



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

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU ÖNCESİ
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ve KAYGI
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

HÜSEYİN GÜNEŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

SİVAS-2017

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

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU ÖNCESİ
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ve KAYGI DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ**

HÜSEYİN GÜNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meryem YILMAZ**

SİVAS-2017

ONAY SAYFASI

“Karaciğer transplantasyonu öncesi hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyinin belirlenmesi”adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Doç. Dr. Meryem YILMAZ

Üye Yrd. Doç. Dr.

Üye Yrd. Doç. Dr.

ONAY

Bu tez çalışması, 11.07.2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ZÜBEYDE AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek lisans eğitimin süresince ve bu çalışmanın her aşamasında değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan, desteğini esirgemeyen hocam ve danışmanım, Sayın Doç. Dr. Meryem YILMAZ ' a, büyük özverilerde bulunarak sabır ve anlayış gösteren değerli eşime, tezimin veri toplama aşamasında bana destek sağlayan İnönü Üniversitesi Araştırma Hastanesi ameliyathane hemşiresi Sayın Ayla GÜNDOĞDU ve araştırmaya gönüllü katılan tüm hastalarımın teşekkürlerimi sunarım.

Hüseyin GÜNEŞ

ÖZET

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU ÖNCESİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ve KAYGI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Hüseyin GÜNEŞ

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman:Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2017, 79 sayfa

Bu çalışma, karaciğer transplantasyonuöncesi hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerininbelirlenmesi amacı ile Malatya Turgut Özal Tıp Merkezindeyapıldı.Bu tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Veriler Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Anket Formu ile toplandı.

Bu çalışmaya 80 hasta katıldı. Çalışmaya katılan ve MELD skoru 19.0 ± 6.22 olan hastaların yaş ortalaması 47.88 ± 12.54 idi. Hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 116.34 ± 19.6 , durumluk kaygı toplam puan ortalaması 56.77 ± 13.93 , sürekli kaygı toplam puan ortalaması 45.64 ± 10.64 olarak belirlendi. Çalışmada 20-45 yaş grubu, bekar, eğitim düzeyi yüksek, çalışan, memur, erkek hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksekti. Bekar, 20-45 yaş grubu, memur ve kadınların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek; eğitim düzeyi düşük, çalışan hastaların durumluk, eğitim düzeyi yüksek ve çalışmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları yüksekti. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanı ve yaşam kalitesi ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanı arasında negatif yönde ileri düzeyde ilişki belirlendi ($p=0.000$).

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara görekaraciğer transplantasyonu yapılacak hastaların yaşam kalitesinin düşük, sürekli ve durumluk kaygı puanlarının yüksek ve kaygı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde ve yaşam kalitesi boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler:Karaciğer Transplantasyonu, Yaşam Kalitesi, Kaygı, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINATION OF ANXIETY AND LIFE QUALITY LEVELS OF PRE-LIVER TRANSPLANTATION

Hüseyin GÜNEŞ

Master Thesis

Surgical Diseases Nursing Department

Adviser: Associate Professor Meryem YILMAZ

2017, 79 pages

This study was conducted to determine the quality of life and anxiety status of patients before liver transplantation at Malatya Turgut Özal Medical Center.

This is descriptive type a study. The data was collected through the questionnaire form, the Rolls Royce Quality of Life Scale, State and Trait Anxiety Inventory.

This study participated 80 patients. The patients who participated in this study, the MELD score was 19.0 ± 6.22 , the mean age of the patients was 47.88 ± 12.54 . The total quality of life scores of the patients were 116.34 ± 19.6 , the mean state anxiety score was 56.77 ± 13.93 , and the mean total trait anxiety score was 45.64 ± 10.64 . In the study, 20-45 age group, single, educated, working, civil servant, male patients the quality of life scores were higher than the average. Single, 20-45 age group, civil servants and women, state and trait anxiety points are high, The low level of education and of working patients' state anxiety was high, the high level of education of non-working patients' trait anxiety scores were higher. The quality of life of the patients, the physiological symptoms and activity sub-dimension were low, sleep and general well-being, perception function, appetite and medical effect, sexuality function and social relation and work performance were found to be more than the middle level. The state and trait anxiety levels of the patients and the quality of life and anxiety points were found to be higher than the median level. In the study, it was determined that there was a negative advanced level of relationship between patients' continuity and state anxiety and between quality of life and trait anxiety and state anxiety ($p=0.000$).

According to findings obtained from this study, it was determined that patients who are to be treated by liver transplantation are considered to have a trait and state anxiety score above the middle level and there was in the negative direction between anxiety and quality of life, and that between all dimensions of quality of life are correlated in the positive direction.

Key words: Liver Transplantation, Quality of Life, Anxiety, Nursing



İÇİNDEKİLER	Sayfa No
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	xi
SİMGELER/KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.KT Tarihçe.....	4
2.2. Karaciğer Anatomisi.....	4
2.3. Karaciğer Fonksiyonları.....	5
2.3.1. Glikoz Metabolizma.....	5
2.3.2. Protein Metabolizması.....	5
2.3.3.Amonyak Dönüştürülmesi.....	6
2.3.4. Yağ Metabolizması.....	6
2.3.5. Kan pıhtılaşması.....	6
2.3.6. Vitamin ve Minerallerin Depo Edilmesi.....	6
2.3.7. İlaç Metabolizması.....	6
2.3.8. Safra Oluşumu.....	7
2.3.9.Bilirubin Metabolizması.....	7
2.4.Karaciğer Yetmezliği.....	8
2.5.Karaciğer Transplantasyonu(KT).....	8
2.5.1. KT Donör Seçimi.....	10
2.5.1.1. Canlı Donör.....	10

2.5.1.2.Kadavra Donör.....	10
2.5.2.Organ Saklama Koşulları.....	11
2.5.3.KT Endikasyonları.....	11
2.5.4. KT Kontrendikasyonları.....	12
2.5.5. KT Komplikasyonları.....	13
2.5.5.1.Kanama.....	13
2.5.5.2. Rejeksiyon.....	14
2.5.5.3.İnfeksiyon.....	14
2.5.6. KT Bekleme Listesi.....	14
2.5.7. Yasal Hazırlık.....	16
2.5.8. KT Cerrahisi.....	16
2.5.9. KT Sonrası Bakım.....	17
2.5.10. KT Sonrası Hasta Eğitimi.....	18
1.Tedavinin Sürdürülmesi.....	18
2.Diyet Düzenlemesi.....	18
3.Enfeksiyon belirtileri.....	18
4.Reddetme (Rejeksiyon)Belirtileri.....	18
5.Aktivite ve Egzersizler.....	18
2.6. Yaşam Kalitesi ve Anksiyete	19
2.6.1.Yaşam Kalitesi.....	19
2.6.2.Kaygı.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni.....	22
3.4.Araştırmanın Örneklemi.....	22
3.5.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	23
3.6.Veriler Toplama Araçları.....	23
3.6.1.Hasta Bilgi Formu.....	23
3.6.2. Rolls-Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	23
3.6.3 Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri.....	24
3.7 Verilerin Toplaması.....	24

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	42
6.1. Sonuçlar.....	42
6.2. Öneriler.....	45
7. KAYNAKLAR.....	46
8. EKLER.....	57
EK1. Anket Formu.....	57
EK 2. Durumluk Kaygı Ölçeği.....	58
EK 3. Süreklilik Kaygı Ölçeği.....	59
EK 4.Rolls Royce Yaşam Kalitesi Skalası.....	60
EK 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	62
9.İZİNLER.....	64
EK 6.Etik Kurulu Karar Formu.....	64
EK7.TÖTM Anket Çalışması İzin Kararı.....	65
EK8. Hastane Çalışma İzni	66
10. ÖZGEÇMİŞ.....	67

TABLolar DİZİNİ	Sayfa No
Tablo 1: Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları.....	12
Tablo 2: Karaciğer Transplantasyonu	13
Tablo 3: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4: Hastaların Toplam Kaygı ve Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	27
Tablo 5: Hastaların Yaşına Göre Ameliyat Öncesi Süreklilik ve Durumluluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 6: Hastaların Medeni Durumuna Göre Ameliyat Öncesi Süreklilik ve Durumluluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	29
Tablo 7: Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ameliyat Öncesi Süreklilik ve Durumluluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	30
Tablo 8: Hastaların Çalışma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi Süreklilik ve Durumluluk Kaygı ile Roll Royce Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 9: Hastaların Meslek Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi Süreklilik ve Durumluluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	32
Tablo 10: Hastaların Cinsiyetine Göre Ameliyat Öncesi Süreklilik ve Durumluluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 11: Hastaların Ameliyat Öncesi Toplam Kaygı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	35

SİMGELER/KISALTMALAR DİZİNİ

KT	Karaciğer Transplantasyonu
HCC	Hepatosellüler karsinoma
FKY	Fulminan Karaciğer Yetmezliği
OLT	Ortotopik karaciğer transplantasyonu
MELD	Model End-Stage for Liver Disease; Hastalık Şiddeti Belirleme Modeli
HLA	Human Leucocyte Antigen
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
HIV	Human Immunodeficiency Virus; İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
PELD	Pediatric End-Stage Liver Disease
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CT	Bilgisayarlı Tomografi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Organ transplantasyonu, insan bedeninde yetmezliğe girmiş ya da hasarlı organın çıkarılarak yerine yeni organın yerleştirildiği cerrahi girişimdir (Özşaker, 2014). Günümüzde Dünyada (Duffy ve ark., 2010)ve Türkiye’de birçok transplantasyon merkezi tarafından karaciğer transplantasyonu(KT) ile ilişkili uzun dönem memnun edici sonuçlar rapor edilmiştir. İlk KT’nin yapıldığı 1960’lı yıllardan sonra 1980’li yıllarda siklosporin gibi immünsüpresifler ve cerrahi tekniklerin gelişmesi, donör ve alıcının seçimi ve transplantasyon zamanının belirlenmesindeki gelişmeler sonucunda transplantasyon sonrası yaşam süreleri ilk yıllarda %30’larda iken, günümüzde %80’ler düzeyine ulaşmış ve bu nedenle günümüzde son dönem karaciğer hastalıklarının halen tek uygun tedavisi olarak kabul edilmiştir(Lim ve Kim, 2008).

KT son evre karaciğer yetmezliği tedavisinde hastalara daha iyi yaşam kalitesi ve daha uzun bir yaşam sağlayan yaşam kurtarıcı başarılı bir cerrahi girişimdir (Chen ve ark., 2012; Adam ve Hoti, 2009). Çalışmacılar tarafından KT’nin hastaların fonksiyonel kapasiteleri ve yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Dan ve Younossi., 2006;Pieber ve ark., 2006; Tome ve ark., 2008). Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından amaç, beklenti, standartlar ve bağlantılarına ilişkin ve yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde yaşamda aldıkları pozisyon ve bireysel algılama şeklinde tanımlanmaktadır (Durmaz Akyol, 2016). Akut ve kronik ileri karaciğer yetmezliği hastaların fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal zorluklar yaşamasına neden olur. Bu nedenle son dönem karaciğer yetmezliğinde hastaların yaşam kalitesi oldukça kötüdür. Karaciğer yetmezliğindeki hastaların en fazla kronik ensefalopati, ascit, kötü beslenme ve yorgunluk gibi majör komplikasyonlar nedeni ile emosyonel ve fiziksel fonksiyonlarında önemli derecede azalma meydana gelmektedir (Banihashemi ve ark., 2015). Fiziksel fonksiyonlarında meydana gelen bozulma, sosyal ve psikolojik alanda da bozulma için sinerjik etki gösterebilir. Bu bağlamda KT aday hastalarda ameliyat öncesi, uyum bozuklukları, majör depresyon, kaygı bozukluklarının oldukça yaygın görüldüğü ve yaşam kalitesinin düşük olduğu belirtilmektedir.

Organ transplantasyonu hastalara daha iyi yaşam kalitesi ve daha uzun bir yaşam sunmasına rağmen bazı olgularda kaygı, depresyon, seksüel hastalıklar, donör hakkında fantaziler ya da beden imajı ile ilişkili memnuniyetsizlik gibi psikolojik

komplasyonların oluşabildiği vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra transplantasyon gerektiren aday sayısının artması ve az sayıda vericinin olması hastaların transplantasyon için bekleme süresini arttırmakta ve hastaların KT için beklemesi bir stress kaynağı olarak kaygı, ajitasyon, korku, kızgınlık, çaresizlik ve zaman zaman umutsuzluk duygularına yol açabilmektedir (Özşaker, 2014). Sonuç olarak hastanın yaşadığı fiziksel ve nörokognitif semptomların yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinden dolayı kaygı düzeyini de artırdığı bildirilmektedir (Gutteling ve ark., 2007; Telles ve ark., 2009).

Kaygının genellikle gelecekle ilgili insanı üzen ve sıkı bir bekleme durumunda ortaya çıktığı bildirilmektedir (Öncül, 2000). Çalışmacılar tarafından KT adaylarının kaygı düzeyinin önemli derecede yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Goetzman ve ark., 2006). Konu ile ilgili literatürde bu kaygının fiziksel, mental ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra transplantasyon öncesinde organ bulunamaması, bağışın kesin olmaması ve transplantasyonun iyileşmeyi sağlamayabileceğinin bilinmesi, gelecek endişesi ve korku, rahatlık, bağımsızlık, otonomi ve mahremiyetin kaybı, arkadaş ve iş çevresi ile ilgili ilişkilerde zorlanma gibi genel belirsizlikler bireylerde kaygı yaşanmasına yol açmaktadır. Transplantasyon ameliyatlarında başarı düzeyinin artması ile birlikte bu ameliyatı bekleyen hastaların sayısı da artmıştır. Bu durum karaciğer donör talebini de arttırmıştır. Ancak talebin karşılanamaması sonucu karaciğer yetmezliğinin son aşamasındaki hastaların büyük bir kısmının bir donör organı beklerken ölmesi hastaların ölüm korkusu yaşamasına neden olmaktadır. Organ transplantasyonu öncesi dönemde hastaların; majör depresyon, kaygı, aile rollerinde değişim, başkasının organını alma ile ilişkili suçluluk duygusu gibi psikolojik problemler görüldüğü, ayrıca cerrahi girişime, ameliyatın başarısına, nakledilen organın uyum sağlayıp sağlayamayacağına ilişkin kaygılar yaşamaktadır (Özşaker, 2014). Çalışmacılar tarafından tüm bunların ileri karaciğer yetmezliği olan hastalarda kognitif ve emosyonel iyiliğın göstergesi olan mental sağlık problemlerinin sık görülmesine neden olduğu ve karaciğer yetmezliği gelişen hastalarda mental sağlığın, farklı kronik hastalığı olan bireylere göre hepatik ensefelopatinin gelişiminden dolayı daha kötü olduğu, ayrıca hepatik ensefelopati ve ascitin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği rapor edilmektedir (Saab ve ark., 2005).

Kaygı ve yaşam kalitesine ilişkin bu problemlerin sosyal destek, hastalık ve hastanede bulunma uzunluğu, transplantasyon öncesi ve sonrası beklentiler, baş etme

stratejileri, hastalıklarının süresi, transplantasyon nedeni ve implante edilecek organın orjinine bağlı olarak değişiklik gösterdiği vurgulanmaktadır (Pérez ve ark., 2005).

Bilindiği gibi günümüzde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sağlığın fiziksel, psikolojik ve emosyonel iyilik boyutlarının kapsamlı bir sonuç ölçümü olarak kabul edilmektedir. Akut ya da kronik karaciğer yetmezliği nedeni ile transplantasyon yapılacak hasta uzun yıllar karaciğer yetmezliğinin getirdiği yukarıda belirtilen sorunlar nedeni ile acı çeker ve şiddetli komplikasyonlar nedeni ile yaşam kalitesi bozulur. Günümüzde sağlık hizmetinin en önemli hedeflerinden birisi hastalığın tedavisinin yanı sıra hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu bağlamda bu hastalara yaşam kalitesini azaltan, kronik hastalığın güçten düşüren doğasına uyum sağlaması, asla transplantasyon yapılmama gerçekliği, uzun bekleme zamanı için hazır olması, korku, distres ve yetersizliklerin üstesinden gelebilecek yardım ve bakım verilerek ameliyat öncesi yaşanan yüksek kaygının getireceği ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi gerekmektedir.

Transplantasyon sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi üzerine yurtdışında ve yurt içinde birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak, KT öncesi kaygı ve yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili bilginin yeterli olmadığı belirtilmektedir (Dobbels ve ark., 2007). Bu çalışma KT yapılacak hastaların kaygı ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacı ile yapıldı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, KT öncesi hastaların yaşam kalitesi ve kaygı durumlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın soruları

1. KT yapılmasını bekleyen hastaların yaşam kalitesi düşük müdür?
2. KT yapılmasını bekleyen hastaların sürekli ve durumluk kaygısı yüksek midir?
3. KT yapılmasını bekleyen hastaların sürekli ve durumluk kaygısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğer Transplantasyonunun Tarihçesi

Dünyada ilk kez Thomas Starzl tarafından 1 Mart 1963 yılında gerçekleştirilen karaciğer transplantasyonu (KT) 1980'li yıllarda büyük bir gelişme göstererek bugün son dönem karaciğer yetmezliğinin tek tedavi seçeneği haline gelmiştir.

1990'lı yıllarda değişik ülkelerde pek çok yeni KT merkezi açılmış ve gerçekleştirilen ameliyat sayısında hızlı bir artış olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1994 yılında 3500 KT yapılmıştır (Gökçe, 2003).

Canlı donörden transplantasyon ilk kez Brezilya'da 1988 yılında denenmiş ancak alıcı kaybedilmiştir (Raia ve ark., 1989). Bu başarısızlıktan sonra çalışmalar hızla devam etmiş ve ilk başarılı KT 1990 yılında Avustralya'da Strong ve arkadaşları tarafından yetişkinden çocuğa yapıldığı bildirilmektedir (Kasapoğlu ve ark., 2010). Türkiye'de ilk KT 1989 yılında Mehmet Haberal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Günümüzde Türkiye'de 23 merkezde KT yapılmaktadır (Abbasoğlu, 2012). İsviçre'de Jean-François Borell adlı eczacının "Cyclosporin" denen doku reddini önleyen ilacı bulması ve bu ilacın 1982 yılında dünya çapında kullanıma girmesi ile bugün artık organ transplantasyonu yaygın ve rutin bir tıbbi girişim olmuştur (Parlak, 2009).

2.2. Karaciğer Anatomisi

Karaciğer karın boşluğunun sağ üst kısmında; epigastrik bölge yerleşimli 1200-1500 gr ağırlığı ile bedendeki en büyük organdır. Oldukça yumuşak ve esnek bir yapıya sahip olan karaciğer diyafragma altında karın boşluğunun sağ üst bölümünü tama yakın alacak şekilde doldurur. Karaciğerin büyük bölümü kostalar, kostal kıkırdaklar ve diyafragma altındayerleşmiştir. Diyafragma karaciğeri plevra, akciğer, perikard ve diğer intratorasik organlardan ayırır. Karaciğerin konveks olan üst yüzeyi diyafragma kubbesinin şekline göre biçimlenirken posteroinferior (visseral) yüzeyi ise nispeten daha düzensiz konturludur ve bu bölgede bulunan komşu organların şekline göre biçim almıştır (Yılmaz, 2003). Karaciğerin %15 i stroma hücreleri, geri kalanı ise hepatositler tarafından oluşturulur. Stroma hücreleri arasında en önde gelenler kandaki monositlerden kaynaklanan kupffer hücreleridir. Kupffer hücreleri, yaşlanmış ve yıpranmış eritrositleri, bakterileri, virüsleri, antijen-antikor komplekslerini ve endotoksinleri fagosite eder ve ayrıca çok sayıda inflamatuvar mediyatör salgılayabilir. Bununla birlikte karaciğer

cerrahisindeki ilerlemeler, hepatic kan damarlarının dağılımına dayanan sağ ve sol karaciğer olarak ayırımın çok daha yararlı olduğunu göstermiştir. Sağ ve sol karaciğer bölümleri ise hepatic ve portal damarların dağılımına dayanılarak toplam 8 parçaya bölünmüştür. Her parça lobulus diye bilinen küçük üniteleden oluşur. Bununla birlikte hepatic lübul fonksiyonel bir özelliğe sahip değildir. Karaciğerin fonksiyonel ünitesi anatomik olarak hepatic lübulün hemen tersi olan hepatic asünustur. Kan, portal ven ve hepatic arterin terminal dalları aracılığıyla hepatic asünusa akar. Buna karşılık safra akışı aksi yöndedir, biliyer kanallardan terminal safra kanallarına ve sonunda portal alanlardaki inter lübler safra kanallarına doğrudur (Dener, 2005).

2.3. Karaciğer Fonksiyonları

2.3.1. Glikoz Metabolizması

Karaciğer glikoz metabolizmasında rol oynar. Kan ile gelen glikozu glikojene dönüştürür ve depolar. Glikoneogenezisi gerçekleştirir, bu süreç için protein parçalanması ile açığa çıkan aminoasitleri ve egzersiz sonunda kaslarda oluşan laktatı kullanır (Biol ve ark. 2005).

2.3.2. Protein Metabolizması

Enerji kaynağı olarak glikojen depolarının yetersizliği ve glikozun etkin olarak kullanılmaması, karaciğer hastalarında protein ve yağların alternatif enerji kaynakları olarak kısa sürede devreye girmesine yol açar. Bu ciddi karaciğer hastalığında iskelet kaslarında atrofiye yol açar.

Sağlıklı kişilerde, barsaklardan emilen aminoasitler portal ven yolu ile karaciğere gelir ve protein sentezinde kullanılır. Karaciğer, plazma protein sentezinin %10' undan sorumludur. Esansiyel olmayan aminoasitler karaciğerde ve iskelet kasında metabolize edilir. Esansiyel aminoasitlerden aromatik olan yedisi (AAA) yalnızca karaciğerde metabolize edilirken, dallı zincirli olan üçü (DZA) iskelet kasında metabolize edildikten sonra karaciğerden değişikliğe uğramadan geçer ve insülinin etkisi ile periferik dokulara alınır. Karaciğer hastalarında AAA metabolize edilememesi, ayrıca yüksek insülin düzeyleri nedeni ile DZA periferik alımının artması, dolaşımında AAA'lerin artmasına, DZA'in ise azalmasına neden olarak AAA/DZA oranının da dengesizlik oluşur.

Sağlıklı bireylerde protein metabolizmasının atık ürünü azot, karaciğerde üre siklusüne girerek zehirsizleştirilir. Karaciğer hastalıklarında ise, protein yıkımının artması ile

birlikte zehirsizleştirme işlevinin de bozulması amonyak düzeylerinin artmasına yol açar. Vasküler endotelde sentezlenen faktör VIII dışında kalan protein yapısındaki tüm pıhtılaşma faktörleri karaciğerde yapılmaktadır. Akut ya da kronik karaciğer hastalıklarında hastalığın ağırlığı ile orantılı olarak pıhtılaşma faktörlerinin sentezi bozulur. Karaciğer hastalığının ağırlığını gösteren en erken bulgu, intravenöz yoldan K vitamini uygulaması ile düzelmeyen pıhtılaşma bozukluklarıdır (Durmaz Süoğlu, 2007).

2.3.3. Amonyak Dönüştürme

Glukoneogenesis için proteinlerden amino asit kullanımı sonucu yan ürün olarak amonyak ortaya çıkar. Karaciğer metabolik olaylar sonucu oluşan amonyağı üreye dönüştürür. Barsaklarda bakteriler tarafından üretilen amonyak da kan yolu ile üre sentezi için karaciğere gelir. Karaciğer potansiyel olarak toksin olan amonyağı idrarla atılabilen üreye dönüştürür (Eti Aslan ve ark.2011).

2.3.4. Yağ Metabolizması

İnce barsaklardan emilen trigliseritler karaciğerde metabolize olur. Metabolize olan ürünler, enerji için kullanılır ya da bu ürünlerden diğer lipitler sentez edilir. Karaciğer aynı zamanda protein ve karbonhidratlardan da yağ sentez eder (Erdil ve ark.2001).

2.3.5. Kan Pıhtılaşması

Karaciğer, pıhtılaşma faktörleri fibrinojen, protrombin, akseleratör globülin, faktör VII ve diğer birçok önemli koagülasyon faktörlerinin yapımından sorumludur. Karaciğerde protrombin, faktör VII, IX ve X'un oluşumundaki metabolik olaylar K vitamini gerektirir. K vitamini yokluğunda bu maddelerin konsantrasyonu çok düştüğünden pıhtılaşma ile ilgili sorunlar ortaya çıkar (Doğanay, 2014).

2.3.6. Vitamin ve Minerallerin Depo Edilmesi

Yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K) ve B12 vitaminleri karaciğerde depo edilir. Bakır ve demir de karaciğerde depo edilir (Erdil ve ark. 2001)

2.3.7. İlaç Metabolizması

Birçok ilaç karaciğerde metabolize olur. Örneğin, barbitüratlar, opioidler, sedatifler ve amfetamin karaciğerde metabolize olur. Bazı ilaçlar bir maddeye bağlanarak (glukuronik asit asetik asit) daha kolay çözülebilir hale gelir. Bu tür maddeler idrar ya da feçes ile bedenden uzaklaştırılır. Oral yol ile bir ilaç alındığında, bu ilaç önce karaciğerde

metabolize olur sonra genel sirkülasyona verilir. Bu özelliği nedeni ile karaciğer yetmezliği olanlar ve yaşlılarda ilaç kullanımını çok titizlikle uygulanmalıdır. Aksi taktirde entoksikasyon görülebilir (Biol ve ark. 2005).

2.3.8. Safra Oluşumu

Karaciğerden günlük 600-1200 ml safra salgılanır. Safra bir sindirim salgısı olmasının yanı sıra aynı zamanda metabolik son ürünlerin atıldığı bir sıvıdır. Safra içinde safra tuzları, safra pigmentleri (bilirubin, biliverdin), kolesterol, fosfolipid (lesitin) ve plazma elektrolitleri yer alır. Hepatositler tarafından yapılan safra salgısı küçük safra kanaliküllerine salgılanır. İnterlobuler septumda terminal safra kanallarına dökülür. Giderek daha büyük kanallara akan safra hepatik kanala ve ortak safra kanalına ulaşır. Safra kanalı boyunca epitel hücreleri tarafından salgılanan sulu bir salgı safraya eklenir. Sekretin ile uyarılan ve safra miktarını %100'e kadar artırabilen bu salgı bikarbonat ve sodyum iyonları içerir ve mideden gelen asidi nötralize etmede rol oynar (Üçok ve ark., 2010).

2.3.9. Bilirubin Metabolizması

Bilirubin hemoglobin yıkımının son ürünüdür ve toksik bir maddedir. Bu maddenin safra ile atılması karaciğerin en önemli işlevlerinden birisidir. Alyuvarlar 120 gün sonra parçalanır. Alyuvar içinde bulunan hemoglobin Hem ve globüline ayrılır. Hem halkası açılarak serbest demir açığa çıkar. Serbest demir transferin ile taşınır, dört pirol halkası safra pigmentlerini oluşturur, bunlardan biliverdin bilirubine indirgenir. Bilirubin karaciğerde glukuronil transferaz enzimi ile katalize edilerek glukuronik asite bağlanır (konjuge bilirubin) ve safra ile sindirim sistemine boşaltılır. Safra tuzlarının yaklaşık %94 kadarı ileumun distalinden aktif transport ile reabsorbe olur. Portal sistemden karaciğer tekrar tekrar dönen safra tuzlarının az bir kısmı feçes ile atılır. Safra tuzlarının karaciğer ve sindirim sistemi arasındaki bu dolaşımına enterohematik dolaşım denir. Barsaklara geçen bilirubinün yaklaşık yarısı barsak bakterileri tarafından ürobilinojene çevrilir, ürobilinojenin bir kısmı barsaklardan kana absorbe olur ve büyük bir kısmı karaciğerden tekrar barsağa atılır. Sterkobilin gaitaya rengini verir ve feçes ile atılır, ürobilin de idrar ile atılarak bilirubin metabolizması tamamlanır (Biol ve ark. 2005)

2.4. Karaciğer Yetmezliği

Fulminan karaciğer yetersizliği (FKY), önceden herhangi bir karaciğer hastalığı bulunmaksızın karaciğer fonksiyonlarının aniden ve ciddi bir şekilde bozulması ile karakterize, sıklıkla ensefalopatinin eşlik ettiği, potansiyel olarak geri dönüşümlü olabilen, ancak mortalitesi oldukça yüksek bir klinik sendromdur. FKY için önceden bir karaciğer hastalığının olmaması şartının yanı sıra Wilson hastalığı, otoimmün hepatit ya da HBsAg pozitif bir hastada gelişen delta süper enfeksiyonunun sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Özdemir ve ark., 2003).

Akut karaciğer yetmezliğinin en önemli bulgusu, hepatik ensefalopatidir. Hepatik ensefalopatiden kan amonyak düzeyinin artışı sorumlu tutulurken, kan amonyak düzeyi hastalığın prognozu veya komanın derinliği ile paralellik göstermemektedir. Hipotansiyon, karaciğer yetmezliğinin tipik bir özelliğidir. Akut karaciğer yetmezliğinde doku düzeyinde hipoksi ve laktik asidoz gelişir. Atelektazi, aspirasyon pnömonisi, solunum depresyonu, pulmoner ödem ve erişkinin sıkıntılı solunum sendromu gibi pulmoner komplikasyonlar görülebilir. Akut karaciğer yetmezliği sırasında sepsis gelişirse, bu durum, kanama, hipotansiyon ve akut tübüler nekroz gelişmesini de kolaylaştırmakta ve böbrek yetmezliği görülebilmektedir. Erken dönemdeki bulantı, kusma ve halsizlik gibi özgül olmayan klinik belirtileri izleyerek, sarılık, koagülasyon bozukluğu, ensefalopati, beyin ödemi, enfeksiyonlar, gastrointestinal kanama, renal, pulmoner ve kardiyovasküler yetmezlik bulguları ve metabolik komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Aydın ve ark., 2013).

2.5. Karaciğer Transplantasyonu

Karaciğer transplantasyonu (KT) son dönem karaciğer hastalıklarının tedavisinde en önemli seçenektir (Yaprak ve ark., 2008). Transplantasyon, en genel anlamda doku ya da organların aktarılması işlemi olarak tanımlanabilir. Alınan doku ya da organ aynı organizmaya ya da aynı kişiye aktarılabilirdiği gibi aynı türden başka bir organizmaya ya da kişiye de nakledilebilir. Bu aktarım işlemi farklı türden canlılar arasında da gerçekleştirilebilir (Kalaycı, 2002). Son 10 yılda endikasyon yönünden büyük ilerlemeler olmuş ve KT hepatosellüler karsinoma (HCC), nöroendokrin tümörler, Budd-Chiari hastalığı, alveoler hidatik kist gibi birçok hastalığın tedavisinde yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle kadavradan organ temini açısından güçlük çeken Kore, Japonya gibi uzak doğu ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de canlı verici yöntem

ile KT kadavraya oranla daha sık uygulanmaktadır (Yaprak ve ark., 2011). Ortotopik KT, alıcının hasarlı karaciğerinin çıkarılmasını takiben yerine vericiden alınan karaciğerin transplantasyonu anlamına gelmektedir. Heterotopik transplantasyon da denenmiş olmakla birlikte bugün dünyada yaygın olarak uygulanan ortotopik transplantasyondur (Ateş ve ark., 1994). Geçtiğimiz otuz yılda ortotopik KT son dönem karaciğer yetmezliği için standart bir prosedür haline gelmiştir. Organların korunması, immüsupresyon ve cerrahi tekniklerde gelişme ile ortotopik KT sonrası hastaların hayatta kalması ve uzun süreli sonuçları iyileşmiştir (Alaçakır ve ark., 2015). Günümüzde KT, karaciğer yetersizliğinin kabul edilen ilk ve tek tedavi yöntemidir (Kalaycı, 2002). İmmüsupresyonda ve cerrahi teknolojide ilerlemeler KT’da gizli devrim yapmıştır. Akut ve kronik son dönem karaciğer hastalıklarında uygun bir tedavi seçeneği durumuna gelmiştir. KT’nunun bugünkü düzeye gelmesinde en önemli faktör, immüsupresif ilaç "siklosporin" in ortaya çıkmasıdır; diğer önemli faktörler cerrahi teknikte gelişmeler, alıcı adaylarının daha dikkatli ve akıllıca seçilmesidir. Vericinin KT sırasında prezervasyonu için "University of Wisconsin solüsyonu" (UW solüsyonu) adı verilen yeni bir koruyucu solüsyon da etkili olmuştur (Alican, 2007). Transplantasyonun başarısı için transplantasyon öncesi değerlendirme oldukça önem taşımaktadır. Bu amaç ile en sık kullanılan değerlendirme yöntemleri “Model of End Stage Liver Disease (MELD)” ve çocuklara özel PELD puanlamalarıdır. KT için endikasyon belirlemede en önemli nokta cerrahi risklerdir. Diğer önemli nokta, primer sorunun tekrarlama riskidir. Bununla birlikte çok yüksek cerrahi risklere rağmen KT yapılan hastaların en önemli kazanımı hayatta kalmalarıdır (Doğruer ve ark., 2007).

Türkiye’de organ nakli; 29.05.1979 tarihli “Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında” 2238 sayılı kanun ile 1982 yılında yeniden düzenlenen maddelere ve 1 Haziran 2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak 07.03.2005, 24.10.2007 ve 11.03.2009 tarihlerinde değişikliğe uğrayan “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği” doğrultusunda yapılmaktadır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili birimlere gönderilen genelgelerle organ bağıışı, nakli ve beyin ölümü hakkında bilgilendirme yapılmaktadır (Kara ve ark., 2012). Bugün, hemen hemen dünya üzerindeki tüm ülkelerde bu konuda bilgilendirme ve teşvik amaçlı hizmet veren birçok kurum ve kuruluş bulunmaktadır. (Akış ve ark. 2008). ABD’de organ nakil koordinatörlüğü büyük oranda hemşireler tarafından yapılmaktadır. İngiltere’de Organ Nakli Koordinasyon Sistemi bütünüyle hemşireler üzerine kurulmuştur. Dünyada örnek

alınan İspanya’da ise tek tek koordinatörler yerine koordinasyon takımları rol almakta, bu takımlarda yoğun bakım uzmanları ve hemşireler sıklıkla birlikte çalışmaktadır. Türkiye’de de hemşirelerin bu alanda yer alması önemlidir (Ertin, 2014).

2.5.1. Karaciğer Transplantasyonunda Donör Seçimi

KT için donör seçimi özenle yapılmalıdır. Tıbbi ve etik açıdan dikkatli olunmalıdır (Zein 2014).İdeal olarak ABO uyumlu donör kullanılmalıdır. Donör seçimini etkileyen birçok faktör vardır; bunlardan birisi alıcının bazı anatomik özellikleridir. Diğerleri; İdeal donör organın, hemodinamik durumu stabil olması,hepatit, HIV maruziyeti, etanol kullanımı ya da IV ilaç kullanımı öyküsü olmamasıdır. Ayrıca serum transaminaz düzeyi, koagülasyon testleri ve bilirubin düzeyi normal olmalıdır (Dener, 2005). Bunların yanı sıra karaciğer kütlesi CT ya da MRI ile belirlenmelidir. Graft kütle/alıcı kilo oranı $\geq 1\%$ olmalıdır. Donör karaciğeri belirgin düzeyde yağlı olmamalıdır (Zein, 2014).

2.5.1.1. Canlı Donör

Canlı donör ilk kez 1989 yılında akrabalar arasında yapılmıştır. Canlıdan KT organ bekleme süresini azaltmak amacı ile geliştirilmiş tekniklerden birisidir. Özellikle kadeverik donör temininin çok zor olduğu ülkelerde bu model oldukça yaygın kullanılmaktadır. Canlıdan transplantasyonda ameliyat öncesi donör çok dikkatli ve kapsamlı bir şekilde hazırlandığı için daha iyi sonuçlar elde edilebildiği bildirilmektedir (Çağlıküleççi ve ark., 2002). Erişkin hastaların %20’ si, çocuk hastaların ise %40’ı bu seçenekten yararlanmaktadır. Donör karaciğerinin sol lobu, total karaciğer dokusunun %40’ına (150-400cc) kadar olan kısmı bu işlem için kullanılabilir. Canlı donörlerde ABO ve HLA uyumu aranmaktadır.

Büyük organ açığı olmasına rağmen, morbidite ve mortalite riskleri nedeni ile transplantasyon merkezlerinin büyük çoğunluğu ilk seçenek olarak canlı donörlerin kullanılmasını benimsenmemektedir (Gökçe, 2003). Bunun yanı sıra erişkin canlı donör KT sonuçları ile kadaverik KT sonuçlarının birbirine yakın olduğu ve donör mortalitesinin nadiren görüldüğü belirtilmektedir (Zein 2014).

2.5.1.2.Kadavra Donör

KT’da verici, beyin ölümü gerçekleşmiş, 1-60 yaş arası (sınırlar genişletilebilir), infeksiyon ve beyin dışında harabiyeti olmayan, yapılan tetkiklerde karaciğer işlevleri stabil olan kadavralardır (Kalaycı, 2002).

Kadavra organ nakillerinde A-B-O kan uyumu ve organın soğuk iskemi süresi altın standart olarak kabul edilmektedir. Kadavra donörden alınan karaciğerin soğuk iskemi süresi 12 saatin altında olduğu vakalarda naklin başarı oranı daha yüksektir (Yüçetin, 2002). Beyin ölümü gerçekleşmiş olan bireyler, verici aday olarak değerlendirilebilir. Alıcı adaylarının HLA antijenleri ile verici adayın uygunluk derecesi saptanır. Verici adayının lenfositleri ile alıcı adaylarının serumu arasında direkt karşılaştırma (cross-match) yapılır. Cross-match testinde reaksiyon gelişen ya da ABO kan grupları uymayan alıcı adaylar için bu verici aday uygun donör olamaz (Alican, 2007).

2.5.2.Organ Saklama Koşulları

Organların bedenden çıkarılması, korunması ve nakli, organın iç yapısında önemli değişikliklere neden olur. Organlar çıkartıldıktan sonra korunması esnasında en önemli etken iskemi ve hipotermidir (Yalın ve ark., 2011).Organı vericiden çıkarma ameliyatı yapılırken bir yandan da perfüzyon ve soğutma işlemi gerçekleştirilmektedir. Soğutularak çıkarılan organın, alıcıya transplantasyonu gerçekleşene kadar, organın damar yatağı özel solüsyonlar ile doldurulur ve aynı solüsyon içinde 8-10 saat içinde kullanılmak üzere 4⁰C saklanması gerekir. Karaciğerin vericiden çıkarılması sırasında yukarıda anlatıldığı gibi perfüzyonu için laktatlı ringer solüsyonu kullanılmaktadır (Alican, 2007). Donör ameliyatı sürerken transplantasyon koordinatörü ve alıcı ameliyatını yapacak olan hekim en uygun hastayı seçerek hazırlar. Karaciğer alıcıya ulaşmadan ameliyata alınmaması gerekir; çünkü donör ameliyatı ve transport sırasında karaciğer hasar görmüş olabilir. Nitekim 1993 yılında İngiltere' de Birmingham donör ekibinin uçağı denize düşmüş, ancak büyük bir şans eseri karaciğer 6 saat içinde dalgıçlar tarafından çıkarıldıktan sonra hasara uğramadığı görülerek başarı ile nakil gerçekleştirilmiştir (Gökçe, 2003).

2.5.3.Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları

KT başlıca iki endikasyonu vardır. Birincisi yaşam kalitesini arttırmak ikincisi, ileri hastalık durumunda ortaya çıkan ölüm tehlikesini azaltmaktır (Gökçe, 2003).Bu konu ile ilişkili literatürde KT genel endikasyonlar; irreversibl ilerlemiş kronik karaciğer hastalığı, ani hepatik bozukluk, metabolik karaciğer hastalıkları ve bazı hepatik kanserler olarak belirtilmektedir (Eti Aslan ve ark., 2011). KT daha geniş ve son dönemde kabul gören endikasyonları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları

Sınıflandırma	Karaciğer Hastalıkları
Kolestatik karaciğer Hastalıkları	Biliyer atrezi, Ailesel kolestatik sendromlar, Primer biliyer siroz, Sekonder biliyer siroz, Primer sklerozan kolanjit
Hepatoselüler Hastalıklar	Alkolik siroz, Viral hepatitler (A,B,C,or non-A, non B), Otoimmün hepatit, Kriptojeniksiroz, Alfa-1antitripsin eksikliği, Hemokromatozis, Protoporfiri, Wilson hastalığı
Malinite	Primer hepatoselüler kanser (karaciğerde sınırlı), Karsinoid ve adacık hücre tümörleri gibi nöroendokrin, Tümörlerin izole karaciğer metastazları, Ender olarak karaciğerden köken alan ancak hepatoselüler olmayan tümörler (gençlerde hemanjio-epiteliyoma ve çocuklarda hepatoblastomas gibi)
Damar Hastalıkları	Budd-Chiari sendromu (konjenital hepatik ven trombozu), Venooklüziv hastalıklar
Diğer	Polikistik karaciğer hastalığı, Ailesel amiloid polinöropati
Doğumsal metabolizma bozuklukları	
Travma ve toksik reaksiyonlar	

Kaynak: Murray ve ark., 2005; Karademir, 2006.

2.5.4. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları

KT adaylığında günümüzde seçim kriterleri geniştir ve birkaç kontrendikasyon vardır ve her yıl kontrendikasyon azalmaktadır. Yaş ile birlikte kronik hastalık olasılığı artmak ile birlikte yaşlılık KT için kontrendikasyon olarak değerlendirilmemektedir. Ayrıca alkolik karaciğer hastalığı da KT için kontrendikasyon olarak görülmemektedir. Ancak kolanjiokarsinomlu hastalar çoğu merkezde KT için aday değildir. Diğer kontrendikasyon durumları; küçük hepatoselüler karsinom (Zein, 2014), kontrol altına alınamamış sistemik infeksiyon varlığı, KT hasta adayları için cerrahi sırasında ve sonrasında immunosupresyon tedavisi uygulanacağından aktif infeksiyon varlığı hızla gelişerek sepsis ve ölüme neden olabileceğinden KT için kontrendikasyon olarak değerlendirilmektedir (Koffron ve ark., 2008). KT kontrendikasyonları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Karaciğer Transplantasyonu Kontrendikasyonları

Mutlak Kontrendikasyonlar
İlerlemiş kardiyopulmoner hastalık
Ekstra hepatik malignite (melanoma dışı deri kanseri hariç)
Aktif alkol/madde kullanımı
Akut alkolik hepatit
Aktif infeksiyon/kontrol edilemeyen sepsis
Psikososyal destek eksikliği/tıbbi uyuma yetersizlik
Ciddi pulmoner hipertansiyon, Beyin ölümü
Yaygın intraabdominal venöz tromboz
Düzeltilemeyen, yaşamı sınırlayan konjenital anomaliler
Karaciğere metastatik kanser
Kolanjiokarsinom
AIDS
Yaşamı tehdit eden sistemik hastalıklar
Göreceli Kontrendikasyonlar
Yaş>70 yıl
HIV pozitifliği (AIDS olmaksızın)
Orta şiddette pulmoner hipertansiyon
Kronik böbrek hastalığı
Portal venöz sistem trombozu
HBV DNA pozitifliği
Kaşeksi (beden ağırlığının %70 altında)
Morbid obezite
İlaçları ya da takipleri aksatacak olgular

Kaynak: Lucey ve ark., 2012; Koffron ve ark., 2008.

2.5.5. Karaciğer Transplantasyonu Komplikasyonları

2.5.5.1.Kanama

Ameliyat sonrası dönemde koagülopati ve portal hipertansiyon sonucu kanama olabilir. Kanama donör karaciğerinin iskemik yaralanmasına ve dolayısı ile fibrinolizise neden olur. Bu dönemde kan kaybından dolayı sekonder olarak hipotansiyon oluşur. Bu durumda trombosit, taze donmuş plazma ve diğer kan ürünlerinin verilmesi gerekir (Eti

Aslan, Karadakovan, 2011).Smyrniotis ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, KT sırasında santral venöz basıncın 5 mmHg'dan fazla olduğu durumlarda, kan kaybının daha fazla olduğu gösterilmiştir.

2.5.5.2. Rejeksiyon

KT sonrası gelişen primer malignensi, başarılı bir ameliyatın talihsiz bir komplikasyonu olarak görülmektedir. Rejeksiyonamalignensi gelişmesi, maligniteye bölgesel yakınlık, KT öncesi hastalık şiddeti, alıcının infeksiyon durumu ve grefti korumak üzere çeşitli immünosupresif ilaçların kullanılması ve dozlarının yüksek olması gibi çeşitli faktörler neden olabilmektedir (Teke ve ark., 2011). Rejeksiyon genellikle ilk bir haftadan sonra ya da 6 aydan önce gelişebilir (Dener, 2005). Rejeksiyon vakalarını değerlendirmek için karaciğer biyopsisi ve ultrason gerekebilir. KT başarısız olur ise, genellikle tekrar transplantasyon girişiminde bulunulur. Ancak başarı oranı ilk transplantasyondan düşüktür (Eti Aslan ve ark., 2011).

2.5.5.3. İnfeksiyon

KT sonrası infeksiyon sık rastlanan bir durum olup transplantasyonların %75'inde ilk bir yıl içinde mikrobiyal invazyonlar görülmektedir (Arslan, 2005). Erken infeksiyonların genellikle bakteriyel, geç infeksiyonların ise fungal ve viral olduğu bildirilmektedir (Dener, 2005). Organ transplantasyonu yapılan tüm hastalar bir bütün olarak ele alınırsa, bu hastaların primer hastalıkları, uygulanan majör cerrahi girişim ve kullanılan immünosupresif ilaçlar nedeni ile immün sistemleri daha da yetersiz kalarak hastayı infeksiyonlara karşı aşırı duyarlı hale getirmektedir. Son zamanlarda kullanıma giren immünosupresif ilaçlar rejeksiyon oranını azaltmakla birlikte diğer yandan fırsatçı infeksiyonlar ve malign transformasyona olan yatkınlıkta artışa neden olabilmektedir (Köse, 2014).

2.5.6. Karaciğer Transplantasyonu Bekleme Listesi

Organ ve doku transplantasyon hizmetlerinde yaşanan en önemli sorun, organ ve doku bağışının teminidir.Uluslararası Organ ve Doku Nakli kayıtlarına göre, 2007 yılında kadavra organ bağışı milyonda kişi başına 14; İspanya'da 34.3, Belçika'da 28.15, Fransa'da 25.3, İtalya'da 20.9 iken, Türkiye'de bu rakam 3.0'dır. Aynı kayıtlara göre canlıdan organ bağışı milyonda kişi başına İspanya'da 3.6, Belçika'da 5.7, Fransa'da 4, İtalya'da 3.1 iken Türkiye'de 16.9'dur. Bu rakamlar ülkemizde organ transplantasyonu

için yapılan bağışların çoğunun canlı vericiler, Avrupa ülkelerinde ise kadavra vericiler tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir (Kaça ve ark., 2009). Bu nedenle birçok hasta organ bekleme listesinde transplantasyon sırasının gelmesini beklemektedir. Amerika Birleşik Devleti'nde 2012 yılı verilerine göre veri tabanına kayıtlı 15.763 karaciğer nakli bekleyen hasta bulunduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra aynı yıl 5.757 KT gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde ise 2013 yılı içinde 2.050 hasta KT bekleme listesinde yer almaktadır. Aynı yıl içerisinde bekleme listesindeki hastaların 181'i transplantasyon yapılamadan yaşamını kaybetmiştir. 2013 yılında 548 hastaya KT uygulanmıştır (Sarıtaş ve ark., 2014). Son 20 yılda, KT resmi kayıt listelerdeki hasta sayısında artış olmuştur. KT operasyonundaki artış yavaştır. Yaklaşık 25 000 hastadan yalnızca 5300'üne donör organı sağlanabileceği tahmin edilmektedir (Zein, 2014).

Elde edilen sınırlı sayıdaki organın hastalara dağıtımında izlenecek ilkeler konusunda da pek çok tartışma bulunmaktadır. Hastanın yaşı, eşlik eden diğer hastalıkların varlığı bu konuda karar verirken göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak bu açılardan birbirine benzer birden fazla hasta ve buna karşılık yalnızca bir organ söz konusu ise, organın kime takılacağı konusuna rasyonalist açıdan yaklaşanlar, kendilerince en önemli bir özelliği referans kabul ederek, seçim yapmaya çalışmaktadır. Örneğin, en fazla yarar sağlama, en istekli olma, topluma en fazla katkıda bulunma, daha fazla kişiye karşı sorumluluk taşıma gibi değişik pek çok özellik, en önemli referans olarak ileri sürülmektedir. Herhangi bir referansa diğerlerinden daha fazla önem vermekte güçlük çekenler ise, rastgele seçim yapılmasını savunmuşlardır. Dağıtımda adalet ilkesini savunanlar; nakledilen organın fonksiyon süresinin ve sağlayacağı yaşam kalitesinin ya da hangi hastada daha fazla yaşam kurtarıcı olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğini savundukları belirtilmektedir (Akçiçek ve ark., 1994).

Organ bekleyen hastaların sayısının her geçen gün arttığı ülkemizde toplumun organ transplantasyonu konusunda bilinçlenmesini sağlamak, bu konuda çalışmalar yapmak zorunlu hale gelmiştir. Organ bağışı hakkında toplumsal farkındalığın oluşması etkili eğitim programları ile gerçekleştirilebilir. Bunun için hedef kitlenin sosyal profillerinin belirlenmesi ve profile göre eğitim planlanması gerekmektedir (Tarhan ve ark., 2013). Ayrıca organ bağışı ve transplantasyonunun yapılabilmesi için, toplumunda bu konuda bilgilendirilmesi gerekir. Bu grupların bilgilendirilmesinde sağlık çalışanlarına büyük bir görev düşmektedir (Efil ve ark., 2013). Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, hastalar ve onların yakınları ile olan iletişimlerinden dolayı organ bağışının artırılması çalışmalarında

anahtar rol oynayabilirler. Bu bağlamda organ transplantasyonu ve bağıışı konusunda toplum sağılığı alanında görev yapan hemşireler açısından; toplumun konu ile ilişkili bilgi düzeyi, organ bağıışına yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve organ bağıışına engel olan durumların saptanması oldukça önemlidir. Bu sonuçlar doğrultusunda yapılacak eğitimlerin içeriğı özellikle organ bağıışına engel olan durumların giderilmesine yönelik olması gerektiğı vurgulanmaktadır (Kavurmacı ve ark., 2014). Organ bağıışını artırmaya yönelik önemli diğer konu, organ transplantasyon merkezleri arasında eşgüdüm sağlanması, tüm verilerin bir arada toplanarak bu merkezler ile koordineli olarak çalışacak bilgi ağıının kurulması, hastanelerin organ sağılayan kurumlarında çalışan sağılık personelinin konuya ilişkin bilgilerinin güncelleştirilmesinin önemli olduğı belirtilmektedir (Özdağ, 2001).

Organ bağıışının artırılabilmesi için toplumun aydınlatılması, varsa dini çekincelerin giderilmesi ve organ bağıışına özendirici tedbirlerin alınabilir.

2.5.7. Yasal Hazırlık

Bilgilendirilmiş onam/izin alma, hekimin hastasına gerçekleştirilmesi planlanan tıbbi girişimin türü, biçimi, acil olması, içeriğı, yan etkileri ve risklerinin yanı sıra; bu bir girişim yapılmaz ise, olabilecek olumsuz birtakım sonuçları anlatarak, onu tıbbi girişim hakkında özgürce karar verebilecek duruma getirecek bilgileri vermesi olarak tanımlanabilir. Cerrah, hastayı gereksiz yere korkutmadan; uygulanacak cerrahi girişimin beklenen mortalite ve morbidite oranları, komplikasyonları açık olarak belirtilmelidir (Kalaycı, 2002). Organ transplantasyonunda bilgilendirilmiş onam alma yükümlülüğünün tam olarak yerine getirilebilmesi için, yalnızca genel olarak girişimin risklerinin açıklanması yeterli değildir. Bu tür girişimlerde transplantasyon ile ilgili tüm özel durumların ayrıntılı olarak hastaya açıklanması gerekir. Bunlar arasında nakledilecek organ ya da doku ile ilgili bütün tetkikler, transplantasyonun başarı şansı, kullanılacak ilacın dozu ve süresi, transplantasyonun yan etkileri ve transplantasyon nedeni ile ortaya çıkabilecek tüm riskler yer almalıdır (Parlak, 2009).

2.5.8. Karaciğer Transplantasyonu Cerrahisi

KT, akut ve kronik karaciğer yetmezliğı olan hastalarda yaşam kurtarıcı bir ameliyat olduğı iyi bilinmektedir (Teke ve ark., 2011). KT'da ilk adım donöre hepatektomi uygulanmasıdır (Gökçe, 2003). Donör karaciğeri diğer yapılardan ayrılır. Safra kanalı duvarlarına vermemesi için safra boşaltılır, karaciğer koruyucu ile kaplanıp soğutulur.

Donör karaciğeri alıcıya yerleştirilmeden önce K⁺ ve hava kabarcıklarını çıkarmak için soğutulmuş Ringer Laktat solüsyonu ile yıkanması gerekir. Kan damarları ve safra kanalının anastomozu donör karaciğeri ile verici karaciğeri arasında yapılır. Safra kanalı rekonstrüksiyonu donör ve verici ana safra kanallarının uç uca anastomozu ile yapılır. Safranın dışa drenajını sağlamak için bir T-tüp yerleştirilir. Safra kanallarının hastalıkları ya da yokluğu nedeni ile uç uca anastomoz mümkün değilse jejunumun bir halkası ile greftin ana safra kanalı arasında uç yan anastomoz yapılır. Bu durumda safra drenajı jejunuma akacağı için T-tüp gerekmecektir (Eti Aslan ve ark., 2011).

KT'da masif kan kaybı önemli bir sorundur. Ameliyat sırasında ve ilk haftada kanama komplikasyonları başta gelen ölüm nedenidir. Bu nedenle insizyon kapatılmadan önce tam hemostaz gerekir. Etkili karaciğer fonksiyonu dönünce kanamanın kendiliğinden duracağına güvenilmemelidir. Koagülasyon defektlerinin düzeltilmesine de çalışılmalıdır. Tam hemostaz için bazen saatlerce uğraşmak gerekebilir (Alican, 2007).

2.5.9. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Bakım

KT sonrası alıcı ve verici için uygulanacak bakım, tüm ameliyatlardan sonra uygulanacak olan bakımı ile aynıdır. Alıcıya uygulanacak bakım genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak, transplantasyon sonrası gelişebilecek komplikasyonlara yönelik bakımı da kapsamasını gerektirir. Hemşire komplikasyonların belirti ve bulgularını bilmeli ve hastayı bu belirti ve bulgulara yönelik olarak yakından izlemesi gerekir (Erdil ve ark., 2001).

Hasta ameliyat sonrası 24-48 saat boyunca ventilatöre bağlı olabilir. Diyafragma altındaki insizyon, ağrı ve ödeme neden olabilir, hastanın hareketlerini sınırlayabilir. Ayrıca bu hastalara göğüs tüpü konulabilir. Uzun süren cerrahi işlem boyunca kan ürünlerinin fazla miktarda uygulanması nedeni ile fazla sıvı yüklemesi olabilir. Bu yükleme pulmoner ödem ve konjestif kalp yetmezliğine neden olabilir. Erken ameliyat sonrası dönemde koagülopati ve trombositopeni olabilir. Ayrıca transplantasyon işleminin kendisi çok sayıda vasküler anastomozdan dolayı kanama kaynağı olabilir. Bakımın bu özellikler göz önünde bulundurularak planlanması gerekir (Eti Aslan ve ark., 2011).

KT hasta birey için yeni bir yaşam anlamına gelebilmektedir. Ancak ameliyat korkusu, belirsizlik, cerrahi girişim sonrası gelişebilecek greft rejeksiyonu gibi ciddi komplikasyonlar, ekonomik kaygılar, hastalarda psikolojik semptomlar ve ölüm korkusuna neden olabilir (Öner ve ark., 2015). Bu nedenle hastanın, stres yaratan

durumlardan uzak, sakin bir yaşam tarzı geliştirmesine yardımcı olunmalıdır (Erdil ve ark., 2001).Forsberg ve arkadaşları (2000) KT yapılan 12 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, alıcıların transplantasyondan bir yıl sonra yaşadıkları deneyimleri değerlendirmiştir. Çalışmada hastaların bu dönemde çeşitli duygular, yeni bir insan olma ya da bedene sahip olma, günahkarlık ya da minnettarlık, kaygı ve korku, ölüm korkusu, rejeksiyon ya da infeksiyon gibi psikolojik duygular yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

2.5.10. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hasta Eğitimi

1. **Tedavinin Sürdürülmesi:** Hastaya her ilacın ne için önemli olduğu, zamanında almanın yararı ve unutulduğunda ve zamanında alınmadığında ne yapılacağı açıklanmalıdır.
2. **Diyet Düzenlemesi:** Çoğu hasta diyet kısıtlaması ile eve gitmemesine rağmen düşük diyete gereksinim duyabilirler. Tüm hastalar yara iyileşmesine yardımcı diyete gereksinim duyarlar.
3. **Enfeksiyon Belirtileri:** Ateş, öksürük, bulantı-kusma, baş ağrısı veya beklenmeyen diğer semptomların varlığında ne yapılması gerektiği açıklanmalıdır.
4. **Rejeksiyon Belirtileri:** Hasta karaciğer fonksiyonlarında herhangi bir değişiklikte örneğin sarılıkta, hemen hekimine bilgi vermelidir. Hastanın rejeksiyon belirtisi olabilen karaciğer fonksiyon testlerindeki herhangi bir değişimi bilmesi gerekir.
5. **Aktivite ve Egzersizler:** Hasta aktivitelerine yavaşça geri dönmelidir. Bununla birlikte normal fiziksel aktivitelerde oldukça fazla kısıtlamalar vardır. Daha fazla güç gerektirenler hekim izni gerektirir.

Kan testlerinin izlemi ve nakil ekibinin ziyaretlerinin önemi vurgulanmalıdır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını değerlendiren diğer kan testleri ile birlikte immunosupresif ajanların kan düzeyine de bakılması gerekir. İlk aylarda haftada iki veya üç kez kan testi gerekebilir. Hastanın durumu stabilize olunca kan testleri ve poliklinik kontrolleri azaltılabilir (Eti Aslan ve ark., 2011).

Transplantasyon, uzun süreli bir tedavi ve bakım gerektirir. Hastaların transplantasyon sonrası dönemde kendi bakımlarını gerçekleştirebilmeleri; yeterli bilgi, beceri ve motivasyon düzeylerine bağlıdır. Yaşam şeklindeki değişikliklere bağlı

gelişebilecek problemlerle başa çıkabilme, komplikasyonları önleyebilme, tedavi rejimini uygulayabilme, aile içindeki değişen rollerini tanımlayabilme ve yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi için hastaların transplantasyon sonrası yaşam değişiklikleri ile ilgili bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır (Karabulut ve ark., 2012).

KT sonrası birçok kişi başarılı ve kaliteli yaşam sürdürmektedir. Gebelik transplantasyondan bir yıl sonra düşünülebilir. Başarılı sonuçlar rapor edilmiştir. Ancak bu gebelikler anne ve bebek için büyük risk olarak düşünülmektedir (Eti Aslan ve ark., 2011).

2.6. Karaciğer Transplantasyonunda Yaşam Kalitesi ve Kaygı

2.6.1. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi sosyal ya da toplumsal refahın değerlendirilmesi, bireyler ya da grupların özel durumlarının değerlendirilmesine kadar değişkenlik gösteren tanımlanması zor bir kavramdır. DSÖ (1997) yaşam kalitesini “bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak kültür ve değer sistemleri bağlamında yaşamdaki konumunu nasıl algıladığı” olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi bireylerin yaşamdaki konumlarının algılanması fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi, sosyo-ekonomik durumu ve çevrelerindeki ilişki içine alan kapsamlı ve karmaşık bir kavramdır (DSÖ, 1993). Yaşam kalitesi kişiden kişiye değişen, kişinin hayata bakış açısı ve yargılarından etkilenmektedir.

Yaşam kalitesi, sağlık bakımında son otuz yıldır önem kazanan ve bu önemi her geçen gün artış gösteren bir kavramdır (Durmaz Akyol, 2016). Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan yöntem kişinin kendi ifadesidir. Çünkü yaşanan, hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir (Topçu ve ark., 2012). Organ transplantasyonu 20yy tıp mucizelerinden biridir. Organ transplantasyonu uygulanması ile birlikte kaybedilmesi kaçınılmaz hastalar ikinci bir yaşam şansı yakalamakta ve aileleri ile birlikte pek çok kişinin yaşam kalitesi yükselmektedir (Baykan ve ark., 2009). Organ transplantasyonunda en önemli hedef, organ yetmezliği nedeni ile yaşamının sonuna gelmiş bir hastanın yaşamını kurtarmak ya da yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır (Kaya ve ark., 2015). Hastaların büyük bir kısmı hastalığın getirdiği ağrı, yorgunluk ve depresif belirtilerle birlikte sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar, fiziksel aktivitelerini gerçekleştirilmede güçlük ve gelecek konusunda belirsizlik gibi nedenler ile hastalıkla baş etmede güçlük çekerler ve yaşam kaliteleri bundan etkilenir (Özşaker,

2014). Hastaların birçoğu, çalışma yaşamında da yeterli iş rehabilitasyonu alamadığı için yaşamlarını maddi ve manevi olarak başkalarına bağımlı olarak devam ettirmek zorunda kalmaktadırlar. Bu bağımlılık hissinin, yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği bildirilmektedir (Özşaker, 2014). Hemşireler bütüncül bir yaklaşım doğrultusunda yaşam kalitesini etkileyebilen bu durumları sorgulamalı, hastanın fiziksel ve psikolojik iyilik halini yükseltecek girişimleri uygulamalıdır.

2.6.2. Kaygı

Kaygı, rahatsız edici güvensizlik duygusu, çeşitli tehdit edici veya tehlikeli durum ya da şartlara karşı normal, uyumsal ve yaygın bir duygusal tepki şeklinde tanımlanmaktadır (Suliman ve Halabi, 2007). Bu bağlamda, genel olarak kaygı tanımlarının ortak noktasının 'tehlikeli' veya 'tehdit edici' şeklinde algılanan durumlar karşısında 'uyarılma', 'hoş olmayan duygu' ve 'özellik' olduğu düşünülebilir. Ayrıca, daha önce bütünlük bir uyarılma süreci olduğuna inanılan kaygının, 1960'ların sonunda 'bilişsel', 'psikolojik' ve 'davranışsal (motor)' şeklinde ifade edilen farklı cevap sistemlerini içerdiği de ortaya konmuştur. Bu cevap sistemleri kaygının sempatik, parasempatik ve endokrin uyarıların artışına yol açmasının sonucudur (Fındık ve ark., 2012). Ameliyat olacak hastaların %60-80'inin ameliyat öncesi dönemde kaygılı olduğu gözlenmiştir (Jlala ve ark., 2010).

Kaygı, *durumluk* ve *sürekli* olmak üzere iki açıdan ele alınabilir. Buna göre *durumluk kaygı*; belli bir zamanda öznel gerginlik, evham(kuruntu) duyguları ve otonom sinir sistemi uyarılması ile karakterize geçici bir duygusal durumdur. Dolayısıyla geçici ve kısa süreli olarak kabul edilen durumluk kaygı, belli bir koşulda tehlikeli ya da tehdit edici durumlarla mücadele ederken söz konusudur. *Sürekli kaygı* ise, zaman içinde tezahür etmiş kaygı durumları olarak yansıtılan kaygı eğiliminde ve gelecekte yaşanabilecek kaygı olasılığında, göreceli olarak sabit bireysel farklılıklardır ve devamlı bir kişilik özelliğidir (Spielberger, 1972; Spielberger ve ark., 1970).

Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi, ölüm riski, sakat kalma endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, cinsel yeterliliğin kaybı korkusu, çalışabilirliğini kaybedeceği endişelerinden dolayı kaygı gelişir (Turhan ve ark., 2012). Ameliyat öncesi kaygının düzeyi hastanın almış olduğu tanı, ameliyatın zorluk derecesi hastanın olaylara bakış açısı, sağlık ekibine duyduğu güven, ameliyat öncesi hazırlıklar ve hastanın ameliyat öncesi duyguları ile ilişkilidir

(Kaya ve ark., 2007; Cimilli, 2001). Cerrahi hastalarının kaygı düzeylerini azaltmak için çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan birisi, ameliyat öncesi dönemde yapılan premedikasyon (Taşdemir ve ark., 2013), diğerleri; hastalara ameliyat ile ilişkili bilgi verilmesi, baş etme stratejilerinin kullanımı ve sosyal destektir. Ameliyat öncesi dönemde kaygının azaltılması için uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenebilmesi, hastanın kaygı düzeyi ile kaygı nedenlerinin belirlenmesinin gerektiği bildirilmektedir (Fındık ve ark., 2012). Bazı çalışmalarda ameliyat öncesi ayrıntılı eğitim verilen hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin ve ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu, hastaların iyileşme süreçlerinin daha hızlı gerçekleştiği gözlenmiştir (Weis ve ark., 1983). Hastaya kaygısı sorulmadan hasta kaygısını ifade etmeyebilir. Hastaya kaygısının olup olmadığı sorulmalıdır ve yaşanan bu sürecin doğal olduğunu belirtmek hastanın kaygısını ifade etmesine yardımcı olabilir (Surman, 1987). Hastanın ameliyat öncesi cerrah ve anesteziist ile görüşürülmesi hastaya güven verir ve korkularının azalmasını sağlar. Hastaların aynı tür ameliyatı olmuş hastalarla görüşürülmesi faydalı olabilir. Ameliyat öncesi gevşeme egzersizlerinin de faydalı olacağı bildirilmektedir (Cimilli, 2001). Organ transplantasyonu hastalarının kaygı nedenleri arasında; organ bulunamama, bağışın kesin olmaması, transplantasyonun tedavi sağlamayabileceğinin bilinmesi,transplantasyon masrafları yer almaktadır (Kaçmaz ve ark., 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi(TÖTM) Araştırma Hastanesinde yürütüldü. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde nakil merkezi kurulmamıştı. Bu nedenle çalışma Genel Cerrahi Anabilim Dalı bünyesinde oluşturulan nakil kliniğinde yürütüldü. Çalışmanın yapıldığı sürede hastalar cerrahi polikliniğinden kabul edilmekte idi. Hasta kliniğe yatırıldıktan sonra rutin laboratuvar çalışmaları ve immünolojik testler yapıp, MELD skoru belirlenmektedir. Hasta ve donör hazırlığı nakil kliniğinde yapılmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hekim tarafından hasta ve donöre süreç hakkında, hemşireler klinik rutinler hakkında bilgi vermektedir.Karaciğer transplantasyonu bölümü 3 ameliyathane odası, 14 yataklı yoğun bakım ve 31 yataklı klinikten oluşmaktadır. Bölümde 11 öğretim üyesi, 16 araştırma görevlisi, 1 koordinatör, 30 hemşire ve 18 yardımcı personel görev yapmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 1 Ocak-31 Aralık 2014 tarihleri arasında KT yapılmış hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini 11Temmuz 2015-31Aralık 2016 tarihleri arasında TÖTM araştırma hastanesinde canlı ve kadavra donörden KT uygulanacak hastalar oluşturdu. Örnekleme 18 yaş ve üzeri, görme ve işitme engeli olmayan, kognitif yetenekleri yerinde ve karaciğer nakli için uygun görülmüş 92 hasta alındı. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 4 hasta Türkçe bilmediği, 6 hasta 18 yaş altı ve 2 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmediği için 12 hasta örneklem dışı bırakıldı.

Power analizinde 18-75 yaş aralığında; alfa: 0.05 1-beta (güç)*0.80 alındığında; KT yapılacak olan hastalardaki Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğindeki ortalama puan değişimi 10.9 olması için en az 60 hasta alınması gerektiği hesaplandı. Bu çalışmada örneklem grubu 80 hastadan oluşturdu.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni, KT uygulanacak hastaların on alt boyutta tanımlanan yaşam kalitesi düzeyidir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastaların sosyo-demografik (cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu) özellikleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler, hastaların yaşam kalitesi Rolls Royce yaşam kalitesi ölçeği (EK 4) ile kaygı düzeyleri Spielberger'in durumluk kaygı ölçeği (EK 2) ve sürekli kaygı ölçeği (EK 3) ile tanımlayıcı özellikleri anket formu (EK 1) ile toplandı.

3.6.1. Anket Formu

Anket formu bu araştırma için araştırmacılar tarafından hazırlandı. Form hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi üzerinde etkili olabilen tıbbi tanısı, yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi bilgilerini içeren 8 sorudan oluşturuldu.

3.6.2. Rolls-Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği

Özyılkan ve arkadaşları tarafından (1995) Rolls Royce modeli temel alınarak geliştirilen ölçek; genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite (semptomlar ve aktivite ilişkisi), uyku ve iştah durumu, seksüel fonksiyon, algılama fonksiyonu, tıbbi etkileşim (profesyonel yardıma gereksinim), sosyal ilişkiler ve iş performansı olmak üzere 8 alt boyut ve 42 ifadeden oluşmuştur. Ölçek bireyin kendisine ilişkin bilgi vermesine dayanan bazı ifadelerden oluşmuştur. Bu ifadeler, “evet bana tamamen uygun”, “hayır bana hiç uygun değil” içeren 5’li likert tipine göre yapılandırılmıştır. Ölçekten 42- 210 arasında puan alınabilir. Puanın yükselmesi yaşam kalitesinin iyi algılandığına işaret eder. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı=0.97p<0.001 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın örnekleminde ölçeğin Chronbach α katsayısı=0.92 olarak bulundu.

Rolls-Royce modeli yaşam kalitesi ölçeği'nin 8 boyutta 42 soruya göre dağılımı aşağıdaki gibidir:

1. Genel iyilik 1, 5, 14, 22, 24, 26, 42.
2. Fiziksel semptomlar ve aktivite 2, 3, 4, 8, 11, 23, 27, 29.
3. Uyku bozukluğu 9, 17, 28.
4. İştah 10, 30.
5. Cinsel fonksiyon 16, 21, 25, 34.

6. Algılama fonksiyonu 15, 32, 35, 37, 39, 41.
7. Tıbbi etkileşim 7, 12, 18, 33.
8. Sosyal ilişkiler ve iş performansı 6, 13, 19, 20, 31, 36, 38, 40.

3.6.3 Spielberger Sürekli ve Durumluk Kaygı Envanteri

Orijinal formu Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacı ile geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1974-1977) tarafından yapılmıştır. Bir öz değerlendirme türü olan ölçek, toplam 40. maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipi olup, 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19 maddelere verilen cevaplar tersine puanlanır. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanın büyük olması kaygı düzeyinin yüksek olduğunu, küçük puan kaygı düzeyinin düşük olduğunu gösterir. Ölçeğin Kuder-Richardson (Alpha) güvenirliği .83 ile .87 arasında, test-tekrar test güvenirliği .71 ile .86 arasında ve madde (Item Remainder) güvenirliği .34 ile .72 arasında değişmekte olup yapı ya da deneysel kavram geçerliği ve kriter geçerliği analizleri yapılmış ve tatmin edici sonuçlara ulaşılmıştır (Öner ve Le Compte 1985).

3.7. Verilerin Toplaması

Çalışmada veri toplama araçları araştırmacılar tarafından ameliyattan 1 gün önce hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Görüşmeye başlamadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklandı sözel ve yazılı izinleri alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara formlar 15-20 dk uygulandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler, tanımlayıcı testler, ortalama, pearson korelasyon ve Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Independent Samples t testi, student t testi kullanılarak değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Karar no:2015/5-1) (Ek-6), ve araştırmanın yapıldığı kurumdan ve bölümden (Ek-7) yazılı izin alındı. Araştırmada Helsinki Bildirgesi

ilkelerine uyuldu. Hastalara araştırmanın amacı açıklandı araştırmayı kabul eden hastalardan sözel ve yazılı izin alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı: Bu araştırmada sınırlı sayıda hasta ile çalışılmıştır. Bu nedenle çalışma sonuçları yalnızca bu araştırma grubuna genellenebilir.



4. BULGULAR

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş ortalaması	47.88±12.54	
Cinsiyet		
Kadın	30	37.5
Erkek	50	62.5
Eğitim		
Okur-yazar değil	18	22.6
İlkokul	36	45.0
Ortaokul ve Lise	20	25.0
Üniversite	6	7.5
Medeni Durum		
Evli	69	86.3
Bekar	11	13.8
Çalışma Durumu		
Çalışan	17	21.3
Çalışmayan	63	78.8
Tanı		
HBV bağlı kronik KC yetmezliği	41	51.2
HCV bağlı kronik KC yetmezliği	22	27.5
Kriptojenik KC yetmezliği	17	21.3
MELDSkoru	19.0±6.22	
Yaşadığı Yer		
İl Merkezi	47	58.8
İlçe, Köy	33	41.2

Tablo 3'de hastaların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların yaş ortalamasının 47.88±12.54, MELD skorunun 19.0±6.22 olduğu, %62.5'si erkek, %45.0'ı ilkokul mezunu, %86.3'ü evli, %78.8'inin çalışmadığı, %51.2'sinin HBV'ye bağlı karaciğer yetmezliği geliştiği ve %58.8'inin il merkezinde yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.Hastaların Sürekli ve Durumluk Kaygı ile Toplam Kaygı, Yaşam Kalitesi Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Ölçek		Hasta
	Min-Max	X±Ss	Min- Max
Fizyolojik semptomlar ve Aktivite	8-40	18.51±4.62	11-36
Uyku	3-15	9.04±3.51	3-15
Genel İyilik	7-35	19.73±5.74	12-29
İştah	2-10	5.64±2.01	2-10
Cinsellik Fonksiyonu	4-20	14.52±3.77	4-20
Algılama Fonksiyonu	6-30	15.31±4.16	8-26
Tıbbi Etkileşim	4-20	10.2±1.79	6-15
Sosyal İlişki ve İş Performansı	8-40	23.34±3.09	15-30
Toplam	42-210	116.34±19.6	71-175
Kaygı			
Durumluk Kaygı	20-80	56.77±13.93	20-78
Sürekli Kaygı	20-80	45.64±10.64	23-72

Tablo 4’de hastaların sürekli ve durumluk kaygı ile toplam kaygı, yaşam kalitesinin toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların ölçek puan ortalamasına göre fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyutunun düşük olduğu ($\chi=18.51\pm4.62$), uyku ($\chi=9.04\pm3.51$) ve genel iyilik halinin($\chi=19.73\pm5.74$) orta düzeyin üzerinde, algılama fonksiyonu ($\chi=15.31\pm4.16$), iştah ($\chi=5.64\pm2.01$) ve tıbbi etkileşim ($\chi=10.2\pm1.79$) ortalamadan çok az düzeyde yüksek, cinsellik fonksiyonu ($\chi=14.52\pm3.77$) ve sosyal ilişki ve iş performansının ($\chi=23.34\pm3.09$) orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi durumluk ($\chi=56.77\pm13.93$) ve sürekli kaygı ($\chi=45.64\pm10.64$) düzeyi puan ortalamaları orta düzeyden yüksek bulundu.

Tablo 5. Hastaların Yaşına Göre Ameliyat Öncesi Sürekli ve Durumluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Yaş		t	p
	20-45	46-68		
	(n=31)	(n=49)		
	X±Ss	X±Ss		
Fizyolojik Semptomlar ve Aktivite	18.94±4.32	18.24±4.82	-0.649	0.518
Uyku Bozukluğu	9.29±3.81	8.88±3.35	-0.510	0.612
Genel İyilik	19.74±3.61	19.71±6.78	-0.021	0.983
İştah	5.48±1.79	5.73±2.15	-.0542	0.589
Cinsellik Fonksiyonu	14.23±4.46	14.71±3.30	-0.561	0.576
Algılama Fonksiyonu	14.74±4.23	15.67±4.11	-0.975	0.332
Tıbbi Etkileşim	9.94±1.48	10.37±1.95	-1.053	0.296
Sosyal İlişki ve İş Performansı	23.74±3.0	23.16±3.2	-0.814	0.418
Toplam	116.70±17.1	116.49±21.1	-0.87	0.931
Kaygı				
Durumluk Kaygı	57.32±13.39	56.43±14.39	-0.278	0.782
Sürekli Kaygı	46.71±11.29	44.35±11.45	-0.904	0.369

Tablo 5’de hastaların yaşına göre ameliyat öncesi sürekli ve durumluk kaygı ile yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, genel iyilik ve sosyal ilişki alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının 46-68 yaş grubuna göre daha yüksek, 46-68 yaş grubunun cinsellik, algılama ve tıbbi etki puan ortalamasının yüksek olduğu ancak, puan ortalamaları arasındaki farkın yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). Sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların 46-68 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu ancak puan ortalamaları arasındaki farkın yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 6. Hastaların Medeni Durumuna Göre Ameliyat Öncesi Sürekli ve Durumluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Medeni Durum		U	p
	Evli	Bekar		
	(n=69)	(n=11)		
	X±Ss	X±Ss		
Fizyolojik Semptomlar ve Aktivite	18.13±4.52	20.91±18.13	-1.971	0.049*
Uyku Bozukluğu	8.93± 3.57	9.73±3.23	-0.792	0.429
Genel İyilik	19.62±5.94	20.36±4.43	-0.712	0.473
İştah	5.64±2.06	5.64±1.69	-0.136	0.892
Cinsellik Fonksiyonu	14.70±3.32	13.45±6.02	-0.130	0.897
Algılama Fonksiyonu	15.48±4.24	14.27±3.58	-0.729	0.466
Tıbbi Etkileşim	10.25±1.79	9.91±1.81	-0.569	0.569
Sosyal ilişkiler ve İş Performansı	23.43± 3.11	23.09±3.11	-0.408	0.683
Toplam	116.17±19.4	117.36±21.6	-0.391	0.696
Kaygı				
Durumluk Kaygı	56.26± 13.94	60.00±14.13	-1.077	0.282
Sürekli Kaygı	44.38±11.10	50.82±12.08	-1.538	0.124

* Mann-Whitney U

Tablo 6’da hastaların medeni durumuna göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde bekar hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar alt boyut puan ortalaması $\chi=20.91\pm4.70$ iken evli hastaların $\chi=18.13\pm4.53$ olduğu belirlendi. Bekar hastaların uyku ve genel iyilik alt boyut puan ortalamaları evli hastalardan yüksekti, iştah alt boyutu her iki grupta benzerdi ve evli hastaların ölçeğin cinsellik, algılama, tıbbi etkileşim ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyut puan ortalamalarının evli hastalarda yüksek olduğu saptandı. Medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlarda anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Çalışmada bekar hastaların durumluk kaygı puan ortalaması $\chi=60.00\pm14.13$ iken evli hastaların $\chi=56.26\pm13.94$ olduğu ve sürekli kaygı puan ortalamasının bekar hastalarda $\chi=50.82\pm12.08$, evli hastalarda $\chi=44.38\pm11.10$ olduğu görüldü.

Tablo 7.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ameliyat Öncesi Sürekli ve Durumluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Eğitim		U	p
	Düşük	Yüksek		
	(n=28)	(n=26)		
	X±Ss	X±Ss		
Fizyolojik Semptomlar ve Aktivite	17.43±4.77	20.77±3.36	-3.552	0.000
Uyku Bozukluğu	8.61±3.43	9.92±3.58	-1.502	0.133
Genel iyilik	19.33±6.40	20.54±4.03	-1.921	0.055
İştah	5.54±2.03	5.85±1.99	-0.600	0.549
Cinsellik Fonksiyonu	15.00±3.12	13.54±4.79	-1.295	0.195
Algılama Fonksiyonu	14.96±3.99	16.03±4.48	-1.082	0.279
Tıbbi Etkileşim	10.37±1.81	9.85±1.71	-1.433	0.152
Sosyal İlişki ve İş Performansı	22.94±2.78	24.31±3.53	-1.391	0.164
Toplam	114.19±19.22	121.81±19.85	-1.428	0.157
Kaygı				
Durumluk Kaygı	57.85±13.15	54.54±15.47	-0.797	0.426
Sürekli Kaygı	44.94±11.23	45.92±11.87	-0.067	0.947

Hastaların eğitim durumuna göre ameliyat öncesi sürekli ve durumluk kaygı ile yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı tablo 7’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi eğitim düzeyi yüksek olan hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, genel iyilik, iştah ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek, eğitim düzeyi düşük hastaların cinsellik ve tıbbi etkileşim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak, gruplar arasındaki farkın fizyolojik semptomlar ve aktivite ($p < 0.05$), dışında diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Durumluk kaygı puan ortalaması eğitim düzeyi düşük hastalarda, sürekli kaygının eğitim düzeyi yüksek hastalarda daha yüksek olduğu gruplar arası farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).

Tablo 8. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi Sürekli ve Durumluk Kaygı İle Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Çalışan	Çalışmayan	U	p
	(n=17)	(n=63)		
	X±Ss	X±Ss		
Fizyolojik semptomlar ve Aktivite	19.41±4.08	18.27±4.75	-1.163	0.245
Uyku	9.18±3.80	9.00±3.46	-0.125	0.901
Genel iyilik	22.53±10.06	18.97±3.61	-1.820	0.069
İştah	6.24±2.36	5.48±1.89	-1.217	0.224
Cinsellik Fonksiyonu	14.65±3.82	14.49±3.79	-0.328	0.743
Algılama Fonksiyonu	16.59±3.69	14.97±4.24	-1.628	0.104
Tıbbi etkileşim	9.35±1.54	10.43±1.79	-2.329	0.020*
Sosyal ilişki ve İş Performansı	24.53±3.79	23.08±2.83	-1.776	0.076
Toplam	122.47±24.4	114.68±17.9	-1.571	0.116
Kaygı				
Durumluk Kaygı	58.35±13.25	56.35±14.19	-0.330	0.742
Sürekli Kaygı	41.82±13.51	46.19±10.67	-1.348	0.178

*Mann-Whitney U testi

Tablo 8’da karaciğer transplantasyonu yapılacak hastaların çalışma durumuna göre ameliyat öncesi sürekli ve durumluk kaygı ile yaşam kalitesi puan ölçek ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde çalışan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tıbbi etkileşim alt boyut puan ortalaması dışında diğer alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ancak diğer boyutların puan ortalamalarının anlamlı olmadığı görülmektedir ($p < 0.05$). Çalışan hastaların durumluk, çalışmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Tablo 9. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi Sürekli ve Durumluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Meslek				Test*	p
	Memur (n=7)	Serbest (n=10)	Esnaf(n=8)	İşçi(n=5)		
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Fizyolojik Semptomlar ve Aktivite	21.43±2.44	20.70±6.96	18.63±4.41	17.60±3.65	0.812	0.499
Uyku	11.00±2.24	10.20±3.77	7.50±3.42	7.20±4.60	2.024	0.135
Genel İyilik	21.43±3.31	24.20±13.1	19.75±5.18	21.60±3.58	0.433	0.731
İştah	6.71±2.36	6.30±2.58	6.13±1.81	5.00±2.45	0.559	0.647
Cinsellik Fonksiyonu	16.00±0.00	13.20±4.85	15.50±1.41	16.00±0.00	1.777	0.176
Algılama Fonksiyonu	17.29±2.69	16.50±4.60	18.25±4.83	17.80±3.70	0.282	0.838
Tıbbi Etkileşim	9.71±1.25	9.50±2.17	10.50±1.77	9.20±1.79	0.663	0.582
Sosyal İlişki ve İş Performansı	25.29±2.29	24.20±5.73	24.13±2.80	24.60±2.97	0.133	0.940
Toplam	128.86±8.0	124.80±34.3	120.38±16.8	119.00±18.8	1.695	0.638
Kaygı						
Durumluk Kaygı	54.71±14.35	49.30±20.0	51.25±15.4	54.00±15.9	0.171	0.915
Sürekli Kaygı	42.14±4.98	42.10±18.2	41.63±7.89	39.20±8.07	0.075	0.973

*Kruskal-Wallis testi

Tablo 9’da hastaların meslek gruplarına göre ameliyat öncesi yaşam kalitesi ve sürekli ve durumluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre memur meslek grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, iştah ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu bulundu. Esnaf meslek grubunda ölçeğin algılama ve tıbbi etki, serbest meslek grubunda genel iyilikalt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Memur meslek grubunda yer alan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamasının diğer meslek grubunda yer alan hastalardan yüksek olduğu saptandı. Ancak meslek durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları ve yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Cinsiyetine Göre Ameliyat Öncesi Sürekli ve Durumluk Kaygı ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Cinsiyet		T	p
	Kadın	Erkek		
	(n=30)	(n=50)		
	X±Ss	X±Ss		
Fizyolojik Semptomlar ve Aktivite	17.17±4.03	19.32±4.80	-2.050	0.040
Uyku	8.97±3.71	9.08±3.43	-0.206	0.837
Genel İyilik	18.17±3.51	20.66±6.59	-2.325	0.020
İştah	5.20±1.85	5.90±2.07	-1.405	0.160
Cinsellik Fonksiyonu	14.47±4.13	14.56±3.59	-0.199	0.842
Algılama Fonksiyonu	13.63±3.93	16.32±4.00	-2.831	0.005
Tıbbi Etki	10.47±1.10	10.04±1.65	-1.209	0.227
Sosyal İlişki ve İş Performansı	22.23±2.53	24.08±3.21	-2.837	0.005
Toplam	110.30±18.0	119.96±19.7	-2.190	0.032*
Kaygı				
Durumluk Kaygı	59.30±12.22	55.26±14.78	-1.268	0.205
Sürekli Kaygı	49.77±10.87	42.56±10.90	-2.779	0.005

Tablo 10'da hastaların cinsiyet durumuna göre ameliyat öncesi sürekli ve durumluk kaygı ve yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesinin fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyutu puan ortalamasının kadın hastalarda $\chi=17.17\pm4.03$, erkeklerde $\chi=19.32\pm4.80$, uyku boyutu kadınlarda $\chi=8.97\pm3.71$, erkeklerde $\chi=9.08\pm3.43$, iştah kadınlarda $\chi=5.20\pm1.85$, erkeklerde $\chi=5.90\pm2.07$, cinsellik puan ortalaması kadınlarda $\chi=14.47\pm4.13$ iken erkeklerde $\chi=14.56\pm3.59$, algılama kadın hastalarda $\chi=16.32\pm4.00$, erkeklerde $\chi=13.63\pm3.92$ olarak tıbbi etkileşim kadınlarda $\chi=10.47\pm1.10$, erkeklerde $\chi=10.04\pm1.65$, sosyal ilişki ve iş performansı kadınlarda $\chi=22.23\pm2.53$, erkeklerde $\chi=22.23\pm2.53$, toplam puan ortalaması kadınlarda $\chi=110.30\pm17.9$, erkeklerde $\chi=119.96\pm19$ olarak saptandı. İstatistiksel değerlendirmede kadın ve erkek hastaların fizyolojik semptomlar ve aktivite, genel iyilik, algılama fonksiyonu, sosyal ilişki ve iş performansı ile toplam puan ortalamaları ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 11. Hastaların Ameliyat Öncesi Toplam Kaygı ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	Yaşam Kalitesi	Sürekli kaygı	Durumluk kaygı
Yaşam Kalitesi	1	-0.595	-0.639
Sürekli Kaygı	-0.595	1	0.391
Durumluk Kaygı	-0.639	0.391	1

Korelasyon p=0.01

Tablo 11’de hastaların ameliyat öncesi toplam kaygı ve yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Tablo incelendiğinde sürekli kaygı ile durumluk kaygı ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde ileri düzeyde ilişki olduğu belirlendi (p=0.000).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada KT uygulanacak hastaların sürekli ve durumluk kaygı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı. Bu bağlamda çalışmada KT yapılacak hastaların sürekli ve durumluk kaygı puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde, durumluk kaygı puanının sürekli kaygıya göre daha yüksek olduğu belirlendi. O'Carroll ve arkadaşları (2003) çalışmalarında karaciğer transplantasyonunun sıklıkla hafızayı bozduğunu, kaygı ve depresyona neden olduğunu göstermişlerdir. Bir çalışmada transplantasyon adaylarının transplantasyon öncesi %38'inin cerrahi girişim ya da ölüm korkusu nedeni ile transplantasyona ilişkin kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (Santos ve ark., 2012). Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada (Gutteling ve ark., 2007) bu çalışmanın sonucuna benzer şekilde transplantasyon öncesi hastaların kaygı düzeyinin ortalamasının üzerinde 41.7 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada da hastaların %41.5'ine kaygı teşhisi konmuştur (Miller ve ark., 2013). KT programında yer alan 73 hastanın psikososyal profilinin incelendiği bir çalışmada (Guimaro ve ark., 2008) hastaların %33'ünün, bir başka çalışmada (Bahihashemi ve ark., 2015) %13.8'inin, kalp transplantasyonu bekleyen hastaların %47.4'ünün orta ya da şiddetli kaygı yaşadıkları (Ye ve ark., 2013), İran'da KT adaylarının psikososyal durumu ve yaşam kalitesindeki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan çalışmada (Bahihashemi ve ark., 2015), hastaların hastane kaygı ve depresyon ölçeğine göre kaygı düzeyinin klinik olarak önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlığın kaybı, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir kriz durumu olarak görülebilir ve kaygı düzeyini arttırabilir. KT kararı alındığında, transplantasyonu bekleme süresinin, belirsizlikler ile dolu, yüksek oranda mortalite ve morbitide ile ilişkili zor bir zaman olması dolayısı ile bu hastalarda sürekli kaygı düzeyinin yüksek olmasına neden olabilir. Bunun yanı sıra hastalar ameliyat öncesi dönemde cerrahi girişime, ameliyatın başarısına, nakledilen organın uyum sağlayıp sağlayamayacağına ilişkin kaygılar da yaşamaktadır (Özşaker, 2014). Bu sorunlar KT adaylarında cerrahiden önce yüksek stress ve umutsuzluk göstergelerinin ortaya çıkmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Pelgur ve ark., 2009). Bilindiği gibi stresli vetehtelikeli olarak algılanan yaşam olaylarında otonom sinir sisteminin uyarılması sonucu durumluk kaygı düzeyi yükselmektedir. KT yapılmasını bekleyen ve KT yapılacak hastaların bu yaşadıkları göz önünde bulundurulduğunda sunulan çalışmada KT yapılacak hastaların sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olması ve durumluk

kaygının sürekli kaygıdan daha yüksek olması KT cerrahi girişim ve sonrasında bilinmezliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Sunulan çalışmada hastaların ameliyat öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Çalışmacılar son aşama karaciğer hastalığında fiziksel ve bilişsel semptomların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini bildirmektedir (Stewart ve ark., 2014). KT öncesi bekleme listesinde olan hastaların yaşam kalitesi ve diğer değişkenler ile olan ilişkisinin incelendiği araştırmalarda (Bryce ve ark., 2004; Saab ve ark., 2005; Gutteling ve ark., 2007), hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Perkins (2007) tarafından yapılan bir çalışmada da KT öncesi hastaların yaşam kalitesinin KT sonrasında göre kötü olduğu saptanmıştır. Türkiye’de KT öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada da (Ordin ve ark., 2011), hastaların KT öncesi yaşam kalitesinin sonrasında göre oldukça kötü olduğu bulunmuştur. Gotardo ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada da MELD skoru ≥ 15 (C sınıfı) hastaların transplantasyon öncesi yaşam kalitesinin önemli derecede kötü olduğu belirlenmiştir. Hastalığın şiddetinin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılmış bir başka çalışmada da (Aguiar ve ark., 2016) C sınıfında yer alan hastaların transplantasyon öncesi yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarda da KT öncesi hastaların yaşam kalitesi kötü olarak bulunmuştur (Poupon ve ark., 2004; Burgos ve ark., 2007; Gutteling ve ark., 2007; Åberg ve ark., 2008; Gotardo ve ark., 2008; Pérez-San-Gregorio ve ark., 2010). Organ transplantasyonunun en önemli hedefi, organ yetmezliği nedeni ile yaşamının sonuna gelmiş bir hastanın yaşamını kurtarmak, yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır (Pelgur ve ark., 2009; Yazıcı ve ark., 2015).

Bu çalışmada, hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının orta düzeyde bulunması, hastaların bir gün sonra, ameliyat olacak olmaları ve yaşamlarının kurtulacağı, yaşam süreleri ve kalitelerinin artacağı duygularına neden olarak, rahatlama ve sevinç yaşamlarından kaynaklanmış olabilir. KT bekleme sürecinde hastaların yaşamlarına verdikleri anlamı derinlemesine araştırmak üzere fenomenolojik yöntemin kullanıldığı bir çalışmada (Jonsen ve ark., 2000), iki tema belirlenmiştir; birincisi kararı beklemek ve diğeri operasyonu beklemek. Süreçte bireylerin kendisi ile pazarlık, etkisizlik/güçsüzlük, rahatlama ve sevinç, sabırsızlık, ızdırap, hazırlanma zamanı, bilgi ve destek gereksinimini içeren yedi ana konu ortaya çıkmıştır. Aynı yöntemin

kullanıldığı bir başka çalışmada (Forsberg ve ark., 2000), karaciğer yetmezliğinin çeşitli aşamalarındaki hastalara olası bir çözüm olarak KT önerildiğinde, bunun yıllarca süren kronik karaciğer yetmezliğinden sonra bir an belirsizliğin sona ermesi anlamına geldiği, kabul, sevinç ve beklenti hissi doğduğu, bununla birlikte, keder duygusu ve bilinmeyen korkusunun bulunduğu, kaçınılmaz ile yüzleşme, bedeni yeniden ele geçirmek; emosyonel karışıklık; uzmana bırakma; aile ve arkadaşlar, rejeksiyon tehdidi ve vericiyi onurlandırmayı içeren yedi kategori belirlenmiştir. Karaciğer yetmezliği olan hastasının transplantasyonu bekleme deneyimine atfettiği anlamı belirlemek için, fenomenolojik araştırma yöntemleri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da (Brown, 2006); bekleme deneyiminin, dönüşümler, hekimler, ekipler ve güven, çaresizlik duygusu, kayıp, süreci sorgulama, araştırma, başa çıkma ve zaman paradoksunu içeren sekiz çekirdek konu ortaya çıkmıştır.

Sunulan çalışmada hastaların yaşam kalitesinin fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyutu puan ortalamasının düşük olduğu belirlendi. KT öncesi ve sonrası KT bekleyen hastaların sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kalitesini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada da (Gutteling ve ark., 2007), fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının önemli derecede düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde kronik ve son dönem karaciğer hastalığının, hastaların fiziksel fonksiyon ve aktivite boyutunun kronik ensefalopati, ascit, kötü beslenme ve yorgunluk gibi majör komplikasyonlar nedeni ile önemli derecede olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Montazari ve ark., 2005).

Bu çalışmada dahastaların yaşam kalitesinin fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyutunun bu komplikasyonlar nedeni ile düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesinin diğer boyutları uyku ve genel iyilik hali, cinsellik fonksiyonu ve sosyal ilişki ve iş performansı boyutu puan ortalaması orta düzeyin üzerinde, algılama fonksiyonu, iştah ve tıbbi etki puan ortalaması ortalamadan çok az düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Hastaların yaşam kalitesinin bu boyutlarının da olumsuz etkilenmesi fizyolojik semptomlar ve aktivite boyutunun düşük olmasına bağlanabilir.

Sunulan çalışmada 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, genel iyilik, algılama fonksiyonu ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamaları ile sürekli ve durumluk kaygı puan

ortalamasının 46-68 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptandı. KT yapılan hastaların yaşam kalitesini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada da (Åberg ve ark., 2009) yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı, 20-65 yaş grubundaki hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. KT yapılacak hastaların yaşam kalitesi ve sosyo-demografik faktörlerin etkisini belirlemek üzere yapılan bir başka çalışmada da (Aguiar ve ark., 2016), yaşlılığın karaciğer hastalığının semptomları, uyku ve cinsellik üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç yaş arttıkça oluşan fiziksel fonksiyonlarda azalmanın yanı sıra hastalığın şiddeti ve karaciğer yetmezliğinin kronik semptomlarının doğasının fiziksel kapasitede önemli düzeyde azalmaya neden olmasına bağlanabilir. Fiziksel fonksiyonlarda azalma bireyin sosyal ilişki ve iş performansı gibi diğer alanlarını da olumsuz etkileyebilir. Bu alandaki olumsuz etkilenmenin 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların kaygı düzeyinin artmasına neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Yaşam kalitesinin cinsellik, algılama ve tıbbi etki alt boyutu 46-68 yaş grubunda 20-45 yaş grubuna göre daha yüksekti. Bu sonuç, yaş ilerledikçe bireylerin çevresini ve kendini algılamasının artması, hastalık ve hastalığın bulguları ile baş edebilmek için daha fazla tıbbi profesyonel yardıma gereksinim duyması ve cinsellik boyutundaki değişim nedeni ile yükselmiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışma kapsamında yer alan bekar hastaların toplam yaşam kalitesi ile yaşam kalitesinin fiziksel semptomlar, uyku ve genel iyilik puan ortalamaları evli olan hastalara göre daha yüksekti ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel değerlendirmede anlamlı bulunmadı. Bu sonuç bekar hastaların bakmak ile yükümlü olduğu kişilerin olmamasından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Sunulan çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, genel iyilik, iştah ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük hastaların durumluk kaygı, eğitim düzeyi yüksek hastaların sürekli kaygı puan ortalaması daha yüksekti. KT beklemek stresli bir deneyimdir. Eğitim düzeyi yüksek hastalar literatürde KT ile ilişkili araştırma yapmış olabilirler. Bilgi düzeyinin artmış olması sürekli kaygı düzeyi ve yaşam kalitesinin daha yüksek olmasına, eğitim düzeyi düşük olan hastalarında KT işleminin olmaması ile ilişkili korkmuş olabileceklerinden durumluk kaygıları yükselmiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada, çalışan hastaların yaşam kalitesi ölçeği tıbbi etki alt boyut dışında toplam ve diğer alt boyutları ile durumluk kaygı, çalışmayanların sürekli puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada da (Åberg ve ark., 2009) sunulan çalışmanın bulgusuna paralel olarak çalışma yaşında olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Özşaker ve Özbayır'ın (2002) yaptığı araştırmada da çalışmanın yaşamı iyi olarak algılamada olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir.

Sunulan çalışmada memur meslek grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, iştah ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu, esnaf meslek grubunda ölçeğin algılama fonksiyonu ve tıbbi etki, serbest meslek grubunda genel iyilik alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Memur meslek grubunda yer alan hastaların sürekli ve durumluk kaygı puan ortalamasının diğer meslek grubunda yer alan hastalardan yüksek olduğu saptandı.

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi ölçeği tıbbi etkileşim alt boyutu dışında tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması erkeklerde daha yüksekti. Kadınların erkeklere göre sürekli ve durumluk kaygı puanları yüksekti. Bu konuda KT yapılan yaşayan yetişkin donör hastalarının yaşam kalitesi ve psikolojik distresini belirlemek üzere SF-36 ile yapılan çalışmalarda da (Jin ve ark., 2012; Jin ve ark., 2010; Montazeri ve ark., 2005) kadınların erkeklere göre mental yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma sonucunda yaşam kalitesi ile sürekli kaygı ve durumluk kaygı arasında negatif yönde ileri düzeyde ilişki olduğu belirlendi. Çalışmalarda, kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda yorgunluk, kaygı, depresyon ve hastalığa bağlı endişelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir (Poupon ve ark., 2004; Kumar ve Tandon 2002; Hauser ve ark., 2004; Rowan ve ark., 2005). Son dönem karaciğer yetmezliği olan bireylerde depresyon ve kaygının arttığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Gutteling ve ark., 2007; Telles ve ark., 2009). Transplantasyon sonrası hastasının genel yaşam kalitesi büyük oranda iyileşmekle birlikte hem nakilden önce hem de sonra hastanın yüzleştiği pek çok ciddi psikososyal sorun bulunduğu ve bu sorunlardan en yaygın olanının kaygı olduğu bildirilmektedir

(Engle, 2001). Bu nedenle KT öncesi kaygı, transplantasyon adayları için en önemli problemlerden birisidir. Konu ile ilişkili KT adaylarında hastalık endişesi, depresyon, kaygı ve yaşam kalitesini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada (Stewart ve ark., 2014) kaygı ve depresyonun emosyonel yaşam kalitesini, hastalık kaygısının da fiziksel yaşam kalitesini etkileyen en önemli tek değişken olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak hastaların kaygı düzeyi ile yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm boyutlarının birbirini etkilediği görüldü. Bu bağlamda hemşirelerin KT yapılan hastalar genel hemşirelik girişimlerinin yanı sıra KT yapılmış olan hastalara özgü bakım ve girişimlerin uygulanması hastaların kaygılarını azaltabileceği ve yaşam kalitesini yükseltebileceği söylenebilir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının 47.88 ± 12.54 , MELD skorunun 19.0 ± 6.22 olduğu, %62.5'si erkek, %45.0'ı ilkokul mezunu, %86.3'ü evli, %78.8'inin çalışmadığı, %51.2'sinin HBV'ye bağlı karaciğer yetmezliği geliştiği ve %58.8'inin il merkezinde yaşadığı belirlendi(**Tablo 3**).
2. Çalışmada, hastaların yaşam kalitesinin fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyutunun düşük, uyku ve genel iyilik halinin orta düzeyin üzerinde, algılama fonksiyonu, iştah ve tıbbi etkileşim puanı ortalamadan çok az düzeyde yüksek, cinsellik fonksiyonu ve sosyal ilişki ve iş performansının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyi puan ortalamaları orta düzeyden yüksek belirlendi(**Tablo 4**).
3. Sunulan çalışmada 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, genel iyilik, algılama ve sosyal ilişki alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının 46-68 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu ancak puan ortalamaları arasındaki farkın yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0.05$). Sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin 20-45 yaş grubunda yer alan hastaların 46-68 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu ancak puan ortalamaları arasındaki farkın yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$)(**Tablo 5**).
4. Çalışmada bekar hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar alt boyut puan ortalaması $\chi = 20.91 \pm 4.70$ iken evli hastaların $\chi = 18.13 \pm 4.53$ olduğu belirlendi. Bekar hastaların uyku ve genel iyilik alt boyut puan ortalamaları evli hastalardan yüksekti, iştah alt boyutu her iki grupta benzerdi ve evli hastaların ölçeğin cinsellik, algılama, tıbbi etik ve sosyal ilişki alt boyut puan ortalamalarının evli hastalarda yüksek olduğu saptandı. Medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$), diğer boyutlarda anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Çalışmada bekar hastaların durumluk kaygı puan ortalaması $\chi = 60.00 \pm 14.13$ iken evli hastaların $\chi = 56.26 \pm 13.94$ olduğu ve sürekli kaygı puan ortalamasının bekar hastalarda $\chi = 50.82 \pm 12.08$, evli hastalarda $\chi = 44.38 \pm 11.10$ olduğu görüldü(**Tablo 6**).

5. Çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, genel iyilik, iştah ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu ancak, gruplar arasındaki farkın fizyolojik semptomlar ve aktivite($p<0.05$), dışında diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı($p>0.05$). Durumluk kaygı puan ortalaması eğitim düzeyi düşük hastalarda, sürekli kaygının eğitim düzeyi yüksek hastalarda daha yüksek olduğu gruplar arası farkın anlamlı olmadığı belirlendi($p>0.05$)(**Tablo 7**).
6. Çalışmada çalışan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tıbbi etki alt boyut puan ortalaması dışında diğer alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ancak diğer boyutların puan ortalamalarının anlamlı olmadığı belirlendi($p<0.05$). Çalışan hastaların durumluk, çalışmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı($p>0.05$)(**Tablo 8**).
7. Sunulan çalışmada memur meslek grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fizyolojik semptomlar ve aktivite, uyku, iştah ve sosyal ilişki ve iş performansı alt boyut puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu bulundu. Esnaf meslek grubunda ölçeğin algılama ve tıbbi etik, serbest meslek grubunda genel iyilik alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Memur meslek grubunda yer alan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamasının diğer meslek grubunda yer alan hastalardan yüksek olduğu saptandı. Ancak meslek durumuna göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları ve yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$)(**Tablo 9**).
8. Hastaların yaşam kalitesinin fizyolojik semptomlar ve aktivite,uyku, iştah, cinsellik alt boyut ve toplam puan ortalaması erkeklerde daha yüksek iken, algılama ve tıbbi etki alt boyut puanı kadınlarda daha yüksek, sosyal ilişki ve iş performansı puan ortalaması kadın ve erkeklerde eşit olarak saptandı. İstatistiksel değerlendirmede kadın ve erkek hastaların fizyolojik semptomlar ve aktivite, genel iyilik, algılama fonksiyonu, sosyal ilişki ve iş performansı ile toplam puan ortalamaları ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$)(**Tablo 10**).

9. Çalışmada hastaların yaşam kalitesi ile sürekli kaygı, durumluk kaygı ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde ileri düzeyde ilişki olduğu belirlendi ($p=0.000$)(**Tablo 11**).



6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Hastaların kaygı düzeylerini azaltmak için kaygı yaşama nedenlerine ilişkin bilgilendirilmesi,
- Hastaların yaşam kalitesinin azalmış alanlarını arttıracak hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Daha ileri ve çalışma grubu artırılarak çalışmaların yapılması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Abbasoğlu, O. (2012). Temel Cerrahi (4. Baskı). Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 807.
2. Åberg, F., Rissanen, A.M., Sintonen, H., Roine, R.P., Hockerstedt, K., Isoniemi, H. (2009). Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. *Liver Transplantation*, 15:64-72.
3. Adam R., Hoti E. (2009). Liver transplantation: the current situation. *Semin Liver Dis.* 29(1):3-18.
4. Aguiar, M.I., Braga, V.A., Garcia, J.H., Lima, C.A., Almeida, P.C., Souza, A.M., Rolim, I.L. (2016). Quality of life in liver transplant recipients and the influence of sociodemographic factors. *Rev Esc Enferm USP*, 50(3):411-8.
5. Akçiçek, F., Atabay, G., Başçı, A., Evert, J., Dorhout, M. (1994). Organ nakli ve tıbbi ahlak. *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*, 3: 36.
6. Akış, M., Katırcı, E., Uludağ, H.Y., Küçükkılıç, B., Gürbüz, T., Türker, Y., Kayacan, H., Öngel, K., Gül, H. (2008). Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağıışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15:29.
7. Alaçakır, N., Tekgüç, H., Keçeli, M., Baştürk, A., Artan, R., Aliosmanođlu, İ., Dinçkan, A., Dursun, O. (2015). Karaciğer nakli sonrası çocuk yoğun bakım izlemi: 5 yıllık deneyim. *Turk J Pediatr Emerg Intens Care Med*, 3:116.
8. Alican, F. (2007). Genel Cerrahi (1.Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 762-820-832-833-834.
9. Arslan, H. (2005). Solid organ transplantasyonu ve infeksiyon. *Ankem Dergisi*, 19:161-164.
10. Ateş, Y., Çanakçı, N., Alkış, N., Saygın, B. (1994). Bir vaka nedeni ile karaciğer transplantasyonunda anestezi yaklaşım. *Ankara Tıp Dergisi*, 47:695-696.
11. Aydın, M., Aygen, B., Mıstık, R., Öncül, O., Tuna, N., Tuncer Ertem, G., Yıldız, O., Yuluğkural, Z. (2013). Fülminan Hepatit B tedavisi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneđi viral hepatit çalışma grubu uzlaşısı raporu. *Klinik Dergisi*, 26:3.

12. Banihashemi, M., Hafezi, M., Nasiri-Toosi, M., Jafarian, A., Abbasi, M.R., Arbabi, M., Abdi, M., Khavarian, M., Nejatiasafa, A.A. (2015). Psychosocial status of liver transplant candidates in Iran and Its Correlation with health-related quality of life and depression and anxiety. *J Transplant*, 329615, 7.
13. Baykan, Z., Naçar, M., Yamanel, R., Uzun, A.Ö., Dağlıtuncezdi, Ş., Davran, H., Murt, G. (2009). Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin organ-doku nakli konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 25:137.
14. Birol, L., Akdemir, N. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (2. Baskı). Sistem Ofset, Ankara, 609-611.
15. Brown, J., Sorrell, J.H., Mc Claren, J., Creswell J.W. (2006). Waiting for a liver transplant. *Qual Health Res*. 16(1):119-36.
16. Bryce, C.L., Angus, D.C., Switala, J., Roberts, M.S., Tsevat, J. (2004). Health status versus utilities of patients with end-stage liver disease. *Qual Life Res*, 13:773-782.
17. Burgos, V.A., Amador, A., Ballesteros, B.P. (2007). Quality of life in patients with liver transplant. *Universitas Psychologica*, 6:383-97.
18. Chen, P.X., Yan, L.N., Wang, W.T. (2012). Health-related quality of life of 256 recipients after liver transplantation. *World J Gastroenterol*, 18:5114-5121.
19. Cimilli, C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4:182-6.
20. Çağlıküleççi, M., Azoulay, D., Scatton, O., Canbaz, H., Aydın, S. (2002). Karaciğer transplantasyon cerrahisine genel bakış. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 18:188-206.
21. Çıtlık Sarıtaş, S., Bayır, K., Sarıtaş, S., Ucuzal, M. (2014). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2:18.
22. Dan, A.A., Younossi, Z.M. (2006). Quality of life and liver transplantation in patients with polycystic liver disease. *Liver Transplantation*, 12:1184-1185.

23. Dener, C. (2005). Genel Cerrahi (1. Baskı). Klinisyen Tıp Kitabevleri, İstanbul, 197-198-444.
24. Dinçer, D. (2002). Organ Nakli Koordinasyonu El Kitabı (3. Baskı). Akdeniz Üniversitesi Yayını, Antalya, 130-133.
25. Dobbels, F., Vanhaecke, J., Nevens, F., Dupont, L., Verleden, G., Van Hees, D., De Geest, S. (2007). Liver versus cardiothoracic transplant candidates and their pretransplant psychosocial and behavioral risk profiles: good neighbors or complete strangers? *Transpl Int*, 20(12):1020-30.
26. Doğanay, S.(2014). Akut Yorucu Egzersiz Yaptırılan Ratlarda Kan ve Karaciğer Oksidan /Antioksidan Sistemler Üzerine Bilberry'nin (Yaban Mersini) Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
27. Doğruer, K., Ocak, İ., Koçak, B., Kanmaz, T., Acarlı, K., Kalayoğlu, M. (2007). Karaciğer transplantasyonunda yoğun bakım yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7:418.
28. Duffy, J.P., Kao, K., Ko, C.Y., Farmer, D.G., McDiarmid, S.V., Hong, J.C., Venick, R.S., Feist, S., Goldstein, L., Saab, S., Hiatt, J.R., Busuttill, R.W. (2010). Long-term patient outcome and quality of life after liver transplantation. *Annals of Surgery*, 252:264 –274.
29. Durmaz Akyol, A. (2016). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1:18-34.
30. Efil, S., Şişe, Ş., Üzel, H., Eser, O. (2013). Afyon ilinde halkın ve Afyon Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarının organ bağıışı konusuna ilgilerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2:364.
31. Engle, D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *J Clin Psychol*, 57 (4):521-549.
32. Erdil, F., Elbaş, N.Ö. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (4. Baskı). Aydoğdu Ofset, Ankara, 444-445.

33. Ertin, H. (2014). Organ bağışısı ve transplantasyon tıbbı: Etik çerçeve ve çözüm tartışmaları. *İş Ahlakı Dergisi*, 7:103.
34. Eti Aslan, F., Karadakovan, A. (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (2. Baskı). Nobel Kitabevi, Adana, 759-791.
35. Fındık, Ü.Y., Yıldızeli Topçu, S. (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1:24.
36. Forsberg, A., Backman, L., Möller, A. (2000). Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *J Adv Nurs*, 32(2):327-34.
37. Goetzmann, L., Wagner-Huber, R., Klaghofer, R., Muellhaupt, B., Clavien, P.A., Buddeberg, C., Scheuer, E. (2006). Waiting for a liver transplant: Psychosocial well-being, Spirituality and need for counselling. *Transplantation Proceedings*, 38:2931-2936 .
38. Gotardo, D.R., Strauss, E., Teixeira, M.C., Machado, M.C. (2008). Liver transplantation and quality of life: Relevance of a specific liver disease questionnaire. *Liver Int*, 28(1):99-106.
39. Gökçe, Ö. (2003). İç Hastalıkları (2.Baskı). Güneş Kitabevi, Ankara, 1758-1762.
40. Guimaro, M.S., Lacerda, S.S., Karam, C.H., Ferraz-Neto, B.H., Andreoli, P.B.A. (2008). Psychosocial profile of patients on the liver transplant list. *Transplantation Proceedings*, 40:782-784.
41. Gutteling, J.J., Man, R.A., Busschbach, J.J.V., Darlington, A.S.E. (2007). Health-related quality of life and psychological correlates in patients listed for liver transplantation. *Hepatol Int*, 11:437-443.
42. Hauser, W., Holtmann, G., Grandt, D. (2004). Determinants of health related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2(2):157-163.
43. Jin, S., Yan, L., Li, B., Wen, T., Zhao, J., Zeng, Y., Chen, Z., Wang, W., Xu, M., Yang, J., Luo, Y., Wu, H. (2010). Quality of life and psychologic distress of recipients after adult living-donor liver transplantation (LDLT) a study from mainland China. *Transplantation Proceedings*, 42:2611-2616.

44. Jin, S.G., Xiang, B., Yan, L.N., Chen, Z.Y., Yang, J.Y., Xu, M.O., Wang, W.T. (2012). Quality of life and psychological outcome of donors after living donor liver transplantation. *World J Gastroenterol*, 18:182-187.
45. Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G. Bedfordth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. *Br J Anaesth*, 104:369-74.
46. Jonsen, E., Athlin, E., Suhr, O.B. (2000). Waiting for a liver transplant: The experience of patients with familial amyloidotic polyneuropathy. *J Clin Nurs*, 9(1):63-70.
47. Kaça, G., Amado, S., Kıkıcı, İ., Cilasin, S., Dağ, E., Leylek, İ., Şahin, Ö. (2009). Organ bağışına yönelik tutumların planlı davranış kuramı çerçevesinde incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24:79.
48. Kaçmaz, N., Ünsal Barlas, G. (2014). Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5:2.
49. Kalaycı, G. (2002). Genel Cerrahi (1. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1-633-639.
50. Kara, S., Salman, Z., Öngel, K. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin organ bağışına bakışı. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11:34.
51. Karabulut, N., Yaman Aktaş, Y. (2012). Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik girişimleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1:37-42.
52. Karadakovan, A., Bayramova, N. (2003). Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:45-52.
53. Karademir, S. (2006). Karaciğer transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2:40-48.

54. Kasapoğlu, B., Yalçın, K.S., Türkay, C. (2010). Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 14:97.
55. Kavurmacı, M., Karabulut, N., Koç, A. (2014). Üniversite öğrencilerinin organ bağıışı hakkındaki bilgi ve görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11:16.
56. Kaya, E., Sezek, F., Akman, Z., Erbil, B., Aslan, B., Özgen, R., Keleş, Ö. (2015). Üniversite öğrencilerinin cinsiyetinin organ nakli ve bağıışı hakkında görüşlerine etkisi. *EKEV Akademi Dergisi*, 19:309.
57. Kaya, H., Acaroğlu, R., Şendir, M.,Güldaş S. (2007). Nöroşirurji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete başetme durumuna etkisi. *İÜFN Hemşirelik Dergisi*, 15:75-81.
58. Koffron, A., Stein, J.A. (2008). Liver transplantation: Indications, pretransplant evaluation, surgery and posttransplant complications. *Med Clin N Am*, 92:861-888.
59. Köse, A. (2014). Solid organ alıcılarında infeksiyon riski ve sık görülen infeksiyonlar. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3:41-45.
60. Kumar, D., Tandon, R.K. (2002). Fatigue in cholestatic liver disease: a perplexing symptom. *Postgrad Med J*, 78:404-407.
61. Lim, Y.S., Kim, W.R. (2008). The global impact of hepatic fibrosis and end-stage liver disease. *Clinics in Liver Disease*, 12(4):733-746.
62. Lucey, M.R., Terrault, N., Ojo, L., Hay, J.E., Neuberger, J., Blumberg, E. (2012). Long-term management of the successful adult liver transplant: 2012 practice guideline by the american association for the study of liver diseases and the american society of transplantation. *Liver Transplantation*, 19(1):3-26.
63. Miller, L.R., Paulson, D., Eshelman, A., Bugenski, M., Brown, K.A., Moonka, D., Abouljoud, M. (2013). Mental health affects the quality of life and recovery after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 19:1272-1278.
64. Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gandek, B. (2005). The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version, *Quality of Life Research*, 4(3):875-882.

65. Murray, K., Carithers, RL Jr; AASLD.(2005). Practice guidelines: Evaluation of the patient for liver transplantation. *Hepatology*, 41:1407-32.
66. O'Carroll, R., Couston, M., Cossar, J., Masterton, G., Hayes, P.C. (2003). Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: A prospective, national, single-center study. *Liver Transplant*. 9(7):712-720.
67. Ordin, Y.S., Dicle, A., Wellard, S. (2011). Quality of life in recipients before and after liver transplantation in Turkey. *Progress in Transplantation*, 21:260-267.
68. Öncül, R. (2000). Eğitim ve Eğitim Bilimleri Sözlüğü. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara.
69. Öner, H., Demirdağ, H., Akyolcu, N., Kanan, N. (2015). Karaciğer transplantasyonu planlanan bir hastanın hemşirelik bakımında Roy' un Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23:232.
70. Öner, N., Le Compte, A. (1985). Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
71. Özdağ, N. (2001). Organ nakli ve bağışına toplumun bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5:49.
72. Özdemir, S., Akın, P. (2003). Fulminan karaciğer yetersizliği: Etyolojik, klinik ve prognostik Özellikleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 34:58.
73. Özşaker E., Özbayır T.(2002). Böbrek transplantasyonu olan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitelerinin saptanması ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
74. Özşaker, E. (2014). Organ nakli ve yaşam kalitesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3:166-173.
75. Parlak, Ş. (2009). Organ bağışı ve organ naklinde ortaya çıkan sorunlar. *TBB Dergisi*, 83:196-203-204-217-218.

76. Pelgur, H., Atak, N., Kose, K. (2009). Anxiety and depression levels of patients undergoing liver transplantation and their need for training. *Transplantation Proceedings*, 41:1743–1748.
77. Pérez-San-Gregorio, M.A., Martín-Rodríguez, A., Asián-Chavez, A., Gallego-Corpa, A., Pérez-Bernal, J. (2005). Psychological adaptation of liver transplant recipients. *Transplantation Proceedings*, 37:1502–1504.
78. Pérez-San-Gregorio, M.A., Martín-Rodríguez, A., Pérez-Bernal, J., Maldonado, M.D. (2010). Quality of life in spanish patients with liver transplant. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6:79-85.
79. Perkins, J.D. (2007). Quality of life after liver transplantation for acute hepatic failure. *Liver Transpl*, 13:1604-1605.
80. Pieber, K., Crevenna, R., Nuhr, M.J., Quittan, M., Peck-Radosavljevic, M., Fialka-oser, V. (2006). Aerobic capacity, muscle strength and health-related quality of life before and after orthotopic liver transplantation: Preliminary data of an Austrian Transplantation Centre. *J Rehabil Med*, 38:322-328.
81. Poupon, R.E., Chretien, Y., Chazouilleres, O., Poupon, R., Chwalow, J. (2004). Quality of life in patients with primary biliary cirrhosis. *Hepatology*, 40(2):489-494.
82. Raia, S., Nery, J.R., Mies, S. (1989). Liver transplantation from live donors. *Lancet*, 2:497.
83. Rowan, P.J., Al-Jurdi, R., Tavakoli-Tabasi, S. (2005). Physical and psychosocial contributors to quality of life in veterans with hepatitis C not on antiviral therapy. *J Clin Gastroenterol*, 39:731-736.
84. Saab, S., Ibrahim, A.B., Shpaner, A., Younossi, Z.M., Lee, C., Durazo, F., Han, S., Esrason, K., Wu, V., Hiatt, J., Farmer, D.G., Ghobrial, R.M., Holt, C., Yersiz, H., Goldstein, L.I., Tong, M.J., Busuttil, R.W. (2005). MELD fails to measure quality of life in liver transplant candidates. *Liver Transplantation*, 11:218 – 223.
85. Santos, G.G.D., Gonçalves, L.C.S., Buzzo, N., Mendes, T.A.R., Dias, T.P., Silva, R.C.M.A., Silva, R.F., Felicio, H.C.C., Santos Júnior, R.,

- Miyazaki, M.C.O.S. (2012). Quality of life, depression, and psychosocial characteristics of patients awaiting liver transplants. *Transplantation Proceedings*, 44:2413–2415.
86. Smyrniotis, V., Kostopanagiotou, G., Theodoraki, K., Tsantoulas, D., Contis, J.C. (2004). The role of central venous pressure and type of vascular control in blood loss during major liver resections. *Am J Surg*, 187:398-402.
87. Spielberger, Charles D. (1972). *Anxiety as an Emotional State, Current Trend in Theory and Research* (çeviren: Spielberger, Charles). Academic Press, New York, 24-49.
88. Spielberger, Charles D., Gorsuch, Richard L. ve Lushene, Robert E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. CA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
89. Stewart, K.E., Hart, R.P., Gibson, D.P., Fisher, R.A. (2014). Illness apprehension, depression, anxiety, and quality of life in liver transplant candidates: Implications for psychosocial interventions. *Psychosomatics*, 55:650–658.
90. Suliman, W.A., Halabi, J. (2007). Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students, *Nurse Education Today*, 27:162-168.
91. Surman, O.S. (1987). The surgical patient, *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (2. Baskı). PSG Publishing, Littleton, 69-83.
92. Tarhan, M., Dalar, L., Yıldırımoglu, H., Sayar, A., Altın, S. (2013). Hasta yakınlarının organ bağıışı ve nakli ile ilgili tutumları ve sosyal profilleri arasındaki ilişki. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 9:153.
93. Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda amaliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41:44.
94. Teke, Z., Bostancı, E.B., Ulaş, M., Akoğlu, M. (2011). Kadaverik ortotopik karaciğer nakli sonrası gelişen primer (de novo) serviks kanseri olgusu. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27:159-163.

95. Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Monteiro, E. (2009). Adherence correlates in liver transplant candidates. *Transplant Proc.* 41(5):1731-4.
96. Tome, S., Wells, J.T., Said, A., Lucey, M.R. (2008). Quality of life after liver transplantation. A Systematic Review. *Journal of Hepatology*, 48:567-577.
97. Topçu, S., Bölüktaş, R.P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29:159-164.
98. Turhan, Y., Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20:28.
99. Üçok, K., Mollaoğlu, H., Genç, A., Akkaya, M., Şener, Ü. (2010). Safra sistemi fiziolojisi. *Journal of Surgical Arts*, 3:2.
100. Weis, O.F., Sriwatanakul, K., Weintraub, M., Lasagna, L. (1983). Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet*, 1:43-4.
101. Yalın, A., Keskinöz, E.N., Kızaran, A. (2011). Organ korunması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2:1.
102. Yaprak, O., Dayangaç, M., Balcı, D., Duran, C., Uraz, S., Ayanoglu, Ö., Yüzer, Y., Tokat, Y. (2008). Karaciğer nakli sonuçları üzerinde kan transfüzyonlarının etkisi ve transfüzyon gereksinimini etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15:87.
103. Yaprak, O., Dayangaç, M., Demirbaş, B.T., Güler, N., Yüzer, Y., Tokat, Y. (2011). Canlı vericiden sağ lob karaciğer nakli sonuçlarımız. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27:82.
104. Yazıcı, S.Ö., Orun Kavak, H., Kaya, E., Tekin, A., Kalaycı, I. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve bağışı konusundaki bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3:67.
105. Ye, C., Zhuang, Y., Zhang, Y., Lin, Y., Ji, J., Chen, H. (2013). Anxiety depression and associated factors among inpatients waiting for heart transplantation. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25:165-173.

106. Yılmaz, S. (2003). Anatomi. Karaciğer (1.Baskı). Uyum Ajans, Afyon, 1.
107. Zein, N. (2014). Cleveland Klinik İç Hastalıkları (çeviren: Demir, A.M). İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 638-639-640.



EKLER

EK1. Anket Formu

Ad-Soyadı:

Tarih:

Doğum Tarihi:

A: Sosyo-Demografik Özellikleri Tanılama

1. Cinsiyet:

- a. Kadın
- b. Erkek

2. Çalışma durumu:

- a. Şuan çalışıyor
- b. Şuan çalışmıyor

3. Meslek:

4. Medeni Durum:

- a. Bekar
- b. Evli

5. Eğitim Durumu:

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

6. Yaşadığı Yer:

7. Çocuk Sayısı:

8. Almış Olduğunuz Tıbbi Tanı:

B. Son Dönem Karaciğer Yetmezliği Hastalığı Skorlaması (MELD)

Metabolik Parametreler

- a) Serum kreatinin (mg/dL) :
- b) Bilirubin (mg/dL)
- c) INR :

Meld Skoru:

- Hastalık Şiddeti:
- Evre:1
 - Evre:2
 - Evre :3

EK 2. Durumluk Kaygı Ölçeği

İsim:.....Cinsiyet:.....

Yaş:.....Meslek:.....Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3. Süreklilik Kaygı Ölçeği

İsim:.....Cinsiyet:.....

Yaş:.....Meslek:.....Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 4.Rolls Royce Yaşam Kalitesi Skalası

Aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Her ifade ile ilgili 5 seçenek bulunmaktadır. Lütfen tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve sizin son zamanlardaki durumunuza en uygun düşen seçeneği işaretleyiniz.

Sorular	a. Evet bana tamamen	b. Bana oldukça uygun	c. Kısım en uygun kısmen değil	d. Bana pek uygun değil	e. Hayır bana hiç uygun değil
1. Kendimi sağlıklı hissediyorum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
2. Ara sıra başım dönüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Her fırsatta oturur, yatar, dinlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Güç gerektiren işleri zorlanmadan yapıyorum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5. Kendi işlerimi kendim yapıyorum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6. İşlerimi mümkün olduğu kadar etkiliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Günlük yaşantım değişmedi.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8. İkide bir başım ağrıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Herhangi bir uyku sorunu yok, rahat deliksiz uyuyorum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10. Düzenli yemek yerim, öğün sektirmem.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11. Fırsat buldukça yürümek isterim.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12. İşe başlamak bana zor geliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Sinema, tiyatro, kahve vb. kalabalık yerlere girmek istemiyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Benim için en iyisi evde oturmak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Dalgınım,kendimi önümdeki işe veremiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Cinsel hayatımda bir sorun yok.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
17. Gece uyanıp, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Çok ağrım var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. İş verimim düştü, çok hata yapar oldum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

20. İş ortamımdan memnunum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
21. Cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Kendimden memnunum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
23. Merdivenve yokuş çıkarkenzorlanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Düz yolda istediğim kadar yürüyebiliyorum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
25. Cinsel isteğim azaldı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Günlük işler bile bana zor geliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Ağrı nedir bilmem.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
28. Gözüme bir türlü uyku girmiyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. İşim dışında zevkle yaptığım uğraşlarım var.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
30. İştahım yok, yemek için kendimi zorluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. İşlerimi zevkle yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Gerginim en ufak aksaklığa bile sinirleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Daha önce hiç ilgilenmediğim yeni uğraşlar edindim.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
34. Bu hastalık nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Sabahları uyandığımda kendimi dinç ve uyanmış hissediyorum.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
36. Eşe dosta gitmek içimden gelmiyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Unutkanım, isimleri hatırlamakta zorluk çekiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Daha yavaş iş yapar oldum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Her şey bana anlamsız geliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Ailem ile birlikte olmak hoşuma gidiyor.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
41. Bu hastalığı bir türlü kabullenemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Kendimi bildim bileli bu kilodayım.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

EK 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı: "KT öncesi hastaların yaşam kalitesini ve kaygı durumlarını belirlenmesi

- Bu araştırmanın amacı, Malatya İli İnönü Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi servisinde, KTYapılacak olan hastaların nakil öncesi yaşam kaliteleri ve kaygı durumlarını belirlenmesidir. Bu amaçla size birkaç anket uygulanacaktır. Anket formunda bireysel özelliklerinize ilişkin 7 adet soru sorulacaktır. 11 adet yaşam kalitesi ölçeği, 20 kaygı düzeyi ölçeğinde yer alan soruları cevaplamanız beklenmektedir. Bu soruları cevaplamanız ortalama 20-30 dakikanızı alacaktır.
- Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için 0 346 219 10 10-2508 no.lu telefondan Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a başvurabilirsiniz.
- Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
- Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir.
- Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.
- Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

- Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları

ayrıntlarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün,

- Adı-Soyadı:
- Adresi:
- Tel:
- Tarih ve İmza:

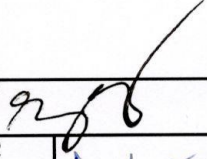
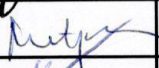
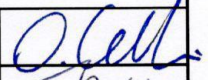
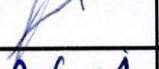
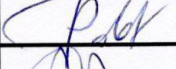
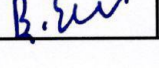

Açıklamaları yapan araştırmacının,

- Adı-Soyadı: Hüseyin Güneş
- Görevi: Hemşire - Yüksek Lisans Öğrencisi
- Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/Sivas
- Tel:
- Tarih ve İmza:

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
(Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)

Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
07.07.2015	5	2015/5-1

Karar No :2015/5-1: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 07.07.2015 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Hüseyin GÜNEŞ'in yürütücüsü olduğu "**Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Durumlarının Belirlenmesi**" başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü, çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada herhangi bir etik kusur olmadığına; oy birliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı			
Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

Başhekimliği

Sayı : 68636013/BH/170.99-377

MALATYA

Konu :Anket Çalışması

15 Ocak 2015

Sayın Hüseyin GÜNEŞ
Çilesiz Mahallesi
Şehit Sami Kıbrız Sok.
Gözde Modern Evleri
C Blok Kat:4 No:9
MALATYA

İlgi: 31.12.2014 tarihli dilekçeniz.

“Karaciğer Transplantasyon Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Durumlarını Belirlemek” konulu Tez çalışmasını Hastanemizde yapabilme talebi hakkındaki ilgi tarihli dilekçenize istinaden;

Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığının konuya ilişkin cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

Eki:

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı Yazısı (1 Sayfa)



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 46188280/24

12.01.2015

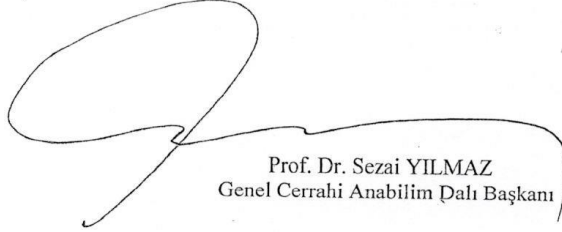
Konu : Anket Çalışması

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: 06.01.2015 tarih ve 170.99-73 sayılı yazınız.

İlgideki kayıtlı yazınıza istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olduğunuzu belirten Hüseyin GÜNEŞ' in "Karaciğer Transplantasyon Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Durumlarını Belirlemek" konulu tez çalışmasını kliniğimizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Prof. Dr. Sezai YILMAZ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı

NO	AD SOYAD	MAKALE
17099/462/301/2015		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Hüseyin Güneş
Doğum Yeri ve Tarihi: Malatya - 1984
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
İletişim Adresi : gunesim_yasamak@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise : Malatya Lisesi
Lisans : Cumhuriyet Üniversitesi
Yüksek Lisans : Cumhuriyet Üniversitesi
Unvan : Hemşire

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi : Hemşire, 2011-2014
Kamu Hastaneleri Birliği : Hemşire, 2015-