2013** issue of the *Progress in Transplantation*. Occasionally space limits may require manuscripts to be deferred to a later publication.

Thank you for your contribution to our publication. I look forward to receiving additional manuscripts from you.

Sincerely,

Linda Ohler, MSN, RN, CCTC, FAAN
Editor-in-Chief

Research Article

Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model

Yaprak S. Ordın, RN, MSc,¹ Özgül Karayurt, RN, PhD¹ and Sally Wellard, RN, PhD²¹Department of Surgical Nursing, Dokuz Eylül University, Izmir, Turkey and ²School of Health Sciences, University of Ballarat, Ballarat, Victoria, Australia

Abstract

In this study we explored the adaptation of transplant recipients in Turkey using the Roy Adaptation Model. A descriptive qualitative design was used with data collected from liver transplant recipients in either individual or group interviews between May 2009 and February 2010. Using deductive content analysis, four themes were identified in the data: physiological mode, self-concept mode, role function mode, and interdependence mode. Each theme included both adaptive and ineffective behaviors of liver transplant recipients. The findings of this study indicate that liver transplant recipients need information and support about their ineffective behaviors in all modes of the Roy Adaptation Model. The findings also support the use of a nursing model in the delivery of nursing care for liver transplantation recipients.

Key words

adaptation, descriptive qualitative design, experience, liver transplantation, nursing, Roy Adaptation Model.

INTRODUCTION

Liver transplantation (LT) has become a treatment of choice for patients with end-stage liver disease, and is the most effective treatment for many patients with acute or chronic liver failure (Bufton *et al.*, 2008). LT in Turkey began in 1988 (Turkish Transplantation Society – TTS, Türkiye Organ Nakli Derneği-TOND, 2012), and currently there are 23 transplantation centers, where a total of 592 LT were carried out in 2008. Turkey has a high rate of living related donation (66.5% of all LT) (The Ministry Health of Turkey, 2008) in contrast with the USA, where less than 0.5% of all donor livers come from living donors (OPTN, 2010). Liver living donors in Turkey are mostly first-degree relatives, such as parents, siblings, or children, and therefore, living-donor LT (LDLT) is affected by family dynamics for both recipients and donors (Watanabe & Inoue, 2010).

Patients experience an adaptation process after LT (Mize & Cupples, 2004). Numerous studies report that liver transplant recipients (LTR) undergo problems with their physical, psychological, and social well-being after transplantation (Forsberg *et al.*, 2000; Bean, 2005; Nilsson *et al.*, 2008; Watanabe & Inoue, 2010; Ordın *et al.*, 2011). Together with recovery of physical conditions after LT, patients reportedly experience fatigue, pain, and weight loss, as well as impairments in memory and thinking processes (Forsberg *et al.*, 2000). LTR, whose liver failure was related to hepatitis B virus and hepatitis C virus infection, experience poorer recovery outcomes

than LTR associated with other causes of liver failure (Aytaman *et al.*, 2010). Hypertension, diabetes, and obesity associated with immunosuppressant therapy might develop in the long-term, post-LT period (Lui & Thomas, 2007). There is considerable evidence of other problems that LTR experience, including pain, changes in appetite, nausea, vomiting, infection, loss of concentration, increased hair growth, moon face (cushingoid), bruising, loss of sexual desire, and depressive feelings (Moons *et al.*, 2003; Estraviz *et al.*, 2007; Drent *et al.*, 2009; Kugler *et al.*, 2009).

Psychologically, although LTR feel lucky that they have survived (Bean, 2005), they also experience fear of organ rejection, depression, anxiety, and impairments related to their future health. Several studies have reported that patients with LDLT experience greater negative affects (Fukunishi *et al.*, 2002; McGregor *et al.*, 2009; Watanabe & Inoue, 2010).

Socially, patients might return to work after LT, and their familial relations improve (Bean, 2005; Watanabe & Inoue, 2010). However, many patients experience reduced competence in their work, economic problems, and social isolation (Forsberg *et al.*, 2000; Bean, 2005). Interaction with other patients and participation in support groups can positively affect patients' adaptation after transplantation (Robertson, 1999; Sargent & Wainwright, 2007). LTR need psychological (Fukunishi *et al.*, 2002; McGregor *et al.*, 2009) and social support from their families and health professionals (Forsberg *et al.*, 2000; Jones, 2005). LTR need information related to rejection, activities of daily living (Forsberg *et al.*, 2000), drug therapy, long-term care, and possible physical and psychological problems (Myers & Pellino, 2009) associated with their LT.

Correspondence address: Yaprak S. Ordın, Surgical Nursing Department, School of Nursing, Dokuz Eylül University, 35340 Inciralti, Izmir, Turkey. Email: yaprak.sarigol@deu.edu.tr

Received 24 January 2012; revision received 10 May 2012; accepted 16 May 2012.

Research exploring the experiences of LTR predominantly relates to samples of people living in European, North American, and East Asian countries. We were unable to locate any research that investigated experiences of LTR in Turkey, which is located in West Asia. Additionally, no work was identified investigating the post-transplantation adaptation processes of LTR using a nursing model.

Therefore, the purpose of this study was to explore experiences of LTR using the Roy Adaptation Model (RAM) following transplantation and a qualitative approach. We aimed to contribute to the further development of the RAM (Perrett, 2007; Roy, 2009). The results of this research will assist in developing nursing practices based on the adaptation process of LTR.

Conceptual framework

RAM

The study was guided by the RAM (Roy, 2009). The RAM depicts the individual as an adaptive system who interacts with a constantly changing environment, including focal and contextual stimuli. Focal stimuli are the internal and external factors that immediately confront the person, and in this study, it was LT. Contextual stimuli are all other factors present in the situation that contribute to the effect of the focal stimulus, and in this study were sociodemographic characteristics (age, sex etc) and liver disease characteristics of LTR (Roy, 2009) (Fig. 1).

Behavior in the RAM refers to internal and external actions, and reactions of people to stimuli. Behavior is cat-

egorized into four modes of adaptations: psychological, self-concept, role function, and interdependence. The physiological mode is the manifestation of interactions as physiological activities of all the cells, tissue, and organs, and was represented in this study by physiological components of adaptation. The self-concept mode has been identified as psychic and spiritual integrity, composite of beliefs and feelings, and deals with interpersonal relationships. The self-concept mode was represented in this study by the emotional component of adaptation. The role function mode focuses on the roles that individuals have in society, and was represented by the functional components of adaptation. The interdependence mode deals with social and relational integrity, as well as the provision and receipt of social support. For the purpose of this study, the interdependence mode was represented by the social components of adaptation. In the RAM, behaviors are considered as either adaptive or non-adaptive/ ineffective. Adaptive behaviors promote the integrity of the human system in terms of the goal of adaptation. Therefore, ineffective behaviors are those that neither promote integrity, nor contribute to the goals of adaptation and integration of people on Earth (Roy, 2009).

METHODS

Design

A descriptive qualitative design was used for this study, and data were collected from LTR in either individual or group interviews.

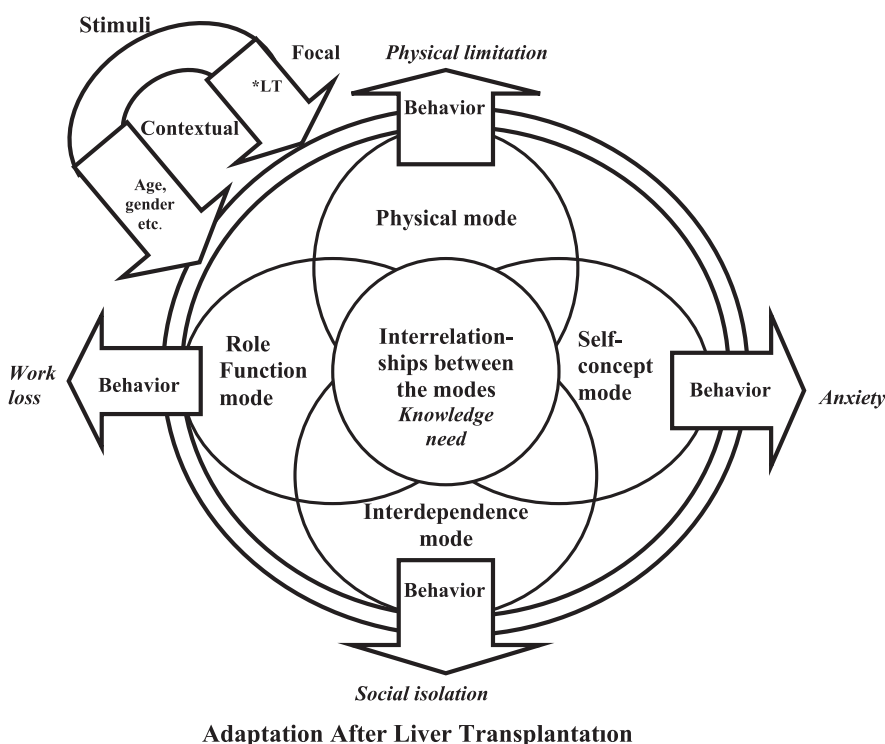


Figure 1. Conceptual framework of the study. LT, liver transplantation.

Table 1. Demographic and liver disease characteristics of the participants ($n = 21$)

Variables	N %
Age (years)	
Mean \pm standard deviation	48.67 \pm 11.35
Range	19–64
Sex	
Female	5 (24%)
Male	16 (76%)
Months after liver transplantation	
Range	1–52
Mean	16.00
Disease	
Viral (HBV, HCV)	11 (52%)
HCC	6 (28%)
Cryptogenic	2 (10%)
PBS	1 (5%)
Autoimmune	1 (5%)
Type of donor	
Live	14 (67%)
Deceased	7 (33%)
Relationship to donor	
Mother	1 (7%)
Son	7 (50%)
Cousin	4 (29%)
No relationship	2 (14%)
Occupation pre/post	
Same	2 (10%)
Changing position or job	6 (28%)
Resignation	13 (62%)
Immunosuppressive regimen	
Triple regimen (with tacrolimus)	2 (10%)
Triple regimen (with cyclosporine)	3 (14%)
Double regimen (with tacrolimus)	4 (20%)
Double regimen (with cyclosporine)	6 (28%)
Only tacrolimus	3 (14%)
Only cyclosporine	3 (14%)

HBV, hepatitis B virus; HCC, hepatocellular carcinoma; HCV, hepatitis C virus; PBS, primary biliary cirrhosis.

Participants

In this study, purposive sampling was used (Sandelowski, 2000; Neergaard *et al.*, 2009) to recruit participants who met the following inclusion criteria: aged between 18 and 65 years, willingness to participate in the study, no record of psychiatric disease, native Turkish speaker, and experiencing their first transplantation. One of the investigators (YO) provided information to the LTR when they attended the outpatient clinic. A total of 21 patients volunteered to join the study; 16 males and five females, who were aged between 19 and 61 years (mean: 48.67, standard deviation: 11.35). Participants joined the study between 1 and 52 months' post-LT, with a mean time of 16 months (Table 1). Demographic data of the participants were regarded as contextual stimuli.

Data collection

Data were collected from May 2009 to February 2010 at a transplant outpatient department at the university hospital in

Izmir, a big city in Western Turkey. Initially, focus groups were planned for data collection, but only one focus group interview was undertaken with seven participants. Due to the practical difficulties participants faced in attending group work, individual semistructured interviews were conducted with the remaining 14 participants.

Interviews were conducted with participants in a private room at the outpatient department. The focus group interview lasted 1 h and 15 min, and individual interviews were 20–60 min in duration. The first and second researchers collected data in the focus group interview, and the first researcher conducted all individual interviews. The interviews were audio-taped and transcribed verbatim by the first author.

Instruments

Two forms were used to determine adaptation behaviors of LTR and stimuli affecting the behaviors of LTR in this study.

A background data form, developed by the investigators for this study, was used to record demographic and liver disease information. The form included questions about demographic data (age, sex, marital status, education level, and occupation) and clinical data (liver disease etiology, donor type, living donor relation, LT time, and immunosuppressive therapy).

An adaptation of the LT interview form was used to determine the LTR adaptation responses to LT. The form was developed by the investigators based on the literature (DeSanto-Madeya, 2006, 2009). The form included seven open-ended questions; four open-ended questions were about how LTR felt physically and emotionally, effects of social roles, and social relations after LT. Three open-ended questions were about the support needs and knowledge needs of the LTR, and the people who supported them during and after LT.

Ethical considerations

Written consent was obtained from all participants prior to data collection. Approval was given by the administration of the hospital where the study was conducted, as well as from the Ethics Committees of Dokuz Eylul University and School of Nursing (Izmir, Turkey).

Data analysis

Data were coded using deductive content analysis, as recommended by Elo and Kyngas (2008), where the structure of analysis is operationalized on the basis of previous knowledge and theory testing. Deductive content analysis was used to identify and categorize the LTR responses. The responses were categorized according to the four RAM modes of adaptation (physiological, self-concept, role function, interdependence). The deductive content analysis process required development of structured analysis matrices, using words, phrases, or sentences that express a response within each question unit, coding data according the categories (adaptive and ineffective behaviors based on the adaptation modes of

the RAM), model testing, and comparisons to determine correspondence with the study questions, as well as reporting the analysis process and the results (Sandelowski, 2000; Elo & Kyngas, 2008).

Rigor

Two people analyzed the data independently. The first author and another person with expertise in qualitative research independently identified the main themes, and then compared their analyses and reached an agreement on the findings. Credibility was established by two authors who have considerable clinical experience with people requiring LT. The first author had 5 years' experience, and the second author had 10 years' experience. All authors had been trained in qualitative methods. The third author had expertise in qualitative methodology and provided a critical review of the methodology.

Findings

Experiences of physical, emotional, functional, and social adaptation to LT were categorized according to four themes based on the four modes of the RAM. Each theme included both adaptive and ineffective behaviors of participants identified at different times during their recovery process after LT.

Physiological mode

Roy (2009) described the physiological mode as focusing on the maintenance of basic human physiological needs. Physiological adaptation requires knowledge about the human body and the pathophysiology underlying the disease processes, and the adoption of behaviors directed toward resolution of physical and physiological problems (Roy, 2009).

In this study, LTR noted that they experienced problems concerning the physiological mode more frequently in the early period of LT (first 3 months). Most of the LTR experienced ineffective behaviors with digestive system changes, including excessive appetite, nausea, and vomiting. Several LTR reported oliguria, diarrhea, constipation, and abdominal distention. Most of the patients also complained of mouth sores in the first 3 months. They thought that these problems were due to the medications they received, but admitted that they did not know the side-effects of the medications well. Most of the LTR also noted that they did not know much about the diet they had to follow, the medications they received, and other things they had to be careful with after transplantation:

I know some drugs make me feel sick, but I am not sure that the drugs I used cause the problems.

The LTR whose living donors were their family members reported that they followed all the recommendations made by the transplantation team and experienced fewer problems, as they felt responsible to their donors:

I take care of myself and my medications well because of the sacrifice my mother made for me. (An LTR whose living donor was his mother)

Some patients explained that they took preventative actions against infections (i.e. using a face mask), especially during the early period after LT, and therefore, they did not have any infections. Most of the LTR reported that they had upper respiratory system infections in the winter months, and that they did not know why they were at risk of infection and what precautions they needed to take to prevent these infections. Two LTR said that they experienced organ rejection, although they took their medications regularly:

What is important for me is not to catch an infection. How can I protect myself from infection best?

LTR mostly experienced pain at the incision area, wound drainage area, and in their back and joints after LT in the early stage. They reported that they made less physical effort to decrease their pain. LTR also reported that pain reduced as the post-LT period passed because edema and ascites disappeared. Several patients, however, said that they considered post-transplantation pain as normal:

I had an important operation and my liver was changed. It is not unusual to have that much pain. I can ignore it.

All patients experienced fatigue in the early term after transplantation, due to daily activities and frequent medical appointments. In the long-term, after transplantation, they experienced some level of fatigue due to travel to the liver transplant center from the city which they lived. LTR described physical limitations and sleeplessness because of their pain and anxiety:

I feel much better compared to my cirrhosis period. My energy is unbelievable. I am surprised at myself, too.

I am getting tired easily. For example, I am going to the kitchen and do something, but then I tire.

Several LTR noted that they had hypertension after transplantation, but that they did not know the cause of their hypertension and the things they had to be careful with. In addition, many patients reported that they became forgetful, which had a negative effect on their life. They also noted that they had difficulty in concentrating on and understanding things:

The most disturbing is forgetfulness for me. I simply don't remember whether I have taken my medications or not. I don't remember anything.

One patient was diagnosed with diabetes mellitus after LT. This patient said that he did not know why he developed diabetes or what he should be careful about.

Self-concept mode

The self-concept mode refers to how a person views himself or herself. This mode emphasizes the psychological and spiritual aspects of the person. The self-concept mode is viewed as having two subareas: the physical self and the personal self.

The physical self includes two components: body image and body sensation. Body image refers to how a person feels about their physical appearance and bodily functions; body sensation refers to the composite of beliefs and feelings held about oneself (Roy, 2009).

A number of LTR expressed feeling powerless and said that they experienced negative changes, including excessive weight gain, increased hair growth, edema, and the development of spots. They said that they were anxious, as they did not know the causes of these problems. However, several LTR noted that jaundice, skin eruptions, bruises, and abdominal ascites decreased compared to the pretransplantation period. They were satisfied with their physical appearance and felt better:

My complexion got fair after transplantation. It (is) revived, and it is very nice now.

While many LTR expressed a considerable improvement in their sexual life in the long term, some LTR experienced deterioration in their sexual life:

I have no sexual life after transplantation. My wife tolerates it, but I feel bad.

Most of the LTR felt as if they were reborn, and wanted to care for their health more in response to the sacrifice made by the donors. Participants expressed that positive thinking would affect their health positively, and hoped that they would continue to improve as post-LT time passed. Many participants reported an increased interest in religious practices after LT:

I am very well psychologically. I feel . . . reborn.

I bought a Koran and I am reading it. I became interested in it after the operation.

Some LTR experienced fear of infection and rejection, as well as anxiety due to their drain tubes and medical appointments. They explained that they had fear of rejection, although they were careful with their medications and follow-up appointments. They added that they wanted to know the signs of rejection, and thus check whether they had it or not:

I am panicking about everything, and I feel very close to death. I feel that something bad may happen any minute and that I develop rejection. Nobody can make sure that rejection will not develop.

LTR were also worried about families of deceased donors and the health of living donors (especially when the donors were children) and felt guilty. While some recipients, whose living donors were family members, struggled with the sacrifice made for them, others felt regretful due the harm likely to be experienced by their donor. Additionally, LTR emphasized their experiences of anxiety due to their unemployment, the financial effects after LT, the expense of LT treatment, and the distance needed to travel to LT centers:

When I think about the deceased donor's family, I say I wish it had never happened. I always think about her family. (LTR on deceased donor)

My son gave his liver to me, which affected me psychologically. Now I regret it and I feel as if I die every. (LTR with living donor)

Role function mode

The role function mode encompasses development, performance, and mastery of a person's roles. These include primary roles (age, sex), secondary roles (husband, teacher), and tertiary roles (association member) on the basis of his or her position within society (Roy, 2009).

Only two LTR were able to continue their previous (before LT) employment in their secondary roles, and they reported improved work performance. These patients explained that they felt better and that their financial problems decreased after they returned to their work:

I am working in a government office. I haven't had any bad experiences at the office.

Most participants reported that they were no longer being employed after LT. The reasons offered included an inability to work due to fatigue, frequent medical appointments, and the risk of infection at the workplace. Some participants took disability retirement. These patients expressed their need to be informed about their employment status and what kind of jobs they could be hired for after transplantation:

I had a job in the past. They fired me after the operation. I am not (a) half person and I am healthy, but I cannot find a job now due to liver transplantation, so I have big financial problems.

Interdependence mode

The interdependence mode focuses on the close relationships of people, especially two specific relationships. The first relationship is with significant persons who are the most important to a given person. The second relationship is with support systems; that is, others contributing to meeting interdependence needs (Roy, 2009).

LTR reported improved intra-familial relations and also developed communication with other LTR. A special affection between living donors and the families of the deceased donors was created in most cases. However, all the LTR whose employment status was affected after transplantation reported that dynamics in their families were distorted due to financial problems:

I met someone who had undergone an LT when I was staying in hospital, and it affected me positively. I like talking to the people who have experienced the same difficulties as me.

LTR also noted that they experienced social isolation, as they wore a mask to avoid risk of infection. All the patients whose residence was some distance from the transplantation center reported that they felt lonely. These patients rented a flat near the center so that they would be able to attend frequent follow-up appointments in the first 6 months of transplantation:

After discharge, my family and I rented a flat near here, since I had to have frequent follow-up appointments. We don't know anyone here and we feel lonely.

The patients reported that they were supported by their families and health professionals (doctors and nurses), relatives, friends, and other LT patients in the LT process. They noted that they needed more support from their doctors and nurses in the early period of transplantation:

My family provided me with strong support after transplantation. God bless my doctors and nurses for their support.

LTR identified a need for physical care, because they had difficulty in personal care activities due to pain and fatigue, particularly during the early post-transplantation period. All the patients reported that they needed a lot of psychological support after transplantation:

I think a psychologist should be available for the transplantation patients because we are different from other patients.

Additional support was identified as needed in the area of financial advice related to the length of sick leave after LT and its effects on salaries, the treatment expenses, transportation expenses, and working conditions of the living donors:

Since I couldn't work and had to have a work leave in the first 6 months of transplantation, I was paid less, which I hadn't known about. We need to be informed about this issue.

DISCUSSION

The results of the study will be discussed in the light of the adaptation modes of the RAM.

Physiological mode

In this study, increased appetite, diarrhea or constipation, nausea, and vomiting were expected symptoms due to immunosuppressive treatment (Moons *et al.*, 2003; Estraviz *et al.*, 2007; Bufton *et al.*, 2008). Education and counseling play an important role in the management of these symptoms, and in enabling patients to gain their autonomy and to adapt to their new life (Sargent & Wainwright, 2007).

Consistent with the results of this study, it has been reported in the literature that LTR mostly experience tiredness, decreased physical activity, and sleeplessness (Forsberg *et al.*, 2000; Bean, 2005; Dudley *et al.*, 2007; Kugler *et al.*, 2009). In the present study, it was revealed that the patients expected nurses to fulfill their self-care needs due to their tiredness and physical limitations. Failure to satisfy needs of physical care, knowledge, and support can be explained by the insufficient number of nurses (approximately 15–20 patients per 1 nurse) and lack of specialist transplant nurses in Turkey. Specialist organ transplant nurses provide special care, knowledge, and support needs of transplant recipients and their families during the transplantation process. It is recommended that a certified program for specialist trans-

plant nurses be developed, and that the roles and responsibilities of specialist transplant nurses in Turkey be defined.

Repeated infections, rejections, and hepatitis are life-threatening in LTR (Forsberg *et al.*, 2000; Sargent & Wainwright, 2007; Nilsson *et al.*, 2008). The protection dimension of the physiological mode is an important mode where LTR-specific problems are found. Transplantation nurses should evaluate patients' behavior in this mode carefully, and offer education and counseling directed toward the promotion of appropriate adaptation behavior among the patients (Myers & Pellino, 2009).

Pain is an important problem that affects physical activities, as well as the psychological and employment status of patients. Although pain management is a basic nursing practice, the patients in this study reported that they experienced pain frequently. There is a wide variety of factors affecting pain in transplantation patients, and it has previously been reported that LTR experience pain more frequently than other transplant patients (Fukunishi *et al.*, 2002). Frequent experiences of pain among the participants of this study can be explained by the anxiety they felt from the thought they might have harmed their living donors, most of whom were their first-degree relatives, such as their sons and mothers.

Compatible with the literature, we found that few patients had edema, abdominal ascites, and bruises (Drent *et al.*, 2009; Kugler *et al.*, 2009). In this study, the patients reported that they had increased blood pressures in the long term after LT. Increased blood pressure is a common cardiovascular problem due to long-term immunosuppressive treatment (Lui & Thomas, 2007). Additionally, in the neurological dimension, the patients experienced forgetfulness, decreased concentration, and difficulty in understanding things (Moons *et al.*, 2003). These patients needed appropriate knowledge and support so that they could adapt to their life.

Self-concept mode

It is important for nurses to have knowledge about a persons' self-concept, because they play a key role in the enhancement of a LTR's self-concept (Roy, 2009). Nurses need to understand and be comfortable with a personal physical self related to body image, body sensation, and sexuality to support patients in this mode (Roy, 2009).

Consistent with the results of this study, previous reports document patients becoming hirsute and experiencing changes in their body image, especially in their face, with thinning of the skin and loss of facial hair (Drent *et al.*, 2009). These problems are mostly due to immunosuppressive treatment (Bufton *et al.*, 2008). Therefore, it is important that nurses inform patients about the use of medications and the management of the side-effects of those medications (Myers & Pellino, 2009).

In the present study, all the patients noted experiencing financial problems, which can be attributed to Turkey being a developing country where income per person is low. As transplantation centers are located in big cities in Turkey, the patients coming from other cities have to pay for accommodation and travel. The patients are offered financial support for travel and provided a salary given to the handicapped, but

they were insufficient. Getting fired from a job after LT has a negative effect on the financial status of patients. Due to lack of a financial advisor in LT centers in Turkey, LTR are not informed about the financial problems they are likely to experience. We recommend that specialist transplant nurses provide counseling to LTR about financial problems in the absence of a financial advisor.

The participants of this study felt anxious and disappointed, although they found themselves lucky that they survived. As there was a dramatic and fast change in the patients' lives, the self-concept mode was greatly affected. The first factor affecting the psychology of the patients is fear of organ rejection or complications and worries about the future (Jones, 2005; Sargent & Wainwright, 2007; Nilsson *et al.*, 2008). Therefore, the patients should be informed about the problems they are likely to encounter and about long-term care (Myers & Pellino, 2009). The second factor is feeling guilty or indebted to their living donors or the families of non-living donors (Fukunishi *et al.*, 2002; Watanabe & Inoue, 2010). The patients had strong feelings of guilt when they received their liver from a living donor. This factor is of great importance in Turkey, as the rate of living donors is quite high. In countries, such as Turkey, where the number of living donors is high, patients, donors, and their families should be informed about the phenomenon of living donors and the transplantation process (Watanabe & Inoue, 2010) and be provided with psychological support (Forsberg *et al.*, 2000; Jones, 2005). The third factor is using many medications in the early post-transplantation period, using lifelong medications, and living with the side-effects of medications.

Role function mode

Concerning the role function mode, most of the patients in this study had to leave their job, find another job or retire earlier than expected. Likewise, as in previous research, it was often difficult for recipients to continue to work (Bean, 2005; Sargent & Wainwright, 2007; Watanabe & Inoue, 2010). Due to physical and psychological problems and the risk of infection, the employment status of LTR is negatively affected. Another problem is that LTR require leave from work because LT centers are far away from where they live, and they require frequent follow-up care at these centers. Financial losses due to work leave have a negative effect on family budgets and the roles LTR play in their families. Nurses should offer information to patients and their families about employment status and possible problems after LT.

Interdependence mode

Comparable with the previous research, this study showed that the relationships of LTR with members of their families were affected, and that LTR experienced social isolation (Forsberg *et al.*, 2000; Bean, 2005; Sargent & Wainwright, 2007). As the number of patients whose living donors were their family members was high, the degree that the patients' relationships with their family members are affected is important in this study. The relationships with members of their families were most affected during the early post-

transplantation period. Therefore, longitudinal studies including the patients, the donors and their families are needed to examine to what extent they are affected. In Turkish culture, it is of importance to visit patients and their families. After discharge, patients' homes are usually crowded. However, LTR do not allow visits due to risk of infection, which has a negative influence on the social relationships of the patients.

Communication between LTR can have a positive influence on their adaptation (Sargent & Wainwright, 2007). Thus, support groups can be offered to LTR and their families to provide an avenue for social integration.

Study limitations

The study has two major limitations. First, the study was retrospective and cross-sectional. Therefore, further longitudinal studies are needed to expand the understanding of the long-term adaptation process of the LTR. Second, we only considered recipients' perspectives. The rate of LT from living donors is quite high in Turkey. For this reason, further studies including recipients, their living donors, and families are needed.

Conclusions

The results of this study provide nurses with fundamental data about adaptation behaviors of LTR. According to the RAM, the nursing process involves an evaluation of stimuli and behaviors that have a negative effect on adaptation of individuals, planning nursing activities accordingly, and evaluation of the effectiveness of these activities. It was found that patients needed information and support regarding their ineffective behaviors in all modes of the RAM. It is recommended that the information and support needs of patients be met and provided within their social environment by health professionals using a well-structured approach. This research also clearly demonstrated the interactions among the adaptation modes of the RAM.

ACKNOWLEDGMENTS

We wish to thank the patients who readily agreed to participate in this study. We also wish to thank Emine Catal for assisting in the data analysis, Professor Dr. Gülseren Kocaman and Associate Professor Dr. Aklime Dicle for their contributions in the thesis committee, and Professor Dr. Sedat Karademir, the surgeons at the liver transplantation center, and the president of the transplantation institute for their support and contributions.

CONTRIBUTIONS

Study Design: YO, ÖK.
Data Collection and Analysis: YO, ÖK.
Manuscript Writing: YO, ÖK, SW.

REFERENCES

- Aytaman A, Kaufman M, Terrault NA. Management of posttransplant hepatitis C infection. *Curr. Opin. Organ. Transplant.* 2010; **15**: 301–309.

- Bean KB. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. *Prog. Transplant.* 2005; **15**: 392–396.
- Buften S, Emmett K, Byerly AM. Liver transplantation. In: Ohler L, Cupples S (eds). *Core Curriculum for Transplant Nurses*. St Louis: Mosby, 2008; 423–455.
- DeSanto-Madeya S. Secondary analysis of the meaning of living with spinal cord injury using Roy's adaptation model. *Nurs. Sci. Q.* 2006; **19**: 240–246.
- DeSanto-Madeya S. Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. *Nurs. Sci. Q.* 2009; **22**: 57–66.
- Drent G, Geest SD, Dobbels F, Kleibeuker JH, Haagsma EB. Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. *J. Med.* 2009; **67**: 161–168.
- Dudley T, Chaplin D, Clifford C, Mutimer JD. Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection. *Qual. Life Res.* 2007; **16**: 1299–1308.
- Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J. Adv. Nurs.* 2008; **62**: 107–115.
- Estraviz B, Quintana JM, Valdivieso A, Bilbao L. Factors influencing change in health-related quality of life after liver transplantation. *Clin. Transplant.* 2007; **21**: 481–490.
- Forsberg A, Backman L, Möller A. Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *J. Adv. Nurs.* 2000; **32**: 327–334.
- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Association between pre-transplant psychological assessment and post transplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics* 2002; **43**: 49–54.
- Jones JB. Liver transplant recipients' first year of posttransplant recovery: a longitudinal study. *Prog. Transplant.* 2005; **15**: 345–352.
- Kugler C, Geyer S, Gottlieb J, Simon A, Havenrich A, Dracup K. Symptom experience after solid transplantation. *J. Psychosom. Res.* 2009; **66**: 101–110.
- Lui LU, Thomas SD. Long-term care of the liver transplant recipient. *Clin. Liver Dis.* 2007; **11**: 397–416.
- McGregor LM, Swanson V, Hayes PC, Forsythe JR, O'Carroll RE. Considering adult living donor liver transplantation: a qualitative study of patients and their potential donors. *Psychol. Health* 2010; **25**: 751–66.
- Mize JB, Cupples S. Coping with transplantation. Part 2: posttransplant phase. *Prog. Transplant.* 2004; **14**: 71–72.
- Moons P, Morgodt D, Geest SD *et al.* Health-related quality of life and symptom experience in tacrolimus-based regimens after renal transplantation: a multicentre study. *Transplantation* 2003; **16**: 653–664.
- Myers J, Pellino TA. Developing new ways to address learning needs of adult abdominal organ transplant recipients. *Prog. Transplant.* 2009; **19**: 160–166.
- Neergaard MT, Olesen F, Andersen RK, Sondergaard J. Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Med. Res. Methodol.* 2009; **9**: 1–5.
- Nilsson M, Persson LO, Forsberg A. Perceptions of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable. *J. Clin. Nurs.* 2008; **17**: 2408–2417.
- OPTN/SRTR. “The U.S. Organ Procurement and Transplantation Network and The Scientific Registry of Transplant Recipients” 2010 Annual Report. [Cited 10 Jan 2012.] Available from URL: http://www.srtr.org/annual_report/2010.
- Ordin SY, Dicle A, Wellard S. Quality of life in recipients before and after liver transplantation in Turkey. *Prog. Transplant.* 2011; **23**: 206–267.
- Perrett SE. Review of Roy adaptation model-based qualitative research. *Nurs. Sci. Q.* 2007; **20**: 349–356.
- Robertson G. Individuals' perception of their quality of life following a liver transplant: an exploratory study. *J. Adv. Nurs.* 1999; **30**: 497–505.
- Roy C. *The Roy Adaptation Model* (3rd edn). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall Health, 2009.
- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Nurs. Health* 2000; **23**: 334–340.
- Sargent S, Wainwright SP. A qualitative study exploring patients perceived quality of life following an emergency liver transplant for acute liver failure. *Intensive Crit. Care Nurs.* 2007; **23**: 272–280.
- The Ministry Health of Turkey. *Health Statistics Yearbook, Republic of Turkey Ministry of Health*. 2008. [Cited 22 Jan 2012.] Available from URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71504/h/saglik-istatistikleri-2008.pdf>.
- Turkish Transplantation Society – TNS, Türkiye Organ Nakli Derneği-TOND. *The Development of Transplantation in Turkey*. 2012. [Cited 22 Jan 2012.] Available from URL: <http://www.tond.org.tr>.
- Watanabe A, Inoue T. Transformational experiences in adult-to-adult living-donor liver transplant recipients. *J. Adv. Nurs.* 2010; **66**: 69–81.



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



KARACİĞER NAKİL HASTALARI
ve AİLELERİ İÇİN

REHBER

2011



ÖNSÖZ

Günümüzde, akut ve kronik karaciğer yetmezliğinin tedavisinde karaciğer naklinin önemi ve başarısı giderek artmaktadır. Ülkemizde, karaciğer nakli uygulanan toplam 23 merkez bulunmaktadır. Bu merkezlerde yapılan organ nakil sayısında her geçen yıl artış gözlenmektedir. Ülkemizde ilki 1988 yılında olmak üzere 1988-2008 yılları arasında toplam 2375 karaciğer nakli uygulanmıştır.

Karaciğer nakil hastaları, karaciğer nakli öncesi ve sonrası birçok sorun yaşamaktadır. Hastalar, organ nakli sonrası yeni yaşamlarına bir uyum süreci geçirmektedir. Yeni yaşama uyumu sağlamada nakil sonrası izlem ve bakımın çok önemli bir yeri vardır.

Bu kitap, size ve yakınlarınıza karaciğer nakli sonrası bilmeniz gerekenler ile ilgili yol göstermek ve yaşamınızı kolaylaştırmak amacıyla yazılmıştır. Genellikle her organ nakli merkezinin bakım standartları birbirinden farklılık göstermektedir. Önemli olan sizin nakil olduğunuz yerde sizinle ilgilenen ekibin önerilerinin yerine getirilmesidir.

Bu kitap, sizin organ nakil ekibiniz ile görüşülerek hazırlanmıştır.

Teşekkürler

Bu kitabın oluşmasında emeği geçen sayın danışmalarımız, Prof. Dr. İbrahim Astracıoğlu, Prof. Dr. Sedat Karademir, Doç. Dr. Mesut Akarsu, Yard. Doç. Dr. Tarkan Ünek'e, uzmanlarımızdan Yard. Doç. Dr. Mücahit Özbilgin ve verdikleri önerilerden dolayı diğer tüm uzmanlarımıza ve tüm desteklerinden dolayı sayın karaciğer nakil poliklinik doktoru Dr. Aylin Bacakoğlu'na çok teşekkür ederiz.

Araş. Gör. Yaprak Sarıgöl Ordın

Doç. Dr. Özgül Karayurt

2011

**KARACIĞER NAKİL HASTALARI
VE AİLELERİ İÇİN BİR
REHBER**

YAZARLAR

Araş. Gör. Yaprak Sarıgöl Ordın

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özgül Karayurt

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışmanlar

Prof. Dr. İbrahim Astracıoğlu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sedat Karademir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mesut Akarsu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Anabilim Dalı

Yard. Doç. Dr. Tarkan Ünek

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

	Konular	Sayfa No
Bölüm 1:	Karaciğer Nakil Ekibiniz.....	11
Bölüm 2:	Karaciğerin Yapısı, Fonksiyonu ve Karaciğer Nakli.....	13
2.1	Karaciğerin Yapısı Nasıldır?.....	13
2.2.	Karaciğerin Fonsiyonu Nedir?.....	14
2.3.	Karaciğer Nakli Nedir?.....	14
2.4.	Karaciğer Nakli Kimlere Yapılır?.....	15
2.5.	Karaciğer Nakli Hangi Durumlarda Yapılır?.....	15
2.6.	Karaciğer Nakli Hangi Durumlarda Yapılmaz?.....	16
2.7.	Karaciğer Nakli Öncesi Hazırlıklar?.....	16
Bölüm 3:	Karaciğer Nakli Sonrası Gelişebilecek Sorunlar.....	18
3.1.	Organ Reddi.....	18
3.2.	Karaciğer Biyopsisi.....	19
3.3.	Enfeksiyon.....	22
Bölüm 4	Karaciğer Nakli Sonrası Kullanılan İlaçlar.....	25
4.1.	İlaçlarınız Hakkında Ne Bilmeniz Gerekir?.....	25
4.2.	İlaç Kullanım Rehberi.....	27
4.3.	Organ Reddini Önleyici İlaçlar.....	28
1.	Prograf® (<i>Takrolimus</i>).....	28
2.	Neoral®, Sandimmun®, Gengraf® (<i>Siklosporin A</i>).....	30
3.	Prednol®, Deltakortil® (<i>Kortikosteroid</i>).....	32
4.	a. Rapamune® (<i>Sirolimus</i>) b. Certican® (<i>Everolimus</i>).....	35
5.	a. Cellcept® (<i>Mikofenolat Mofetil</i>), b. Myfortic® (<i>Mikofenolik Asit</i>).....	37
	Organ Reddini Öneleyici İlaçlar İle İlgili Genel Öneriler	38
4.4.	Antiviral İlaçlar (Viral Enfeksiyonlara Korunmak İçin Kullanılan İlaçlar).....	39
1.	a. Cytovene® (<i>Gansiklovir</i>) b. Valcyte® (<i>Vangansiklovir</i>) c. Zovirax® (<i>Asiklovir</i>).....	39

2.	a. Zeffix [®] , Zefomen [®] , Mivux [®] (<i>Lamuvudine</i>) b. Adefovir [®] (<i>Hepsera</i>) c. Viread [®] (<i>Tenofovir</i>) d. Sebivo [®] (<i>Talbuvidine</i>) e. Baraclude [®] (<i>Entekavir</i>)	41
4.5.	Mantar Enfeksiyonu İçin Kullanılan İlaçlar.....	42
1.	Niyastatin (<i>Mikostatin</i> [®]).....	42
4.6.	Sindirim Sistemi İlaçları Mide Koruyucu İlaçlar Esomeprozol, Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol Grubu İlaçlar.....	43
4.7.	Tansiyon İlaçları.....	43
4.8.	Antihiperlipidemi İlaçları (Kolesterol ve Yağ Düşürücü İlaçlar).....	44
4.9.	Diyabet İlaçları (Şeker İlaçları).....	44
4.10.	Vitamin İlaçları.....	45
4.11.	Bitkisel İlaçlar.....	45
Bölüm 5:	Karaciğer Nakli Sonrası Duygusal Durumunuz.....	46
Bölüm 6:	Karaciğer Nakli Sonrası Bilmeniz Gereken Önemli Konular.....	48
6.1.	Ateş.....	48
6.2.	Nabız.....	49
6.3.	Tansiyon.....	50
6.4.	Kilo Takibi.....	52
Bölüm 7:	Karaciğer Nakil Poliklinik Kontrolleri.....	53
Bölüm 8:	Beslenme.....	55
Bölüm 9:	Egzersiz.....	63
Bölüm 10:	İşe - Okula Geri Dönüş.....	65
Bölüm 11:	Araba Kullanma.....	66
Bölüm 12:	Cinsel Yaşam.....	66
12.1.	Cinsel İlişki.....	66
12.2.	Doğum Kontrol.....	67
12.3.	Gebelik.....	67
12.4.	Emzirme.....	68
Bölüm 13:	Güneşten Korunma.....	68
Bölüm 14:	Yolculuk.....	69
Bölüm 15:	Sağlık Kontrolleriniz.....	70

15.1.	Ağız ve Diş Sağlığı.....	70
15.2.	Göz Sağlığı.....	70
15.3.	Meme ve Kadın Doğum Kontrolleri.....	71
15.4.	Prostat Kontrolü.....	71
15.5.	Bağırsak ve Rektum Kontrolleri.....	71
15.6.	Kemik Erimesi Kontrolü (Osteoporoz).....	72
Bölüm 16:	Bağışıklanma (Aşılar).....	73
16.1.	Grip Aşısı.....	74
16.2.	Pnömonokok Aşısı.....	74
16.3.	Hepatit B Aşısı.....	75
16.4.	Hepatit B Immono Globulini.....	75
	Kaynaklar.....	76

BÖLÜM 1

KARACİĞER NAKLİ EKİBİNİZ

Karaciğer nakli ekibi ile iletişiminiz çok önemlidir. Ekibin her bir üyesinin karaciğer nakli sürecinde sizin tedavi ve bakımınızda önemli bir görevi vardır.

Unutmayınız ki *SİZ*:

karaciğer nakli ekibi için çok önemlisiniz,
kullandığımız ilaçları iyi bir şekilde anlamanız ve ekip ile iletişim halinde olmanız çok önemlidir.

Karaciğer nakli ekibinizde; karaciğer nakil cerrahı, karaciğer nakil gastroenteroloji uzmanı, karaciğer nakil poliklinik doktoru, karaciğer nakil hemşireleri, organ nakil koordinatörü ve poliklinik sekreteri yer almaktadır.

Karaciğer nakil cerrahı;

Karaciğer nakli cerrahisinde uzman tıp doktorudur. Sizin karaciğer nakli operasyonunuzu yapar, karaciğer nakli öncesi ve sonrası tıbbi bakımınızı yönetir.

Karaciğer nakil gastroenteroloji uzmanı;

Karaciğerinizin tıbbi tedavisi ile ilgilenen tıp doktorudur. Sizin, nakil öncesi bekleme listesi ve sonrası uzun dönemde tıbbi tedavinizi yönetir.

Karaciğer nakil poliklinik doktoru;

Karaciğer nakli olduktan sonra, uzun dönemde karaciğer nakil polikliniğinde izlem ve tıbbi bakımınızı sürdüren tıp doktorudur. Taburcu olduktan sonra karaciğeriniz ile ilgili tüm izlemlerinizi yönetir. Sizde bir sorun geliştiğinde ulaşacağınız ilk kişidir. Karaciğer nakli doktorunuza, aşağıda belirtilen numaradan hafta içi her gün mesai saatleri (08.30-17.30) içerisinde ulaşabilirsiniz.

Karaciğer nakli polikliniği telefon numarası: (232) 412 2941

Karaciğer nakli polikliniği fax numarası: (232) 412 2948

Karaciğer nakli klinik hemşireleri;

Sizin karaciğer nakli öncesi hazırlığınız ve sonrası bakımınız bu hastanenin karaciğer ve böbrek nakli bölümü ve genel cerrahi kliniğinde yürütülmektedir. Bu kliniklerde sizin bakımınızı yöneten hemşireleriniz karaciğer nakli klinik hemşireleridir.

Genel Cerrahi Kliniği hemşire deski telefon numarası: (232) 412 5466

Karaciğer ve Böbrek Nakil Bölümü telefon numarası: (232) 412 5669

Organ nakil koordinatörü;

Sizin nakil öncesi bekleme listesinde iken organ elde edilmesi ve dağıtılmasında görevli olan hemşiredir.

Organ nakil koordinatörü telefon numarası: (232) 412 2388

Karaciğer nakil poliklinik sekreteri;

Karaciğer nakil polikliniğinde bir poliklinik sekreteri bulunmaktadır. Poliklinik girişi yaptırma, randevu alma ve randevu tarihini değiştirmek için sekretere ulaşmanız gerekir.

Karaciğer nakil poliklinik sekreteri telefon numarası: (232) 412 2932

BÖLÜM 2

KARACİĞERİN YAPISI, FONKSİYONU VE KARACİĞER NAKLİ

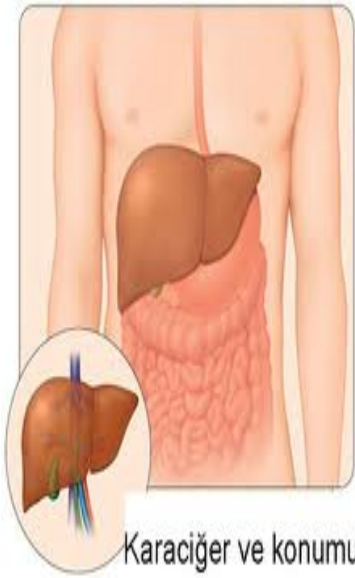
Karaciğerin Yapısı Nasıldır?

Karaciğer, sağ üst karın boşluğunda diyafragma ve kaburgaların altında yer almaktadır. Karaciğer, vücudumuzun en büyük organı olup yaklaşık 1.200-1.600 gr ağırlığındadır. Bir bağ dokusu ile sağ ve sol olmak üzere iki ana bölümden (lobtan) oluşmakta ve sekiz segmenti bulunmaktadır.

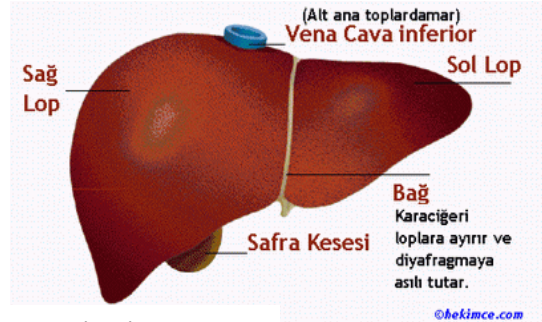
Karaciğerin ürettiği safrayı depolamaya yarayan safra kesesi karaciğerin arka yüzünde bulunmaktadır.

Karaciğere, karaciğer atar damarı tarafından temiz kan taşınmaktadır.

Karaciğer, diğer organlardan farklı olarak bir portal dolaşıma sahiptir. Portal dolaşım sayesinde karın içi organlardan toplanan kirli kan karaciğere getirilir. Bu kan karaciğer tarafından temizlenir ve işlenir. Karaciğer tarafından temizlenen bu kan ve karaciğerin kendisine ait kirli kan ana toplar damar tarafından kalbe gönderilir.

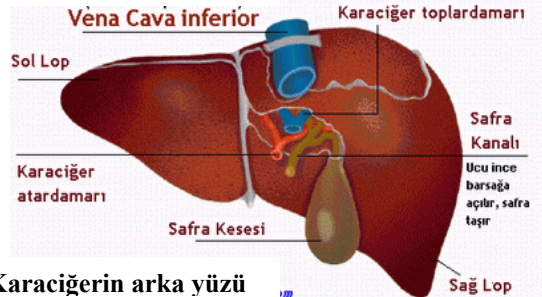


Karaciğer ve konumu



©hekimce.com

Karaciğerin ön yüzü



Karaciğerin arka yüzü

2.2. Karaciğerin Fonsiyonu Nedir?

Karaciğer vücudun fabrikası gibidir: kanınızı zararlı maddelerden temizler, protein üretir, kan şekerinin düzenlenmesine, enfeksiyondan korunmanıza ve kanın pıhtılaşmasına yardımcı olur.

Karaciğer Hastalığının Belirtileri Nelerdir?

Karaciğer hastalığında, sizde aşağıda yer alan sorunlar görülebilir;

- ciltte, gözlerde sarılık,
- yorgunluk, halsizlik,
- karında sıvı (asit) birikmesi,
- bacaklarda ve/veya vücutta ödem,
- iştahsızlık,
- mide bulantısı ya da kusma,
- kilo kaybı,
- vücutta da kolayca morarma ya da burun kanaması,
- bilinçte bulanıklık ya da koma.

2.3. Karaciğer Nakli Nedir?

Karaciğer nakli; işlevlerini yerine getiremeyen veya vücutta zarar veren hastalıklı karaciğerin çıkarılarak yerine sağlıklı karaciğerin nakledilmesi işlemidir.

Karaciğer nakil ameliyatı; yaklaşık olarak 10 saat sürmektedir.

Karaciğer naklinin yapılabilmesi için: sağlıklı karaciğerin

ölü (kadavra) ya da canlı kişilerden alınması gerekir. Sağlıklı karaciğerin alındığı bu kişilere “verici” ya da “donör” denir.



Kadavra (Ölü) Verici (Donör)

Kadavra donör, beyin ölümü gerçekleşmiş ancak dolaşım işlevleri devam eden ve ailesi tarafından organ bağışı kabul edilmiş kişidir. Bir kadavra vericiden karaciğer alınabilmesi için; karaciğer nakli yapılacak kişinin yani alıcının karaciğer nakil bekleme listesine yazılmış ve organ bekliyor durumda olması gerekir. Bu listede bekleme süresi; o listede yer alan kişi ve o dönemde yapılan organ bağışı sayısına bağlıdır.

Canlı verici

Canlı vericiden karaciğer alınabilmesi için; sizin ve karaciğerini vermeye gönüllü olan kişinin karaciğer nakil ekibi ile görüşmesi gerekir. Herkes karaciğer nakli vericisi olamayabilir. Canlı vericilik için uyulması gereken tıbbi, yasal ve etik kurallar vardır.

Canlı vericiden karaciğer naklinde; canlı vericiden alınan karaciğer, vericinin yaşamını tehdit etmeyecek ve sizin gereksinimizi karşılayacak kadardır. Karaciğer kendisini en iyi onaran organlardan biridir. Bu yüzden canlı vericinin karaciğeri ameliyattan sonra yaklaşık 3 hafta içerisinde normal boyutuna ve 3-6 ay içerisinde normal fonksiyonuna geri döner.

2.3. Karaciğer Nakli Kimlere Yapılır?

Karaciğer nakli, karaciğeri normal fonksiyonunu yerine getiremeyen ya da karaciğer yetmezliği gelişen kişilere yapılır. Karaciğer nakli yapılan kişilere **karaciğer nakil alıcısı** denir. Karaciğer hastalığı olan kişilerin karaciğer nakli gereksinimine karaciğer nakli gastroenteroloji (hepatoloji) uzmanı ve karaciğer nakil cerrahı karar verir. Tetkikler sonucu genel sağlık durumu karaciğer nakline uygun bulunan kişiler (potansiyel alıcılar) karaciğer nakli bekleme listesine yazılır. Hastanın karaciğerini vermek isteyen canlı bir vericisi varsa bu durum karaciğer nakli ekibi ile görüşülür.

2.4. Karaciğer Nakli Hangi Durumlarda Yapılır?

Karaciğer fonksiyonlarını etkileyen veya karaciğer yetmezliğine sebep olan her karaciğer hastalığında yapılabilir.

Ülkemizde en fazla Hepatit B'ye bağlı karaciğer hastalığı gelişmiş kişilere karaciğer nakli uygulanmaktadır.

Bunun dışında Hepatit C'ye, primer bilier siroza, sekonder siklorazan kolonjite, alkolizme, karaciğer kanserine, karaciğerin damarsal yapısında ki bozukluklara bağlı karaciğer hastalıklarının tümünde karaciğer nakli uygulanmaktadır.

2.5. Karaciğer Nakli Hangi Durumlarda Yapılmaz?

Karaciğer nakli yapılacak hastalar için kesin bir yaş sınırı yoktur. Ancak 65 yaşın üzerindeki hastalarda ameliyat sonrası sorunlar daha sıklıkla geliştiği için, bu hastaların cerrahi risk açısından daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Karaciğer naklinden sonra nakledilen karaciğerin reddini önlemek için verilecek ilaçlar vücut direncinizi ve savunmasını azaltacaktır. Bu nedenle yakın zamanda geçirilmiş bulaşıcı bir hastalık varsa bu hastalık tamamen iyileşene kadar ameliyat olmanız sakıncalıdır.

Karaciğer kanseri olan kişilere de karaciğer nakli yapılabilir. Ancak bunun için sizin karaciğerinizin değerlendirilmesi gerekir. Diğer önemli bir konu alkolizme bağlı karaciğer nakli yetmeliğinde karaciğer nakli uygulanmasıdır. Bu hastaların karaciğer

2.6. Karaciğer Nakli Öncesi Hazırlıklar?

Karaciğer nakli öncesi hazırlık uzun bir zamanı kapsamaktadır. Bu hazırlıklar, karaciğer nakli yapılmasına karar verilmesi için ya da karaciğer nakli bekleme listesine alınması için ve karaciğer naklinin hemen öncesi hastada yapılan hazırlıkları içermektedir.

Karaciğer Nakli Yapılma Kararı İçin Yapılan Hazırlıklar;

1. **Fiziksel hazırlık:** Hastaların karaciğer nakil gereksinimi değerlendirmek için fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik tetkikler yapılmaktadır. Ayrıca sizin karaciğer hastalığınıza göre özel testlerde istenmektedir. Örneğin karaciğer kanserinde bilgisayarlı tomografi (BT) veya Manyetik Rezonans (MR) istenmesi, primer sklerozan kolonjitte kolonoskopi yapılması gibi.
2. **Psikolojik hazırlık:** Karaciğer nakli süreci ve sonrası yaşama uyum zorlu bir deneyimdir. Sizin karaciğer nakli sürecini ve sonrası yaşama uyum sağlayabilme durumunuzun değerlendirilmesi önemlidir. Bu nedenle her hastanın psikiyatrik değerlendirilmesi yapılmaktadır. Eğer hastaların gereksinimi varsa psikiyatrik desteğin verilmesi gerekmektedir. Bu durumda mutlaka hasta bir psikiyatriste yönlendirilmekte ve tedavi süreci izlenmektedir.

3.Sosyal hazırlık: Karaciğer nakli hem hastalar hem de aileleri için zorlu bir deneyimdir. Bu nedenle karaciğer nakli olacak kişinin ve ailenin sosyal olarak karaciğer nakli sonrası yaşama uyum sağlama durumu değerlendirilmelidir. Bizim hastanemizde bu süreci değerlendiren bir sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır. Ancak bu süreç karaciğer nakli ekibi tarafından değerlendirilmektedir. Karaciğer nakli sonrası erken dönemde poliklinik izlemleri çok sık ve enfeksiyon gelişme riski daha fazladır. Bu nedenle İzmir'e uzak bölgelerde ya da illerde oturan hasta ve ailelerinden karaciğer nakli sonrası ilk altı ay hastaneye yakın bir yerde oturmaları istenmektedir.

4. Yasal hazırlık: Karaciğer naklinde yasal hazırlık hem karaciğer nakli vericisi hem de karaciğer nakli alıcını içermektedir. Karaciğer nakil alıcısı ile ilgili yasal bilgiler karaciğer nakli cerrahınız tarafından verilmektedir. Karaciğer nakil vericisinin yasal hazırlığı ise vericinin canlı ya da kadavra verici (beyin ölümlü) olmasına göre değişmektedir. Beyin ölümlü karaciğer nakil vericisinin yasal hazırlıkları karaciğer nakli koordinatörü tarafından yapılmaktadır. Canlı karaciğer nakil vericisi ile ilgili hazırlık süreci ise özel değerlendirmeleri de içermektedir. Bu süreçte karaciğer nakli ekibiniz sizi bilgilendirecektir.

Karaciğer Nakli Öncesi Hastanede Yapılan Hazırlıklar;

Hastanede yapılan hazırlıklarda, yukarıda yer alan hazırlıkların kontrolü yapılır. Daha sonrasında karaciğer nakli için gereken uzman görüşleri alınır. Genellikle karaciğer nakli öncesi, anestezi, enfeksiyon, psikiyatri, nöroloji, göğüs hastalıkları ve gerekli durumlarda onkolojiden (karaciğer kanserinde) görüş alınır.

- 1. Fiziksel hazırlık:** Bu aşamada hastaya yapılması gereken tüm tetkik ve konsültasyonlar kontrol edilir. Ameliyat öncesi 8 saat açlık gerekir. Hasta ve ameliyat için gerekli malzemeler kontrol edilir.
- 2. Psikolojik hazırlık:** Karaciğer nakli öncesi büyük bir endişe yaşayabilirsiniz. Vericiniz eğer ailenizden birisi ise bu sizi daha olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle psikolojik desteğe gereksiniminiz olabilir. Bu konuda gerekli değerlendirme ve yönlendirmeleri karaciğer nakil cerrahları ve karaciğer nakil hemşireniz yapacaktır.
- 3. Yasal hazırlık:** Yukarıda yer alan hazırlıklar kontrol edilir. Eğer bir eksiklik varsa bu giderilir. Bu süreçte gerekli bilgilendirmeyi karaciğer nakil cerrahınız ve karaciğer nakil hemşireniz yapacaktır.

BÖLÜM 3

KARACİĞER NAKLİ SONRASI GELİŞEBİLECEK SORUNLAR

Karaciğer Nakli Sonrası Gelişebilecek Sorunlar Nelerdir?

Karaciğer nakli sonrası gelişebilecek en önemli üç sorun;

- **Organ reddi**
- **Enfeksiyon**
- **Bağıışıklık baskılayıcı ilaçların yan etkileridir.**

3.1. Organ Reddi (Rejeksiyon)

Organ Reddi Nedir?

Size nakledilen karaciğer, sizin vücudunuz tarafından yabancı olarak algılanır. Bu durumda vücudunuz nakledilen karaciğere karşı reaksiyon gösterir. Vücudunuzun nakledilen karaciğere karşı reaksiyon göstermesi ve karaciğeri yok etmeye çalışmasına organ reddi denir.

Organ Reddi Geliştiği Nasıl Anlaşılır?

Karaciğer reddinde ilk önce nakledilen sağlıklı karaciğer hücreleriniz zarar görmeye başlar. Bu durumda karaciğer fonksiyonlarında bozulma gelişir.

Karaciğer nakil polikliniğine kontrole her gelişinizde mutlaka sizde karaciğer reddi gelişip gelişmediği kan testleri ile kontrol edilir. Ancak siz evdeyken, sizde karaciğer reddi gelişip gelişmediğini tam olarak anlayamazsınız ama bazı belirtiler size bunu düşündürebilir.

Karaciğer reddinin erken dönem belirtileri;

- ateş (38.0°C'nin üstü),
- yorgunluk, kırgınlık, bitkinlik,
- bulantı, kusma, ishal, iştahsızlık,
- baş ağrısı,
- karın ağrısıdır.

Geç dönem belirtileri:

- gözlerde ve ciltte sarılık,
- idrarda koyulaşma,
- aşırı yorgunluk,
- bilinç kaybı,
- karında (sıvı) asit birikmesidir.

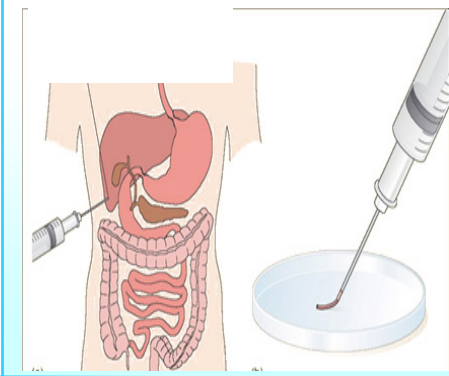


Bu belirtiler görüldüğünde mutlaka en yakın sağlık merkezine gitmeniz ve karaciğer nakli ekibinizi aramanız gerekir !!!

Bu belirtilerin görülmesi sizde kesinlikle karaciğer reddi geliştiği anlamına gelmez. Bu belirtiler farklı sorunlarında belirtileri olabilir.

Sizde bu belirtiler geliştiğinde karaciğer enzimlerinizin karaciğer nakil ekibiniz tarafından kontrol edilmesi gerekir. Ayrıca kesin tanı konulabilmesi için size karaciğer biyopsisi yapılması gerekebilir.

3.2. Karaciğer Biyopsisi Nedir?

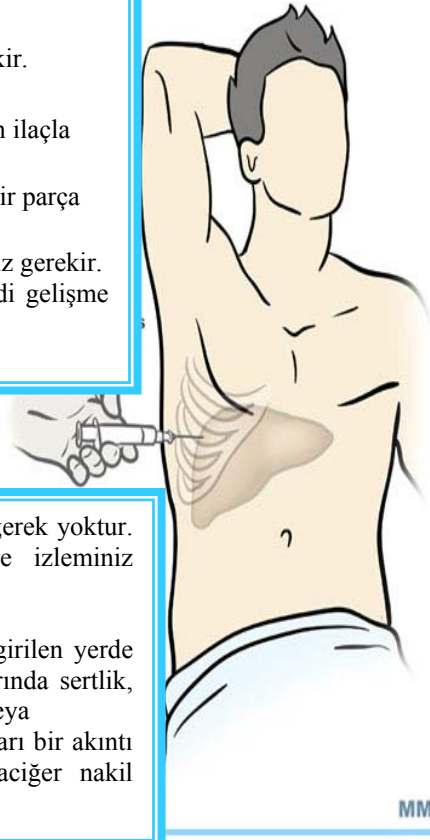


Karaciğer reddi tanısı koyulabilmesi için yapılan kesin tanı yöntemidir. Karaciğer biyopsisi karında karaciğerin bulunduğu sağ üst bölgeye özel bir iğne ile girilerek karaciğerinizden küçük bir parça alınması işlemidir.

Karaciğer Biyopsisi Nasıl Yapılır?

İşlem sırasında

1. Sağ elinizi başınızın altına koymanız gerekir.
2. Karaciğerin tam olarak yeri belirlenir.
3. İğnenin gireceği yer ağrı duymamanız için ilaçla uyuşturulur.
4. İğne ile girilerek karaciğerinizden küçük bir parça alınır.
5. Parça alınması sırasında nefesinizi tutmanız gerekir.
6. Alınan bu parça incelenerek karaciğer reddi gelişme durumu belirlenir.



Bu işlem için uzun süre hastanede kalmanıza gerek yoktur. İşlem sonrası 4-6 saat gibi kısa bir süre izleminiz yapıldıktan sonra taburcu edilirsiniz.

Eve gittikten sonra;

İlk gün: anal bölgeden kan gelmesi, iğne ile girilen yerde kanama, kanlı kusma, aşırı bulantı-kusma, karında sertlik, bilinç bulanıklığı, tansiyonda düşme gelişirse veya 2-3 gün sonra; iğne giriş yerinden kokulu ve sarı bir akıntı gelirse ve sizde ateş gelişirse mutlaka karaciğer nakil ekibinizi aramanız gerekir.

Karaciğer Reddinin Tedavisi Nasıldır?

- Karaciğer reddi gelişmesi kesinlikle karaciğerinizi kaybedeceğiniz anlamına gelmez.
- Eğer erken dönemde fark edilirse başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.
- Karaciğer reddini tedavi etmek için organ reddini önleyici ilaçların dozu artırılabilir.
- Eğer sizde şiddetli bir karaciğer reddi geliştiyse karaciğer nakil ekibiniz, size farklı ve güçlü ilaçlar başlayabilir.
- Karaciğer reddi tedavi edildikten sonra sizin ilaçlarınızın dozu düşürülür veya farklı bir ilaç kullanılıyorsa kesilir.

Her Zaman Karaciğer Reddi Gelişme Riski Var Mıdır?

Karaciğer reddi gelişme riski yaşam boyu vardır. Ancak nakil sonrası geçen süre ile birlikte risk azalmaktadır.

Karaciğer Reddi Gelişmesini Önlemek İçin Nelere Dikkat Etmeniz Gerekir?

Karaciğer nakli sonrası ilk üç ay önemlidir. Karaciğer reddi gelişme riskini en aza indirmek sizin elinizdedir. Aşağıda yer alan önerilere dikkat ederseniz karaciğer reddi gelişme riskinizi en aza indirebilirsiniz.

Karaciğer nakli poliklinik kontrollerine düzenli gelin.

İlaçlarınızı karaciğer nakli ekibinizin önerdiği şekilde düzenli kullanın.



Karaciğer reddi belirtileri açısından dikkatli olun.



Karaciğer nakli ekibiniz ile her zaman iletişim halinde olun.



Sizde karaciğer reddi belirtilerinin geliştiğini düşündüyorsanız en yakın sağlık kuruluşuna gidin ve karaciğer nakil ekibinizi arayın.

Alkol, şifalı olduğu iddia edilen bitkiler ve bitkisel ilaçlar almaktan sakının.



3.3. Enfeksiyon

Neden Enfeksiyon Riskiniz Vardır?

Karaciğer reddi sonrası, kullandığınız organ reddini önleyici ilaçlar aynı zamanda sizin bağışıklık sisteminizi baskılamaktadır. Bu nedenle sizin enfeksiyon riskiniz diğer insanlardan daha fazladır.

Özellikle karaciğer nakli sonrası daha fazla ilaç kullanılan erken dönem (ilk altı ay) ve karaciğer reddi tedavisi döneminde enfeksiyon riskiniz daha fazladır.

Organ reddini önleyici ilaçların kullanımı azaldıkça enfeksiyon riskiniz azalacaktır.

Enfeksiyon Riskinizi Nasıl Azaltabilirsiniz?



El yıkama:

- Çok pratik ve iyi bir yöntemdir.
- Elinizi bir dakika yıkamanız gerekir.
- Ellerinizi yıkarken parmak aralarınız, tırnak içleri ve avuç içinin iyi yıkanması gerekir.
- Ellerinizi yemeklerden önce, yiyecek hazırlamadan önce, tuvaletten sonra, hayvanlarla veya toprakla temastan sonra yıkamanız gerekir.
- Özellikle aile ve arkadaşlarınızla temastan sonra ellerin yıkanması çok önemlidir.
- Açık yaranız varsa yaranıza temastan kaçınmanız gerekir.
- Ellerinizi ağzınıza yakınlaştırmaktan veya temastan kaçınmanız gerekir.

Temaslar:

- Özellikle soğuk algınlığı, grip veya nezlesi olan kişilerle temastan sakının.
- Kalabalık veya havalanması kötü olan yerlerde bulunmamaya özen gösterin.
- Viral enfeksiyonu olan kişilerin tükürük veya sekresyonların bulaştığı eşyalarla (bardak, tabak, kaşık, kapı kolu vb.) temastan kaçın.
- Bu gibi kişiler ya da cisimlerle temastan sonra mutlaka ellerinizi yıkayın.

**Bahçe işleri:**

- Bahçe işleri yaparken eldiven kullanın.
- Bahçe işleri yaptıktan sonra ellerinizi yıkayın.
- Karaciğer nakli sonrası erken dönemde (en az bir yıl) bahçe işleri yapmaktan kaçın.

**Evcil hayvanlar:**

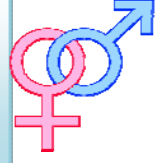
- Eğer mümkünse evinizde evcil hayvan beslemeyin.
- Eğer evcil hayvanınız varsa sağlık kontrollerini ve aşılarını yaptırın.
- Beslediğiniz hayvanla mümkün olduğu kadar temastan kaçın.
- Kuşunuz varsa kafesini, balığınız varsa akvaryumunu, kedi ya da köpeğiniz varsa yaşadığı alanı düzenli olarak temizleyin.
- Özellikle kaplumbağa veya su kaplumbağası, kurbağa gibi hayvanlarla birlikte yaşamaktan kaçın.

**Yüzme:**

- Karaciğer nakli sonrası erken dönemde (ilk altı ay) suya girmekten kaçının.
- Karaciğer nakli sonrası uzun dönemde açık yaranız, varsa havuza ya da denize girmemeniz gerekir.
- Karaciğer nakli sonrası havuz yerine daha çok denize girmeyi tercih edin.

Cinsel hayat:

- Cinsel ilişki sırasında kondom (prezervatif) kullanmayı tercih edin.
- Kondom kullanıldığında enfeksiyon açısından cinsel ilişkinin bir riski yoktur.



BÖLÜM 4

KARACİĞER NAKLİ SONRASI KULLANILAN İLAÇLAR

4.1. İlaçlarımız Hakkında Ne Bilmeniz Gerekir?

İlacın Firma Ve Jenerik İsmi:

İlaçların iki farklı ismi vardır.

Firma ismi; ilacın üretici firma tarafından verilen isimdir. Prograf[®] ve Neoral[®] ya da Sandimmun[®] gibi.

Jenerik ismi; ilaçta kullanılan etken maddenin isimidir. Prograf[®]'ın jenerik ismi takrolimus, Neoral[®]'in ise siklosporindir.

Doğru İlacı Kullanın:

Kullandığınız ilacın ismini, şeklini, rengini, büyüklüğünü ve ambalajını bilmeniz gerekir. İlacınızı almadan önce mutlaka doğru ilacı alıp almadığınızı kontrol ediniz.

İlacınızı Doğru Zamanda Alın:

Kullandığınız her ilacın alınma sıklığı ve zamanını iyi bilmeniz gerekir. Özellikle karaciğer reddini önleyen Prograf[®] (takrolimus) veya Neoral[®]-Sandimmun[®]-Gengraf[®] (siklosporin A) gibi ilaçların zamanında alınması çok önemlidir.

İlaçlarınızı doğru zamanda alabilmeniz için ilaç kullanım rehberi kullanabilirsiniz.

İlacınızı Doğru Şekilde Kullanın:

İlaçlarınız, tablet, kapsül ya da suspansiyon şeklinde olabilir. Önemli olan sizin ilacınızı ne şekilde alacağınızı bilmenizdir. Örneğin tablet ve kapsüller, su ile alınabilir. Bazı ilaçlar bölünerek alınabilir ama bazı ilaçların hiç bölünmemesi gerekir.

İlacınızı Önerilen Süre Boyunca Kullanın:

Genel olarak her ilacın kullanılma zamanı farklılık gösterir.

Organ reddini önleyici ilaçların, ömür boyu kullanılması gerekir. Bazen bazı ilaçlar sizde yan etki oluşturduğu için kesilebilir ya da değiştirilebilir.

Bu yüzden mutlaka ilaçlarınızı organ nakli ekibinin önerdiği şekilde kullanmanız gerekir.

İlacınızın Kullanım Önerilerine Uyun:

Her ilacın kullanma önerilerini bilmeniz ilacın yararını görmeniz açısından çok önemlidir. Örneğin bazı ilaçların aç karına bazı ilaçların tok karına alınması gerekir.

İlacınızı Almayı Unuttuğunuz, Geç Kaldığınız Ya Da Aldıktan Sonra Hemen Kustuysanız Ne Yapmanız Gerekir:

Bu durumda karaciğer nakil doktorunuzu aramanız gerekir. Karaciğer nakil ekibiniz sizi bu konuda bilgilendirecektir.

Size Kim Reçete Yazabilir:

Sizin ilaçlarınızı, karaciğer nakil poliklinik doktoru, cerrahı ve gastroenteroloji uzmanı yazabilir. Ancak ilaçlarınızın yazılabilmesi için ilaç raporunun çıkarılması ve bazen de Sağlık Bakanlığı onayının olması gerekir.

İlaçlarınızın Sağlık Sigortası Tarafından Ödenmesi İçin Ne Yapmanız Gerekir?

İlaçlarınızın sağlık sigortası tarafından ödenmesi için yıllık ilaç raporunun çıkarılması gerekir. Yeni bir ilaç eklendiğinde bu raporun yenilenmesi gerekir.

Değişen sağlık sistemi içerisinde bazen ilaç ödenme ve reçetelenme durumunda değişiklik olabilir.

Eğer Sizde Aşağıda Belirtilen Durumlar Gelişirse Mutlaka Karaciğer Nakli Ekibinizi Aramanız Gerekir;




1. İlacınızı almayı unuttuysanız,
2. İlacınız sizde bulantı, kusma ya da halsizlik yaptıysa,
3. İshal olduysanız,
4. İlacınızın sizde bir reaksiyona sebep olduğunu düşünüyorsanız,
5. Ateşiniz olduysa,
6. Baş vurduğunuz farklı bir sağlık kuruluşunda size farklı bir ilaç başlandıysa.

4.2. İlaç Kullanım Rehberi

Kendinize günlük ilaç rehberi hazırlayabilirsiniz;

1. Bu rehber, sizin doğru şekilde ilaçlarınızı kullanmanıza çok yardımcı olacaktır.
2. Bu ilaç kullanım rehberinin her zaman yanınızda bulunması önemlidir. Poliklinik kontrollerinde, farklı bir sağlık kuruluşuna ya da acile gittiğinizde bu rehberin yanınızda olması size çok yardımcı olacaktır.

ÖRNEK İLAÇ KULLANIM REHBERİ

KARACİĞER REDDİNİ ÖNLEYİCİ İLAÇLAR	İlacın Adı	Alınma zamanı			
		08	10	14	22
	Tacrolimus (Prograf [®] , Advagraf [®]) 1 mg kapsül		*		*
	Mycophenolate mofetil (CellCept [®] , Mofecept [®]) 500 mg tablet		*		*
	Prednisolone (Deltacortil [®]) 5 mg tablet	*			

*Doktorunuzun önerdiği dozda ki ilaç yazılır. Örneğin 1 tablet ya da 2 tablet gibi.

İlaçların Saklanması

- İlaçlarınızı kutularında ambalajlarının içinde saklayabilirsiniz.
- İlaçlarınızı kuru, soğuk ve güneş ışığı almayan yerlerde saklamanız gerekir.
- İlaçlarınızı banyoda saklamayınız.
- Doktorunuz ya da eczacı tarafından önerilmediği sürece ilaçlarınızı buzdolabında saklamayınız.
- İlaçlarınızı çocukların ve hayvanların ulaşamayacağı yerlerde saklayınız.

4.3. Karaciğer Reddini Önleyici İlaçlar

1. Takrolimus (Prograf[®], Advagraf)

Amaç: Karaciğer nakli sonrası organ reddini önlemek veya tedavi etmek amacıyla kullanılır. Organ reddine sebep olan bağışıklık sisteminde ki hücreleri baskılar. Prograf[®] diğer organ reddini önleyici ilaçlarla birlikte kullanılabilir.

Doz ve Kullanım Şekli: Takrolimusun (Prograf[®])

0.5 mg (sarı renk),

1 mg (beyaz renk) ve

5 mg (kırmızı renk) kapsülleri vardır.



Takrolimus (Prograf[®], Advagraf[®]) aç karına almanız gerekir. Bu yüzden ilacınızı **vemeklerden bir saat önce va da iki saat sonra** almaya özen gösterin.

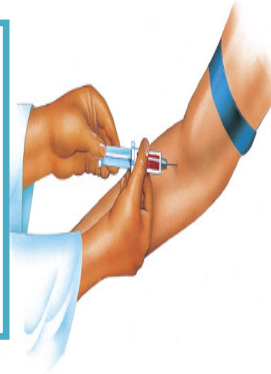
Kullanım Zamanı: Genellikle günde iki defa alınır. Takrolimusun her gün aynı saatlerde olmak üzere günde iki defa; örneğin, sabah ve akşam saat 10.00'da alınması çok önemlidir. İlacınızı her gün size önerilen şekilde aynı dozda ve aynı saatte alın.



Kullanırken Dikkat Edilecek Noktalar: Greyfurt ya da greyfurt suyu takrolimusun etkisini arttırmaktadır. Bu nedenle kesinlikle ilacınızı greyfurt suyu ya da greyfurt içeren meyve suları ile almayın.

Takrolimusun (Prograf[®]) kandaki düzeyi kan testi yapılarak bakılır.

Takrolimusun (Prograf[®]) kan ilaç düzeyi son 10-12 saatte aldığınız ilaç düzeyine göre bakılır. Bu yüzden ilacınızı akşamdan almış olmanız, sabah dozunu ise polikliniğe geldiğiniz gün kanınızı verdikten almanız gerekir.



Yan Etkiler:

Sinir sistemi yan etkileri (nörotoksisite): En yaygın görülen yan etkilerden biridir ve genellikle kanda ilaç düzeyi yüksek olduğunda görülür. Yüksek takrolimus düzeyi; baş ağrısı, uykusuzluk, el ve ayaklarda titreme, ışığa karşı hassasiyete sebep olur.

Böbrek fonksiyon bozukluğu (nefrotoksisite): Takrolimus (Prograf®) böbrekleri besleyen damarlara zarar vererek böbrekleriniz olumsuz etkileyebilir. Böbrekleriniz olumsuz etkilendiğinde; sizde tansiyonda yükselme, kaslarda kasılma, çarpıntı, kilo artışı, böbrek fonksiyon değerlerinizde (kan üre nitrojen, kreatinin) yükselme, erken dönemde sık sık idarar çıkma ve kilo kaybı, ileri dönemde idrara çıkamama ve kilo artışı görülür.

Dolaşım sistemi yan etkileri: Takrolimus (Prograf®) uzun dönemde sizde damar sertliği ve yüksek tansiyona sebep olabilir.

Enfeksiyon: Takrolimus (Prograf®) bağışıklık sistemini baskılayarak enfeksiyona yatkınlığı artırır. Genellikle takrolimus karaciğer nakli erken dönemde ve organ reddi tedavisinde yüksek dozda kullanıldığı için bu dönemlerde enfeksiyon riskiniz daha fazladır.

Kan şekerinde yükselme: En yaygın görülen yan etkilerdendir. Sizde kan şekerinde yükselmeye bağlı, sık sık susama, idrara çıkma, açlık ve kilo kaybı görülebilir.

Dış görünüş ile ilgili yan etkiler: Takrolimus sizin dış görünüşünüzü değiştirebilir. Sizde kıllanmaya, saç dökülmesine ve sivilceye sebep olabilir.

Sindirim sistemi yan etkileri: Takrolimus (Prograf®) bulantı ve kusmaya neden olabilir.

Tüm bu yan etkilerin gelişme riskinden dolayı her karaciğer nakil polikliniği kontrolünde sizin:

- Takrolimus (Prograf®) kan ilaç seviyeniz, Kan basıncınız, Kilonuz, Kan şekeriniz, Kan elektrolit düzeyiniz (magnezyum ve potasyum), Böbrek fonksiyon testleriniz kontrol edilmektedir.

Yukarıda yer alan sorunların sizde geliştiğini düşünüyorsanız mutlaka karaciğer nakli ekibinize bildirmeniz gerekir.

Kanda Takrolimus (Prograf®) düzeyinin izlemi yan etkiler açısından çok önemlidir. Yan etkiler genellikle ilaç yüksek dozda alınmıyorsa görülür.

2. Siklosporin A (Sandimmun[®], Neoral[®], Gengraf[®])

Amaç: Karaciğer nakli sonrası organ reddini önlemek ya da tedavi etmek amacıyla kullanılır. Organ reddine sebep olan bağışıklık sistemindeki hücreleri baskılar. Siklosporin (Sandimmun[®], Neoral[®], Gengraf[®]) diğer organ reddini önleyici ilaçlarla birlikte kullanılabilir.

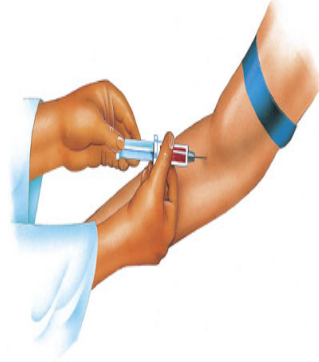
Doz ve Kullanım Şekli:

Siklosporinin (Sandimmun[®], Neoral[®] ve Gengraf[®]) 25mg ve 100 mg'lık tabletleri var. Siklosporini aç karına almanız gerekir. Bu yüzden ilacınızı yemeklerden bir saat önce ya da iki saat sonra almaya özen gösterin.

Kullanım Zamanı: Genellikle günde iki defa alınır. Siklosporin (Sandimmun[®], Neoral[®] ve Gengraf[®]) her gün aynı saatlerde olmak üzere günde iki defa; örneğin, sabah ve akşam saat 10.00'da alınması çok önemlidir. İlacınızı her gün size önerilen şekilde aynı dozda ve aynı saatte alın.



Siklosporinin (Sandimmun[®], Neoral[®] ve Gengraf[®]) kanda ki düzeyi kan testi yapılarak bakılır. Kan ilaç düzeyine, ilacınızı içtikten 2 saat sonra bakılır. Bu yüzden karaciğer nakil polikliniğine geldiğiniz günlerde ilacınızı saat 08.00'da içmeniz ve kanınızı saat 10.00'da vermeniz gerekir.



Yan Etkiler:

Sinir sistemi yan etkileri (nörotoksisite): Siklosporinin (Sandimum®-Neoral®, Gengraf®) en yaygın görülen yan etkilerden biridir. Genellikle ilaç düzeyi yüksek olduğunda görülür. Görülebilecek yan etkiler; baş ağrısı, el titremesi, uykusuzluk, el ve ayaklarda his kaybı ve ışığa hassasiyettir.

Böbrek fonksiyon bozukluğu (nefrotoksisite): Siklosporin (Sandimum®-Neoral®, Gengraf®) böbrekleri besleyen damarlara zarar vererek böbrekleriniz olumsuz etkileyebilir. Böbrekleriniz olumsuz etkilendiğinde; sizde tansiyonda yükselme, kaslarda kasılma, çarpıntı, kilo artışı, değerlerinden böbrek fonksiyon değerlerinizde (kan üre nitrojen, kreatinin) yükselme, erken dönemde sık sık idrarar çıkma ve kilo kaybı, ileri dönemde idrara çıkamama ve kilo artışı görülür.

Dolaşım sistemi yan etkileri: uzun dönemde sizde damar sertliği ve yüksek tansiyona sebep olabilir.

Enfeksiyon: bağışıklık sistemini baskılayarak enfeksiyona yatkınlığı artırır. Genellikle takrolimus karaciğer nakli erken dönemde ve organ reddi tedavisinde yüksek dozda kullanıldığı için bu dönemlerde enfeksiyon riskiniz daha fazladır.

Kan şekerinde yükselme: En yaygın görülen yan etkilerdendir. Sizde kan şekerinde yükselmeye bağlı, sık sık susama, idrara çıkma, açlık ve kilo kaybı görülebilir.

Dış görünüş ile ilgili yan etkiler: sizin dış görünüşünüzü değiştirebilir. Sizde kılınmaya, saç dökülmesine, diş etlerin şişme, kanama ve büyümeye (gingival hiperplaziye) sebep olabilir.

Sindirim sistemi yan etkileri: bulantı ve kusmaya neden olabilir.

Tüm bu yan etkilerin gelişme riskinden dolayı her karaciğer nakil polikliniği kontrolünde sizin:

- Siklosporin (Sandimum®-Neoral®, Gengraf®) kan ilaç seviyeniz, Kan basıncınız, Diş etlerinizin görünüşü, Kilonuz, Kan şekeriniz, Kan elektrolit düzeyiniz (magnezyum ve potasyum), Böbrek fonksiyon testleriniz kontrol edilmektedir.

Yukarıda yer alan sorunların sizde geliştiğini düşünüyorsanız mutlaka karaciğer nakli ekibinize bildirmeniz gerekir.

Kanda Siklosporin (Sandimum®, Neoral® ve Gengraf®) düzeyinin izlemi yan etkiler açısından çok önemlidir. Yan etkiler genellikle ilaç yüksek seviyede alınıyorsa görülür.

3. Kortikosteroid (Prednol[®], Deltakortil[®])

Amaç: Kortikosterodi (Prednol[®], Deltakortil[®]) karaciğer nakli sonrası organ reddini engeller. Takrolimus ya da siklosporin gibi bağışıklık sisteminin hücrelerini etkileyerek organ reddini önler. Karaciğer nakli sonrası ilk aylarda ve organ reddi geliştiğinde kullanılır. Sizde ömür boyu kullanılmaz, ilacın kesilmesi, devam edilmesi ya da tekrar başlanmasına karaciğer nakil ekibiniz karar verir.

Doz Ve Kullanma Şekli: Kortikosteroid (Prednol[®], Deltakortil[®]) 5 mg'lık tableti vardır. Genellikle karaciğer nakli sonrası erken dönemde günde iki defa uzun dönemde de bir defa kullanılır. İlacınızı gece yatmadan önce alırsanız uykunuzu etkileyebilir. Kortikosteroidi tok karına almanız gerekir. Günde iki defa alıyorsanız sabah kahvaltıdan sonra ve akşamda akşam yemeğinden sonra her gün aynı saatte almanız gerekir.

Kullanma Zamanı: Kortikosteroidi günde bir defa alıyorsanız sabah kahvaltıdan sonra saat 08.00'de. Günde iki defa alıyorsanız sabah kahvaltıdan sonra ve akşamda akşam yemeğinden sonra saat 08.00'de almanız gerekir. İlacınızı her gün size önerilen şekilde aynı dozda ve aynı saatte alın.



Kullanırken Dikkat Edilecek Noktalar:

Kortikosteroid (Prednol[®], Deltakortil[®]) giderek azaltılarak kesilmesi gereken bir ilaçtır. Kortikosteroid kesilecekse karaciğer nakli ekibiniz önerdiği şekilde ilaç dozunuzu azaltarak kesmeniz gerekir. İlacınızı mutlaka **tok karına** alın. Aksi halde kortikosteroid midenize zarar verebilir. Kortikosteroid aldığınız süre boyunca doktorunuz size mide koruyucu bir ilaç verecektir. Mide koruyucu ilacınızı almayı unutmayın. Kortikosteroid kullanırken vücudunuzda ödem oluşabilir. Bu nedenle kortikosteroid aldığınız süre boyunca kesinlikle tuz kullanmamanız gerekir.

Yediğiniz besinlerin içerisinde bulunan tuz sizin gereksinimizi giderdiği için yemeklere hiç tuz atmamanız gerekir.



Yan Etkiler:

İştah artışı: Kortikosteroid (Prednol®-Deltakortil®) sizin iştahınızı aşırı arttırabilir. Bu ilacın beklenen bir etkisidir. Ancak sizin yediklerinize dikkat etmeniz gerekir. Bu nedenle Kortikosteroid (Prednol®-Deltakortil®) aldığınız süre boyunca az az ve sık yiyerek iştahınızı kontrol edebilirsiniz.

Kilo artışı: İştahınızın artışı ve aşırı yemek yemeye bağlı kilo artışı gelişebilir. Aynı zamanda beslenmenizde tuz kısıtlamasına gitmediğinizde **ödeme** (su tutuluması) bağlı olarak kilo artışına sebep olabilir.

Mide yanmaları ya da yaraları: mide yanmalarına ve hatta midede yara oluşmasına sebep olabilir. Bu nedenle ilacınızı tok karına almanız ve size verilen mide koruyucu ilacınızı almanız gerekir.

Enfeksiyon: bağışıklık sistemini baskılayarak enfeksiyona yatkınlığı artırır. Genellikle kortikosteroid karaciğer nakli erken dönemde ve organ reddi tedavisinde yüksek dozda kullanıldığı için bu dönemlerde enfeksiyon riskiniz daha fazladır.

İçe kapanma, sıkıntılı olma, bunalıma girme (depresyon gibi): sizin duygu durumunuzu olumsuz etkileyebilir. Kendinizi bunalımda hissetmenize sebep olabilir. Böyle bir durumda mutlaka karaciğer nakil ekibiniz ile görüşün.

Yüzde (ay dede yüz), ense ve sırtta şişme (buffalo sırt): özellikle yüzünüzde, ense ve sırt üst bölgesinde yağ birikmesine sebep olabilir. Bu yan etki sık görülen bir yan etkidir. Beslenmenizde tuz, şeker ve yağ tüketimine dikkat ettiğinizde bu yan etkinin görülmeside azalacaktır.

Ciltte değişiklikler: sizde sivilce oluşumuna ve cildinizde yağlanmaya neden olabilir.

Vücutta ve eklemlerde şişlik: vücudunuzda ve eklemlerde sıvı birikmesine sebep olarak vücudunuzda ve eklemlerinizde şişmeye neden olabilir. Beslenmenizde tuz tüketimine dikkat ettiğinizde bu yan etkinin görülme durumunda azalacaktır.

Kan şekerinde yükselme: kan şekerinde yükselmeye sebep olabilir. Bu nedenle kortikosteroid aldığınız süre boyunca şekerli yiyecekler ve tatlı yemekten kaçınm.

Prednol®, Deltakortil® uzun süreli kullanıma bağlı yan etkileri: İlaç, uzun süreli ve yüksek düzeyde kullanıldığında; vücutta kendiliğinden morarmalara, tansiyonda yükselmeye, kolesterol düzeyinde yükselmeye, kaslarda güçsüzlüğe, gece terlemelerine, kemik erimesine, yara iyileşmesinde gecikmeye ve katarakta neden olabilir.

Tüm bu yan etkilerin gelişme riskinden dolayı her karaciğer nakil polikliniği kontrolünde sizin:

- Kan basıncınız,
- Kilonuz,
- Ödeminiz,
- Kan şekeriniz,
- Beslenem durumunuz (tuz, yağ ve şeker kullanımı),
- Duygusal durumunuz kontrol edilmektedir.

Kortikosteroid (Prednol[®], Deltakortil[®]) yukarıda yer alan yan etkileri, alınan ilaç düzeyine, sıklığına ve tedavi süresinin uzunluğuna bağlıdır.

Yukarıda yer alan sorunların sizde geliştiğini düşünüyorsanız mutlaka karaciğer nakil ekibinize bildirmeniz gerekir.

4a. Sirolimus (Rapamune®)

4b. Everolimus (Certican®)

Amaç: Karaciğer nakli sonrası organ reddini önlemek ya da tedavi etmek amacıyla kullanılır. Organ reddine sebep olan bağışıklık sisteminde ki hücreleri baskılar. Sirolimus (Rapamune®) ve Everolimus (Certican®); takrolimus ya da siklosporin yerine kullanılan bir ilaçtır.

Doz ve Kullanım Şekli: Sirolimus (Rapamune®) 5 mg'lık tabletleri vardır ve günde bir defa alınır.

Everolimus (Certican®) 0.25 mg ve 0.75 mg'lık tabletleri vardır ve günde iki defa alınır.

Kullanma Zamanı: Sirolimus (Rapamune®) doktorunuzun önerdiği almanız gereken ilaç dozunu aynı anda günde bir defa sabah 10.00'da almanız gerekir.

Everolimusun (Certican®) günde iki defa sabah saat 10.00 ve akşam saat 22.00'da alınması gerekir.

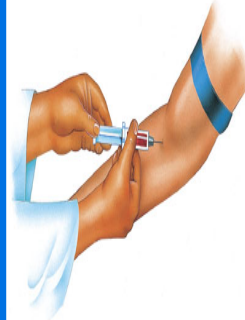


Kullanırken Dikkat Edilecek Noktalar:

Sirolimus (Rapamune®) ve Everolimus (Certican®) kullanabilmeniz için Sağlık Bakanlığı onayı gerekmektedir. Karaciğer nakil ekibiniz bu izinler için gerekli başvuruları yapacaktır.

Sirolimus (Rapamune®) ve Everolimus (Certican®)'nın kanda ki düzeyi kan testi yapılarak bakılır. İki ilacında kan ilaç düzeyi son 10-12 saatte aldığınız ilaç düzeyine göre bakılır. Bu yüzden, ilacınızı akşamdan almanız, sabah dozunu ise kan verdikten sonra almanız gerekir.

Sirolimus (Rapamune®) ve Everolimusun (Certican®) doz ve günlük alım sıklıkları farklı olduğundan karaciğer nakli polikliniği kontrolünde, karaciğer nakli ekibiniz sizin için uygun ilaç dozunu size önerecektir.



Yan Etkiler:

- *Enfeksiyon*
- *Kan kolesterol düzeyinde yükselme*
- *Yara iyileşmesinde gecikme*
- *Kansızlık*
- *Baş ağrısı*
- *İshal*
- *Kas krampları*
- *Sivilce*

Tüm bu yan etkilerin gelişme riskinden dolayı her karaciğer nakil polikliniği kontrolünde sizin:

- Kan basıncınız, beslenme durumunuz (kırmızı et), kan kolesterol düzeyiniz, yaranız varsa iyileşme durumu kontrol edilecektir.

Yukarıda yer alan sorunların sizde geliştiğini düşünüyorsanız mutlaka karaciğer nakil ekibinize bildirmeniz gerekir.

Sirolimus (Rapamune®) ve Everolimusun (Certican®) düzeyinin izlemi yan etkiler açısından çok önemlidir. Yan etkiler genellikle ilaç yüksek seviyede alınmıyorsa görülür.

5a. Cellcept® , Mofecept® (Mikofenolat Mofetil-MMF)
5b. Myfortic® (Mikofenolik Asit)

Amaç: Organ reddini önlemek amacıyla kullanılır. Genellikle takrolimus, siklosporin ya da kortikosteroid ile birlikte kullanılır.

Doz Ve Kullanım Şekli: Mikofenolat Mefetilin (Cellcept®) 500 mg ve 1000 mg'lık tabletleri vardır.

Mikofenolat Mofetilin diğer formunun (Mofecept®) 250 mg ve 500 mg.'lık tabletleri vardır.

Mikofenolik Asitin (Myfortic®) 180 mg ve 360 mg'lık tabletleri vardır.

Kullanım Zamanı: Mikofenolat Mofetil (Cellcept®, Mofecept®) ve Mikofenolit Asitin (Myfortic®) günde iki defa; sabah 10.00 ve akşam 22.00'da alınması gerekir.

İlacınızı her gün size önerilen şekilde aynı dozda ve aynı saatte alın.



Kullanırken Dikkat Edilecek Noktalar: Mikofenolat Mofetil (Cellcept®, Mofecept®) ve Mikofenolik Asit (Myfortic®) ilacınızın emilimini azalttığından dolayı mide koruyucu ilaçlar ya da anti asit ile birlikte almamanız gerekir.

Yan Etkiler:

Mikofenolat Mofetil (Cellcept®, Mofecept®) ve Mikofenolik Asitin (Myfortic®) kan hücrelerinizi düşürücü etkisi vardır. Bu nedenle her karaciğer nakil polikliniğine geldiğinizde kan değerleriniz kontrol edilecektir.

Bu ilaçlar sizde bulantı, kusma bazı dönemler kabızlık veya ishale sebep olabilir. Yan etkiler kullanılan ilaç dozu ve süresine bağlıdır.

Organ Reddini Önleyici İlaçlar İle İlgili Genel Öneriler

Tüm ilaçların olduğu gibi bu ilaçlarında yan etkileri vardır ancak bu her yan etkinin sizde görüleceği anlamına gelmez. Sizde herhangi bir yan etkide görülmeyebilir.

Eğer ilacınızı almayı unuttuysanız mutlaka organ nakil ekibinizi arayınız.
Siz kendinizi kötü hissetmeseniz bile karaciğeriniz zarar görmüş olabilir.
Kesinlikle bir sonraki ilaç alım saatinde iki dozu birden almayın.



Eğer gebelik düşünüyorsanız bu durumu mutlaka karaciğer nakli ekibine ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanına bildirin. Bu ilaçlar, sizi ve bebeğinizi olumsuz etkileyebilir.

4.4. Antiviral İlaçlar (Viral Enfeksiyonlara Korunmak İçin Kullanılan İlaçlar)

1a. Gansiklovir (Cytovene®), 1b. Valgansiklovir (Valcyte®), 2c. Asiklovir (Zovirax®)

Amaç: Karaciğer nakli sonrası kullandığınız ilaçlar bağışıklık sisteminizi baskılandığı için sizde viral enfeksiyon gelişme riski bulunmaktadır. Gansiklovir (Cytovene®), Valgansiklovir (Valcyte®) ve Asiklovir (Zovirax®) sizi bu virüslere bağlı gelişebilecek enfeksiyonlara karşı korur veya gelişmiş bir enfeksiyonunuz varsa tedavi eder. Asiklovir (Zovirax®) özellikle ağız içi ve etrafında oluşan uçukların (herpes simpleks) tedavisinde kullanılır.

Doz Ve Kullanma Şekli: Nakil sonrası sık rastlanan virüslere karşı uygulanacak önleme veya tedavi şemaları karaciğer nakil ekibinin güncel yaklaşımına göre değişebilir. Gansiklovir (Cytovene®) günde iki defa 14 gün boyunca kullanılır. Valgansiklovir (Valcyte®) günde iki defa karaciğer nakli sonrası yaklaşık 100 gün kullanılır ve *yemeklerle birlikte alınması* gerekir. Bazen sizde enfeksiyon bulunma ya da gelişme durumuna göre daha uzun sürede kullanılabilir. Asiklovirin (Zovirax®) hem tablet hemde merhem formu vardır. Tablet formatı genellikle 4 saatte bir ağızdan alınır. Merhem formatı ise sizde uçuk geliştiğinde; uçuk çıkan bölgenin üstüne bir hafta on gün boyunca 4 saatte bir uygulanır.

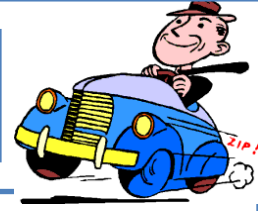
Kullanırken Dikkat Edilecek Noktalar:

Gansiklovir (Cytovene®) ve Valgansiklovir (Valcayt®) kanın pıhtılaşmasını sağlayan hücreleri etkilediği için mutlaka başvurduğunuz doktora ve dış hekimine Gansiklovir (Cytovene®) ya da Valgansiklovir (Valcyte®) kullandığınızı iletin.



İlaç tedavisi süresince ve sonrası en az 90 gün süresince gebe kalmamanız gerekir.

Araba kullanırken dikkatli olun.
Kullandığımız ilaç sizi etkileyebilir.



Yan etkiler:

Gansiklovir (Cytovene®) ve Valgansiklovir (Valcayt®) kanın pıhtılaşmasını sağlayan hücrelerini (trombosit) etkileyebilir. Bu nedenle her kontrolünüzde kan değerleriniz kontrol edilecektir.

Tüm ilaçlarda olduğu gibi bu ilaçlarında yan etkileri vardır ancak bu her yan etkinin sizde görüleceği anlamına gelmez. Sizde herhangi bir yan etkide görülmeyebilir.

Gansiklovir (Cytovene®) ve Valgansiklovir (Valcayt®) kullanırken aşağıda yer alan yan etkilerin size oluştuğunu düşünüyorsanız heyecanlanmayın ve mutlaka doktorunuza iletin.

- Kaşıntı, karın ağrısı, öksürük, yorgunluk, ağızda yara, uykusuzluk, görmede bozulma, baş dönmesi, ishal, ateş (38 °C ve üstü), kusma ve baş ağrısı.

Bu ilaçları kullanırken sizde aşağıda yer alan yan etkiler geliştirse hemen bir sağlık kuruluşuna girmeniz gerekir.

- Dilde, dudaklarda ve boğazda ödem ya da şişlik, enfeksiyon belirtileri (ateş, boğaz ağrısı vb.), kanama ya da morarmalar, gerçekte olmayan cisimler görme, sesler duyma, bayılma, nöbet geçirme.

UYARI!!!

Eğer ilacınızı almayı unuttuysanız mutlaka organ nakli ekibinizi arayınız.

Kesinlikle bir sonraki ilaç alım saatinde iki dozu birden almayın.

2a. Zeffix® , Mivux® , Medovir® , Zefomen® (Lamivudine), 2b. Hepsera® (Adefovir)
2c. Viread® (Tenofovir), 2d. Sebivo® (Talbuvudine), 2e. Baraclude® (Entakavir)

Amaç: Hepatit B virüsünün tekrar aktifleşerek karaciğerinize zarar vermesini engellemek amacıyla kullanılır. Bu ilaçlar, Hepatit B'ye bağlı karaciğer nakli olan ya da karaciğer nakli sonrası Hepatit B bulaşmış hastalarda kullanılır.

Doz ve Kullanma Şekli:

Bu ilaçları aç ya da tok karına almanız fark etmez.

Kullanma Zamanı:

Günde bir defa kullanılır. Kendinize göre bir saat belirleyebilirsiniz. Önemli olan ilacınızı size önerilen dozda her gün aynı saatte almanızdır.

Kullanırken Dikkat Edilecek Noktalar: Bu ilaçlar yalnızca bir gastroenteroloji uzmanı tarafından reçete edilebilir. Bu yüzden karaciğer nakil polikliniği kontrollerine geldiğinizde mutlaka yeterli ilacınız olup olmadığını kontrol ediniz.

Yan Etkiler: Çok fazla yan etkisi yoktur. En yaygın yan etkileri, baş ağrısı, ateş, titreme, kas ağrısı, bulantı, kusma, huzursuzluk ve uykusuzluktur.

UYARI !!!

Eğer ilacınızı almayı unuttuysanız kesinlikle bir sonraki ilaç alım saatinde iki dozu birden **almayın**.

4.5. Mantar Enfeksiyonu İçin Kullanılan İlaçlar

1. Nystatin (Mikostatin®)

Amaç: Karaciğer nakli sonrası kullandığınız ilaçlara bağlı olarak bağışıklık sisteminiz baskılandığı için sizde mantar enfeksiyonu gelişme riski bulunmaktadır. Nystatin (Mikostatin®) sizi mantar enfeksiyonlarına karşı korur ve aynı zamanda mantar enfeksiyonunu tedavi eder.

Doz Ve Kullanım Şekli: Nystatin (Mikostatin®) eczaneden alındığında toz haldedir. Kullanmadan önce sulandırmanız gerekir. Şişenin içindeki tozu daha önceden kaynatılmış ve soğutulmuş yaklaşık 50 ml su ile sulandırmanız gerekir.

Günde 4 defa yemeklerden önce kullanmanız gerekir.

Kullanma talimatı:

Her ilaç kutusunda ilacın ağız içine rahat uygulanması için bir damlalık bulunmaktadır. Uygulanmadan önce damlalığı doldurmanız ve sonra da ağız içine 10 damla ilaç uygulamanız gerekir. İlacı ağızınıza uyguladıktan sonra ağızınızı çalkalayarak ilacın ağızınızın her bölgesine ulaşmasını sağlamanızı gerekir. İlacı yutmadan önce mümkün olduğunca fazla ağızınızın içinde tutmaya çalışınız(birkaç dakika kadar).



Kullanılma Zamanı: Karaciğer nakli sonrası kısa bir süre kullanılır. Günde dört defa ağza on damla uygulanır. İlacın yemeklerden en az 30 dakika önce uygulanması

Yan Etkiler: Çok fazla yan etkisi yoktur. Sizde mide bulantısı, kusma ve ishal gibi hafif etkiler meydana gelirse ilacı kullanmaya devam edin ve doktorunuza bildirin.

UYARI !!!

Nystatin (Mikostatin®) vücut tarafından çok az emilir. Bu nedenle vücutta ağızdan başka herhangi bir bölgedeki mantarları tedavi etmeyecektir. Eğer sizin ayak, saç, deri, tırnak, kasık ya da cinsel bölge veya vücudunuzun herhangi bir bölgesinde enfeksiyon varsa mutlaka doktorunuz ile görüşmeniz gerekir.

4.6. Sindirim Sistemi İlaçları - Mide Koruyucu İlaçlar

1. Esomeprozol, Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol Grubu İlaçlar

Amaç, Doz ve Kullanma şekli:

Karaciğer nakli sonrası yaşadığınız stres ve kullandığınız ilaçlar midenize zarar verebileceği için midenizi korumak amacıyla kullanılır.

Karaciğer nakli sonrası, kullandığınız ilaçlar ve midenizin etkilenme durumuna göre kullanılan doz ve kullanım süresi değişmektedir.

Genellikle karaciğer nakli sonrası erken dönemde günde iki veya bir defa kullanılır. İlacınızı **yemeklerden en az 1 saat önce** almanız ilacın yararını görmemiz açısından önemlidir.

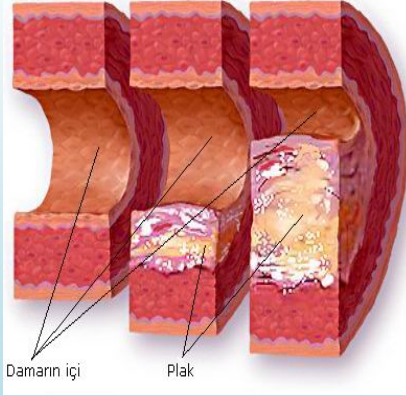
Yan etkiler: Bu ilaçların sizde bir yan etkiye sebep olması beklenmez. Ancak çok nadir olarak baş ağrısı, ishal, bulantı, kusma ve karın ağrısına sebep olabilir.

4.7. Tansiyon İlaçları



- Karaciğer nakli sonrası kullandığınız bazı ilaçlar nedeniyle ya da kişisel özelliklerinizden kaynaklı (yaş, ailesel, yaşam biçimi vb.) olarak tansiyonunuzda yükselme olabilir.
- Bu nedenle doktorunuz size tansiyon ilacı başlayabilir.
- Eğer başka bir sağlık kuruluşunda size tansiyon ilacı başlanacaksa mutlaka karaciğer nakil ekibini aramanız gerekir.
- Tansiyonunuzu normal düzeyde tutmak için kullanılan çok çeşitli ilaçlar vardır. Size bu ilaçlar başlandığında doktorunuz ya da hemşireniz nasıl kullanacağınız hakkında sizi bilgilendirecektir.

4.8. Antihiperlipidemi İlaçları (Kolesterol ve Yağ Düşürücü İlaçlar)



- Karaciğer nakli sonrası kullandığımız bazı ilaçlar nedeniyle ya da kişisel özelliklerinizden kaynaklı (yaş, ailesel, yaşam biçimi vb.) olarak sizde hiperlipidemi gelişebilir.
- Bu nedenle doktorunuz size kolesterol ve yağ düşürücü ilaç başlayabilir.
- Eğer başka bir sağlık kuruluşunda size antihiperlipidemi ilacı başlanacaksa mutlaka karaciğer nakil ekibini aramanız gerekir.
- Kan kolesterol ve yağ düzeyini normal düzeye getirmek için kullanılan çok çeşitli ilaçlar vardır. Size bu ilaçlar başlandığında doktorunuz ya da hemşireniz nasıl kullanacağımız hakkında sizi bilgilendirecektir.

4.9. Diyabet İlaçları (Şeker İlaçları)



- Karaciğer nakli sonrası kullandığımız bazı ilaçlar nedeniyle ya da kişisel özelliklerinizden kaynaklı (yaş, ailesel, yaşam biçimi vb.) olarak sizde şeker hastalığı (diyabet) gelişebilir.
- Sizde şeker hastalığı gelişip gelişmediği endokrin polikliniği tarafından belirlenir. Bu nedenle karaciğer nakil ekibiniz sizi endokrin polikliniğine yönlendirecektir.
- Endokrin bölümü size insulin ya da ağızdan alınan diyabet (oral antidiyabetik) ilaçlar başlayabilir.
- Şeker hastalığınızın durumu ve ilaçlarınız endokrin polikliniği tarafından takip edecektir.
- Antidiyabetik ilaç kullandığınız süre boyunca düzenli olarak kan şekerinizi takip etmeniz gerekir.
- Size başlanan insulin ya da diyabet ilaçlarını karaciğer nakli ekibine bildirmeniz gerekir.
- Ayrıca şeker hastalığı hakkında bilmeniz ve dikkat etmeniz gereken konular hakkında diyabet polikliniğinde diyabet hemşiresi sizi bilgilendirecektir.

4.10. Vitamin İlaçları



Karaciğer nakli sonrası vitamin takviyesi isteyebilirsiniz. Genellikle bu ilaçlar nakil sonrası beslenme durumu kötü olan hastalara verilir. Eğer siz dengeli besleniyorsanız bu ilaçlara gereksinimiz yoktur. Vitamin ilaçlarına başlamadan önce mutlaka karaciğer nakil ekibinize danışmanız gerekir.

4.9. Bitkisel İlaçlar



- Karaciğer nakli sonrası bitkisel ilaçlar kullanmaktan kaçınmalısınız.
- Bu ilaçlar size zarar verebilir.
- Bu ilaçların büyük bir çoğunluğunun sizin kullandığınız ilaçlara etkisi bilinmediği için kullanılması sakıncalıdır.
- Eğer kullanmayı düşünüyorsanız mutlaka karaciğer nakil ekibine danışın ve ilacın Sağlık Bakanlığı onayı olup olmadığını kontrol ediniz.

BÖLÜM 5

KARACİĞER NAKLİ SONRASI DUYGUSAL DURUMUNUZ

Karaciğer nakli sonrası kendinizi sinirli, stresli, depresif/bunalımda veya suçlu hissedebilirsiniz.

Uykusuzluk ya da uyku düzeninde bozulma, sık sık ağlama ya da küçük bir şeyden dolayı ağlama, duygu durumunda değişiklik, iştahsızlık ya da iştahta artma yaşayabilirsiniz.

Bu gibi sorunlar karaciğer nakli sonrası görülebilen yaygın sorunlardır.

Önemli olan sizin bu sorunlarla baş edebilmeniz ve yeni hayatınıza uyum sağlayabilmenizdir.

Lütfen kendinizi duygusal olarak kötü hissettiğinizde bunu karaciğer nakil ekibinizle paylaşınız.

Gerekli durumlarda karaciğer nakil ekibiniz sizi bir psikiyatrist ya da psikoloğa yönlendirebilir.



Unutmayın ki siz YALNIZ DEĞİLSİNİZ!.....

**Sizin gibi aynı sorunları yaşayan birçok karaciğer nakli hastası var...
Bu sorunlarla baş edebilirsiniz....**



Her zaman size yardımcı olabilecek bir karaciğer nakil ekibiniz var.

Karaciğer nakli sonrası:

- Kontrollerin sıklığı,
- Çok ilaç kullanma,
- Enfeksiyon korkusu,
- Organ reddi gelişme korkusu **sizi strese sokabilir.**

Unutmayınız ki siz duygusal durumunuz ile ne kadar iyi baş edebilir ve yeni hayatınıza ne kadar iyi uyum sağlarsanız:

Kontrollerinizin sıklığı, ilaç sayınız, enfeksiyon ve organ reddi riskiniz azalacaktır.



UNUTMAYIN!!!
Size hediye edilen bu hayatı
Daha da güzelleştirmek sizin elinizdedir



Siz Kendi Kendinize Yardımcı Olabilirsiniz.

Önemli olan size iyi gelen yöntemi bulmak ve uygulamaktır.

Siz kendinizi duygusal olarak daha iyi hissetmek için;

- düzenli egzersiz yapabilir,
- arkadaşlarınız ve/veya ailenizle evde ya da dışarıda sosyal aktivitelere katılabilir,
- sağlıklı beslenebilir,
- uyku düzeninize dikkat edebilir (her gün aynı saatte yatma, sessiz, ışısız ortamda yatma, yatağın ortopedik olması, yatak odasında televizyon ya da bilgisayar olmaması vb.)
- sizi rahatlatıcı müzik dinleyebilir,
- nefes egzersizi yapabilir,
- aile ya da arkadaşlarınızla sohbet edebilir,
- sizin gibi karaciğer nakli olan insanlarla görüşebilir ve sorunlarınızı paylaşabilirsiniz.



BÖLÜM 6

KARACİĞER NAKLİ SONRASI BİLMENİZ GEREKEN ÖNEMLİ KONULAR

6.1. Ateş



Ateş Nedir?

Ateş bir hastalık değildir ancak bir hastalığın belirtisidir.

Ateş, vücut ısısının normalden yüksek olmasıdır. Vücut ısınız 38°C ve üstü olursa mutlaka karaciğer nakil ekibine bildirmeniz ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurmanız gerekir.

Ateş Neden Yükselir? Neden Önemlidir?

Ateş vücudun bize bir uyarısıdır.

Genelde ateş soğuk algınlığı, grip gibi bir çok enfeksiyon hastalığının belirtisidir.

Aynı zamanda ateş karaciğer reddinin bir belirtisidir.

Karaciğer nakli sonrası karaciğer reddi gelişme riskiniz olduğu ve kullandığınız organ reddini önleyici ilaçlar enfeksiyon gelişme riskinizi arttırdığı için ateş sizin için çok önemlidir.



1. Elektronik derece



2. Kulağa uygulama (timpanik) derece



Ateş Nasıl Ölçülür?

- Yukarıda ateşinizi ölçmek için kullanabileceğiniz dereceler yer almaktadır. Siz bir eczaneye gittiğinizde bu derecelerden herhangi birini alabilirsiniz.
- Şu anda yukarıda gördüğünüz iki farklı derece tipi kullanılmaktadır. Dereceyi üreten firmaya bağlı olarak derecelerin görünüşlerinde değişiklik olabilir.
- Siz bu derecelerden herhangi birini aldığınızda nasıl kullanabileceğinizi karaciğer nakil hemşireleri ya da doktorunuzdan öğrenebilirsiniz.

Ateşiniz Olursa Ne Yapmanız Gerekir?

- Ateşiniz 38 °C ve üstü olması çok önemli bir problemdir.
- En önemli konu kullandığınız derecenin güvenilir olmasıdır. Derecenizin doğru ölçüp ölçmediğinizi kontrol ediniz.
- Eğer gerçekten ateşiniz yükselmişse en yakın sağlık kuruluşuna başvurmanız ve mutlaka karaciğer nakil ekibinizi aramanız gerekir.

Bir Sağlık Kuruluşuna Hemen Gidemiyorsanız Ya Da Sağlık Kuruluşuna Gidene Kadar Ne Yapmanız Gerekir?

- Ateşiniz yükseldiğinde öncelikle ilaç almayı düşünmeyin.
- İlk yapmanız gereken ılık bir duş almak ya da vücudunuza ılık uygulama yapmak olmalıdır. Ilık uygulamanın nasıl yapılması gerektiği konusunda karaciğer nakil hemşireniz veya doktorunuzdan bilgi alabilirsiniz.
- Hala ateşiniz düşmediyse karaciğer nakil doktorunuzun size önerdiği ateş düşürücü ilacı alabilirsiniz. Bu ilaçları alırken doktorunuzun önerdiği şekilde almanız gerekir. Ateş düşürücü ilaçları en az 4-6 saat arayla almanız ve günde en fazla 4 tane almanız önemlidir.

6.2. Nabız



Nabız nedir?

Nabız sizin bir dakikada ki kalp atım sayınızdır.

Nabzınızı el bileği ve boynunuzdan (şah damarı) ölçebilirsiniz.

Nabzınızı tam olarak nasıl ölçebileceğinizi karaciğer nakil hemşireleriniz ve da doktorunuzdan öğrenebilirsiniz.

Normal Nabızın Kaç Olması Gerekir?

Nabzınızı dinlenme halindeyken değerlendirmeniz gerekir. Egzersiz ya da aktivite sonrası yaklaşık 5-15 dakikalık dinlenme sonrası nabzın değerlendirilmesi gerekir.

Normal nabzın bir dakikada: **60-100** arasında olması gerekir.

Eğer nabzınız 60'ın altında ya da 100'ün üstünde ise karaciğer nakil ekibinizi aramanız gerekir.

Nabzınız ile İlgili Neler Bilmeniz Gerekir?

1. Nabzınızı nasıl değerlendireceğinizi bilmeniz gerekir.
2. Dinlenme halindeyken normal nabzınızın kaç olduğunu bilmeniz gerekir.
3. Nabzınızın hangi değerlerin altında ya da üstünde olduğunda doktorunuzu aramanız gerektiğini bilmeniz gerekir.



6.3. Tansiyon

Tansiyon Nedir?

Tansiyon, sizin atar damarlarınız içerisinde ki kanın atar damar duvarına yaptığı basıncı gösterir. İki tip kan basıncı vardır. Bunlar halk arasında büyük ve küçük tansiyon olarak bilinir.

Normal Tansiyon Kaçtır?

Tansiyonunuzun;

en düşük 100/60 mmHg;

en yüksek 140/90 mmHg arasında olması gerekir.



Ancak kişinin yaşına ve fizik yapısına göre tansiyonunun normal değeri değişiklik gösterir. Bu nedenle mutlaka normalde sizin kendi tansiyonunuzun kaç olduğunu bilmeniz gerekir.

Neden Tansiyonunuz Yükselir?

Karaciğer nakli sonrası kullandığınız ilaçlar, yaş, ailenizde tansiyon hastalığı olması ya da beslenme özelliğinizden dolayı sizde yüksek tansiyon gelişebilir.

Tansiyon Nasıl Ölçülür?

İki tip tansiyon aleti bulunmaktadır. Biri elle ölçüm yapılan diğeri ise dijitaldir (elektronik). Elle ölçüm yapılan tansiyon aleti daha güvenilirdir. Ancak kullanımı zordur. Sizin için dijital tansiyon aletini kullanmak daha kolay olabilir. Dijital tansiyon aletini kullanırken mutlaka doğru ölçüp ölçmediğinizden emin olmanız gerekir hatta yüksek değer ölçtüğünüzde mümkünse elle ölçüm yapan tansiyon aleti ile tekrar kontrol etmelisiniz.

Tansiyonunuz Yükseldiğinde Ne Yapmanız Gerekir?

Bu durum sizde ilk defa görülüyorsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurmanız ve karaciğer nakil ekibinize bildirmeniz gerekir.

Size ilaç başlanabilmesi için tansiyonunuz en az 7 gün ya da 10 gün boyunca her gün aynı saatte ve aynı tansiyon aleti ile ölçülmesi ve kaydedilmesi gerekir. Bunun için aşağıda yer alan tansiyon takip çizelgesini kullanabilirsiniz.

Eğer tansiyon ilacı kullanıyorsanız tansiyonunuz yükseldiğinde hemen tekrar tansiyon ilacı almayı düşünmeyiniz. Tansiyon ilaçlarının her gün aynı saatte alınması gerekir.

Örnek Tansiyon Takip Çizelgesi				
Ad-soyad:				
Günler	Tarih	Saat	Büyük tansiyon	Küçük tansiyon
1. gün				
2. gün				

Tansiyonunuz İle İlgili Neler Bilmeniz Gerekir?

1. Sizin veya yakınlarınızın, kan basıncını ölçmeyi, kaydetmeyi ve değerlendirmeyi bilmesi önemlidir.

2. Normal tansiyonunuzun kaç olduğunu bilmeniz gerekir. Tansiyonunuz yükseldiğinde ne yapmanız gerektiğini bilmeniz gerekir.



6.4. Kilo Takibi

Karaciğer nakli sonrası normal kilonuzu korumanız çok önemlidir.

Karaciğer nakli sonrası kilo almanız karaciğerinize zarar verebilir.

Özellikle kısa sürede ani kilo artışı sizde organ reddi, kalp ya da böbrek sorunu geliştiğinin belirtisi olabilir.

Bu nedenle kilo takibi yapmanız önemlidir.

Kilonuzu Ne Kadar Sıklıkla Ölçmeniz Gerekir?

Her poliklinik kontrolünüzde kilonuz kontrol edilmektedir. Aynı zamanda sizinde haftada en az bir defa kilonuzu kontrol etmeniz gerekir. Kilonuzu her ölçtüğünüzde tarihi ve gününe göre kaydetmeniz gerekir.

Kilonuzu Nasıl Ölçmeniz Gerekir?

Kilonuzu her sabah üzerinizde aynı giysiler varken aynı baskül ya da tartıda, kahvaltıdan önce ölçmeniz gerekir.

BÖLÜM 7

KARACİĞER NAKİL POLİKLİNİK KONTROLLERİ

Karaciğer nakli polikliniği, Dokuz Eylül Üniversitesi poliklinik binası 3. katında Genel Cerrahi Anabilim Dalı içerisinde bulunmaktadır.

Hastaneden taburcu olduktan sonra karaciğeriniz ile ilgili izlemlerin yapıldığı yerdir.

Ne Kadar Sıklıkla Poliklinik Kontrollerine Gelmeniz Gerekir?

Poliklinik kontrollerinizin sıklığı sizde bir sorun gelişip gelişmediği, nakil sonrası geçen süre ve sizin yeni yaşamınıza uyumunuza bağlı olarak değişmektedir. Karaciğer nakli sonrası normalde poliklinik kontrolleriniz;

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| -İlk 3 ay haftada bir, | - 9-12 aylar arası ayda bir, |
| -3-6. aylar arası iki haftada bir | - 1 yıldan sonra 3 ayda bir, |
| -6-9. aylar arası 3 haftada bir, | - Daha uzun dönemde 6 ayda birdir. |

Unutmayınız...

Karaciğer nakli poliklinik randevunuz hakkında size bilgi verilecektir.

Sizin bu randevulara zamanında gelmeniz çok önemlidir.

Randevu tarihinde ki değişiklikler için poliklinik sekreteri ile görüşebilirsiniz.

Tel= (232) 412 2932

Karaciğer Nakli Polikliniğinde Ne Tür İncelemeler Yapılmaktadır;

- İlaçlarınızı nasıl kullandığınızı kontrol edilmektedir,
- Yaşam bulgularınız kontrol edilmektedir,
- Kilonuz kontrol edilmektedir,
- Genel sağlık durumunuz değerlendirilmektedir,
- Gerekli laboratuvar testleri yapılmaktadır bunun için kontrollere aç gelmeniz gerekir;
 - Kullanığınız organ reddini önleyici ilacın (takrolimus, siklosporin gibi) kandaki düzeyi
 - Karaciğer (AST, ALT, GGT, ALP, bilirubin) ve böbrek (BUN, kreatinin) fonksiyon testleri,
 - Tam kan sayımı,
 - Kan şekeri,
 - Sizin durumunuza özel kan testleri (kolesterol düzeyi vb.)
- Yaşınıza bağlı olarak herkesin yaptırması gereken rahim ağzı, meme ve prostat kontrolleriniz hakkında bilgi verilmekte ve sonuçları kayıt edilmektedir.
- Sizin bir sorununuz olması durumunda o soruna yönelik girişimler yapılmaktadır.
- Sizin durumunuza özel yaptırmanız gereken radyolojik testler kontrol edilmektedir. Örneğin karaciğer kanserine bağlı karaciğer nakli olan hastalarda bilgisayarlı tomografinin ya da manyetik rezonansın yapılması gibi.
- Tüm bu değerlendirmelerden sonra sizin durumunuz ile ilgili bir sonuca varılmaktadır. Buna yönelik olarak sizden farklı testler yaptırmanız istenebilir, ilaçlarınız değiştirilebilir yada hastaneye yatışınız önerilebilir.

Sizde bir sorun geliştiğini düşünüyorsanız ve aklınıza takılan tüm sorularınızı karaciğer nakil hemşireniz ve doktorunuza iletmeniz gerekir.

BÖLÜM 8

BESLENME

Karaciğer naklinden sonra birçok hastaya özel bir diyet uygulanmaz. Ancak sizin kullandığımız ilaçların neden olabileceği yan etkilere ve sizin özelliklerinize göre (yüksek tansiyon ya da yüksek kolesterol gibi) farklı diyetler önerilebilir.

Aşağıda karaciğer nakli sonrası erken ve uzun dönemde beslenmeniz ile ilgili öneriler yer almaktadır.

Erken Dönem

Karaciğer nakli sonrası erken dönemde ameliyat yaranızın iyileşmesi, ameliyat öncesi ve sonrası kaybettiğiniz kilolar ve enfeksiyon açısından iyi ve dengeli beslenmeniz çok önemlidir. Karaciğer nakli sonrası erken dönemde yara iyileşmenizi desteklemek için bol protein (yumurta, et, tavuk vb.) ve enerji içeren (tahıllar vb.) besinler tüketmeniz önemlidir. ***Taburcu olmadan önce mutlaka diyetisyeninizle görüşmeniz ve onun size verdiği beslenme listesine uymanız gerekir.***

Erken dönemde enfeksiyon riskiniz fazla olduğu için **güvenli besin ve su** tüketimine özen göstermeniz gerekir.

Güvenli Besin ve Su Tüketimi

Öncelikle her zaman ellerinizin temizliğine çok dikkat edin. Yiyeceklere dokunmadan önce ve sonra mutlaka ellerinizi yıkayın.



Her zaman güvenli yerlerden yiyecek ve içecek alış verişini yapın.

Dışarıda seyyar satıcılarda satılan ürünleri tüketmeyin.

Besinlerin son kullanma tarihini kontrol edin.

Piştirilmemiş gıdaları (pişmemiş balık, yumurta vb.)

tüketmeyin.

Ayrıca pişmemiş yumurta içeren mayonez gibi besinleri de

tüketmeyin

Mutlaka pişirilmiş besinleri tüketin



Soyulabilen (portakal, elma vb.) meyve ve pişirilebilen (ıspanak, pırasa vb.) sebzeleri tüketmeye özen gösterin.



Eğer tüketeyeceğiniz sebze örneğin marul, maydanoz, domates, biber gibi soyulabilen ya da pişirilebilen bir besin değilse mutlaka iyice yıkayın. Bunun için bu sebzeleri birkaç damla sirke ya da limon suyu damlatılmış suda 20 dakika bekletin ve sonra bol su ile yıkayın.



Pastorize edilmiş süt, peynir ve meyve sularını tüketin

Soğuk yerde saklanması gereken besinleri (süt ürünleri, et vb.) önerilen soğuklukta saklayın.



Karaciğer nakli sonrası ortalama 2-3 litre su tüketmeniz çok önemlidir. Yeterli su tüketimi, böbreklerinizin sağlığı ve vücudunuzdaki toksinlerin atılımı için gerekir.

Karaciğer nakli sonrası su tüketiminizde güvenli olması önemlidir. İçme suyunuzu musluktan kullanıyorsanız içmeden önce en az 1 dakika kaynatıp soğuttuktan sonra kullanın. Dışardan aldığımız suyun güvenli bir içme suyu olduğundan emin olun.

İştahsızlık

Karaciğer nakli sonrası ilk zamanlar iştahsızlığınız olabilir. Ancak bu durum geçicidir zamanla iştahınız normale dönecektir. Eğer iştahsızlığınız uzun ve şiddetli devam ederse beslenme desteğine gereksinim duyabilirsiniz. Karaciğer nakil polikliniği kontrollerinde bu şikayetinizi karaciğer nakil ekibine iletmeniz gerekir. Aynı zamanda her kontrolde kilonuz kontrol edilecektir.

Aşırı İştah

Bazende karaciğer nakli erken dönemde kullandığımız Prednol[®], Deltakortil[®] (kortikosteroid) ilaç nedeniyle aşırı iştahınız olabilir. Aşırı iştahınızın olması bu ilaçların beklenen bir etkisidir. İlacınız kesildikten sonra iştahınız normale dönecektir. Bu dönemde aşırı kilo almamanız için beslenmenizi kontrol etmeniz gerekir. Daha az enerji ve yağ içeren besinleri az az ve sık yiyerek beslenmeniz, kilo kontrolünüz için önemlidir. Kesinlikle yemeklerinize tuz atmamanız gerekir.

Bulantı - Kusma

Nakil sonrası erken dönemde bulantı ve kusmanız olabilir. Bulantınız olduğunda;

- az az ve sık yiyerek,
- sıvıları ılık yerine daha soğuk tüketerek,
- öğünlerinizde yüksek enerjili ve proteinli besinler tüketerek,
- öğün aralarında su yerine meyve suyu veya süt tüketerek,
- sizi rahatsız eden kokulardan uzak durarak bulantınızı azaltabilirsiniz.

Uzun Dönem

Karaciğer nakli sonrası uzun dönemde sağlıklı beslenmeniz çok önemlidir. Sağlıklı beslenme ile ilgili olarak bir diyetisyen ile görüşebilirsiniz.

Unutmayınız...

Sağlıklı beslenme için; tuzdan, katı (hayvansal) yağdan ve şekerden uzak durmanız gerekmektedir.



Uzun dönemde karaciğer nakli ile ilgili her hangi bir diyet yoktur.

Yukarıda da belirtildiği gibi herkes gibi sizinde sağlığını korumak için sağlıklı beslenmeniz önemlidir.

İdeal kilonuzda olmanız ve kilo almamanız gerekir

Bu dönemde size kullandığımız ilaçların yan etkilerine yönelik bir diyet önerilebilir.

Eğer yüksek tansiyon ya da yüksek kolesterol gibi hastalığınız varsa ona yönelik bir diyet önerilebilir.

İlaçlara Yönelik Diyet Önerileri

Prograf® (Takrolimus), Neoral®, Sandimmun® (Siklosporin A)

- Bu ilaçları kullanırken ilacınızın etkisini arttıracığı için **greyluft ya da greyluft suyu** almamanız gerekir.
- Prograf® bazen sizin **potasyum düzeyinizi yükseltebilir**. Prograf® kullanırken potasyum seviyeniz kontrol edilecektir. Eğer sizde böyle bir durum geliştirse yüksek potasyum içeren yiyecekleri az tüketmeniz gerekir. Yüksek potasyum içeren yiyecekler: kayısı, muz, kavun, kurutulmuş meyveler, kivi, şeftali, portakal, erik, üzüm, enginar, fasulye, mercimek, bezelye, patates, ıspanak, kabak, domates, salça, ketçap, kahve ve nohutur.
- Bu ilaçlar kan şekerinde yükselmeye sebep olabilmektedir. Sizin kan şekerinizde yükselme gelişirse size buna yönelik bir diyet önerilecektir.
- Bu ilaçlar sizde uzun dönemde yüksek tansiyona sebep olabilir. Sizde böyle bir durum geliştiğinde size bununla ilgili bir diyet başlanacaktır.

Rapamune® (Sirolimus) ve Certican® (Evirolimu)

- Bu ilaçlar Prograf® , Neoral® ve Sandimmun®'unun tersine sizin potasyum seviyenizde düşmeye neden olabilir. Bu ilaçları kullanırken potasyum seviyeniz kontrol edilecektir. Eğer sizde böyle bir durum geliştirse karaciğer nakli ekibi size yüksek potasyum içeren besinleri tüketmenizi önerecektir.
- Bu ilaçlar kolesterolünüzün yükselmesine neden olabilir. Sizde böyle bir durum geliştiğinde size bununla ilgili bir diyet başlanacaktır.
- Sizde uzun dönemde yüksek tansiyona sebep olabilir. Sizde böyle bir durum geliştiğinde size bununla ilgili bir diyet başlanacaktır.

Organ reddini önleyici ilaç kullanımına bağlı olarak sizde:

- **yüksek tansiyon**
- **yüksek kolesterol**
- **kemik erimesi (osteoporoz)** gelişebilir.

Bu nedenle sizde bu hastalıkların belirtileri izlenir. Eğer sizde bu hastalıklar geliştirse buna yönelik bir diyet verilir.

Siz kendinizi korumak için;

- Yüksek tansiyonda: tuzdan ve hayvansal (et, yumurta, süt, yoğurt, peynir) gıdalardan fakir,
- Yüksek kolesterol: hayvansal gıdalarda ve özellikle kırmızı etten fakir,
- Kemik erimesi; kalsiyumdan zengin (az yağlı süt, yoğurt, peynir) beslenebilir. Kemik erimesini önlemek için yeterli güneş ışığından yararlanmanız gerekir. Bunun için günde en az 20 dakika güneş ışığına maruz kalmanız gerekir. Ancak saat 11.00 ve 15.00 saatleri dışında bir zaman diliminde güneşe çıkmmanız gerekir. Kemik erimesini önlemek için dikkat etmeniz gereken diğer önemli konu egzersiz yapmanızdır. Bunun için günde yarım saat yürüyüş yapabilirsiniz.

Sağlık ve Dengeli Beslenme

Sağlıklı beslenme için ne tür besinler yemeniz gerekir?

Normalde, vücudunuz 3 besin ögesini kullanarak günlük enerji gereksinimini karşılar. Bunlar;

- karbonhidratlar,
- yağlar ve
- proteinlerdir.

Aynı zamanda vücudunuzun yaşamsal fonksiyonunu sürdürmesi için ayrıca minareller ve vitaminlere gereksiniminiz vardır.



1. Karbonhidratlar

Vücudun ilk enerji kaynağıdır. Karbonhidratlar: ekmek, patates, pirinç, makarna, bulgur ve tahıllarda bulunur.

Bu besinler şekerin bir türü olan glikoz içerir. Vücudun gereksiniminden fazla glikoz (şeker) alındıysa bu karaciğer tarafından depolanır. Sonrasında enerjiye gereksinim duyulduğunda tekrar kullanılır.



2. Yağlar

Vücudun ikinci enerji kaynağıdır. Yağlar hayvansal ve bitkisel kaynaklı olabilir. Bitkisel kaynaklı yağlar; ayçiçek, mısır özü, zeytin yağı ve kanola yağı gibi ürünlerdir. Hayvansal yağlar ise yağlı süt, yoğurt, peynir, tereyağı gibi ürünlerdir. Hayvansal kaynaklı yağların daha az tüketilmesi gerekir. Yağlar, az tüketilmesi gereken gıdalardır ancak A, D, E ve K vitaminleri gibi vücudumuz için önemli vitaminleri taşıma görevi yaptıklarından dolayı sağlığımız için yeterli miktarda alınması çok önemlidir.



3. Proteinler

Vücudun üçüncü enerji kaynağıdır. Vücudumuzun hücre ve dokularının yapımı ve onarımda önemli bir yeri vardır.

Protein; kırmızı ette, tavukta, balıkta, süt ürünlerinde (süt, yoğurt, peynir) ve daha az olarak hububat ürünlerinde (nohut, mercimek, kuru fasulye) bulunmaktadır.



Vitaminler ve Mineraller

Sağlıklı yaşam için gereklidir. Mineraller (kalsiyum, bakır, iyot, demir, çinko vb.), vitaminler (A,B, C, D, E, K) sebze ve meyvelerde bulunur. Vücudun fonksiyonunu sürdürmesi, hücre korunması, onarımı, sağlıklı diş, kemik ve cilt yapısı için önemlidir.

Mineraller ayrıca kalp ritmi, kan basıncı, vücuttaki sıvı dengesi gibi daha birçok düzenleyici fonksiyonlarda rol oynar

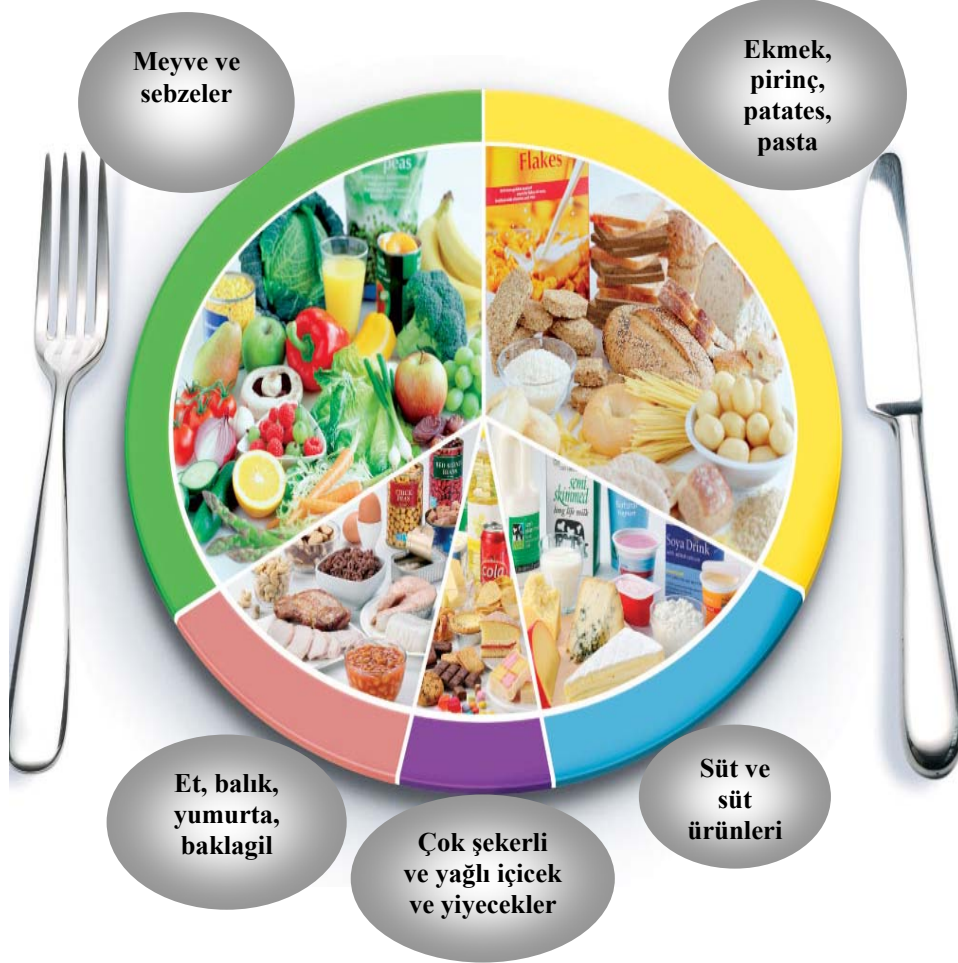
Sizin günlük beslenmeniz bu besin gruplarının hepsini içermelidir.

Bu besin ürünlerini ne kadar tüketmeniz gerektiği sizin;

- kilonuz,
- sizde var olan hastalıklar ve
- yaş grubunuza göre değişmektedir.

Bu nedenle mutlaka sağlıklı ve dengeli beslenme için bir **diyetisyenle** görüşmeniz gerekir.

Sağlıklı ve Dengeli Beslenme İçin Örnek Beslenme Planı



BÖLÜM 9

EGZERSİZ



Karaciğer Nakli Sonrası Egzersiz Neden Önemlidir?

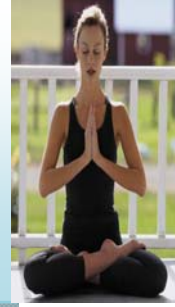
Sizin düzenli egzersiz yapmanız:

- normal kilonuzu korumanızı sağlar,
- aşırı kilo ya da şişmanlığa bağlı gelişen şeker, yüksek tansiyon gibi hastalıkların oluşmasına karşı korur,
- kemik erimesini önler,
- psikolojik olarak kendinizi iyi hissetmenizi sağlar.



Karaciğer Nakli Sonrası Ne Zaman Egzersiz Yapmaya Başlayabilirsiniz?

Karaciğer nakli sonrası erken dönemde siz kendinizi yorgun ve bitkin hissedebilirsiniz. Ancak bu durum geçicidir zamanla vücudunuz kendisini toparlayacaktır. İyileşmenizi çabuklaştırmak ve yatarak oluşabilecek kas kaybını önlemek için hareket etmelisiniz.



Egzersize başlama zamanı sizin iyileşme durumunuz ve fiziksel durumunuza bağlıdır. Hastanede iken fizyoterapist size yapmanız gereken egzersizler konusunda yardımcı olacaktır.

Genellikle karaciğer nakli sonrası ilk 3 ay hafif ve kendinizi yormayacak egzersizleri yapmanız gerekir. Bu dönemde ağırlık kaldırmamanız gerekir. Bu nedenle hafif ve kısa süreli egzersizlere başlayabilirsiniz.

Sizin İçin En Uygun Egzersiz Hangisidir?

En iyi egzersiz sizin gerçekten yapabileceğiniz egzersizdir. Siz yürüyüşe çıkabilir, yüzebilir, bisiklet kullanabilir, yoga yapabilir veya ev içinde egzersiz yapabilirsiniz. Mutlaka yapmayı planladığımız egzersizi karaciğer nakil ekibi ile paylaşın.

Bazı egzersizler sizin için uygun olmayabilir. Özellikle ilk 3 ay zıplama, atlama, çekme, ağırlık kaldırmayı içeren egzersizler sizin için sakıncalı olabilir. Bu tür egzersizler sizde fitik oluşmasına sebep olabilir.



Ne Kadar Egzersiz Yapmanız Gerekir?

Sizin egzersiz planınız çok önemlidir. Öncelikle gerçekten uygulayabileceğiniz bir egzersiz planı yapmanız gerekir. Egzersiz planınızı mutlaka karaciğer nakil ekibi ile paylaşın.

Egzersizin yararlı olabilmesi için en az 20-30 dakika yapılması gerekir.

Haftada en az üç gün 20-30 dakika egzersiz yapmanız gerekir.
Haftada 5 gün egzersiz yapmanız ideal olanıdır.
Eğer isterseniz haftada her gün egzersiz yapabilirsiniz.
Başlangıçta daha kısa süreli ve hafif egzersizlerle başlayıp daha sonrasında arttırabilirsiniz.



BÖLÜM 10

İŞE - OKULA GERİ DÖNÜŞ



- Karaciğer nakli sonrası iyileşme döneminizi tamamladıktan sonra işe ya da okula geri dönebilirsiniz.
- Karaciğer nakli sonrası **altı ay** süresince raporlu olacaksınız.
- Rapor süreniz tamamlandıktan sonra eğer sizde herhangi bir sorun gelişmemişse ve karaciğer nakil ekibiniz uygun görürse işe başlayabilirsiniz.

İşinize ya da okulunuza geri döndüğünüzde en fazla karşılaştığınız sorunlar:

- yorgunluk ve
- enfeksiyon bulaşma riski olacaktır.



Yorgunluk

Enerjinizi verimli kullanmak için dinlenme molaları hakkında iş yeriniz ya da okulunuzla görüşebilirsiniz. Eğer bu mümkün değilse, bu konuyu karaciğer nakil ekibinizle görüşerek rapor süreniz hakkında görüşebilirsiniz.

Enfeksiyon

İş yerinizde ve okulunuzda enfeksiyon bulaşma riskinizi göz önünde bulundurarak bazı önlemler almanız gerekir. Kendinizi enfeksiyondan korumak için;

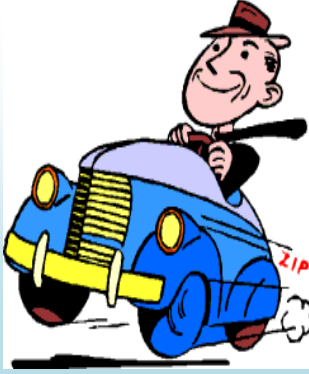
- Eğer mümkünse diğer kişilerden ayrı bir alanda çalışmanız,
- Maske kullanmanız,
- Diğer kişilerle temastan kaçınmanız ve özellikle enfeksiyon geçirdiğine inandığınız kişilerden uzak durmanız,
- Ellerinizi sık sık yıkamanız, her yıl grip ve 5 yılda bir pnömokok aşılarını yaptırmanız gerekir.

Enfeksiyon riskiniz ve önlemlerinizi ile ilgili karaciğer nakil ekibiniz ile görüşebilirsiniz.



BÖLÜM 11

ARABA KULLANMA



Karaciğer nakli sonrası özellikle *ilk bir buçuk ay (altı hafta)* iyileşme dönemidir. Bu dönemde fazla miktarda ilaç kullanılmaktadır. Bu nedenle bu dönemde araba kullanmamanız gerekir. Araba kullanmaya başlamadan önce bu konuyu karaciğer nakil ekibiniz ile görüşmeniz gerekir. Araba kullanmaya başladığınızda ilk başlarda trafik yoğunluğu daha az olan yerleri tercih etmelisiniz.

BÖLÜM 12

CİNSEL YAŞAM

Karaciğer nakli öncesi birçok hasta cinsel istekte azalma ya da farklı cinsel problemler yaşayabilmektedir. Nakil sonrası hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel isteğin normale dönmesi beklenir. Ancak erken dönemde iyileşme dönemi olması ve yaşadığınız yoğun stres nedeniyle cinsel istekte azalma yaşayabilirsiniz. Bu durum geçici bir durumdur.

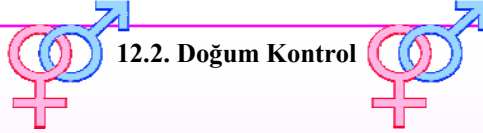
12.1. Cinsel İlişki

Karaciğer naklinden sonra iyileşme döneminiz göz önüne alındığında yaklaşık bir buçuk ay (altı hafta) sonra cinsel ilişkiye başlayabilirsiniz. Karaciğer nakli sonrası cinsel ilişki ile ilgili karşılaşılabilecek en önemli sorun enfeksiyon riskidir. Sizin bağışıklık sisteminiz baskılandığı için cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara daha açık hale gelebilirsiniz. Bu yüzden güvenli bir cinsel ilişkiye dikkat etmeniz gerekir. Güvenli cinsel ilişkide;

- tek bir eş ile ilişkiye girme,
- ilişki öncesi ve sonrası cinsel organınızı yıkama,
- her zaman kondom (kılıf, prezervatif) kullanma,
- eşinizin cinsel organında siğil ya da yara varsa ilişkiye girmemeniz önemlidir.

Karaciğer nakli sonrası önemli konulardan biri sizde Hepatit B ve C olmasıdır.

- Eğer sizde Hepatit B veya C varsa ve eşiniz bağışık değilse (aşılanmamışsa) eşiniz açısından önemli bir risk vardır. Bu yüzden eşinizin Hepatit B ve C'ye karşı test yaptırması gerekir. Eğer eşinizin Hepatit B bağışıklığı yoksa aşı olması gerekir.



12.2. Doğum Kontrol

Karaciğer nakli sonrası cinsel aktiviteniz normale döndüğünde doğum kontrol yöntemi kullanmanız gerekir. Sizin için en iyi doğum kontrol yöntemi kondom (kılıf, prezervatif) kullanmaktır.

Karaciğer nakli sonrası en fazla sorulan sorulardan birisi doğum kontrol haplarının kullanılıp kullanılmayacağıdır. Doğum kontrol hapı kullanımının karaciğer nakli sonrası bazı riskleri vardır. Bunlar; kanda pıhtılaşma, tansiyonda yükselme, sindirim sistemi hastalıkları, kalp damar hastalıkları ve depresyondur. Bu nedenle bu tür hapları kullanmadan önce mutlaka karaciğer nakil ekibinize danışmanız gerekir.



12.3. Gebelik

Birçok erkek ve kadın hasta, nakilden sonra çocuk sahibi olmayı düşünmektedir. Karaciğer nakli sonrası erkekler için çocuk sahibi olmanın herhangi bir riski yoktur. Ancak kadın hastalar için gebeliğin ve doğumun bazı riskleri vardır. Karaciğer nakli sonrası en ideal gebe kalma zamanı kullandığınız ilaç sayısı ve dozunun çok azaldığı karaciğer naklinden **bir yıl sonrasındır**. Bu bekleme süresi kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte sizin için en uygun zamanı mutlaka karaciğer nakil ekibiniz ile görüşmeniz gerekir. Eğer gebelik düşünüyorsanız;

- karaciğer fonksiyonlarınızın normal olması, kullandığımız ilaçların sayısının azalması, böbrek fonksiyonlarınızın normal olması, tansiyonunuzun normal olması,, kan şekerinizin normal olması, genel durumunuzun iyi olması gerekir.

12.3. Gebelik devam....

Her kadın hasta için gebeliğin bazı riskleri vardır. Önemli olan bu riskleri en aza indirmektir. Bu yüzden gebeliğiniz öncesi, sırası ve sonrasında karaciğer nakil ekibi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından iyi bir şekilde izlenmeniz gerekir.

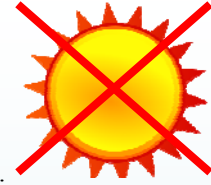
12.4. Emzirme

Doğumdan sonra kadınların en önemli sorularından birisi bebeklerini emzirip emziremeyecekleridir. Bu sorunun tek bir yanıtı yoktur aynı zamanda herkes için aynı yanıtı vermek mümkün değildir. Sizin kullandığınız bazı ilaçlar sütünüzle bebeğinize geçmesi bazen bebeğinizi olumsuz etkileyebilir. Bebeğinizi emzirme konusunu mutlaka karaciğer nakli ekibiniz ile görüşmeniz gerekir.

BÖLÜM 13

GÜNEŞTEN KORUNMA

Karaciğer nakli sonrası kullandığınız organ reddini önleyici ilaçlar sizin güneşten zarar görmeye neden olmaktadır. Güneş, bazı hastalarda cilt kanseri gelişmesine neden olabilir. Bu yüzden kendinizi güneşin zararlı etkilerinden korumanız gerekir.



Cildinizi güneşin zararlı etkilerinden korunmak için güneşli günlerde;

- dışarıya çıkmadan 20 dakika önce güneş gören yerlerinize en az 30 faktörlük (SPF) güneş koruyucu krem uygulamanız,
- şapka kullanmanız,
- güneş gözlüğü kullanmanız,
- açık renkli koruyucu giysiler giymeniz,
- saat 11.00 ile 15.00 saatleri arasında dışarıya çıkmamaya özen göstermeniz gerekir.



Ayrıca, sizin her ay kendi kendinize cildinizi kontrol etmeniz gerekir. Cildinizde;

- renk değişikliğini, ben oluşumu ya da var olan ben sayısında artışın, leke oluşumunu, var olan ben veya lekelerde genişlemeyi, benlerde kanamayı kontrol etmeniz gerekir.

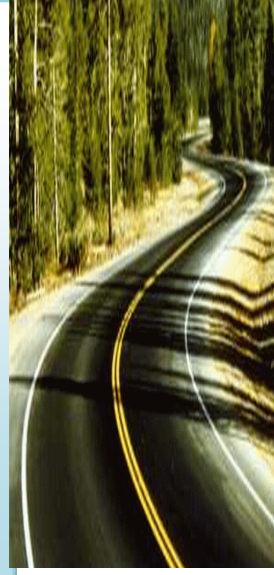
Eğer cildinizde yukarıda belirtilen değişiklikleri belirlerseniz mutlaka karaciğer nakli ekibinize ve bir cildiye uzmanına göstermeniz gerekir.

BÖLÜM 14

YOLCULUK

Karaciğer nakli sonrası özellikle erken dönemde sık aralıklarla çok sayıda kontrolünüz olacaktır.

- İzmir ili dışında oturtuyorsunuz nakil sonrası kontrollerinize gelmekte sorun yaşayabilirsiniz. Bu yüzden karaciğer nakil ekibiniz nakil sonrası erken dönemde sizin hastaneye yakın bir yerde oturmanızı önerebilir.
- Nakil sonrası hastaneye yakın bir yerde otuyorsunuz yolculuk sizin için bir sorun olmayabilir.
- Sizde bir sorun gelişmemişse ilk kontrollerinizin sıklığı ilk üç aydan sonra azalacaktır. Bu dönemde eve gitmek için yolculuk yapmayı düşünebilirsiniz. Yolculuk yapmaya karar vermeden önce karaciğer nakil ekibiniz ile görüşün.



Yolculuk Sizde Ne Gibi Sorunlara Neden Olabilir?

- Uzun süre hareketsiz kalma kan dolaşımınızı bozabilir.
- Bulduğunuz pozisyon dikiş yerlerinizde ağrıya neden olabilir.
- Yolculuk sırasında yanınızda bulunan kişilerden enfeksiyon kapabilirsiniz.
- Yolculuk sonrası hava değişimi bağışıklık sisteminizi daha kötü etkileyebilir ve enfeksiyon geçirebilirsiniz.

Yolculuğa çıktığınızda gerekli sayıda ilacınızı yanınıza almayı unutmayın.

Eğer ülkeler arası yolculuk yapmayı planlıyorsanız mutlaka karaciğer nakil ekibiniz ile görüşün.

Yolculuk öncesi almanız gereken sağlık önlemlerini alın.



BÖLÜM 15

SAĞLIK KONTROLLERİNİZ

15. 1. Ağız ve Diş Sağlığı Kontrolleri

Karaciğer nakli sonrası diş ve diş etlerinizin sağlığı önemlidir. Sizde diş, diş eti, ağız içi yara oluşumu, ağız içi enfeksiyonlar oluşabilir. Bu sorunlardan bazıları karaciğer nakli sonrası aldığımız ilaçlardan kaynaklanabilir. Özellikle diş etlerinde şişme ilaç kullanımınıza bağlı olarak gelişebilir. Bu yüzden böyle bir sorun gelişirse karaciğer nakli ekibinize bildirmeniz gerekir.

Bağımsızlık sisteminiz baskılandığı için özellikle ağız ve diş hijyeninize daha fazla dikkat etmeniz gerekir. Dişlerinizde bir sorun oluşursa diş hekimine kontrole gitmeniz ve karaciğer nakil ekibine bildirmeniz gerekir.



15.2. Göz Sağlığı Kontrolleri

Gözlerinizi ve görme durumunuzu düzenli olarak göz doktoruna kontrol ettirmeniz gerekir. Karaciğer nakli sonrası sizde göz tansiyonu, katarak, göz enfeksiyonu gelişme riski fazladır ve bu nedenle göz sağlığınıza daha fazla dikkat etmeniz gerekir.

Özellikle sizde diyabet (şeker hastalığı) varsa göz sağlığınıza daha da dikkat etmeniz gerekir.

Eğer sizde;

- göz ağrısı,
- çift görme, bulanık görme gibi görmede değişme,
- ışığa hassasiyet,
- az ışıkta görmede azalma varsa

mutlaka göz doktoruna kontrol olmanız gerekir.



15.3. Meme ve Kadın Hastalıkları Kontrolleri

Her kadın gibi sizin içinde rutin meme ve kadın doğum kontrolünüzü yaptırmanız çok önemlidir.

20 yaşından sonra her ay memelerinizi muayane etmeniz (kendi kendine meme muayenesi) ve 3 yılda bir kez bir sağlık profesyoneline (hemşire, doktor) memelerinizi kontrol ettirmeniz (klinik meme muayenesi),

40 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi yapmanız, her yıl klinik meme muayenesi yaptırmanız ve her yıl meme filmi (mamografi) çektirmeniz gerekir.

Rahim ağzı kanseri taraması için, kadın hastaların ilk cinsel ilişkiye başladıkta sonra 3 yıl içinde bir ve sonrası her yıl sürüntü testi (Pap-smear) yaptırması gerekir.



15.4. Prostat Kontrolü

Erkek hastalar için prostat taraması prostat kanserinin erken tanınması açısından çok önemlidir. Karaciğer nakli sonrası sizinde her erkek gibi prostat kanseri taramanızı yaptırmanız gerekir. Bu yüzden sizin PSA olarak adlandırılan prostata özel antijen incelemesini yaptırmanız gerekir.

50 yaşından sonra her yıl PSA'nızı kontrol ettirmeniz gerekir.

15.5. Bağırsak ve Rektum Kontrolleri

Kendinizi bağırsak ve rektum kanserlerinden korumak ve erken teşhis edilmesini sağlamak için düzenli olarak taramalarınızı yaptırmanız gerekir.

- 50 yaşından sonra her yıl özel bir aletle yapılan kalın bağırsak muayenesi (kolonoskopi) yaptırabilirsiniz.
- Sizde; dışkıda kan, tuvaletinizi yaptığımız halde sürekli tuvalete gitme isteği, uzun süreli kabızlık ya da ishal olma durumu varsa mutlaka karaciğer nakil ekibinize bildirmeniz gerekir.

15.6. Kemik Erimesi Kontrolü (Osteoporoz)

Kemik erimesi karaciğer nakli sonrası ve normalde de ileri yaşta çok görülen bir problemdir. Birçok kişi kemik erimesinin sadece kadınlarda olduğunu düşünür ancak erkeklerde de oluşabilmektedir. Kemik erimesi, kemiklerde kolay kırılma ve kemik ağrılarına sebep olur.



Kemik Erimesinden Korunmak İçin;

- Kalsiyum içeren besinler tüketin (az yağlı süt, yoğurt, peynir).
- Aldığımız kalsiyumun emilimi için D vitaminine gereksinimimiz vardır. Gerekli D vitamini için günde en az 15-20 dakika güneşe çıkın.
- Düzenli egzersiz yapın.
- Sigara ve alkol kullanmayın.
- Düzenli kemik taramalarınızı yaptırın.



BÖLÜM 16

BAĞIŞIKLANMA (AŞILAR)

Karaciğer nakli sonrası kullandığımız organ reddini önleyici ilaçlar nedeniyle bağışıklık sisteminiz baskılanmaktadır. Bu durum, enfeksiyon gelişme riskinizi arttırmaktadır. Bu nedenle kendinizi hastalıklardan korumak için bazı aşıları yaptırmanız gerekmektedir.



Hangi Aşıları Yaptırmanız Gerekir?

Karaciğer nakli sonrası;

- Gripten korunmak için her yıl sonbahardan önce grip aşısı,
- Akciğer enfeksiyonundan korunmak için her beş yılda bir pnömokok (zatürre) aşısı,
- Hepatit B'den korunmak için Hepatit B aşısı,
- Eğer siz Hepatiti B'ye bağlı karaciğer nakli olduysanız, karaciğer nakil doktorunuzun önerdiği şekilde Hepatit B Immunglobulinini yaptırmanız gerekir.

Hangi Aşıları Yaptırmamanız Gerekir?

Karaciğer nakli sonrası canlı aşıların yapılmaması gerekir.

Canlı aşılar sizde aşının bağışıklık sağlamak istediği hastalığın gelişmesine neden olabilir.

Canlı aşılar; çocuk felci aşısı, kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı, varicella aşısıdır.

Aşı olmadan önce mutlaka karaciğer nakli olduğunuzu, ilaç kullandığınızı ve canlı aşı olmamanız gerektiğini sağlık personellerine iletin.

Aşı olmadan önce mutlaka karaciğer nakil ekibi ile görüşün.

16.1. Grip Aşısı

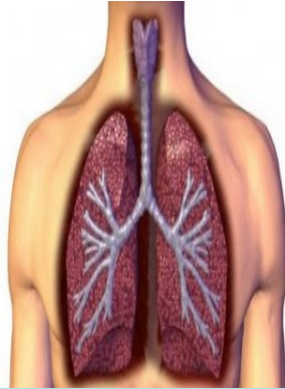
Grip aşısının canlı ve ölü formları vardır.

Sizin, ölü formunu olmanız gerekir. Her yıl gribe sebep olan virüsler değiştiği için **her yıl** sonbahara girmeden önce grip aşısının yaptırılması gerekir.

Grip aşısı olduktan sonra gribe karşı bağışıklık kazanılması için 2 hafta geçmesi gerekir. Bu iki haftalık süre içerisinde de gribe karşı kendinizi korumanız gerekir.

Eğer sizin;

- yumurtaya karşı aşırı alerjiniz varsa,
- daha önce grip aşısına karşı alerji gelişmişse,
- kas hastalığınız (Guillain-Barre) varsa grip aşısı olmamanız gerekir.



16.2. Pnömonok (Zatürre) Aşısı

Akciğer enfeksiyonuna sebep olan pnömokok bakterisine karşı bağışıklık kazandırır.

Bu aşının karaciğer nakli öncesi yapılmış olması gerekir. Bu konu hakkında karaciğer nakil ekibi size bilgi verecektir. Eğer nakil öncesi aşı yapılmadıysa nakil sonrası en kısa zamanda yapılması ve sonra her **beş yılda** bir tekrarlanması gerekir.

16.3. Hepatit B Aşısı

Bu aşının karaciğer nakli öncesi yapılması gerekir. Yapılmadığı durumlarda karaciğer nakli sonrası da uygulanabilir.

Bu aşının size uygulanması konusunda karaciğer nakil ekibinizle görüşmeniz gerekir.

Karaciğer nakil ekibiniz önerdiyse bu aşığı yaptırmamız gerekir.

Bu aşığı size, aile hekiminiz uygulayabilir. Aşının nasıl uygulanacağı ile ilgili bilgiyi aile hekiminiz size verecektir.

Karaciğer nakli sonrası Hepatit B aşısı kullandığımız ilaçlardan dolayı sizde gerektiği gibi bağışıklık sağlamayabilir.

Bu yüzden aşılarınız tamamlandıktan sonra Hepatit B'ye karşı bağışıklık durumunuzu kontrol ettirmeniz gerekir.

Eğer Sizde Hepatit B Varsa ya da Hepatit B'ye Bağlı Karaciger Nakli Olmuşsanız Ne Yapmanız Gerekir?

- Bu durumda karaciğer nakli sonrası size Hepatit B immunglobulini ve beraberinde ilaç tedavisi (zefix) başlanacaktır.
- Önemli olan diğer bir konu ailenizin Hepatit B'ye karşı bağışıklanmasıdır.
- Ailenizde birlikte yaşadığımız herkesin ve özellikle eşinizin Hepatit B aşısını olması gerekir.
- Bu konuda mutlaka karaciger nakil ekibiniz ile görüşmeniz gerekir.

16.4. Hepatit B İmmunglobulini

Hepatit B'ye bağlı karaciğer yetmezliği nedeni ile nakil uygulanan hastalara operasyon sırasında ve sonrasında damardan veya kas içine tekrarlayan dozlarda Hepatit B immunglobulin ilacı uygulanır. Amaç, vücutta dolaşan Hepatit B virüsünü baskılamak ve bu virüsün yeni karaciğerinizi tekrar hasta etmesini önlemektir.

Hepatit B immunglobulini ne zaman ve nasıl uygulanır?

Bu ilaç kas ya da damar içine uygulanan bir ilaçtır. Hepatit B immunglobulinin, ne sıklıkla ve hangi dozda uygulanacağı, kanınızdaki koruyucu antikor düzeyine göre değişir. Bu nedenle, ilaç uygulanmadan önce kan testi yapılır. Tercihen, bu kan testinin her ay yapılması ve sonuca göre Hepatit B immunglobulin uygulanması gerekir.

İstenecek kan testleri:

- HBsAg ve AntiHBs'dir.

KAYNAKLAR

1. The International Transplant Nurses Society. 2011.

<http://www.itns.org/education/patient-materials>

- a. A Guide to Your Health Care After Liver Transplantation
- b. Pregnancy and Parenthood after Transplant. What You Shoul Know
- c. Making Your Transplant Medicines Work for You After Organ Transplant
- d. What You Should Know; Diet and Exercise after Transplant
- e. What Every Patient Needs to Know about Dental Care.

2. The American Dental Association is the professional association of dentists committed to the public's oral health, ethics, science and professional advancement. 2011. www.ada.org

3. The Australian Dental Association is an organization of dentists whose aim is the encouragement of the health of the public and the promotion of the art and science of dentistry. 2011 www.ada.org.au

4. The American Dental Hygienists' Association. Contains consumer information about dental care. 2011 <http://www.adha.org/oralhealth/index.html>

5. The American Council on Exercise (ACE) is a nonprofit organization committed to enriching quality of life through safe and effective physical activity. 2011 <http://www.acefitness.org/>

6. Dietary Guidelines for Americans Dietary Guidelines is published every 5 years by the Department of Health and Human Services (HHS) and the Department of Agriculture (USDA). The Guidelines provide advice about how good dietary habits can promote health and reduce the risk for major chronic diseases. **2005.** <http://www.healthierus.gov/dietaryguidelines/>

7. The European Food Information Council, EUFIC, 2011 <http://www.eufic.org>

8. Armenti VT, Moritz MJ, Radomski JS et al. 2005. Report from the National Transplantation Pregnancy Registry: Outcomes of Pregnancy after Transplantation. In *Clinical Transplants 2004*. Cecka JM and Terasaki P (Eds), UCLA mmunogenetics Center, Los Angeles, CA 2005.

9. Blazek J. 2003. Pregnancy after Transplantation. In *Transplantation Nursing Secrets*, Cupples S and Ohler L (Eds). Philadelphia: Hanley and Belfus

10. Coscia LA, Moritz MJ, Armenti VT. 2005. The National Transplantation Pregnancy Registry Continues to Follow Post-Transplant Pregnancy Outcomes. *Transplant Chronicles*, 12:16-17

11. Dumas-Hicks D. 2003. Immunosuppression. In *Transplantation Nursing Secrets*, S. Cupples, L. Ohler L. (Eds). (pp. 67-74). Philadelphia PA: Hanley & Belfus.

12. Gordon, E. J. & Wolf, M. S. 2009. Health literacy skills of kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation*. 19(1), 25-34.

13. Messina, C., Russell, C. L., Ward, C., & Ewigman, M.A. 2000. Teaching patients about kidney transplantation: Documentation. *Progress in Transplantation*, 10(3), 169-176.

14. Ruppert T. & Russell, C. L. 2009. Medication adherence in successful kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation*. 19(1),167-172.

15. Russell, C. L., Kilburn, E., Conn, V. S., Libbus, M. K., & Ashbaugh, C. 2003. Medication taking beliefs of adult renal transplant recipients. *Clinical Nurse Specialist*, 17(4), 200-208.

16. Russell, C. L., & Freiburghaus, M. 2003. Heart transplant patient teaching documentation. *Clinical Nurse Specialist*, 17(5), 249-257.

17. Getting the most from your medications. Mayo Clinic Health Information. 2002. Broomall, PA: Mason Crest Publishers.