**T.C.**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

# KARACİĞER TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN, ÖZBAKIM GÜCÜNÜN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Sevim GÜLER**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ**

**ŞANLIURFA**

**2016**

**T.C.**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

# KARACİĞER TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN, ÖZBAKIM GÜCÜNÜN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Sevim GÜLER**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ**

**ŞANLIURFA**

**2016**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sevim GÜLER'in hazırladığı **"Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi"** konulu çalışma 22.07.2016 jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek **Hemşirelik** Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ (Danışman)

Harran Üniversitesi Hemşirelik

Anabilim Dalı

ÜYE

Prof. Dr. Firdevs ERDEMİR

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik

Anabilim Dalı

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN

Harran Üniversitesi Hemşirelik

Anabilim Dalı

../../2016

ONAY

Prof. Dr. Mustafa DENİZ

Enstitü Müdürü

# TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması süresince sürekli sabrı ve desteği ile yanımda olan, bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, yol gösteren, tez danışmanım ve değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'a,

Tezin istatistiksel analiz aşamasında bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr.Yaprak Sarıgöl Ordin'e,

Bana hayatımın her döneminde destek olan, inanan ve uzun süre çalışmamın sonlanmasını bekleyen yeğenim Sakine KARAKAŞ'a, tüm sıkıntılarıma ortak olan sevgili eşime, kızım Ronay Bade'ye ve oğlum Ufuk Baran'a

Çalıştığım okulda bu süreçte bana destek olan iş arkadaşlarıma,

Çalışmaya gönüllü katılan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Sevim GÜLER**

**2016**

**İÇİNDEKİLER**

**Sayfa No**


**TEŞEKKÜR**……..... iv
**İÇİNDEKİLER**……..... v
**TABLOLAR DİZİNİ**…… viii
**ŞEKİLLER DİZİNİ**……..……..... ix
**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**……..…. x
**ÖZET**…….…… xi
**ABSTRACT**…….…. xiii
**1. GİRİŞ VE AMAÇ**…….…… 1
**2. GENEL BİLGİLER**……..….... 5
2.1. Organ Transplantasyonu……...……..... 5
2.1.1. Tanımı ve Sınıflandırılması……..……..…. 5
2.1.2. Organ Transplantasyon Oranları……..…….. 7
2.2. Karaciğer Transplantasyonu…….…..... 8
2.2.1. Karaciğer Transplantasyonu Tarihçesi……..…..... 8
2.2.2. Karaciğer Transplantasyonunun Tanımı…….….... 8
2.2.3. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları……. 9
2.2.4. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları……...…….. 11
2.3. Yaşam Kalitesi……. 11
2.3.1. Karaciğer Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi…….…….. 13
2.4. Özbakım ve Özbakım Gücü……..…….. 18
2.4.1. Karaciğer Transplantasyonu ve Özbakım Gücü……..…… 19
2.5. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Yaşadığı Güçlükler……. 21
2.5.1. Fizyolojik Güçlükler……..……..... 21
2.5.2. Psikososyal Güçlükler..... 22

**3. GEREÇ VE YÖNTEM……..…….. 25**
3.1.Araştırmanın Tipi……..…….. 25
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı……...…… 25
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi…….…..…… 25
3.4.Araştırmanın Değişkenleri…….....…... 26
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları..... 26
3.5.1. Hasta Tanılama Soru Formu (Ek-1)…….…….... 26
3.5.2. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)……..……. 27
3.5.3. Özbakım Gücü Ölçeği(Ek-3)…….…..…….. 28
3.5.4. Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği (İTUÖ) (Ek- 4)……..….. 29
3.5.5. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği - MTSORD-58$^{TR}$ (Ek- 5)……...……..….. 29
3.6.Verilerin Toplanması……..... 30
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi……..……... 31
3.8. Araştırmanın Etik Yönü…….…… 32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları…….…..... 32
**4. BULGULAR……... 33**
**5. TARTIŞMA…… 50**
**6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….. 61**
**7. KAYNAKLAR……...…… 63**
**8. EKLER…….…….... 79**
Ek-1. Hasta Tanılama Soru Formu……..……..…….. 80
Ek-2. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği…….……..…. 84
Ek-3. Özbakım Gücü Ölçeği……..…….…….… 89
Ek-4. Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği (İTUÖ)……..……..……**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.** 93
Ek-5. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği- MTSORD-58$^{TR}$……..……...…. 94
Ek- 6. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı……..……..... 105

Ek-7. Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Yazılı İzin..…...…. 106
Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu……..…..... 107
Ek-9. SF-36'nın Kullanımı İçin İzin Yazısı……..…...… 108
Ek-10. Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Kullanımı İçin İzin Yazısı…….…….. 109
Ek-11. OrganTransplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği'nin (İTUÖ) Kullanımı İçin İzin Yazısı ……..……..…...…. 110
Ek-12. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği- MTSORD-58$^{TR}$ İzin Yazısı……..……...…….. 111

## TABLOLAR DİZİNİ

**Sayfa No**


| | | |
|---|---|---|
| **Tablo 1.** | Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları……. | 10 |
| **Tablo 2.** | Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları……... | 11 |
| **Tablo 3.** | Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı…… | 34 |
| **Tablo 4.** | Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler…… | 36 |
| **Tablo 5.** | KT Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı…… | 37 |
| **Tablo 6.** | Hastaların KT Sonrası İmmünosupresif İlaçları Düzenli Alamama Nedenlerine Göre Dağılımı…… | 39 |
| **Tablo 7.** | Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı…….. | 40 |
| **Tablo 8.** | KT Uygulanan Hastaların Özbakım Gücü Puan Ortalamaları……... | 41 |
| **Tablo 9.** | KT Uygulanan Hastaların Özbakım Gücü Düzeyleri…… | 41 |
| **Tablo 10.** | KT Uygulanan Hastaların İmmünosupresif Tedaviye Uyum Puan Ortalamaları…… | 42 |
| **Tablo 11.** | Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçeği (MTSORD-58$^{TR}$) Puan Ortalamalarının Dağılımı……. | 42 |
| **Tablo 12.** | Cinsiyete Göre Semptomların Görülme Durumu…….. | 43 |
| **Tablo 13.** | Cinsiyete Göre Semptomların Görülme Düzeyi ……... | 45 |
| **Tablo 14.** | Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Skorları İle Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon…….. | 47 |
| **Tablo 15.** | Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları ile Kullanılan Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon…….. | 48 |

# ŞEKİLLER DİZİNİ

**Sayfa No**

**Şekil 1.** Karaciğer Transplantasyonu Hastalarında Görülen İlk 10 Semptomun Dağılımı …… 43

**Şekil 2.** Karaciğer Transplantasyonu Hastalarında Rahatsızlık Oluşturan İlk 10 Semptomun Dağılımı…….. 44

# SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**DSÖ/WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**ELTR:** Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemi

**İTUÖ:** İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği

**KT:** Karaciğer Transplantasyonu

**MELD:** Hastalık Şiddeti Belirleme Modeli

**ONKOD:** Organ Transplantasyonu Koordinatörleri Derneği

**OPTN:** Organ Bağış ve Transplantasyon Birimi

**SF-36:** Kısa Form-36

**SYK:** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

**TODS:** Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi

**ITAS:** İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği

**MTSORD-58$^{TR}$:** Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu-58 Maddelik Ölçeği$^{-TR}$

# ÖZET

## KARACİĞER TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN, ÖZBAKIM GÜCÜNÜN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

**Sevim GÜLER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**

Bu çalışma, yaşadıkları yerde transplantasyon merkezi bulunmayan ve karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesini, özbakım gücünü ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma, karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini, Türkiye'de karaciğer transplantasyonu merkezlerinde transplante olan ve Adıyaman il sınırları içinde yaşayan 38 hasta oluşturmaktadır. Veriler Hasta Tanılama Soru Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Öz-bakım Gücü Ölçeği, Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği, Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği-$^{TR}$ kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı, katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerle, ridit analizi, varyans ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

KT uygulanan hastaların yaş ortalaması 48.13±12.90, %44.7'si ilkokul mezunudur. Hastaların %84.3'nün aylık kontrole gittiği, %26.5' inin KT merkezine ekonomik yetersizlik nedeniyle gidemediği, %23.4'ü giderken ulaşım güçlüğü yaşadığı, hastaların %26.3' ünün konaklayacak yer bulamadığı, %31.3'nün sağlık hizmetlerinden etkin yararlanamadığı, %25.6'sının sağlık personeliyle iletişim kuramadığı ayrıca %24'ünün kontrole gittiği yerde diyetine uygun beslenemediği saptanmıştır.

Yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının sırasıyla 35.84±9.21, 36.48±12.53, özbakım gücü puan ortalamalarının 106.55±18.91, immünosupresif tedaviye uyum puan ortalamalarının 10.84±0.78, semptom oluşma puan ortalamalarının 133.07±35.68, semptom rahatsızlık puan ortalamalarının 69.63 ±37.84 olduğu belirlenmiştir. Semptom

oluşmanın cinsiyetten etkilendiği, kadınlarda erkeklere göre daha fazla semptom görüldüğü istatistiksel olarak saptanmıştır ($p<0.032$). Hastalarda en fazla görülen 10 semptom sırasıyla; yorgunluk (ridit değeri=0.72), ruh halinde dalgalanma (ridit değeri=0.69), huzursuzluk, morarma ve idrara çıkmada artış (ridit değeri=0.68), konsantrasyonda azalma (ridit değeri=0.67), saç dökülmesi ve cinsel istekte azalma (ridit değeri=0.66), anksiyete (ridit değeri=0.65) ve kaslarda güçsüzlük (ridit değeri=0.63) olduğu belirlenmiştir

Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi düşük, özbakım gücü iyi, immünosupresif ilaç uyumu yüksek, semptom oluşma durumu yüksek ve transplantasyon merkezine uzakta yaşamaları nedeniyle birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal problem yaşadıkları tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer transplantasyonu, yaşam kalitesi, öz-bakım gücü, hemşirelik

## ABSTRACT

### DETERMINATION OF THE LIFE QUALITY AND THE SELF CARE ABILITY OF THE PATIENTS WHO HAD LIVER TRANSPLANTATION AND THE DIFFICULTIES EXPERIENCED BY THEM

**Sevim GÜLER**

**Department of Nursing, Master Degree Thesis**

This study was conducted to determine the life quality, self care ability and the difficulties experienced in the patients who had liver transplantation and lived in places without any transplantation centers.

The study was conducted as a definitive study on the patients who had liver transplantation. 38 patients who had transplantations in the LT centers in Turkey and live with in the borders of the province of Adıyaman formed the sample of this study. The data was obtained using patient identification question forms, Quality of Life Scale, Self Care Ability Scale, Questionnaire of Adaptation to Immunosuppressive Therapy for Organ Transplantation Patients and The Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale. Written approvals were taken from Harran University School of Medicine Ethics Committee and Adıyaman Province Union of Public Hospitals General Secreteriat and written and oral approvals were taken from the participants to actualize the study. Statistical analyzes of data; descriptivestatistics, ridit analysis, variance and correlation analysis were used.

In the study, the average age of the patients who had LT is 48.13±12.90 and 44.7 % of them graduated from primary school. It was determined that the %84.3 of the patients went to the institutions for monthly controls. 26.5 % of them could not go to the LT centers because of financial in capability. 23.4 % of them had difficulties when they were travelling to go to the health institutions for control. Moreover, it was determined that the 26.3 % of the patients could not find anywhere for accomodation, 31.3 % of them could not take advantage of the health services effectively. 25.6 % of them could not communicate with the health staff, 24 % of them could not go on their dietin the places they went for controls.

The life quality physical and mental healths coreaverages were determined as 35.84±9.21 and 36.48±12.53 respectively, using the SF-36 scale. The self care ability average scores were (106.55 ±18.91) and the averages of adaptation to immunosuppressive therapy were determined as 10.84 ±0.78. The symptom occurrence average scores were determined as 133,07±35.68 and the symptom distress average scores were determined as 69.63 ±37.84. It was statistically determined that the symptom formation was affected by sex and more symptoms were seen in women when compared to men. In patients undergoing liver transplantation is the most common symptoms respectively; fatigue (ridit value=0.72), mood swings (ridit value=0.69), unrest, bruises and increase durination (ridit value=0.68), lack of concentration (ridit value=0.67), hair loss and decrease in sexual desire (ridit value=0.66), anxiety (ridit value=0.65) and muscles weakness (ridit value=0.63)

The life quality of the patients who had LT was determined as low, their self care ability was determined as good and their adaptation to the immunosuppressive medicines was determined as high. It was determined that they had many physical, psychological and social problems because they lived away from the transplantation center.

**Keywords:** Liver transplantation, quality of life, self-care ability, nursing

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta insanlara nitelikli bir yaşam sağlayabilmek için modern tıp sürekli yeni gelişmelere imza atmakta ve organ transplantasyonu da ilerleme sağlanan konuların başında gelmektedir. Organ yetmezliği nedeniyle yaşamının sonuna gelmiş bir hastanın hayatını kurtarmak, yaşam süresini ve kalitesini artırmak, organ transplantasyonunun en önemli hedefidir (1). Dünyada ve ülkemizde diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen ve yaşamı tehdit eden son dönem karaciğer yetmezliğindeki hastalara önerilen yaşamı koruyucu ve sürdürücü tek tedavi yöntemi karaciğer transplantasyonudur. Karaciğer transplantasyonu (KT), beyin ölümü gerçekleşmiş ya da tamamen sağlıklı insanlardan, normal fonksiyonları devam eden karaciğer dokusunun bir kısmının alınıp hastalıklı karaciğer dokusu ile değiştirilmesidir (2-5).

Son yıllarda gelişen teknoloji ile immunosupresif tedavi, enfeksiyon kontrolü ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler karaciğer transplantasyonunu son dönem karaciğer yetmezliği olan hastalarda en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiş, yaşam süresini ve kalitesini arttırmıştır (4,5). Karaciğer yetmezliğinin tedavisinde uygulanan karaciğer transplantasyonunun; beklenen dört önemli sonucu vardır. Bunlar; mortalite ve morbitide oranında azalma, sağ kalım süresinde uzama, greft sağ kalım süresinde uzama ve yaşam kalitesinde iyileşmedir (6). KT sonrası hastaların sağ kalım oranı 1 yıl, 10 yıl ve 18 yıl sırasıyla %83-88, %68-72, %48-56 olarak tespit edilmiştir (7). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Organ, Doku Transplantasyonu ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı verilerine göre 2011 yılında 906 hastaya, 2012 yılında 1002 hastaya, 2013 yılında 1249 hastaya, 2014 yılında 1211 hastaya ve 2015 yılı haziran sonuna kadar 602 hastaya karaciğer transplantasyonu yapılmıştır (8).

Günümüzde sağlık hizmetinin en önemli hedeflerinden biri de, hastalığın tedavisinin yanı sıra hasta yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Transplantasyon, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için iyi bir alternatif olarak kabul edilmekte, hastalık nedeniyle oluşan sınırlamaların birçoğunu ortadan kaldırarak yaşam kalitesini artırabilmektedir (9). Dünya Sağlık Örgütü' nün Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu yaşam kalitesini "bireylerin; yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri" olarak tanımlamıştır (10).

KT uygulanan hastaların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda hastaların KT öncesi ve sonrası farklı düzeylerde etkilendiği belirtilmiştir (7,11-15). KT yapılan hastaların yaşam kalitelerinin incelendiği sistematik review bir çalışmada; 23 çalışma ile toplamda 5402 KT olan hasta incelenmiş, uzun dönemde yaşam kalitelerinin transplantasyon sonrası komplikasyonlar nedeniyle fiziksel alan boyutunda kötü olduğu, KT uygulanan hastaların akciğer, böbrek ve kalp transplantasyonu yapılan hastalar ile karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin benzer olduğu bulunmuştur (7).

Birçok çalışmada yaşam kalitesinin KT sonrası iyileştiği (7,11,13,15-32) bazı çalışmalarda ise yaşam kalitesinin düştüğü (12,14,19,33-40) tespit edilmiştir.

KT sonrası hastaların sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve özbakım düzeylerinin artırılması, hastaların transplantasyon sonrası nelerle karşılaşılabileceğini bilmesi, bireyin hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenmesi ve hastalığın yarattığı olumsuz etkilerle baş etmede öz bakım gücünün geliştirilmesi oldukça önemlidir (41,42). Yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için bireylerin kendisi tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak açıklanan özbakım; insanlarda kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilmiş davranışlardır. Özbakım gücü; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama becerisidir (43-45). Özbakım gücü yeterli olan birey, özbakım gereksinimlerini yeterli bir şekilde karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilecektir (41,44,45). KT uygulanan hastalarda, özbakım gücünün incelendiği bir çalışmaya ulaşılmış ve bu çalışmada hastaların özbakım gücü toplam puanının yüksek olduğu saptanmıştır (46). Ancak farklı transplantasyon uygulanan hastalarda özbakım gücünü inceleyen yalnız üç çalışmaya ulaşımış ve bu çalışmalarda hastaların özbakım güçleri farklı bulunmuştur (47-49).

Transplantasyon, uzun süreli bir tedavi ve bakım gerektirir. Hastaların transplantasyon sonrası dönemde kendi bakımlarını gerçekleştirebilmeleri; yeterli bilgi, beceri ve motivasyon düzeylerine bağlıdır (42). Literatür incelendiğinde kronik hastalığı olan hastaların özbakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu birçok araştırma göstermiştir (50,51). KT uygulanan hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal alanlarda yaşadığı sorunlarla birlikte tedaviye uyumsuzluk, ilaç uyumsuzluğu gibi değişik semptomlar yaşadığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (32,52-55). KT sonrası yaşanan semptomların kontrolü hastaların sağ kalım sürelerini ve yaşam kalitelerini etkilemektedir (52,56). KT sonrası transplantasyon

öncesindeki fiziksel durumda iyileşme ile birlikte hastalar yorgunluk, ağrı, kilo alma, hafıza ve düşünce sürecinde etkilenme yaşamaktadır (52).

Forsberg ve arkadaşlarının 2000 yılında karaciğer transplantasyonu yapılan 12 hasta ile yaptıkları çalışmada; alıcıların transplantasyondan bir yıl sonra bu dönemde çelişkili duygular, yeni bir insan olma ya da bedene sahip olma, günahkarlık ya da minnettarlık, anksiyete ve korku, ölüm korkusu, rejeksiyon ya da enfeksiyon korkusu gibi psikolojik duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir (52). Egwim ve Botero yaptıkları çalışmada transplantasyon sonrası Hepatit B profilaksisi yapılmayan hastalarda, Hepatit B enfeksiyonunun %75 ile %90 oranında yeniden geliştiğini belirtmişlerdir (57).

Amodio ve arkadaşları yaptıkları çalışmada karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarda görülen nörolojik semptomların %11 ile %42 arasında değiştiğini prevelansın %25 olduğunu saptamışlardır (58).

Transplantasyon öncesi ve sonrasındaki yaşam kalitesini araştıran çalışmaların çoğu cinsel fonksiyon bozukluğunun (CFB) sık rastlanan bir sorun olduğunu belirtmektedir (59). Ho ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, KT uygulanan 150 hastanın %24'ünün transplantasyon öncesinde, %32'sinin transplantasyon sonrasında CFB yaşadığı saptanmıştır. Drent ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada 123 KT hastasında transplantasyon sonrası semptomlar incelenmiş, her iki cinsiyette tüylenmede artışın en sık yaşanan sorun olduğu, kadınlarda ağrı, erkeklerde ise impotansın sık yaşandığı belirtilmiştir (60). Koller ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan 356 böbrek transplantasyon hastası ile yaptığı çalışmada; en sık görülen semptomların yorgunluk, eklem ve sırt ağrısı olduğu, kadınlarda halsizlik, uyuşukluk, görünümde değişiklik, erkeklerde ise anksiyete ve impotans görüldüğü saptanmıştır (61). Ayrıca bir çok çalışmada KT hastalarının, ağrı, iştahta değişim, bulantı, kusma, enfeksiyon, konsantrasyonda azalma, kıllanma, ay dede yüz, morarma ve cinsel istekte azalma yaşadıkları belirtilmektedir (62-65).

Transplantasyon süreci hem hastaları hem de ailelerini birçok yönden etkileyen zorlu ve uzun bir süreçtir. Hastaların; ekonomik güçlükler, işini kaybetme veya değiştirmek zorunda kalma, aileye maddi yük olma, rollerini yerine getirememe, huzursuzluk, değersizlik, çaresizlik, sosyal izolasyon yaşadıkları yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Transplantasyon merkezinden uzak bir yerde yaşam nedeniyle bu sorunların dışında ayrıca; sağlık hizmetlerinden etkin yararlanamama, konaklayacak yer bulma güçlüğü nedeniyle rutin gitmesi gereken kontrollerini aksatma, sağlığını sürdürmeye yönelik bilgi alamama, transplantasyon

merkezindeki sağlık personeline her an ulaşamama nedeniyle ölüm korkusu yaşadıkları belirtilmektedir. Aras'ın yaptığı çalışmada transplantasyon sonrası hastaların %77.5'inin maddi sıkıntı, %35'inin ailede huzursuzluk, %22.5'inin işine devam edememesi nedeniyle güçlük yaşadığı ve %42.5'inde psikolojik değişiklik görüldüğü saptanmıştır (66).

Günümüzde 27 Avrupa ülkesinden 153 merkezin kayıtlı olduğu Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemine ülkemizin de dahil olduğu dokuz merkez kayıtlıdır (67). Ülkemizde 2014 yılı verilerine göre 2002'de 44 olan transplantasyon merkezi sayısı 2014'te 123'e ulaşmıştır. Mart-2016 itibariyle 206 transplantasyon merkezi vardır ve bu merkezlerin 44 tanesinde KT yapılmaktadır (68).

Hastaların organ transplantasyonu uygulanan merkezlerden farklı şehirlerde yaşaması, KT uygulanmasına bağlı sorunlar yanında farklı sorunlar da yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle transplantasyon öncesi, transplantasyon sırası ve transplantasyon sonrası kısa ve uzun dönemde sağlık bakım hizmetlerinin başarıya ve hedefine ulaşmasında; KT uygulanan hastalarda gelişebilecek komplikasyonları önlemek, bu bireylerin özbakım güçlerini geliştirmek, yaşam kalitesini korumak ve yükseltmek için hemşirelik hizmetleri oldukça önemlidir. Bu nedenle bu çalışma yaşadıkları yerde transplantasyon merkezi bulunmayan ve karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesini, özbakım gücünü ve yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmanın bireye verilecek sağlık hizmetlerinin planlanmasında, hizmetin erişilebilirliğinin ve kullanılabilirliğinin artırılmasında, ayrıca bu konuda yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Organ Transplantasyonu

### 2.1.1. Tanımı ve Sınıflandırılması

Organ transplantasyonu; tedavisi mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle vücutta görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, canlı veya kadavra (ölü) bir vericiden alınan yeni, sağlam bir organın ve dokunun konularak hastanın tedavi edilmesi olarak tanımlanmaktadır (1,69,70). Organ transplantasyonu uzun dönem sonuçları iyi bilinen etkili bir tıbbi işlemdir. Transplantasyon ameliyatla yapılır ve ölümcül durumdaki ya da vücut işlevlerinin bir kısmını yerine getiremeyen hastanın sağlıklı bir yaşama kavuşmasını sağlar, yaşam süresini ve kalitesini artırır (71,72).

Organ transplantasyonu, günümüzde birçok kronik ve terminal dönemdeki organ hastalıklarında uygulanan rutin, geçerli, ileri ve sağlığına kavuşacak birey için alternatifi olmayan bir teröpatik yöntem olarak kabul edilmektedir (1,73).

Transplantasyon amacıyla doku veya organın alındığı kişiye 'verici' ya da "donör" denir (26). KT için iki önemli donör kaynağı; canlı ve kadavra vericilerdir (donör). Donör kaynağının canlı ya da kadavra olması transplante edilen karaciğerin yaşam süresini, reddedilme (rejeksiyon) durumunu ve fonksiyonlarını etkilemektedir (74). Ülkemizde hem canlı hem de kadavra vericiden organ transplantasyonu hizmetleri 25.05.1979 tarihli 2238 sayılı yasa ile düzenlenmiştir (75).

**Canlı verici (donör);** canlıdan organ transplantasyonu; sağlıklı, gönüllü, özverili, kendi özgür iradesiyle karar veren ve maddi hiçbir çıkar sağlamayan, 1.-4. Derecede akraba ya da akraba olmayan doku uyumu uygun bir vericinin, hayatını riske atmayacak şekilde böbrek gibi çift organlarından birini ya da tek ve kendini tamamlayabilen organlardan bir parça alınıp, alıcı bireyin iyileşmesine yeniden ikinci kez yaşama şansına sahip olmasına fırsat tanıyan tamamen hasta alıcı bireyin yararına yönelik yapılan özel tıbbi ekip tarafından mevzuata ve etiğe uygunluğu onaylandıktan sonra gerçekleştirilen bir işlemdir (72,76-78).

Canlıdan transplantasyonlarda verici için komplikasyon görülme oranları % 9-67 (79) ve mortalite oranları ise % 0,05 ile %0,5 arasında değişmektedir. Canlı verici Avrupa ve

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) daha az oranda kullanılmaktadır. Canlı vericinin avantajları, hasta ve greftin yaşama şansının daha yüksek olması, organ elde edilebilirliğinin artması ve alıcıda en iyi tıbbi bakım olanağının sağlanmasıdır (78-80).

**Kadavra verici (donör**): Trafik kazası, kurşunlanma, beyin kanaması gibi nedenlerle bir hastanenin yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hasta bireyin ventilatör desteğindeyken beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı kinik olarak gerçekleşen kişidir (81,82). Tıbben beyin ölümü gerçekleştiği tespit edilen bireyin organlarının ailenin onayıyla organ transplantasyonuna karar verildiği takdirde alınarak ihtiyacı olan bireye transfer işlemine de kadavradan organ transplantasyonu denilmektedir. En uygun kadavra verici, tıbben geri dönüşümsüz beyin ölümü gerçekleşmiş, yaş olarak genç, tıbbi açıdan sağlıklı ve beyin dışındaki organları sağlam olan bireylerdir (81,82). Beyin ölümü; beyin sapı dahil tüm beyin (korteks, spinalkord, beyin sapı) fonksiyonlarının tamamen ve irreversibl kaybıdır. Beyin ölümü tanısı; hastada geri dönüşü olmayan koma, arefleksi ve apne varlığını gösteren klinik bir tanıdır (71,83,84).

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 muvafakatinin alınması gerekmektedir (71). 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 da 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 (32). Kadavra verici, transplantasyon için ana organ kaynağı olarak kabul edilmektedir (6,85).

Transplantasyon konusundaki gelişmelere ve transplantasyon için bekleyen hastaların sayısının giderek artmasına rağmen donör kaynakları dünyada ve ülkemizde hala oldukça sınırlı durumdadır (84). Ülkemizde 2011-2015 yılları arasında bildirilen beyin ölümü sayısı 8263 ve aile izin sayısı ise 1936' dır. 2014 yılı verilerine göre kadavrada organ bağışındaki yetersizlik nedeniyle yılda yaklaşık 2 bin kişi organ transplantasyonu olamadan hayatını kaybetmektedir (68).

### 2.1.2. Organ Transplantasyon Oranları

Tüm organ transplantasyonlarında olduğu gibi KT de yıllara göre uygulama sıklığı ve sağ kalım süresinde artış olduğunu istatistiksel veriler bize bildirilmektedir. Transplantasyon ameliyatlarının başarı düzeyinin artmasıyla birlikte bu ameliyatı bekleyen ve bu ameliyatı geçiren hastaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. 1970'lerde %30'lar civarında olan bir yıllık sağ kalım 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 KT sağ kalım oranları 1 yıl, 5 yıl, 10 yıl ve 18 yıl sırasıyla %83-88, %70-80,%68-72, %48-56 civarındadır (7,86-88). Türkiye'de 2014 yılı verilerine göre organ transplantasyonu olmuş hastalarda başarı ve sağ kalım oranı Avrupa'da yüzde 85-96 olup, Türkiye Avrupa ile eşdeğer durumdadır (68).

Günümüzde 27 Avrupa ülkesinden 153 merkezin kayıtlı olduğu Avrupa Karaciğer Transplantasyonu Kayıt Sistemine ülkemizinde dahil olduğu dokuz merkez kayıtlıdır (67). Ülkemizde 2014 yılı verilerine göre 2002'de 44 olan transplantasyon merkezi sayısı 2014'te 123'e ulaşmıştır. Ülkemizde 10.03.2016 itibariyle 206 transplantasyon merkezi vardır ve bu merkezlerin 44 tanesinde KT yapılmaktadır (68).

EDQM'un 2014 yılı verilerine göre; Dünyada 2013 yılında yapılan solid organ transplantasyonun toplam sayısı 118127'dir. Bu sayının 79325 (%41,9 LD) böbrek, 25050 (%18,3 LD) karaciğer, 6270 kalp, 4834 akciğer, 2474, 174 ince bağırsak transplantasyonu oluşturmaktadır (89). EDQM'un 2014 yılı verilerine göre; Latin Amerika Ülkelerinde (N =16) 11770 (%34,6 LD) böbrek, 2708 (%8.7 LD) karaciğer, 594 kalp, 153 akciğer, 224 pankreas, 12 ince bağırsak transplantasyonu yapılmıştır. Bu transplantasyonların 4620'sini kadavra vericiler oluşturmuştur (89). EDQM'un 2014 verilerine göre; Avrupa birliğindeki (N=28) ülkelerde 19 670 (% 21.7 LD) böbrek, 7390 (%3.3 LD) karaciğer, 2146 kalp, 1822 akciğer, 818 pankreas, 44 ince bağırsak transplantasyonunun yapıldığı rapor edilmiştir. Toplamda 31890 transplantasyon yapılmıştır. Bu transplantasyonların 10033 kadavra vericiden sağlanmıştır (89). OPTN'in verilerine göre; 1988-2015 tarihleri arasında ABD 'de yapılan organ transplantasyonlarının toplam sayısı 653.108 'dir. Bunu sayının 386.281 böbrek, 139.999 karaciğer, 8131 pankreas, 21.324 böbrek-pankreas, 62.508 kalp, 31.025 akciğer, 1182 kalp-akciğer, 2658 bağırsak transplantasyonu oluşturmaktadır (90). 2011-2015 yıllarında transplantasyonu gerçekleştirilen hasta sayısı 32.841'dir (90).

2005 yılında ABD'de yapılan transplantasyon sayısı % 28.1, 2010 yılında % 28.6 ve 2015 yılında ise % 30.9 oranında artmıştır. Transplantasyonların yaklaşık %81'i (24.982) birçok organı bağışlanabilen kadavra, %19 ise (5986) canlı vericilerden sağlanmıştır (90). OPTN/2016 verilere göre; 2015 yılında ABD'de transplantasyon listesinde bekleyen aday sayısı 121.484'tür. Bunların 78114'ünü aktif bekleme listesindeki adaylar oluşturmaktadır. KT olmayı bekleyen hasta aday sayısı 14.786'dır. 2015 yılında ABD'nde yapılan organ transplantasyonları ilk kez yıllık 30.000'den fazla gerçekleşmiştir (91).

Türkiye Dünyada KT Amerika, Fransa, Almanya ve İspanya'dan sonra 5. sırada, canlı vericiden yapılan transplantasyonlarında ise 1. sıradadır. Toplam organ transplantasyonunda ise Avrupa'nın en iyi ülkeleri ve ABD ile başa baş gittiği bildirilmektedir. Avrupa'da %75 olan organ bağışı oranı Türkiye'de % 23 seviyelerindedir. Bugün ülkemizde 25 binden fazla kişi organ bekleme listesindedir. Her yıl yaklaşık 4 bin kişi, bu listeye eklenmektedir. Ülkemizde 2015 yılında bekleme listesinde bulunan hasta sayısı toplam 13.769' dur. Bunların 2.005'i KT olmayı bekleyen adaylar oluşturmaktadır. 2011-2015 yılları arasında kadavra verici sayısı 1.936, canlı verici sayısı ise 16.363' tür. 2011-2015 yılları arasında 4378 KT yapılmıştır. 2015'de KT olan hasta sayısı ise 1.216' dır (68).

## 2.2. Karaciğer Transplantasyonu

### 2.2.1. Karaciğer Transplantasyonu Tarihçesi

İnsanda ilk KT 1963'te Dr. Thomas E.Starzl tarafından Colorado Üniversitesi'nde biliyer atrezisi olan üç yaşındaki erkek hastaya kadavradan alınarak yapılmıştır (42,88,92,93). Ülkemizde, ilk kez 1975'te böbrek transplantasyonu, bunu takiben 1988'de ilk KT'de yapılmıştır (70,94).

### 2.2.2. Karaciğer Transplantasyonunun Tanımı

KT, kronik hastalık tedavilerine göre hastaların yaşam süresini ve yaşam kalitesini yükselten bir tedavi yöntemidir (88,95). Transplantasyonun, toplumsal yararlılık açısından uzun dönem sonuçları değerlendirildiğinde, kronik hastalık tedavisine göre maliyetinin daha düşük olduğu görülmektedir (91). KT, karaciğer fonksiyonlarının vücudun yaşamsal

gereksinimlerini karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı karaciğer vericisinden alınan karaciğerin bir bölümü ya da tamamının alıcıya transplante edilmesidir (96)**.**

1970'de antitimosit ve antilenfosit globulinin, 1976'da siklosporin A'nın, 1980'lerde Wisconsin solüsyonunun, 1990'larda takrolimus (FK -506), sirolimus, mikofenolikasit'in kullanımına başlanması, teknolojik gelişmelerin cerrahi alanda kullanılması, cerrahi teknik yaklaşım, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerin ve deneyimlerin artması, son yıllarda vakaların iyi seçilmesi, perioperatif ve postoperatif yoğun bakım koşullarının iyileşmesi KT tedavi başarısını etkilemiştir **(**66,88,92,93).

Ayrıca transplante edilecek organın temin edilme ve saklanma koşullarının gelişmesi, donör ve alıcının seçimi, transplantasyon zamanının belirlenmesi ameliyat süreçlerinde zamanın daha etkin kullanımı, alana özgü eğitimli hemşirelerin verdikleri bakım hizmetlerinin niteliğinin artması, toplumun eğitim ve kültür seviyesindeki yükselmeyle birlikte organ bağışının artması, bireylerin kendi sağlıklarına verdikleri değer ve önemin artması, günümüzde sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazandırılması, yaşam süresinin uzatılması, organ fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması, nitelikli yaşamın devamı için bir şans yakalama gibi gelişmeler nedeniyle KT her yaş grubu bireyler için bir umut haline gelmiş ve cerrahi ameliyatlarının sayısında ve başarısında büyük bir artış olmuştur **(**26,42,87,93,97).

Bunun yanı sıra bir yıllık yaşam süresi önemli ölçüde artmış ve 1980'li yıllara gelindiğinde transplantasyon yapılan merkez sayısı ve yapılan ameliyat sayılarına paralel olarak, hasta ve greft yaşam sürelerinde iyileşme olduğu görülmüştür. 1983'te artık KT bir deneysel yöntem olmaktan çıkarak son dönem karaciğer hastalarında uygulanabilir standart bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir (6,66,88,93,98).

### 2.2.3. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları

KT endikasyonları genel olarak; kronik karaciğer yetmezliği, akut karaciğer yetmezliği, kalıtımsal metabolik hastalıklar ve pimer hepatik melignensiler olarak sınıflandırılabilmektedir. KT endikasyonlarının ayrıntılı sınıflandırması Tablo 1.'de verilmiştir.

**Tablo 1. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları**

| | |
|---|---|
| **Akut karaciğer yetmezliği** | Akut hepatit A<br>Akut hepatit B<br>İlaç/toksin hepatotoksisitesi |
| **Kronik karaciğer yetmezliği** | Kronik hepatit B virüsü ve kronik hepatit C virüsü enfeksiyonu<br>Alkolik karaciğer hastalığı<br>Otoimmun hepatit<br>Kriptojenik karaciğer hastalığı<br>Primer bilier siroz ve primer sklerozan kolonjit<br>Sekonder bilier siroz |
| **Metabolik hastalıklar** | Alpha-1 antitripsin yetersizliği<br>Genetik hemokromatozis<br>Wilson hastalığı<br>Glikojen-depo hastalığı<br>Tip 1 hyperoxaluria<br>Familial homozigus hipekolesterolemi |
| **Malignansi** | Primer hepatik kanser: hepatosellüler karsinoma ve kolonjio karsinoma<br>Metastatik: karsinoid tümörler ve islet hücreli tümörler |
| **Diğer** | Polikistik karaciğer hastalığı<br>Budd-Chiari sendromu |

Kaynak: 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 (99).

KT en yaygın endikasyonunu kronik karaciğer yetmezliği tanısı konulan hastalar oluşturmaktadır. 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 oranları giderek artmış ve Avrupa ve ABD' de en yaygın KT endikasyonu haline gelmiştir (100).

Ülkemizde KT 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 neden olabilmektedir. ABD ve Avrupa'da HBV'ye bağlı kronik ve fulminant karaciğer yetmezliği görülme oranı %5 ve %10'dur (32,67).

KT sonrası sağ kalım oranı en iyi olan karaciğer hastalığı primer bilier kolanjit ve primer sklorojen kolanjittir. En kötü sağ kalım oranı olan ise hepatosellüler karsinoma ve fulimant karaciğer yetmezliğidir (99).

### 2.2.4. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları

Kontrendikasyonların transplantasyon yapılan merkezlere göre değerlendirilmesinde farklılıklar vardır. KT kesin kontrendikasyonlarını tanımlamak mümkün olduğu kadar çok hastanın KT endikasyonu için değerlendirilmesini kolaylaştıracaktır. KT kontrendikasyonları zaman içerisinde ilerleyen tedavi yöntemleri, deneyimler ve araştırma sonuçlarına göre değişebilmektedir. KT kontrendikasyonları kesin ve göreceli olarak sınıflandırılmaktadır. KT kontrendikasyonlarının kesin ve göreceli sınıflandırması Tablo 2.'de verilmiştir (85,101).

**Tablo 2. Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları**

| **Kesin Kontrendikasyonlar** | **Göreceli Kontrendikasyonlar** |
|---|---|
| Şiddetli kardiyo pulmoner hastalık<br>Ekstra hepatik malignensi<br>Aktif alkol veya madde kullanımı<br>Akut alkolik hepatit<br>Aktif enfeksiyon ve kontrol edilemeyen sepsis<br>Beyin ölümü | İleri yaş<br>AIDS<br>Kolonjio karsinoma<br>Diffüz portal ventrombozu<br>Psikolojik destek eksikliği ve tıbbi kontrollere gelmede yetersizlik |

Kaynak: Varma V., Mehta N., Kumaran V., Nundy S., Indications and contraindications for liver transplantation, International Journal of Hepatology, 2011; 121862: 1- 9 (5).

## 2.3. Yaşam Kalitesi

**Yaşam kalitesi;** bireyin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik durumuna sahip olmasıdır (102,103). Sağlık ile yaşam kalitesi birbirini etkileyen, birbirinden etkilenen ve iç içe geçmiş kavramlardır. Dünya Sağlık Örgütü'de 1947 yılında sağlığı, yalnızca hastalıkların olmaması hali olarak değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (104). Yaşam kalitesi ise sağlık durumundan biraz daha soyut bir kavram

olup, subjektif iyilik hali veya bir diğer ifadeyle kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu olarak tanımlanmakla birlikte bireyin kendi amaçları, beklentileri, kaygıları ve standartları ile ilgili kültür ve değer sistemleri bağlamında yaşamdaki konumu ile ilgili algısıdır (103,105-107). 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 (108,109). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak tanımlanmıştır (110-112).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel yeterliliği, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan etkileşimleri kapsayan bir kavram olarak tanımlamaktadır (113). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) ise bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir (114). Ancak, sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) için bütün otoritelerce üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanım henüz geliştirilmemiştir (111).

SYK bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu nedenle bu iki kavram birbiriyle yakından ilişkilidir (111,114). Sağlıkta yaşam kalitesi hasta bireyin fiziksel, duygusal, mental ve sosyal davranışlar bakımından iyilik halini kapsayan subjektif, karmaşık ve aslında kolay ölçülemeyen, zaman ve ortama bağımlı değişkenlik gösteren çok boyutlu bir kavramdır (111,112,115-117). Psikometrik ölçümlerde maddeler bu boyutlara göre gruplandırılarak değerlendirilmelidir (104).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesinin ele alındığı ilk çalışma 1970 yılında yapılmış ve hemşirelik alanında kullanımı 1980'li yıllardan bu yana gelişim göstermiştir (118,119). 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 kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (111,112).

Hemşirelik bakım felsefesi sağlıkta yaşam kalitesinin boyutlarını hedef almaktadır ve bu boyutları iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hemşireler, hasta bireylerin bakımında tam gün sorumlu olduklarından yaşam kalitesini değerlendirmede primer rol alıcılardır. Bu nedenle hemşire, hemşirelik uygulamalarının dayandığı yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı var olanları benimsemeli, geliştirici modeller oluşturmalı, uygulamalı ve değerlendirebilmelidir (111,112).

### 2.3.1. Karaciğer Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi özellikle tedavileri için büyük miktarda kaynak kullanılan, hastalığın etkileri nedeniyle yaşam kaliteleri önemli derecede bozulmakta olan kronik karaciğer hastaları üzerinde çok boyutlu etkilerinin gösterilmesi ya da ölçülmesi ve hastaya uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi açısından büyük önem taşır (111,120).

Bireyler için hayat kurtarıcı tek tedavi yöntemi olan KT, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve yaşam sürelerinin büyük oranda uzamasına neden olduğu için iyi bir alternatif olarak kabul edilmekte, hastalık nedeniyle oluşan sınırlamaların birçoğunu ortadan kaldırarak yaşam kalitesini artırabilmektedir (4,5,115). Yaşam kalitesinde yükselme, KT uygulanan hastalarda beklenen hasta sonuçları arasında dördüncü sırada gelmektedir (6). Diğer taraftan kronik hastalık olarak değerlendirilen transplantasyon ameliyatlarından sonra bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte, günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamama, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırmakta, öz bakım güçlerini zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkararak belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Tüm bunların sonucunda ise bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (41,115,121-123).

KT sonrası sonuçların değerlendirmesi temel olarak ameliyat sayısına, uzun dönem sağ kalım oranlarına ve oluşan komplikasyonlara göre yapılmaktadır. Ancak günümüzde maliyet, sağlık ilişkili yaşam kalitesi ve işe geri dönme gibi yeni tanımlamalar da önem kazanmıştır. KT sonrası hastaların sağ kalım oranı 1 yıl, 10 yıl ve 18 yıl sırasıyla %83-88, %68-72, %48-56 olarak tespit edilmesi yaşadığımız yüzyılda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde karaciğer transplantasyonu olan bireylerin de kronik hastalıklar grubuna dahil edilerek değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (7,9,124,125).

Transplantasyon olan hasta bireyde hastalığın getirdiği kısıtlamalara rağmen hastaların kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sağlık bakımının en önemli amacıdır. Bu yüzden hemşirelik bakımı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerine yoğunlaşmalıdır (124,125).

KT olan hastaların hem transplantasyon öncesi hem de sonrası yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin incelendiği çalışmalar genellikle kesitsel, karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Ancak literatür incelemesinde son yıllarda bu hasta grubunun yaşam kalitesinin

uzunlamasına incelendiği de görülmektedir (28,63). KT uygulanan hastaların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda hastaların yaşam kalitelerinin KT öncesi ve sonrası farklı düzeylerde etkilendiği belirtilmiştir (7,11-16,27).

Bonsel ve arkadaşları tarafından KT öncesi ve sonrası hastaların (n=46) yaşam kalitesi incelenmiş; transplantasyon öncesi hastaların özellikle enerji düzeyi başta olmak üzere yaşam kalitesinin tüm boyutlarındaki puanlarda düşme görüldüğü, tarnsplantasyon sonrası ise yaşam kalitesinin tüm boyutlarında iyileşme sağlandığı ve transplantasyon sonrası birinci yılda en iyi düzeye ulaştığı vurgulanmıştır (16).

Bryan ve arkadaşlarının KT uygulanan hastaların yaşam kalitesinin incelediği çalışma sonucuna göre; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları; fiziksel işlev, 75; fiziksel rol, 75; mental rol, 100; sosyal işlev, 75; ağrı, 74; mental sağlık, 76; yaşamsallık, 55; genel sağlık algısı, 70 olarak değerlendirilmiştir (17).

Dena ve arkadaşları tarafından SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan meta analiz beş çalışma ile toplamda 468 KT uygulanan hasta incelenmiş, yaşam kalitesi mental sağlık puanı; 72.6, fiziksel sağlık puanı; 67.6 olarak değerlendirilmiştir (18).

Carrol ve arkadaşları tarafından KT uygulaması öncesi ve sonrası 53 hastanın yaşam kalitesini incelenmiş; ameliyat öncesi ve sonrası üçüncü ayda tekrarlı ölçümler yapılmış, örneklem grubunu oluşturan hastaların SF-36 yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalaması 53.1; mental sağlık puan ortalaması 63.9 olarak saptanmıştır (20).

De Bona ve arkadaşlarının İtalya'da 142 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, transplantasyon öncesi, sonrası 6, 9, 12, 24, 48, 60 ay geçmiş olan hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik durumu incelenmiş ve hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik durumda en fazla iyileşmenin KT sonrası 6. ayda olduğu belirtilmiştir (126).

Younossi ve arkadaşları tarafından KT uygulanan hastaların ikinci ve 23. aylarda yaşam kalitesini incelemiş; transplantasyon öncesinde yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğunu, cinsiyet ve hastalık etiyolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Transplantasyondan sonra hastaların fiziksel sağlık puanı 59, mental sağlık puanı 55 olarak bulunmuş, transplantasyon öncesi ve sonrası yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (19).

Periaera ve arkadaşları tarafından İngiltere'de yapılan çalışmada alkole bağlı karaciğer yetmezliği olan 111 hastanın KT uygulandıktan sonra alkole yeniden başlama durumuna göre

yaşam kalitesini incelenmiş, alkol alımı fazla olan hastaların yaşam kalitesi uyku alt boyutunu alkol alımı az ya da hiç almayan hastalara göre daha kötü belirtilmiştir (33).

Caccamo ve arkadaşlarının İtalya'da KT olan 86 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, KT sonrası 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 (22).

Holzner ve arkadaşları 55 KT hastasıyla yaptıkları kesitsel çalışmada; KT uygulanmış hastaların yaşam kalitesini KT öncesi ve sonrası sağlıklı popülasyonla karşılaştırmış, hastaların %60'ının transplantasyon sonrası normal hayata dönme beklentileri olmuş ancak %40'ının KT sonrası beklentilerini gerçekleşmemiştir. KT öncesi yaşam kalitesi ortalama puanlarının fiziksel sağlık 22.19, duygusal sağlık 18.44, fonksiyonel sağlık 20.61, sosyal sağlık 20.18 iken KT sonrası yaşam kalitesi ortalama puanlarının fiziksel sağlık 79.25, duygusal sağlık 76.83, fonksiyonel sağlık 73.61 ve sosyal sağlık 72.07 iyileşme olduğu belirtilmiş ancak bu iyileşme sonucunda KT hastalarının yaşam kalitesi düzeylerinin sağlıklı kişilerin yaşam kalitesi düzeyinden düşük olduğu saptanmıştır (21).

Aadahl ve arkadaşları tarafından Almanya'da 65 KT olan hasta ile 68 sağlıklı bireyin yaşam kalitesi, yorgunluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri incelenmiş ve karşılaştırılmış, hastaların fiziksel fonksiyonlarının sağlıklı bireylerden daha kötü olduğu fakat mental durumlarının aynı düzeyde ve yorgunluk durumlarında ileri düzeyde bir iyileşme olduğu belirtilmiştir (34).

Nickel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada KT sonrası hastaların yaşam kalitesi ve depresyon/anksiyete ile ilişkisi incelenmiş; fiziksel ve mental sağlığın normal düzeyde olduğu, depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu saptanmıştır (35).

Van Der Plas ve arkadaşları tarafından Hollanda'da yapılmış çalışmada; 391 kronik karaciğer hastalığı olan hasta, 186 KT uygulanmış hasta ve 489 sağlıklı bireyin yaşam kalitesi ve yorgunluk durumu karşılaştırılmış, KT uygulanmış hastaların mental sağlık ve motivasyonlarının sağlıklı popülasyona göre düşük, ağrılarının (sağ üst abdominal bölge) daha fazla olduğu, kronik karaciğer hastalığı olan hastaların uykusuzluk, iştahta azalma, sarılık, depresyon ve korkularının sağlıklı kişilerden ve KT uygulanmış hastalardan yüksek

olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, kronik karaciğer hastalarının yorgunluk durumlarının en yüksek ve yaşam kalitelerinin en düşük olduğu vurgulanmıştır (36).

Krasnoff ve arkadaşları tarafından KT sonra SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği ile ilk iki yılın 2, 6, 12 ve 24. aylarında yaşam kalitesi incelenmiş, hastaların tamamında kas gücünün arttığı, %50'sinin düzenli egzersiz yaptıkları, transplantasyondan sonra fiziksel ve mental sağlıklarında iyileşme olduğu belirtilmiştir (25).

Goetzmann ve arkadaşları tarafından SF-36 ölçeği kullanılarak akciğer (n=22), karaciğer (n=26) ve allogenik kemik iliği (n=28) transplantasyonu uygulanan hastalarla yapılan çalışmada, KT uygulanan hastalarda transplantasyon sonrası ilk dönemde yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, sosyal işlevsellik ve emosyonel rol güçlüğü boyutlarında genel gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur (12).

Bozdemir ve Dicle tarafından 52 KT uygulanan hastanın yaşam kalitesi fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık algısı ve mental rol puan ortalamaları diğer alt bileşenlerden daha düşük bulunmuş ve yaşam kalitesi puanlarının demografik verilere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, sosyo-ekonomik durum, aile yapısı, hastalık etiyolojisi ve transplantasyon uygulanma zamanı) göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (26).

Gündoğdu ve Uslan tarafından yapılan kronik hepatit hastası (n=30), karaciğer sirozu tanısı alan hasta (n=30) ve KT uygulanmış hastanın (n= 30) yaşam kalitesi incelenmiş, KT uygulanan hastaların yaşam kalitesi puanları hem hepatit tanısı hem de siroz tanısı alan hasta gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Hepatit ile KT uygulanmış hasta grupları karşılaştırıldığında fonksiyonel durum sağlık alanı hariç, esenlik, genel sağlık anlayışı, toplam yaşam kalitesi puanları KT uygulanmış hasta grubunda hepatit hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Siroz tanısı olan hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı, toplam olarak yaşam kalitesi puanları, KT uygulanmış olan hastaların puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir (27).

Sarıgöl ve Dicle tarafından KT uygulanan hastanın (n=65) KT öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile incelenmiş, KT sonrası üçüncü ayda öncesine göre yaşam kalitesi "ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon ve uyku" alt boyutlarında anlamlı düzeyde yükseldiği tespit edilmiştir (13).

Goetzmann ve arkadaşları tarafından (n=41 kalp, n=66 karaciğer, n= 76 akciğer ve n=187 böbrek) karaciğer, kalp, akciğer ve böbrek transplantasyonu olan hastalar arasında SİYK ve psikolojik durumlar karşısında verdikleri cevapları karşılaştırmak için yapılan

çalışmada normal populasyonla karşılaştırıldığında transplantasyon uygulanan tüm alıcıların SF-36 'nın tüm alt boyutlarında puan skorları (genel sağlık, fiziksel işlev, fiziksel rol işlevi, sosyal işlev, emosyonel rol işlevi) kötü düzeyde bulunmuştur. Kalp ve akciğer transplantasyonu alıcılarının karaciğer ve böbrek transplantasyonu alıcılarından daha az endişeli olduğu, akciğer transplantasyonu alıcılarının tıbbi tedaviye uyumu diğer organ transplantasyonu alıcılarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (127).

Wang ve arkadaşları tarafından Çin'de KT uygulanan (n=60) son dönem karaciğer hastalığı tanısı konan (n=55) ve kontrol grubunda oluşan hastanın (n=50) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi incelenmiş; KT hastaların SİYK bazı açıdan iyileştirmiş ancak düşük gelir seviyesi ve ve düşük eğitim düzeyi gibi faktörlerin hastaların kötü SİYK' ne sahip olmalarında önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (30).

Mabrouk ve arkadaşlarının Etyopya'da (KT olmayı bekleyen 50 hasta ile KT uygulanan 103 hasta ) SF-36 ölçeğini içeren karaciğer hastalarında yaşam kalitesi- LDQOL ölçeğini kullanarak Health-Related Quality of Life (HRQOL) incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, KT ameliyatı sonrası 85 hastada komplikasyon gelişmediği 18 hastada ise komplikasyon geliştiği tespit edilmiş ve komplikasyon gelişmeyen hastaların KT sonrası fiziksel sağlık puan ortalamaları 47.00, mental sağlık puanları 49.2, ameliyat sonrası komplikasyon gelişen hastaların fiziksel sağlık puan ortalamaları 45.1, mental sağlık puanları 42.8 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmada KT uygulanan bütün hastaların yaşam kalitesi puanları bekleme listesindeki hastaların yaşam kalitesi puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (15).

Çolakdalcı ve Ucuzal tarafından (n=76) SF-36 kullanarak yapılan çalışmada; KT uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiş; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı (76.31) mental sağlık alanında, en düşük puanı (42.10) ise mental rol alanında aldıkları ve hastaların yorgunluk puanları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları arasında negatif yönde önemli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve yorgunluk puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır (40).

Sirivatanauksorn ve arkadaşlarının SF-36 kullanarak KT öncesi (n=57) ve KT sonrası hastanın (n=95) yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada; Orthotopic KT son evre karaciğer hastaları ve eşleri ya da bakıcılarının HRQoL'ni iyileştirdiğini saptamışlardır (31).

Jin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada canlı donörden KT uygulanan (n=62) hastanın 6, 12, 24, ve 36 ay aralıklarla yaşadıkları psikolojik sıkıntı ve yaşam kalitesi incelenmiş; SF-36 nın fiziksel rol, vücut ağrısı, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık özet skala puanlarının özellikle 6. ayda en düşük olduğu saptanmıştır. KT uygulaması hastaların SİYK' ni ilk bir yıl içinde önemli ölçüde iyileştirmiş ancak bir yıldan sonra anlamlı iyileşme sağlanmamış. Hastaların Karaciğer transplantasyon sonrası psikolojik olarak hızlı bir şekilde iyileşmesi KT alıcılarının SİYK'nin iyileşmesi üzerinde önemli bir faktördür (14).

Andreas Baranyi ve arkadaşları tarafından solid organ( karaciğer, kalp ya da akciğer) transplantasyonundan sonra hastalarda ( n=123) sağlıkla ilşkili yaşam kalitesi ve genel ruhsal sıkıntıyı retrospektif inceleyen çalışmada transplantasyon alıcılarında klinik olarak anlamlı düzeyde genel zihinsel sıkıntı (Obsesif-kompulsif bozukluk, somatizasyon, anksiyete depresyon ve fobik anksiyete ) bulgularının olduğu ve bu sıkıntıların hastaların genel yaşam kalitesi yetersizliğini yoğun yaşamalarında yüksek risk faktörü olduğu saptanmıştır (50).

Yang ve arkadaşları tarafından KT yapılan hastaların yaşam kalitelerinin incelendiği sistematik review bir çalışmada; 23 çalışma ile toplamda 5402 KT olan hasta incelenmiş, uzun dönemde yaşam kalitelerinin transplantasyon sonrası komplikasyonlar nedeniyle fiziksel alan boyutunda kötü olduğu, KT uygulanan hastaların akciğer, böbrek ve kalp transplantasyonu yapılan hastalar ile karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin benzer olduğu bulunmuştur (7).

### 2.4. Özbakım ve Özbakım Gücü

**Özbakım;** bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak, sağlık düzeyini yükseltmek ve devam ettirmek için kendi üzerine düşeni yapmasıdır (43,44). Özbakım, birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir süreç olması nedeni ile önem taşımaktadır (41,128).

Özbakım Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı'nın ana kavramlarından biridir (43,44). Özbakım modeli, Dorethe E. Orem tarafından hemşireliğin yapılanması amacı ile geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır (44). Özbakım hem uygulama hem de tedaviye yönelik

bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylemdir ve özbakım etkinlikleri sürekliliği olan kararlarla ve güdülenme ile gerçekleştirilen öğrenilmiş bir davranıştır (43,44).

Transplantasyon olan bireyin ömür boyu düzenli immünosupresif ilaç tedavisini alması, immünösupresif tedavisinin etki ve yan etkilerini tanıması, sigara ve alkol kullanmaması, düzenli ve sürekli bir şekilde sağlık kontrollerine gitmesi, rutin aylık aşılarını yaptırması, beslenme tedavisine uyumu, fiziksel aktivitesi, enfeksiyonlardan korunması ve kişisel hijyenine özen göstermesi, karaciğer enzimleri ve kan lipit düzeylerini ölçtürmesi, stresle baş edebilmesi ve sağlık ekibiyle iletişim kurarak sorunlarını ifade etmesi özbakım davranışlarıdır. Karaciğer rejeksiyon riski, greft disfonksiyonu, enfeksiyon, diyabet, hipertansiyon, obezite, kan lipit düzeylerinin yüksekliği vb. komplikasyonlarının görülmemesi gibi sonuçlar da özbakımın göstergeleridir (42,56,77,129,130,131).

**Özbakım Gücü;** sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesine yönelik özbakım davranışlarını düzenleme, özbakımla ilgili özel konularla ilgilenme, anlama ve kavrama, düzenlenen etkinlikleri bilme, gözleme ve gerçekleştirme; merak, eğitim, denetim ve tecrübe yoluyla gelişen bilgi ve beceriyi kullanma, karar verme, başarmaya yönelik insani güç veya yetenektir (43,44). Çocukluktan yaşlılığa kadar değişme ve gelişme gösteren bu yetenek, kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yolu ile gelişir (43,44).

Başarılı özbakım performansında bireyin otonomi ve otokontrol yeteneğine gereksinimi vardır. Bu yetenek, bireyin kendi bakımında algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor bireysel özelliklerini içerir. Bu faktörler bireyin öz bakım gereksinimlerini ve özbakım gücünü değişik yollarla etkilerler (41,44).

### 2.4.1. Karaciğer Transplantasyonu ve Özbakım Gücü

Orem'e göre hastalık meydana geldiğinde, özbakım yeterince sürdürülemez. Özbakımı sağlamadaki kayıp, sağlık problemi olarak karşımıza çıkabilir. Sağlığı bozulan ve ya transplantasyon gibi yeni ve kompleks bir tedaviden sonra bireyin kendi kendine karşılayamayacağı yeni gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (41,43,44,52).

KT sonra gelişebilecek en önemli sorun; organ reddine neden olan tedavi rejimine uyumsuzluk, hijyen yetersizliği ve immün sistem baskılanması nedeniyle enfeksiyon gelişme riski, primer ve sekonder komplikasyonların kontrolünü sağlamaya yönelik yeni

gereksinimlerin ortaya çıkmasıdır. Bu nedenle KT olan bireyin diğer bireylerden farklı olarak bu durumların kontrolünü sağlayabilmesi için düzenli sağlık kontrolüne gitmesi, kan glikoz, lipit ve ilaç düzeyini izlemesi, ilaç tedavisine uyması, yeterli ve ayrıntılı hijyenini sağlaması, beslenme ve egzersizini düzenlemesi, ortaya çıkan yeni gereksinimlerdir (52,77,129). Eğer gereksinim bireyin beceri ya da onu karşılama yeteneğini aşan bir düzeydeyse, o zaman bir dengesizlik oluşur (41). Bireye göre değişkenlik gösteren problemler ve sürekli kontrollere gidişler nedeniyle, bireylerin güçlük yaşamasına, özbakım gücü ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (42,132). Bu olumsuz etkiler, hastaların özbakım gücü arttırılarak, komplikasyonların gelişimi en aza indirilerek düzeltilebilir.

Transplantasyon sonrası, hasta bireylere yaşadıkları durumu nasıl yöneteceklerinin öğretilmesi, kendi sağlığını koruma, iyileştirme ve yükseltmede aktif rol alması, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için özbakım yeteneğinin arttırılması ve normal yaşama en kısa sürede geçişinin sağlanması gerekmektedir (47,77). Bunun içinde özbakım davranışı oluşturmak gerekir. Özbakım davranışları bireyin özbakım gücü ile ilgilidir. KT olan hastanın özbakım gücüne sahip olması ve kendi kendine özbakımını sağlayarak davranış değişikliği becerilerini öğrenmesi nedeniyle; hayatta kalma isteği, mutlu olma, doyum sağlama duygusu artarak immünosupresif tedaviye uyumu kolaylaştırmakta, akut ve kronik komplikasyonların gelişmesi önlenebilmektedir (42,44).

Orem'e göre, hasta bireyin özbakım gücünün yeterli olabilmesi için hastalığı ve gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olması gereklidir (129,133).

Bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik en önemli en etkin ve ucuz yöntem sağlık eğitimidir. Bu nedenle hemşirelerin, en önemli rollerinden biri olan eğitici rolleri ile KT uygulanan hastaların sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve özbakım yeteneklerinin ve öz bakım gücününün artırılması için hastaların transplantasyon sonrası nelerle karşılaşabileceğini bilmesi ve hastayı özbakım ve özbakım yönetimi modeli doğrultusunda bilgilendirmesi oldukça önemlidir (42,52,134).

Transplantasyon uygulanan bireyler hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarında, ortaya çıkabilecek sorunlarla daha kolay baş edebilecek, komplikasyonların gelişmesini önleyebilecek ya da geciktirebilecek, tedaviye uyumları kolaylaşacak, özbakım gücü ve yaşam kaliteleri artacaktır (4,42,135).

## 2.5. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Yaşadığı Güçlükler

KT son dönem karaciğer yetmezliği olan bireylerde hastalık nedeniyle oluşan sınırlamaların birçoğunu ortadan kaldırarak yaşama süresini uzatabilmesine, yaşam kalitesini iyileştirebilmesine daha nitelikli, doyurucu, üretken ve normale yakın bir yaşam sağlamasına rağmen; kökten çözüm olmaması, iyi bir izlem ve bakım gerektirmesi nedeniyle hasta bireyler fizyolojik, psikolojik, sosyoekonomik güçlükler yaşayabilmekte ve immünosupresif tedavinin yan etkileri nedeni ile yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (1,52-55,115,135,136).

### 2.5.1. Fizyolojik Güçlükler

Hasta bireylerde KT sonrası erken dönemde ameliyatla ilgili (kanama, primer non fonksiyon, hepatik arter trombozu, portal ven trombozu, hepatik venöz çıkış obstrüksiyonu, bilier komplikasyonlar, hücresel red, karaciğer hastalıklarının tekrarlaması, atelektazi ve pnömoni gibi pulmoner hastalıklar, hiperdinamik sirkülasyon, nörolojik semptomlar, renal fonksiyonlardaki anormallikler, enfeksiyonlar) komplikasyonlar görülebilmekle birlikte takip eden bir yıl boyunca rejeksiyon, allogreft kaybı, fırsatçı enfeksiyonlar, immünosupresif ilaçların yan etkileri en önemli ve en etkili sorunlardır. Uzun süre ve sürekli immünsüpresif ilaç kullanımı birçok vücut sistemini etkiler ve transplantasyonun geç döneminde bu ilaçlara bağlı; rejeksiyon, fırsatçı enfeksiyonlar, obezite, koroner kalp hastalığı, malignite gelişmesine eğilimin artması, hiperlipidemi, ve hiper kolestorelemi gibi kardiyovasküler risk faktörleri, iyatrojenik cushing, su ve sodyum tutulmasına bağlı hipertansiyon, protein katabolizması, osteoporoz, hiperkalemi, hepatotoksik etkileri, glukoz intoleransı, katarakt, miyopati, cilt atrofisi ve nörolojik sorunlar, obezite, diyabet, kemik ve böbrek hastalıkları, hatta hiperurisemi ve gut, yorgunluk, halsizlik, cinsel fonksiyon kaybı yada bozukluğu, gastrointestinal problemler, baş ağrısı, uykusuzluk, morarma ve idrara çıkmada artış, saç dökülmesi, kaslarda güçsüzlük gibi ikincil sorunlara neden olmaktadır (42,60,62-65,92,115,130,135,137,138).

Hastaların transplantasyon sonrası en çok uygun beslenme (%29) ve düzenli egzersiz (%27) konusunda uyumsuzluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Bunu sigara içme (%19), immünosupresif ilaçların düzenli alınmaması (%17), diğer ilaçların düzenli alınmaması

(%12), randevulara zamanında gelinmemesi (%10) ve alkol kullanımında sınırların aşılması (%3) izlemektedir (115).

### 2.5.2. Psikososyal Güçlükler

Organ transplantasyonu, hasta bireyin biyopsikososyal ve ekonomik durumunu olumsuz etkilemektedir. Transplantasyon sonrası bir organın fizyolojik kabulü kadar, psikolojik kabulü de önemlidir. KT olan bireyler, psikiyatrik belirti ve bozukluklar açısından riskli hasta grubudur. Literatürde psikososyal açıdan iyi olan hasta ve ailelerinin transplantasyon sonrası tıbbi durumunun ve baş etmelerinin daha iyi olduğu vurgulanmaktadır (123).

Forsberg ve arkadaşlarının KT uygulanan 12 hasta ile yaptıkları çalışmada; alıcıların transplantasyondan bir yıl sonra yaşadıkları deneyimler değerlendirilmiştir. Hastaların bu dönemde ruh halinde dalgalanma, konsantrasyonda azalma, huzursuzluk, çelişkili duygular, yeni bir insan olma ya da bedene sahip olma, günahkarlık ya da minnettarlık, anksiyete, ölüm korkusu, rejeksiyon ya da enfeksiyon korkusu gibi psikolojik duygular yaşadıkları ve bu psikolojik sorunların genellikle immünosupresif tedaviye bağlı olarak geliştiği belirtilmiştir (52).

Belle ve arkadaşları tarafından İngiltere'de yapılan araştırmada hastaların KT öncesi konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk, sinirlilik, anksiyete, duygu durumunda bozulma ve depresyon yaşadıkları ve KT bir yıl sonra yaşadıkları bu semptomlarda anlamlı düzeyde iyileşme olduğu saptanmıştır (11).

KT yaşam kalitesini, hastalarda görülebilecek psikolojik, psikososyal ve fiziksel semptomlarla ilişkisini 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. Aynı araştırmada hastaların psikolojik durumunun yaşam kalitesini etkilediği vurgulanmıştır (23).

İngiltere'de yapılan nitel bir çalışmada, akut karaciğer yetmezliği nedeniyle transplantasyon uygulanan hastaların (n:6) yaşam kalitesi incelenmiştir. Bu çalışmada, transplantasyon sonrası erken dönemde (ilk yıl) hastaların yorgunluk, laterji, immobilite, kilo

kaybı, çaresizlik, enfeksiyon korkusu, yaşam stili ve rollerde değişim yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca geç dönemdeki hastaların (1-3 yıl) otonomilerini kazandıkları, immunosupresif ilaçlara karşı uyum sağladıkları, kabullenme yaşadıkları ve diğer hastalarla iletişime geçtikleri saptanmıştır (140).

Ho ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, KT yapılan alıcıların %24'ünün transplantasyon öncesinde, %32'sinin transplantasyon sonrasında CFB yaşadığı saptanmıştır. Özgül ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da alıcıların benzer sorunları deneyimledikleri saptanmıştır. Bu nedenle toplumsal tabu olan cinsel sorunların hastalar ile görüşülmesi ve problemlerine çözüm bulunması oldukça önemli bir hemşirelik girişimidir (141,130).

Karayurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; alıcıların çalışma hayatlarında sıkıntı yaşadıklarını, anne ve baba olma rolünde ve sosyal rollerinde değişimlerin olduğunu ifade etmişlerdir (130).

Sarıgöl ve Dicle'nin (2008) yaptığı çalışmada, hastaların KT sonrası kullandıkları immunosupressif ilaçlara bağlı enfeksiyon geçirmekten korkmaları nedeniyle aile ilişkilerini sınırlaması ve çevresinden uzaklaşmaları sosyal izolasyon yaşamalarını etkileyen bir faktör olarak gözlenmiş ve hastaların birçoğu *"hastalığa yakalanmamak için sokağa çıkmıyorum, otobüse binmiyorum, arkadaş toplantılarına gitmiyorum. Hatta evde eşime, çocuklarıma bile sarılmıyorum"* diye ifade etmişlerdir (13).

Yatkın'ın (2009) yaptığı araştırma sonucunda, hastaların %28.6'sında depresyon, %16.7'sinde anksiyete görüldüğü saptanmıştır (142).

Akman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda böbrek transplantasyonu yapılmış hastaların %22.2' sinde depresyon görüldüğünü saptamıştır (143).

Özşaker ve Özbayır'ın çalışmasında transplantasyon sonrası komplikasyon gelişen hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının gelişmeyen hastalardan yüksek olduğu saptamıştır (144).

Zaydfudim ve arkadaşları tarafından KT sonrası 186 hastanın geçmişe yönelik uzunlamasına verileri incelenmiş; KT hastalarında postop yüksek doz immünosupresyona neden olan steroid kullanımının hastaların yaşam kalitesinin fiziksel ve mental işlevini azalttığı ve anksiyete semptomlarını arttırdığı saptanmıştır (39).

Masala ve arkadaşlarının İtalya'da 45 KT hastası 108 kontrol grubuyla yaptıkları vaka-kontrol çalışmada; hastaların KT sonrası yaşam kalitesi ve fiziksel aktivitesi incelenmiş;

hastaların genel populasyona göre daha çok psikolojik ve duygusal stres yaşadıkları ve fiziksel fonksiyonlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (145).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma yaşadıkları yerde transplantasyon merkezi bulunmayan ve karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin, özbakım gücünün ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Adıyaman il ve ilçelerinde Aralık 2015-Mart 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

## 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'de KT merkezlerde transplante olan ve Adıyaman il sınırları içinde yaşayan Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji, Dahiliye, Genel Cerrahi ve İntaniye polikliniklerine, Besni Devlet Hastanesine ve Gölbaşı Devlet Hastanesine tetkik yaptırmak ve transplantasyon oldukları merkezlere kontrol amaçlı sevk için başvuran hastalar oluşturmuştur. Adıyaman genelinde hastane kayıtlarına göre KT olan hasta sayısı 41'dir. Üç hasta transplantasyon uygulanan merkeze taşındığı için ulaşılamamıştır ve 38 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Çalışmanın alan uygulaması için; Adıyaman genelinde hastane kayıtlarındaki KT olan hastaların adres ve telefonlarına ulaşılmıştır. KT olan bireylerin sevk için polikliniğe ne zaman başvurdukları öğrenilmiş ve polikliniğe başvuran hastalarla hastanenin uygun gördüğü bir bölümde görüşme yapılmıştır. Hastane dışındaki hasta bireylerle telefonla görüşülüp önceden randevu alınarak kendilerinin belirlediği, yalnız oldukları sakin ve sessiz bir ev ortamında adreslerine gidilerek görüşülmüştür. Araştırmaya 19 yaş ve üstü KT olan, araştırmacı ile yeterli iletişime geçebilecek düzeyde Türkçe konuşabilen ve anlayabilen bireyler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden, örneğe uygun hastalara görüşme öncesinde araştırmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş, hastaların yazılı ve sözlü onamları alınarak anket formu ve ölçek uygulanması gerçekleştirilmiştir. Görüşülen tüm hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların değerlendirilmesinde kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, özbakım gücü ölçeği, Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği – İTUÖ ve Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği - MTSORD-58 ölçeklerin her birinden alınan puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişken:** Cinsiyet, eğitim durumu ve KT uygulaması sonrası geçen süre çalışmanın bağımsız değişkenidir.

### 3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler Hasta Tanılama Formu, Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Özbakım Gücü Ölçeği, Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği ( İTUÖ), Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçek( MTSORD-58 ) kullanılarak elde edilmiştir.

#### 3.5.1. Hasta Tanılama Soru Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu soru formu; sosyo-demografik özellikleri, hastalık özelliklerini ve yaşadıkları güçlükleri belirlemeye ilişkin bilgileri içeren 28 sorudan oluşmaktadır (Ek-1). İlk 16 soru bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, aile içindeki rolü, yaşadığı yer, gelir getiren herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı iş-meslek durumu, gelir getiren işte çalışan hastaların çalışma şekli, sağlık güvencesi, maddi ihtiyaçlarını nasıl karşıladığı, gelir-gider durumu, KT sonrası çalışma şartları ile ilgili değişiklik olup olmadığı, KT sonrası çalışma şartlarındaki değişme durumu) kapsamaktadır. 17-20 arasındaki sorular hastaların karaciğer hastalığına özgü klinik özellikleri içeren soruları (verici tipi, hangi ülkede transplante olduğu, KT üzerinden ne kadar zaman geçtiği ve hastanın kullandığı immunosupressif ilaçları) ve 21-28 sorular bireylerin yaşadıkları güçlüklere (transplantasyon sonrası yerleşim yerini değiştirme durumu, KT olduğu

merkeze kontrole gitme sıklığı, KT sonrası sağlıklı yaşamak için uyulması gereken kurallarla ilgili bilgi alıp almadığı, KT sonrası sağlıklı yaşamak için kimden bilgi aldığı, KT sonrası yaşadıkları yerde ne gibi güçlükler yaşadıkları ve KT sonrası yaşadıkları yerde transplante oldukları merkeze kontrole giderken ne gibi güçlükler yaşadıkları) ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Anket formlarının anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek için ön uygulaması yapılmıştır.

### 3.5.2. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)

SF-36 genel ölçekler arasında literatürde en fazla kullanılan geçerliliği ve güvenirliliği olan yaşam kalitesi ölçeği olarak bilinmektedir. Ölçek, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama, araştırma, sağlık politikalarını değerlendirme ve genel popülasyonu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (146,147). 1992 yılında Rand Coorpation tarafından geliştirilip kullanıma sunulmuştur.

SF-36 ölçeği, herhangi bir yaşa veya hastalık grubuna özgü olmayıp genel sağlık kavramlarını içermektedir. 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 (147,148). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir maddede bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir (149).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmalarını Pınar 1995 yılında diyabetes mellitus, hemodiyaliz ve kardiyoloji hasta gruplarında (180 hastada), Koçyiğit ve arkadaşları ise 1999 yılında romatizmal hastalığı olan 100 hastaya uygulayarak yapmıştır. Pınar'ın çalışmasının sonucunda SF 36'nın Cronbach Alfa 0.94, iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Koçyiğit ve arkadaşlarının yapmış olduğu ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.7324 ile 0.7612 arasında bulunmuştur. Uyku, bilişsel fonksiyon, cinsel fonksiyon, iletişim, rekreasyon gibi alanları değerlendirmemesi, subjektif iyilik halinin duygusal boyutuna hassas olmasına rağmen bilişsel boyutuna hassas olmaması ölçeğin dezavantajlarıdır (32,146). 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. Ölçek 100 puan üzerinden her

bölüm için 0 ile 100 puan arasında puanlama yapılarak bölüm bölüm değerlendirilir. 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. Özet değerlerin elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmada kolaylık sağlamaktır. Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır. Elde edilen özet değerler sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmektedir; "0" kötü sağlığı, "100" iyi sağlık durumunu göstermektedir. Başka bir deyişle ölçekte yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksekliğini gösterirken düşük puanlar yaşam kalitesindeki düşüşü göstermektedir (32,146). Bu çalışmada SF-36'nın Cronbach's Alpha değerleri sırasıyla fiziksel işlev 0.94, fiziksel rol 0.95, ağrı 0.88, genel sağlık algısı 0.86, yaşamsallık 0.77, sosyal işlev 0.85, mental rol 0.96, mental sağlık 0.79 bulunmuştur.

### 3.5.3. Özbakım Gücü Ölçeği (Ek-3)

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da özbakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş (150) ve Nahcıvan 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiş ve sağlıklı gençlerde geçerlik güvenirliği yapılmıştır (Cronbach alpha: 0.89) (151**).** 1995 yılında Pınar tarafından kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak kronik hastalıklarda çalışmaya uygunluğu değerlendirilmiş ve ölçek kullanıma uygun bulunmuştur (cronbach alpha: 0.80) (108). Ölçek bireylerin özbakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin özbakıma karşı yönelimleri 5'li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan ve "Beni çok tanımlıyor "yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3,6,9,13,19,22,26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Ölçek 4 özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar; durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları ve bilgisi ile bireylerin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 140'tır.

Ölçek değerlendirilmesinde 24-64 puan kötü, 65-100 puan orta, 101-112 puan iyi ve 113-140 puan çok iyi özbakım düzeyi olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği

bireyin özbakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri yoktur. Uygulanması, 8-10 dakika gibi kısa süre içinde tamamlanabilir (108,122,133,150,151). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0.88 bulunmuştur.

### 3.5.4. Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği (İTUÖ) (Ek- 4)

Bu ölçek Chisholm ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Amerika'da organ transplantasyonu sonrasında hastaların immunosupresif ilaç tedavisine uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. İmmunsupresif Tedaviye Uyum Ölçeği - İTUÖ (İmmunosuppressant Therapy Adherence Scale – ITAS) Morisky ve arkadaşlarının 1986'da hipertansiyon tanısı almış hastaların antihipertansif ilaçlara uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin organ transplantasyonu hastalarına uyarlanmasıyla oluşturulmuştur. Bu ölçek organ transplantasyon sonrası hastaların immunosupresif ilaç tedavisine uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen geçerliği ve güvenirliği olan ilk ve ulaşılabilen tek ölçektir (152). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Madran ve Karayurt (2013) tarafından gerçekleştirilmiş, Cronbach Alfa Güvenirlik katsayısı $\propto$=0.81 bulunmuştur (153).

Ölçek dört sorudan oluşmaktadır. Her soru son üç ay içinde organ reddini önleyen immunosupresif ilaçların alınmasının kaç kez ve neden unutulduğunu değerlendirmektedir. Son üç ay içinde immunsupresif tedavisini hiç aksatmayan transplantasyon hastasına 3 puan (hiç unutmayan), son üç ay içinde immunsupresif tedavisini uyumsuzluğu %1-20 olan alıcıya 2 puan, son üç ay içinde immunsupresif tedavisini uyumsuzluğu %21-50 olan alıcıya 1 puan, son üç ay içinde immunsupresif tedavisini uyumsuzluğu >50 olan transplantasyon hastasına 0 puan verilerek değerlendirilmektedir. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 0 ile 12 puan arasındadır. Ölçek puanın artması uyumun da arttığının göstergesidir (152).

### 3.5.5. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği - MTSORD-58$^{TR}$ (Ek- 5)

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 (32). 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 (154). Ölçüm aracının 59 maddelik formu olan son versiyonu 2008 yılında Dobbels ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (155). Literatürde kullanılan bu ölçek geçmiş ve yeni immunosupressif ilaçların (kortikosteroid, takrolimus, siklosporin, sirolimus, evorolimus vb.) kullanımına bağlı oluşan yan etkilerin oluşma durumu ve rahatsızlık verme durumunu hastaların ifadelerine dayalı olarak değerlendiren uluslarası kullanımı yaygın olan geçerli bir ölçüm aracıdır (155). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik çalışması 2013 yılında S.Ordin ve arkadaşları tarafından 100 karaciğer ve 80 böbrek transplantasyon hastası olmak üzere toplam 180 organ transplantasyon hastası ve immunosupressif ilaç kullanmayan 180 sağlıklı kişi ile gerçekleştirilmiş, MTSORD-58$^{TR}$ olarak adlandırılmıştır (156).

Ölçeğin her maddesi immunosupressif ilaçların bir yan etkisini değerlendirmektedir. Her bir maddenin, 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. Ölçeğin değerlendirilmesi Ridit analizi ile yapılmaktadır (156). Bu çalışmada ridit değeri semptom oluşma durumu = 0.5, semptom rahatsızlık durumu = 0.5 olarak bulunmuştur.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın örneklemini belirlemek için örneklem özelliklerini karşılayan KT uygulanmış olan, Adıyaman il sınırları içinde yaşayan, hastaların listesi oluşturulmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak Aralık 2015- Mart 2016 tarihleri arasında toplanmış ve her bir görüşme ortalama 60-90 dakika sürmüştür. Görüşmeler esnasında araştırmacı önce kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı açıklanarak hastalar bu görüşme ile ilgili bilgilendirmiştir. Kimlik bilgilerinin gizli kalacağı,

alınan bilgilerin araştırma amacı dışında paylaşılmayacağı, bu çalışma ile transplantasyon merkezinden uzakta olan ve KT uygulanan hastalara katkı sağlanacağı açıklanmıştır.

Bilgilendirilmiş onam formu okunduktan sonra ilk olarak Hasta Tanılama Soru Formu, daha sonra, Kısa Form 36 (SF- 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Öz-bakım Gücü Ölçeği, Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği-İTUÖ, Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu- MTSORD-58$^{TR}$ uygulanmıştır. Veri toplama sürecinde ayrıca hastaların genel durumuna ilişkin soruları yanıtlanmış, hastane ile işbirliği yapılarak bu hastaların yönlendirilmesi sağlanmış ve destek olunmuştur. Ayrıca araştırma süresince KT uygulanan hastaların istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş adresi ve cep telefonu numaraları araştırmacı tarafından hastalara verilmiştir.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerin 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U, 2 den fazla grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve üçlü grupların karşılaştırılmasında Anova testleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır ve $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı verileri olan sosyo-demografik ve tanımlayıcı özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Çalışmada kullanılan Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Öz-bakım Gücü Ölçeği, Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği ve Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 ölçeği puan ortalamaları hesaplanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği, Öz-bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması ile Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği ve Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında korelasyon analizi yapılmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek-6) ve Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek-7) yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllülük ilkesinin esas olduğu belirtilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu(Ek-8) okunup imzalatılmıştır. Hastaların tümü görüşmeyi kabul etmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada;

- Adıyaman il ve ilçelerindeki hastaneye kayıtları bulunan hastalar örnekleme alınmış, kayıtlı olmayan hastalara ulaşılamaması,
- Bazı hastaların (3 hasta) transplantasyon yapılan yere taşınması,
- Hastanelerde kayıtların düzenli tutulmaması nedeniyle hastalara ulaşmada güçlük yaşanması çalışmanın sınırlılıkları olarak belirlenmiştir.

# 4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 48.13±12.90 (min:19,max:73) olup %31.6'sı 19-39 yaş aralığında, %42.1'i 40-59 yaş aralığında, %26.3'ü 60 yaş ve üzerindedir.

Hastaların % 63.2'si erkek, %36.8 kadın, hastaların %18.5'i okur-yazar /okur-yazar değil,%44.7'i ilkokul mezunu, %15.8 ortaokul mezunu,%21'i lise mezunudur. Medeni durumları incelendiğinde; % 86.8'i evli, %13.2'si ise bekârdır.

Araştırmaya katılan hastaların %78.9'u çekirdek aile yapısına sahip ve hastaların %55.3'ü aile içinde baba rolündedir. Hastaların %50'si ilde, %34.2'si ilçede, %15.8'i köyde yaşadıklarını ifade etmiştir.

Hastaların mesleki durumları incelendiğinde; %81.6'sı gelir getiren bir işte çalışmadığı, gelir getiren işte çalışanların ise %71.4'ünün tam gün, %28.6'nin ise yarım gün ya da belirli saatlerde çalıştıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan tüm hastaların sağlık güvencesi olduğu belirlenmiş, maddi ihtiyaçlarını karşılama durumları sorgulandığında; %30'u eşinin çalıştığını, %26.7' si ailesinin yardım ettiğini, %40'ı valiliğe bağlı sosyal yardımlaşma derneğinin destek olduğunu, %3.3'ü emekli maaşı aldığını ifade etmiş, hastaların %78.9'u gelirin giderden az olarak belirtmiştir.

Hastaların %80' i KT sonrası çalışma şartlarında değişiklik olduğunu, %47'si hastalığı nedeniyle çalışamadığını, %23.5'i hastalığı nedeniyle görev değişikliği yapmak zorunda kaldığını, %11.8'i işe düzenli devamda aksama olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=38)**

| **Sosyodemografik Özellikler** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Yaş Grubu** | | |
| 19-39 yaş arası | 12 | 31.6 |
| 40-59 yaş arası | 16 | 42.1 |
| ≥60 yaş ve üstü | 10 | 26.3 |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 14 | 36.8 |
| Erkek | 24 | 63.2 |
| **Eğitim** | | |
| Okur-yazar /Okur-yazar değil | 7 | 18.5 |
| İlkokul | 17 | 44.7 |
| Ortaokul | 6 | 15.8 |
| Lise ve üstü | 8 | 21.0 |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 33 | 86.8 |
| Bekar | 5 | 13.2 |
| **Aile Tipi** | | |
| Çekirdek | 30 | 78.9 |
| Geleneksel geniş aile | 8 | 21.1 |
| **Aile İçindeki Rolü** | | |
| Anne | 11 | 28.9 |
| Baba | 21 | 55.3 |
| Çocuk | 5 | 13.2 |
| Eş | 1 | 2.6 |
| **Yaşadığı Yer** | | |
| İl | 19 | 50.0 |
| İlçe | 13 | 34.2 |
| Köy | 6 | 15.8 |
| **Gelir Getiren İşte Çalışma** | **n** | **%** |

| | | |
|---|---|---|
| Evet | 7 | 18.4 |
| Hayır | 31 | 81.6 |
| **Gelir Getiren İşte Çalışan Hastaların Çalışma Şekli (n=7)** | | |
| Tam gün çalışma | 5 | 71.4 |
| Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma | 2 | 28.6 |
| **Maddi İhtiyaçları Karşılama Durumu (n=30)** | | |
| Eşi çalışıyor | 9 | 30.0 |
| Ailesi yardım ediyor (anne, baba, kardeş, çocuk) | 8 | 26.7 |
| Valiliğe bağlı sosyal yardımlaşma derneğinden yardım alıyor | 12 | 40.0 |
| Emekli | 1 | 3.3 |
| **Gelir Gider Durumu** | | |
| Gelir gidere denk | 8 | 21.1 |
| Gelir giderden az | 30 | 78.9 |
| **KT Sonrası Çalışma Şartlarında Değişiklik (n=20)** | | |
| Evet | 16 | 80 |
| Hayır | 4 | 20 |
| **KT Sonrası Çalışma Şartlarındaki Değişme Durumu* (n=17)** | | |
| Çalışma süresinde kısalma oldu | 1 | 5.9 |
| Hastalık nedeniyle görev değişikliği yapıldı | 4 | 23.5 |
| Çalıştığım iş yeri kapandı | 1 | 5.9 |
| İşe düzenli devamda aksama oldu | 2 | 11.8 |
| Zorunlu olarak emekli oldum | 1 | 5.9 |
| Hastalık nedeniyle çalışamadım | 8 | 47.0 |

***Birden fazla yanıt verilmiştir.**

**Tablo 4. Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler (n=38)**

| **Değişken** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Verici** | | |
| Canlı | 29 | 76.3 |
| Kadavra | 9 | 23.7 |
| **Vericinin Yakınlık Derecesi (n=29)** | | |
| Birinci derece akraba (kızı, oğlu, anne) | 14 | 48.3 |
| İkinci derece akraba (kız-erkek kardeş) | 9 | 31.1 |
| Üçüncü derece akraba (dayı, teyze, hala torunu) | 3 | 10.3 |
| Eş | 3 | 10.3 |
| **KT Sonrası Geçen Süre** | | |
| 0-5 yıl | 15 | 39.5 |
| 6-10 yıl | 13 | 34.2 |
| 11 ve üzeri | 10 | 26.3 |

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalığa ilişkin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar Tablo 4'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %76.3' ünün vericisi canlı,%23.7'sinin vericisi kadavra olup, canlı vericilerin %48.3'ünü birinci derece akraba (kızı, oğlu, anne), %31.1'ni ikinci derece akraba (kız-erkek kardeş), %10.3'nü üçüncü derece akraba(dayı, teyze, hala torunu), %10.3'nü ise eş olan vericiden aldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların tamamı Türkiye'deki transplantasyon merkezlerinden karaciğer transplantasyonu olduklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların KT sonrası geçen süre incelendiğinde; %39.5'inin 0-5 yıl, %34.2'nin 6-10 yıl, %26.3'ünün ise 11 yıl ve üstünde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5. KT Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı (n=38)**

| **Transplantasyon Sonrası Yerleşim Yerini Değiştirme Durumu** | n | % |
|---|---|---|
| Evet | 3 | 7.9 |
| Hayır | 35 | 92.1 |
| **KT Merkezine Kontrole Gitme Sıklığı** | | |
| Yılda bir kez | 1 | 2.6 |
| Rutin dışı doktorun önerdiği zaman | 1 | 2.6 |
| Aylık (1, 2, 3, 4, 6 ay) | 32 | 84.3 |
| Haftada bir kez | 3 | 7.9 |
| 15 günde bir kez | 1 | 2.6 |
| **KT Sonrası Uyulması Gereken Kurallara İlişkin Bilgilendirilme** | | |
| Evet | 33 | 86.8 |
| Hayır | 5 | 13.2 |
| **KT Sonrası Bilgi Alma Kaynağı*** | | |
| Hekim | 27 | 49.1 |
| Hemşire | 12 | 21.8 |
| Diyetisyen | 5 | 9.1 |
| Kitle iletişim araçları | 11 | 20.0 |
| **KT Sonrası Yaşadığı Yerdeki Güçlükler*** | | |
| İmmünosupresif ilaçlara ulaşamama | 35 | 16.6 |
| Sağlık hizmetlerinde etkin yararlanamama | 66 | 31.3 |
| Komşu, arkadaş ve akrabalarla hastalık nedeniyle görüşememe | 33 | 15.6 |
| KT merkezine ekonomik yetersizlik nedeniyle gidememe | 56 | 26.5 |
| Sevklerde refakatçi yazılamadığı için yalnız gitme | 21 | 10.0 |
| **KT Merkezine Kontrole Giderken Yaşanılan Güçlükler*** | | |
| Sağlık personeliyle iletişim kuramama | 35 | 25.6 |
| Konaklayacak yer bulamama | 36 | 26.3 |
| Ulaşım güçlüğü | 32 | 23.4 |
| Kontrole gittiği yerde diyete uygun beslenememe | 33 | 24.0 |
| Hastanede boş yatak bulunamadığı için yatış yapılamaması | 1 | 0.7 |

*Birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 5'de ikamet ettiği yerde transplantasyon merkezi olmayan ve farklı şehirlerde KT takibi yapılan hastaların yaşadıkları güçlükler verilmiştir. Hastaların %7.9' unun KT uygulaması (hastaların %5.3'ü kontrollere gidiş gelişi kolaylaştırmak, %2.6'sı ise yaşadığı ev koşullarının hastalığını olumsuz etkilemesi) nedeniyle yerleşim yerini değiştirdiği saptanmıştır.

Hastaların %2.6' sının yılda bir kez, %2.6'sının rutin dışı doktoru önerdiği zaman, %84.3'nün aylık (1, 2, 3, 4, 6 ay), %7.9'unun haftada bir kez, %2.6'sının 15 günde bir kez KT olduğu merkeze kontrole gittikleri saptanmıştır.

Hastaların %86.8'i KT sonrası uyum göstermesi gereken kurallara ilişkin bilgilendirildiğini, %13.2'si ise bilgilendirilmediğini ve %49.1'i hekim, % 21.8'i hemşire, %9.1'i diyetisyen, %20'si ise kitle iletişim araçlarını kullanarak bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %16.6'sı immünosupresif ilaçları temin edemediği, %31.3'ü sağlık hizmetlerinden etkin yararlanamadığı, %15.6'sı komşu, arkadaş ve akrabalarıyla hastalığı nedeniyle görüşemediği, %26.5'i KT merkezine ekonomik yetersizlik nedeniyle gidemediği, % 10'u ise sevklerde refakatçi yazılmadığı için kontrole yalnız gitme nedeniyle ikamet ettikleri yerde güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %25.6' sı sağlık personeliyle iletişim kuramadığı, %26.3'ü konaklayacak yer bulmadığı, %23.4'ü ulaşım güçlüğü yaşadığı, %24'ü kontrole gittiği yerde diyetine uygun beslenemediği, %0.7'si hastanede boş yatak bulunamaması nedeniyle yatış yapılmadığını belirtmiştir.

**Tablo 6. Hastaların KT Sonrası İmmünosupresif İlaçları Düzenli Alamama Nedenlerine Göre Dağılımı (n=38)**

| **KT Sonrası Kullanılan İmmünosupresif İlaca Ara Verme Nedeni (n=17)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| İlacın ömür boyu kullanılması gerektiğini bilememe | 1 | 5.9 |
| İlacın önemine ilişkin bilgilendirilmeme | 1 | 5.9 |
| Unutkanlık nedeniyle alınması gereken zamanı hatırlayamama | 8 | 47.0 |
| İlacı yazdırmak için zamanın olmaması | 1 | 5.9 |
| İlacı düzenli almayı önemsememe | 4 | 23.5 |
| Yan etkilerine uyum sağlayamama | 1 | 5.9 |
| Reçetede doktor imzası eksik olduğu için | 1 | 5.9 |

Tablo 6'de hastaların KT sonrası immünosupresif ilaçları düzenli alamama nedenlerine göre dağılımına yer verilmiştir. Hastaların %5.9'u immünosupresif ilacı ömür boyu kullanılması gerektiğini bilemediğini, %5.9'u ilacın önemine ilişkin bilgilendirilmediğini, %47'si ilacı unutkanlık nedeniyle alınması gereken zamanı hatırlayamadığını, %5.9'u ilacı yazdırmak için zamanın olmadığını, %23.5'i ilacı düzenli almayı önemsemediğini, %5.9'u kullanılan ilaçların yan etkilerine uyum sağlayamadığını, %5.9'u reçetede doktor imzası eksik olduğu için eczanede alamadığını ifade etmiştir.

**Tablo 7. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=38)**

| Alt boyutlar | X± Sd |
|---|---|
| Fiziksel İşlev | 47.23±33.88 |
| Fiziksel Rol | 25.00±41.09 |
| Ağrı | 42.89±8.97 |
| Genel Sağlık | 44.60±27.07 |
| Yaşamsallık | 41.05±26.81 |
| Sosyal İşlev | 50.98±33.81 |
| Mental Rol | 23.68±41.66 |
| Mental Sağlık | 48.63±23.18 |
| Fiziksel Sağlık Skoru | 35.84±9.21 |
| Mental Sağlık Skoru | 36.48±12.53 |

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları puan ortalamaları ve fiziksel ve mental sağlık skoru toplam puan ortalamaları Tablo 7'de verilmiştir. Fiziksel sağlık skoru toplam puan ortalaması 35.84±9.21, mental sağlık skoru toplam puan ortalaması 36.48±12.53 olarak belirlenmiştir. Hastalar yaşam kalitesi ölçeğinden, en yüksek sosyal işlev alt boyutunda 50.98±33.81, en düşük mental rol alt boyutunda 23.68±41.66 puan aldıkları saptanmıştır.

Hastaların KT sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık skoru puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde; 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl üstünde olanlarda yaşam kalitesi puanının sırasıyla 32.55±9.63, 37.64±8.54 ve 35.84±9.21 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (F=1.651, p=0.206).

Hastaların KT sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi mental sağlık skoru puan ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl üstünde olanlarda yaşam kalitesi puanının sırasıyla 35.44±11.21, 35.60±15.74 ve 39.20±9.21 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (F=0.308, p=0.737).

**Tablo 8. KT Uygulanan Hastaların Özbakım Gücü Puan Ortalamaları (n=38)**

| Toplam Özbakım Gücü Puanı | **Min** | **Max** | **X± Sd** |
|---|---|---|---|
| | 53.00 | 140.00 | 106.55±18.91 |

Tablo 8'de KT uygulanan hastaların özbakım gücü puan ortalamaları yer almaktadır. KT uygulanan hastaların özbakım gücü puan ortalamaları 106.55±18.91 olarak saptanmıştır.

**Tablo 9. KT Uygulanan Hastaların Özbakım Gücü Düzeyleri (n=38)**

| | **Puan** | **Düzey** | **n** | **%** |
|---|---|---|---|---|
| Özbakım Gücü Düzeyi | 24-64 puan | Kötü | 1 | 2.6 |
| | 65-100 puan | Orta | 14 | 36.8 |
| | 101-112 puan | İyi | 6 | 15.8 |
| | 113-140 puan | Çok iyi | 17 | 44.8 |
| **Toplam** | | | **38** | **100.0** |

Tablo 9'da KT uygulanan hastaların özbakım gücü düzeyleri yer almaktadır. Çalışmamızda yer alan hastaların %2.6'sının özbakım gücü puanı kötü düzeyde, %36.8'inin orta düzeyde, %15.8'inin iyi düzeyde ve %44.8'inin ise çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 10. KT Uygulanan Hastaların İmmünosupresif Tedaviye Uyum Puan Ortalamaları (n=38)**

| İTUÖ | Min | Max | X± Sd |
|---|---|---|---|
| İlaç Uyum Ölçeği | 9.00 | 12.00 | 10.84±0.78 |

Tablo 10'da KT uygulanan hastaların immünosupresif tedaviye uyum puan ortalamaları yer almaktadır. KT uygulanan hastaların immünosupresif tedaviye uyum puan ortalamaları 10.84±0.78 olarak saptanmıştır.

KT uygulanan hastaların immünosupresif tedaviye uyum puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında okur-yazar değil/okur-yazar hastaların ilaç uyum puan ortalaması 10.85±1.06, ilkokul mezunu hastaların ilaç uyum puan ortalaması 10.70±0.84, ortaokul ve üstü eğitim alan hastaların ilaç uyum puan ortalaması 10.84±0.78 olduğu istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (F=0.521, p=0.599).

**Tablo 11. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçeği (MTSORD-58$^{TR}$) Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=38)**

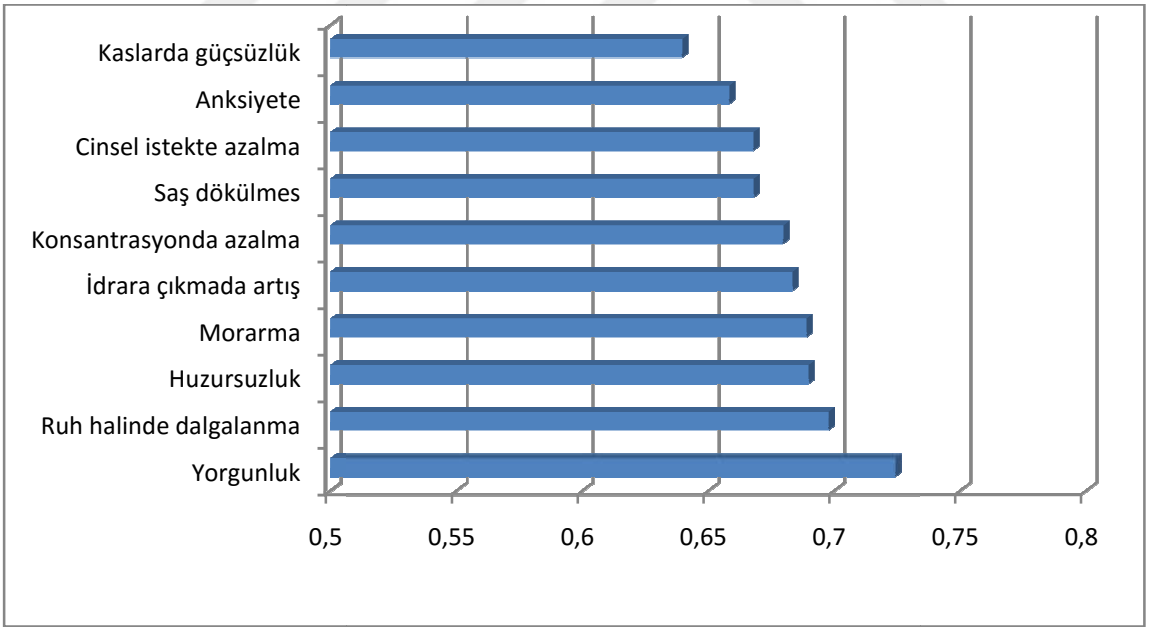
| MTSORD-58$^{TR}$ | Min | Max | X± Sd |
|---|---|---|---|
| Semptom Oluşma | 71.00 | 224.00 | 133.07±35.68 |
| Semptom Rahatsızlık | 11.00 | 173.00 | 69.63±37.84 |

Tablo 11'de KT uygulanan hastaların semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamaları (MTSORD-58$^{TR}$) yer almaktadır. KT uygulanan hastaların semptom oluşma puan ortalamaları 133.07±35.68, semptom rahatsızlık puan ortalamaları 69.63±37.84 olarak saptanmıştır.

**Tablo 12. Cinsiyete Göre Semptomların Görülme Durumu (n=38)**

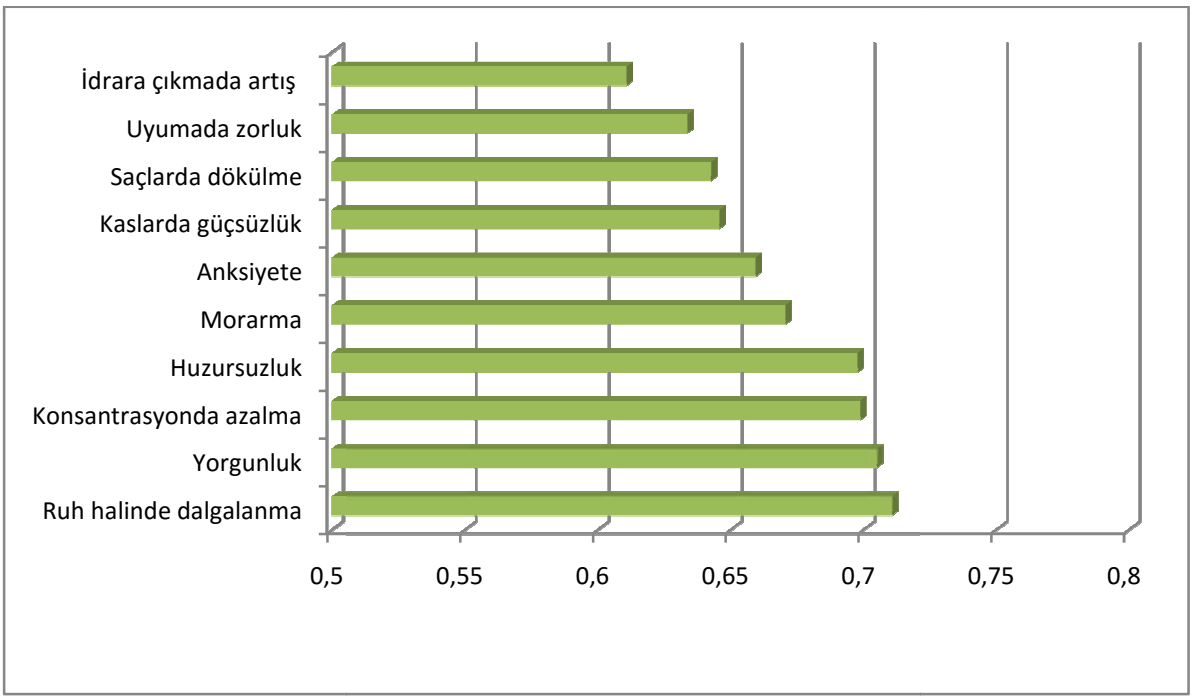
| MTSORD-58$^{TR}$ | **Cinsiyet** | **n** | **X± Sd** | **Mann-Whitney U** | **Z** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Semptom Oluşma | Kadın | 14 | 147.00±24.69 | 97.00 | -2.149 | 0.032 |
| | Erkek | 24 | 124.95±38.95 | | | |
| Semptom Rahatsızlık | Kadın | 14 | 80.64±25.86 | 108.500 | -1.01 | 0.071 |
| | Erkek | 24 | 63.20±42.52 | | | |

Tablo 12'de cinsiyete göre semptomların görülme durumu verilmiştir. Kadınların erkeklerden her iki semptom alt boyutunda daha fazla puan aldıkları saptanmıştır. Cinsiyete göre semptom görülme durumu arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analizde semptom puan ortalamasının anlamlı olarak kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12, $p<0.05$).




**Şekil 1. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarında Görülen İlk 10 Semptomun Dağılımı**

Şekil 1'de karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda en fazla görülen ilk 10 semptom ve ridit değerleri verilmiştir. Semptom oluşma toplam ridit değeri 0.503 olarak hesaplanmıştır. Hastalarda en fazla görülen 10 semptomun sırasıyla; yorgunluk (ridit değeri=0.72), ruh halinde dalgalanma (ridit değeri=0.69), huzursuzluk, morarma ve idrara çıkmada artış (ridit değeri=0.68), konsantrasyonda azalma (ridit değeri=0.67), saç dökülmesi, cinsel istekte azalma (ridit değeri=0.66), anksiyete (ridit değeri=0.65) ve kaslarda güçsüzlük (ridit değeri=0.63) olduğu belirlenmiştir.




**Şekil 2. Karaciğer Transplantasyonu Hastalarında Rahatsızlık Oluşturan İlk 10 Semptomun Dağılımı**

Şekil 2'de karaciğer transplantasyonu hastalarında en fazla rahatsızlık oluşturan ilk 10 semptom verilmiştir. Semptom rahatsızlık toplam ridit değeri 0.50 olarak hesaplanmıştır. Hastalarda en fazla rahatsızlık oluşturan ilk 10 semptomun sırasıyla; ruh halinde dalgalanma (ridit değeri=0.71),yorgunluk (ridit değeri=0.70), huzursuzluk ve konsantrasyonda azalma (ridit değeri=0.69), morarma (ridit değeri=0.67), anksiyete (ridit değeri=0.65) saç dökülmesi ve kaslarda güçsüzlük (ridit değeri=0.64), uyumada güçlük (ridit değeri=0.63) ve idrara çıkmada artış (ridit değeri=0.61) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 13. Cinsiyete Göre Semptomların Görülme Düzeyi (n=38)**

| Semptomlar | Kadın % (n=14) | Erkek % (n=24) |
|---|---|---|
| Nefes Darlığı | 14.3 | 4.2 |
| Diş Çürüklerinde Artış | 7.1 | 25 |
| Çok Susama | 21.4 | 12.5 |
| İştahta Artış | 7.1 | 20.8 |
| Tat Almada Değişiklik | 14.3 | 4.2 |
| İştahsızlık | 28.6 | 12.5 |
| Midede Yanma ve Ağrı | 21.4 | 12.5 |
| Bulantı ve/veya Kusma | 14.3 | 20.8 |
| İdrara Çıkmada Artış | 7.1 | 29.2 |
| İshal | 14.3 | 8.3 |
| Kabızlık Yaşama | 7.1 | 25 |
| Yorgunluk | 50 | 29.2 |
| Kaslarda Kramp | 21.4 | 8.3 |
| Sırt Ağrısı | 28.6 | 12.5 |
| Baş Ağrısı | 14.3 | 8.3 |
| Eklem Ağrısı | 21.4 | 16.7 |
| Cinsel Organımda yara veya Siğil | 14.3 | 4.2 |
| Terleme | 14.3 | 8.3 |
| Çarpıntı | 14.3 | 4.2 |
| El titremesi | 21.4 | 16.7 |
| El ve Ayaklarda Karıncalanma ve Hissizlik | 21.4 | 12.5 |
| Kas Güçsüzlüğü | 35.7 | 12.5 |
| El ve Ayak Sıcaklığında Artış | 21.4 | 4.2 |
| Görme Güçlüğü | 14.3 | 12.5 |
| Işığa Bakmada Güçlük | 28.6 | 20.8 |
| Kaşıntı | 14.3 | 16.7 |
| Cilt Renginde Koyulaşma | 14.3 | 8.3 |
| Cilt ve Vücut Morarması | 42.9 | 25.0 |
| Ciltte Kuruma | 14.3 | 8.3 |
| Tırnaklarda Kırılmaya Yatkınlıkta Artış | 14.3 | 8.3 |
| Yüz ve Sırtta Lekeler | 7.1 | 12.5 |
| Yüzde ve Boyunda Kızarıklık | 14.3 | 4.2 |
| Saçlarda İncelme | 50 | 16.7 |
| Ayaklarda ve Ayak Bileklerinde Şişme | 21.4 | 12.5 |
| Yüz ve Vücut Kıllarında Artış | 21.4 | 12.5 |
| Huzursuzluk veya Gerginlik | 35.7 | 29.2 |
| Bunalım | 21,4 | 16.7 |
| Kaygı ve Endişe | 42.9 | 12.5 |
| Ruh Halinde Dalgalanma | 35.7 | 16.7 |
| Konsantrasyon Bozukluğu | 35.7 | 25 |
| Uyumada Zorluk Yaşama | 28.6 | 12.5 |
| Kabus Görme | 7.1 | 12.5 |
| Adetlerle İlgili Sorun | 21.4 | - |
| Cinsel İsteğimde Azalma | 35.7 | 4.2 |

Tablo 13'de cinsiyete göre semptomların görülme düzeyi verilmiştir. Cinsiyete göre semptomların görülme durumuna bakıldığında kadınların %50'sinde kendini yorgun hissetme, %50'sinde saçlarda incelme ve dökülme, %42.9' unda kendini endişeli kaygılı hissetme, %42.9'unda ciltte morarma, %35.7'sinde ruh halinde dalgalanma, konsantrasyonda bozulma, huzursuzluk veya gerginlik, kas güçsüzlüğü, cinsel istekte azalma, %28.6'sında iştahsızlık, ışığa bakmada güçlük, uyumada zorluk, sırt ağrısı, %21.4'ünde yüz ve vücutta kıllanma, bunalımda hissetme, eklem ağrısı, mide yanması, susama, ayaklarda ve ayak bileklerinde şişlik, el titremesi, el ve ayaklarda karıncalanma ve hissizlik, el ve ayak sıcaklığında artış, %14.3'ünde nefes darlığı, tat almada değişiklik, bulantı ve kusma, ishal, baş ağrısı, cinsel organın etrafında yara veya siğil, terleme, çarpıntı, görmede güçlük, kaşıntı, cilt renginde koyulaşma, ciltte kuruma, tırnaklarda kırılmaya yatkınlıkta artış, yüz ve boyunda kızarıklık olduğu belirlenmiştir.

Erkeklerin %29.2' sinde yorgunluk, huzursuzluk, idrara çıkmada artış, %25'inde kabızlık ve diş çürüklerinde artış, ciltte morarma, %20.8'inde bulantı ve kusma, ışığa bakmada güçlük, iştahta artış ve konsantrasyonda bozulma, %16.7'sinde eklem ağrısı, el titremesi, kaşıntı, saçlarda incelme veya dökülme, bunalımda hissetme, ruh halinde dalgalanma, 12.5'inde çok susama, iştahsızlık, midede yanma ve ağrı, sırt ağrısı, el ve ayaklarda karıncalanma ve hissizlik, kas güçsüzlüğü, görme güçlüğü, yüzde ve sırtta lekeler, yüzde şişme, ayaklarda ve ayak bileklerinde şişme, yüz ve vücut kıllarında artış, kaygı ve endişe, uyumada zorluk yaşama, kabus görme, ses de incelme olduğu saptanmıştır.

**Tablo 14. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Skorları ile Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon**

| **Ölçekler** | | **Fiziksel Sağlık Skoru** | **Mental Sağlık Skoru** |
|---|---|---|---|
| İlaç Uyumu Toplam Puanı | r | 0.118 | 0.268 |
| | p | 0.479 | 0.104 |
| Öz Bakım Gücü Toplam Puanı | r | 0.654** | 0.702** |
| | p | 0.001 | 0.001 |

r: Pearson korelasyon katsayısı, n: kişi sayısı
** Korelasyon katsayısı 0.01 düzeyinde anlamlı
* Korelasyon katsayısı 0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 14'de yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve mental sağlık skorları ile diğer ölçekler arasındaki korelasyonlar verilmiştir. İlaç uyumu toplam puanı ile fiziksel ve mental sağlık skoru puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Özbakım gücü toplam puanı ile fiziksel sağlık skoru ($r=0.654$, $p<0.001$) ve mental sağlık skoru ($r=0.702$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

**Tablo 15. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları ile Kullanılan Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon**

| Altboyutlar | | İlaç Uyumu | Özbakım Gücü |
|---|---|---|---|
| Fiziksel İşlev | r | 0.140 | 0.638** |
| | p | 0.402 | 0.001 |
| Fiziksel Rol | r | 0.125 | 0.577** |
| | p | 0.455 | 0.001 |
| Ağrı | r | -0.086 | 0.040 |
| | p | 0.606 | 0.813 |
| Genel Sağlık | r | 0.332* | 0.791** |
| | p | 0.042 | 0.001 |
| Yaşamsallık | r | 0.193 | 0.602** |
| | p | 0.245 | 0.001 |
| Sosyal İşlev | r | 0.095 | 0.699** |
| | p | 0.572 | 0.001 |
| Mental Rol | r | 0.117 | 0.560** |
| | p | 0.485 | 0.001 |
| Mental Sağlık | r | 0.390* | 0.679** |
| | p | 0.016 | 0.001 |

r: Pearson korelasyon katsayısı, n: kişi sayısı
** Korelasyon katsayısı 0.01 düzeyinde anlamlı
* Korelasyon katsayısı 0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 15'de yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile kullanılan diğer ölçekler arasındaki korelasyonlar verilmiştir. Fiziksel işlev alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamsız, özbakım gücü ile pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir korelasyon (r=0.638, p=0.001) saptanmıştır.

Fiziksel rol güçlüğü alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamsız, özbakım gücü ile pozitif yönde orta şiddette (r=0.557, p=0.001) ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Ağrı alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu, özbakım gücü, puan ortalamaları arasında anlamsız (p>0.05) bir korelasyon saptanmıştır.

Genel sağlık alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı korelasyon (r=0.332, p<0.042), özbakım gücü ile pozitif yönde (r=0.791, p=0.001) güçlü ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Yaşamsallık alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamsız, özbakım gücü ile pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir korelasyon (r=0.602, p=0.001) saptanmıştır.

Sosyal işlev alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamsız, özbakım gücü ile pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir korelasyon (r=0.699, p=0.001) saptanmıştır.

Mental rol alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamsız, özbakım gücü ile pozitif yönde orta şiddette ve anlamlı (r=0.560, p=0.001) bir korelasyon saptanmıştır.

Mental sağlık alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı korelasyon (r=0.390, p<0.016), özbakım gücü ile pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir korelasyon (r=0.679, p=0.001) saptanmıştır**.**

# 5. TARTIŞMA

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesinin, özbakım gücünün ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada tartışma bölümü aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi
- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların özbakım gücü düzeylerinin belirlenmesi
- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların immünosupresif tedaviye uyum puan ortalamalarının belirlenmesi
- Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastaların modifiye transplantasyon semptom oluşma ve rahatsızlık durumu (MTSORD-58$^{TR}$) puan ortalamalarının belirlenmesi
- Ölçekler arasındaki korelasyon bulgularının incelenmesi

## 5.1. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi

Yaşam kalitesi akut ve kronik hastalıklar sonrası bireylerin hemşirelik bakımı sonuçlarının incelenmesinde önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak kabul görmekte ve kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (111). Çalışmada KT uygulanan hastaların SF-36 ölçeği kullanılarak saptanan yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık alt boyutları puan ortalamasının düşük düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 7). KT uygulanan hastaların yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalarda; yaşam kalitesi puanlarının birçok çalışmada düşük düzeyde olduğu saptanmış ve bu çalışma ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır (12,14,19,20,29,33-38,40).

KT uygulanan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda yaşam kalitesi fiziksel sağlık ve mental sağlık skorunda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda SF-36 ölçeğinin yaşam kalitesi fiziksel ve mental puan ortalamaları en düşük 40.94, en yüksek 63.9 olduğu belirlenmiştir. Carrol ve arkadaşları (2000) tarafından KT öncesi ve sonrası 53 hastanın yaşam kalitesi incelenmiş, SF-36 yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalamasının 53.1, mental sağlık puan ortalaması 63.9 olduğu (20); Aadahl ve arkadaşları (2002) tarafından Almanya'da 65 KT olan hasta ile 68 sağlıklı bireyin yaşam kalitesi, yorgunluk, anksiyete ve depresyon

düzeyleri incelenmiş ve karşılaştırılmış, yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalamasının 44.8, mental sağlık puan ortalaması 53.3 (34); Bozdemir ve Dicle (2006) tarafından 52 KT uygulanan hastanın yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalaması 50.98, mental sağlık puan ortalaması 40.94 (26); Mabrouk ve arkadaşları (2012) KT olmayı bekleyen 50 hasta ile KT uygulanan 103 hastada KT ameliyatı sonrası 85 hastada komplikasyon gelişmediği 18 hastada ise komplikasyon geliştiği tespit edilmiş ve KT sonrası komplikasyon gelişmeyen hastaların fiziksel sağlık puan ortalamasının 47.00, mental sağlık puan ortalamasının 49.2, komplikasyon gelişen hastaların fiziksel sağlık puan ortalamasının 45.1, mental sağlık puan ortalamasının 42.8 (15); S.Ordin ve Karayurt'un (2013) çalışmasında, KT uygulanan girişim grubunda yer alan hastaların fiziksel sağlık durumu 44.43, mental sağlık durumu 45.49 olarak saptanmıştır (32).

Bu çalışmada transplantasyon sonrası fiziksel ve mental yaşam kalitesi sonuçlarının literatürde verilen sonuçlardan daha düşük olmasında hastaların transplanrtasyon merkezinden uzakta yaşamalarının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden, en yüksek sosyal işlev alt boyutunda en düşük mental rol alt boyutunda puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 7). Bozdemir'in yaptığı çalışmada hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden en yüksek sosyal işlev alt boyutunda puan aldıkları saptanmıştır (26). Yapılan başka bir çalışmada hastaların; sosyal işlev boyutunun içinde yer alan yalnızlıkta en yüksek puanı, seksüel fonksiyonda en düşük puanı aldıkları saptanmıştır (15). Çolakdalcı ve Ucuzal (2012) tarafından yapılan çalışmada; hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden en yüksek mental sağlık alt boyutunda, en düşük mental rol alt boyutunda puan aldıkları saptanmıştır (40).

Kronik karaciğer hastalığı ile KT uygulanan hastalarda yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden KT uygulanan hastaların en yüksek fiziksel fonksiyon alt boyutunda**,** en düşük emosyonel rol fonksiyonunda puan aldıkları saptanmıştır (27). Jin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada fiziksel sağlık altboyutunda en yüksek genel sağlık algısı, mental sağlık altboyutunda en düşük yaşamsallık altboyutunda puan aldıkları saptanmıştır (14).

Sarıgöl ve Dicle (2008)'nin yaptığı çalışmada, KT sonrası üçüncü ayda öncesine göre yaşam kalitesi "ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon ve uyku" alt boyutlarında anlamlı düzeyde yükselme olduğu tespit edilmiştir (13).

Bu çalışmada transplantasyon sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi fiziksel sağlık skoru (F=1.651, p>0.05) ve mental sağlık skoru (F=0.308, p>0.05) arasında anlamlı fark saptanmamıştır Walter ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; transplantasyon sonrası geçen sürenin yaşam kalitesini olumlu etkilediği vurgulanmıştır (23).

Telles-Correia ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; KT sonrası hastaların transplantasyondan sonra 1. ayda yaşam kalitesinin fiziksel ve mental bileşenlerinde önemli iyileşme gözlendiği ve 1-6 aylar arasında sadece fiziksel yaşam kalitesinde önemli iyileşme olduğu saptanmıştır (29).

Bonsel ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan çalışmada hastaların transplantasyon sonrası yaşam kalitesinin tüm boyutlarında iyileşme olduğu ve bu durumun transplantasyon sonrası birinci yılda ise en iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir (16).

Gökçay ve Cengiz'in (2009) böbrek transplantasyonu hastaları ile yaptıkları çalışmada transplantasyon sonrası süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (157).

Jin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların 6, 12, 24, ve 36 ay aralıklarla yaşadıkları psikolojik sıkıntı ve yaşam kalitesi incelenmiş; SF-36 nın fiziksel rol, vücut ağrısı, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık özet skor puanlarının özellikle 6. ayda en düşük olduğu saptanmış ve çalışmada KT hastaların SİYK' ni ilk bir yıl içinde önemli ölçüde iyileştirdiği ancak bir yıldan sonra anlamlı iyileşme sağlanmadığı tespit edilmiştir ( 14).

De Bona ve arkadaşlarının (2000) İtalya'da 142 KT hastası ile yapmış olduğu çalışmada, transplantasyon öncesi, sonrası 6, 9, 12, 24, 48, 60 ay geçmiş olan hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik durumu incelenmiş ve hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik durumda en fazla iyileşmenin KT sonrası 6. ayda olduğu belirtilmiştir (126).

Neipp ve arkdaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada uzun dönem hastaların transplant öncesi döneme göre yaşam kaliteleri retrospektif olarak incelenmiş; böbrek transplantasyon sonrası 15 yıldan fazla yaşayan hastaların sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri sağlıklı popülasyon ile karşılaştırılmış, hastaların SF-36'nın fiziksel rol, sosyal fonksiyon, duygusal rol ve zihinsel sağlık boyutunda yaşam kalitelerinin tatmin edici olduğu ancak fiziksel fonksiyon, fiziksel ağrı, genel sağlık ve canlılık boyutlarında yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (158).

Onghena ve arkdaşları tarafından (2016) yapılan çalışmada KT sonrası ilk bir yıl içinde hastaların yaşam kalitesinde önemli iyileşme olduğu, bir yıldan sonra yaşam

kalitesinde stabil seyir ve biraz düşmeye eğilim olduğu saptanmıştır. KT sonrası hastaların fiziksel psikolojik durumlarında nasıl gelişme olduğunu ve fiziksel durumlarıyla birlikte sosyo-demografik özellikleri (devlet desteği, cinsiyet, medeni durum) ve farklı psikolojik güçlükler yaşamasının (örn: depresyon, anksiyete, cinsel işlev gibi) yaşam kalitelerini etkilediği ve KT hastalarda yaşam kalitesini daha fazla arttırmak amacıyla hastaların biyososyal ve psikolojik tedavileri için multidisipliner müdahalelere gereksinim olduğu belirlenmiştir (159). Literatürde transplantasyon sonrası hastaların 1-2 yıllık dönemde yaşam kalitelerinin kötüleşmesinde psikolojik stres, cerrahi komplikasyonlar, immünosupresif ilaçların yan etkisine bağlı gelişen komplikasyonlar ve karaciğer hastalığının etyolojisi gibi (HCV enfeksiyonu tekrarlaması gibi) faktörlerin rol oyadığı belirtilmektedir (126).

## 5.2. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Özbakım Gücü Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu çalışmada KT uygulanan hastaların özbakım gücü düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Transplantasyon uygulanan hastalarda özbakım gücünü belirleyen sınırlı sayıda çalışma (46-49) bulunmaktadır. KT uygulanan hastalarda taburcu olduktan sonra özbakım gücünü ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada; KT alıcılarında taburcu olduktan sonra ihtiyaçlarına göre bilgi gereksiniminin karşılanması ve özbakım becerilerinin gelişmesinin özbakım gücü düzeyini arttırdığı ve hastaların özbakım gücü toplam puanının yüksek olduğu saptanmıştır (46). Akciğer transplantasyonu sonrası alıcı ve bakım verici arasında ilişkinin kalitesi ve psikolojik sıkıntıyla özbakım gücü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada; akciğer transplantasyonu sonrası bakım vericiyle hastaların arasındaki ilişkinin kalitesi düştükçe hastaların psikolojik sıkıntılarının daha da arttığı ve özbakım güçlerinin azaldığı saptanmıştır **(**48). Genç ve öz bakım yeteneği düşük olan hastaların ilaç uyumu açısından risk altında olduğu, genç yaşta ve öz bakım yeteneği daha düşük olan hastalarla ilaca uyum skorlarının düşük olması arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (49). Böbrek transplantasyonu uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada; özbakım gücü puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu ve yaş, öğrenim seviyesi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, transplantasyon konusunda bilgi alma ve transplantasyon tarihinin özbakımı etkilemediği saptanmıştır (47). Böbrek transplant hastalarını etkileyen özbakım stratejileri ve engellerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; birkaç böbrek hastasının öz bakım

davranışı geliştirerek (sıvı alımı veya fiziksel aktivite için) en yüksek uyumu sağladığı, çoğunluğunun uyum sağlamadığı saptanmış ve hastaların çoğunun öz bakım engelleri ile karşılaştığı ve transplantasyon sonrası hastalık yönetimde hastaların iyileşmesi için yardımcı olunması, özbakım engelleri ve stratejilerini anlayarak, eğitim müdahalelerinin geliştirilmesinin esas olduğu vurgulanmıştır (160). Ayrıca böbrek transplantasyonu uygulanan hastalarında özbakım öz-yeterlik üzerine hastaları eğitmek ve sağlığı geliştirme stratejilerinin etkisi adlı çalışmada; böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda özbakım öz-yeterlik eğitiminin hastaları iyileştirmede, sağlığın teşviki ve stratejilerinin geliştirilmesinde etkili olduğu saptanmıştır (161).

Özbakım gücünü kronik hastalıklarda inceleyen birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Alemdar ve Pakyüz (2015) yaptıkları çalışmada, hemodiyaliz hastalarının özbakım gücü puanlarının iyi düzeyde olduğunu belirlemiştir (162).

Düzöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hastaların özbakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ailesiyle birlikte yaşayanlarda özbakım gücü puan ortalaması iyi düzeyde, 45-49 yaş grubundaki hastaların özbakım gücü puan ortalamaları çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (133,163). Yapılan diğer çalışmalarda genel olarak özbakım gücü puanları orta düzeyde (132,164-168) ve kronik hastalığı olan hastaların özbakım gücü puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (134).

### 5.3. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların İmmünosupresif Tedaviye Uyumunun Belirlenmesi

Immunsupresif ilaç, KT hastalarında sonucu etkileyen önemli faktörlerden biridir (169). Bu çalışmada KT uygulanan hastaların immünosupresif tedaviye yüksek düzeyde uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 10). Gorevski ve arkadaşlarının böbrek ve KT hastalarında immünosupresif tedavi ve organ reddi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada immunsupresif tedavi uyum ölçeği-ITAS ortalama skorunu 11 olarak saptamışlardır (170).

Çalışmada elde ettiğimiz bulgular böbrek ve diğer organ transplantasyonu yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerdir (49,171,172).

Bu çalışmada KT uygulanan hastaların eğitim düzeyinin ilaç uyumunu etkilemediği saptanmıştır. Prompaj ve ark tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu ile ilaç uyumu

arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (169). Bu çalışma bulgusu ile farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda ilaç uyumu etkileyen değişkenler olarak; hastanın yaşı (173,174) hastaların klinik durumu, transplantasyon sonrası geçen süre, verici türünün canlı olması, organı kaybetme korkusu, organı yakınlarından alması, sosyal destek, medeni durum belirtilmektedir (130,136,174-180). Bu çalışmada KT hastalarının eğitim durumunun dışında, vericisinin %76.3'nün canlı verici olması, %84.3'nün aylık kontrole gitmesi ve hastaların tamamının sağlık güvencesi olması gibi örneklem özelliklerinin etkisiyle ilaç uyumunun yüksek olduğu düşünülmektedir.

KT uygulanan hastalarda ilaç uyumu, tüm organ transplantasyonu hastalarında olduğu gibi ömür boyu gelişebilecek organ reddi ve greft kaybını ve buna bağlı ölümleri önlemek açısından oldukça önemlidir (169, 181,182). Karaciğer greftinin reddini önleyen en önemli faktörlerden birisi hastanın immünosupresif ilaç tedavisini düzenli alması ve tedavi rejimine uyum sağlamasıdır (182). Yapılan bir çalışmada organ transplantasyonunda rejeksiyonunun en önemli sebebinin ilaca uyumsuzluk olduğunu (hastaların %20-50) ve ilaç uyumu olan hastalarla, ilaç uyumsuzluğu olan hastalar karşılaştırıldığında ilaç uyumsuzluğu olan hastaların %74'ünde rejeksiyon geliştiği saptanmıştır (170). Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarla yapılan çalışmada da rejeksiyonun en önemli nedeni olarak immünosupresif ilaçların düzenli olarak kullanılmaması gösterilmiş ve böbrek transplantasyonu yapılan hastaların ortalama %28'inin immünosupresif tedavi rejimine uymadıkları, ortalama %20'sinde akut rejeksiyon geliştiği ve %16'sında ise greft fonksiyon kaybı görüldüğü belirtilmiştir (183).

## 5.4. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumunun (MTSORD-58$^{TR}$) Belirlenmesi

Tablo 11'de KT uygulanan hastaların semptom oluşma puan ve semptom rahatsızlık puan ortalamaları verilmiş ve hastaların yüksek düzeyde semptom yaşadığı belirlenmiştir. KT yapılmış hastaların semptomlarının incelendiği bir çalışmada bu çalışma bugusundan daha düşük puanlar belirlenmiştir (32).

Tablo 12'de semptom oluşmanın ve semptom rahatsızlığın cinsiyetten etkilendiği kadınlarda erkeklere göre daha fazla semptom oluştuğu ve oluşan semptomların rahatsızlık verdiği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.032). Yapılan

çalışmalarda da semptom oluşma ve semptom rahatsızlık durumunun cinsiyet etkilediği belirtilmektedir (65,32,154,155).

Bu çalışmada en yüksek oranda yorgunluk semptomu görüldüğü saptanmıştır (Şekil 1). Yapılan çalışmalarda da KT hastaların en fazla yorgunluk semptomu yaşadığı saptanmıştır (32,52,53,64,65,140,145,184-186). Koller ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan 356 böbrek transplantasyon hastası ile yaptığı çalışmada; en sık görülen semptomlardan birisinin yorgunluk olduğunu saptanmıştır (61).

Çolakdalcı ve Ucuzal (2012) tarafından yapılan çalışmada hastaların yorgunluk skalasından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, toplam puan üzerinden genel yorgunluk düzeyinin orta, skala alt boyutunda yer alan yorgunluk düzeyinin düşük, enerji düzeyinin ise yorgunluk düzeyinden daha yüksek ve iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (40). Amerika'da kolestatik karaciğer hastalarının transplantasyon öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada, transplantasyon sonrası birinci yılda yorgunluk görülme oranında azalma olduğu saptanmıştır (187). Aadahl ve arkadaşları, Almanya'da KT sonra hastaların yaşam kalitesi, yorgunluk, anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri bir çalışmada, hastaların fiziksel fonksiyonlarının sağlıklı popülasyondan daha kötü olduğunu, mental durumlarında bir değişme olmadığını, yorgunluk durumlarında ise ileri düzeyde bir iyileşme olduğunu belirlemişlerdir (34). Yapılan çalışma sonuçlarına göre, KT uygulanan hastaların transplantasyon sonrası dönemde fiziksel aktivitelerinde artış olduğu dolayısıyla kendilerini daha az yorgun hissettikleri saptanmıştır (29,52,188).

Bu çalışmaya katılan hastalarda kadınların %50'sinde, erkeklerin ise %29.2' sinde yorgunluk semptomu görüldüğü saptanmıştır. Berg-Emons ve arkadaşları tarafından KT uygulanan 96 hasta üzerinde yapılan çalışmada, hastaların %44'ünün ciddi düzeyde yorgunluk yaşadığı, kadınların erkeklerden daha yorgun olduğu saptanmıştır (189).

KT sonrası unutkanlık, ameliyat sonrası immunosupresif ilaçların (özellikle kortikosteroidler) yan etkilerine bağlı görülen duygu durum değişiklikleri nedeniyle yaşanabilmektedir (39,190). Çalışmada hastaların ortalama %47'si immünosupresif ilacı kullanırken çeşitli nedenlerle (ev işi ile uğraşma, iş ve sosyal hayat, ilacı yanına almama, ilacı alıp almadığı konusunda kararsız kalma ve psikolojik olarak kendini iyi hissetmeme) ilaçlarını kullanmada unutkanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (66,190-196).

Çalışmada hastaların saçlarında incelme veya dökülmenin olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer sonuç elde edilmiştir (32,62,64,65).

Çalışmaya katılan kadınların %42.9' unda kendini endişeli kaygılı hissetme, %35.7' sinde ruh halinde dalgalanma, konsantrasyonda bozulma, huzursuzluk veya gerginlik, %21.4' ünde, bunalımda hissetme, erkeklerin ise %29.2' sinde, huzursuzluk ve konsantrasyonda bozulma, kaygı ve endişe yaşadığı tespit edilmiştir. Literatürde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Fukunishi ve arkadaşlarının (2001) KT öncesi ve sonrası dönemde görülen psikiyatrik bozuklukları araştıran çalışmalarında hastaların transplantasyondan üç ay sonra %54' nün, bir yıl sonra %7' sinin, üç yıl sonra ise %2' sinin psikiyatrik bozukluk (deliryum, majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, uyum bozukluğu, distimik bozukluk, kısa psikotik bozukluk) yaşadığı saptanmıştır (87).

Başka bir çalışmada KT sonrası 186 hastanın geçmişe yönelik uzunlamasına verileri incelenmiş; KT hastalarında postop yüksek doz immünosupresyona neden olan steroid kullanımının hastaların yaşam kalitesinin fiziksel ve mental işlevini azalttığı ve anksiyete semptomlarını arttırdığı saptanmıştır (39).

Çalışmada Tablo 13'de hastalarda yüksek oranda görülen uyumada zorluk, el titremesi, unutkanlık ve baş ağrısı gibi nörolojik semptomların hastaların özbakım yetersizliği ve sosyal problemler yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda da bu semptomları yaşayan hastaların özbakımlarını karşılamada yetersizlik ve sosyal problem yaşadıklarını desteklemektedir (52,58,130,140,156,197-201).

Ağrı, hastaların fiziksel hareketlerini, psikolojik ve çalışma durumunu etkileyen önemli bir problemdir (32). Çalışmaya katılan hastalarda eklem ve sırt ağrısı olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Koller ve arkadaşlarının (2010) böbrek transplantasyonu hastası (n=356) ile yaptığı çalışmada; en sık görülen semptomlar içinde eklem ve sırt ağrısı olduğu saptanmıştır (61). S.Ordin ve Karayurt'un çalışmasında da hastalar çok ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir (32). Çalışmada Tablo 13'de kadınlarda sırt ağrısı, eklem ağrısı ve baş ağrısı semptomlarının erkeklerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Drent ve arkadaşlarının (2008) 123 KT hastasıyla yaptıkları çalışmada transplantasyon sonrası semptomlar incelenmiş, kadınlarda ağrının daha sık yaşandığı belirtilmiştir (60). Fukunishi ve arkdaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada KT hastalarının vericilerinin canlı olması nedeniyle alıcıların daha fazla ağrı duyduklarının belirtilmesi bu düşünceyi desteklemektedir (202).

Çalışmaya katılan hastalarda yüz ve vücut kıllarında artış, saçlarda dökülme, cinsel istekte azalma olduğu saptanmıştır. Hastalarda görülen bu semptomları yapılan birçok çalışma sonuçları desteklemektedir (32,42,61-65,141,203). Drent ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada 123 KT hastasında transplantasyon sonrası semptomlar incelenmiş, her iki cinsiyette tüylenmede artışın en sık yaşanan sorun olduğu, erkeklerde ise impotansın sık yaşandığı belirtilmiştir (60).

KT uygulanan hastalarında, vücutta morarmaların görülmesi karaciğerin pıhtılaşma mekanizmasındaki görevini yerine getirememesi ile ilgili önemli bir problemdir. Çalışmaya katılan hastalarda ciltte morarma 4. sırada yaşanan semptomdur. Yapılan çalışmalarda bulgular incelendiğinde ciltte morarma hastalarda oluşan 2. semptom olarak saptanmıştır (64, 65,154,204-207).

### 5.5. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Bulgularının İncelenmesi

Organ transplantasyonunda immünosupresif tedaviye uyum en kritik konulardan biridir. Çünkü tedaviye uyumsuzluk organ reddine, yaşam kalitesinin azalmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına ve mortalite hızına yol açabilir (171). Fiziksel işlev alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamsız bir korelasyon saptanmıştır. Dolayısıyla çalışma sonucunda hastaların yaşam kalitesinin fiziksel işlev alt boyutunun ilaç uyumunu etkilemediği saptanmıştır. Groveski ve arkadaşlarının çalışmasında böbrek transplantasyonu olan alıcılarda immünosupresif tedaviye uyum ile yetersiz fiziksel işlev durumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (174).

Genel sağlık alt boyutu toplam puanı ile ilaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı korelasyon saptanmış olması, hastaların genel sağlık puanının artmasının ilaca uyumu olumlu etkilediği belirtilebilir. Literatürde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hamedan ve arkadaşlarının böbrek transplantasyonu hastalarında bazı hastalık faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; immünosupresif uyum ve yaşam kalitesi skorları arasında dağılım 3-4 arasında olup önemli korelasyon olduğunu ve hastalarda yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (171). Çalışmada hastaların özbakım gücü puan ortalamasının iyi düzeyde olması ve hastaların yaşam kalitesinin fiziksel işlev alt boyutu toplam puanı ile özbakım gücü arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir korelasyon

(r=0.638,p=0.001) olması ile ilaç uyumunun yüksek çıkması arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir (208).

Organ transplantasyonunun amacı, bireyi mümkün olduğunca kısa sürede fiziksel, mental, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarına döndürmektir. Bireyin sosyal fonksiyonunu sağlaması üretken bir yaşama dönmesini etkilemektedir (47). Çalışmada sosyal işlev alt boyutu toplam puanı ile öz bakım gücü arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 15). Sosyal işlev alanındaki toplam puanda artış ile özbakım gücü arasında ilişki olduğunu dolayısıyla özbakım gücünün yüksek olması nedeniyle hastaların sosyal aktivitelerini gerçekleştirdiklerini ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin bu durumdan olumlu etkilediği ve üretken bir yaşama döndüklerini belirtmektedir. Kugler C ve arkadaşlarının ileriye yönelik tek bir merkezde toplamda 354 (böbrek n=165, karaciğer n=53, kalp n=24 ve akciğer n=112) transplantasyon hastasını 2. 6. 12 ve 24. aylarda izleyerek yaptıkları kohort çalışmada KT olan hastalarda SF-36 ölçeğinin alt boyutlarında etkilenmenin en düşük psikolojik sağlık ($p\leq0.01$) ve fiziksel sağlık ($p\leq0.01$) alanında olduğunu saptamışlardır (209).

Hastanın yaşam kalitesi ve özbakım gücü düzeyinin tespit edilmesi hemşireye hastaya özgü bakımı ve eğitimini planlamada önemli bir göstergedir. Özbakım gücü davranışları ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu düşünülmektedir (108,122,210). Çalışmada hastaların özbakım gücü toplam puanı ile fiziksel sağlık skoru ve mental sağlık skoru arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo14). Bu bulgular hastaların özbakım güçleri ile fiziksel ve mental sağlık skorları arasında doğrudan pozitif bir ilişki olduğunu, hastaların özbakım gücü arttıkça yaşam kalitelerinin yükseldiğini ifade etmektedir. Bu çalışmadaki bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) kronik hemodiyaliz hastasında (n=162) özbakım gücünün yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların özbakım gücü puan ortalamasının iyi, yaşam kalitesinin ise yüksek olduğu saptanmış ve çalışmada yaşam kalitesi ve alt boyutlarından sağlık ve işlev, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum-inançlar ve aile ortalama puanları ile özbakım gücü puanları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuş ve kadın ve erkekler arasında yaşam kalitesi ve özbakım gücü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, yaş arttıkça hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücünün azaldığı, hemodiyaliz hastalarının özbakım gücü düştükçe yaşam kalitesininde düştüğü belirlenmiştir (162). Karabulutlu ve Tan'ın sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda (n=46)

yaşam kalitesi ve özbakım gücünün inceledikleri çalışmada hastaların özbakım gücü arttıkça genel yaşam kalitesi, fonksiyonel durum ve esenliğin anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır (121). Ayrıca hemodiyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve özbakım gücü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; hemodiyaliz uygulamasının hastalar üzerinde tedavi edici etkiye sahip olmasına rağmen, son dönem böbrek hastalığı tanısı konan hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal stres yaşamalarının yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığı ve çalışma sonucunda hastaların üçte ikisinin yaşam kalitesi ve özbakım gücü arasında anlamlı ve doğrudan ilişki olduğu ve fiziksel boyutun yaşam kalitesinin en kolay etkilenen boyutu ve özbakım gücü ile pozitif ilişkisi olduğu belirlenmiştir (211).

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

## 6.1. Sonuçlar

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesinin, özbakım gücünün ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- KT uygulanan hastaların yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık skoru puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu,
- KT uygulanan hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu,
- KT uygulanan hastaların semptom oluşma ve semptom rahatsızlık puan ortalamalarının yüksek olduğu ve kadınlarda erkeklere göre daha fazla semptom görüldüğü,
- KT uygulanan hastaların özbakım gücü toplam puanı, yaşam kalitesi fiziksel sağlık skoru ve mental sağlık skoru arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu,
- İlaç uyumu toplam puanı ile yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık skoru puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- KT uygulanan hastaların transplantasyon merkezine uzakta yaşamaları nedeniyle birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal problem yaşadıkları tespit edilmiştir.

## 6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- KT uygulanan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için, multidisipliner ekip anlayışı içinde bütüncül yaklaşımla bakım verilmesinin sağlanması,
- Hemşireler tarafından KT uygulanan hastaların özbakım gücünü geliştirmek için destekleyici yaklaşımların uygulanması,
- Hastaların ilaç uyumunu artırmaya ve sürdürmeye yönelik sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve desteklenmesi,
- Semptom kontrolü sağlanarak hastaların yaşadığı semptomların azaltılmasına yönelik girişimlerin uygulanması,
- İkamet ettikleri şehirde yer alan hastanelerde, hastaların başvurabileceği, hemşireler tarafından danışmanlık ve öğretim hizmetinin sağlanabileceği bir biriminin oluşturulması, bu birimin transplantasyon merkezi ile işbirliğinin sağlanması,
- Hastalarayeni yaşamlarına uyum sağlamayı ve kendi otonomilerini kazanarak yaşadıkları problemlerle baş edebilmeyi ve kendi kendilerini yönetebilmeleri için danışmanlık verilmesi,
- Hemşireler tarafından sürdürülebilir danışmanlık ve destek sağlanan ve sağlanmayan durumlarda hasta sonuçlarının karşılaştırıldığı, transplantasyon uygulanan hastaların yaşadığı problemlere bütüncül bakmayı sağlayan ve farkındalık yaratan hemşirelik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

# 6. KAYNAKLAR


1. Özdağ N. Orgtransplantasyonu ve bağışına toplumun bakışı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(2): 46-55.

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

3. Angelico M, Gridelli B, Strazzabosco M. Practice of adult livertransplation in Italy recommediations of the Italian Association for the study of the liver (A.I.S.F). Digestive and Liver Disease, 2005; 37: 461-467.

4. Thompson JM, McFarland GK, Hirsch JE, Tucker SM. Clinical Nursing. 3th Ed.Mosby, 1993; 774-778.

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

6. Murray K, Carithers RL. AASLD, Practice guidelines: Evaluation of the patient for liver transplantation. Hepatology, 2005; 41(6): 1407-1432.

7. Yang LS, Shan LL, Saxena A,Morris DL. Liver transplantation: A systematic reviev of long-time quality of life. Liver International, 2014; 34(9): 1298-1313.

8. Sağlık Bakanlığı Organ,Doku Transplantasyonu ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı Güncel Veriler, https://organ.saglik.gov.tr/web/Erişim Tarihi: 15.06. 2015.

9. Özşaker E. Organ Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2012; 39-51.

10. WHO. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality life of assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res, 1993; 2: 153-159.

11. Belle SH, Porayko MK, Hoofnagle JH, Lake JR, Zetterman RK. Changes in quality oflife after liver transplantation among adults. National Institute of Diabetes and Kidney Diseases Liver Transplantation Database. Liver Transpl Surg,1997; 3(2): 93-104.

12. Goetzmann L, Klaghofer R, Wagner-Huber R, Halter J, et al. Quality of lifeand psychosocial situation before and after a lung, liver or an allogeneicbone marrow transplant. Swiss Med Wkly, 2006; 136: 281-290.

13. Sarıgöl Y. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.

14. Jin S, Xiang B, Zhong L, Yan L, Chen Z, Wang W, Xu M, Yang J.Quality of life and psychological distress of adult recipients after living donor liver transplantation. Transplantation Proceedings, 2013; 45: 281–285.

15. Mabrouk M, Esmat G, Yosry A, El-Serafy M, Doss W, Zayed N, El-Sahhar M, Awny S, Omar A. Health-related quality of life in Egyptian patients after liver transplantation. Annals of Hepatology, 2012; 11(6): 882-890.

16. Bonsel GJ, Essink-Bot ML, Klompmaker IJ, Sooff MJ. Assessment of the quality of life before and following liver transplantation. First results Transplantation,1992; 53(4): 796-800.

17. Bryan S, Ratcliffe J, Neuberger JM, Burroughs AK, Gunson BK, Buxton MJ. Health-related quality of life following. Liver Tranpstation, 1998; 7(2): 115-120.

18. Dena MB, Olkin I, Barnato AE, Keeffe EB, Owens DK. Health-related quality of life after liver transplantation: a meta-analysis. Liver Transplantaion, 1999; 5(4): 318-331.

19. Younossi MZ, Mccormic M, Price LL, Boparai N, Farquhar L, Henderson. Impact of liver transplantation on health-related quality of life. Liver Transplantation, 2000; 6(6): 779-783.

20. O'carrol RE, Cossar JA, Couston MC, Hayes PC. Sensitivity to change following liver transplantation: A comparison of three ınstruments that measure quality of life. Journal of Health Psychology, 2000; 5(1): 69–74.

21. Holzner B, Kemler G, Kopp M, Dachs E, Kaserbacher R, Spechtenhauser B, Vogel W, Sperner-Unterweger B. Preoperative expectations and postoperative quality of life in liver transplant survivors. Arch, Phys Med Rehabil, 2001; 82: 73-79.

22. Caccamo L, Azara M, Doglia M, Sessini C, et al. Longitudinal prospective measuremebt of the quasty of life before and after liver transplantation among adults. Transplantation Proceeding, 2001; 33: 1880-1881.

23. Walter M, Moyzes D, Rose M, Neuhaus R, Neuhaus R, Danzer G, Klapp BF. Psychosomatic Interrelations Following Liver Transplantation. Clinical Transplantation, 2002; 16: 301-330.

24. Ractliffe J, Longworth L, Young T, Bryan S, et al. Liver Transplantation, 2002; 8(3): 263-270.

25. Krasnoff JB, Vintro AQ, Ascher NL, Bass NM, et al. Objective measures of health-related quality of life over 24 months post- liver transplantation. Clinicial Transplantation, 2005; 19: 1-9.

26. Bozdemir H. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.

27. Gündoğdu S. Kronik Karaciğer Hastalığı İle Karaciğer Transplantasyonu Yapılmış Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2007.

28. Russell RT, Feurer ID, Wisawatapnimit P, Salomon RM, et al. The effects of physical quality of life, time, and gender on change in symptoms of anxiety and depression after liver transplantation. J Gastrointest Surg, 2008; 12: 138–144.

29. Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Mateus E, Monteiro E. When does quality of life improve after liver transplantation?. A longitudinal prospective study. Transplant Proc,2009; 41: 904-905.

30. Wang GS, Yang Y, Li H, Jiang N, Fu BS, Jin H, Yang JX, Chen GH. Health-related quality of life after liver transplantation: The experience from a single Chinese center. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2012; 11: 262-266.

31. Sirivatanauksorn Y, Dumronggittigule W, Limsrichamrern S, Iramaneerat C, Kolladarungkri T, Kositamongkol P, Mahawithitwong P, Asavakarn S, Tovikkai C. Quality of life among liver transplantation patients. Transplant Proc, 2012; 44: 532-538.

32. Ordin YS. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom Ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2013.

33. Periaera SP, Howard LM, Muiesan P, Rela M, et al. Quality of life after liver transplantation for alcoholic liver disease. Liver Transplant, 2000; 6(6): 762-768.

34. Aadahl M, Hansen BA, Kirkegaard P, Groennuold M, et al. Fatigue and physical function after orthotopic liver transplantation. Liver Transplantation, 2002; 8(3): 251-259.

35. Nickel R, Wunsch A, Ulrich TE, Lohse AW, et al. The relevance of anxiety, depression, and coping in patients after liver transplantation. Liver Transplantation, 2002; 8(1): 63-71.

36. Van Der Plas S, Hansen BE, Boer JB, Stijnen, T, Passchier J, Man RA, Schalm SW. Generic and disease-specific health related quality of life in non-cirrhotic and transplantedliver patients: A cross-sectional study. BMC Gastroenterology, 2003; 3(33): 1-13.

37. Beilby S, Moss-Morris R, Painter L. ”Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation”. Journal of the New Zealand Medical Association, 2003; 116.

38. Van Ginneken BT, Van den Berg-Emons RJ, Kazemier G, Metselaar HJ. Physical fitness, fatigue, and quality of life after liver transplantation. Eur JAppl Physiol, 2007; 100: 345-353.

39. Zaydfudim V, Feurer ID, Landman MP, Moore DE, Wright JK, Pinson CW. Reduction in corticosteroids is associated with better health-related quality of life after liver transplantation. J Am Coll Surg, 2012; 214: 164-173.

40. Çolakdalcı A. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2012.

41. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2th Ed. Philadelphia: F.A.Davis Company, 2005; 223-315.

42. Karabulut N, Yaman AY. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların Yaşadığı Sorunlar Ve Hemşirelik Girişimleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1(2): 37-42.

43. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar, 1. Baskı, İstanbul: Alaş Ofset, 2012; 21-40.

44. Tomey M. Alligood RM. Nursıng theorısts and their work, 6th ed. 2006; 267-287.

45. Dennis, C. ed. St. Louis: Mosby. Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications, 2001; 99-135.

46. Zhan XR, Chen QE, Tan JL, Wang GS**.** The self-care agency and its influencing factors in liver transplant recipients after discharge. Chinese Journal of Nursing, 2015; 09: 1091-1095.

47. Gül A, Üstündağ H, Zengin N. Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda özbakım gücünün değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 2010; 20(1): 7-11.

48. DeVito Dabbs A, Terhorst L, Song MK, Shelmer DA, Aubrecht J, Connoly M, Dew MA. Quality of recipient-caregiver relationship and psychological distress are correlates of self-care agency after lung transplantation. Clin Transplant, 2013; 27(1):1.

49. Bosma OH, Vermeulen KM, Verschuuren EA, Erasmus ME, Van der Bij W. Adherence to immunosuppression in adult lung transplant recipients: Prevalence and risk factors. J Heart Lung Transplant, 2011; 30(11) (Abstr.).

50. Baranyi A, Krauseneck T, Rothenhäusler HB. Overall mental distress and health-related quality of life after solid-organ transplantation: results from a retrospective follow-up study. Health and Quality of Life Outcomes, 2013; 11(15) : 2-10.

51. Tsay SL, Healstead M. Self-care self efficacy, depression and quality of life patients receiving hemodialysis in Taiwan. International Journal of Nursing Studies, 2002; 9: 245-251.

52. Forsberg A, Backman L, Möller A. Experiencing liver transplantation: A phenomenological approach. Journal of Advanced Nursing, 2000; 32(2): 327-334.

53. Bean KB. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. Progress in Transplantation, 2005; 15(4): 392-396.

54. Nilsson M, Persson LO, 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.

55. Watanabe A, karayurt Inoue T. Transformational experinces in adult-to-adult living-donor livertransplant recipients. Journal of Advanced Nursing, 2010; 66(1): 69-81.

56. Talas S, Bayraktar M. Kidney transplantation: Determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. Journal of Clinical Nursing, 2004; 13: 580–588.

57. Egwim C, Botero RC. İs Hepatit B immunglobulin prophylaxis needed for liver transplantation in theera of new antivirals?. Transplantation Proceedings, 2005; 37: 2200–2004.

58. Amodio P, Biancardi A, Montagnese S, Angeli P, Lannizzi P, Cilllo U, D'Amico D, Gatta A. Neurological complications after orthotopic liver transplantation. Digestive and Liver Disease, 2007; 39: 740–747.

59. Can C. Karaciğer Transplantasyonu Öncesinde Ve Transplantasyonden Bir Yıl Sonra Psikiyatrik Belirti Ve Bozukluk Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi, Genel Bilişsel Ve Cinsel Bozukluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2010.

60. Drent G, Moons P, De Geest S, Kleibeuker JH, Haagsma EB. Symptom experience associated with immunosuppressive drugs after liver transplantation in adults: Possible relationship with medication non-compliance?. Clin Transplant, 2008; 22(6): 700-709.

61. 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. Progress in Transplantatio, 2010; 20(1): 40-46.

62. 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.

63. Estraviz B, Quintana JM, Valdivieso A, Bilbao A, Padierna A, Ortiz de Urbina J, Sarabia S. Factors ınfluencing change in health-related quality of life after liver transplantation. Clin Transplant, 2007; 21: 481–490.

64. Drent G, Geest SD, 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.

65. Kugler C, Geyer S, Gottlie J, Simon A, Haverich, Dracup K.Symptom experience after solid organ transplantation. Journal of Psychosomatic Research, 2009; 66: 101-110.

66. Aras G, Karaciğer Transplantasyonunda Hastaların Ve Ailelerin Sorunları, Gereksinimleri Ve Bakıma Katılım Düzeylerinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

67. Europen Liver Transplant Society http://www.eltr.org/spip.php?rubrique 37 Erişim Tarihi:12.03.2016.

68. Sağlık Bakanlığı Organ, Doku Transplantasyonu ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı Güncel Veriler https://organ.saglik.gov.tr/web/) Erişim Tarihi:13.03.2016.

69. Andrews PA. Renal Transplantion. British Medical Journal, 2002; 324: 530-534.

70. Haberal M, Emiroğlu R. Böbrek Transplantasyonu Temel ve Sistematik Cerrahi. Güven Kitabevi, İzmir, 2005; 647-711.

71. Özen M, editör Şenocak K, Rohe M, Yarayan A. Organ Ticareti Suçu. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Malatya, 2014;19-44.

72. Koçak A, Aktaş EÖ. Şenol E, Kaya A, Bilgin UE. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin organ transplantasyonu ve bağışı hakkındaki bilgi düzeyi. Ege Tıp Dergisi, 2010; 49: 153-160.

73. Collins TJ. Organ and tissue donation: a survey of nurses' knowledge and educational needs in an adult ITU. Intensive and Critical Care Nursing, 2005; 21(4): 226-233.

74. Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Medical Surgecal Nursing, Mosby, St. Louis,1999; 2226-2244.

75. Aydın ÇK. Organ veya doku ticareti suçu. Ankara Barosu Dergisi, 2011; 1: 129-160.

76. Ertin H. Organ bağışı ve transplantasyon tıbbı: etik çerçeve ve çözüm tartışmaları. İş Ahlakı Dergisi, 2014; 7(2): 91-120.

77. Olgun N, Aslan FE, Fındık ÜY. (Edt.). Aslan FE, Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 711-715, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 3.Baskı, 2014.

78. Bartucci M, Cuppless S. Kidney Transplantation: State of the Art American Association of Critical-Care Nurses, 1999; 10(2): 153-163.

79. Pomfret EA, Pomposelli JJ, Lewis WD, Gordon FD, Burns DL, Lally A, Raptopoulos V, Jenkins RL. Live donor adult liver transplantation using right lobe grafts: Donor evaluation and surgical outcome. Arch Surg, 2001; 136(4): 425-433.

80. Wakade VA, Mathur SK. Donor safety in live-related liver transplantation. İndian J Surg, 2012; 74(1): 118-126.

81. Sungur MA, Mayda AS. Düzce üniversitesi tıp fakültesi dönem I ve dönem VI öğrencilerinin organ bağışı konusunda bilgi ve tutumları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014; 4(2): 15-20.

82. Savaşer S, Mutlu B, Çağlar S, Doğan Z, Canbulat N. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin organ bağışına bakışları. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 2012; 20(1): 1-9

83. Genç R. Türkiye'de ve dünyada organ transplantasyon cerrahisi: Transplantasyon lojistiğinin yönetimi. Ulusal Cerrahi Dergisi, 2009; 25: 40-44.

84. Karasu D, Yılmaz C, Karaduman İ, Çınar YS, Büyükkoyuncu N. Özgün araştırma/ beyin ölümü olgularının retrospektif analizi. Pekel Yoğun Bakım Dergisi, 2015; 6: 23-26.

85. Karademir S. Karaciğer Transplantasyonu. T Klin Ver Der, 2006; 2 (26): 40-48.

86. Verdonk RC, Van Den Berg AP, Slooff MJH, Porte RJ, Haagsma EB. Livertransplantation: An update. Neth J Med, 2007; 65(10): 372-380.

87. Kaçmaz N, Barlas GÜ. Karaciğer transplantasyonu yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014; 5(1): 1-8.

88. Moon DB, Lee SG. Gut and Liver, Liver Transplantation 2009; 3(3): 145-165.

89. https://www.edqm.eu/sites/default/files/newsletter_transplant_2015_2.pdf ErişimTarihi:13.03.2016.

90. http://optn.transplant.hrsa.gov/Erişim Tarihi: 13.03.2016.

91. Scientific Registry of Transplant Recipients. Annual Report: Transplant Data 1999-2008, http://optn/unos.transplant.hrsa.gov/Erişim tarihi: 04.04.2016.

92. Kasapoğlu B, Yalçın S, Türkay C. Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. Güncel Gastroenteroloji, 2010; 14(2): 96-102.

93. Song ATW, Vivian Iida Avelino-Silva VL, Rafael Antonio Arruda Pecora RAA, Pugliese V, D'Albuquerque LAC, Abdala E. Liver transplantation: Fifty years of experience. World J Gastroenterol, 2014; 20(18): 5363-5374.

94. Karakayalı H, Haberal M. The history and activities of transplantation in Turkey. Transplant Proc, 2005; 37 (7) : 2905-2908.

95. Weston WB. Overview of transpalntation ımmunology and pharmacotherapy of adult solid organ transplant recipients: focus on ımmunosuppression. AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & CriticalCare, 2004; 10(2): 253-269.

96. Bufton S, Emmett K, Byerly AM. Liver transplantation. In: Ohler L, Cupples S, eds. Core Curriculum for Transplant Nurse. USA: Mosby Elsevier, 2008; 423-455.

97. Yılmaz E. Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi, 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, İzmir 2013;188-190.

98. Urden T. Liver Transplantation, Critical Care Nursing: Diagnosis and Management,5th Ed. USA: Mosby, 2006.

99. Yu AS, Keeffe EB. Eds. Zakim D, Boyer TD, Hepatology: a textbook of liverdisease. Livertransplantation. 4th edition. Philadelphia: Elsevier; 2003; 1617–1656.

100. Adam R, E Hoti, Liver transplantation:The current situation. Semin Liver Dis, 2009; 29(1): 3-18.

101. Ahmed, A. Keeffe EB. Current Indications and Contraindications for Liver Transplantation Clin Liver Dis. 2007; 11: 227–247.

102. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin kinlik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi, 2007; 1(2): 9-13.

103. Küçükdeveci AA. Yaşam Kalitesi mi İşlevsellik mi? Kavramsal Yaklaşım. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2010; 61-62.

104. Aydemir Ö. Değerlendirme araçlarının psikometrik özellikleri. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, 2004; 7-9.

105. Akvardar Y. Psikatride Yaşam Kalitesinin Yeri. 2.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2007; 42-43.

106. Akpek EA. Anestezi Uygulamaları ve Yaşam Kalitesi. 2.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2007; 14-15.

107. Ergin D. Çocuklarda Yaşam Kalitesi, 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2013; 132-133.

108. Pınar R. Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1995.

109. Arslan S. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2000.

110.Yanyeri G.Sinonazal Hastalıkların Tedavisinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2013; 266-270.

111.Glenda AM. Quality of life: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 1993; 18: 32-38.

112.Akyol A. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 1993; 9(3) : 71-75.

113.World Health Organization (Dünya Saglik Örgütü) http://www.who.int/entity/gho/en/ Erişim Tarihi; 13.03.2016.

114.Eser E. Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2004; 4-6.

115.Özşaker E. Organ transplantasyonu ve yaşam kalitesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 3(3): 166-173.

116.Erdoğan Z. Kanserli Hasta Yakınlarında Yaşam Kalitesi, 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2013; 110 -115.

117.Leyla Köksal L, Şişman. Yaşam Kalitesi ve İletişim , 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, 2013; 152-155.

118.Yılmaz E. Cerrahi hemşireliği ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2012; 11-15.

119.Pınar R. Türkiye'de hemşirelik alanında yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2012;5-9.

120.Younossi ZM, Guyatt G. Quality–of life assessments and chronic liver disease. The American Journal of Gastroenterology, 1998; 93 (7): 1037-1041.

121.Karabulutlu E, Tan M. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 8(2): 9.

122.Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4(1): 41-49.

123.Kendall K, O'Dell MI. Liver Transplantation, Core curriculum for transplant nurses, eds. Ohler L,Cupples S. Internal Transplant Nurses Society. ABD: Mosby, 2008; 423-455.

124.Yamantaş Ö. Karaciğer Transplantasyonlarında Sağ Lop Vericilerinin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.

125.Şahan E. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı İle İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi Ve Özbakım Gücü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

126.De Bona M, Ponton P, Iemmolo MR, Feltrin A, Boccagni P, Gerunda G, Naccarato R, Rupolo G, Burra P.The impact of liver disease and medicalcomplications on quality of life and psychological distress before and after livertransplantation. J Hepatol, 2000; 33: 609–15.

127.Goetzmann L, Sarac N, Ambühl P, Boehler A, et al. Psychological responseand quality of life after transplantation: A comparison between heart, lung, liver and kidney recipients. Swiss Med Wkly, 2008;138: 477-83.

128.Lukkarinen H, Hentinen M. Self care agency and factors related to this agency among patients with coroner heart disease. İnternational Journal Nursing Study, 1997; 34(4): 295–304.

129.Ünsal E, Kızılcı S. Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2010; 3: 164-168.

130.Karayurt Ö, İşeri Ö, Erol F.Karanlıktan aydınlığa canlıdan karaciğer transplantasyonu; roy uyum modeline temellendirilmiş nitel bir çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014; 7(4): 257-264.

131.Howard A. Long- term posttransplantation care: The expandin role of community nephrologists. American Journal of Kidney Diseases, 2006; 47: 111-124.

132.Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer sirozu olan hastaların özbakım güçlerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9(2): 13-24.

133.Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 2009; 26: 210-213.

134.Aksel Ş. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü Ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2010.

135.Cürcani M, Tan M. Böbrek transplantasyonu yapılmış hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi durumları. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2013; ISSN: 2147-7728 : 91-102

136.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.

137.Sertöz N, Demir HF, Ayanoğlu HÖ. Organ Transplantasyonlarından Sonra Yoğun Bakım İlkeleri Şahinoğlu AH (Edt.).Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. Nobel Tıp Kitapevleri, 3. Baskı, 2011; 792-809.

138.Lui LU, Thomas SD. Long-term care of the liver transplant recipient. Clinical Liver Disease, 2007; 11: 397-416.

139.Alparslan GB, Kapucu S. Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2008: 77-84.

140.Sargent S, Wainwright SP. A qualitative study exploring patients perceived quality of life following an emergency liver transplant for acute liver failure. İntensive and Critical Care Nursing, 2007; 23: 272-280.

141.Ho JK, Ko HH, Schaeffer DF, Erb SR,Wong C, Buczkowski AK, et al. Sexual health after orthotopic liver transplantation. Liver Transplantation, 2006; 12: 1478–1484.

142.Yatkın I. Renal Transplantasyon Hastalarında Ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi Ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

143.Akman B, Özdemir FN, Sezer S, Miçozkadioğlu H, Haberal M. Depression levels before and af-ter renal transplantation. Transplantation Proce-edings, 2004; 36(1): 111-113.

144.Özşaker E, Özbayır T. Böbrek Transplantasyo-Nu Olan Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi-Nin Saptanması Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 2005; 21: 247-252.

145.Masala D, Mannocci A, Unim B, Del Cimmuto A, Turchetta F, Gatto G, Santoro R, Ettorre GM, Boccia A, La Torre G. Quality of life and physical activity in liver transplantation patients: results of a case-control study in Italy. Transplant Proc, 2012; 44: 1346-1350.

146.Ware JE. SF-36 Health Survey Update, http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#LIT,2008,Erişim tarihi; 03.03.2016.

147.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.

148.Koçyiğit H,Aydemir Ö, Ölmez N. ve ark. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 1999; 12: 6-102.

149.Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form–36. 3-P Dergisi, 1999; (7): 14-22.

150.Nahcivan NÖ. Sağlıklı Gençlerde Özbakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. İ.U.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1994.

151.Nahcivan N.O.A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. Western Journal of Nursing Research, 2004; 26(7): 813-824.

152.Chisholm MA, Lance CE, Mulloy LL. Patient factors associated with adherenceto immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. Am J Health-Syst Pharm 2005; 62, 1775-1781.

153.Madran B, Ö Karayurt Ö, Spıvey CA, Marie A. Chısholm- Burns MA. organ nakli alıcıları için immunosupresif tedaviye uyum ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2015(Özet).

154.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

155.Dobbels F, Moons P, Abraham I, Larsen CP, Dupont L, De Geest S. Measuring symptom experience of side-effcets of immunosuppressive drugs: the modified transplant symptom occurrence and distress scale. Transpl Int, 2008; 21: 764-77.

156.Sarıgöl Ordin Y, Karayurt Ö,Vupa Çilengiroğlu Ö. Vallidation and adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrance and Symptom Distress Scale-59 Items Revised into Turkish. Progress in Transplantation, 2013; 23 (4): 392 – 400.

157.Gökçay S, Cengiz K. Böbrek Transplantasyon Hastalarında Yaşam Kalitesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi,Samsun, 2009.

158.Neipp M, Karavul B, Jackobs S, Vilsendorf A, Richter N. Quality of Life in Adults Transplant Recipients More than 15 Years after Kidney Transplantation. Transplantation, 2006; 81 ( 12 ) : 1640-1644.

159.Onghena L,Develtere W, Poppe C, Geerts A, Torisi R,Vanlander A, Berrevoet,Rogiers X,Van-Vlierberghe H and Verhelst X. Quality of life after liver transplantation: State of the art. World J Hepatol, 2016; 8(18): 749–756.

160. Gordon EJ, Thomas R, Prohaska TR, Gallant M, Siminoff LA. Self-care strategies and barriers among kidney transplant recipients: Aqualitative study Chronic Illn, 2009; 5(2): 75–91.

161. Soltannezhad F, Farsi Z, Moroei MJ. The effect of educating health promotion strategies on self-care self-efficacy in patients undergoing kidney transplantation: A double blind randomized trial. Nursing Midwifery Studies, 2013; 2(4): 64–70.

162.Alemdar H, Sezgi Çınar Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2015; 2 :1-12.

163.Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes mellitus hastalarının ayak bakımı ve diabetik ayak hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 2005; 14: 6-12.

164.Tsay SL. Self efficacy training for with end-stage renal disease. Journal of Nursing Advenced Nursing, 2003; 43: 421-429.

165.Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü ve etkileyen etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1(3): 70-80.

166.Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve depresyon. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2005; 55–60.

167.Kıyak E, Ergüney S. Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 2002; 5(1): 38–44.

168.Yurtsever S, Kuyurtay, F. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz bakım gücü. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2003; 26-32.

169.Promraj R, Dumronggittigule W, Sirivatanauksorn Y, Ruenrom A, Tovikkai C, Limsrichamrern S, Kositamongkol P, Mahawithitwong P, Asavakarn S. Immunosuppressive medication adherence in liver transplant recipients. Transplantasyon Proceedings, 2016; 48(4): 1198-2001.

170.Gorevski E, Gorevski Pharm DE, Gautham Mogilishetty MD, Alaa Minkara Pharm D, et al. Immunosuppressant therapy adherence and rejection outcomes in liver and kidney transplant patients, cincinnati, OH, PSU12-Adherence_and_rejection_poster- Pdf. ISPOR-Baltimore, value ın health, 2011; 14: A1-A214.

171.Hamedan MS, Aliha JM. Relationship between Immunosuppressive Medications Adherence and Quality of Life and Some Patient Factors in Renal TransplantPatients in Iran. Global Journal of Health Science,2014; 6(4): 205-212.

172.Weng FL, Chandwani Sh, Kurtyk KM, Zacker CH, Chisholm-Burn MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6months post-transplant: a cross-sectional study. BMC Nephrology, 2013; 14: 261.

173.Greenstein S, Siegal B. Compliance and noncompliance in patients with a functioning renaltransplant: A multicenter study. Transplantation, 1998; 66(12): 1718-1726.

174.Gorevski E, Succop P, Sachdeva j, Cavanaugh TM, Volek P, Heaton P, Chisholm-Burns M, Martin-Boone JE. Is there an association between immunosuppressant therapy medication adherence and depression, quality of life, and personalitytraits in the kidney and liver transplant population?. Patient Preference and Adherence, Dove Press journal, 2013; 7: 301–307.

175.Perry L, Neuberger J, İmmunosuppression: Towarda logicalapproach in liver -Transplantation. Clinical and Experimental Immunology, 2005; 139: 2-10.

176.Feinstein S, Keich R, Becker-Cohen R, Rinat C. Is noncompliance among adolescent renal transplant recipients inevitable?. Pediatrics, 2005; 115(4): 969-973.

177.Vlaminck H, Maes B, Evers G, Verbeke G ve ark. Prospective study on late consequences of subclinical non-compliance with immunosuppressive therapy in renal transplant patients. American Journal of Transplantation, 2004; 4: 1509–1513.

178.Barros CT, Cabrita J. Noncompliance with immunosuppressive therapy: prevalence and determinants. Transplantation Proceedings, 2000; 32: 2633.

179.McAllister S, Buckner EB, White-Williams C. Medication adherence after heart transplantation: adolescents and their issues. Progress in Transplantation, 2006; 16(4): 317-323.

180.Taylor RM, Franck LS, Dhawan A ve Gibson. The stories of ransplant. Qualitative Health Research, 2010; 20 (8): 1076-1090.

181.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

182.Ryckman FC, Bucuvalas JC, Nathan J, Alonso M, Tiao G, Balistreri WF: Outcomes following liver transplantation. Seminars in Pediatric Surgery, 2008; 17: 123-130.

183.Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, et al. Prevalence, consequences and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: A literature review. Transpl Int, 2005; 18: 1121–1133.

184.Jones JB. Liver transplant recipients first year of posttransplant recovery: A longitudinal study. Progress in Transplantation, 2005; 15(4): 345-352.

185.Dudley T, Chaplin D, Cliford C, Mutimer J. Quality of life after liver transplantation for hepatitis C ınfection. Qual Life Res, 2007; 16: 1299–1308.

186.Wang C, Wang G, Yi H, Tan J, Xu J, Xu C, Yang Y, Li H, Chen O, Chen G. Symptom experienced three years after liver transplantation under immunosuppression in adults. Plos one | www.plosone.org, 2013; 8(11): 1-9.

187.Gross C, Malinchoc M, Kim R, Evans R, et al. Quality of life before and after Liver transplantation for cholestatic liver disease. Hepatology, 1999; 29 (2): 356-364.

188.Gelling L. Quality of live following liver transplantation: Phsysical and functional recovery. Journal of Advanced Nursing, 1998; 28(4): 779-785.

189. Berg-Emons R, Kazemier G, Ginneken B, Nieuwenhuijsen C, Tilanus H, Stam H. Fatigue, level of everyday physical activity and quality of life after liver transplantation. Journal Rehabil Med, 2006; 38: 124-129.

190.Şahin N. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları, Nedenleri Ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.

191. Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E, Pollak R. Medication noncompliance after kidney transplantation. Am J Health-Syst Pharm, 2003; 60: 266-269.

192. Fredericks EM, Magee JC, Opipari-Arrigan L, Shieck V ve ark. Adherence and healthrelated quality of life in adolescent liver transplant recipients. Pediatr Transplantation, 2008; 12: 289–299.

193. Gheith OA, Saadany SAE, Donia SAA ve Salem YM. Compliance of kidney transplant patients to the recommended lifestyle behaviours: Single centre experience. International Journal of Nursing Practice, 2008; 14: 398–407.

194. Shemesh E, Shneider BL, Savitzky JK, Arnott L,et al. Medication adherence in pediatric and adolescent liver transplant recipients. Pediatrics, 2004; 113(4): 825-832.

195. Keller PS, Steiger J, Bock A, Denhaerynck K, et all. Diagnostic accuracy of measurement methods to assess non-adherence to ımmunosuppressive drugs in kidney transplant recipients. American Journal of Transplantation, 2008; 8: 616–626.

196. Orr A, Orr D, Wıllıs S, Holmes M, et all. Patient perceptions of factors influencing adherence to medication following kidney transplant. Psychology, Health & Medicine, 2007; 12(4): 509-517.

197. Saner FH, Sotiropoulos GC, Gu Y, Paul A, Radtke A, Gensicke J, Kavuk I, Malafo M, Broelsch CE. Severe neurological events following liver transplantation. Archives of Medical Research, 2007; 38: 75-79.

198. Lewis MB, Howdle PD. Neurologic complications of liver transplantation in adults. Neurology, 2003; 61:1174–1178.

199. Desai R, Jamieson NV, Gimson AE, Watson CJ, Gibbs P, Bradley JA, Praseedom RK. Quality of life up to 30 years following liver transplantation. Liver Transplantation, 2008; 14: 1473-1479.

200. Naden D, Bjork TI. Patient's experiences in hospital following a liver transplantation. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012; 26: 169-177.

201. Rodrigue JR, Nelson DR, Reed A, Hanto DW, Curry M. Fatigue and sleep quality before and after liver transplantation. Progress in Transplantation, 2010; 20(3): 221-232.

202. 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(1): 49-54.

203.Talas MS, Akbayrak N, Erkal Sİ, Ançel G, Akbayrak A, eds. Hemşirelik Bakım Planları Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut. 1. Baskı. Ankara: 2007; 1035-1049.

204.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.

205.Lanuza DM, McCabe M, Norton-Rosko M, Corliss JW, Garrity E. Symptom experiences of lung transplant recipients: comparisons across gender, pre-transplantation diagnosis, and type of transplantation. Heart Lung, 1999;28: 429–437.

206.Hathaway DK, 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: 183–194.

207.Matas AJ, Halbert RJ, Barr ML, et al. Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: a longitudinal analysis. Clin Transplantation, 2002; 16: 113–211.

208.Chisholm MA. Issues of adherence to ımmunosuppressant therapy after solid-organ transplantation. Drugs, 2002; 62(4): 567-575.

209.Kugler C, Gottlieb J, Warnecke G, Schwarz A, Weissenborn K, Barg-Hock H, Bara C, Einhorn I, Haverich A, Haller H. Health-related quality of life after solid organ transplantation: A prospective, multiorgan cohort study. Transplantation, 2013; 96(3): 316–323.

210.Pınar R,Çınar S,İşsever H,Albayrak M ve ark. Hemodiyalize devam eden ve transplant olan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Çınar Dergisi, 1995; 1(3): 1-6.

211.Heidarzadeh M, Atashpeikar MSc S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res, 2010; 15(2): 71–76.

## 8.EKLER

Ek-1. Hasta Tanılama Soru Formu

Ek-2. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek-3. Özbakım Gücü Ölçeği

Ek-4. Organ Transplantasyon Hastalarında Immunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği (ITUÖ)

Ek-5. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsılık Durumu 58

Maddelik Ölçeği – MTSORD-58$^{TR}$

Ek- 6. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

Ek-7. Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Yazılı İzin

Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

**Ek-1. Hasta Tanılama Soru Formu**

**1. Kaç yaşındasınız?**

**2.Cinsiyetiniz**

1.Kadın 2) Erkek

**3. Eğitim durumunuz nedir?**

1)Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise ve üstü

**4.Medeni durumunuz nedir?**

1)Evli 2) Bekar 3) Boşanmış/Ayrı yaşıyor

**5.Aile tipiniz nedir?**

1) Çekirdek 2) Geleneksel geniş aile 3) Parçalanmış aile 4) Diğer

**6.Aile içindeki rolünüz nedir?**

1) Anne 2) Baba 3) Çocuk 4) Diğer ……

**7.İş-Mesleki durumunuz nedir?**

1) Öğrenci 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Emekli 6) Ev Hanımı

**8.Yaşadığınız yer ?**

1) İl 2)İlçe 3) Köy

**9.Sağlık güvenceniz var mı ?**

1)Var 2)Yok

**10.Gelir-Gider durumunuz nedir?**

1) Gelir Gidere Denk 2) Gelir Giderden Fazla 3) Gelir Giderden Az

**11.Maddi ihtiyaçlarınızı nasıl karşılıyorsunuz?**

1)Eşim çalışıyor 2)Ailem(anne, baba) yardım ediyor 3) Yardımsever kişilerden

4) Valiliğe bağlı Sosyal Yardımlaşma Derneğinden

5)Diğer

**12. Transplantasyon sonrası gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz ?**

1)Evet 2)Hayır

**13.Çalışma şekliniz nedir?**

1) Tam gün çalışma 2) Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma

3) Vardiya / Nöbet

**14. Karaciğer transplantasyonundan sonra; çalışma şartlarınızla ilgili herhangi bir değişiklik oldu mu?**

1) Evet 2) Hayır

**15. Şartlarınızdaki değişiklik/değişiklikleri belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilecektir).**

1) Çalışma sürem kısaldı.

2) Görev değişikliği yapmak zorunda kaldım.

3) İşten çıkarıldım.

4) İşe devamımda bazen aksamalar oluyor.

5) İşe devamımda sıklıkla aksamalar oluyor.

6) Zorunlu olarak emekli oldum.

7) Hastalığım nedeniyle çalışamıyorum

8) Diğer (açıklayınız):

**16. Vericiniz:**

1)Canlı 2) Kadavra

**17.Yakınlık derecenizi belirtiniz**

**18. Hangi ülkede karaciğer transplantasyonu oldunuz? Belirtiniz.**

**19. Karaciğer transplantasyonu olmanızın üzerinde ne kadar zaman geçti?**

**20. Transplantasyon sonrası yerleşim yerinizi değiştirdiniz mi?**

1)Evet …….. 2)Hayır……..

**21. Değiştirdiyseniz nedenini belirtiniz**

**22. Karaciğer transplantasyonu olduğunuz merkeze kontrol için ne kadar sıklıkta gidiyorsunuz ?**

1)Hiçbir zaman
2)Ara sıra
3)Her ay düzenli olarak
4)Her yıl düzenli olarak
5)İki yılda bir kez düzenli olarak
6)Doktorumun önerdiği zaman
7)Kendim istediğim zaman
8)Diğer….

**23. Karaciğer transplantasyonu olduktan sonraki yaşamınızı sağlıklı sürdürebilmeniz için; uymanız gereken kurallara ilişkin bilgi aldınız mı?**

1) Evet 2) Hayır

**24. Kimden bilgi aldınız?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1) Hekim 2) Hemşire

3) Diyetisyen 4) Diğer (T.V panel, konferans, kitap, dergi veya broşür)

**25.İmmünosupresif ilacınızı doktorunuzun önerdiği şekilde düzenli kullanıyor musunuz?**

1)Evet 2)Hayır

**26.Karaciğer transplantasyonu sonrası kullandığınız ilaca ara vermenizin nedenleri nelerdir?**

1) İyileştiğimi düşündüm.

2) İlaçları ömür boyu kullanmam gerektiğini bilmiyordum

3) İlaçların önemine ilişkin bilgilendirilmedim

4) İlacımı uykusuzluk ve unutkanlık nedeniyle almam gereken zamanları hatırlamadım

5) İlacımı yazdırmak için zamanım olmadı

6) Kullandığım ilaçların yan etkilerine uyum sağlayamadım

7) Doktor kontrollerimi aksattım

8)Diğer (açıklayınız

**27.Karaciğer transplantasyonu sonrası şu an yaşadığınız yerde ne tür güçlük yaşadınız?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1) İmmünosupresif ilacımı yaşadığım yerdeki eczanede temin edemedim

2) İmmünosupresif ilacımı yaşadığım yerdeki doktorlara yazdıramadım

3) İmmünosupresif ilacım pahalı olduğu için alamadım

4) İmmünosupresif ilacımı sosyal güvencem karşılamadığı için alamadım

5) Komşu, arkadaş ve akrabalarımla hastalığım nedeniyle görüşemedim

6)Karaciğer transplantasyonu olduğum merkeze ekonomik yetersizlik nedeniyle gidemedim.

7) Hastalığım nedeniyle performansıma uygun iş bulamadığım için maddi ve manevi olarak başkalarına yük oldum

8)Hastalığımla ilgili yaşadığım herhangi bir sıkıntıda bana yardımcı olacak doktor bulamadım

9) Tetkik ve sevk için hastaneye başvurduğumda bana öncelik verilmedi

10) Diğer

**28.Karaciğer transplantasyonu olduğunuz merkeze kontrole giderken aşağıdaki güçlüklerden hangisini yaşadınız?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1) Transplantasyon merkezindeki hemşiremle iletişim kuramadım
2) Transplantasyon merkezindeki doktorumla iletişim kuramadım
3) İlaçlarım hakkında bilgi almak için transplantasyon doktor ve hemşiresine nasıl ulaşacağımı bilemedim
4) Kontrole gittiğimde konaklayacak yer bulmadım
5) Transplantasyon merkezine toplu taşıma aracıyla gitmem nedeniyle sıkıntı yaşadım
6) Kontrole gittiğim yerde diyetime uygun beslenemedim
7) Diğer……

**EK-2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

1.Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.) 1
Mükemmel 2
Çok iyi 3
İyi 4
Fena değil 5
Kötü

2.Geçen sene ile karşılaştırdığınızda, simdi sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? 1
2
Bir yıl önceye göre çok daha iyi 3
Bir yıl önceye göre daha iyi 4
Hemen hemen aynı 5
Bir yıl önceye göre daha kötü
Bir yıl önceye göre çok daha kötü

3.Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Su sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

| 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 | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| yürümek | | | |
| j. Yıkanmak ya da giyinmek | 1 | 2 | 3 |

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde isinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeni ile aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

| | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak | 1 | 2 |
| b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev) | 1 | 2 |
| c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak | 1 | 2 |
| d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak | 1 | 2 |

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde isinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz 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 ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmamak | 1 | 2 |

6. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da 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 isinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

| | |
|---|---|
| Hiç olmadı | 1 |
| Biraz | 2 |
| Orta derecede | 3 |
| Epey | 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu? | | | | | | |
| 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 ya da 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 ya da yanlış olur?

| | Kesinlikle doğru | Çoğunlukla doğru | Bilmiyorum | Çoğunlukla Yanlış | Kesinlikle yanlış |
|---|---|---|---|---|---|
| a.Başkalarından biraz daha kolay | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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-3. Öz Bakım Gücü Ölçeği**

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| | 1-Beni Hiç Tanımlamıyor | 2-Beni pek Tanımlıyor | 3-FikrimYok | 4-Beni biraz Tanımlıyor | 5-Beni Çok Tanımlıyor |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.Kendimi beğeniyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Kendime bakamadığım zaman yardım ararım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.Dengeli beslenirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| yakınırım. | | | | | |
| 14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.Kendimle dostum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.Kendime iyi bakarım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.Düzenli olarak istirahat ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25.Yaşam bir zevktir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerinim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Kendime bakmak için bilgilenmeye alışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**EK-4. Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği (İTUÖ)**

Aşağıdaki ölçek sizin transplantasyon sonrası organ reddinizi önleyecek ilaç tedavisine (immunsupresif tedavinize) uyumunuzu değerlendirmek için oluşturulmuştur. Ölçekte dört soru bulunmaktadır. Her soru son üç ay içinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı (immunsupresif tedavinizi) almayı kaç kez ve neden unuttuğunuzu değerlendirecektir. Her bir sorunun doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Sizin için uygun olan seçeneği araştırmacıya söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

| | **0%** | **1%-20%** | **%21-%50** | **>%50** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Kaç kez** | **3 puan** | **2 puan** | **1 puan** | | **0 puan** |
| **1**. Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı unuttuğunuz için kaç kez alamadınız? | ..... | | | | |
| **2.** Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı alırken dozunda ve/veya saatinde kaç kez yanlışlık yaptınız? | ..... | | | | |
| **3.** Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı yan etkileri nedeniyle kendinizi kötü hissetmenizden dolayı kaç kez almadınız? | ..... | | | | |
| **4.** Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı sizin dışınızda bir nedenden dolayı (rapor, eczane…vb) kaç kez alamadınız | ..... | | | | |

**EK-5. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği- MTSORD-58[TR]**

Organ transplantasyonnden 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 vericiydi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | | Aşırı derecede sıkıntı |

Üst bölümde (a) sizde var olan yan etkinin görülme sıklığı veya şiddeti sorulmaktadır. Lütfen listede yer alan ve **son dört hafta içinde** yaşadığınız 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 4a. | **Çok susadım** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 4b. | **Çok susamış olmam** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 6a. | **Tat almamda değişme oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 6b. | **Tat almamda değişme olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 7a. | **İştahsızlığım oldu** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7b. | **İştahsızlığım olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 9a. | **Bulantı ve/veya kusmam oldu** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle | Her zaman oldu |
| 9b. | **Bulantı ve/veya kusmam olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 10a | **İdrara çıkmamda artış oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 10b | **İdrara çıkmamda artış olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 11a | **İshalim oldu** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 11b | **İshalimin olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 12a | **Kabızlık yaşadım.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 12b | **Kabızlık yaşamam** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 15a | **Göğüs ağrım oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 15b | **Göğüs ağrım** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 16a | **Sırt ağrım oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 16b | **Sırt ağrımın olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 17a | **Baş ağrılarım oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 17b | **Baş ağrımın olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 18a | **Eklemlerimde ağrı oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle | Her zaman oldu |
| 18b | **Eklemlerimde ağrı olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 19a | **Dudaklarımda ve/veya ağzımda yaralar oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 19b | **Dudaklarımda ve/veya ağzımda yaralar olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 20a | **Cinsel organımın etrafında** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle | Her zaman |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **yara ya da siğil oluştu.** | | | | oldu | oldu |
| 20b | **Cinsel organımın etrafında yara ya da siğillerimin olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 22a | **Terlememde artış oldu** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 22b | **Terlememde artış olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 23a | **Çarpıntılarım oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 23b | **Çarpıntılarımın olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 24a | **Baş dönmelerim oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 24b | **Baş dönmelerimin olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 25a | **Ellerimde titremeler oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 25b | **Ellerimde titreme olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 26a | **Ellerimde ve ayaklarımda karıncalanma ve hissizlik** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle | Her zaman oldu |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **oldu.** | | | | | |
| 26b | **El ve ayaklarımda karıncalanma ve hissizlik olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 27a | **Kaslarımda güçsüzlük oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 27b | **Kaslarımda güçsüzlük olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 29a | **Duyma kaybım oldu.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 29b | **Duyma kaybımım olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 30a | **Görmede güçlük yaşadım.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 30b | **Görmede güçlük yaşamam** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 31a | **Işığa bakmakta güçlük yaşıyorum.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 31b | **Işığa bakmakta güçlük yaşamam** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 32a | **Kaşıntılarım oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 32b | **Kaşıntılarımın olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | | |
| 34a | **Cildimde yağlanma oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 34b | **Cildimde yağlanma olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | | |
| 36a | **Cildimde çatlama oldu.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 36b | **Cildimde çatlama olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | | |
| 37a | **Cildimde kızarıklık (döküntü) oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 37b | **Cildimde döküntü olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | | |
| 38a | **Cildimde kuruma oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 38b | **Cildimde kuruma olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | | |
| 39a | **Tırnaklarımın kırılmaya yatkınlığı arttı.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |

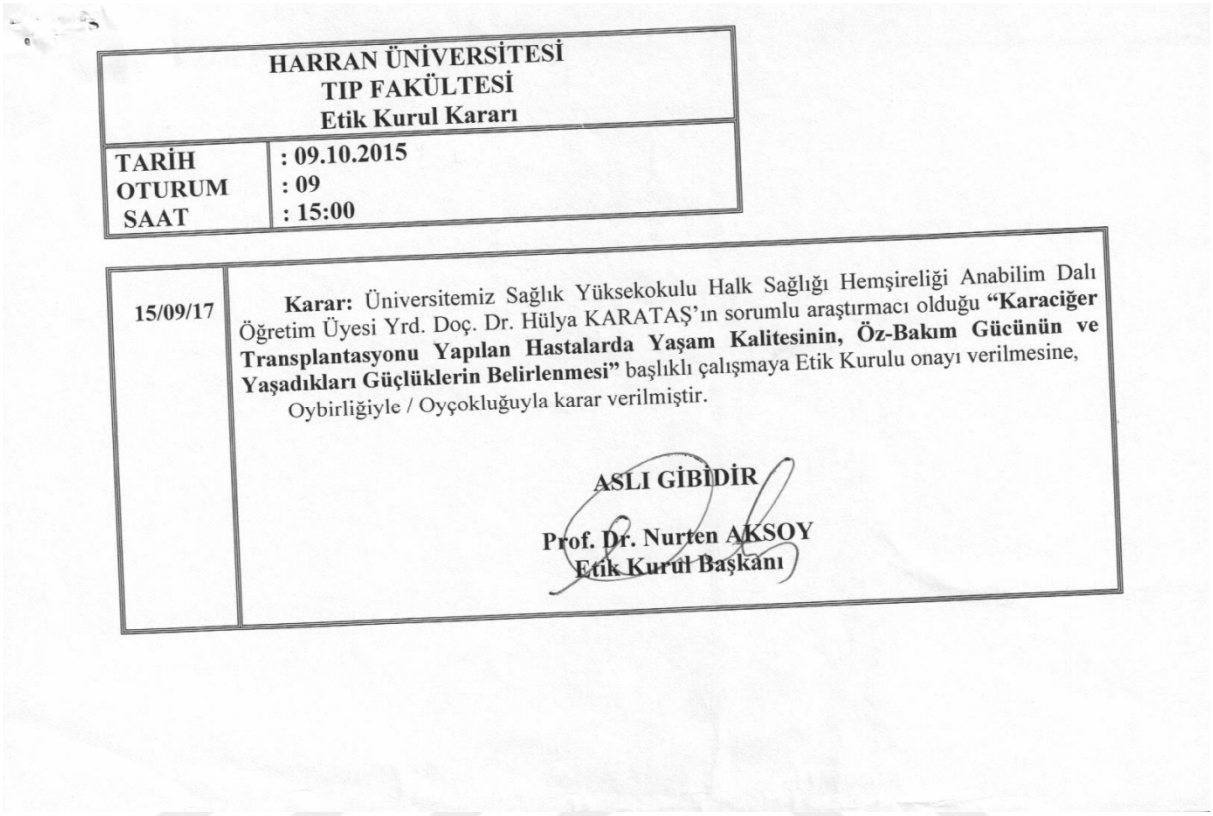
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 39b | **Tırnaklarımın kırılmaya yatkınlığının artması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 40a | **Yüzümde ve/veya sırtımda lekeler oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 40b | **Yüzümde ve/veya sırtımda lekeler olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 42a | **Memelerimde büyüme oldu.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 42b | **Memelerimde büyüme olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 48a | **Yüz ve vücudumda kıllanmada artış oldu.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 48b | **Yüz ve vücudumda kıllanmada artış olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 49a | **Huzursuzluk veya gerginlik yaşadım.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 49b | **Huzursuzluk veya gerginlik yaşamam** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 50a | **Kendini bunalımda hissettim.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 50b | **Kendimi bunalımda hissetmem** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 52a | **Ruh halimde** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle | Her zaman |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **dalgalanmalar oldu.** | | | | oldu | oldu |
| 52b | **Ruh halimde değişiklik** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 54a | **Uyumada zorluk yaşadım.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 54b | **Uyumada zorluk yaşamam** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 55a | **Kabuslar görüyordum.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 55b | **Kabus görmem** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 56a | **Erkekler için;**<br>**Sesimde incelme oldu** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 56b | **Sesimim incelmesi** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 56a | **Kadınlar için;**<br>**Sesimde kalınlaşma oldu.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 56b | **Sesimim kalınlaşması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 57a | **Erkekler için;**<br>**Sertleşme sorunum oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 57b | **Sertleşme sorunumun olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 57a | **Kadınlar için;**<br>**Adetlerimle ilgili sorunlarım oldu.** | Hiç olmadı | Çok az oldu | Biraz oldu | Çok oldu | Çok fazla oldu |
| 57b | **Adetlerimle ilgili sorun olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 58a | **Cinsel isteğimde azalma oldu.** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 58b | **Cinsel isteğimde azalma olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| **<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<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 60a | **Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 60b | **Bu yan etkinin olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |
| 61a | **Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;** | Hiç olmadı | Nadiren oldu | Bazen oldu | Genellikle oldu | Her zaman oldu |
| 61b | **Bu yan etkinin olması** | Hiç sıkıntı vermedi<br>0_____1_____2_____3_____4 | | | Aşırı derecede sıkıntı vericiydi | |

## EK- 6. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı



| HARRAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ<br>Etik Kurul Kararı | |
|---|---|
| TARİH<br>OTURUM<br>SAAT | : 09.10.2015<br>: 09<br>: 15:00 |

| | |
|---|---|
| 15/09/17 | **Karar:** Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu **"Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-Bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi"** başlıklı çalışmaya Etik Kurulu onayı verilmesine, Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.<br><br>**ASLI GİBİDİR**<br>**Prof. Dr. Nurten AKSOY**<br>**Etik Kurul Başkanı** |

**EK-7. Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Yazılı İzin**

T.C

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine

ADIYAMAN

Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Hülya KARATAŞ'ın yürüttüğü ve yardımcı araştırmacı olarak Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ABD. Yrd.Doç.Dr.Hamit Sinan HATİPOĞLU'nun destek verdiği tez konusunun başlığı ''Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi''dir. Çalışmanın evrenini diğer merkezlerde transplante olan ve Adıyaman il sınırları içinde yaşayan hastalar kapsamakta ve Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji, Dahiliye, Genel Cerrahi ve İntaniye polikliniklerine, Besni Devlet Hastanesi ve Gölbaşı Devlet Hastanesinin Dahiliye ve Cerrahi Polikliniklerine tetkik yaptırmak ve transplantasyon oldukları merkezlere kontrol amaçlı sevk için başvuran hastalarla yapılması planlanmaktadır. Ekim 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında ilgili polikliniklere başvuran çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden hastalarla veri toplamak için yüz yüze görüşerek anket uygulanacaktır. Adı geçen bu hastanelerin ilgili polikliniklerinde çalışmayı yapabilmek için Adıyaman Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli iznin verilmesi hususunda;

gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

Adres:
Adıyaman Üniversitesi Sağlık Kültür ve
Spor Daire Başkanlığı Tedavi Hizmetleri Birimi
Adıyaman

Telefon Numarası:05055894983
E-mail:sguler@adiyaman.edu.tr

Uzm. Dr. Erdoğan ÖZ
Adıyaman Kamu Hastaneler
Birliği Genel Sekreteri

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Sağlık Yüksekokulu Yüksek
Lisans Programı Öğrencisi
Hemşire Sevim GÜLER

14.10.2015

## EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

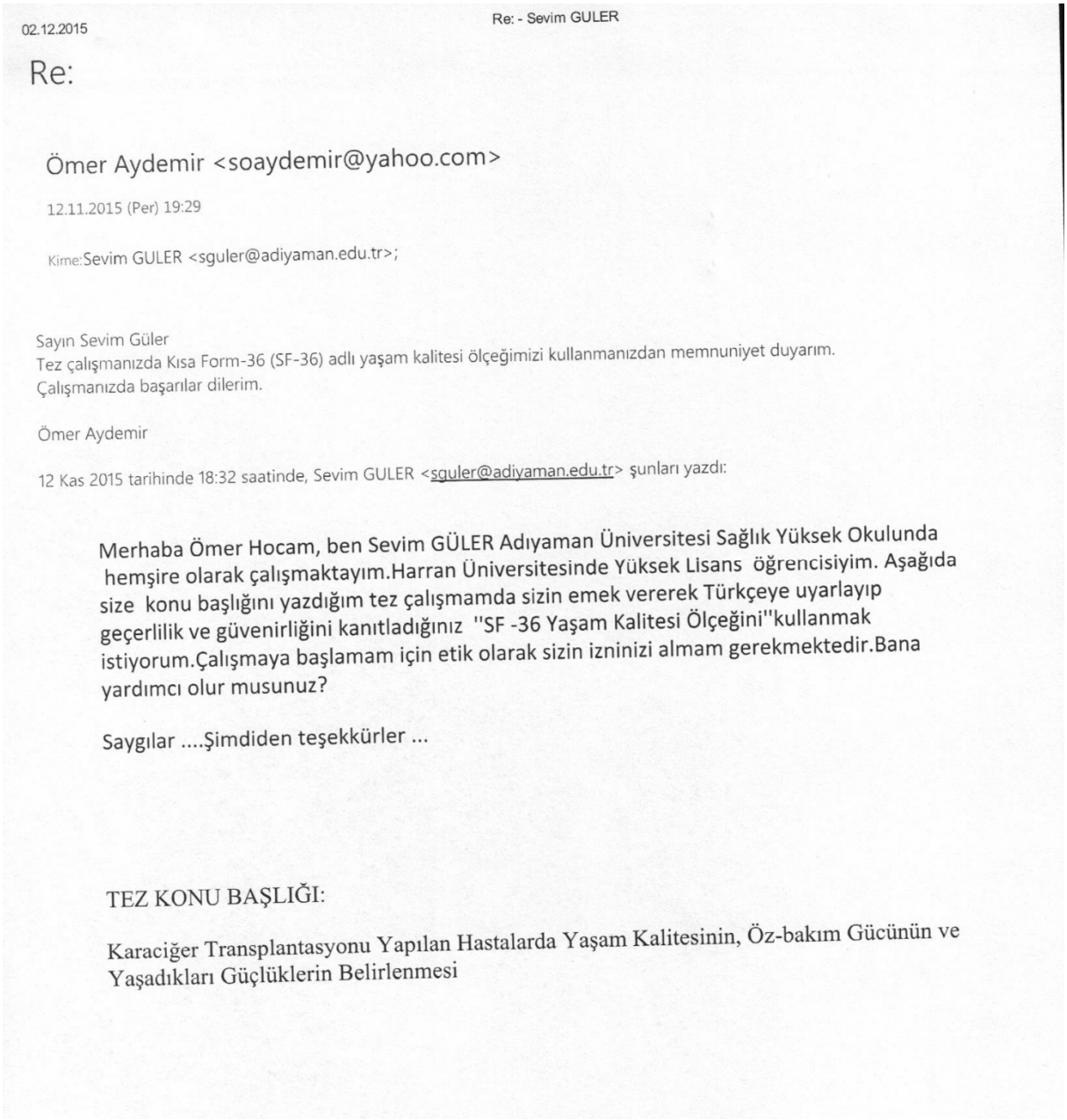
EK 8. HASTA İZİN FORMU

''Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi''adlı çalışma hakkında araştırmacı tarafından gerekli ve istediğim konularda (tedavimi etkilemeği, araştırmanın amacı, ismimin gizli kalacağı, hastanede ilgili bölümlerden izin alındığı, katılımın gönüllü olacağı ve sağlığımı olumsuz etkilemeyeceği) yeterli açıklama yapılmıştır. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih :

İmza :

## EK-9. SF-36'nın Kullanımı İçin İzin Yazısı



02.12.2015 Re: - Sevim GULER

Re:

Ömer Aydemir <soaydemir@yahoo.com>

12.11.2015 (Per) 19:29

Kime:Sevim GULER <sguler@adiyaman.edu.tr>;

Sayın Sevim Güler
Tez çalışmanızda Kısa Form-36 (SF-36) adlı yaşam kalitesi ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Ömer Aydemir

12 Kas 2015 tarihinde 18:32 saatinde, Sevim GULER <sguler@adiyaman.edu.tr> şunları yazdı:

Merhaba Ömer Hocam, ben Sevim GÜLER Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda hemşire olarak çalışmaktayım.Harran Üniversitesinde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Aşağıda size konu başlığını yazdığım tez çalışmamda sizin emek vererek Türkçeye uyarlayıp geçerlilik ve güvenirliğini kanıtladığınız "SF -36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini"kullanmak istiyorum.Çalışmaya başlamam için etik olarak sizin izninizi almam gerekmektedir.Bana yardımcı olur musunuz?

Saygılar ....Şimdiden teşekkürler ...

TEZ KONU BAŞLIĞI:

Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi

## EK-10. Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Kullanımı İçin İzin Yazısı

Nursen Nahcivan <nnahcivan@gmail.com>

12.11.2015 (Per) 10:35

Kime:Sevim GULER <sguler@adiyaman.edu.tr>;

2 ekin (157 KB)

NNahcivan-TURKCE OZ-BAKIM GUCU OLCEGI.doc; Turkish Esca-WJNR.pdf;

Sevim Hanım merhabalar,

Yüksek lisans tez çalışmanızda Türkçe Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir. Herhangi bir şey sormak isterseniz lütfen tekrar iletişim kurunuz.

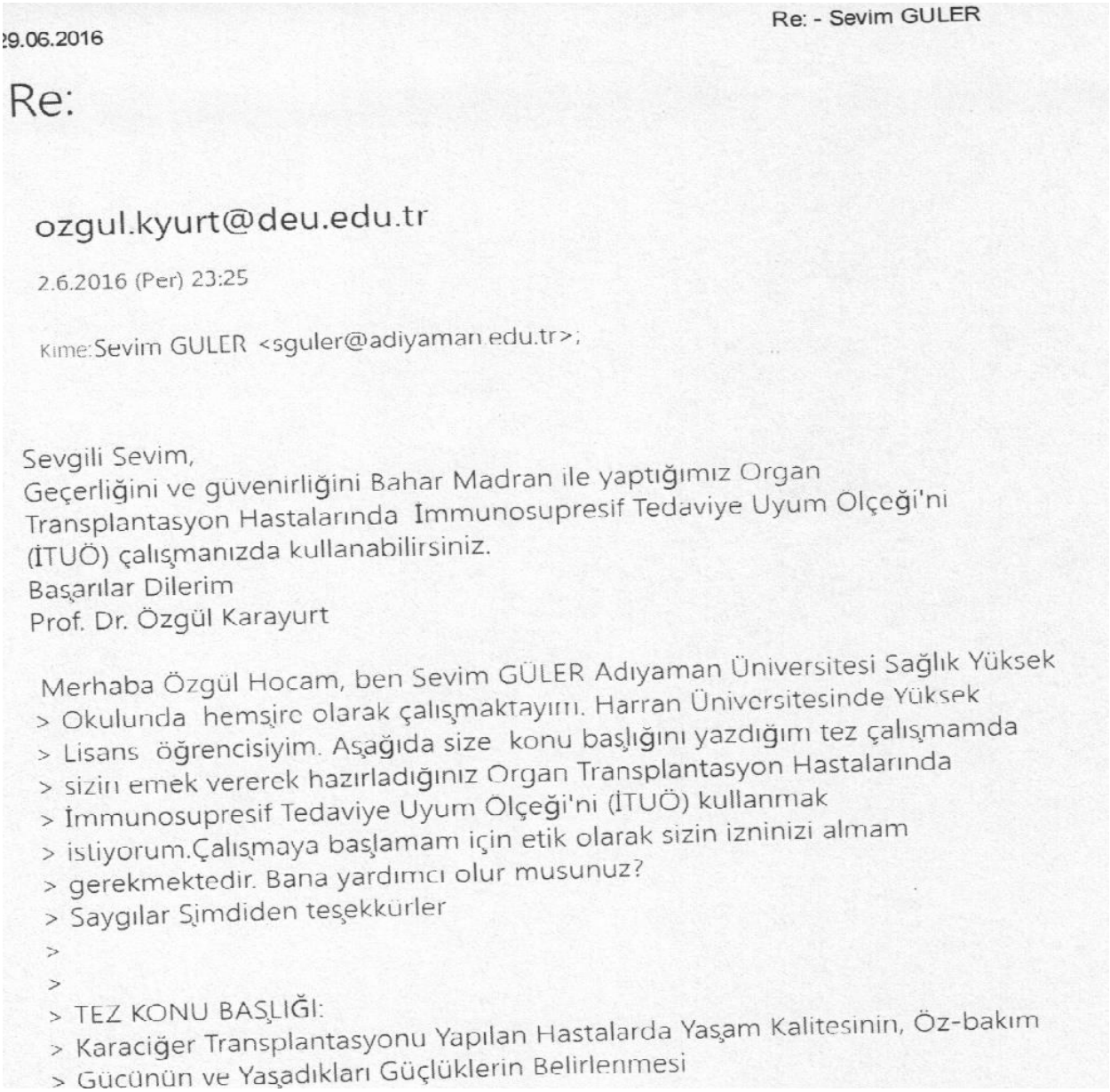
Başarı dileklerimle...

11 Kasım 2015 20:33 tarihinde Sevim GULER <sguler@adiyaman.edu.tr> yazdı:

> Merhaba Nursen Hocam, ben Sevim GÜLER Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda hemşire olarak çalışmaktayım.Harran Üniversitesinde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Aşağıda size konu başlığını yazdığım tez çalışmamda sizin emek vererek Türkçeye uyarladığınız Orem'in özbakım gücü ölçeğini kullanmak istiyorum.Çalışmaya başlamam için etik olarak sizin izninizi almam gerekmektedir.Bana yardımcı olur musunuz?
>
> Saygılar Şimdiden teşekkürler
>
> TEZ KONU BAŞLIĞI:
>
> Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi

--
Prof. Dr. Nursen Nahcivan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı-İstanbul
0212-440 0000 (27058)

**EK-11. Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği'nin (İTUÖ) Kullanımı İçin İzin Yazısı**



29.06.2016 Re: - Sevim GULER

Re:

ozgul.kyurt@deu.edu.tr

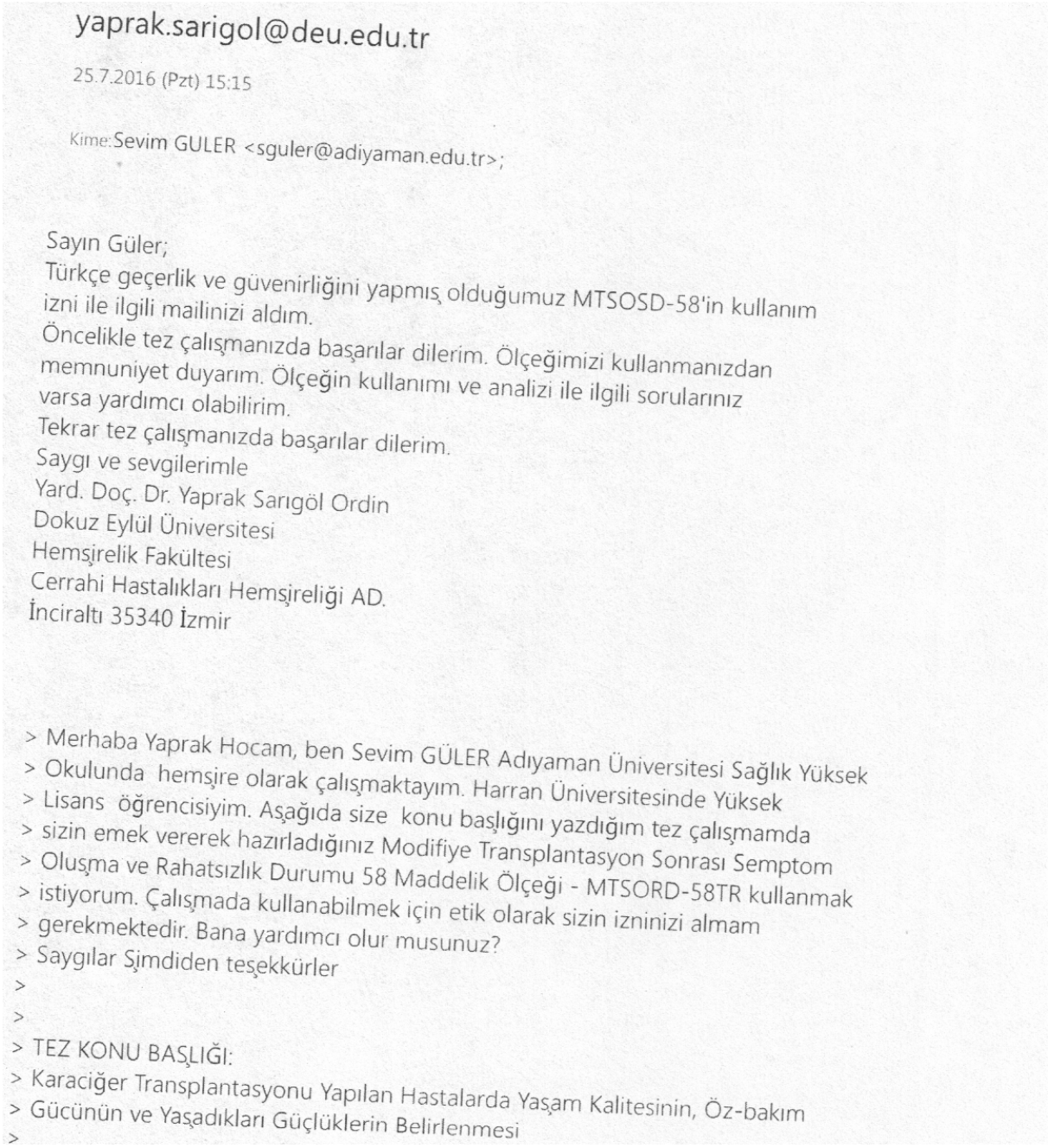
2.6.2016 (Per) 23:25

Kime:Sevim GULER <sguler@adiyaman.edu.tr>;

Sevgili Sevim,
Geçerliğini ve güvenirliğini Bahar Madran ile yaptığımız Organ Transplantasyon Hastalarında İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği'ni (İTUÖ) çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarılar Dilerim
Prof. Dr. Özgül Karayurt

Merhaba Özgül Hocam, ben Sevim GÜLER Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek
> Okulunda hemşire olarak çalışmaktayım. Harran Üniversitesinde Yüksek
> Lisans öğrencisiyim. Aşağıda size konu başlığını yazdığım tez çalışmamda
> sizin emek vererek hazırladığınız Organ Transplantasyon Hastalarında
> İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği'ni (İTUÖ) kullanmak
> istiyorum.Çalışmaya başlamam için etik olarak sizin izninizi almam
> gerekmektedir. Bana yardımcı olur musunuz?
> Saygılar Şimdiden teşekkürler
>
>
> TEZ KONU BAŞLIĞI:
> Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım
> Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi

**EK-12. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği- MTSORD-58$^{TR}$ İzin Yazısı**



yaprak.sarigol@deu.edu.tr

25.7.2016 (Pzt) 15:15

Kime: Sevim GULER <sguler@adiyaman.edu.tr>;

Sayın Güler;
Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğumuz MTSOSD-58'in kullanım izni ile ilgili mailinizi aldım.
Öncelikle tez çalışmanızda başarılar dilerim. Ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçeğin kullanımı ve analizi ile ilgili sorularınız varsa yardımcı olabilirim.
Tekrar tez çalışmanızda başarılar dilerim.
Saygı ve sevgilerimle
Yard. Doç. Dr. Yaprak Sarıgöl Ordin
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
İnciraltı 35340 İzmir

> Merhaba Yaprak Hocam, ben Sevim GÜLER Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek
> Okulunda hemşire olarak çalışmaktayım. Harran Üniversitesinde Yüksek
> Lisans öğrencisiyim. Aşağıda size konu başlığını yazdığım tez çalışmamda
> sizin emek vererek hazırladığınız Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom
> Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği - MTSORD-58TR kullanmak
> istiyorum. Çalışmada kullanabilmek için etik olarak sizin izninizi almam
> gerekmektedir. Bana yardımcı olur musunuz?
> Saygılar Şimdiden teşekkürler
>
>
> TEZ KONU BAŞLIĞI:
> Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin, Öz-bakım
> Gücünün ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi
>