

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KARACİĞER NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN
NAKİLDEN BEKLENTİLERİNİN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN
BELİRLENMESİ

GÜLHAN CÖMERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KARACİĞER NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN
NAKİLDEN BEKLENTİLERİNİN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN
BELİRLENMESİ

GÜLHAN CÖMERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ


DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ONAYI

Bu tezin Yüksek Lisans / Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.


Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN
Anabilim Dalı Başkanı


Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans / Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.


Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN
Danışman

Ortak Danışman(wardsa)

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans / Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Rita KRESPI ÜLGEN

İstinye Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

İstinye Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Cemile SAVCI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

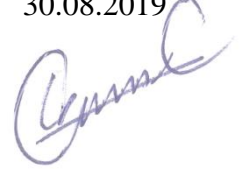


**İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Karaciğer Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Nakilden Beklentilerinin ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlandırılmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını, yararlanılan eserlerin kaynaklar listesine alındığını, tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışın olmadığını belirtir ve beyan ederim.

Gülhan CÖMERT
30.08.2019



ÖZET

KARACİĞER NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN NAKİLDEN BEKLENTİLERİNİN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Gülhan CÖMERT

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN**

2019

Karaciğer transplantasyonu, farklı tedavi yöntemleri ile tedavisi olmayan, karaciğer yetmezliğindeki hastalara önerilen tek tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma karaciğer nakli bekleme listesindeki hastaların nakilden beklentilerinin ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Bir üniversitesi hastanesinin organ nakil merkezinin bekleme listesinde yer alan 37 hastanın tamamı çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada nicel yöntem kullanılmış, araştırmacı tarafından 37 hasta üzerinden veriler toplanmıştır. Nicel verilerin analizinde sayı, yüzde, Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanıldı. Ölçek toplam puan karşılaştırılmasında ise Student t-testi ve ANOVA analizleri kullanılmıştır.

Karaciğer nakli bekleme listesindeki hastaların nicel araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastaların cinsiyet, medeni durum, gelir durumları, hastalık tanısı zamanı ve nakil bekleme zamanı değişkenleriyle karaciğer nakli sırasında yaşadıkları sorun ve güçlükler üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında hastaların aile yaşadıkları yerler, aile tipleri, yaş ve yaşadıkları sorun, güçlükler üzerinde önemli bir etken olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca yine hasta gruplarının nakilden pek fazla ümitleri olmasa da kısmen de olsa nakil olabilme düşüncelerinin hayata karşı pozitif kalabilmelerine imkan tanıdığı görüşüne varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Aile, canlı, kadavra, karaciğer, karaciğer nakli

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE EXPECTATIONS AND DIFFICULTIES OF THE PATIENTS' IN THE WAITING LIST OF LIVER TRANSPLANTATION FROM THE TRANSPLANTATION

Gülhan CÖMERT

The Department of Surgical Nursing

Advisor: Dr. Sennur KULA ŞAHİN

2019

The liver transplantation is defined as the single treatment method that is recommended in liver failure which does not have various treatment methods. This study has been carried out so as to determine the expectations and difficulties of the patients in the waiting list of liver transplantation.

All of the 37 patients who were in waiting list of liver transplantation of a organ transplantation center of a university hospital consisted of the sample of this study. Quantitative method was used in the study and the data were collected from 37 patients by the researcher. Number, percentage, Chi Square test or Fisher test statistics were used in the analysis of the quantitative data. Student t-test and ANOVA analysis were used to compare the total score of the scale.

The results obtained from the quantitative study of the patients in the waiting list of liver transplantation revealed that there were statistically significant differences in terms of the variables of gender, marital status, income status, disease diagnosis time and waiting time for transplantation time and the problems and difficulties they experienced during the process of liver transplantation ($p < 0.05$). The findings obtained from the study presented that the factors of the families of the patients, the places they were living, their family types, their age and the problems they experienced during the process of liver transplantation. Moreover, it was concluded that the patients' thoughts of being able to have transplantation, even partly, enabled them to have positive attitudes towards life although the patient groups did not have much hope from the transplantation.

Key words: Family, living, cadaver, liver, liver transplantation

İTHAF

Hayatımın en kıymetli varlıkları olan çocuklarım ve eşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve araştırma konumun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren hem de çalışmalarımda beni yüreklendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgisi, donanımı, yorumları ve düşünceleri ile varlığını her zaman yanımda hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya,

Bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren hocalarım,
Eğitimim sürecinde zaman zaman ihmal ettiğim eşim ve çocuklarıma,
En içten duygularım ile sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK	
İÇ KAPAK	
KABUL ONAY	
ETİK BEYANI	
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
SİMGE ve KISALTMA LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ.....	1
1. GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. KARACİĞER ANATOMİSİ.....	4
1.2. KARACİĞERİN FONKSİYONLARI.....	5
1.3. KARACİĞER NAKLİNİN TARİHÇESİ.....	7
1.4. KARACİĞER NAKLİ İMMÜNOLOJİSİ.....	9
1.5. KARACİĞERİN HİSTOLOJİSİ.....	9
1.6. KARACİĞER NAKLİNİN ENDİKASYONLARI.....	10
1.6.1. Akut Karaciğer Yetmezliği.....	10
1.6.2. Son Dönem Karaciğer Yetmezliği.....	11
1.6.3. Primer Karaciğer Neoplazileri.....	12
1.6.4. Metabolik Hastalıklar.....	12
1.7. KARACİĞER NAKLİNİN KONTRENDİKASYONLARI.....	13
1.8. KARACİĞER NAKLİ SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR.....	13
1.8.1. Bilier Komplikasyonlar.....	14
1.8.2. Kanama.....	14
1.8.3. Solunum Sistemi Komplikasyonları.....	14
1.8.4. Karaciğer Naklinde Rejeksiyon.....	15
1.9. CANLIDAN KARACİĞER NAKLİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI.....	15
2. MATERYAL ve METOD.....	17
2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ.....	17
2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	17
2.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ.....	17
2.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	17
2.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	18
2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNÜ.....	19
2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	20
2.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI.....	20
3. BULGULAR.....	21
3.1. TANITICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	21
3.2. HASTA GRUPLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE KARACİĞER NAKLİ SÜRECİNDEKİ YAŞADIKLARI SORUN VE GÜÇLÜKLERİN KARŞILAŞTIRILMALARI.....	27

3.2.1. Hastaların Cinsiyetleri ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	27
3.2.2. Hastaların Yaşları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması	28
3.2.3. Hastaların Medeni Durumları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	28
3.2.4. Hastaların Eğitim Durumları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	29
3.2.5. Hastaların Yaşadıkları Yerler ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	29
3.2.6. Hastaların Aile Tipleri ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	30
3.2.7. Hastaların Gelir Durumları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	31
3.2.8. Hastaların Hastalık Tanı Konulma Zamanı ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	31
3.2.9. Hastaların Nakil Bekleme Zamanı ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması.....	32
4. TARTIŞMA VE SONUÇ	33
KAYNAKLAR.....	Hata! Yer işareti t
EKLER	51
Ek A. ANKET FORMU	51
Ek B. ETİK KURUL İZİN FORMU	55
Ek C. ANKET İZİN FORMU	56
Ek D. ÖZGEÇMİŞ.....	57

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1: Child skorlaması	11
Tablo 2.1: Nicel çalışmada kullanılan beş alt başlığa ilişkin puanlama dağılımları	21
Tablo 3.1: Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	23
Tablo 3.2: Hastaların bakmakla yükümlü olma durumunun dağılımı	24
Tablo 3.3: Karaciğer yetmezliğine neden olan hastalıkların dağılımı	24
Tablo 3.4: Hastaların hastalık tanısı ve kadavradan nakil bekleme listesi zamanının dağılımı.....	25
Tablo 3.5: Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları dağılımı.....	25
Tablo 3.6: Hastaların karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisinin dağılımı	26
Tablo 3.7: Hastaların karaciğer nakli beklerken yaşadıkları güçlüklerin dağılımı.....	26
Tablo 3.8: Hastaların karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme durumlarının dağılımı	27
Tablo 3.9: Hastaların karaciğer nakli beklerken en fazla endişe veren durumların dağılımı.....	27
Tablo 3.10: Hastaların karaciğer nakli beklerken sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlüklerin dağılımı.....	28
Tablo 3.11: Hastaların cinsiyetleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması	29
Tablo 3.12: Hastaların yaşları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması	29
Tablo 3.13: Hastaların medeni durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması.....	30
Tablo 3.14: Hastaların eğitim durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması.....	31
Tablo 3.15: Hastaların yaşadıkları yerler ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması.....	31
Tablo 3.16: Hastaların aile tipleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması	32
Tablo 3.17: Hastaların gelir durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması.....	32
Tablo 3.18: Hastaların hastalık tanı konulma zamanı ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması	33
Tablo 3.19: Hastaların nakil bekleme zamanı ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması.....	34

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1: Karaciğerin segmenter anatomisi	4
Şekil 1.2: 2016 - 2019 yılları arasında gerçekleştirilen karaciğer nakil istatistikleri.....	8



SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
CMV	: Sitomegalovirüs
EBV	: Epstein-Barr Virüs
HAV	: Hepatit A Virüsü
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HDV	: Hepatit D Virüsü
HEV	: Hepatit E Virüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HSV	: Herpes Simpleks Virüs
INR	: Uluslararası Normalleştirilmiş Oran
KC	: Karaciğer
KKY	: Konjestif Kalp Yetersizliği
MELD	: Model for End-stage Liver Disease

GİRİŞ

Organ yetmezliği kişilerin hayatlarını tehdit eden, yaşam ile ölüm kavramları arasında kalan bir kavram olup, tedavi aşamasında organ nakline ihtiyaç duyulmaktadır (Kaçmaz ve Ünsal Barlas, 2014). Organ nakli diğer adıyla transplantasyon kavramı kronik organ hastalığı yaşayan bireylerin tedavi aşamalarında kullanılan ileri tedavi yöntemlerinden biri olarak adlandırılmaktadır (Kaçmaz, 2011). Sağlık bakanlığının verilerine göre 2018 yılında 1588 karaciğer nakli yapılırken, 2019 Temmuz ayına kadarki sürede ise 887 hastaya karaciğer nakli uygulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Günümüzde karaciğer (KC) nakli; son dönem karaciğer hastalıklarının tedavisinde yaygın şekilde uygulanan bir tedavi yöntemidir (Karabulut ve Yaman Aktaş, 2012; Ergün ve Sözbilen, 2012). Başarılı karaciğer nakli sonucunda genel olarak hastaların yaşam süreleri uzamakta ve yaşam kaliteleri önemli düzeyde yükselmektedir (Karabulut ve Yaman Aktaş, 2012).

Karaciğer yetmezliği genel olarak hastalara yorgunluk, bulantı, sağ tarafında ağrı, kaşıntı varlığı, derilerde sarılık belirtisi, kaslarda ağrı, kilo kaybı gibi rahatsızlıklarla belirtileri ortaya çıkmaktadır (Altuntaş, 2013). Karaciğer yetmezliğinin ileriki safhalarında ise hepatik ensefalopati, böbreklerde yetmezlik, karında asit varlığı, kanda pıhtılaşma rahatsızlıkları, metabolik dengesizlikler, portal hipertansiyon gibi daha ağır sorunlar gelişmektedir (Astarcioglu ve Astarcioglu, 2006). Hastalığın son dönemlerinde ise hastanın yaşam kalitesinde azalma ve kişinin hayatının sonlanması gibi unsurlar gözlenmektedir (Sarıgöl, 2008).

Karaciğer tedavisi ve teşhisinin son 1980 ila 1995 yılları içerisinde kayda değer şekilde ilerleme göstermiştir (Bismuth ve ark., 1993). Clavien ve ark.(2007) da çalışmalarında canlı vericiler ve kadavradan yapılan karaciğer naklinin, karaciğer hastalığı için kabul edilen bir tedavi yöntemi haline geldiğini vurgulamıştır. Yeni immün baskılayıcıların gelişimi ile postoperatif reddedilme ve enfeksiyonu tedavi etme yolları, hastaların sağkalımın oranlarını önemli ölçüde arttırmaktadır (Yao ve ark., 2001). Butler (2017) çalışmasında son otuz yılda karaciğer nakli ile gelişim gösteren gelişmelerin: operasyon öncesi değerlendirme, potansiyel nakil adaylarının seçilmesi ve nakil sonrası bakımdaki ilerlemelerle ilgili iyileştirmelerin olduğunu

bildirmiştir. Tankurt ve ark., (2016) yaptıkları çalışmada karaciğer nakli, sadece alıcıları ve yaşayan bağışçılarının yaşamını değil aynı zamanda ilişkilerinin doğasını ve kalitesini de etkilediğini vurgulamıştır. Ayrıca karaciğer nakli alıcılarının yaşam deneyimleri ve alıcıların yaşamı nasıl yaşadıklarına dair yaşayan donörlerin görüşleri farklı olabileceğini bildirmiştir.

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

Mevcut organ nakli yetersizliği ve karaciğer rahatsızlığı olan hastalar için çok sayıda endikasyon olmamasından ve hasta sayısının fazla, talep edilen organın ise az olmasından dolayı alternatif stratejilerin araştırılmasına yol açılmıştır (Tanaka ve ark., 2004). Avrupa ve ABD’de, en yaygın karaciğer nakli tipi olarak; canlı vericiler ve beyin ölümü gerçekleşen bireylerden gerçekleştirilmektedir (Burra ve ark., 2010). Bununla birlikte, beyin ölümü olan bireylerin akrabaları ve yakınlarının bağışlarının çok az olduğu Asya ülkelerinde, en yaygın nakil tipi canlı donörlerden gelen parsiyel greftler şeklinde ifade edilmektedir (EASL, 2016). Türkiye de Asya ülkeleri ile paralellik göstererek beyin ölümü gerçekleşen bireylerden alınarak gerçekleşen karaciğer nakli oranı azdır (Dalgıç, 2010).

Kronik karaciğer hastalığının erken evrelerinde hiç belirti vermeyebilir, ancak siroz ortaya çıktığında asit, kas krampları, ensefalopati, pıhtılaşma bozuklukları vb. semptomlar ortaya çıkar. Hastanın yaşamış olduğu bu sorunlar hastanın yaşam kalitesini önemli derecede etkiler. KKY tedavisinin uzun ve zor olması hasta ve onların yanında olan hasta yakınlarının zorluk yaşamalarına, psikolojik sosyal ve ekonomik olarak güçlük yaşamalarına sebep olmaktadır. Kesin tedavinin karaciğer nakli olması, uygun organın kısa zamanda bulunamaması nedeniyle oluşan uzun bekleme süresi ve diğer organ yetersizliklerinin eklenmesi mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Karaciğer nakli için beklemek, hastaların yaşadıkları güçlükler nedeniyle stres, tedirginlik, tükenmişlik, umutsuzluk, korku, öfke vb. duyguları yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum ona bakan hasta yakınlarını da büyük ölçüde etkilemektedir. Literatürlere baktığımızda transplantasyon sonrası çalışmalara daha çok ağırlık verilmiş, transplantasyon öncesi yaşanan güçlükler pek değinilmemiştir. Bu nedenle bekleme listesindeki hastaların yaşadıkları güçlüklerin

ve beklentilerinin belirlenmesi bu hastalara daha iyi bakım vermek ve ihtiyaçlarını belirlemek organ nakli hemşirelerinin daha iyi ve kaliteli bakım sunmasında etkili olacağı düşünölmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmada karaciğer nakli bekleme listesindeki hastaların nakilden beklentilerinin ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amaçlandı.

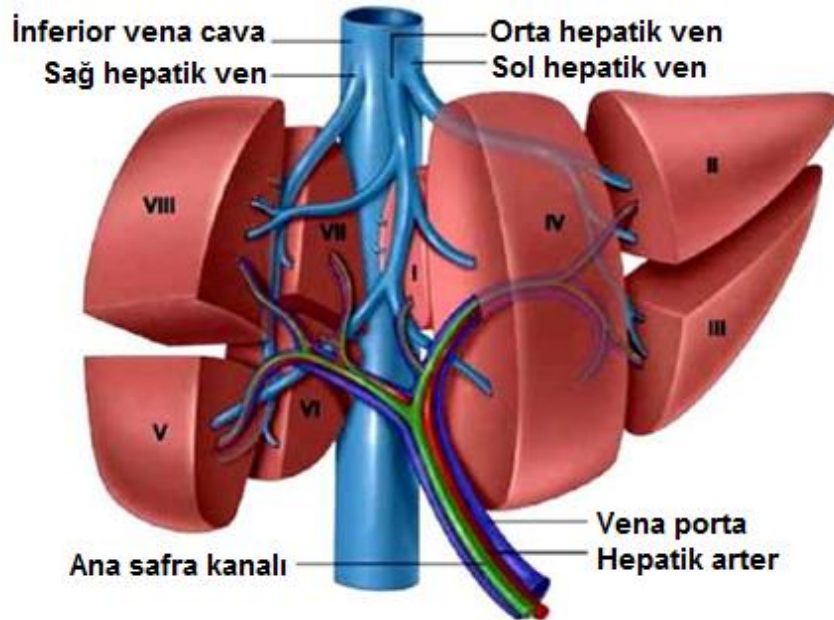


1. GENEL BİLGİLER

1.1. KARACİĞER ANATOMİSİ

Karaciğer, insan vücudunun en büyük iç organıdır. Karın boşluğunun yukarı sağında, diyafragmanın hemen altında, mide ve bağırsakların üstündedir (Bıçakcıoğlu, 2014). KC, sağ 7. kostadan 11. kostaya kadar uzanan, çok vasküler ve kolaylıkla hasarlanabilen bir yapıya sahiptir (Solak, 2012).

Karaciğer, ağırlığı yetişkinde vücut ağırlığının % 2'si (yaklaşık olarak 1500-1700 g'dır), yenidoğanda ise vücut ağırlığının % 5'i kadardır. KC'nin alt, arka ve üst yüzler olmak üzere üç yüzü bulunur (Ergün ve Ergün, 2009). Üst yüz olan facies diafragmatika glisson kapsülü olarak isimlendirilen periton ile kaplıdır ve diyafragmanın alt yüzü ile komşuluk yapar. KC'nin alt yüzü serbesttir. Ligamentum falsiforme hepatis, KC'nin alt yüzünü lobus hepatis dexter ve sinister olarak iki parçaya ayırır (Yaprak ve ark.,2010).



Şekil 1.1. Karaciğerin segmenter anatomisi

KC'nin arka yüzü peritonsuz olup, fibröz bir bağ dokusu ile diafragma tutunmuştur. Alt yüzü karın içindeki organlar ile komşuluk yapar ve vena porta,

arteria hepatica propria, safra yolları, sinirler ve lenfatik yapıları içeren porta hepatis bulunmaktadır (Gazelle ve ark.,1994). Porta hepatisin önünde lobus kuadratus, arkasında lobus kaudatus bulunmaktadır (Şekil 1.1) (Bıçakcıoğlu, 2014).

Karaciğer segmenter anatomisi, fonksiyonel olarak birbirinden bağımsız sekiz segmentten oluşur. Her segmentin kendine özgü vasküler akımı ve biliyer drenajı vardır. KC'in bu segmenter yapısı 1960 civarında Couinaud tarafından tanımlanmış olup, birçok cerrah tarafından halen tercih edilmektedir (Başak ve Akan, 2015). Bu sistem sağlıklı dokunun korunarak, hastalıklı kısımların tamamen çıkarılması ve kanser ya da travma sonucu oluşan hasarlarda daha iyi cerrahi sonuçlar alınmasına neden olmaktadır (Küçükapan, 2011).

Vücuttaki toplam kanın % 10-15'i KC'de bulunmaktadır. Toplam KC kan akımı kardiyak debinin yaklaşık % 25'ine denk gelmektedir (1 mL kan/1 g karaciğer). KC'ye gelen kan hepatik arter ve portal ven kaynaklıdır (Şener, 2010). Çölyak trunkustan çıkan hepatik arter, KC kan akımının % 25-30 kadarını karşılarken oksijen desteğinin % 45-50'sini sağlamaktadır (Haktanır ve ark., 2005).

1.2. KARACİĞERİN FONKSİYONLARI

Karaciğer enerji devamlılığını sağlayan, yaşamsal fonksiyonlardan sorumlu bir organdır. KC'nin başlıca fonksiyonları şunlardır.

i. Karbonhidrat metabolizması: KC (1) sinüzoidal kandaki glukoz konsantrasyonuna ve (2) birincil olarak insülin, glukogon ve katekolaminler gibi hormonal etkilere bağlı olarak glukozu üretir ya da tüketir. Özellikle kanda normal glukoz konsantrasyonunun devamı bakımından gereklidir (Şener, 2010). Karaciğere özgün karbonhidrat metabolizması ise; glikojen depolama, galaktoz ve fruktozu glukozla çevirme, glikoneojenez ve karbonhidrat metabolizmasının ara ürünlerinden birçok önemli kimyasal maddelerin oluşumudur (Haktanır ve ark., 2005).

ii. Lipit metabolizması: Yağ metabolizması kısmen de olsa vücuttaki diğer hücrelerce de yürütülse de bazı işlemler başlıca karaciğerde yapılmaktadır (Küçükapan, 2011). Enerji kaynağı olarak kullanılmak üzere yağ asitlerinin oksidasyonu, büyük miktarda kolesterol, fosfolipid ve lipoprotein sentezi, proteinlerden ve karbonhidratlardan yağ asitleri sentezi KC'de gerçekleşmektedir (Ergün ve Ergün, 2009).

iii. Protein metabolizması: KC protein sentezinin merkezidir. Çok çeşitli protein ve peptidi sentezler ve yıkar (Küçükapan, 2011). KC'in protein metabolizmasındaki başlıca fonksiyonları aminoasitlerin deaminasyonu, üre oluşumu ile amonyağın vücut sıvılarından uzaklaştırılması, albumin gibi plazma proteinlerin oluşumu, vücuttaki metabolik olaylar için önemli aminoasitlerin ve öteki maddelerin birbirine dönüşümleridir (Başak ve Akan, 2015).

iv. Safra metabolizması: KC steroidleri vücuttan atmak için önemli olan safra asitlerini sentezler. Günlük yaklaşık olarak 600-800 ml safra üretilir. Safra; yağ, elektrolit, organik anyonlar ve safra asitlerini içerir (Bıçakcıoğlu, 2014). Safra asitleri yağların emiliminde, taşınmasında, çözülebilir hale gelmelerinde ve salgılanmalarında görev alırlar. Safra, karaciğer parankiminden safra kanalı ile taşınır, safra kanalları birleşerek hepatic kanalı oluşturur. Daha sonra, sistik kanal safrayı safra kesesine taşır, safra burada yoğunlaşır (Küçükapan, 2011). Safra, buradan sistik kanal aracılığı ile genel safra kanalına verilir. Bu kanal, safrayı karaciğer ve safra kesesinden duodenuma taşır (Yaprak ve ark.,2010).

v. Koagülasyon: KC faktör III (doku tromboplastini), IV (Ca) ve VIII (von Willebrand faktörü) haricindeki bütün koagülasyon faktörlerini sentezler. Ayrıca plazminojen aktivatör inhibitörü, antitrombin III, protein C ve protein S gibi proteinleride sentezler (Ergün ve Ergün, 2009). K vitamini, protrombin ve çeşitli diğer pıhtılaşma faktörlerinin karaciğerde sentezi için önemlidir. Vücuda diyetel olarak alınır ve ince barsaktaki bakteriyel flora tarafından sentezlenir. K vitamini, şilomikronlarla KC'e taşınır (Haktanır ve ark., 2005).

vi. Eritropoez: hem ve bilirubin metabolizması: KC'in eritropoezdeki rolü intrauterin hayatta başlar. Kemik iliğindeki hematopoetik hücreler geliştikçe bu fonksiyonu geriler. Ancak belli hastalıklarda bu fonksiyonu devam etmektedir. Sağlıklı erişkinlerde hem yapımının beşte biri KC'de gerçekleşmektedir (Solak, 2012). Geri kalanı kemik iliğinde olmaktadır. Sonuçta hem'den sentezlenerek oluşan hemoglobin, eritrositlerin yıkımıyla bilirubin oluşturur (Küçükapan, 2011). Günlük bilirubin oluşumu yaklaşık 300 mg kadardır. Başlıca bu yıkım dalak, KC ve kemik iliğindeki makrofajlarca gerçekleştirilir. Sonuçta oluşan bilirubin kana salınır ve albumine bağlı taşınır. KC'de bilirubin konjuge edilir ve safraya salınır (Şener, 2010).

vii. Endokrin fonksiyon

viii. İmmün fonksiyon: KC retikuloendotelyal sistemin en büyüğüdür. Bu sistemin bir parçası olan kupffer hücreleri KC'in ağırlığının %10'unu oluştururlar. Bu hücreler gastrointestinal kanaldan emilen antijen ve diğer maddeleri fagosite edip, antijenleri işleyerek, splankinik kanı sistemik dolaşıma karışmadan önce temizlemiş olurlar (Yaprak ve ark.,2010). Ayrıca hepatositler salgısal olarak immünglobülin moleküllerini sürekli olarak sentezleyip sinüzoidal alanlara salgılar. IgA reseptör bağımlı endositoz yoluyla kandan alınır, hepatositler aracılığıyla safra kesesi kanalikülüne transfer edilir ve gastrointestinal alana salınır. Sonuçta bakteriyel floraya karşı savunma sağlanmış olur (Başak ve Akan, 2015).

ix. İlaç ve toksinlerin metabolizması: Hepatositler, ilaçların, toksinlerin ve vücuda yabancı diğer proteinlerin (ksenobiyotikler) indirgenmesi ile ilgilidir. Pek çok ilaçlar ve toksinler hidrofilik değildir. Bundan dolayı, böbrekler tarafından eliminasyona uğramazlar (Ergün ve Ergün, 2009). Karaciğer, bu maddeleri daha çözülebilir olan hidrofilik şekillere dönüştürür. Faz I, *oksidasyon* olarak isimlendirilir. Hidroksilasyon ve karboksilasyonu içerir. Bu faz, hepatosit düz endoplazmik retikulum ve mitokondriyonunda gerçekleşir (Bıçakcıoğlu, 2014). Proteinleri sitokrom p-450 olarak isimlendirilen, bir seri biyokimyasal reaksiyonu içerir. Faz II, *konjugasyon* olarak isimlendirilir. Glukuronik asitin, glisin ve taurinle konjugasyonu gerçekleşir. Bu yol, faz I ürünlerini suda daha eriyebilir hale getirerek böbrekler tarafından atılmasını sağlar (Solak, 2012).

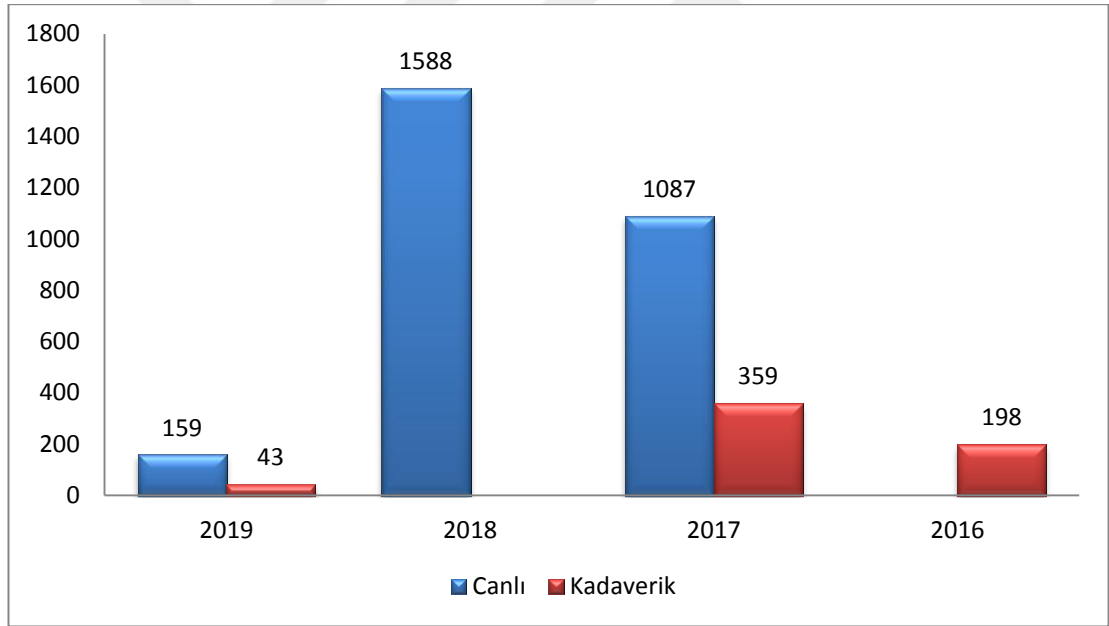
1.3. KARACİĞER NAKLİNİN TARİHÇESİ

Organ nakliyle ilgili hayvanlar ve insanlar üzerindeki deneysel çalışmalar 18. yy başlamış ancak bilim adamları 20. yy ortalarında organ naklinde başarı elde etmişlerdir. Karaciğer nakli ile ilgili ilk deneysel çalışmalar 1955'te Stuart Welch'in, köpekler üzerinde yaptığı çalışmalar ile başlamıştır (Çetin, 2007). İnsanlarda yapılan dünyadaki ilk başarılı karaciğer nakli, Thomas Starzl tarafından 1963'te Colorado Üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Cerrahi sonrası ilk hasta yaşamamış, diğer ikisi de 7.5 ve 22 gün sonra ölmüştür. Bu ilk girişimlerdeki başarısızlığın nedeni, cerrahi teknikteki zorluklar ve rejeksiyon önleyici etkin ilaçların olmamasıdır (<http://www.emedicine.com/med/topic3497.htm>).

Canlıdan karaciğer nakli, ilk olarak çocuk hastalardaki organ sıkıntısını aşmak amacıyla denenmiştir (Ergün ve Sözbilen, 2012). Son dönem karaciğer

hastalığına sahip pediatrik yaş gurubundaki olgularda, 1984 yılında yapılan bir çalışmada nakil öncesi greftin küçültülmesinin greft boyutu ile ilgili uyumsuzlukları engelleyeceğini belirtmiştir(Adam ve ark., 2012). Pichlmayr ve arkadaşları 1988 yılında bir kadavradan alınan organın ikiye ayrılarak birden fazla alıcı için kullanıldığı bölünmüş (“split”) greft tekniğini geliştirmiştir (Kasapoğlu ve ark., 2010).

Çocuk hastalarda canlıdan karaciğer naklinden ve kadavradan split karaciğer naklinden kazanılan tecrübeler, karaciğerin operasyon sonrasında yüksek rejenerasyon yeteneğinin olması ve Caunaud tarafından tanımlanan birbirinden ayrı vasküler ve biliyer sisteme sahip segmentlere ayrılabilmesi nedeni ile canlı vericili karaciğer nakli mümkün kılınmıştır (Ergün ve Sözbilen, 2012). İlk CVKN girişimi 1988 yılında Raia tarafından, ilk başarılı CVKN ise 1989 yılında Strong ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Karabulut ve Yaman Aktaş, 2012).



Şekil 1.2. 2016 - 2019 yılları arasında gerçekleştirilen karaciğer nakil istatistikleri

Türkiye’de ilk “kadaverik karaciğer nakli” Haberal ve arkadaşları tarafından 1988 yılında gerçekleştirilmiştir. İlk “canlıdan karaciğer nakli” uygulaması 1990 yılında başlatılmıştır. Bu ilk canlı karaciğer nakli yetişkinden-çocuğa (anneden on aylık bebeğine) yapılmıştır. Bir ay sonra ise yetişkinden-yetişkine (adult-to-adult) (babadan 22 yaşındaki oğluna) karaciğer nakli başarıyla gerçekleştirilmiştir (Çetin, 2007). Günümüzde, ülkemizdeki birçok merkezde nakil işlemleri başarı ile

yapılmaktadır. Şekil 1.2’de Türkiye’de 2016 yılı ile 2019 yılları arasında gerçekleştirilen karaciğer nakil istatistikleri verilmiştir.

1.4. KARACİĞER NAKLİ İMMÜNOLOJİSİ

Karaciğer nakli immünolojisi günümüzde gelişmiş cerrahi ve yeni immunsupressif yaklaşımların uygulanması hemen her türlü yaşamsal organın veya dokunun başarıyla naklini mümkün hale getirmiştir (Oral, 2006). Bunlara rağmen nakillerin çoğunluğu genetik olarak farklı donörlerden yapıldığı için alıcı ile donör arasındaki doku uygunluğu bir problem olmayı sürdürmektedir. Bu nedenle donör greft antijenlerine alıcının geliştirdiği immün yanıt nakil öncesinde ve bazen sonrasında göz önünde bulundurulmalıdır (Çolakdalcı, 2012).

1.5. KARACİĞERİN HİSTOLOJİSİ

Karaciğer dıştan “tunika fibroza” veya “glisson kapsülü” olarak isimlendirilen fibröz bağ dokusundan bir kapsülle kuşatılmıştır. Kapsülden ayrılan ince bağ dokusu uzantıları karaciğeri küçük lobüllere ayırmak üzere dallanırlar (Aksoy, 2002). Karaciğer lobülleri karaciğerin yapısal ve fonksiyonel birimleri olarak kabul edilirler. Fibröz kapsülün karaciğer içinde oluşturduğu poligonal şekilli lobüllerin arasında üçgen şeklinde aralıklar vardır (Altınmakas, 2012). Bu aralıklar Glisson üçgeni, Kiernan aralığı, septum interlobulare veya portal mesafe adını alırlar. Burası hepatic arterin ve portal venin birer dalı, bir safra kanalı ve lenf damarları ile sinir yapılarını içeren bağ doku alanlarıdır (portal triad) (Anadol, 2007). Bunlar interlobüler arter, interlobüler ven ve interlobüler kanallardan oluşurlar. Lobulusun düzensiz lümenli kapillerlerine karaciğer sinüzoidleri denilmektedir. Bu dallar lobulus üzerinde anastomoz yaparak sinüzoidlere girerler ve nihai olarak vena santralis’e dökülürler. Retikuloendotelial sistemin ana elemanları olan endotel ve kupfer hücreleri sinüzoidlerin duvarlarında yer alır (Tatlı, 2008).

Sinüzoidler portal alanda seyreden interlobüler damarlardan kanlanır. Karaciğer sinüzoidleri ile parankim hücrelerinin oluşturduğu hücre kolonları arasındaki boşluğa “disse mesafesi” denir. Perisinüzoidal mesafe olarak da adlandırılan bu alanda kan ile hepatositler arasında madde alışverişi yapılır ve plazma rahatça bu alanda hareket eder. Mikrovillus yapıları ise membran yüzeyini artırır (Aksoy, 2002). Hepatositler ile plazma arasındaki yoğun madde geçişi bu

alandan yapılır. Hepatositlerin birbirine komşu yüzeylerinde yer alan intersellüler mesafe safra kanaliküllerini oluşturur. Safra kanalikülleri karşılıklı plazma membranlarının periferden bağlantı komplikasyonleksleri ile birbirine bağlanması ile oluşan, ışık mikroskopik düzeyde izlenemeyen intersellüler alanlardır (Tatlı, 2008). Hepatosit yüzeyinden kanaliküle doğru mikrovilluslar uzanır. Safra kanalikülleri lobülün periferinde yer alan tek katlı kübik epitel ile dōşeli Herring kanalları ile devam eder. Herring kanalının hücreleri rejenerasyonda görev alan kök hücre özelliğinde olabilir (Altınmakas, 2012).

1.6. KARACİĞER NAKLİNİN ENDİKASYONLARI

Genel olarak geri dönüşümsüz ve karaciğer nakli ile tedavi elde edilebilecek tüm son dönem karaciğer hastalıkları için karaciğer nakli endikasyonu mevcuttur (Taşkıran ve ark., 2016). Eğer hastalık karaciğeri de etkileyen sistemik bir hastalık ise, nakil ile sistemik iyileşmenin sağlanacağından ya da sistemik etkilerin en az düzeyde olduğundan emin olmak gerekir (Akdur, ve ark., 2010).

1.6.1. Akut Karaciğer Yetmezliği

Akut karaciğer yetmezliği gelişen hastalar, kadeverik organ bekleyen hastalar arasında ilk sıraya yerleşmektedirler (Bayram ve Türkay, 2010). Akut karaciğer yetmezliği daha önce altta yatan herhangi bir hastalık olmaksızın akut karaciğer hasarının geliştiği, hepatik ensefalopati gelişen, karaciğer fonksiyonlarının ani olarak bozulduğu ve INR değeri 1.5 ve üzerinde olan hastalar olarak tanımlanmıştır (Akyıldız, 2014). Akut ve kronik karaciğer yetmezliği hastalığının ortaya çıkışından yetmezliğin geliştiği döneme kadar geçen süre ile ayrılmaktadır. Farklı kaynaklarda farklı süreler belirtilse de 8 haftanın altı akut yetmezlik olarak kabul edilmektedir (Gören, 2015). Akut karaciğer yetmezliği sonrası hastalar sekelsiz olarak iyileşebileceği gibi diğer taraftan ölüm riski mevcuttur. Takipler sırasında hastalığın seyri net değerlendirilemediği için ivedilikle organ nakli yapılan bir merkeze nakli ve sonrasında karaciğer nakli yapılması önerilmektedir (Bayram ve Türkay, 2010).

Akut karaciğer yetmezliği yapan nedenlere bakıldığı zaman ilaç ve toksinler ve özellikle asetaminofen intoksikasyonu, akut yetmezlikle seyreden viral hastalıklar Hepatit B (HBV), Hepatit A (HAV), Hepatit D (HDV), Hepatit E (HEV), HCV, Sitomegalovirüs (CMV), Epstein-Barr Virüs (EBV), Herpes Simpleks Virüs (HSV)

Adenovirüsler başta gelmektedir (Doğruer ve ark., 2007). Diğer etkenler otoimmün hepatit, mantar zehirlenmesi, gebeliğin akut yağlı karaciğeri, HELLP sendromu, Reye's sendromu, hemofagositik lenfositosis, tümoral infiltrasyon, Wilson hastalığı, Budd-Chiari sendromu, iskemik hepatit, Veno-oklüziv hastalık, sepsis cerrahi girişimler sonrasında ve yanık sonrası gelişebilmektedir (Bayram ve Türkay, 2010).

1.6.2. Son Dönem Karaciğer Yetmezliği

Birçok karaciğer hastalığının son döneminde görülen karaciğer sirozu çoğu zaman tek başına nakil endikasyonu koydurmaz. Model for End-stage Liver Disease (MELD) skorlaması 10'un üzerinde olan hastalar nakil için adaydır (Akdoğan ve ark., 2008). Karaciğer fonksiyonlarındaki ciddi yetmezlik ve portal hipertansiyona bağlı gelişen komplikasyonlar, dekompanseasyon göstergesi olan spontan varis kanaması, asit gelişimi, ensefalopati gelişimi ve hepatorenal sendrom gelişimi sağ kalımı ciddi derecede etkiler (Sonsuz, 2007). MELD skoru bir kez 15 üzerine çıkınca veya kompanse olarak seyreden hastalık fonksiyonları anlamlı derecede bozulmaya başlarsa hastanın nakil için değerlendirilmeye başlanması gerekir (Tablo 1.1).

Tablo 1.1. Child skorlaması

Parametre	Asit	Bilirubin	Albümin	INR	Ensefalopati	
Puan	1	Yok	< 2 mg/dl	> 3,5 gr/dl	< 1,7	Yok
	2	Hafif	2-3 mg/dl	2.8-3.5 gr/dl	1,7-2,3	Hafif (Grade 1-2)
	3	Ciddi	> 3 mg/dl	2.8 gr/dl	>2,3	Ciddi (Grade 3-4)

MELD skoru Hesaplaması: MELD skoru=10 x [(0.957 x Log (Kreatin)) ±((0.378 x Log (Total Bil.)) ±((1.12 x Log (INR)) ± 6.43]

Karaciğerin bazı hastalıkları MELD skorlamasına dahil edilmemiş olsa da kötü prognoz göstergesi olarak kabul edilir. Hepatoselüler karsinom veya hilar kolanjiyokarsinom varlığı, portopulmoner hipertansiyon, hepato pulmoner sendrom varlığı, familyal amiloidpolinöropati varlığı, primer hiperoksalüri, kistik fibrozis gibi hastalıklar sağkalımı kısaltmaktadırlar (Özdemir, 2001).MELD skorlaması düşük olsa bile gelişen bazı komplikasyonlar hastanın hayat kalitesini bozabilmektedir. Antibiyotik ihtiyacı gerektiren rekürren kolanjit atakları, inatçı asit, varis kanaması, hepatik ensefalopati varlığı, tedaviye yanıt vermeyen inatçı kaşıntı varlığı, kronik kan kaybı ile seyreden gastropati bunlardan bazılarıdır (Sapmaz ve ark.,2013).

1.6.3. Primer Karaciğer Neoplazileri

Primer karaciğer maligniteleri ele alındığı zaman öncelikli olarak karşımıza çıkan hastalık hepatoselüler karsinom (HCC)'dir. Seçilmiş vakalarda ilk basamak tedavi olarak karaciğer nakli uygulanabilir (Günay ve arkadaşları, 2013). Hilar kolanjiyokarsinomlarda, seçilmiş olan vakalarda tedavi seçeneği olarak uygulanabilmektedir. Unrezektable karaciğer epiteli kaynaklı hemanjiyoendotelioma tedavisinde ve hepatoblastoma tedavisinde yüz güldürücü sonuçlar alınmıştır (Varolüneş ve ark., 1997). Aynı durum anjiyosarkomlar için geçerli değildir. Unrezektable hepatik adenomu olan hastalarda yine tedavi seçeneklerinden birisidir (Günay ve ark., 2013).

HCC hastalarında, 1 adet 5 cm'den küçük veya 3 adet 3 cm'den küçük kitle varlığında, vasküler invazyon ve ekstahepatik metastaz olmayan olgularda karaciğer nakli tercih edilebilir. Unrezektable HCC varlığında hasta nakil için değerlendirilir (Tanyel, 2016). Rezektable bir HCC mevcutsa alan karaciğer rezervinin durumu değerlendirilerek (Child A ve B) rezeksiyon yapılabilir. Eğer rezerv yetersizse bu hastalarda da karaciğer nakli yapılabilir. İntraoperatif olarak unrezektable olduğu saptanan hastalara intraoperatif, nakil planlan hastalara nakil için beklerken perkutan ablasyon tedavileri uygulanabilir (Gürcan, 2015). Milan kriterlerine göre nakil için uygun olmayan hastalara yine ablasyon, transarterial kemoembolizasyon, bölgesel radyoterapi uygulanabilir. Lokal tedavileri takiben nakil için elverişli hale gelen hastalara karaciğer nakli planlanabilir(Tanyel, 2016).

1.6.4. Metabolik Hastalıklar

Pediyatrik karaciğer nakillerinin en sık sebepleri arasında yer alırlar(Ergün ve Ergün, 2009). Glikojen depo hastalıkları tip 1 (Von Gierke) tip 4, tirozinemi, kistik fibrozis, hiperoksalüri, ailesel amiloid polinöropati gibi hastalıkların küratif tedavisinde karaciğer nakli yer almaktadır(Solak, 2012). Bunlarla beraber diğer hemokromatozis, a-1 antitripsin eksikliği, Wilson hastalığı gibi son döneminde siroz ile seyreden ve HCC gelişebilen hastalıkların tedavisinde de de karaciğer nakli yer almaktadır (Çetin, 2007).

1.7. KARACİĞER NAKLİNİN KONTRENDİKASYONLARI

Karaciğer naklinin endikasyonlarından çok kesin kontrendikasyonlarını tanımlamak, mümkün olduğu kadar çok hastanın karaciğer nakli için değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (Sarıgöl Ordin, 2013). Karaciğer naklinin kontrendikasyonları kesin ve göreceli olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Bayhan, 2014). Karaciğer naklinin kesin kontrendikasyonları (Altuntaş, 2013);

- Ekstrahepatik malignite
- Kontrol edilemeyen sepsis
- İleri nörolojik hastalık
- İleri kardiyovasküler hastalık
- İleri pulmoner hastalık
- Aktif madde kullanımı (alkol, uyuşturucu vb.)
- Major psikoz
- Kolestatik hepatit C
- Multiorgan yetmezliğidir.

Karaciğer naklinin göreceli kontrendikasyonları (Altuntaş, 2013);

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

1.8. KARACİĞER NAKLİ SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Ameliyat sonrası tüm komplikasyonlar değerlendirildiğinde, hemen her karaciğer naklinden sonra en az bir komplikasyon geliştiği bildirilmektedir. Nakil sonrası dönemde hastalarda cerrahi tedavi gerektiren komplikasyon oranlarının %60'lara kadar çıkabildiği belirtilmektedir (Kaçmaz ve Ünsal Barlas, 2014). Karaciğer nakli uygulanan hastalarda bilier sorunlar, kanamalar, pulmoner sorunlar, rejeksiyon ve ilaçlara bağlı enfeksiyon ve malignite gibi bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir (Akan, 2017).

1.8.1. Bilier Komplikasyonlar

Karaciğer nakli alıcılarının %8-15'inde bilier komplikasyonlar gelişir. Safra yollarındaki rahatsızlık; batında sağ üst kadranda ağrı, anoreksiya, abdominal distansiyon, parolitik ileus ve sağ omuzda ağrı gibi şikayetlerle birlikte görülür, fakat bu şikayetler spesifik değildir veya olmayabilirler (Aras, 2006). Safra sızıntıları karaciğer naklinden sonra 1 ay içinde olur. Bilier striktürler anastomoza bağlı olabildiği gibi olmayabilir (Çolakdalcı, 2012). Koledoko koledok ostomili hastalarda anastomoz darlıkları genellikle endoskopik olarak tedavi edilebilir. Koledokojejunostomi anastomoz darlıkları ise perkütan stentleme ile tedavi edilebilir (Akdur ve ark., 2010).

1.8.2. Kanama

Nakil sonrası erken dönemde yeniden ameliyat gerektiren en önemli neden kanamadır. Kanama %20'ye varan oranlarda görülebilir (Durak, 2007). Nakil sonrası karaciğer fonksiyonlarında bozulma, portal hipertansiyon sonucu özefagus varisleri nedeniyle kanama olabilmekte, yine cerrahi stres, midede safra asitlerinin bulunması ve verilen steroid tedavisi peptik ülser insidansını ve kanama oranını arttırmaktadır (Akdur ve ark.,2010). Ameliyat sonrası kanamaların başlıca nedenlerinden biri de uzamış fibrinolizdir. Taze donmuş plazma ve trombosit verilerek mevcut kanama diyatezlerinin önlenmesi tedavide büyük önem taşır. Ancak ameliyat sonrası 24 saat geçmesine rağmen durmayan ve şiddeti azalmayan kanamalar çoğunlukla cerrahi tedavi gerektirir (Sarı ve Altuntaş, 2009).

1.8.3. Solunum Sistemi Komplikasyonları

Karaciğer naklinde hastalarda ağrı, karın kaslarında spazm, asit, plevral effüzyon, diyafragma disfonksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak pulmoner komplikasyonlar sık görülür (Koç, 2010). En sık atelektazi, plevral sıvı toplanması görülmekte, atelektazi tedavi edilmezse veya önlenmezse pnömoni gelişebilmektedir. Yoğun akciğer bakımı, solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon girişimleri uygulanarak bu komplikasyonların çoğu önlenmektedir. Gerekirse ventilatör desteği ve bronkoskopi uygulanmaktadır (Çolakdalcı, 2012).

1.8.4. Karaciğer Naklinde Rejeksiyon

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

Hiperakut rejeksiyon; greft damarlarında oluşan zedelenme, parankimal hemoraji ve trombotik tıkanmalarla karakterizedir. Hiperakut rejeksiyon, alıcıda önceden var olan antikorların donörün endotel hücrelerinde bulunan antijenlere bağlanması ile oluşur ve alıcının kan damarları ile greft kan damarlarının anastomozundan birkaç dakika veya bir kaç saat sonra ortaya çıkar (Taşkiran ve ark., 2016). Naklin ilk günlerinde ortaya çıkan hiperakut rejeksiyon, daha önceden karşılaşılmayan alloantijenlere karşı oluşan IgM yapısındaki alloantikörlere bağlı olarak meydana gelir (Çolakdalcı, 2012).

Akut rejeksiyon; genellikle nakilden bir hafta sonra antikorlar, T hücreleri ve makrofajlar tarafından vasküler ve parankimal yapının hasarlanması ile oluşur. Hastada genel durum bozulur, ateş, taşikardi, lenfositöz, eozinofili, sağ üst kadranda hassasiyet, bilirubin ve transaminazlarda artış vardır, protrombin zamanı uzar. Tanı, karaciğer biyopsisi ile konur. Nadiren ölümcüldür ancak arttırılan immunosupresif tedavi enfeksiyon oranını arttırmaktadır (Diniz ve ark., 2019).

Kronik rejeksiyon; nakilden aylar ve yıllar sonra ortaya çıkabilir ve greft yetmezliğinin en önemli nedenidir (Çolakdalcı, 2012). Alloimmün mekanizmaya bağlı kronik doku hasarı sonucu oluşan morfolojik değişiklikler kronik rejeksiyona neden olur. Nakil uygulanan hastalarda kronik rejeksiyona daha az rastlanır (%5-20) (Diniz ve ark., 2019). Kronik rejeksiyon, genellikle nakilden sonraki ilk yıl içinde ortaya çıkar. Progresif kolestazis ile kendini gösterir, safra yolları giderek tahrip olarak sonunda yok olur. Tek tedavi retransplantasyondur (Taşkiran ve ark., 2016).

1.9. CANLIDAN KARACİĞER NAKLİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Canlıdan karaciğer naklinin önemli avantajları, ameliyat zamanının planlanabilmesi ve elektif şartlarda yapılabilmesi, karaciğerin kalitesi, vericinin detaylı bir şekilde hazırlanması nedeni ile vericiden alıcıya belirli hastalıkların geçme riskinin hemen hemen olmaması, soğuk iskemi zamanının tamamen ortadan kaldırılması ve organ sayısının artması şeklinde sıralanabilir (<https://www.florence.com.tr/kimler-karaciger-nakli-icin-verici-donor-olabilir>).

Bunun yanısıra canlı vericiden karaciğer naklinin alıcı için yararlarından belki de en önemlisi nakil için bekleme süresinin olmamasıdır. Bekleme süresinin azalması, hastaların ölmeye önce nakil olmalarını sağlamak ve bekleme listelerinde hastaların kaybedilmesini azaltmaktadır (Çetin, 2007).

Nakil için bekleme zamanının azalmış olması nedeniyle son dönemdeki karaciğer yetmezliğinin komplikasyonları azalmaktadır. Alıcının bedensel olarak tükenmeden, daha iyi durumdayken nakil olmasına imkan tanınması nedeniyle ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranı çok büyük oranda azalmaktadır (Karabulut ve Yaman Aktaş, 2012; Şentürk ve ark., 2012). Hastalar genel sağlık durumları daha iyi durumdayken nakil oldukları için transplantasyonun başarısı da artmaktadır (Kaçmaz ve Ünsal Barlas, 2014). Canlı vericiden karaciğer naklinin bir diğer avantajı, ameliyatın sıklıkla isteğe bağlı doğada yapılmasıdır. Değerlendirme günleri içinde yapıldığı için hem alıcı hem de verici için tıbbi şartlar ameliyat öncesi daha stabil olmaktadır (Karabulut ve Yaman Aktaş, 2012).

Vericide görülen komplikasyonların tipleri ve görülme oranları merkezden merkeze farklılık göstermekle birlikte yaklaşık %0-%67 arasında değişmekte olup ortalama %31'dir (Taşkiran ve arkadaşları, 2016). Operasyon sonrası en sık görülen komplikasyon yara yeri enfeksiyonudur, daha sonra ileus ve safra sızıntısı gelmektedir. Vericilere operasyon öncesi yapılan MRKP ve nakil esnasında yapılan intraoperatif kolanjiyografi ile biliyer anatomisinin değerlendirilmesi olası safra sızıntısı riskini düşürmektedir (Çolakdalcı, 2012).

Sonuç olarak canlı verici kullanımı bir başka anlamda karaciğer verici havuzuna eklenmekte ve kadaverik karaciğerin canlı vericisi olmayan alıcıya gitmesine izin vermektedir. Bu da kadaverik vericiden karaciğer alan alıcılar için yaşamın düzelmesi ve/veya devamını sağlamaktadır (Sağır, 2008).

2. MATERYAL ve METOD

2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılması tasarlanmıştır. Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırma Kasım 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında Adana'da bir üniversite hastanesinin Organ Nakil Merkezine başvuran ve karaciğer nakli bekleme listesine kayıtlı olan 38 hasta olarak planlanmıştır. Hastane bünyesinde çalışmanın uygulanması adına gerekli izinler alınmıştır (Ek C). Ancak çalışma kapsamına dahil edilen hastalardan bir tanesi yaşamını yitirdiğinden dolayı çalışma 37 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmaya rutin kontrollerine gelen organ nakli merkezi tarafından takibe çağrılan karaciğer nakli bekleme listesindeki tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

2.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- On sekiz yaş ve üzerinde olmak,
- Türkçe konuşabilmek,
- Herhangi bir iletişim probleminin olmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Tanı konulmuş kronik karaciğer hastalığının olması.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- On sekiz yaşın altında olmak,
- Türkçe konuşamamak,
- Herhangi bir iletişim probleminin olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak.

2.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplamak amacıyla açık uçlu soruların da bulunduğu “Karaciğer Nakli İçin Bekleyen Hastaların Beklentilerini ve Yaşadıkları Güçlükleri

Belirlemeye İlişkin Anket Formu” kullanılmıştır (Ek A). Çalışmada kullanılan anket formu Tuğba Altuntaş tarafından 2013 yılında “Karaciğer Nakli İçin Bekleyen Hasta ve Hasta Yakınlarının Nakilden Beklentileri ve Yaşadıkları Güçlükler” adlı yüksek lisans tezi olarak kabul edilen çalışmadan yararlanılmıştır. Araştırmacı tarafından Tuğba Altuntaş’tan izin alınarak yapılan çalışmada kullanılmıştır (Ek C).

2.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda 1998 yılından itibaren karaciğer nakli yapılmakta ve karaciğer nakli bekleme listesi bulunmaktadır. 1171 yataklı kurumda, 145 yoğun bakım yatağı, 1026 klinik yatağı mevcut olup, karaciğer nakli hastaları için organ nakli servisinde 10 klinik yatağı bulunmaktadır. Kurum bünyesinde 907 hekim, 872 hemşire çalışmaktadır. Araştırmanın uygulandığı kurum içerisinde karaciğer nakli bekleme listesindeki hastalar gastroenteroloji ve karaciğer nakli ekibi tarafından belirli aralıklarla muayene amacı ile hastanede değerlendirilmekte ve organ nakli merkezi tarafından güncellenmektedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda organ nakli merkezi olarak etkin bir biçimde sürdürülen organ nakli koordinatörlüğü, çalışmaları ülkemizde kadavra temini bakımından önemli katkıda bulunmaktadır.

Araştırmanın uygulandığı hastane bünyesinde günümüze kadar 200’e yakın karaciğer nakli yapılmıştır. Buna karşın Türkiye genelinde 2019 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre; yaklaşık 2288 karaciğer nakli bekleyen hasta bulunmaktadır. Organ Nakli Merkezi olarak etkin bir biçimde sürdürülen organ nakli koordinatörlüğü çalışmaları ülkemizde kadavra temini bakımından önemli katkılarda bulunmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri değerlendirilmesi; gerek zamanın kısıtlı olması ve hasta grubunun spesifik olması, gerekse de hastalara uygulanan anket süresini uzatabileceğini öngörülerek çalışma dışında tutulmuştur. Bu bağlamda karaciğer nakli bekleme listesinde yer alan hastaların nakilden beklentileri ve yaşadıkları güçlüklerinin belirlenmesi amacıyla; Adana’da bir üniversite hastanesi organ nakli merkezinde karaciğer nakli bekleme listesindeki tüm hastalar nicel çalışmanın verilerini oluşturdu. Karaciğer nakli bekleme listesindeki hastalardan bir tanesi bekleme sürecinde hayatını kaybetmiş olup, nicel çalışmaya katılan hasta sayısı 37 şeklinde idi. Rutin aylık kontrollere çağırılan hastalara ilk aşamada 35 sorudan oluşan anket için onam alındı ve anketler

araştırmacı tarafından soru yanıt şeklinde dolduruldu (Ek A). Anket formu 35 sorunun içerisinde yer alan ‘Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi’, ‘karaciğer nakli beklenirken yaşanan güçlükler’, ‘karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme’, ‘karaciğer nakli beklenirken en çok neler endişelendiriyor’ ve ‘Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama’ içeren beş alt başlığı altında yer alan sorularda ‘evet’ yanıtına 3 puan, ‘kısmen’ yanıtına 2 puan ve ‘hayır’ yanıtına 1 puan verilerek puanlama yapıldı (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Nicel çalışmada kullanılan beş alt başlığa ilişkin puanlama dağılımları

Alt başlıklar	Puanlama
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	12-36
Karaciğer nakli beklenirken yaşanan güçlükler	10-30
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	3-9
Karaciğer nakli beklenirken en çok neler endişelendiriyor	11-33
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	9-27

2.6. ARAşTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul onayı alındı (Ek B).

Araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin alındı (Ek B).

Veri toplamada yararlanılan anketin kullanımı için izinler alındı (Ek C).

Katılımcılara;

Araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede zgr oldukları konusunda bilgilendirerek ve kendilerine düşünme süresi verilerek insan onuruna ve otonomi ilkelerine saygı gösterildi.

Tıbbi bilimsel araştırmalar, diğer bilimsel araştırmalardan farklı olarak öznesi insan olan uygulamalı bilimsel bir etkinlik olması açısından etik kurallara uygun yürütülmek zorundadır. obanoğlu (2012)’de çalışmasında bu konuya değinerek; tıbbi bilimsel araştırmalarda, hem bilimsel hem etiksel açıdan çok daha hassas davranılması gerektiğini ifade etmektedir. Araştırmanın her aşamasında bilimsel sorgulamalar, insan hakları ve onurunu koruyacak, gelecek kuşaklar açısından canlıların yaşama hakkı hakkında kalıcı zararlar oluşturmayacak biçimde tasarlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu bağlamda yürütülen araştırmada hastaların isimlerinin ve alınan bilgilerin araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ve bu bilgilere

başkasının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada araştırılan nicel veriler veri toplama formlarından elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 23.0 paket programı ile bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin değerlendirilmesinde hastaların yaşadıkları fiziksel sorunlar ile günlük yaşam aktiviteleri, psikolojik ve sosyo-ekonomik güçlükler bağımlı değişken olarak ele alındı.

Nicel verilerin analizinde kategorik ölçümler sayı ve yüzde ile, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) ile özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanıldı. Ölçek toplam puan karşılaştırılmasında Student t-testi ve ANOVA analizleri kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alındı.

2.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

Araştırmanın güçlü yönleri;

-Araştırma konusunun, araştırmacının klinik deneyim ve gözlemlerine dayandırılarak belirlenmesi,

- Araştırmacının araştırmanın yürütüldüğü kurumda çalışıyor olması

Araştırmanın sınırlı yönleri;

- Araştırmanın sadece bir kurumda yürütülmüş olması,

- Hastaların on sekiz yaşın üzerinde olması,

- Hastalardan Türkçe konuşmayı bilenler ile yapılması.

3. BULGULAR

Karaciğer nakli bekleme listesindeki hastaların nakilden beklentilerinin ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacı planlanan ve gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular;

- Hastaların tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgular
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırıldığı bulgular ve
- Hastalardan elde edilen nitel bulgular olmak üzere üç bölümde ele alındı.

3.1. TANITICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmada yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 3.1’de özetlendi.

Tablo 3.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (N = 37)

Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)	
Yaş (Ort±ss) (Min-Maks)	50,91±11,68 (18-65)		
Cinsiyet	Kadın	12	32,4
	Erkek	25	67,6
Medeni durum	Evli	32	86,5
	Bekar	5	13,5
Çocuk sayısı	Bir çocuk	4	10,8
	İki çocuk	14	37,8
	Üç çocuk	10	27,0
	Dört ve üzeri çocuk	9	24,3
Eğitim durumu	Okur yazar değil	3	8,1
	İlkokul	23	62,2
	Ortaokul	3	8,1
	Lise	6	16,2
	Üniversite	2	5,4
Yaşadığı yer	İl	4	10,8
	İlçe	27	73,0
	Köy	6	16,2
Yaşadığı ev	Müstakil ev	28	75,7
	Apartman	9	24,3
Aile tipi	Çekirdek	34	91,9
	Geniş	2	5,4
	Yalnız yaşıyor	1	2,7
Meslek	İşsiz	10	27,0
	İşçi emeklisi	12	32,4
	Memur	2	5,4
	Memur emeklisi	3	8,1
	Ev hanımı	10	27,0

Tablo 3.1'in devamı

Çalışma durumu	Çalışmıyorum	15	40,5
	Şu andaki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum	22	59,5
Gelir	Geliri giderinden az	33	89,2
	Geliri gideri ile eşit	4	10,8
Sosyal güvence	Var	29	78,4
	Yok	8	21,6
Toplam		37	100,0

Hastaların yaş ortalaması $50,91 \pm 11,68$, % 67,6 (n=25)'si erkek, % 86,5 (n=32)'i evli, % 37,8 (n=14)'i iki çocuk, % 62,2 (n=23)'si ilkokul mezunuydu. Çalışmada yer alan hastaların mesleklerine bakıldığında; % 32,4 (n=12)'ü işçi emeklisi olduğu gözlemlendi. Hastalık sonrası çalışma durumuna göre; % 59,5 (n=22)'inin şu andaki hastalığından dolayı çalışmadığı gözlemlendi. Hastaların % 89,2 (n=33)'sinin gelirlerinin giderlerinden az olduğu, % 78,4 (n=29)'ünde sosyal güvence varlığı saptandı (Tablo 3.1).

Hastaların yaşadıkları yer incelendiğinde; % 73,0 (n=27)'ü ilçe, % 75,7 (n=28)'si müstakil evde, % 91,9 (n=34)'ü çekirdek aile oldukları saptandı (Tablo 3.1).

Tablo 3.2. Hastaların bakmakla yükümlü olma durumunun dağılımı (N = 37)

Bakmakla yükümlü olma		Frekans (n)	Yüzde (%)
Bakmakla yükümlü	Var	31	83,8
	Yok	6	16,2
Kimlere bakmakla yükümlü olduğu*	Eş	26	70,3
	Çocuklar	28	75,7
	Anne-baba	1	2,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların bakmakla yükümlü olma durumları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler Tablo 3.2'de verildi. Hastaların % 83,8 (n=31)'inin bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin olduğu gözlenirken, % 75,7 (n=28)'sinin çocuklar şeklinde cevapladıkları tespit edildi (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Karaciğer yetmezliğine neden olan hastalıkların dağılımı (N = 37)

Hastalık	Frekans (n)	Yüzde (%)	
Karaciğer yetmezliği nedeni	Siroz tipi	10	27,0
	Kanser tipi	2	5,4
	Viral hepatit	16	43,2
	Alkolik S	1	2,7
	Diğer	8	21,6

Tablo 3.3'ün devamı

Başka hastalık varlığı	Var	11	29,7
	Yok	26	70,3
Bekleme listesinden önceki genel fizik durumu ile şu anki genel fizik durumu değerlendirilmesi	İyi	4	10,8
	Kötü	30	81,1
	Aynı	3	8,1
Toplam		37	100,0

Çalışmaya katılan hastaların % 43,2 (n=16)'si viral hepatit gözlenirken, % 70,3 (n=26)'ünde başka hastalık varlığı gözlenmedi. Hastaların bekleme listesinden önceki genel fiziki durumları ile şu anki genel fiziki durumları incelendiğinde ise; % 81,1 (n=30)'inin kötü olduğu saptandı (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Hastaların hastalık tanısı ve kadavradan nakil bekleme listesi zamanının dağılımı (N = 37)

Hastalık tanısı ve kadavradan nakil bekleme listesi zamanı	Ort±ss	Min-Maks	
Hastalık tanısı konulduğu zamanı (Yıl)	9,35±7,3	1-29	
Kadavradan karaciğer nakli bekleme liste zamanı (Yıl)	4,24±4,03	0-19	
Karaciğer nakli ve bekleme listesi konusunda bilgi alma	Frekans (%)	Yüzde (%)	
Karaciğer bekleme listesi hakkında bilgi verilme durumu	Evet	36	97,3
	Hayır	1	2,7
Kimden bilgi alındı*	Doktor	33	97,3
	Organ nakil koordinatörü	18	48,6
	Hemşire	1	2,7
Karaciğer nakli konusunda bilgi alma	Evet	36	97,3
	Hayır	1	2,7
Karaciğer bekleme listesi konusunda bilgi alma fayda durumu	Evet	32	88,8
	Hayır	4	11,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmada yer alan hastaların hastalık tanısı konulduğu zaman ortalaması 9,35±7,3 yıl idi. Kadavradan karaciğer nakli bekleme listesine alınma zaman ortalaması ise 4,24±4,03 yıldır. Hastalara konulan hastalık zamanı en küçük bir yıl olduğu gözlenirken, 29 yıl önce hastalık tanısı alan hasta varlığı da gözlendi. Kadavradan karaciğer nakli bekleyen hastalarda 1 yıldan az olan hastaların varlığı belirlenirken, maksimum 19 yıldır kadavradan karaciğer nakli bekleyen hastaların varlığı saptandı (Tablo 3.4).

Çalışmaya dahil edilen hastaların % 97,3 (n=36)'üne karaciğer bekleme listesi hakkında bilgi verildiği gözlenirken, hastalardan % 97,3 (n=33)'ü karaciğer bekleme listesi konusunda bilgiyi doktorlardan aldıklarını belirtti. Çalışma dahilinde olan hastaların % 97,3 (n=36)'ünün karaciğer nakli konusunda bilgi aldıkları

gözlenirken, hastaların % 88,8 (n=32)'inin karaciğer bekleme listesi konusunda aldıkları bilginin faydalı olduğu saptandı (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları dağılımı (N = 37)

Sigara ve alkol kullanma		Frekans (%)	Yüzde (%)
Sigara kullanma durumu	Evet	8	21,6
	Hayır	17	45,9
	Bırakmış	12	32,4
Alkol kullanma durumu	Evet	2	5,4
	Hayır	32	86,5
	Bırakmış	3	8,1
Toplam		37	100,0

Çalışmaya katılan hastaların % 45,9 (n=17)'u sigara kullanmadıkları gözlenirken, % 86,5 (n=32)'inde alkol kullanmadığı tespit edildi (Tablo 3.5).

Hastaların Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi ilişkin bulgular Tablo 3.6'da özetlendi.

Tablo 3.6. Hastaların Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisinin dağılımı (N = 37)

Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	Evet		Hayır		Kısmen	
	n	%	n	%	n	%
Halsizliğimin/yorgunluğumun azalması (5)	32	86,5	-	-	5	13,5
Kendi bireysel gereksinimlerimi karşılayabilme	21	56,8	4	10,8	12	32,4
Yaşam kalitemin artması (2)	35	94,6	-	-	2	5,4
Sokakta rahat dolaşabilme	19	51,4	3	8,1	15	40,5
Aileye olan ekonomik yükün azalması (4)	33	89,2	-	-	4	10,8
Hastaneye sürekli gelmeme (3)	34	91,9	-	-	3	8,1
Ağrımın ortadan kalkması	27	73,0	2	5,4	8	21,6
Gelecekteki belirsizliğin ortadan kalkması (1)	37	100,0	-	-	-	-
Ailedeki sorumluluğumu yerine getirebilme	32	86,5	3	8,1	2	5,4
Değişen dış görüntümün düzelmesi	29	78,4	2	5,4	6	16,2
Aile bireyelerine yük olmama	33	89,2	1	2,7	3	8,1
Eski sağlığımı yeniden kazanabilme	33	100,0	-	-	-	-

Hastaların nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri; “yaşam kalitemin artması, hastaneye sürekli gelmeme, aileye olan ekonomik yükün azalması ve halsizliğimin/yorgunluğumun azalması” konusunda tamamına yakın görüş bildirildiği (% 86,5 - 100,0) bulunmuştur. En çok gelecekteki belirsizliğin ortadan kalkması ve eski sağlığımı yeniden kazanabilme konusundan etkilendikleri de görülmektedir (Tablo 3.6).

Tablo 3.7'de çalışmada yer alan hastaların karaciğer nakli beklerken yaşadıkları güçlüklerle ilişkin bulgular verildi.

Tablo 3.7. Hastaların karaciğer nakli beklerken yaşadıkları güçlüklerin dağılımı (N = 37)

Karaciğer nakli bekleme sürecinde güçlük yaşama durumu	Evet		Hayır		Kısmen	
	n	%	n	%	n	%
Karındaki asit birikimi nedeniyle nefes alma	17	45,9	6	16,2	14	37,8
Hastalık nedeniyle diyetine uyma (3)	19	51,4	9	24,3	9	24,3
Öz bakımını yapma (el yüz yıkama, banyo vb)	6	16,2	14	37,8	17	45,9
Kendi kendine yürüme	8	21,6	14	37,8	15	40,5
Yardım almadan merdiven inip çıkma	14	37,8	7	18,9	16	43,2
Araç kullanma	9	24,3	16	43,2	12	32,4
Uyuyabilme (2)	21	56,8	3	8,1	13	35,1
Ev işlerini yapma (3)	19	51,4	3	8,1	15	40,5
İlaçlarını kendi kendine alma	12	32,4	16	43,2	9	24,3
Bakım verme rolünde eksiklik (çocuklar/diğer aile fertleri (1))	24	64,9	5	13,5	8	21,6

Hastaların karaciğer nakli beklerken yaşadıkları güçlükler konusunda; “uyuyabilme, ev işlerini yapma, hastalık nedeniyle diyetine uyma” konularında görüş bildirdikleri (% 56,8 - 64,9) gözlenmiştir. En çok bakım verme rolünde eksiklik (çocuklar/diğer aile fertleri) konusundan etkilendikleri de görülmektedir (Tablo 3.7).

Tablo 3.8’de hastaların karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme durumlarına ait bulguları özetlendi.

Tablo 3.8. Hastaların karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme durumlarının dağılımı (N = 37)

		Frekans (%)	Yüzde (%)
Karaciğer naklini beklerken yaşadıkları/bekleme sürecinde aile ilişkilerini etkileme durumu	Evet	30	81,1
	Hayır	1	2,7
	Kısmen	6	16,2
Karaciğer naklini beklerken yaşadıkları/bekleme sürecinde duygusal durumunu etkileme durumu	Evet	36	97,3
	Hayır	1	2,7
	Kısmen	-	-
Hastalıklarından dolayı insanların onlara olan bakış ve düşüncelerinin değişme durumu	Evet	31	83,8
	Hayır	1	2,7
	Kısmen	5	13,5

Hastaların nakil bekleme sürecinde “aile, duygusal durum ve düşünceler” hastaların tamamına yakın etkilendiği (% 81,1 - 97,3) oranında bulunmuştur. En çok duygusal durumlar etkilendiği de görülmektedir (Tablo 3.8).

Hastaların karaciğer nakli beklerken en fazla endişe veren durumların dağılımı Tablo 3.9’da verildi.

Tablo 3.9. Hastaların karaciğer nakli beklerken en fazla endişe veren durumların dağılımı (N = 37)

Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	Evet		Hayır		Kısmen	
	n	%	n	%	n	%
Dış görüntüdeki değişiklikten rahatsız olma ve dışlanma	14	37,8	9	24,3	14	37,8
Özgüvende azalma	25	67,6	1	2,7	11	29,7
Boş vakit ve sosyal aktivitelere katılımında azalma	24	64,9	4	10,8	9	24,3
Cinsel yaşamda güçlük	21	56,8	4	10,8	12	32,4
Duygularını kontrol edememe, sinirlilik	32	86,5	2	5,4	3	8,1
Korku ve endişelerini paylaşmada güçlük	34	91,9	-	-	3	8,1
Hastalığı ile ilgili sorulara cevap verememe	24	64,9	3	8,1	10	27,0
Hastalığından dolayı ailesinin sıkıntıya girdiğini düşünme	30	81,1	1	2,7	6	16,2
İş-aile düzeninde bozulmalar	30	81,1	3	8,1	4	10,8
Organ bulunmaması kaygısı, belirsizlik, endişe	33	89,2	3	8,1	1	2,7
Hastalığının ilerlemesi nedeniyle terk edilme korkusu	24	64,9	6	16,2	7	18,9

Hastaların karaciğer nakli beklerken en çok nelerden endişelendiklerine bakıldığında; “organ bulunmaması kaygısı, belirsizlik, endişe, duygularını kontrol edememe, sinirlilik, iş aile düzeninde bozulmalar ve hastalığından dolayı ailesinin sıkıntıya girdiğini düşünme” konularında görüş bildirdikleri (% 81,1 - 91,9) gözlenmiştir. En çok korku ve endişelerini paylaşmada güçlük konusundan etkilendikleri de görülmektedir (Tablo 3.9).

Tablo 3.10’da çalışmada yer alan hastaların karaciğer nakli beklerken sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlüklerle ilişkin bulgular verildi.

Tablo 3.10. Hastaların karaciğer nakli beklerken sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlüklerin dağılımı (N = 37)

Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	Evet		Hayır		Kısmen	
	n	%	n	%	n	%
Dış görünüşteki değişiklik nedeniyle iletişim kurmada güçlük	14	37,8	5	13,5	18	48,6
Aile, eş, dost arkadaş ilişkilerinde güçlük yaşama	23	62,2	2	5,4	12	32,4
Hastalığı nedeniyle çevreden destek alamama	33	89,2	2	5,4	2	5,4
Başkalarının yardımı nedeniyle kendini bunalmış hissetme	20	54,1	6	16,2	11	29,7
Aile içindeki sorumlulukları yerine getirememe	27	73,0	4	10,8	6	16,2
Aile içinde kendini yetersiz ve değersiz hissetme	24	64,9	4	10,8	9	24,3
Dış görünüşteki değişiklik nedeniyle sosyal ilişkilerde azalma	18	48,6	7	18,9	12	32,4
Hastalık nedeniyle iş hayatında değişiklik	27	73,0	8	21,6	2	5,4
Hastalık nedeniyle ekonomik güçlüğün yaşanması	33	89,2	-	-	4	10,8

Hastaların karaciğer nakli beklerken sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlüklerin dağılımına bakıldığında; “hastalığı nedeniyle çevreden destek alamama, hastalık nedeniyle ekonomik güçlüğün yaşanması, aile içindeki sorumlulukları yerine

getirememe ve hastalık nedeniyle iş hayatında değişiklik” konularında görüş bildirdikleri (% 73,0 - 89,2) gözlenmiştir (Tablo 3.10).

3.2. HASTA GRUPLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE KARACİĞER NAKLİ SÜRECİNDEKİ YAŞADIKLARI SORUN VE GÜÇLÜKLERİN KARŞILAŞTIRILMALARI

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadıkları yerler, aile tipleri, gelir durumları, hastalık tanısı zamanları ve nakil bekleme zamanları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular özetlendi.

3.2.1. Hastaların Cinsiyetleri ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Hastaların cinsiyetleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması Tablo 3.11’de özetlendi.

Tablo 3.11. Hastaların cinsiyetleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N = 37)

Alt gruplar	Kadın (Ort±Ss)	Erkek (Ort±Ss)	t	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	32,91±3,39	33,88±2,55	-0,964	0,342
Karaciğer nakli bekleme sürecinde güçlük yaşama durumu	20,83±5,57	21,84±4,58	-0,583	0,564
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,50±1,16	8,56±0,86	-0,176	0,862
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	24,41±4,31	27,36±2,72	-2,535	0,016
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	20,33±4,37	24,12±3,47	-2,849	0,007

* p < 0,05

Karaciğer nakli bekleme süresinde endişelenme ve sosyal etkinliklerde yaşanan güçlüklerde erkek hastaların, kadın hastalara göre önemli bir farklılık olduğu gözlemlendi (p<0,05) (Tablo 3.11).

3.2.2. Hastaların Yaşları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.12’de hastaların yaşları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması özetlendi.

Tablo 3.12. Hastaların yaşları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N= 37)

Alt gruplar	50 yaş ve altı (Ort±Ss)	50 yaş üstü (Ort±Ss)	t	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	33,75±2,63	33,48±2,98	0,267	0,791
Karaciğer nakli bekleme sürecinde günlük yaşama durumu	21,08±5,66	21,72±4,55	-0,367	0,715
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,50±1,16	8,56±0,86	-0,176	0,862
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	26,16±3,63	26,52±3,57	-0,280	0,781
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	21,50±5,09	23,56±3,52	-1,437	0,160

* p <0,05

Hastaların yaş değişkeni açısından karaciğer nakli sürecinde yaşadıkları sorun ve güçlüklerin farklılık göstermediği gözlemlendi (p>0,05) (Tablo 3.12).

3.2.3. Hastaların Medeni Durumları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Hastaların medeni durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması Tablo 3.13’da özetlendi.

Tablo 3.13. Hastaların medeni durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N = 37)

Alt gruplar	Evli (Ort±Ss)	Bekar (Ort±Ss)	t	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	33,81±2,79	32,00±2,91	1,340	0,189
Karaciğer nakli bekleme sürecinde günlük yaşama durumu	21,81±4,95	19,60±4,27	0,942	0,352
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,46±1,01	9,00±0,0	-1,156	0,256
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	26,68±3,21	24,60±5,31	1,233	0,226
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	23,43±3,84	19,40±4,72	2,124	0,041

* p <0,05

Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşamada evli olan hastaların puan ortalamalarının, bekar olan hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 3.13).

3.2.4. Hastaların Eğitim Durumları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.14’de hastaların eğitim durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerle ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.14. Hastaların eğitim durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N= 37)

Alt gruplar	Okuryazar Değil (Ort±Ss)	İlkokul (Ort±Ss)	Ortaokul (Ort±Ss)	Lise (Ort±Ss)	Üniversite (Ort±Ss)	F	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	31,33±4,61	34,00±2,43	32,0±4,0	34,83±1,16	30,5±4,94	1,867	0,140
Karaciğer nakli bekleme sürecinde güçlük yaşama durumu	20,33±5,50	22,0±4,82	18,66±3,78	22,66±5,16	18,50±7,77	0,604	0,662
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,66±0,57	8,34±1,15	9,00±0,0	8,83±0,40	9,00±0,0	0,644	0,635
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	23,33±4,72	27,26±3,09	25,66±2,51	26,33±4,08	22,50±4,94	1,647	0,187
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	20,66±2,08	23,73±3,89	21,66±1,52	22,50±5,00	19,50±9,19	0,858	0,500

* $p < 0,05$

Hastaların eğitim durumu değişkenin karaciğer nakli sürecinde yaşadıkları sorun ve güçlüklerin farklılık göstermediği gözlemlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.14).

3.2.5. Hastaların Yaşadıkları Yerler ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Hastaların yaşadıkları yerler ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması Tablo 3.15’de özetlendi.

Tablo 3.15. Hastaların yaşadıkları yerler ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N = 37)

Alt gruplar	İl (Ort±Ss)	İlçe (Ort±Ss)	Köy (Ort±Ss)	F	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	34,75±1,89	33,62±2,45	32,50±4,72	0,765	0,473
Karaciğer nakli bekleme sürecinde güçlük yaşama durumu	20,75±3,20	21,22±4,39	23,33±7,71	0,501	0,610
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,50±0,57	8,70±0,82	7,83±1,47	2,150	0,132
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	24,25±6,07	27,00±2,43	25,16±5,49	1,527	0,232
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	22,25±6,18	23,37±3,32	21,16±6,14	0,738	0,486

* p <0,05

Hastaların yaşadıkları yerler ile karaciğer nakli sürecinde yaşadıkları sorun ve güçlüklerin farklılık göstermediği gözlemlendi (p>0,05) (Tablo 3.15).

3.2.6. Hastaların Aile Tipleri ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.16’da hastaların aile tipleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerle ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.16. Hastaların aile tipleri ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N= 37)

Alt gruplar	Çekirdek (Ort±Ss)	Geniş (Ort±Ss)	Yalnız (Ort±Ss)	F	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	33,52±2,96	34,0±0,0	34,0±0,0	0,036	0,965
Karaciğer nakli bekleme sürecinde güçlük yaşama durumu	21,17±4,84	27,50±2,12	21,0±0,0	1,653	0,206
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,52±0,99	8,50±0,70	9,0±0,0	0,113	0,894
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	26,17±3,58	28,50±2,12	30,0±0,0	0,929	0,405
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	22,97±4,22	24,0±1,41	18,0±0,0	0,765	0,473

* p <0,05

Hastaların aile tipleri ile karaciğer nakli sürecinde yaşadıkları sorun ve güçlüklerin farklılık göstermediği gözlemlendi (p>0,05) (Tablo 3.16).

3.2.7. Hastaların Gelir Durumları ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Hastaların gelir durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması Tablo 3.17’de özetlendi.

Tablo 3.17. Hastaların gelir durumları ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N = 37)

Alt gruplar	Geliri Giderinden Az (Ort±Ss)	Geliri Giderine Eşit (Ort±Ss)	t	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	33,60±2,78	33,25±3,77	0,233	0,817
Karaciğer nakli bekleme sürecinde günlük yaşama durumu	21,42±4,83	22,25±5,90	-0,316	0,754
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,75±0,43	6,75±2,06	5,172	0,000
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	26,81±3,43	23,0±2,82	2,131	0,040
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada günlük yaşama	23,42±3,81	18,50±4,65	2,388	0,022

* p <0,05

Hastalardan geliri giderinden az olanların karaciğer nakli bekleme sürecinde “aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme, karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu ve karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada günlük yaşama” konularında geliri giderine eşit olan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 3.17).

3.2.8. Hastaların Hastalık Tanı Konulma Zamanı ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.18’de hastaların hastalık tanı konulma zamanı ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması özetlendi.

Tablo 3.18. Hastaların hastalık tanı konulma zamanı ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N = 37)

Alt gruplar	9 yıl ve altı (Ort±ss)**	9 yıl üzeri (Ort±ss)**	t	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	33,75±2,40	33,23±3,60	0,525	0,603
Karaciğer nakli bekleme sürecinde günlük yaşama durumu	22,54±4,70	19,61±4,77	1,797	0,081

Tablo 3.18'in devamı

Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,87±0,33	7,92±1,38	3,235	0,003
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	27,25±3,24	24,84±3,67	2,054	0,047
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	23,79±3,56	21,23±4,74	1,855	0,072

* p <0,05, ** Ortalama altı ve üstü şeklinde gruplandırıldı.

Hastalara konulan hastalık tanı konulma zamanı 9 yıl ve altında olan hastaların karaciğer nakli bekleme sürecinde “aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme ve karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu” konularında tanı konulma zamanı 9 yıl üzerinde olan hastalara göre istatistiksel açıdan daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları tespit edildi (p<0,05) (Tablo 3.18).

3.2.9. Hastaların Nakil Bekleme Zamanı ile Karaciğer Nakli Sürecindeki Yaşadıkları Sorun ve Güçlüklerin Karşılaştırılması

Hastaların nakil bekleme zamanı ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması Tablo 3.19’da özetlendi.

Tablo 3.19. Hastaların nakil bekleme zamanı ile karaciğer nakli sürecindeki yaşadıkları sorun ve güçlüklerin karşılaştırılması (N = 37)

Alt gruplar	4 yıl ve altı (Ort±ss)**	4 yıl üzeri (Ort±ss)**	t	p*
Karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim beklentisi	34,08±2,10	32,61±3,77	1,527	0,136
Karaciğer nakli bekleme sürecinde güçlük yaşama durumu	21,83±5,06	20,92±4,64	0,537	0,595
Karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme	8,91±0,28	7,84±1,34	3,792	0,001
Karaciğer nakli bekleme sürecinde endişelenme durumu	26,95±3,04	25,38±4,27	1,301	0,202
Karaciğer nakli bekleme sürecinde sosyal etkinliklere katılmada güçlük yaşama	23,66±3,66	21,46±4,71	1,578	0,124

* p <0,05, ** Ortalama altı ve üstü şeklinde gruplandırıldı.

Hastalardan nakil bekleme zamanı 4 yıl altında olanların karaciğer nakli bekleme sürecinde “aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişmesinde” 4 yıl ve üstünde nakil bekleme zamanı olan hastalardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 3.19).

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Karaciğer, yapı proteinleri ve vücudun kullanması için diğer maddeleri, ilaç metabolizmasını ve enerji depolamayı içeren birçok önemli fonksiyona sahiptir (Neil, 2015). Karaciğer ayrıca atık ürünleri ve toksinleri kandan uzaklaştırır. Karaciğer hastalığı, bu önemli fonksiyonların başarısız olmasına neden olmaktadır. Karaciğer yetmezliği ilaçlara yanıt veremeyecek kadar şiddetli olduğunda, yapılan çalışmalarda 500'den fazla vücudumuzda görevi bulunan karaciğer organının bu önemli görevlerini yapamadığında karaciğer nakli mecburi bir seçenek haline gelmektedir (Janet ve Cassio, 2012). O'Grady (2015)'de çalışmasında karaciğer naklinin, malign hastalığı olan seçilmiş vakalara ve metabolik hastalığı olan az sayıda hastaya ek olarak, çok çeşitli akut ve kronik karaciğer hastalıkları için bir tedavi seçeneği olduğunu bildirmiştir.

Karaciğer hastalığı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerde en yaygın ölüm nedeni arasındadır ve sirozdan yıllık 34.000 ölümlerle sonuçlanmaktadır. Ayrıca, ABD'de karaciğer yetmezliği görülme sıklığı, artan sayıda karaciğer yetmezliğinden dolayı ölüm sayısına da yansımaktadır (Martin ve ark., 2014). Irmak ve arkadaşları da (2018) yaptıkları araştırmada viral hepatitler akut-kronik viral hepatit, siroz, karaciğer yetmezliği ve karaciğer kanserine sebebiyet vererek morbidite ve ölüme neden olabileceği düzeyinin fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Ploeg ve ark.,(1993) çalışmalarında karaciğer naklinin uygulanmaya konulmasının karaciğer rahatsızlığı nedeni ile kaybedilen hastaların rahatsızlıklarının çözümünün tanımlanarak; uluslararası ölçekte karaciğer nakli yapılmasını kolaylaştırdığı gibi, organ paylaşımı ve gelişmiş verici - alıcı hazırlığı konularında toplumların bilgilendirilmesinin sağlandığını belirtmişlerdir.

Karaciğer nakli canlı vericilerden olabilmesine karşın canlı vericilerin nakil işleminde vericilik rolünü çok fazla üstlenmek istememelerinden dolayı daha çok beyin ölümü kriterlerini yerine getiren, kalp atışını yapan hastalardan alınan organlar, karaciğer transplantasyonunun temelini oluşturmaktadır (O'Grady, 2015).

Karaciğer nakli ile yapılan çalışmalar incelendiğinde karaciğer nakli sonrası çalışmalara daha çok ağırlık verildiği, karaciğer nakli öncesinde hastaların

yaşadıkları güçlüklerin çok incelenmediği gözlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan 37 hastanın yaş ortalaması $50,91 \pm 11,68$ yıl, % 67,6'sı erkek, % 86,5'inin ise evli olduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmada yer alan hastaların yaş ortalaması $50,91 \pm 11,68$ yıl idi. Kaçmaz (2011)'in karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının üzerine uyguladığı çalışmasında hastaların yaş ortalaması $38,17 \pm 15,79$ yıl, Altuntaş (2013)'un çalışmasında ise hastaların yaş ortalaması $46,18 \pm 12,33$ olduğu gözlendi. Kim ve arkadaşlarının (2008) karaciğer nakli bekleme listesindeki hastalarda üzerine yaptıkları çalışmalarında ise hastaların yaş ortalamaları 53 idi. Çalışmamıza dahil edilen hastaların daha yüksek yaş grubuna sahip olmasını son beş yıldır daha ileri yaş gruplarına da karaciğer transplantasyon uygulanabilmesine imkan tanınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalarımızın % 67,6'sı erkekti. Kaçmaz (2011)'in çalışmasında hastaların % 58'i erkek iken, Altuntaş (2013)'in çalışmasında hastaların % 59,4'ü erkek, Kim ve arkadaşlarında (2008) erkek hastaların (% 65) oranları fazla idi.

Altuntaş (2013)'in çalışmasında yer alan hastaların % 62,9'unun viral hepatit rahatsızlığından dolayı karaciğer yetmezliği hastası olduğu gözlenmiştir. Marchesini ve arkadaşlarının (2001) sirozlu hastaların sağlıkla ilgili kötü yaşam kalitelerinin incelendiğinde çalışmada da hastaların % 52,1'inin viral hepatit bulgusuna rastlanmıştır. Büyükkaya ve Fescinin (2006) karaciğer sirozu ve hemşirelik adlı çalışmasında da hastaların % 64,0'ünde viral hepatit rahatsızlığı gözlenmiştir. Ülkemizde de kronik karaciğer hastalığı, siroz ve HSK vakalarının yarısından fazlası (%50-70) viral hepatitlere bağlıdır (Irmak ve arkadaşları, 2018). Bizim çalışmamızda da hastaların % 43,2 (n=16)'sinin viral hepatit rahatsızlığı tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar viral hepatit rahatsızlığının hastalarda karaciğer yetmezliğine neden olduğunu düşündürmektedir.

Kronik karaciğer yetmezliğine maruz kalan hastaların genel sağlık durumlarının bozulmalarından dolayı karaciğer nakline ihtiyaç duymaktadırlar (Kaçmaz, 2011). Altuntaş (2013) çalışmasında ülkemizde yapılan karaciğer nakillerinin % 70'inin canlı vericilerden karşılandığını vurgularken, sadece % 30'unun kadavralardan sağlanabildiğini bildirmiştir. Parlak (2009)'ta yaptığı araştırmada; organ ve doku naklinde ortaya çıkan en temel sorunun organ bağışının ve dolayısıyla organ naklinin yeterince yaygınlaşmamasından dolayı hastaların uzun

yıllar organ naklini beklemek zorunda kaldıklarını ifade etmiştir. Krespi ve ark., (2017) organ bağışının para karşılığında yapılmasının önünün açılmasının sosyoekonomik açıdan durumu kötü olanların bu durumu kötüye kullanma risklerinin olduğunu ifade ederek, maddi tuzaklardan kaçınmak için bireylerin eğitim yoluyla bilinçlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların hastalık tanısı zamanları incelendiğinde; $9,35 \pm 7,3$ yıl olduğu gözlenirken, 29 yıldan bu yana karaciğer yetmezliği tanısı konulan hasta bulgusuna da rastlanılmıştır. Elde edilen bu sonuç Parlak'ın çalışmasında bahsettiği ifadeyle de paralellik göstermektedir.

Amerika'daki Organ Nakli Kayıt Sistemi'nin (The Scientific Registry of Transplant Recipients, SRTR) 2011 yılı verilerine göre, karaciğer nakli bekleyen 12974 hastanın % 40,4'ü 2 yıl ve daha uzun süreden beri karaciğer nakli bekleme listesinde bulunmaktadır (SRTR, 2012). Telles ve arkadaşlarının (2009) karaciğer nakli adaylarının yaşadıkları güçlüklerle başa çıkma stratejileri üzerine gerçekleştirdiği çalışmalarında hastaların nakil bekleme zamanlarının 1,2 yıl olduğu gözlenirken, Lim ve arkadaşlarının (2006) Singapur'da karaciğer nakli uygulanması planlanan hastaların nakil bekleme zamanlarının 1,5 yıl olduğu saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda Kaçmaz (2011)'in çalışmasında hastaların nakil için bekleme zamanlarının 8,8 ay olduğu tespit edilirken, Altuntaş (2013)'in gerçekleştirdiği çalışmada $4,10 \pm 2,81$ yıl olduğu gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise kadavradan karaciğer nakli bekleme liste zamanı $4,24 \pm 4,03$ yıl idi. Ayrıca araştırmaya dahil edilen hastaların arasında 19 yıldan bu yana kadavradan karaciğer nakli bekleyen hastamızın olduğu da saptandı. Elde edilen bu sonuçlar Türkiye'de organ nakli konusunda henüz yeterli bir bilgiye sahip olunmadığı ya da organ nakli konusunun halkımıza tam olarak aktarılmadığını göstermektedir. Altuntaş (2013)'da çalışmasından elde edilen bulgular ışığında; karaciğer organ nakli listesinde yer alan hastaların genel sağlık durumlarının giderek kötüleşmesinin, bekleme listesinden çıkarılmalarına neden olabileceğini bildirmiştir.

Kutlu (2010) karaciğer nakli üzerine yaptığı araştırmasında hastaların karaciğer bekleme listesi konusunda ağırlıklı olarak doktorlar tarafından bilgilendirildiklerini bildirmiştir. Kim ve arkadaşları (2008) da çalışmalarında doktorlar tarafından hastaların karaciğer nakli bekleme listesi konusunda bilgi sahibi olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmamızda hastaların % 97,3 (n=36)'sine karaciğer bekleme listesi hakkında bilgi verildiği belirlendi. Ayrıca hastaların % 97,3 (n=33)'ünün karaciğer bekleme listesi ile ilgili bilgiyi doktorlardan aldıkları

saptandı. Ayrıca bizim çalışmamızda hastaların % 97,3 (n=36)'ü karaciğer nakli ve bekleme listesi konusunda bilgi aldıkları da belirlenmiştir.

Hastaların; nakle engel olabilecek ek hastalık varlığı olmadığı ve diğer transplantasyonu kriterlerine uygunluk durumunda yapılabilmektedir (Kutlu, 2010). Bizim çalışmamızda hastaların % 70,3 (n=26)'ünde başka hastalık varlığı gözlenmemiştir. Kaçmaz (2011)'in çalışmasında hastaların 72,2'sinin herhangi başka bir hastalığı olmadığı gözlenirken, Altuntaş (2013)'in çalışmasında ise hastaların % 44,7'sinde karaciğer hastalığına eşlik eden kronik hastalık varlığı saptanmıştır.

Karaciğer nakli bekleyen hastalarının genel olarak evde veya toplumda içerisinde yapmaları beklenen sorumlulukların çoğunu yapamamakta olup, kısmen fiziksel engellik yaşamaktadırlar (Samoylova ve ark., 2017). Yaygın olarak yaşadıkları fiziksel engellilik durumu, ilerleyen dönemlerde yaşayabilecekleri engellilik durumu için en güçlü risk faktörüdür ve hastaların yarısından fazlası, bekleme listesindeki günlük yaşam aktiviteleri ve günlük yaşam faaliyetlerini uygulayabilme yetisinde azalmaya yaşadıkları gözlenmektedir (Alimohammadian ve ark., 2014). Karasu ve Tokat (2003) çalışmalarında kronik karaciğer rahatsızlığına maruz kalan hastaların hastalık şiddet düzeylerinin artmasının hastaların sağlık sorunlarının arttırmasının yanısıra, hastaların fiziksel olarak da birçok problemle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Wiesginger ve arkadaşları da (2001) karaciğer transplantasyonunda erkeklerin düşen fiziksel performansları üzerine yaptıkları çalışmada nakil bekleyen hastaların fiziksel olarak olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların % 81,1 (n=30)'inde bekleme listesinden önceki genel fizik durumu ile şu andaki fizik durumu arasında kötüleşme olduğu belirlenmiştir. Hem nitel hem de nicel çalışmadan özellikle daha genç yaşta erkeklerin fiziksel aktivite ilişkisinde zorluklar yaşadıkları belirlenirken, hastalardan 8 ve 10 numara ile kodlanan erkek hastaların belirttiklerine göre; hastalıklarından dolayı istediklerini fiziksel olarak gerçekleştiremedikleri belirlenmiştir. Altuntaş (2013)'ta çalışmasında hastaların % 97,1'inin hastalıklarının ileriki dönemlerinde fiziksel sorunlar yaşadıklarını vurgulamıştır. Elde edilen bu sonuçlar karaciğer yetmezliği yaşayan hastaların temel sorunlarının fiziksel aktivite kısıtlanması olduğu anlaşılmıştır.

Altuntaş (2013) yaptığı çalışmada karaciğer yetmezliği yaşayan kadın hastaların, erkek hastalardan daha fazla güçlük yaşadıklarını bildirmiş, elde ettiği bu sonuca da, Türk toplumunda ev işlerinin genellikle kadınlar tarafından yapılması,

buna ek olarak kadınların hastalık ile baş etmeye çalışmaları ve hastalık şiddetinin de etkisi ile ailedeki rollerini yerine getirememelerinden kaynaklanabileceği bildirmiştir. Konuyla ilgili literatürde incelendiğinde başka çalışmalara rastlanılmamıştır. Bizim çalışmamızda ise hastaların cinsiyet değişkenine göre; karaciğer nakli sonrası yaşamlarında değişim bekleme düzeyleri, karaciğer nakli beklerken yaşadıkları güçlükler ve karaciğer nakli bekleme sürecinde aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme düzeylerinde hastaların kadın ve erkek olmasına göre farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Buna karşın çalışmada yer alan hastalardan erkek olanların karaciğer nakli sırasında endişeleri ve sosyal etkinlikler sırasında yaşadıkları güçlüklerin kadın hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Altuntaş (2013)'in çalışmasında hastaların yaş düzeyleri ile fiziksel sorunlar, Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve sosyo ekonomik güçlükler arasında anlamlı farklılıklar olmadığı gözlenirken, psikolojik güçlükler konusunda yaşları 46 ve üzerinde olanların, 45 altındakilere göre daha fazla yıprandıkları anlaşılmıştır. Yapılan çalışmada ise hastaların yaş düzeyleri ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri; yaşadıkları güçlükler; aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme; endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler açısından farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Bu çalışmada hastaların medeni durumları ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri; yaşadıkları güçlükler; aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme ve endişelenme düzeyleri açısından farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler konusunda ise evli hastaların, bekar hastalara göre daha fazla güçlük yaşadıkları anlaşılmıştır ($p<0,05$). Altuntaş (2013)'in çalışmasında hastaların medeni durumları ile fiziksel sorunlar, GYA ile ilgili güçlükler ve psikolojik güçlükler ve sosyoekonomik güçlükler konusunda aralarında farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Altuntaş (2013) elde ettiği bu sonucu bakım verenlerin artan sorumluluklarının ve değişen rollerinin bir yansıması olarak düşünebileceğini bildirmiştir.

Altuntaş (2013) çalışmasında yer alan hasta grubunun eğitim düzeyleri ile fiziksel sorunlar, GYA ile ilgili güçlükler ve psikolojik güçlükler ve sosyoekonomik güçlükler konusunda aralarında farklılıklar olmadığı sonucuna varmıştır. Yapılan çalışmada da hastaların eğitim düzeyleri ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini

bekledikleri; yaşadıkları güçlükler; aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme; endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler açısından farklılıklar olmadığı saptanmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen bu sonuca göre hastaların eğitim düzeyinin karaciğer bekleme listesinde iken yaşadıkları sorunlar ile farklılık göstermesine neden olmadığı anlaşılmıştır.

Bu çalışmada hastaların gelir düzeyleri ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri ve yaşadıkları güçlükler açısından farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastalardan ekonomik düzeyi kötü olanların; aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme, endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler konusunda ekonomik düzeyi orta seviyede olanlara göre daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Altuntaş (2013)'ın çalışmasında ise hasta grubunun gelir düzeyleri ile fiziksel sorunlar, GYA ile ilgili güçlükler ve psikolojik güçlükler ve sosyoekonomik güçlükler konusunda aralarında farklılıklar olmadığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların hastalık tanı konulma zamanları ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri; yaşadıkları güçlükler ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler açısından farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme düzeyleri ve endişelenme düzeylerinde 9 yıl ve altında hastalık tanısı konulanların, 9 yıl ve üzeri hastalık tanısı alanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Karaciğer hastalığı kronik bir hastalık olup, hastalık tanısının konulmasıyla birlikte farklı dönemlerde hastalar kadar hasta yakınları da birçok güçlükle karşılaşmaktadır. Uzun süre bakım veren rolünde olan hasta yakınlarının yaşadığı zorlukları da arttırmaktadır (Kim ve ark., 2008). Altuntaş (2013) çalışmasında hastaların aile tipleri ile GYA ile ilgili güçlükler, psikolojik güçlükler ve sosyoekonomik güçlükler arasında farklılıklar olmadığını bildirmiştir. Yapılan çalışmadan da elde edilen sonuçlar Altuntaş'ın çalışması ile benzerlik göstererek hastaların aile tipleri ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri; yaşadıkları güçlükler; aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme; endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler açısından farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Elde edilen bu sonuca göre hastaların aile tiplerinin yaşadıkları sorunlara etkisi olmadığı anlaşılmıştır.

Altuntaş (2013) çalışmasında hastaların bakım, tedavi ve izleme ilgili sorunların üstlenilmesi ile GYA ile ilgili güçlükler, psikolojik güçlükler ve

sosyoekonomik güçlükler arasında farklılıklar olmadığını gözlenmiştir. Altuntaş elde ettiği bu sonucu bir yıl ve daha kısa süre bakım verenlerin daha fazla güçlük yaşaması, karaciğer nakli bekleme sürecinin başında yaşadıkları 'kriz dönemi' ile ilgili olduğu konusunda görüş bildirmiştir. Yapılan çalışmada hastaların nakil bekleme zamanları ile nakil sonrası yaşamlarında değişmesini bekledikleri; yaşadıkları güçlükler; endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler açısından farklılıklar olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların aile, duygusal durum ve düşüncelerinin dağılımı konusunda 4 yıl ve üzeri nakil bekleyen hastaların, 4 yıl ve altında nakil bekleyen hastaların oranlarından daha düşük olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Karaciğer nakli için bekleyen hastaların beklentilerini ve yaşadıkları güçlükleri belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen veriler sonucunda;

- Karaciğer nakli bekleyen hastaların beklentilerini ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi üzerinde yaş, medeni durum, yaşadıkları yerler, eğitim düzeyi, aile tipinin etkili faktör olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 3.16),
- Çalışmada yer alan erkek hastaların, kadın hastalara göre endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler konusunda yaşadıkları güçlüklerin daha fazla olduğu ($p<0,05$) (Tablo 3.14),
- Medeni durum açısından sosyal etkinlikler anlamında yaşanan güçlüklerde evli olan hastaların, bekar olan hastalara göre oranlarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 3.16),
- Geliri giderinden az olan hastaların aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişme, endişelenme düzeyleri ve sosyal etkinlikler anlamında yaşadıkları güçlükler konusunda gelir düzeyi gideri ile eşit olan hastalara göre oranlarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 3.20),
- Hastaların hastalık tanısı zamanı ile aile, duygusal durum ve düşüncelerin değişmesi ile endişelenme düzeylerinin 9 yıl ve altında olan hastaların oranlarının, 9 yıl üzerinde olan hastaların oranlarına göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 3.21),
- Çalışmada yer alan hastaların nakil bekleme zamanı ile aile, duygusal durum ve düşüncelerinin değişimi konusunda 4 yıl ve altında olan hastaların oranlarının, 4 yıl üzerinde olan hastaların oranlarından daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 3.22) saptanmıştır.

Çalışmada yer alan hastalara uygulanan çalışma sonucunda hastaların;

- Karaciğer nakli bekleme listesine alınmalarından rahatsızlık duydukları, korktukları, ümitsizliğe kapıldıkları, üzüldükleri,
- Karaciğer nakli konusunu tam olarak anlayamadıklarını, buldukları durum ile algılarının tam açık olmadığı,
- Hastalıklarının aile yaşamlarında pek etkisinin olmadığı, buna karşın bazı hastaların aile içerisinde kendilerine karşı tutum ve davranışlarından rahatsız oldukları,
- Psikolojik olarak hastalığın geleceği ve kendilerine getirmiş olduğu kısıtlamalardan dolayı rahatsızlık ve endişenin hakim olduğu,
- Hastalığın ekonomik olarak kendilerini olumsuz etkilediği, hastalıktan kaynaklı maddi problemler yaşadıkları ve arzu ettikleri hayatları yaşayamadıkları,
- Hastaların fiziksel aktivite kısıtlaması yaşamlarından dolayı tam doyum sağlayamadıkları, hastalıklarından dolayı da sosyal ilişkileri kurmakta zorlandıkları,
- Hastaların hemen hemen hepsinin canlı verici bulma konusunda istekli olmasına karşın, canlı vericinin de hayati risk taşıyabilme olasılığından dolayı gerek canlı vericilerinden verici olmaktan kaçındıkları gerekse de kendilerinin bu riskin uygun olmadığı konusunda hem fikir oldukları,
- Sosyal yaşam içerisinde hastalığın getirdiği kısıtlamalardan dolayı sıkıntılar yaşadıkları,

sonucuna varılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların yaşadıkları güçlükleri azaltmaya yönelik organ nakli ekibi ile stratejiler geliştirerek araştırmalar yapılması,
- Karaciğer nakli bekleme listelerinde bulunan hastalara karaciğer nakli, karaciğer nakli bekleme süreci, bekleme süreci sırasında yaşanabilecek güçlükler, bu güçlükleri azaltmaya ilişkin önerilerde bulunulması ve eğitim verilmesi,
- Hepatitlerin bulaş ve korunma yollarının anlatılması, koruyucu hemşirelik yaklaşımlarının ele alınması, bu konuyla ilgili eğitimlerin verilmesi,

- Karaciğer nakli bekleme listesindeki tüm hastalara organ nakli merkezleri tarafından danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Bekleme listesindeki hastaların organ nakli merkezi tarafından rutin kontrollerine gelmesinin sağlanması,
- Organ bağışının ve buna yönelik sosyal sorumluluk projelerinin artırılması,
- Özellikle toplumu organ bağışı konusunda bilinçlendirmek amacıyla eğitimlerin daha fazla düzenlenmesi,

önerilebilir.



KAYNAKLAR

Adam, R., Karam, V., Delvart, V. (2012). Evolution of Indications and Results Of Liver Transplantation In Europe. A Report From The European Liver Transplant Registry (ELTR). *J Hepatol*, 57(3), 675.

Akan, M. (2017). Erişkin Karaciğer Transplantasyonunda Yoğun Bakım Yönetimi, *J Turk Soc Intens Care*, 15, 1-20.

Akdoğan, M., Özçay, N., Doğrucan, N., Kaçar, S., Kayhan, B., Kılıç, ZMY., İniş, M., Yüksel, O. (2008). Karaciğer Transplantasyon Önceliğini Belirlemede Hangi Model Etkin; MELD Skoru? CHILD Skoru?, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 7(2), 73-76.

Akdur, A., Sevmiş, Ş., Karakayalı, H. (2010). Erişkin Karaciğer Naklinde Postoperatif Bakım, *Yoğun Bakım Dergisi*, 9(2), 85-97.

Aksoy, F. (2002). Karaciğerin Histolojisi, *Patoloji Bülteni*, 153-155.

Akyıldız, M. (2014). Akut Karaciğer Yetmezliği, Etiyoloji, Tanı ve Tıbbi Tedavi, Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Ders Notları*, İstanbul.

Alimohammadian, M., Ahmadi, B., Janani, L., Mahjubi, B. (2014). Suffering in silence: a community-based study of fecal incontinence in women. *Int J Colorectal Dis*, 29, 401-406.

Altınmakas E. (2012). Karaciğer Donör Adaylarının Preoperatif Radyolojik Değerlendirmesinde BT Dansitometri İle Hesaplanan Hepatosteatoz Derecesinin Patoloji İle Korelasyonunun Araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.

Altuntaş, T. (2013). Karaciğer Nakli İçin Bekleyen Hasta Ve Hasta Yakınlarının Nakilden Beklentileri ve Yaşadıkları Güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Anadol, N. (2007). Karaciğer Lezyonlarının Benign Malign Ayrımında Pet Benzeri Kontrasta Sahip MR Difüzyon Görüntülerinin Değeri, Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Aras, G. (2006). Karaciğer Transplantasyonunda Hastaların ve Ailelerin Sorunları, Gereksinimleri ve Bakıma Katılım Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Astarcıoğlu, H., Astarcıoğlu, İ. (2006). Fulminan Hepatik Yetmezlikte Karaciğer Nakli, *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2(51), 38-46.

Başak, M., Akan, D. (2015). Karaciğerin ve Safra Yollarının Radyolojik Anatomisi, *Türk Radyoloji Derneği*, 3, 336-348.

Bayhan, B. (2014). Organ Nakli Hastalarında İmmünespresif Tedaviye Uyum Ölçeği'nin (ITUÖ) Türkiye'de Geçerlik Güvenirliği, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Bayram, Y., Türkay, C. (2010). Akut Karaciğer Yetmezliği, *Güncel Gastroenteroloji*, 14(3), 138-144.

Bıçakcıoğlu, M. (2014). Karaciğer Nakli Vericilerinde Farklı Peep Düzeylerinin Karaciğer Fonksiyonlarına Etkisi, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.

Bismuth, H., Chiche, L., Adam, R., Castaing, D., Diamond, T., Dennison, A. (1993). Liver resection versus transplantation for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients, *Annals of Surgery*, 218 (2), 145-151.

Burra, P., Senzolo, M., Adam, R., Delvart, V., Karam, V., Germani, G. (2010). Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR (European Liver Transplant Registry). *Am J Transplant*, 10, 138-148.

Butler, N. (2017). Liver transplantation, *Surgery*, 35 (7), 371-377.

Büyükkaya, D., Fesci, H. (2006). Karaciğer Sirozu ve Hemşirelik, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 111-117.

Clavien, PA., Petrowsky, H., DeOliveira, ML., Graf, R. (2007). Strategies for safer liver surgery and partial liver transplantation, *N Engl J Med*, 356, 1545-1559.

Çetin, Ö. (2007). Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Sonrası Vericinin Ruhsal ve Bedensel Sağlığının Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Çobanoğlu, N. (2012). Tıp araştırmalarında anket uygulanması ve etik, *Meme Sağlığı Dergisi*, 8 (3), 99.

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

Dalgıç, A. (2010). Organ naklinde gelecek arayışları, https://www.tiged.org.t/tiged_sunumlar_2010/17Nisan2010/SALON%20A/13%20Nisan%202010.pdf Erişim tarihi: 02.08.2019

Denver. (2017). Liver transplantation: Procedure at a glance, *AORN Journal*, 17, 30241-30247.

Diniz, G., Tugmen, C., Sert, İ. (2019). Türkiye ve Dünyada Organ Transplantasyonu, *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 29(1), 1-10.

Doğruer, K., Ocak, İ., Koçak, B., Kanmaz, T., Acarlı, K., Kalayoğlu, M. (2007). Karaciğer Transplantasyonunda Yoğun Bakım Yönetimi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(4), 417-425.

Durak, Ö. (2007). Canlı Döner Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Biliyoenterik ve Uç Uca Safra Yolu Anastomozlarının Komplikasyonlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.

EASL. (2016). EASL clinical practice guidelines: liver transplantation, *Clinical Practice Guidelines*, 64, 433-485.

Ergün, O., Sözbilen, M. (2012). Çocuklarda Karaciğer Nakli, *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 26(1), 4-19.

Ergün, Y., Ergün, Y. (2009). Karaciğer Sirozu ve Nitrik Oksit, *Arşiv*, 18, 91-131.

Gazelle, GS., Lee, MJ., Muelle, PR. (1994). Cholangiographic Segmental Anatomy Of The Liver. *Radiographics* 14, 1005-13.

Gören, İ. (2015). Akut Karaciğer Yetersizliği, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, *Ders Notları*, Samsun.

Günay, Y., Güler, N., Akyıldız, M., Dayangaç, M., Yaprak, O., Yüzer, Y., Tokat, Y. (2013). Hepatosellüler Karsinoma Ve Canlı Vericili Karaciğer Nakli; Kanser Nüksü Ve Hasta Sağkalımını Etkileyen Faktörler. Tek Merkez Deneyimi, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(3), 173-179.

Gürcan, Nİ. (2015). Karaciğerin HCC Dışındaki Malign Tümörleri, *Türk Radyoloji Derneği*, 3, 423-436.

Haktanır, A., Değirmenci, B., Acar, M., Yücel, A., Albayrak, R. (2005). Karaciğer Kan Akımının Yaşa Göre Değişiminin Doppler Ultrasonografik Değerlendirilmesi, *The Medical Journal of Kocatepe*, 6, 37-41.

History Of Adult Transplantation: Early History Of Liver Transplantation, <http://www.emedicine.com/med/topic3497.htm>, Erişim Tarihi: 02.04.2019

<https://www.florence.com.tr/kimler-karaciger-nakli-icin-verici-donor-olabilir>
Erişim Tarihi: 09.04.2019

Irmak, H., Yardım, N., Keklik, K., Temel, F. (2018). Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı, TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

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

Kaçmaz, N. (2011). Karaciğer Nakli Yapılan Hasta Ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

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

Karasu, Z., Tokat, Y. (2003). Erişkinden Erişkine Canlı Vericiden Karaciğer Nakli. *Güncel Gastroenteroloji*, 7(3), 204-208.

Kasapoğlu, B., Yalçın, K.S., Türkay, C. (2010). Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu, *Güncel Gastroenteroloji*, 14(2), 96-102.

Kim, W.R., Biggins, S.W., Kremers, W.K., Wiesner, R.H., Kamath, P.S., Benson, J.T., Edwards, E. (2008). Hyponatremia and mortality among patients on the liver-transplant waiting list, *N Engl J Med*, 359, 1018-1026.

Koç, E. (2010). Karaciğer Nakli Vericilerinde Postoperatif Ağrı Kontrolünde Epidural Blok ve Paravertabral Bloğun Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.

Kreşpi, M. R., Tankurt, A., Acarlı, K., Kanmaz, T., Yankol, Y., Kalayoğlu, M. (2017). Beliefs of living donors about recipients' end-stage liver failure and surgery for organ donation, *Transplantation Proceedings*, 49, 1369-1375.

Kutlu, CA. (2010). Pulmoner hipertansiyonda transplantasyon / Transplantation in pulmonary hypertension, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10, 39-41.

Küçükapan A. (2011). Hepatosellüler Karsinomda Kemoterapötik Ajan (Doksorubisin) Yüklü Mikrosferlerle Yapılan Transarteriyel Kemoembolizasyon Tedavisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya.

Lim, SG., Wai, CT., Da Costa, M., Sutedja, DS., Lee, YM., Lee, KH(2006). Referral Patterns and Waiting Times for Liver Transplantation in Singapore. *Singapore Med J*, 47(7), 599-603.

Marchesini, G., Bianchi, G., Amodio, P., Salerno, F., Merli, M., Panella, C. (2001). Factors Associated with Poorhealth-Relatedquality of Life of Patients with Cirrhosis. *Gastroenterology*, 120(1), 170-178.

Martin, P., DiMartini, A., Feng, S., Brown, R., Fallon, M. (2014). Evaluation for liver transplantation in adults: 2013 practice guideline by the american association for the study of liver diseases and the american society of transplantation, *Hepatology*, 59 (3), 1144-1165.

Neil, JA. (2015). Surgery of the liver, biliary tract, pancreas, and spleen. In: Rothrock, JC, McEwen DR, eds. *Alexanders Care of the Patient in Surgery*. 15th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 376-379.

O'Grady, J. (2015). Liver transplantation, *Medicine*, 43 (11), 686-688.

Oral, H. B. (2006). Transplantasyon İmmünolojisi, *Türkiye Klinikleri Journal Surgical Medical Science*, 2 (21), 7-10.

Özdemir, S. (2001). Yaşlılıkta Karaciğer Hastalıkları, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 32(3), 120-127.

Sağır, A. (2008). Canlı Vericili Karaciğer Naklinde Vericinin Preoperatif Radyolojik Değerlendirilmesinde Hesaplanan Karaciğer Atenüasyon İndeksinin Yağlanma Derecesi İle Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.

Sağlık Bakanlığı. (2019). Nakil sayıları, https://organ.saglik.gov.tr/OTR/70Istatistik/ORGAN_010103.aspx, Erişim tarihi:01.09.2019

Samoylova, ML., Covinsky, KE., Haftek, M., Kuo, S., Robert, JP., Lai, JC. (2017). Disability in patients with end-stage liver disease: results from the functional assessment in liver transplantation study, *Liver Transplantation*, 292-298.

Sapmaz, F., Kalkan, İH., Güliter, S. (2013). Karaciğer Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme, *Güncel Gastroenteroloji*, 17(3), 239-246.

Sarı, İ., Altuntaş, F. (2009). Tranfüzyon İlkeleri ve Erken Komplikasyonlar, *Türk Hematoloji Derneği*, 64-77.

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

Sarıgöl, Y. (2008). Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Solak, M. (2012). Hepatik Sistem Fizyolojisi, Keçik Y, Ed. Temel Anestezi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 311-318.

Sonsuz, A. (2002). Karaciğer Sirozunun Etyolojisi ve Patogenezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II. Sempozyum Dizisi. No: 28 Ocak 87-91.

Sonsuz, A. (2007). Karaciğer Sirozunda Hasta Takibi ve Klinik Sorunlar, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 58, 99-112.

Şener, A. (2010). Karaciğer Transplantasyonunda Bıs Kullanılarak Fazlara Göre Anestezik Ajan İhtiyacının Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.

Şentürk, E., Özcan, ÖP., Orhun, G., Pınarbaşı, B., Esen, F., Telci, L., Çakar, N. (2012). Karaciğer Yetersizliğinde Uygulanan Ekstrakorporeal Destek Sistemlerinin Etkileri. *Turk J Anesth Reanim*, 40(5), 269-73.

Tanaka, K., Ogura, Y., Kiuchi, T., Inomata, Y., Uemoto, S., Furukawa, H. (2004). Living donor liver transplantation: Eastern experiences. *HPB (Oxford)*, 6, 88-94.

Tankurt, A., Krespi Boothby, M. R., Acarlı, K., Kalayoğlu, M., Kanmaz, T., Yankol, Y. (2016). Liver transplantation: recipients’ evaluation of life from the perspective of living donors, *Transplantation Proceedings*, 48, 107-110.

Tanyel, FC. (2016). Karaciğer Tümörleri, *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 30(5), 441-451.

Taşkıran, E., Akar, H., Yıldırım, M., Erbaş, O. (2016). Karaciğer Nakli: Endikasyonlar, Kontrendikasyonlar, Rejeksiyon ve Uzun Dönem Takip, *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*, 1(2), 59-66.

Tatlı, F. (2008). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2007 Yılında Yapılan Ardışık Karaciğer Nakli Olgularında Total Hepatektomi Materyalinde İmmun Yanıt Yönünden Stats, II-6, II-10 Çalışması Ve Bunların Prognozla İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Monteiro, E. (2009). Importance of Depression and Active Coping in Liver Transplant Candidates' Quality of Life. *Progress in Transplantation*, 19(1), 85-89.

Topaloğlu, S., Yankol, Y., Küçükkartallar, T., Ocak, İ., Doğruer, K., Koçak, B., Kanmaz, K., Türkmen, A., Acarlı, K., Kalayoğlu, M. (2009). Karaciğer Yetmezliği Tedavisinde Non-Biyolojik Destek Sistemlerinin Yeri. *Derleme*, 14-20.

Torpy, JM., Lynn, C. (2012). Liver transplantation, *JAMA*, 307 (3), 320-323.

Waiting List Patient Characteristics at Year-End. 2012. http://www.srtr.org/annual_reports/2011/901a_wait-time_li.aspx, Erişim tarihi: 26.07.2019

Wiesinger, GF., Quittan, M., Zimmermann, K., Nuhr, M., Wichlas, M., Bodingbauer, M. (2001). Physical Performance and Health-Related Quality of Life in Men on A Liver Transplantation Waiting List. *J Rehabil Med*, 33(6), 260-265.

Yao, FY., Ferrell, L., Bass, NM., Watson, JJ., Bacchetti, P., Venook, A., Ascher, NL., Roberts, JP. (2001). Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Expansion of the tumor size limits does not adversely impact survival 33(6), 1394-1403.

Yaprak O, Yüzer Y, Tokat Y. (2010). Canlı Vericili Karaciğer Transplantasyonunda Cerrahi Teknikler. Polat C, Editör. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi, 1. Baskı. İstanbul. Nobel, 237-44.

<https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor>. Erişim tarihi: 11.03.2019

EKLER

EK A. ANKET FORMU

KARACİĞER NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN NAKİLDEN BEKLENTİLERİNİN VE YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı:

Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Öğretim Görevlisi Doktor Sennur Kula Şahin danışmanlığında Gülhan Cömert tarafından gerçekleştirilecek olan yüksek lisans tez çalışmasında yararlanılacaktır. Anket soruları genel olarak değerlendirileceği için isminiz istenmeyecektir. Anketin amacı siz ve sizin gibi karaciğer nakli için sıra bekleyen hastaların nakilden beklentileri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve size daha kaliteli hemşirelik bakımı sunabilmek için yapılması planlanmıştır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, çalışmaya katılmayı kabul etmezseniz tedavinizde herhangi bir aksama olmayacak ve sonuçlar sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız sorulara içtenlikle cevap veriniz ve bu formu imzalayınız. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Katılımcı (Hasta): Araştırmacı:

Adı, Soyadı: Adı Soyadı:

Adres:

Adres:

Tel. Tel.

İmza

İmza

Görüşme Tanığı / Hasta Yakını:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz:

a) Evli b) Bekar

4. Çocuğunuz var mı?

a) Evet; Sayısı: b) Hayır

5. Eğitim düzeyiniz:

a) Okuryazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

6. Yaşadığınız yer:

a) İl b) İlçe c) Köy

7. Yaşadığınız ev:

a) Müstakil ev b) Apartman c) Diğer

8. Aile tipi
a) Çekirdek b)Geniş c)Yalnız yaşıyor
- 9.Mesleğiniz: .
a)İşsiz b)İşçi emeklisi c)Memur d)Memur emeklisi e)Ev hanımı
10. Çalışma durumunuz:
a) Çalışıyorum b)Çalışmıyorum c) Şu anki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum.
11. Gelir düzeyiniz:
a) Geliri giderinden az b) Geliri gideri ile eşit
12. Sosyal güvenceniz:
a) Var b) Yok
- 13.Bakmakla yükümlü olduğunuz aile fertleri var mı?
a)Var b)Yok
- 14.soruya cevabınız evet ise ;kimlere bakmakla yükümlüsünüz?
a)Eş b)Çocuklar c)Anne-baba d)Diğer
15. Karaciğer yetmezliğine neden olan asıl hastalığınızın adı:
a) Siroz; Tipi.b) Kanser; Tipi.c) Viral hepatit .
d) Metabolik karaciğer hastalığı;.e) Doğumsal metabolizma hastalığı;. f)Alkolik S g) Diğer; Açıklayınız .
16. Hastalık tanısını ne zaman aldınız?
17. Kadavradan karaciğer nakli bekleme listesine ne zaman alındınız?
- 18.Karaciğer bekleme listesine alındığınızda hastalığınız hakkında bilgi verildi mi?
a) Evet b) Hayır
- 19.18.soruya cevabınız evet ise; Kimden bilgi aldınız?
a) Doktordan b)Organ nakil koordinatörü c) Hemşireden d) İnternette e) Medyadan
- 20.Karaciğer nakli konusunda bilgi aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 21.Karaciğer bekleme listesine alındıktan sonra almış olduğunuz bilgiler size faydalı oldu mu?
a)Evet b)Hayır
- 22.Başka bir hastalığınız var mı?
a)Var ; b)Yok
23. Bekleme listesine alınmadan önceki genel fizik sağlığınız ile şu anki genel fizik sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
a)İyi b)Kötü c)Aynı
- 24.Alişkanlıklarınız; Sigara kullanma durumu a)Evet b)Hayır c)Bırakmış
Alkol kullanma durumu a)Evet b)Hayır c)Bırakmış
- 25.Karaciğer nakli yapılması gerektiğini ilk öğrendiğinizde neler hissettiniz?
Bunlardan biraz bahsedebilir misiniz?
26. Nakil olduktan sonra en çok neleri yapmayı istiyorsunuz? Bunları biraz açıklayabilir misiniz?
- 27.Karaciğer nakli sizin için ne ifade ediyor? Karaciğer nakli ile ilgili beklentileriniz nelerdir?

28. Karaciğer nakli sonrası yaşamınızda nelerin değişmesini bekliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Evet	Hayır	Kısmen
Halsizliğimin/yorgunluğumun azalması			
Kendi bireysel gereksinimlerimi karşılayabilme			
Yaşam kalitemin artması			
Sokakta rahat dolaşabilme			
Aileye olan ekonomik yükün azalması			
Hastaneye sürekli gelmeme			
Ağrımın ortadan kalkması			
Gelecekteki belirsizliğin ortadan kalkması			
Ailedeki sorumluluğumu yerine getirebilme			
Değişen dış görüntümün düzelmesi			
Aile bireyelerine yük olmama			
Eski sağlığımyı yeniden kazanabilme			

29. Aşağıda karaciğer nakli için beklerken yaşanan güçlükler verilmiştir. Güçlüklerden sıklıkla yaşadıklarınıza evet, hiç yaşamadıklarınıza da hayır cevabını işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Kısmen
Karındaki asit birikimi nedeniyle nefes alma			
Hastalık nedeniyle diyetine uyma			
Öz bakımını yapma (el yüz yıkama, banyo v.b)			
Kendi kendine yürüme			
Yardım almadan merdiven inip çıkma			
Araç kullanma			
Uyuyabilme			
Ev işlerini yapma			
İlaçlarını kendi kendine alma			
Bakım verme rolünde eksiklik(çocuklar/diğer aile fertleri)			

30. Karaciğer naklini beklerken yaşadıklarınız/ bekleme süreciniz aile ilişkilerinizi etkiledi mi?

a)Evet b) Hayır c)Kısmen

31. Karaciğer naklini beklerken yaşadıklarınız/ bekleme süreciniz duygusal durumunuzu etkiliyor mu?

a)Evet b) Hayır c)Kısmen

32. Hastalığınızdan dolayı insanların size bakışları, sizinle ilgili düşünceleri değişti mi?

a)Evet b) Hayır c)Kısmen

33.Karaciğer naklini beklerken sizi en çok neler endişelendiriyor, bundan biraz bahsedebilir misiniz?

	Evet	Hayır	Kısmen
Dış görüntüdeki değişiklikten rahatsız olma ve dışlanma			
Özgüvende azalma			
Boş vakit ve sosyal aktivitelere katılımında azalma			
Cinsel yaşamda güçlük			
Duygularını kontrol edememe,,sinirlilik			
Korku ve endişelerini paylaşmada güçlük			
Hastalığı ile ilgili sorulan sorulara cevap verememe			
Hastalığından dolayı ailesinin sıkıntıya girdiğini düşünme			
İş-aile düzeninde bozulmalar			
Organ bulunmaması kaygısı, belirsizlik, endişe			
Hastalığının ilerlemesi nedeniyle terk edilme korkusu			

34.Karaciğer naklini beklerken yaşadıklarınız/ bekleme süreciniz ekonomik durumunuzu etkiliyor mu? Bundan biraz bahsedebilir misiniz?

35.Karaciğer naklini beklerken yaşadıklarınız/ bekleme süreciniz sosyal etkinlikler anlamında yaşamınızı nasıl etkiliyor?(sinema, akraba, eş ziyaretleri)

	Evet	Hayır	Kısmen
Dış görünüşteki değişiklik nedeniyle iletişim kurmada güçlük			
Aile, eş, dost arkadaş ilişkilerinde güçlük yaşama			
Hastalığı nedeniyle çevreden destek alamama			
Başkalarının yardımı nedeniyle kendini bunalmış hissetme			
Aile içindeki sorumlulukları yerine getirememe			
Aile içinde kendini yetersiz ve değersiz hissetme			
Dış görünüşteki değişiklik nedeniyle sosyal ilişkilerde azalma			
Hastalık nedeniyle iş hayatında değişiklik			
Hastalık nedeniyle ekonomik güçlüğü yaşamması			



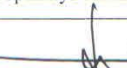
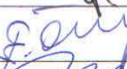


EK B. ETİK KURUL İZİN FORMU

Op. Dr. Kula

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
82	2 Kasım 2018

KARAR NO 13- Kurulumuzun 05.10.2018 tarihli ve 81 sayılı toplantısında alınan 58 numaralı karara konu olan, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Sennur Kula Şahin yönetiminde, Doktor Öğretim Üyesi Ahmet Gökhan Sarıtaş'ın katkılarıyla, Gülhan Cömert tarafından yürütülmesi öngörülen, "Karaciğer Nakli İçin Bekleyen Hasta ve Hasta Yakınlarının Nakilden Beklentileri ve Yaşadıkları Güçlükler" başlığının protokol değişikliğine gidilerek "Karaciğer Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Nakilden Beklentilerinin ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi" olarak değiştirilen yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK C. ANKET İZİN FORMU

Gönderen: gülhan cömert <gulhan_comert@hotmail.com>

Gönderildi: 9 Kasım 2018 Cuma 10:39

Kime: Tuğba Altuntaş Yıldız

Konu: Ynt: Tez çalışmasında kullanmak için anket izni

Hocam,teşekkür ederim araştırmanızı kaynak olarak göstereceğim.

Gönderen: Tuğba Altuntaş Yıldız <altuntas.tugba@hotmail.com>

Gönderildi: 7 Kasım 2018 Çarşamba 13:58

Kime: gülhan cömert

Konu: Ynt: Tez çalışmasında kullanmak için anket izni

Sayın Gülhan CÖMERT,

Araştırmamızı kaynak göstermeniz koşuluyla tezimde yer alan anket sorularından yararlanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Blm.Uzm.Tuğba ALTUNTAŞ YILDIZ

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Gönderen: gülhan cömert <gulhan_comert@hotmail.com>

Gönderildi: 26 Ekim 2018 Cuma 12:56

Kime: altuntas.tugba@hotmail.com

Konu: Tez çalışmasında kullanmak için anket izni

EK D. ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Gülhan CÖMERT

Doğum Tarihi: 05.03.1976

Görevi: Hemşire

Çalıştığı Kurum: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi

Bölümü: Organ Nakli Koordinatörlüğü

Telefon: 0544 610 63 29

E-Mail: gulhan_comert@hotmail.com

EĞİTİM

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Önlisans	Hemşirelik	Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık MYO	1998
Lisans	Hemşirelik	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2012
Yüksek Lisans	Hemşirelik	İstinye Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı

DENEYİM

Görev	Dönemi	Unvan	Bölüm	Kurum
Hemşire	1998-2000	Hemşire	Genel Cerrahi Servisi	Özel Universal Hastanesi
Hemşire	2000-2011	Hemşire	Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi
Hemşire	2011-2013	Hemşire Hizm. Müd. Yard.	Hemşire Hizmetleri Müdürlüğü	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi
Hemşire	2013-2016	Servis Sorum. Hemşire	Genel Cerrahi Servisi	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi
Koordinatör Hemşire	2016 - ...	Organ nakli koordinatörü	Organ nakli koordinatörlüğü	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi

SERTİFİKALAR

2011 Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası

2012 SANERC Eğitici Eğitimi Sertifikası

2018 Organ Nakli Koordinatörlüğü Sertifikası