

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI HASTALARIN YAŞADIĞI SORUNLAR VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

PROBLEMS EXPERIENCED BY THE PATIENTS WHO UNDERGONE LIVER TRANSPLANTATION AND NURSING INTERVENTIONS

Neziha KARABULUT¹ Yeşim YAMAN AKTAŞ²

¹Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum ²Yeşim Yaman Aktaş, Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Giresun

Yazışma Adresi:

Neziha Karabulut

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü 25240 Erzurum

E posta: nezihekarabulut@hotmail.com

Kabul Tarihi: 22 Mart 2012

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Karaciğer transplantasyonu, günümüzde diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen ve yaşamı tehdit eden son dönem karaciğer yetmezliğindeki hastalara önerilen tek tedavi yöntemidir. Transplantasyon sonrası hastalarda rejeksiyon, enfeksiyon, hipertansiyon, malignite gibi immünosupresif tedavi ile ilişkili komplikasyonlar, immünosupresif tedavi rejimine uyumsuzluk ve psikolojik sorunlar gelişebilir. Hastalarda görülebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelik bakımı önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer transplantasyonu, problem, hemşirelik bakımı

SUMMARY

Today liver transplantation cannot be treated with other treatments and life-threatening end-stage liver failure is the only treatment offered to patients. After transplantation in patients complications associated with immunosuppressive therapy such as rejection, infection, hypertension, malignancy, non-compliance with immunosuppressive therapy regime and psychological problems may develop. The nursing care plays an important role to minimize the complications that can be seen in patients and increase quality of life.

Key words: Liver transplantation, problem, nursing care

Giriş

Günümüzde diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen ve yaşamı tehdit eden son dönem karaciğer yetmezliğindeki hastalara önerilen yaşamı koruyucu ve sürdürücü tek tedavi yöntemi karaciğer transplantasyonudur. Karaciğer transplantasyonu, beyin ölümü gerçekleşmiş ya da tamamen sağlıklı insanlardan, normal fonksiyonları devam eden karaciğer dokusunun bir kısmının alınıp hastalıklı karaciğer dokusu ile değiştirilmesidir^{1,2}.

İnsanda kadavradan yapılan organ nakli ilk 1963 yılında Thomas E. Starzl tarafından biliyer atrezisi olan üç yaşında erkek çocuk hastaya yapılmıştır. Ancak nakil yapılacak kadavra azlığı nedeni ile yeni yöntemler geliştirmek zorunlu hale gelmiş ve canlı donörden nakil ilk kez Smith tarafından gerçekleştirilmiştir^{3,4}. Türkiye’de ise ilk karaciğer transplantasyonu 1989 yılında Haberal ve

arkadaşları tarafından yapılmış olup, Türkiye’de 10 kadar merkezde halen karaciğer transplantasyonu başarı ile uygulanmaktadır^{5,6}.

Transplantasyon için hasta seçiminden başlayarak, transplantasyon aşamasında uygulanacak cerrahi teknik, nakil yapılacak greftin boyutları, seçilecek immünosüpresif tedavi gibi dikkat edilmesi gereken pek çok önemli nokta vardır. Cerrahi teknikteki ve organ saklanmasıdaki gelişmeler, immünosüpresif tedavinin gelişmesi, donör ve alıcının seçimi ve transplantasyon zamanının belirlenmesindeki gelişmeler sonucunda nakil sonrası yaşam süreleri ilk yıllarda %30’larda seyrederken günümüzde bu oran %80’lere kadar yükselmiştir^{3,4,7,8}.

Transplantasyon uygulamalarında, organın nakil edilmesi kadar önemli olan bir diğer nokta da; donör ve alıcının en iyi koşullarda bakımının sağlanması ve daha sonraki dönemde yaşam kalitelerinin en uygun düzeye

getirilmesidir. Bu nedenle oldukça kompleks ve riskli bir cerrahi girişimi gerektiren transplantasyon ameliyatlarının değişik evrelerinde görev alan hemşireler önemli sorumluluklar üstlenmektedirler⁹. Bu makale, transplantasyon uygulanan merkezlerde çalışan hemşirelere karaciğer transplantasyonu sonrası gelişen sorunlara yönelik hemşirelik bakımında yardımcı olması amacıyla hazırlanmıştır.

1. Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşanabilecek Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri

İmmünoşüpresif tedavi rejimindeki gelişmeler, organ prezervasyonu (*transplante edilecek organın korunması*) tekniklerinin gelişmesi, antiviral tedavi uygulanması ve uygun donör kriterlerinin belirlenmesiyle karaciğer transplantasyonu sonrası bir yıllık yaşam süresi önemli ölçüde artmıştır¹⁰. Ancak hastalar transplantasyon sonrası uzun dönemde büyük problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu problemler şunlardır^{10,11};

- İmmünoşüpresyonla ilişkili komplikasyonlar (*Rejeksiyon, Enfeksiyon, Malignite, Kardiyovasküler risk faktörleri ve Hipertansiyon*)
- Karaciğer transplantasyonuna bağlı psikolojik sorunlar
- Tıbbi tedavi rejimine uyumsuzluk
- Karaciğer hastalığının yeniden gelişmesi
- Nörolojik komplikasyonlar
- Diğer problemler

İmmünoşüpresyonla İlişkili Komplikasyonlar

Karaciğer transplantasyonu sonrası immünoşüpresif tedavi, böbrek transplantasyonunda kazanılan deneyimlerle başlamış olup, transplantasyon sonrası organ reddini önlemek için yaşam boyu devam etmek durumundadır. İmmünoşüpresyon, immün sistemin özgül olmayan baskılanmasıdır. Yetersizliği rejeksiyona (*organ reddi*) neden olurken, aşırılığı enfeksiyon ve malignite gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açmaktadır^{5,10,12}.

a) Rejeksiyon

İmmün sistemi baskılamak ve rejeksiyonu önlemek amacıyla karaciğer transplantasyonu sonrası Kortikosteroidler, Azathioprine, Mikofenolat Mofetil, Rapamisin, Antitimosit Globulin (ATG), Monoklonal Antikor (OKT3), Siklosporin ve Tacrolimus gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Tablo 1)^{1,11,13,14}.

Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda hemşire immünoşüpresif tedavinin etkin ve doğru bir şekilde uygulanmasını sağlamalı ve tedaviye bağlı yan etkileri ve diğer ilaçlarla olan etkileşimlerini izlemelidir. Aynı zamanda hastayı gelişebilecek rejeksiyon belirti ve bulguları (greft alanında ağrı ve hassasiyet, ateş, drenajda anormallik, gözlerde ve ciltte sarılık, yorgunluk, karaciğer enzimlerinde yükselme) yönünden gözlemeli ve hastayı

immünoşüpresif tedaviye uyumu ve katılımı yönünde desteklemelidir^{1,15}.

b) Enfeksiyon

Enfeksiyon, immün sistemi baskılanmış hastalarda yaygın olarak görülmekle birlikte, transplantasyon sonrası yaşamı tehdit eden önemli bir komplikasyondur. İlk iki haftada oluşan enfeksiyonlar genellikle bakteriyeldir. Enfeksiyon genellikle safra yollarında, yara yerinde, periton boşluğunda, idrar yollarında ve akciğerde oluşur. Fungal enfeksiyonlar özellikle Citomegalovirüs'e (CMV) bağlı olarak ameliyattan 3-8 hafta sonra meydana gelir. Enfeksiyonlardan korunmak için transplantasyon yapılan hastalara Hepatit A ve B, influenza ve pnömokok aşularının yapılması önerilmektedir^{5,11,16}.

İmmünoşüpresif tedavi, bedenin doğal savunmasını azalttığından hastanın enfeksiyondan korunması ve koruyucu izolasyonun sağlanması önem taşımaktadır. *Enfeksiyondan korunmak için*; hastaya bakım vermeden önce ve sonra, hastaya yapılan her türlü tanı, tedavi girişimi öncesi ve sonrası ellerin yıkanması, yara bakımında asepsiye dikkat edilmesi, günlük ağız bakımının yapılması, lökosit (WBC) düzeyinin izlenmesi, pnömونيю önlemek için derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yapılması önemli hemşirelik girişimleridir. Ayrıca transplantasyon sonrası yiyecekler uygun hijyenik koşullarda hazırlanmalı, hasta ziyareti yasaklanmalı ve hemşire hastanın kişisel hijyenini sağlama ve sürdürmesinde yardımcı olmalıdır^{15,17}.

c) Malignite

Uzun süre immünoşüpresif tedavi alan kişilerde malignite riski artmaktadır ve bu risk transplantasyon sonrası normal popülasyonla karşılaştırıldığında 30-50 kat daha yüksektir¹⁸. Özellikle Hepatit C (HCV) ile enfekte hastalarda, 50 yaşın üzerinde ve alkolik sirozlu hastalarda risk anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda yaş ve sigara içme durumu kanser gelişiminde önemli rol oynamaktadır^{18,19}.

Malignite açısından her donörün kanser riski nedeniyle ameliyat öncesinde dikkatli bir şekilde taranması; alıcıların kanserden korunma, erken tanı ve tedavisine ilişkin hizmetlerin ön planda tutulması gerekmektedir. Bu konularda eğitim, danışmanlık, izlem ve erken tanılama gibi hemşirelik hizmetleri önem taşımaktadır²⁰.

d) Kardiyovasküler Riskler ve Hipertansiyon

Normal popülasyonla karşılaştırıldığında karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda kardiyovasküler mortalite 2.5 kat ve iskemik olaylar ise 3 kat daha fazla görülmektedir¹⁰. Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde obezite, hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi önemli risk faktörleridir²¹.

Transplantasyon sonrası alıcıda ilk bir yıl içinde %65-70 oranında hipertansiyon ortaya çıkmaktadır²². Bu komplikasyon birçok nedene bağlı olarak gelişebilir,

ancak en sık nedeni kalsinörin inhibitörleri (*Siklosporin, Takrolimus*) ve steroid kullanımınıdır. İmmüno-supresif tedavide kullanılan Siklosporin, tüm hastalarda transplantasyon sonrası kan basıncını yükseltir. Bu nedenle hastalara kan basıncı takibi, uygun diyet ve antihipertansif ilaç kullanımına ilişkin eğitim yapılmalıdır^{4,20}.

Karaciğer transplantasyonuna bağlı psikolojik sorunlar
Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve öz bakım düzeylerinin artırılması için hemşirelerin hastaların transplantasyon sonrası nelerle karşılaşabileceğini bilmesi önemlidir.

Tablo 1. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası İmmüno-supresif Tedavide Kullanılan İlaçların Etkileri.^{11,13}

İLAÇ	ETKİ MEKANİZMASI	YAN ETKİLERİ	DOZU	İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ	ÖNEMLİ NOTLAR
Azathioprine	Antimetabolit, T ve B lenfositlerinin farklılaşmasını ve çoğalmasını baskılar	* Lökopeni (%15) * Bulantı ve kusma * Hepatotoksisite	1-2 mg/kg/gün	* Allopurinol * ACE (Anjiotensin converting enzim) inhibitörleri	Teratojenik etkisi bilinmemektedir. Gebeler için D kategorisindedir.
Siklosporin	Fungal metabolittir. T hücrelerini baskılar. IL-2 ve diğer lenfokinlerin salınımını inhibe ederek supresör T hücrelerini aktive eder.	* Renal yetmezlik (%30-40) * Hipertansiyon (%30) * Diş eti hiperplazisi (%10) * Hirsutizm (%40) * Tremor (%40) * Nöbetler (%3) * Baş ağrısı (% 40)	100-250 ng/ml (Hedef doz, greft fonksiyonuna göre değişmektedir)		İmmüno-supresif tedavide tek kullanımı daha etkilidir. Gebeler için C kategorisindedir.
Tacrolimus	IL-2 salınımını inhibe eder, T lenfositlerini baskılar.	* Diabetes Mellitus * Hipertansiyon * Baş ağrısı * Tremor * Nöbetler * Nefrotoksisite * Diyare (%15) * Miyokard hipertrofisi (özellikle çocuklarda)	5-15 ng/ml (Hedef doz, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarına göre değişmektedir)		Siklosporin ile karşılaştırıldığında teratojenik etkisinin yüksek olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur. Gebeler için C kategorisindedir.
Mikofenolat mofetil	T ve B lenfositlerinin çoğalmasını önler.	* Lökopeni (%5) * Gastrointestinal kanama ya da perforasyon	1-2 gr/gün	* Probenesid * Asiklovir * Antiasitler * Kolestramin	Teratojeniktir. Gebeler için D kategorisindedir. Azathioprin'e alternatif olarak kullanılır. İmmüno-supresif tedavide tek kullanımı uygun değildir.
Prednisolone	Antienflamatuar, T hücrelerinin üretimini baskılar, T hücrelerini lenfoid dokulardan perifere iterek kullanımını önler.	* Diyabetes Mellitus * Osteoporoz * Yara iyileşmesinin gecikmesi * Sodyum ve su retansiyonu * Potasyum atılımı * Hipertansiyon * Kas güçsüzlüğü * Katarakt * Cushingoid görünüm * Duygu durum bozukluğu (öfori/depresyon) * Kilo artışı	20 mg/gün	NSAI (Non steroid antienflamatuar ilaçlar)	Gebeler için B kategorisindedir.
Rapamisin	T hücrelerinin çoğalmasını önler.	* Hiperlipidemi (%40) * Yara iyileşmesinde gecikme	2-6 mg/gün Siklosporin'den 4 saat sonra alınması önerilir.		Gebeler için C kategorisindedir.

Hastaların bu süreçte yaşam kalitelerinin artırılması için yalnızca fiziksel parametreler değil, aynı zamanda psikososyal sorunların da ele alınması gerekir. *Forsberg ve ark.*²³ karaciğer transplantasyonu yapılan 12 hasta ile yaptıkları çalışmalarında; alıcıların transplantasyondan bir yıl sonra yaşadıkları deneyimleri değerlendirmiştir. Hastaların bu dönemde çelişkili duygular, yeni bir insan olma ya da bedene sahip olma, günahkarlık ya da minnettarlık, anksiyete ve korku, ölüm korkusu, rejeksiyon ya da enfeksiyon korkusu gibi psikolojik duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu psikolojik sorunlar genellikle immünosupresif tedaviye bağlı olarak gelişmektedir. Transplantasyon sonrası steroid tedavisi süresince hastalarda içine kapanma, aşırı konuşma, ajitasyon, huzursuzluk, uykusuzluk, ani gelişen neşelenme hali yönünden izlenmeli ve davranış değişiklikleri kaydedilmelidir. İmmünosupresif tedavinin etkileri hasta ve yakınlarına açıklanmalı ve ciddi davranış değişikliklerinde psikiyatri ile işbirliği yapılmalıdır. Ayrıca hastaların yaşadıkları bu sorunların azaltılmasında aile destek faktörleri de önem taşımaktadır^{23, 24, 25}.

Tıbbi tedavi rejimine uyumsuzluk

Karaciğer dokusunun reddini önleyen en önemli faktörlerden birisi immünosupresif ilaç tedavisinin düzenli uygulanması ve hastanın tedavi rejimine uyum sağlamasıdır¹⁰. Literatürde böbrek transplantasyonu ile ilgili yapılan bir çalışmada rejeksiyonun en önemli nedeni olarak immünosupresif ilaçların düzenli olarak kullanılmaması gösterilmiştir. Çalışmada böbrek nakli yapılan hastaların ortalama %28'inin immünosupresif tedavi rejimine uymadıkları, ortalama %20'sinde akut rejeksiyon geliştiği ve %16'sında ise greft fonksiyon kaybı görüldüğü belirtilmiştir²⁶. Yapılan bir diğer çalışmada ise, 2000 karaciğer transplant alıcılarının 23'ünün immünosupresif tedaviye uyum sağlamadıkları ifade edilmiştir. Özellikle genç yaş, madde kullanımı ve aile destek faktörlerinin az olduğu bireylerde tıbbi tedavi rejimine uyumsuzluğun arttığı bildirilmiştir¹¹. Hastaların tıbbi tedavi rejimine uyumsuzluğunu önlemek için ameliyattan önce ve sonra immünosupresif ilaç kullanacakları ve bu ilaçların bağışıklık sistemlerini baskılayacağı konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca greft sağ kalımı açısından hastanın tedaviye ve önerilere uyumunun, transplantasyonun başarısı ile ilişkisi açıklanmalı, tedaviye uyumsuzluk gösterebileceğinden endişe edilen hastalar operasyon öncesinde elimine edilmelidir²⁷.

Karaciğer hastalığının yeniden gelişmesi

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarda Hepatit A-B-C enfeksiyonu, otoimmün hepatit, metabolik hastalıklar, kanser ve kistik fibrozis gibi hastalıklar tekrar

gelişebilmektedir²⁸. Transplantasyon sonrası Hepatit B profilaksisi yapılmayan hastalarda, Hepatit B enfeksiyonunun %75 ile %90 oranında yeniden geliştiği bildirilmiştir¹⁶.

Nörolojik Komplikasyonlar

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarda görülen nörolojik semptomlar %11 ile %42 arasında değişmekle birlikte toplam prevalansı %25'dir²⁹. *Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarda görülen minör nörolojik komplikasyonlar*; tremor, baş ağrısı, uyku bozuklukları, periferal nöropati, ruhsal değişiklikler iken, *major komplikasyonlar*; nöbet, serebellar sendrom, bitkisel hayat, flasid parali, bilinç değişiklikleri, metabolik ve toksik ensefalopatidir^{29, 30}.

Karaciğer transplantasyonu sonrası nörolojik komplikasyonların görülme nedenleri; cerrahi prosedür, transplantasyon için bekleme listesinde olan hastaların malnutrisyon, koagülopati, ve trombositopeni gibi klinik problemleri ve hepatik ensefalopatidir. Aynı zamanda nakil yapılan hastalardaki elektrolit dengesizlikleri, kardiyovasküler problemler, enfeksiyonlar ve immünosupresif tedavi de nörolojik semptomlara neden olmaktadır^{29, 31}.

Nörolojik komplikasyonlar, nakil sonrası hastaların immünosupresif tedaviye uyumunu azaltarak rejeksiyon gelişme riskini artırmaktadır^{29, 30}. Aynı zamanda nörolojik komplikasyonların geliştiği hasta grubunda, gelişmeyen gruba göre hastanede kalış süresi uzamakta, enfeksiyon gelişimi ve yeniden transplantasyon uygulanma gereksinimi artmakta, öz bakım yetersizliği ve sosyal problemler görülmektedir^{29, 32}.

Diğer problemler

a) Kilo artışı

Transplantasyon sonrası belirgin kilo artışı sıklıkla görülmektedir. İmmünosupresif tedavide kullanılan kortikosteroidlerin etkilerine bağlı olarak iştahta artma, sodyum ve su retansiyonu ve diyet kısıtlamalarının yapılmaması gibi nedenlerle kilo alımı gelişir. Hastaların beden kitle indeksinin takip edilmesi, uygun diyetin sağlanması ve önemi konusunda eğitim verilmelidir¹¹.

b) Kozmetik Faktörler

Transplantasyon sonrası kullanılan çeşitli immünosupresif ilaçlar hastaların görünümünde değişikliklere neden olabilir. Kortikosteroidlerin kullanımına bağlı cushingoid görünüm (*ay dede yüz, sırtta buffalo hörgücü*), şişmanlık, akne ve osteoporoz gelişmektedir. Siklosporin kullanımına bağlı hirsutizm (*kıllanma*) ve diş eti hiperplazisi görülebilir^{11, 20}.

2. Karaciğer Transplantasyonunda Hasta Eğitimi

Transplantasyon sonrası süreçte hastalar; hastalıkları, aile ilişkileri, kendileri, meslekleri/işleri ve tıbbi tedavi/bakımları konusunda endişe duymaktadırlar. Hastaların³³;

- *Kendileri ile ilgili yaşadıkları endişeler:* gelecek korkusu, iş gücü kaybı, hastalığa ilişkin bilgi eksikliği;
- *Aile ilişkileri ile ilgili yaşadıkları endişeler:* aile ilişkilerinde değişiklik, gelecek korkusu ve iş gücü kaybı, rol değişimi;
- *Meslek/işleri ile ilgili yaşadıkları endişeler:* iş gücü kaybı, sosyal güvence sistemindeki sıkıntılar, gelecek korkusu, tedavinin süresi ve yaşam tarzındaki değişiklikler olup,
- *Hastalık ile ilgili yaşadıkları endişeler ise:* tedavinin yan etkileri, öz bakıma ilişkin bilgi eksikliği, enfeksiyon riskine ilişkin bilgi eksikliğidir.

Hastaların yaşadıkları bu korku ve endişelerin azaltılmasında, sağlığın iyileştirilmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında hasta ve ailesinin eğitimi büyük önem taşımaktadır. Hemşire; hasta ve ailesinin, ameliyatın getirdiği birtakım sınırlamalara ve değişen rollere uyumunu sağlamada öz bakım ve öz bakım yönetimi modelini kullanarak transplant alıcılarının öz bakım düzeylerinin artmasını sağlayacaktır (Tablo 2). Böylelikle hastaların sağlıkları için yapması gerekenleri, başkaları tarafından yapılmasını bekleme ya da isteme yerine kendi sağlık durumları için çaba sarf etmelerini sağlayacaktır³³.

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^{33, 34, 35}.

Tablo 2. Transplant alıcılarının öz bakım ve öz bakım yönetimi modeli.³⁵

HASTANIN ÖZ BAKIM VE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ MODELİNİN BİLEŞENLERİ		
HASTA	AİLE	SAĞLIK BAKIM PROFESYONELLERİ
İlaç tedavisi	Psikolojik destek	Problem çözüme
Yaşam bulgularının izlenmesi	Yeni yaşam rolüne uyum	Karar verme
Enfeksiyon kontrolü		Eylemlerin uygulamaya konulması
Semptom yönetimi		
İlaç tedavisi rejimine uyum		
Sağlıklı beslenme		
Sigarayı bırakma		
Fiziksel egzersiz		
Güneşten korunma		

Hemşireler öz bakım ve öz bakım yönetimi modeli doğrultusunda hasta ve ailesine yazılı ya da sözlü bilgiler vererek immünoşüpresif ilaçların etkilerini, kullanım şekillerini ve düzenli kullanmanın önemini açıklamalıdır^{27, 35} (Tablo 2). Aynı zamanda hemşire;

- Diyet düzenlemesi,
- Aktivite ve egzersizler,
- Enfeksiyon belirtileri ve enfeksiyondan korunma,
- Hijyenik kurallara uyma ve el yıkamanın önemi,
- Rejeksiyon belirti ve bulguları,
- Kontroller ve hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurusu gerektiği konusunda hasta ve ailesini bilgilendirmelidir.

Aynı zamanda hastaya verilen eğitim içeriğinde transplantasyon tedavisinde uzun süreli olarak kullanılan kortikosteroid tedaviye bağlı gelişebilecek katarakt ve glokom vakaları nedeniyle düzenli göz muayenelerinin önemi vurgulanmalıdır. İmmünoşüpresyon nedeniyle dış tedavilerinden önce profilaktik antibiyotik tedavisinin başlanması, düzenli ağız bakımı ve dış kontrollerinin yaptırılması gibi uygulamalar da hasta ve ailesine anlatılmalıdır^{1, 20, 35}.

Transplantasyon hastayı olduğu kadar ailelerini de etkileyen bir süreçtir. Bu süreçte hasta ve ailesinin sağlık profesyonelleri ile etkileşimde bulunmaları önem taşımaktadır. Hemşireler transplantasyon yapılan hastanın korku, yetersizlik duygusu, gergin yüz ifadesi, rahatsızlık ve kaygı gibi etkili olmayan baş etme davranışlarını değerlendirmeli, hastanın mevcut destek sistemleri (aile, transplantasyon yapılan diğer hastalar) ve baş etme mekanizmalarını değerlendirmeli, öz bakım sorumluluğu alma becerisini değerlendirmeli, hastanın korku ve endişelerini açıklamasına izin vermeli ve duygusal destek sağlamalıdır^{20, 35}.

Öz bakım ve öz bakım yönetimi modeli; hasta, hasta ailesi ve sağlık bakım profesyoneli olmak üzere 3 bileşenden oluşmaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin mesleki sorumluluğu; hasta bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimleri karşılayacak girişimlere karar vermek, girişimleri uygulamak ve sonuçta bireyin gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendirmektir. Dolayısıyla hemşire, bilimsel problem çözme basamakları ile paralel giden hemşirelik sürecini kullanarak karaciğer transplantasyonu yapılan hasta ve ailesinin bakımını planlayabilir. Karar verme, bakım sürecinin her aşamasında olduğundan hemşire etik karar verme becerisine ve aynı zamanda kritik düşünme, bilimsel problem çözme süreci ve terapötik iletişim kurma becerisine sahip olmalıdır. Böylelikle hasta ve ailesine profesyonel, holistik ve bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımı sunulur^{36, 37}.

Sonuç olarak; transplantasyon sonrası donör ve alıcının en iyi koşullarda hemşirelik bakımının sağlanması ile

komplikasyonların en aza indirilmesi ve hastaların öz bakım ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi sağlanacaktır.

KAYNAKLAR:

- Smeltzer SC, Bare BG: Assessment and Management of Patients with Hepatic Disorders-Liver Transplantation. "Smeltzer SC, Bare BG (eds): Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10. Baskı" kitabında s.1115-1118, Philadelphia: WB Saunders (2004).
- Angelico M, Gridelli B, Strazzabosco M: Practice of adult liver transplation in Italy recommendations of the Italian Association for the study of the liver (A.I.S.F). *Digestive and Liver Disease*. 2005;37:461-467.
- Esquivel CO: Liver Transplantation: Where we are and where we are heading. *Transplantation Proceedings*. 2010;42:610-612.
- Kasapoğlu B, Yalçın KS, Türkay C: Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji*. 2010;14(2):96-102.
- Sayek İ: Temel Cerrahi. 3. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara (2004).
- Edirne T: Türkiye'de Organ ve Doku Nakli Uygulamaları: Sonuçları ve Strateji Önerileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2004;24:261-266.
- Chang EN, Scudamore CH, Chung SW: Transplantation: focus on kidney, liver and islet cells. *Canadian Medical Association*. 2004;47(2):123-129.
- Mutimer D: Liver Transplantation. *Medicine*. 2006;35(2):112-115.
- Şelimen D: Renal Transplantasyonda Hemşirelik Bakımı. "Titiz İ (eds): Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım, 2. Baskı" kitabında s.433-440, İstanbul (2004).
- Ryckman FC, Bucuvalas JC, Nathan J, Alonso M, Tiao G, Balistreri WF: Outcomes following liver transplantation. *Seminars in Pediatric Surgery*. 2008;17:123-130.
- Neuberger JM: Liver Transplantation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2003;17(2):277-289.
- Alican F: Genel Cerrahi. 1. Baskı. Cilt 1. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul (2007).
- Heneghan MG, Selzner M, Yoshida EM, Mullhaupt B: Pregnancy and sexual function in liver transplantation. *Journal of Hepatology*. 2008;49:507-519.
- Olgun N, Aslan FE, Fındık ÜY: Karaciğer Hastalıkları. "Karadokovan A, Aslan FE (eds): Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 1. Baskı" kitabında s.773-805, Adana (2010).
- Dicle A, Karayurt Ö: Karaciğer Transplantasyonu. "Akbayrak N, Erkal Sİ, Ançel G, Akbayrak A (eds): Hemşirelik Bakım Planları Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut, 1. Baskı" kitabında s.851-861, Ankara (2007).
- Egwim C, Botero RC: Is Hepatitis B immunoglobulin prophylaxis needed for liver transplantation in the era of new antivirals? *Transplantation Proceedings*. 2005;37:2200-2204.
- Arslan H: Solid Organ Transplantasyonu ve İnfeksiyon. *ANKEM Dergisi*. 2005;19 (Ek 2):161-164.
- Duvoux C, Pageaux GP, Vanlemmens C, et al: Risk factors for lymphoproliferative disorders after liver transplantation in adults: an analysis of 480 patients. *Transplantation*. 2002;74:1103-7.
- Vallejo GH, Romero CJ, Vicente JC: Incidence and risk factors for cancer after liver transplantation. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2005;56:87-99.
- Talas MS: Böbrek Transplantasyonu. "Akbayrak N, Erkal Sİ, Ançel G, Akbayrak A (eds): Hemşirelik Bakım Planları Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut, 1. Baskı" kitabında s.1035-1049, Ankara (2007).
- Varo E, Padin E, Otero E, et al: Cardiovascular risk factors in liver allograft recipients: relationship with immunosuppressive therapy. *Transplantation Proceedings*. 2002;34(5):1553-1554.
- Sheiner, PA, Magliocca, JF, Bodian, CA, et al: Long-term medical complications in patients surviving ≥ 5 years after liver transplant. *Transplantation*. 2000;69:781-6.
- Forsberg A, Backman L, Möller A: Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(2):327-334.
- Sargent S, Wainwright: A qualitative study exploring patients perceived quality of life following an emergency liver transplant for acute liver failure. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;23:272-280.
- Alparslan GB, Kapucu S: Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2008:77-84.
- Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, et al: Prevalence, consequences and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transpl Int*. 2005;18:1121-1133.
- Harmancı AK: Böbrek Transplantasyonu, Hasta Takip ve Bakımı. "Sabuncu N, Ay Akça F, (eds): Klinik Beceriler- Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi, 1. Baskı" kitabında s.750-758, İstanbul (2010).
- Roche B, Samuel D: Liver transplantation in viral hepatitis: Prevention of recurrence. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2008;22(6):1153-1169.
- Amodio P, Biancardi A, Montagnese S, et al: Neurological complications after orthotopic liver transplantation. *Digestive and Liver Disease*. 2007;39:740-747.
- Saner FH, Sotiropoulos GC, Gu Y, et al: Severe neurological events following liver Transplantation. *Archives of Medical Research*. 2007;38:75-79.
- Bronster DJ, Emre S, Boccagni P, Sheiner PA, Schwartz ME, Miller CM: Central nervous system complications in liver transplant recipients—incidence, timing, and long-term follow-up. *Clin Transplant*. 2000;14:1-7.
- Lewis MB, Howdle PD: Neurologic complications of liver transplantation in adults. *Neurology*. 2003;61:1174-1178.
- Pelgur H, Atak N, Kose K: Anxiety and depression levels of patients undergoing liver transplantation and their need for training. *Transplantation Proceedings*. 2009;41:1743-1748.
- Sharkey C, Gourishankar S: Transplant friends: An interactive education program for patients awaiting kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2003;35:2405-2406.
- Keller PS, Dickenmann M, Berry DL, Steiger J, Bock A, Geest S: Computerized patient education in kidney transplantation: Testing the content validity and usability of the Organ Transplant Information System (OTIS™). *Patient Counselling and Education*. 2009;74:11-117.
- Türgan AS: Hasta Bakım Süreci. "Ay Akça F, (eds): Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 3. Baskı" kitabında s.90-103, İstanbul (2011).
- Abaan S, Altıntoprak A: Hemşirelerde problem çözme becerileri: Öz değerlendirme sonuçlarının analizi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005:62-76.