



**KARACİĞER NAKLİ OLAN HASTALARDA
AYAK REFLEKSOLOJİSİNİN AĞRI, KONFOR
VE BETA ENDORFİN DÜZEYİNE ETKİSİ**

Gürkan KAPIKIRAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Meral ÖZKAN**

Doktora Tezi – 2020

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

**KARACİĞER NAKLİ OLAN HASTALARDA AYAK REFLEKSOLOJİSİNİN
AĞRI, KONFOR VE BETA ENDORFİN DÜZEYİNE ETKİSİ**

Gürkan KAPIKIRAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Meral ÖZKAN

Bu Araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
Tarafından 1751 Proje numarası ile desteklenmiştir.

MALATYA

2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Karaciğer Naklinin Tanımı ve Tarihçesi	4
2.2. Karaciğer Nakil Endikasyonları.....	4
2.3. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları	5
2.4. Karaciğer Nakli için Donör Seçimi	6
2.4.1. Kadavra Vericili Nakiller.....	6
2.4.2. Canlı Vericili Nakiller	6
2.5. Karaciğer Naklinde Cerrahi Yöntemler	7
2.5.1. Ortotopik Karaciğer Nakli	7
2.5.2. Heterotopik (yardımcı) Karaciğer Nakli	7
2.5.3. Ayrılmış ve Küçültülmüş Karaciğer Nakli	7
2.5.4. Split Karaciğer Nakli	7
2.6. Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Komplikasyonlar	8
2.7. Karaciğer Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı	8
2.8. Karaciğer Nakli Sonrası Ağrı ve Konfor	10
2.9. Konfor Kuramı.....	10
2.10. Kuramın Taksonomik Yapısı.....	11
2.10.1. Bireysel Konfor Gereksinimlerinin Karşılama Yoğunluğuna Göre Konfor Düzeyleri.....	11
2.11. Holistik Yaklaşımına Göre Konfor Düzeyleri	11
2.11.1. Fiziksel Konfor	12
2.11.2. Psikospiritüel Konfor	12

2.11.3. Çevresel Konfor.....	12
2.11.4. Sosyokültürel Konfor.....	12
2.12. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)	13
2.13. Refleksoloji.....	15
2.13.1. Refleksolojinin Tanımı	15
2.13.2. Refleksolojinin Tarihçesi.....	16
2.14. Refleksolojinin Etki Mekanizması ve Geliştirilen Teoriler.....	17
2.14.1. Enerji Teorisi	18
2.14.2. Laktik Asit Teorisi	18
2.14.3. Kapı Kontrol Teorisi.....	19
2.14.4. Endorfin Teorisi.....	20
2.14.5. Sinir Reseptörleri Algılama Teorisi.....	20
2.14.6. Sinir Uyarı Teorisi (Somatik - Otonomik Birleşme)	21
2.14.7. Sempatik - Parasempatik Teorisi	21
2.15. Refleksoloji Uygulamasının Kullanıldığı Alanlar	21
2.16. Refleksoloji Uygulamasının Sakıncalı Olduğu Alanlar.....	22
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	24
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu.....	24
3.5.2. Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ)	24
3.5.3. Beta Endorfin Düzeyi Kayıt Formu.....	24
3.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.6.1. Kan Örneklerinin Alınması ve Labaratuvar Analizleri.....	26
3.7. Hemşirelik Girişimi	26
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	32
3.10. Araştırma İzni ve Etik Kurul Onayı.....	33
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	34

4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	67
EK 1. Hasta Tanıtım Formu.....	67
EK 2. Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ).....	70
EK 3. Beta Endorfin Düzeyi Kayıt Formu	71
EK 4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ).....	72
EK 5. Gönüllü Bilgilendirme Formu (Deney Grubu).....	73
EK 6. Gönüllü Bilgilendirme Formu (Kontrol Grubu).....	77
EK 7. Refleksoloji Eğitim Sertifikası	81
EK 8. TÖTM Başhekimlik Onayı.....	82
EK 9. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı.....	84
EK 10. Perianestezi Konfor Ölçeği Kullanım İzni	87
EK 11. Özgeçmiş Formu	88

TEŞEKKÜRLER

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak hazırlanmış bu çalışmanın yürütülmesinde danışmanlık yapan, desteğini ve bilimsel bilgisini esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Meral ÖZKAN'a,

Lisansüstü eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Serdar SARITAŞ'a, doktora tez izleme komitesinin değerli üyeleri Prof. Dr. Behice ERCİ'ye ve Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya

Çalışmamın laboratuvar aşamasında her türlü desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. İbrahim Halil ÖZEROL'a, Doç. Dr. Yücel DUMAN'a, Dr. Öğretim Üyesi Fatma ÖZYALIN'a ve İlkay KILIÇASLAN'a,

İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne ve değerli çalışanlarına,

Lisansüstü eğitimim süresince ekip olarak yanımda olan Kardiyoloji Servisi'ndeki saygıdeğer hemşire arkadaşlarıma ve diğer sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Lisansüstü eğitimim süresince gerekli işlemlerin yürütülmesinde görevli olan tüm idari personellere,

Hayatımın en güzel anlarında yanımda olan çekirdek ailem annem, babam ve abim'e,

Tüm kalbi duygularıyla teşekkür ediyorum...

Gürkan KAPIKIRAN

ÖZET

Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi

Amaç: Araştırma, karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, ön-test/son-test kontrol gruplu deneysel düzende yapıldı. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciğer Nakil Enstitüsü'nde karaciğer nakli olmuş yetişkin hastalar oluşturdu. Örneklemi ise güç analizi ile belirlenen 60 deney, 60 kontrol grubu olmak üzere 120 hasta oluşturdu. Veriler Ekim 2019 – Nisan 2020 tarihleri arasında Hasta Tanıtım Formu, Sayısal Ağrı Ölçeği, Perianestezi Konfor Ölçeği, Beta Endorfin Düzeyi Kayıt Formu kullanılarak toplandı. Deney grubundaki hastaların refleksoloji öncesi ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyleri belirlendi. Araştırmacı tarafından 30 dakika ayak refleksolojisi uygulandı. Refleksolojiden hemen sonra tekrar ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyleri saptandı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare, eşleştirilmiş t testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Kontrol grubundaki hastaların ön test son test ağrı düzeyi puan ortalamaları arasında önemli bir farklılık saptanmazken, deney grubundaki hastaların ağrı düzeyinin düştüğü saptandı ($p<0.05$). Hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların beta endorfin ve konfor düzeylerinin ön teste göre son testte istatistiksel olarak önemli düzeyde arttığı belirlendi ($p<0.05$). Ancak beta endorfin ve konfor düzeylerindeki bu artışın deney grubunda daha fazla olduğu görüldü.

Sonuç: Ayak refleksolojisinin karaciğer nakli olan hastalarda ameliyat sonrası ağrı kontrolünde etkili olduğu, beta endorfin düzeyini ve konfor düzeyini arttırdığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Nakli, Ayak Refleksolojisi, Ağrı, Konfor, Beta Endorfin

ABSTRACT

The Effect of Foot Reflexology on Pain, Comfort and Beta Endorphin Levels in Patients with Liver Transplantation

Aim: The Research was carried out to determine the effect of foot reflexology applied to patients with liver transplantation on pain, comfort and beta endorphin levels.

Material and Methods: The Research was carried out in an design with pre-test/post-test control group. The population of the study was made up of adult patients who underwent liver transplantation at İnönü University Turgut Ozal Medical Center Liver Transplant Institute. The sample consisted of 120 patients with specified power analysis, including analysis 60 experimental and 60 controls. Data were collected between October 2019–April 2020 using Patient Information Form, Numerical Pain Scale, Perianesthesia Comfor Scale and Beta Endorphin Level Registration Form. Pain, comfort and beta endorphin levels of patients in the experimental group were determined before reflexology. Foot reflexology was applied by the researcher for 30 minutes. Immediately after foot reflexology pain, comfort and beta endorphin levels were determined. In the evaluation of the data; number, percentage, avarege, standart deviation, chi-square and t Test in Independent groups was used.

Results: While there was no significant difference between the pretest-posttest pain level scores of the control group patients, the pain level of the patients in the experimental group was found to decrease ($p<0.05$). It was determined that beta endorphin and comfort levels of both experimental and control groups increased statistically in the post-test compared to the pre-test ($p<0.05$). However, this increase in beta endorphin and comfort levels was observed to be higher in the experimental group.

Conclusion: Foot reflexology was found to be effective in post-operative pain control in patients with liver transplantation, and increased beta endorphine level and comfort level.

Key Words: Liver Transplantation, Foot Reflexology, Pain, Comfort, Beta Endorphin

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APS	: Amerikan Ağrı Derneği (American Pain Society)
β-End	: Beta Endorfin
ERCP	: Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi
HTF	: Hasta Tanıtım Formu
GODT	: Global Bağış ve Nakil Gözlemevi (Global Observatory on Donation and Transplantation)
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)
KKT	: Kapı Kontrol Teorisi
KN	: Karaciğer Nakli
KNE	: Karaciğer Nakli Enstitüsü
NCCAM	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi (The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine)
NSAİİ	: Non-steroid Antienflamatuar
PKÖ	: Perianestezi Konfor Ölçeği
SAÖ	: Sayısal Ağrı Ölçeği
SG	: Substantia Gelatinosa
SS	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Packed for the Social Sciences
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TENS	: Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
\bar{x}	: Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.4. Canlı Vericili Nakil Segmentleri	7
Şekil 2.13. Ayaklardaki Refleks Noktaları	15
Şekil 2.13.2. Refleksolojinin Tarihçesi.....	16
Şekil 2.14.1. Ayaklardaki 10 Enerji Bölgesi.....	18
Şekil 2.14.3. Kapı Kontrol Teorisi.....	19
Şekil 3.6.1. Alınan Örneklerin Santrifüj Edilmesi.....	26
Şekil 3.7.1. Ayak Refleks Noktaları	28
Şekil 3.7.2. Araştırma Akış Şeması	29
Şekil 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ağrı Düzeylerindeki Değişim ...	41
Şekil 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beta Endorfin Düzeylerindeki Değişim	43
Şekil 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Düzeylerindeki Değişim	45

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.2. Karaciğer Nakli Endikasyonları	5
Tablo 2.3. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları	6
Tablo 2.6. Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Komplikasyonlar	8
Tablo 2.11. Konfor Kuramın Taksonomik Yapısı.....	11
Tablo 2.10. Alternatif Tıp Uygulamalarının Sınıflandırılması.....	14
Tablo 3.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeğinin Pozitif ve Negatif Maddeleri	25
Tablo 3.8.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 3.9.1. Araştırma Sonuçlarının Analiz Edilmesinde Kullanılan İstatistik Yöntemleri.....	33
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 4.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.3. Hastaların Günlük Yaşamlarında Kullandıkları Ağrı İle Baş Etme Yöntemlerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 4.4. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi için Yapılan Analjezik Uygulamaları ..	40
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Ağrı Düzeylerinin Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırılması	41
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarının Beta Endorfin Düzeylerinin Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırılması	43
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Konfor Düzeylerinin Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırılması	45

1. GİRİŞ

Karaciğer nakli (KN), hasta ile kan ve doku uyumu olan canlı vericili donörden veya beyin ölümü gerçekleşen kadavra vericiden cerrahi müdahale ile alınan karaciğerin alıcıya nakledilmesidir (1). Karaciğer nakli son 20 yıldır hızla yükselen sağ kalım oranlarıyla (1 yıl, 10 yıl ve 18 yıl sırasıyla %83-88, %68-72, %48-56) son evre karaciğer hastalıkları için başarılı ve yaygın bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (2,3). İmmünoşüpresif tedavi ve teknolojideki gelişmeler karaciğer naklinin tedavi potansiyelini üst düzeylere taşımış, cerrahi girişimler son evre karaciğer hastaları için en son başvuru olan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve yaygın bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (1, 4). Global Bağış ve Nakil Gözlemevi (Global Observatory on Donation and Transplantation); son üç yılda Dünyada 90161 ve Türkiye’de 4809 karaciğer nakli yapıldığını bildirmiştir (5).

Karaciğer nakli oranlarındaki hızlı artış nakil sonrası sağlık bakım yönetimine olan önemi de arttırmaktadır. Cerrahi girişimlerin önemli bir ağrı nedeni olduğu ve ağrının ameliyat sonrası dönemde hastaların en sık yaşadığı sorunlardan biri olduğu bilinmektedir (6, 7). Nitekim Amerika’da yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası hastaların %80’inin ağrı yaşadığı ve ağrı yaşayan hastaların %86’sının ağrı şiddetini orta, şiddetli ve dayanılmaz olarak belirttiği bildirilmektedir (8). Ağrı; ameliyat öncesinde cerrahi girişim gerektiren hastalık nedeniyle, ameliyat sırasında sinir uçlarını uyaran kimyasal madde salınımı ile ya da doku kanlanması basınç, ödem ve kas spazmı ile bozulması nedeniyle, ameliyat sonrası dönemde ise hastanın ameliyat sırasındaki pozisyonu, girişim ve doku hasarı gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır (9). Ağrının ortadan kaldırılmaması bireyin yaşamını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkileyerek yaşam kalitesini ve konforunu olumsuz yönde etkilemektedir (6-7, 10-11). Etkili ağrı yönetimi ile hastanın erken mobilizasyonu sağlanmakta, konforu ve memnuniyeti artmakta, hastanede kalış süresi kısalarak bakım maliyeti düşmektedir (12-14).

Nakil işlemlerinde, cerrahi girişim sonrası canlı vericili donör ile alıcı bakımının en iyi şartlarda sağlanması, organın nakil edilmesi kadar önemlidir (15). Bu nedenle ağrı kontrolünün yanı sıra, hasta konforunun sağlanması ve sürdürülmesi de bakım amaçları arasında yer almalıdır (16, 17). Bu bağlamda hemşireler, oldukça kompleks ve riskli girişimler olan transplantasyon ameliyatlarından sonra, hastaların deneyimledikleri

ağrının kontrol altına alınması, konforu bozan etkenlerin ortadan kaldırılması, komplikasyonların azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi önemli sorumluluklar üstlenmektedirler (18, 19).

Günümüzde ameliyat sonrası ağrının kontrolünde yaygın bir şekilde farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (18, 20). Ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen farmakolojik yöntem; çabuk etki etmesi ve uygulanabilirliği kolay olması nedeniyle analjezik tedavidir (12). Yalnız analjeziklerle her zaman etkili ağrı kontrolü sağlanamamaktadır (21). Ayrıca analjezik tedavisinin bilinçsiz ve gereğinden fazla bir şekilde kullanılması fizyolojik fonksiyonları olumsuz yönde etkilemekte, birey ve ülke ekonomisine ek yükler getirmektedir (22-24). Bu nedenle son yıllarda farmakolojik yöntemlerle beraber ağrı şiddetini hafifletici etkileri nedeniyle farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı da artmıştır. Farmakolojik olmayan yöntemler aracılığıyla ağrının giderilmesinde amaç, analjezi kullanımının azaltılarak hastanın yaşadığı ağrıyı olabildiğince gidermek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (12, 25). Bu sebeple hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde ağrıyı azaltmak için farmakolojik tedavi yöntemlerine ek olarak non-farmakolojik yöntemleri kullanması önerilmektedir (26). Aynı zamanda toplumu oluşturan bireylerin tamamlayıcı yöntemlere yönelik ilgilerin artması, birey, aile ve topluma hizmet eden sağlık bakım profesyonellerinden olan hemşirelerin farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinde rol almasını zorunlu hale getirmiştir (25).

Ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler; müzik terapi, aromaterapi, refleksoloji, akupressör, shiatsu, masaj, terapötik dokunma, hipnoterapi ve yoga gibi uygulamaları içermektedir (27-29). Bu uygulamalar içerisinde yer alan refleksoloji, beş bin yıllık geçmişe dayanan, popüler ve invaziv olmayan, vücudun kendi doğal şifa ve enerji bölgelerini harekete geçirerek ağrı tedavisinde kullanılan bir yöntemdir (27, 30, 31). Refleksoloji uygulaması iyileşmeyi refleks (sinir uçları) noktalarının ovulması, sıvazlanması ve sıkma hareketleri esnasında basınç uygulaması ile sağlayan, kendine has basınç tekniği olan enerji dengeleme sistemidir (32). Refleks noktalara uygulanan basınç ve masaj sayesinde enerji blokajları kırılmakta ve ilgili organlara bu enerji akımının dengeli bir şekilde yayılması sağlanmaktadır (27, 33, 34).

Refleksoloji sırasında refleks noktalarına uygulanan basınç ve masaj uygulamalarının, birçok kimyasal maddenin salınımı ile birlikte endorfinlerin salınımını da uyularak, ağrı kontrolü üzerine etki sağladığı bildirilmektedir (35). Literatürde

refleksolojinin ağrı üzerine etkisini inceleyen çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Khorsand ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, apendektomi ameliyatı sonrası hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (36). Sadeghi Shermeh ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası uygulanan ayak refleksolojisinin ağrının azaltılmasında yararlı olduğu saptanmıştır (37). Kanseri hastaları ile yapılan bir başka çalışmada, ayak refleksolojisi uygulanmış ve hastaların belirttiği ağrı derecelerinde gerileme olduğu, opiyat ihtiyaçlarında ise azalma olduğu gözlemlenmiştir (38). Literatürde refleksolojinin ağrı kontrolü üzerine yapılmış çalışma sonuçlarına bakıldığında tamamlayıcı bir yöntem olduğu görülmektedir (30, 35-42).

Yukarıda belirtildiği gibi ayak refleksolojisinin ağrı üzerine etkisini inceleyen birçok çalışma olmasına ve konfor düzeyine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olmasına karşın, karaciğer nakli olan hastalarda yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ayrıca Refleksolojinin beta endorfin düzeyini yükselttiği bildirilmesine karşın, refleksoloji sonrası endorfin düzeyine bakan sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür (43). Bu bilgilerden hareketle bu araştırma, ayak refleksolojisinin karaciğer nakli olan hastalarda ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma sonuçlarının kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yeni bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyi üzerine etkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁. Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisi hastaların ağrı düzeyini azaltır.

H₂. Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisi hastaların beta endorfin düzeyini arttırır.

H₃. Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisi hastaların konfor düzeyini arttırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğer Naklinin Tanımı ve Tarihçesi

Karaciğer nakli, karaciğerin görevini yerine getiremediği ve vücuda zarar vermeye başladığı durumlarda canlı ya da beyin ölümü gerçekleşmiş ve aile onayı alınmış vericiden alınan karaciğerin alıcıya nakledilmesidir. Bu işlem için, hasta ile kan ya da doku uyumu olması gerekir (1, 54).

Dünyada ilk kez 1963 yılında Thomas Starzl tarafından Amerika'nın Denver kentinde gerçekleştirilmiş olan KN, 1980'li yıllarda teknolojinin gelişmesiyle beraber büyük bir gelişim göstermiş ve bugünlerde kronik karaciğer yetmezliği hastaları için tek tedavi seçeneği olmuştur. 1990'lı yıllardan itibaren birçok dünya ülkesinde karaciğer nakil merkezlerinin açılmasıyla beraber nakil ameliyatları sayısında seri bir artış olmuştur (55, 56).

Türkiye'de ilk kadavradan yapılan KN, 1988 yılında Mehmet Haberal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. İlk canlı vericili KN ise 1990 yılında anneden çocuğuna yapılmıştır. Son yıllarda karaciğer nakli Türkiye'de birçok merkezde başarılı bir şekilde yapılmaktadır (57, 58).

2.2. Karaciğer Nakli Endikasyonları

Fulminan (akut) karaciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalıkları, hepatosellüler karsinomalar ve sistemik hastalıkların neden olduğu karaciğer hastalıkları KN endikasyonları arasında yer almaktadır (59, 61). Karaciğer nakil endikasyonları Tablo 2.2'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2.2. Karaciğer Nakli Endikasyonları (55, 59, 61, 65, 68).

Sınıflandırma	Karaciğer Hastalıkları
Kronik Karaciğer Yetmezliği	<ul style="list-style-type: none">➤ Viral hepatit: hepatit B, hepatit C➤ Alkole bağlı karaciğer hastalığı➤ Otoimmün karaciğer hastalığı➤ Alkol dışı steatohepatit➤ Kriptojenik karaciğer hastalığı➤ Primer/sekonder biliyer siroz➤ Primer sklerozan kolanjit
Malignite	<ul style="list-style-type: none">➤ Hepatosellüler karsinom (HCC)➤ Kolanjiokarsinom➤ Metastatik nöroendokrin tümörler
Metabolik Karaciğer Hastalığı	<ul style="list-style-type: none">➤ Alfa-1 antitripsin eksikliği➤ Herediter hemokromatozis➤ Wilson hastalığı➤ Glikojen depo hastalığı➤ Primer oxalosis➤ Ailesel amliyodis
Damarsal Hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">➤ Budd Chiari sendromu➤ Veno-oklüziv hastalıklar
Diğer	<ul style="list-style-type: none">➤ Polikistik karaciğer hastalığı➤ Doğumsal metabolizma bozukları➤ Travma ve toksik reaksiyon

2.3.Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları

Karaciğer nakli kontrendikasyonları kesin ve göreceli olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Karaciğer nakli için hasta değerlendirmesinde; KN endikasyonlarından ziyade karaciğer naklinin kesin kontrendikasyonlarını tanımlamak daha önemlidir. Karaciğer nakli kontrendikasyonları Tablo 2.3’de detaylı olarak verilmiştir (55, 64).

Tablo 2.3. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları (55, 64).

Karaciğer naklinin kesin kontrendikasyonları	Karaciğer naklinin göreceli kontrendikasyonları
<ul style="list-style-type: none">➤ İleri Nörolojik Hastalık➤ Kontrol Edilemeyen Sepsis➤ Ekstra Hepatik Malignite➤ İleri Derece Kardiyovasküler Hastalıklar➤ İleri Derece Pulmoner Hastalıklar➤ Major Psikoz➤ Kolestatik Hepatit C➤ Aktif Madde Kullanımı (Alkol, Uyuşturucu vb.)➤ Multi Organ Yetmezliği	<ul style="list-style-type: none">➤ 65 Yaşın Üzerinde Olmak➤ Kolanjio-Karsinom➤ Human Immunodeficiency Virus (HIV) İnfeksiyonu olan Hastalar➤ Pulmoner Hipertansiyon Hastaları➤ Paroksizmal Noktürnal Hemoglobüri➤ Portal Ven Trombozu Olan Hastalar

2.4.Karaciğer Nakli İçin Donör Seçimi

Donör tipine göre karaciğer nakilleri kadavra vericili ve canlı vericili olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (1,60).

2.4.1.Kadavra Vericili Nakiller

Sağlığında organ bağışında bulunmuş ya da beyin ölümü gerçekleşmiş, solunum ve dolaşımını cihazlara bağlı olarak sürdüren ve ailesinden organ bağışı için resmi izin alınmış, “geri dönüşümü tıbbi olarak mümkün olmayan” hastalar kadavra verici olarak adlandırılmaktadır. Kadavra vericiden alınan karaciğerin, KN bekleyen kişiye nakledilmesi durumuna ise kadavra vericiden organ nakli denilmektedir (1, 60, 62).

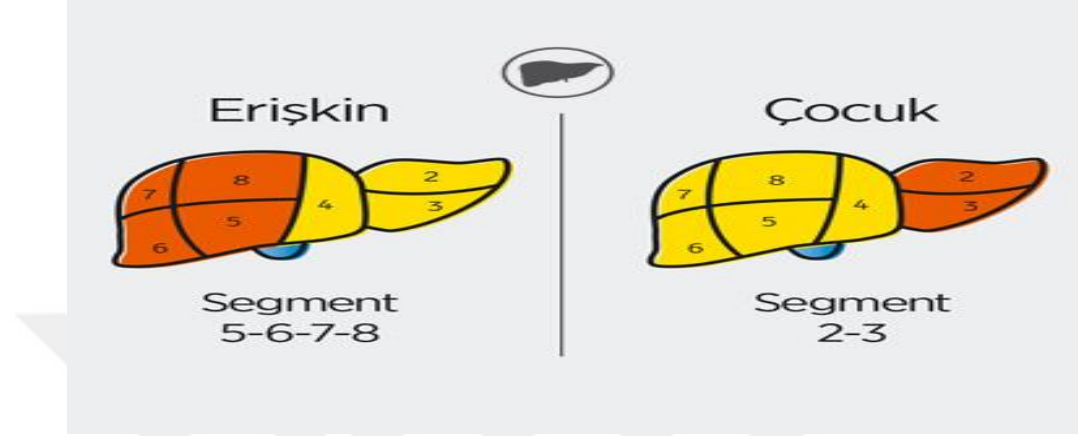
2.4.2.Canlı Vericili Nakiller

Karaciğer nakli için kadavradan elde edilen organ sayısının ihtiyacı karşılamaması nedeniyle, canlı vericilerden alınabilen organların kullanılması gündeme gelmiştir (1, 63).

Karaciğerin fonksiyonel anatomisi hakkında yapılan çalışmalar, karaciğerin birbirinden bağımsız olarak çalışabilen kısımlardan oluşan bir organ olduğunu ve bu kısımlardan birinin (genellikle sağ lob veya sol lateral kısım) çıkarıldıktan sonra başka bir hastaya nakil edilmesinin mümkün olduğunu ortaya koymuştur (62). Canlı vericili nakil, hasta için gerekli olan karaciğer dokusunun hastanın yaşayan bir akrabasından veya

doku uyumu olan başka bir bağışçıdan alınması işlemidir. Vericinin akraba olması iyi doku uyumunun elde edilmesi açısından bir avantajdır (62).

Canlı vericili nakillerde yetişkin vericiler için 5, 6, 7, 8 olarak adlandırılan karaciğerin sağ lobu alınırken, bebek ve çocuklar için 2, 3 olarak adlandırılan karaciğerin sol lobu alınmaktadır (Şekil 2.4) (66).



Şekil 2.4. Canlı vericili nakil segmentleri (66).

2.5. Karaciğer Naklinde Cerrahi Yöntemler

Karaciğer nakli, hastanın durumuna göre çeşitli cerrahi yöntemler ile gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

- **2.5.1. Ortotopik Karaciğer Nakli:** Hasta olan karaciğer dokusunun tamamı kesilip çıkarıldıktan sonra, çıkarılan anatomik bölgeye donör tarafından sağlanan karaciğer dokusunun yerleştirilip vasküler anastomoz yapılması işlemidir.
- **2.5.2. Heterotopik (Yardımcı) Karaciğer Nakli:** Hasta olan karaciğer dokusu çıkarılmadan donör karaciğer dokusunun paravertebral oluğa yerleştirilmesi işlemidir. Bu işlem cerrahi açıdan yüksek risk grubunda olan hastalar için uygulanır.
- **2.5.3. Ayrılmış ve Küçültülmüş Karaciğer Nakli:** Yetişkin donörden alınan karaciğer için hepatektomi yapıldıktan sonra nakil işlemi için lob bölünür, bu bölünen parçanın medial ve lateral kısmı nakil için kullanılır. Bu cerrahi işlem pediatrik olgularda yapılır.
- **2.5.4. Split Karaciğer Nakli:** İki farklı hasta için kullanılmak üzere karaciğerin ikiye bölünerek kullanılması işlemidir (64, 118).

2.6.Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Her nakilden sonra en az bir istenmeyen durum geliştiği bildirilmektedir (67). Bu komplikasyonlar Tablo 2.6’da verilmiştir.

Tablo 2.6.Karaciğer Nakli Sonrası Görülen Komplikasyonlar (64, 68).

Ani Meydana Gelen Komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">➤ Primer greft non-fonksiyonu➤ Hemoraji➤ Akut böbrek yetmezliği (ABY)
Erken Dönemde Meydana Gelen Komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">➤ Akut rejeksiyon➤ Portal ven trombozu➤ Hepatik arterin trombozu➤ Safra kacağı➤ Primer/Sekonder Kolanjit➤ Enfeksiyon➤ Biliyer obstrüksiyon➤ Disfazi, deliryum, konfüzyon ve koma gibi nörolojik komplikasyonlar
Geç Dönemde Meydana Gelen Komplikasyonlar	<ul style="list-style-type: none">➤ Kronik rejeksiyon➤ Allogreft disfonksiyonu➤ Viral hepatit➤ Hastalık rekürrensi➤ Osteoporoz➤ Hiperlipidemi➤ Hipertansiyon➤ Renal disfonksiyon➤ Deri malignensi

2.7.Karaciğer Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı

Karaciğer nakli sonrası hemşirelik bakımındaki ana amaç, nakilin yapıldığı karaciğerin fonksiyonunun sürdürülmesi ve hastanın yaşamının devamlılığının sağlanmasıdır. Nakil sonrası alıcının iyi duruma gelmesini; alıcının nakil öncesindeki mevcut hastalıkları, donörün durumu ve organ aktarımı sürecinde oluşabilecek komplike durumlar etkilemektedir (69, 129).

Nakil gerçekleştirildikten sonra hastanın organ nakli yoğun bakım ünitesine transferi sağlanır. Karaciğer nakli, oldukça zor ve yoğun bakım surecinde disiplinli bakım ve kontrol gerektiren komplike bir ameliyattır (70). Ameliyat sonrası hastanın monitorizasyonunun sağlanması ve komplikasyonların erkenden onlenmesinde hemşireler onemli roller almaktadırlar (1). Hasta yoğun bakıma alındıktan sonra hemşirelik bakımının temel amaçları; normotermi, hemodinamik stabilizasyonun, etkin hava yolu açıklığı ile optimal solunumun sağlanması, diğer sistem fonksiyonlarının surekliliği ve karaciğerin eski fonksiyonel haline gelmesinin ve hasta güvenliğinin sağlanmasını kapsamaktadır (71). Anestezinin etkisi ortadan kalkıncaya kadar, hava yolu açıklığının devamı için ortalama 6 saat civarında mekanik ventilatör desteği gerekmektedir. Fakat hasta gereksinimine göre bu sure uzayabilmektedir. Hasta entübe ise, mekanik ventilatör setlerinin yenisi ile değişimi, asit-baz dengesinin sağlanması için ilaçların uygulanması, sekresyonların aspire edilmesi, lüzum halinde sedasyon uygulanmasına devam edilmesi gerekmektedir. Hemodinamik dengesi sağlanmış olan hasta ekstübe edildikten sonra, ameliyat öncesi öğretilmiş olan derin solunum ve öksürme egzersizlerini yapması için cesaretlenmelidir. Solunum sisteminin değerlendirilmesi için; aralıklı arteriyel kan gazı takibi, aralıklı solunum seslerinin dinlenip değerlendirilmesi, pulse-oksometre ile oksijen satürasyon değerinin takip edilmesi gerekmektedir (72, 73, 130).

Hastanın monitorizasyonu sağlandıktan sonra, idrar miktarı takip edilmeli, safra izlemi için yerleştirilen T-tp vb. drenler ve intra-abdominal drenler boşaltılarak sıvı miktarları kayıt edilmelidir. Bu drenlerin vücuda girişim yerleri kızarıklık, ısı artışı ve akıntı gibi durumlar açısından yakından izlenmelidir. Vücutta oluşacak herhangi bir komplikasyon durumu dren takibi ile değerlendirilebilir. Bu açıdan dren içeriği, rengi ve miktarı açısından dikkatli takip edilmelidir. İnsizyon bölgesinin enfekte olmaması için düzenli aralıklarla pansuman yapılıp, yaranın temiz tutulması sağlanmalıdır (129, 130). Nakil sonrasında cerrahi insizyon, dren, katater ve endotrakeal aspirasyona bağlı yaşanabilecek en onemli sorunlardan biri olan ağrının kontrolü hastanın kooperasyonunu arttırarak, sakinleşmesini sağlamaktadır. Hemşire ağrı kontrolü için 0-10 arası ölçeklendirilmiş sayısal ağrı leği ile hastanın ağrı yoğunluğunu düzenli aralıklarla izlemelidir. Karaciğer fonksiyonlarının sınırlı olduğu ameliyat sonrası dönemde opioid kullanımı bir takım sorunlara yol açabilmektedir. Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar da böbrek kan akımını azalttığı için analjezik seçiminde son derece dikkatli olunmalıdır. (130-132). Nakil olmuş hastalara profilaktik olarak antibiyotikler, analjezikler,

mukolitikler ve gerek duyulursa bronkodilatörler başlanabilmektedir (72, 73). Hemşire hastayı kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri konusunda bilgilendirmeli, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini yakından izlemelidir (1).

2.8.Karaciğer Nakli Sonrası Ağrı ve Konfor

Ağrı, bireyden bireye önemli farklılıklar gösteren komplike sağlık sorunlarından biri ve subjektif bir duyumdur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (International Association for the Study of Pain: IASP) göre ağrı; “Vücudun belli bir bölgesinde var olan veya olası doku harabiyetine eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir” (9, 11, 18, 53).

Bireyin yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkileyen ağrı önemli bir yakındır (53, 105). Mc Caffery ağrının klinik açıdan en güzel tanımını yapmış ve “Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” demiştir (106,107). Amerikan Ağrı Derneği; (APS: American Pain Society) hastanın kan basıncı, solunum, nabız ve vücut ısısı değerlendirilirken ağrının da var olup olmadığının sorgulanması gerektiğini ve ağrının beşinci yaşam bulgusu olarak gösterildiğini vurgulamıştır (104).

Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan invaziv girişimler (cerrahi insizyon, dren, katater ve endotrakeal aspirasyon gibi) önemli bir ağrı nedenidir (6, 7, 130, 131). Ayrıca nakil ameliyatları büyük cerrahi operasyonlar olduğundan stres yanıtın artması ağrı oluşumuna neden olmaktadır. Vücudun oluşturduğu stres yanıt, iyileşmeyi sağlayan son derece önemli bir reaksiyondur. Oluşan stres yanıtın devamlılığı ise iyileşme süresini olumsuz yönde etkileyerek; ağrının giderilmemesine, kardiyovasküler ve pulmoner sorunların oluşmasına ve enfeksiyon riskine yol açmaktadır. Oluşan bu sorunlar nedeniyle hastada anksiyete, korku, huzursuzluk ve konforda bozulma gibi durumlar gelişebilmektedir (53, 108).

Hasta konforunun sağlanması hemşirelik bakım uygulamalarının temel amaçlarından biridir (115). Karaciğer transplantasyonu geçirmiş hastalara etkin bir hemşirelik bakımı uygulanması, ağrının azaltılması ve konforun artırılması profesyonel hemşirelerin temel görevleri arasındadır.

2.9.Konfor Kuramı

Konfor kuramını geliştiren Katharine Kolcaba, kuramında konforu; “Bireyin gereksinimlerine yönelik yardım etme, huzuru sağlamak ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psiko-spritüel, sosyal ve çevresel olarak bir bütünlük

içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlamaktadır. Ayrıca hasta konforu ve konfor bakımının, komplike, holistik ve kişiye özgü bir konu olduğunu savunmaktadır (47, 50, 117).

Kolcaba konfor kuramında, kuramın taksonomik yapısını iki aşamada incelemiştir. Birinci aşamada, kişisel konfor ihtiyaçlarının karşılanma durumuna göre konfor düzeyini ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak belirlemiştir. İkinci aşamada holistik yaklaşıma göre konfor düzeylerini belirlemiş ve bunları fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyo-kültürel olarak açıklamıştır (47, 50, 117).

2.10.Kuramın Taksonomik Yapısı

2.10.1.Bireysel Konfor Gereksinimlerinin Karşılanma Yoğunluğuna Göre Konfor Düzeyleri

- **Ferahlama (Relief);** bireyin konfor gereksinimlerinin karşılanıp sıkıntılardan kurtulmasıyla hissetmeye başladığı durumdur.
- **Rahatlama (Ease);** huzur, sakinlik ve rahat olma durumudur.
- **Üstünlük (Transcendence);** Bireyin yaşamış olduğu ağrı vb. sorunların üstesinden gelebilmesi durumudur (47, 48, 50, 113, 114, 116, 117).

Tablo 2.10. Konfor kavramının taksonomik yapısı (48, 50,109, 110, 112).

KONFOR		Birinci Boyut(Aşamalar)		
		Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
İkinci Boyut (Bileşenler)	Fiziksel			
	Psikospiritüel			
	Çevresel			
	Sosyokültürel			

2.11.Holistik Yaklaşıma Göre Konfor Düzeyleri

- Fiziksel konfor,
- Psikospiritüel konfor,
- Çevresel konfor,
- Sosyokültürel konfor olarak ifade edilmiştir (109, 110, 112, 117).

2.11.1.Fiziksel Konfor

Bireyin bedensel olarak algıladığı kavramlarla ilgilidir. Bireyi fiziksel açıdan etkileyen uyku, dinlenme, hastalık anındaki tepkileri, hidrasyon düzeyi, beslenme ve atıkların elimine edilmesini içeren bir takım fizyolojik etmenleri içermektedir (50, 111, 112).

Kolcaba fiziksel konforun, vücutta uyaran oluşturup oluşturmadığına bakılmaksızın, bireyin hastalık anında oluşturduğu tepkilerden oluştuğunu belirtmektedir. Fiziksel konforun; sıvı elektrolit dengesinin optimal düzeyde kurulması, kandaki oksijen saturasyonunun yeterli olması ve kan biyokimyasal değerleri gibi fizyolojik parametrelerin dengeli olması şartıyla sağlanacağını vurgulamaktadır. Bu fizyolojik parametrelerin herhangi birinde normal değerlerinden sapma olması durumunda konforun etkileneceği bildirilmektedir (50, 117). Uygun bir yatak seçiminin yapılması, bireyin hareketini daha iyi sağladığı bir sandalyede oturması ve vücudun anatomik yapısına uygun mobilyaların seçilmesi gibi kavramlarda fiziksel konforu etkileyen faktörler arasındadır (50).

2.11.2.Psikospiritüel Konfor

Bireyin ruhsal, akılsal ve manevi bileşenlerinden meydana gelmektedir. Bireyin yaşamı için anlam değeri yüksek olan öz-saygı, cinsellik, benlik kavramı veya kanser tanısı alması ile birlikte kemoterapi, radyoterapi vb. tedavilerle baş etme ve kendisinin farkında olmasıyla ilgili hisleri kapsamaktadır (47, 50, 111, 116).

2.11.3.Çevresel Konfor

Hastanede tedavi gören bireylerin fiziksel ve bilişsel işlevlerinin yerine getirilmesi için çevresel konforun sağlanması öncelikli olarak ele alınmıştır. Çevresel konfor, dıştan gelen etkenler ve bunların birey üzerinde yapmış olduğu etkileri kapsamaktadır. Bu bağlamda; sıcaklık, ortamın rengi, aydınlık, koku, gürültü, hastane odalarının manzaraları vb. durumlar dış ortamla ilgili kavramları oluşturmaktadır (50, 117).

2.11.4.Sosyo-kültürel Konfor

Kolcaba hemşireleri, sosyal konforu kolaylaştırmada diğer sağlık ekibi üyeleri ve bireyin ailesindeki kişilerden daha duyarlı olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Bilgi ve danışmanlık sağlanması, taburculuk planlamasının yapılması, finansal destek sistemlerinden yararlanılması sosyal konfor kapsamı içerisinde yer bulmaktadır. Kolcaba

daha sonraki aşamalarda sosyal boyuta, gelenekleri, giyinme biçimlerini ve aile öyküsünü kapsayan kültürel boyutu da eklemiştir (50, 117).

2.12. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT)

Farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemleri içerisinde ele alınan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT), analjeziklerin etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda, analjezik ilaçların etkilerini arttırmak için farmakolojik yöntemlere ek olarak kullanılırlar. Genel olarak bakıldığında farmakolojik olmayan yöntemler analjezik kullanım oranını azaltarak ağrının giderilmesini, hastanın yaşam kalitesi ve konforunun yükseltilmesi amacıyla kullanılırlar. Ağrı yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin yan etkileri azdır ve hastanın öz bakımını güçlendirmede önemli rol oynarlar (12, 75).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hastaların fiziksel, psikolojik ve duygusal iyilik halini sağlamak amacı ile kullanılırlar (77). Tamamlayıcı tedaviler bilimsel tıbbi uygulamalar için destek amaçlı olarak uygulanan, ilaçların yan etkilerinde azalma sağlayan, semptomları azaltan, hastayı ruhsal yönden daha iyi hale getirmeye yönelik yapılan girişimlerdir (83).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler'in tarihine baktığımızda, insanoğlunun var olduğundan beri kullanıldığı ve 1950'li yıllardan itibaren TAT'ın kullanımında belirgin bir artış meydana geldiği görülmektedir (25).

1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine: NCCAM) TAT'ı beş başlıkta gruplandırmıştır (Tablo 2.12).

Tablo 2.12. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarının Sınıflandırılması (25, 79-82).

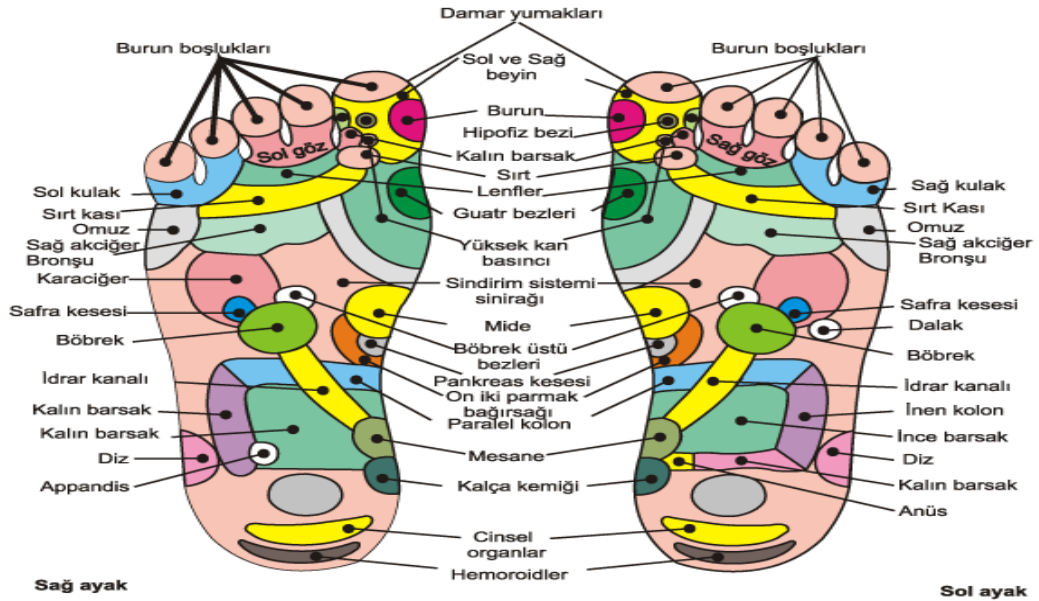
Alternatif ve Medikal Sistemler	<ul style="list-style-type: none">➤ Homeopati➤ Naturopati➤ Ayurveda➤ Akupunktur➤ Transcutan Electrical Nerve Stimulation (TENS)➤ Çin Tıbbı➤ Geleneksel Tibet Tıbbı
Zihin-Beden Yöntemleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Yoga, Meditasyon➤ Spiritual İyileşme➤ Hipnoterapi➤ Biofeedback➤ Müzik Terapi➤ Derin Solunum Egzersizleri➤ Sanat Terapi, Dans Terapi➤ Dua➤ Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri
Biyolojik Temelli Tedavi Yöntemleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Aromaterapi➤ Bitkisel Tedavi-Fitoterapi➤ Vitaminler➤ Tıbbi Bitki Çayları➤ Probiyotikler
Manipülatif ve Beden Temelli Tedavi Yöntemleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Masaj➤ Refleksoloji➤ Manipülasyon➤ Şiropraktik➤ Hidroterapi➤ Akupressör➤ Kriyopraktik Manipülasyon➤ Osteopati
Enerji Tedavi Yöntemleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Reiki➤ Terapotik Dokunma➤ Çakra Terapisi➤ Akupunktur➤ Qigong➤ Biyoenerji➤ Biyoelektromanyetik Bazlı Tedaviler

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler dünyada milyonlarca insan tarafından uygulanmakta olup, gelişmiş ülkelerdeki TAT uygulanması Amerika’da %42’lerde iken Kanada, Fransa ve Avustralya’da sırası ile %70, %49 ve %48’lerdedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı için gelişmekte olan ülkelere bakıldığında Çin’de %70’lerde iken Kolombiya, Şili ve Afrika kıtası ülkelerinde sırası ile %40, %71 ve %80’lerdedir (84). Ülkemizde TAT kullanım sıklığını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada %22 ile %84 arasında olduğu saptanmıştır (85).

2.13.Refleksoloji

2.13.1.Refleksolojinin Tanımı

Refleksoloji, manipülatif ve beden temelli tedavi uygulamaları içerisinde yer almaktadır (25, 27). Bedenin kendi kendine iyileşmesini aktive ederek gevşeme durumuna gelmesi için kulak, el ve ayaklardaki refleks noktalarına (sinir uçlarına) hafif bir şekilde bası yapılması ile uygulanan bir yöntemdir. Bu yönetime göre; vücudun her organının el, ayak ve kulaklarda yansıma yaptığı refleks noktaları vardır. Bu yansıma yapan refleks noktalar aracılığı ile her organ bağlantı halindedir (Şekil 2.13) (27, 34).



Şekil 2.13. Ayaklardaki Refleks Noktaları (87).

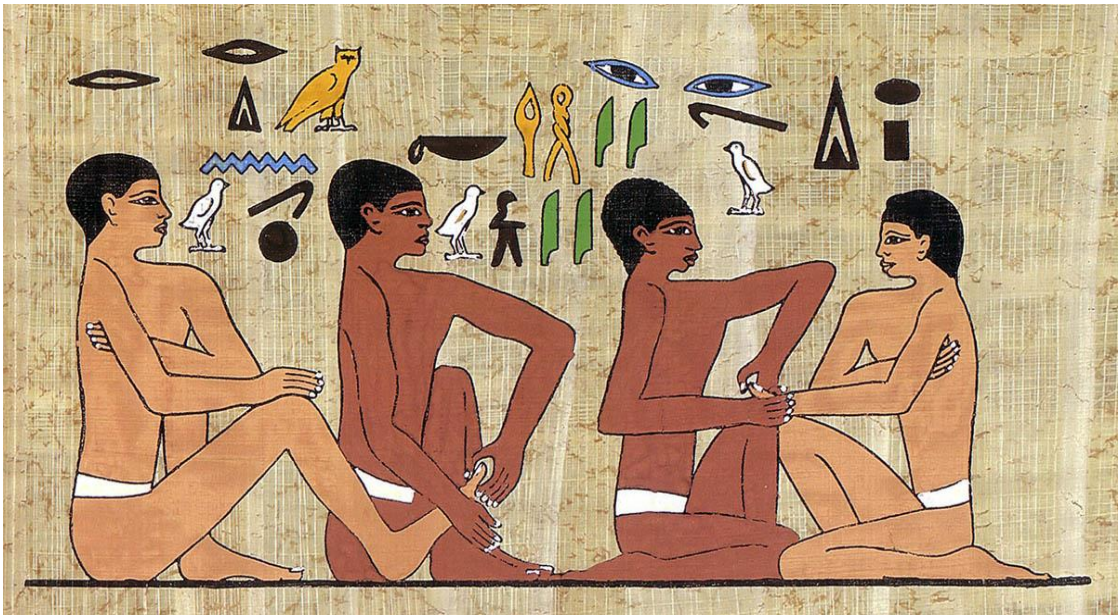
Refleksoloji uygulaması sırasında refleks noktalarına dokunma ile sağlanan enerji alışverişi gerginlik ve stresi azaltarak bedenin gevşemesini sağlamaktadır (27, 34, 86). Refleks bölgelerine yapılan masaj ve basınç sayesinde enerji blokajlarının kırılması ile serbest enerji akımı yansıyan organa dengeli bir şekilde yayılarak vücudun rahatlamasını

sağlamaktadır (27, 33, 34). Ayrıca refleks noktalarına yapılan bası ve masaj uygulamaları, çeşitli kimyasal maddelerin salınımını uyarmakta ve endorfin salınımını sağlayarak ağrının kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (35).

Refleksoloji uygulaması için; organların yansıma yaptığı refleks noktaların ayaklarda daha geniş alanda olması ayakları daha tercih edilebilir bir hale getirmektedir. Ayak refleksoloji uygulaması eller ve kulaklara uygulanan refleksoloji tekniğinden daha etkili sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (27).

2.13.2.Refleksolojinin Tarihçesi

Refleksoloji, vücudun kendi kendisini iyileştirme yöntemi olarak 5.000 yıl önce Çin’de ortaya çıkmıştır. Mısır’da yaklaşık 4.000 yıl önce vücuttaki enerji akışını sağlayarak hastalıkların ortadan kaldırılması amacıyla uygulanmıştır. Bilinen en eski refleksoloji belgesinde Mısır, Saggara’da milattan önce (M.Ö.) 2330 yılında Ankmahor adlı Mısırlı bir hekimin mezarının duvarında el ve ayaklarına masaj yaptığı iki kişi betimlenmiştir (Şekil 2.13.2). Bu resim aracılığıyla ulaşılan hiyeroglif yazısına göre; Hasta olduğu düşünülen kişi, “beni incitme” derken, masaj uygulayıcı terapist “sana öyle davranacağım ki bunun için bana şükredeceksin” yanıtını vermiştir (32, 88).



Şekil 2.13.2. Refleksoloji'nin Tarihçesi (90).

1900'lü yılların ilk çeyreğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Dr. William Fitzgerald ayak üzerinde çok sayıda “deri refleksi noktasının” olduğunu tespit etmiştir (32, 88, 119, 121, 122). Fitzgerald bireyin el ve ayaklarındaki belirli noktalara

uygulanan basıncın bedenın farklı bölgelerinde anesteziik bir etki yarattığını gözlemleyerek insan vücudunu on meridyener bölgeye ayırmıştır. Vücudun her iki tarafında beşer adet meridyener (kuşak) bölge olduğunu ve bu meridyenerin el ve ayak parmak uçlarında son bulunduğunu ifade etmiştir. 1917 yılında yazdığı “Zonatherapie” (bölgesel tedavi) kitabında, Dr. Fitzgerald meridyener bölgeler kuramı üzerinde durmuştur (32, 88, 119-122).

Ayaklar üzerindeki refleks noktaların ilk ayrıntılı çizimi Dr. Joseph Shelby Riley tarafından yapılmıştır. Ayrıca, vücutta Fitzgerald tarafından belirlenen on adet dikey meridyene ek 8 adet yatay kuşak daha ekleyerek uygulanan basınç tedavisini daha doğru ve kesin hale getirmiştir. Dr. Riley yazdığı dört kitabında bu refleks noktalarına yapılan terapinin tüm yönlerini anlatmıştır (120). Daha sonra Riley’in çalışmalarından yola çıkarak Eunice Ingham ayak refleksolojisi üzerine yoğunlaşarak, ayak ile vücudun diğer bölümleri arasında çok fazla sayıda sinir uçlarının varlığını ve bu sinir uçları aracılığıyla bağlantı kurulduğu kuramı üzerinde çalışmalarını sürdürmüştür. Ayakların çok duyarlı olduğu için daha hızlı bir iyileştirici terapi biçimi olabileceğini düşünmüştür (27, 32, 120, 122). Yaptığı araştırmalar sayesinde, ayakları vücudun aynası olarak değerlendirmiş ve vücudun ayaklarda yansıması olarak düşündüğü refleks noktalarını belirleyerek şematize (Şekil 2.11) etmiştir (87, 119).

Nitelikli bir hemşire olan Doren Bayley, ABD’yi ziyaret ettiği esnada Ingham ile tanışmış ve refleksolojiye olan ilgisi sayesinde Avrupa ülkelerinde refleksolojinin gelişmesine aracılık etmesi için bir eğitim okulu kurmuştur. Günümüzde ABD üst sıralarda olmak üzere Fransa, İngiltere ve Belçika gibi Avrupa ülkelerinde de refleksolojinin öğretilmesi için refleksoloji okulları açılmıştır. Ayrıca refleksoloji, son yıllarda hemşirelik uygulamalarında da oldukça popüler bir hale gelmiştir (89, 122).

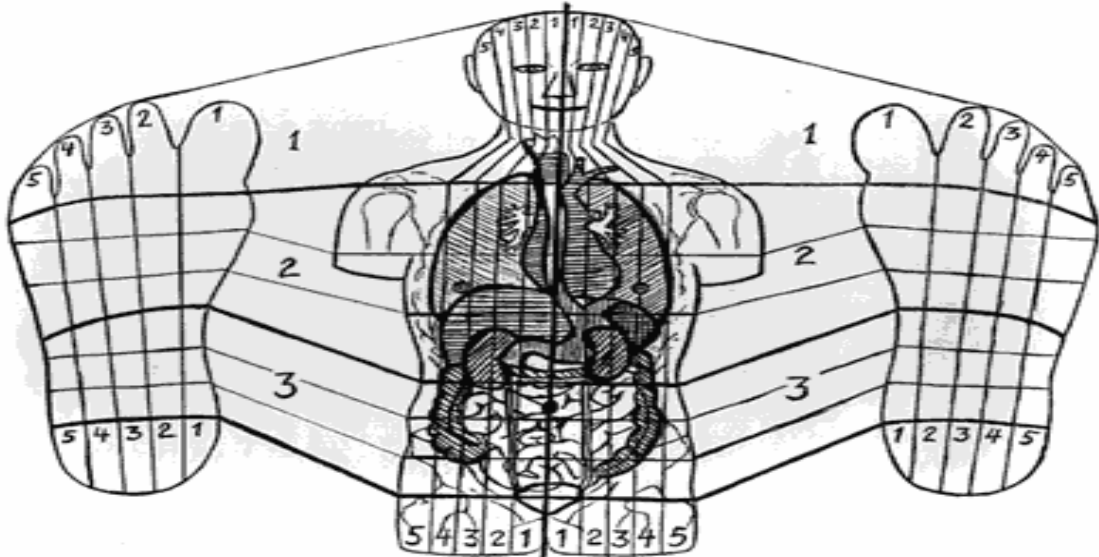
2.14.Refleksolojinin Etki Mekanizması ve Geliştirilen Teoriler

Refleksolojide el, ayak ve kulaklardaki refleks noktaya basınç uygulandığında elektrokimyasal sinir uyarıları etkin hale gelerek sinir sistemini uyarır. Bu uyarı için yanıt oluşturulması periferel sinir sistemi aracılığıyla yapılır. Periferel sinir sistemi aracılığı ile oluşturulan mesaj afferent nöronlar aracılığıyla gangliona ulaşır ve bu ganglion aracılığıyla merkezi sinir sistemine gönderilir. Ganglion aracılığı ile gönderilen ileti efferent nöronlar aracılığı ile özellikli organlar ve bezlere iletildiğinde mesaja yanıt oluşur (34, 91). Bu yanıtların oluşması ile ilgili salgı bezleri ve organlar uyarılmış olur. Refleksoloji uygulamasının fizyolojik etkilerinin olduğu aşikârdır ve bu etkiler çeşitli

teoriler ile açıklanmaktadır. Bu teoriler; enerji, laktik asit, kapı kontrol, endorfin, sinir reseptörlerini algılama, sinir uyarı (otonomik-somatik birleşme) ve sempatik – parasempatik teorileridir (32, 77, 92).

2.14.1. Enerji Teorisi

Refleksoloji uzmanları vücutta baştan aşağı uzanan 10 enerji bölgesi (meridyen) üzerinde uygulamalarını yaparlar (Şekil 2.14.1). Refleksoloji vücuttaki elektromanyetik alanlar arasındaki iletişimi sağlayarak enerji bloklarını kırarak, enerji akışını sağlar. Bu enerji akışının sağlanması tıkanmış kanallardaki enerjinin tekrar dolaşıma katılmasına yardımcı olur. Eğer belirli bir bölgede enerji akışını engelleyen herhangi bir bozukluk var ise bu durumun aynı bölgede bulunan vücudun diğer kısımlarının sağlıklı işleyişine engel olacağı görüşünü savunur (27, 32, 35, 77, 92, 97, 98, 101).



Şekil 2.14.1. Ayaklardaki 10 enerji bölgesi (123)

2.14.2. Laktik Asit Teorisi

Toksinlerin temizlenmesi olarak da adlandırılan laktik asit teorisi, laktik asidin ayaklarda mikro kristal halini alarak depolandığını, refleksoloji uygulaması esnasında bu kristallerin eritilerek serbest dolaşıma katıldığı ve böylece bölgedeki tıkanıklıkların açıldıktan sonra bölgede bulunan enerjinin yeniden dolaşıma katıldığı görüşünü savunan bir teoridir (27, 32, 35).

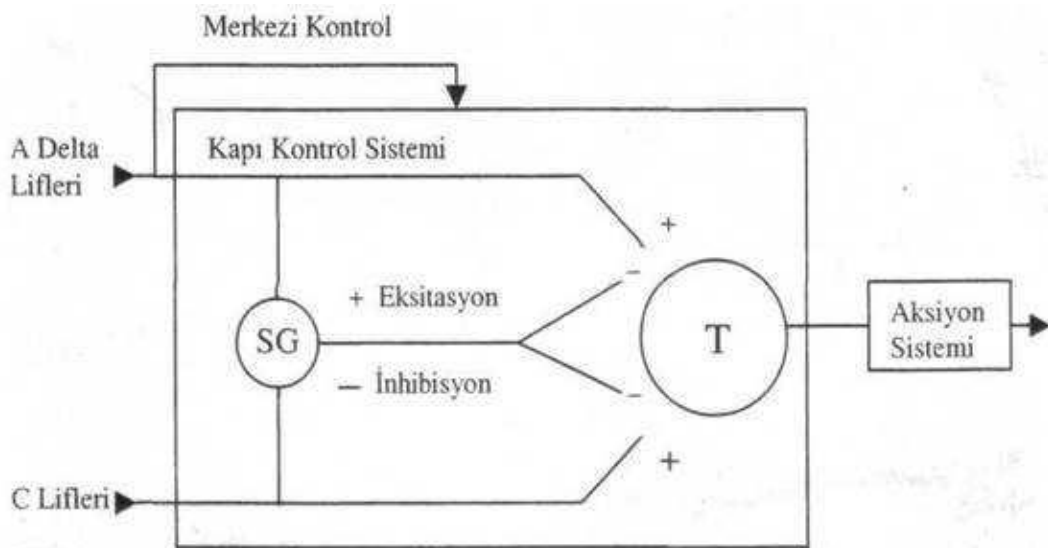
2.14.3. Kapı Kontrol Teorisi

Kapı Kontrol Teorisi (KKT) Melzack ve Wall tarafından 1965 yılında ortaya atılan, 1980'lerde de revize edilip genişletilen ve bugün de geçerliliğini sürdüren bir teoridir (74). Bu teoriyi tanımlarken tıbbi teoriler ile çağdaş biyo-psikososyal teoriler birbirini entegre etmiştir.

KKT' nin 3 önermesi;

- 1- Ağrının var olması ve ağrının düzeyi, nörolojik uyarılara bağlıdır.
- 2- Ağrı geçişi kontrolü, sinir sisteminde bulunan mevcut kapı mekanizmaları ile kontrol edilir.
- 3- Ağrı hissi kapının açık olduğu durumlarda ağrı duyusunun bilinç düzeyine ulaşması ile oluşur. Uyarılar kapının kapalı olduğu durumlarda bilinç düzeyine ulaşmaz ve ağrı hissi olmaz.

KKT' ne göre spinal kordda bir kapı mekanizması oluşur, vücuttaki periferler aracılığıyla ağrı uyarıları taşınır. Afferent sinirler ile taşınan uyarılar Substantia Gelatinosa (SG) hücrelerinde düzenlenmektedir. A-alfa ve A-beta kalın liflerinin uyarılması, SG hücrelerini uyararak (kapının kapanması) T hücrelerine uyarı geçişini inhibe etmekte, A-delta ve C ince liflerinin uyarılması ise SG hücrelerinin inhibasyonunu sağlayarak (kapının açılması) T hücrelerine uyarı geçişini arttırmaktadır (Şekil 2.14.3). (35, 53, 74, 93, 124-127).



Şekil 2.14.3. Kapı Kontrol Teorisi (128)

T hücrelerinin aktivitesi durdurulduğunda, kapı kapanır ve bu uyarıların beyine iletilme ihtimali azalır. Kapının kapatılması ile ağrılı sinyallerin beyine ulaşması engellenir. Kapı açıldığında ağrı uyarıları beyine iletilir. Ancak bireyin daha önceki ağrı deneyimleriyle baş etmiş olması, kapının kapatılabilmesi için gereklidir. Daha önceki ağrı deneyimi olumsuz ise, kapı kapatılamaz ve ağrı uyarıları kapıdan geçerek üst merkezlere doğru ilerlemeye başlar ve ağrı şeklinde algılanır. Refleksoloji, masaj, dokunma, TENS, gevşeme teknikleri vb. TAT yöntemleri KKT' nin çalışmasına ve ağrının azaltılmasına katkı veren yöntemler arasındadır (35, 53, 74, 93, 124-127).

2.14.4. Endorfin Teorisi

Endorfin, vücudun salgılamış olduğu opioidlere benzer olan, ağrıyı azaltan, relaksasyonu sağlayan, vücudu enfeksiyonlara karşı koruyan, metabolizmayı hızlandıran, mutluluk hormonu olarak bilinen doğal bir ağrı kesicidir. Santral sinir sistemi aracılığı ile üretilen endorfinler; beyindeki opioid reseptörlerine tutunan, ağrılı uyarıların geçişini bloke eden maddelerdir. Kişilerde bulunan endorfin miktarındaki değişkenlik, ağrı algısındaki farklılığı ortaya koymaktadır. Endorfin teorisi, ağrının algılanması ve analjezik gereksinimlerinin kişiden kişiye neden farklılık gösterdiğini anlamaya yardımcı olmuştur. Endorfin teorisine göre TENS, refleksoloji, masaj, dokunma gibi deri stimülasyonları, müzik terapi, mizah vb. uygulamaları vücudun kendi ürettiği doğal ağrı kesicileri olan endorfinlerin salınımı artırarak ağrı kontrolüne yardımcı olmaktadır (45, 88, 94, 127).

2.14.5. Sinir Reseptörlerini Algılama Teorisi

Bu teoriye göre refleksoloji uygulaması ile ayak, el ve kulakta bulunan basınç reseptörleri aracılığıyla otonomik ve algısal/motor sinir sistemleri arasındaki koordinasyon sağlanır. Her bir ayakta yaklaşık 7000'nin üzerinde sinir ucu vardır. Refleksoloji uygulaması ile sinir uçları özel yöntemlerle uyarılarak elektrokimyasal mesajların açığa çıkması sağlanır ve nöronlar aracılığıyla ilgili organlar uyarılır. Refleksoloji fiziksel sorunlarla ilgili stresin ortadan kaldırılarak, gerginliğin azaltıldığını ve vücutta gevşeme sağlandığını savunur. Bu gevşeme ile otonom yanıt etkilenir ve sırasıyla, immün, endokrin ve nöro-peptid sistem etkilenir (32, 33, 41, 88, 95).

2.14.6 Sinir Uyarı Teorisi (Somatik – Otonomik Birleşme)

Bu teoriye göre, refleksoloji uygulaması sırasında reseptörlere hücre plazma membranlarında bulunan açık iyonik kanallar tarafından basınç uygulanmasıyla iletilen mesajın spinal korda veya beyine ulaşması potansiyel bir hareket sağlanmaktadır. El, ayak ve kulak bölgelerinin derilerinde germe, bası uygulama sırasında harekete duyarlı olan birçok sinir reseptörü bulunmaktadır. Bu teori refleksolojinin bu sinir noktalarını özel tekniklerle uyarılmasıyla oluşan elektrokimyasal mesajların sinirsel iletim yoluyla ilgili doku ve organları harekete geçirerek, gevşeme ve relaksasyonu sağladığı görüşünü savunur. Bu gevşeme ve relaksasyon ile otonomik cevap etkilenir. Refleksoloji uygulaması böylece bloke olan enerji bölgelerinin açılmasını sağlayıp, yapılan alandaki kan akımını arttırarak hastaların rahatlamasını sağlar ve fizyolojik parametreler pozitif yönde etkilenir (32, 41, 95).

2.14.7. Sempatik – Parasempatik Teorisi

Refleksoloji kuramlarından en son kabul edilen sempatik – parasempatik kuramı refleksoloji uygulamalarını günümüz çağdaş tıp uygulamaları ile birebir bağdaştırmaktadır. Sempatik – parasempatik kuramına göre sol el ve ayaklardaki refleks noktaları; parasempatik sinir sistemini uyararak vücudumuzun sakinleşmesi ve gevşemesini sağlarken, sağ el ve ayaklardaki refleks noktaları sempatik sinir sistemini uyararak vücudumuzun canlanmasını ve hızlanmasını sağlamaktadır. Kısaca sempatik – parasempatik kuramı her hastalık için el ve ayaklarda bulunan farklı refleks noktaları üzerinde çalışmayı kabul eder. Örneğin; anksiyete, ağrı ve stres sorunu yaşayan bir hasta için refleksoloji uygulaması sol el ve ayakta uygulanmakta ve bu sayede parasempatik sinir sisteminin uyarılması sağlanarak hastanın relaksasyonu sağlanmaktadır (32).

2.15. Refleksoloji Uygulamasının Kullanıldığı Alanlar

Literatürde, refleksolojinin birçok alanda uygulandığı bildirilmektedir (95). Bunlar;

- Anksiyete, stres, uykusuzluk, baş ağrısı, yorgunluk, panik atak, depresyon, migren,
- Eklem ağrıları, sırt ağrısı, romatizma,
- Disk hernileri, kas ağrısı ve spazmları, multiple skleroz, karpal tunel sendromu,
- Hazımsızlık, mide reflüsü, bulantı, kusma, konstipasyon,
- Spastik özür, dikkat eksikliği, motor gerilik, konuşma bozukluğu, otizm,
- Üriner sistem sorunları, premenstrüel sendrom (pms), dismenore, menopoz,

- Sinüzit, astım, bazı allerjiler ve dermatolojik sorunlar olarak sıralanabilir (41, 96-101).

2.16.Refleksoloji Uygulamasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

Refleksoloji uygulamasının sakıncalı olduğu bazı durumlar vardır. Bunlar;

- Açık cilt yaralarının olması,
- Akut enfeksiyon durumu,
- Ateş hali,
- Aktif gut artriti (Ayakta),
- Cerrahi durumlar (Uygulama bölgesi),
- Derin ven trombozu,
- Kalp pili (pace maker) ve kalp krizi riski olan,
- Gebeliğin ilk üç ayı (1. Trimester),
- Düşük veya erken doğum tehdidi,
- Malign melanom,
- Henüz tanısı konulmamış hastalık durumlarında ağrı olması durumunda refleksoloji uygulanmaz (27, 88, 102).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test/son test kontrol gruplu deneysel düzende yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Karaciğer Nakil Enstitüsü (KNE)'nde Aralık 2018 - Temmuz 2020 tarihleri arasında yapıldı. Karaciğer naklinde bölge hastanesi konumunda olan KNE'de 109 yatak kapasitesine sahip olmak üzere 5 hasta kliniği, 24 yataktan oluşan 2 yoğun bakım ünitesi, 12 adet ameliyat odası, 5 adet poliklinik, radyoloji ve endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP) üniteleri yer almaktadır. Servislerdeki hasta odaları tek kişiliktir. KNE'de yıllık ortalama 225 karaciğer nakli yapılmaktadır. Hastaların ortalama yatış süresi 30 gündür. Canlı vericili nakillerde hasta ameliyattan 1-2 gün önce kliniğe yatırılmakta, kadavra vericili nakillerde ise acil yatışı yapıp ameliyat yapılmaktadır. Hastalara ameliyat sonrası dönemde analjezi sağlamak için rutin olarak non-steroid antiinflamatuar (NSAİİ) grubunda olan Deksketoprofen Trometamol 3x1 kullanılmaktadır. Opioid grubunda olan Petidin HCL ve Tramadol HCL ise lüzum halinde uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; İnönü Üniversitesi TÖTM KNE'de karaciğer nakli yapılan tüm yetişkin hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemini ise; araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve evrenden olasılıksız gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilen hastalar oluşturdu. Araştırma için örneklem büyüklüğü G Power 3.1.9.7 bilgisayar programı ile belirlendi. Yapılan güç analizi hesaplamasında 0.7 etki büyüklüğü, 0.05 yanılğı payı, 0.95 güven aralığı ve %95 evreni temsil gücü ile toplam 120 hasta ile (60 deney, 60 kontrol) çalışılması gerektiği saptandı.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar Research Randomizer (44) isimli bilgisayar programı tarafından oluşturulan bir algoritmaya göre belirlendi. 1'den 120'ye kadar numaralandıran sayılar randomize olarak iki sete (60 deney, 60 kontrol) ayrıldı. Hangi setin deney veya kontrol grubunda olacağı araştırmada ilk hastanın alınmasından önce kura yöntemi ile belirlendi ve 1. setin kontrol grubu olduğu, 2. setin deney grubu olduğu belirlendi.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ İletişime açık olan ve kognitif problemi olmayan,
- ✓ Ağrı şiddetini 4 ve üstü olarak tanımlayan (EK-2),
- ✓ Ayağında açık yara, sellülit, enfeksiyon, abse gibi refleksoloji uygulamaya engel durumu olmayan,
- ✓ Tromboflebit, derin ven trombozu, epilepsi, ateşli hastalıklar vb. refleksoloji uygulamasının sakıncalı olduğu durumları bulunmayan,
- ✓ Uygulama sırasında kullanılacak olan vazeline herhangi bir alerjik reaksiyonu olmayan hastalar araştırmaya dâhil edildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; “Hasta Tanıtım Formu” (Ek 1), “Sayısal Ağrı Ölçeği” (Ek 2), “Beta Endorfin Düzeyi Kayıt Formu” (Ek 3) ve “Perianestezi Konfor Ölçeği” (Ek 4) kullanıldı. Hastaların uygulama öncesi ve sonrası venöz kan alımı için steril tek kullanımlık 10 cc enjektör ve kan örneklerinin koyulduğu BD hemogard kapaklı tüpler kullanıldı.

3.5.1.Hasta Tanıtım Formu (HTF)(EK-1):

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form ile hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, tanı alma zamanı, hastanede yatış süresi, donör tipi, nakil etiyojisi, mevcut kronik hastalığı, ağrı ile baş etme yöntemleri ve kullanılan analjezik/dozu gibi özellikleri incelendi.

3.5.2. Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ) (EK-2):

Ağrı şiddetinin sayılarla ifade edilmesi temeline dayanır. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu 0 ile ifade edilirken, ağrının şiddeti arttıkça gösterilen rakam da artar ve 10 puan dayanılmaz ağrıyı ifade eder. Sayısal ölçekler ağrı şiddetinin tanımını kolaylaştırdığı, puanlama ve kayıta kolaylık sağladığı için daha çok benimsenmiştir (45, 46). Bu nedenle bu araştırmada Sayısal Ağrı Ölçeği 'nin kullanılması uygun bulundu.

3.5.3. Beta Endorfin Düzeyi Kayıt Formu (EK-3)

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, laboratuvar analizleri sonrasında belirlenen Beta-Endorfin (β -End) düzeyinin kayıt edildiği formdur.

3.5.4. Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) (EK-4):

Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) konfor kuramının kuramsal bileşenlerini oluşturan taksonomik yapı baz alınarak oluşturulmuştur. PKÖ 24 maddeden oluşan ve bireyin ameliyat öncesi, sırası ve sonrası sürece yönelik genel düşüncelerini ve hislerini sorgulayan 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlaması 1 - 6 puan arasında değişmekte, ölçek soruları 1= "Kesinlikle Katılmıyorum" 6= "Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. PKÖ maddelerinin yarısı negatif, diğer yarısı ise pozitif içerikli maddelerden oluşmaktadır (Tablo 3.5.4). PKÖ toplam puan için negatif olan ifadelerin puanlaması tersine çevrilir ve ölçeğin pozitif maddeleri ile toplanır. PKÖ en yüksek toplam puanı 144 ve en düşük toplam puanı ise 24'tür. PKÖ' den elde edilen toplam puan ölçek madde sayısına bölüldükten sonra ortalama değeri saptanır ve sonuç 6'lı likert tip puanlaması 1-6 dağılımında belirtilir. PKÖ toplam puanının düşük olması konforun kötü düzeyde olduğunu belirtirken, PKÖ toplam puanın yüksek olması konfor düzeyinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (34, 47, 48, 49, 50). Üstündağ ve Aslan tarafından PKÖ' nün yapılan Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması'nda ; Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (51). Bu araştırmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulundu.

Tablo 3.5.4. Ölçeğin pozitif ve negatif maddeleri

Ölçeğin Pozitif Maddeleri	1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24
Ölçeğin Negatif Maddeleri	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Ekim 2019 – Nisan 2020 tarihleri arasında ameliyat sonrası 3-11. günlerde KNE organ nakli servislerinde hafta içi her gün ve pazar günleri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Deney grubu hastaları için; refleksoloji uygulaması öncesinde, Hasta Tanıtım Formu (HTF), Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ) ve Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ) uygulandı. Soruların yanıtlanmasından sonra refleksoloji öncesi plazma β -End düzeyinin belirlenmesi için venöz kan alındı. Daha sonra hastalara 30 dakika ayak refleksolojisi uygulandı. Uygulamadan hemen sonra β -End düzeyini değerlendirmek için tekrar venöz kan alındı ve SAÖ ile PKÖ tekrar uygulandı.

Kontrol grubundaki hastalara; HTF, SAÖ ve PKÖ uygulandı. Soruların yanıtlanmasından sonra plazma β -End düzeyinin belirlenmesi için venöz kan alındı. Klinik protokol dışında hiç bir müdahale yapılmadan 30 dakika sonra β -End düzeyini değerlendirmek için venöz kan alındıktan sonra SAÖ ile PKÖ tekrar uygulandı.

3.6.1. Kan Örneklerinin Alınması ve Laboratuvar Analizleri

β -End düzeyinin ölçülmesi için, deney grubu için ayak refleksolojisi öncesi (0. dakika) ve sonrasında (30. dakika), kontrol grubu için refleksoloji uygulaması olmaksızın 0. ve 30. dakikalarda hastalardan venöz kan alındı. Steril tek kullanımlık 10 cc enjektör aracılığı ile her bir hastadan alınan 5 mL venöz kan örneği altın sarısı BD hemogard kapaklı tüplere enjektör aracılığı ile boşaltıldı ve 4-5 kez ters çevirme yapıldı. Kan örnekleri 15-20 dk oda sıcaklığında dik olarak bekletildikten sonra +4 °C, 2000-3000 gauge'de 20 dakika santrifüj edildi (Şekil 3.6.1). Santrifüj sonrası ayrıışan serum tüplerden alınarak eppendorf tüplere alınarak -80 °C 'de depolandı. Bir adet kit ile 96 hastanın β -End düzeyi belirlenmektedir. Her 40 hastaya ait kan örneklerinin alınması tamamlandıktan sonra serumlar çözdürülüp β -End düzeyi için kit prospektüsüne (Katalog No: YL191012375, YL191012376, YL191012377) uygun bir şekilde çalışıldı. Laboratuvar incelenmesi İnönü Üniversitesi TÖTM Mikrobiyoloji Anabilim Dalı laboratuvarında yapıldı.



Şekil 3.6.1. Alınan Örneklerin Santrifüj Edilmesi

3.7. Hemşirelik Girişimi

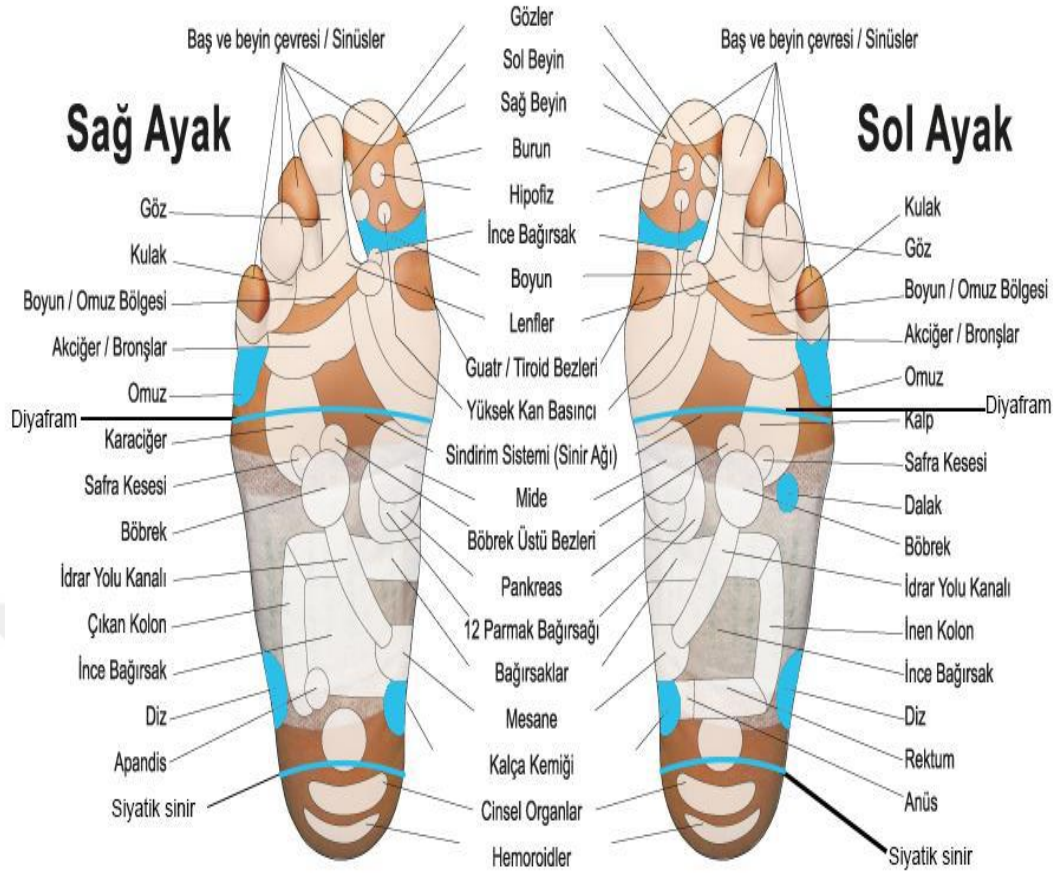
Hemşirelik girişimi olarak, organ nakli kliniklerinde karaciğer nakli ameliyatı olan hastalara ayak refleksolojisi uygulandı.

Araştırmaya başlamadan önce refleksoloji uygulaması için Brussels Capital University'nden 120 saatlik teorik ders ve 45 saatlik uygulama eğitimi alındı. Teorik ve uygulama sınavından başarılı olduktan sonra refleksoloji uygulayıcı sertifikası (Eğitim Tarihi: 11/05/2019, Belge No:20198583) (EK-8) alındı.

Yapılacak tüm işlemlerde hasta gizliliğine dikkat edildi. Uygulama anında araştırmacı ve hastanın konsantrasyonu için ortamın mümkün olduğu kadar sessiz ve sakin olması sağlandı. Televizyon ve monitör sesleri azaltıldı, telefon sesleri kısılarak sessiz moda alındı. Hastadan sırt üstü (supine) pozisyonunda uzanması istendi ve araştırmacı hastanın ayaklarını yastıkla destekleyerek refleksoloji için hazır hale getirdi. Tüm hazırlık işlemlerini yaptıktan sonra ellerini yıkayan araştırmacı bir miktar vazelin alıp ellerini ovuşturarak beden sıcaklığına getirdi. Ayak ucuna geçen araştırmacı ayak refleksolojisi için ilk önce sempatik sinir sistemi üzerinde etkisi olan sağ ayağa 15 dakika ve sonrasında parasempatik sinir sistemi üzerinde etkisi olan sol ayağa 15 dakika olacak şekilde ayak refleksolojisi uyguladı.

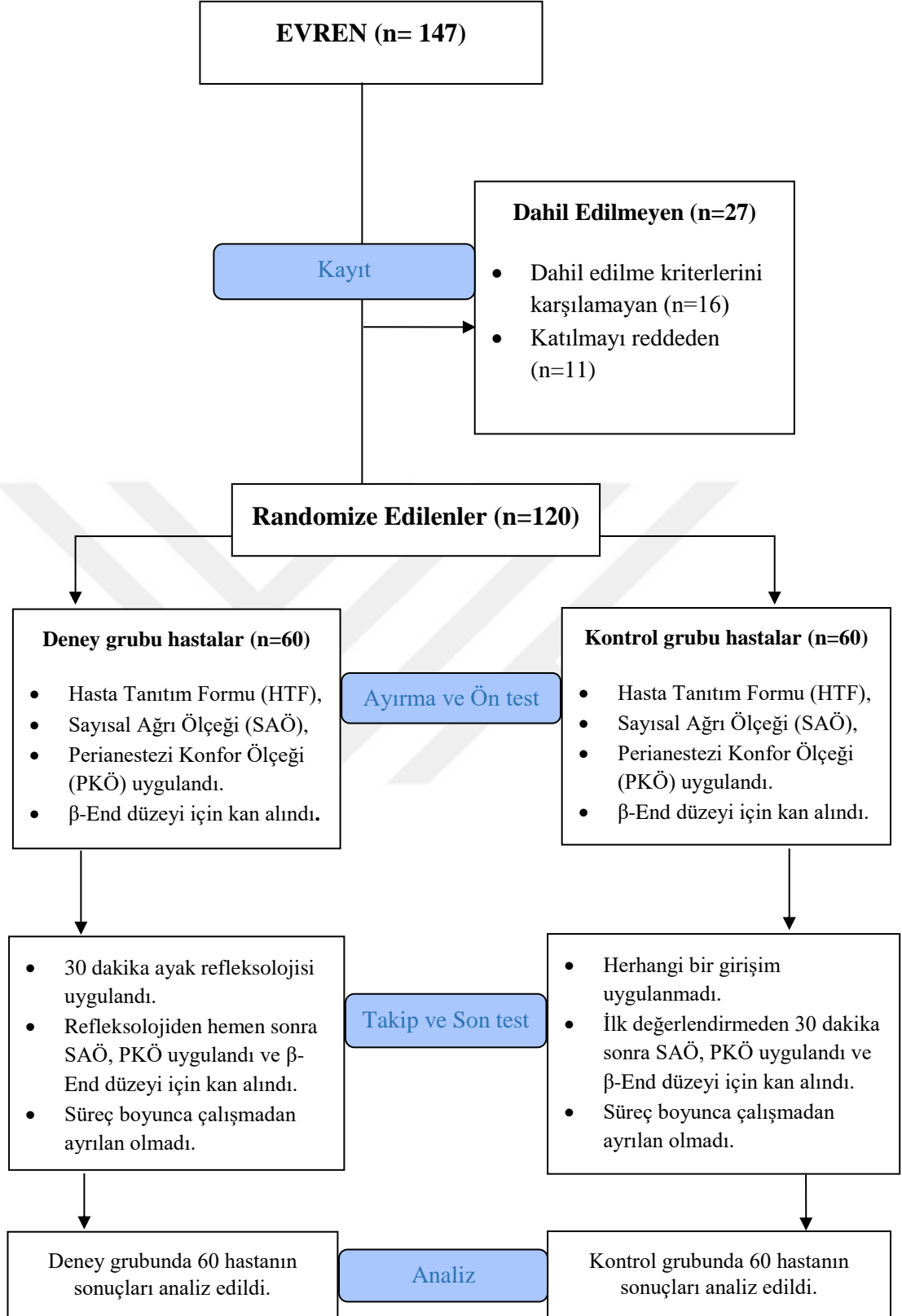
Ayak refleksolojisinin ilk aşaması olan ayak ısıtma hareketleri 2 dk boyunca uygulandı. Ayak ısıtma hareketlerinde; ovma, iki taraflı bilek gevşetme ve rotasyon hareketi, aşıl tendonunun gerilmesi, el başparmağının ayakaltında hareket ettirilmesi, itme-çekme ve çamaşır sıkma gibi yöntemler uygulandı. Daha sonra refleksoloji uygulanan ayağın solar pleksus bölgesine 1 dk boyunca derin ve acı vermeyecek şekilde bası uygulayarak ısınma hareketleri sonlandırıldı. Sonra sırası ile;

- 3 dakika beyin bölgesine (başparmakta epifiz bölgesine, hipotalamus, hipofiz noktalarına),
- 2 dakika karaciğer bölgesine,
- 2 dakika tiroid bölgesine,
- 2 dakika lenf sistemi bölgesine,
- 1 dakika boyunca ince bağırsak ve kalın bağırsak bölgesine,
- 1 dakika diz, kalça, dirsek ve omuz bölgelerine (Şekil 3.7.1),
- 1 dakika ayak için gevşeme hareketleri yapıp, solar pleksusa bası uygulanması ile tek ayak seansı 15 dakika içerisinde tamamlandı.



Şekil 3.7.1 Ayak refleksi noktaları (52).

Aynı işlemler diğer ayak içinde 15 dakika boyunca uygulanarak refleksoloji tamamlandı.



Şekil 3.7.2 Araştırma Akış Şeması

3.8.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Ağrı, Konfor ve β -End düzeyi,

Bağımsız Değişken: Hastalara uygulanan ayak refleksolojisi,

Kontrol Değişkenleri: Hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, tanı alma zamanı, hastanede yatış süresi, donör tipi, nakil etiyolojisi, kronik hastalık durumu araştırmanın kontrol değişkenleri olarak belirlendi.



Tablo 3.8.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (S=60)		Kontrol Grubu (S=60)		Test ve Anlamlılık
	$(\bar{x} +SS)$		$(\bar{x} +SS)$		
	47.96±11.36		51.26±13.90		t: -1.423
Yaş	En Az- En Çok (30-71)		En Az- En Çok (23-78)		p: 0.157
	S	%	S	%	χ^2/p
Cinsiyet					
Kadın	30	50.0	32	53.3	χ^2 : 0.133
Erkek	30	50.0	28	46.7	p: 0.715
Medeni Durum					
Evli	45	75.0	52	86.7	χ^2 : 2.636
Bekâr	15	25.0	8	13.3	p: 0.104
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar değil	3	5.0	11	18.3	
Okuryazar	10	16.7	11	18.3	χ^2 : 6.663
İlköğretim	12	20.0	11	18.3	p: 0.155
Lise	15	25.0	15	25.0	
Üniversite ve üstü	20	33.3	12	18.7	
Meslek					
Memur	17	28.3	9	15.0	
İşçi	7	11.7	8	13.3	
Serbest Meslek	9	15.0	8	13.3	χ^2 : 7.592
Ev hanımı	11	18.3	9	15.0	p: 0.180
Emekli	4	6.7	13	21.7	
Çalışmıyor	12	20.0	13	21.7	
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	28	46.7	32	53.3	χ^2 : 0.630
Gelir gidere eşit	29	48.3	26	43.3	p: 0.730
Gelir giderden fazla	3	5.0	2	3.3	
Tanı Alma Zamanı					
0-2 ay	12	20.0	9	15.0	
3-5 ay	15	25.0	9	15.0	χ^2 : 3.445
6-8 ay	10	16.7	13	21.7	p: 0.486
9-11 ay	10	16.7	10	16.7	
12 ay ve üzeri	13	21.7	19	31.7	

Tablo 3.8.1. Devamı

Hastanede Yatış Süresi					
1-7 gün	25	41.7	15	25.0	
8-14 gün	22	36.7	18	30.0	$\chi^2: 9.321$
15-21 gün	7	11.7	9	15.0	$p: 0.054$
22-28 gün	4	6.7	10	16.7	
29 gün ve üzeri	2	3.3	8	13.3	
Donör Tipi					
Canlı Vericili	50	83.3	51	85.0	$\chi^2: 0.063$
Kadavra Vericili	10	16.7	9	15.0	$p: 0.803$
Nakil Etiyolojisi					
Hepatit C	13	21.7	11	18.3	
İdiyopatik Karaciğer Hastalığı	10	16.7	10	16.7	
Kriptojenik Karaciğer Hastalığı	10	16.7	8	13.3	
Hepatit B	9	15.0	11	18.3	$\chi^2: 3.932$
Otoimmün Hepatit	6	10.0	6	10.0	$p: 0.864$
Budd Chiari Sendromu	4	6.7	1	1.7	
Wilson Hastalığı	4	6.7	6	10.0	
Hepatasellüler Karsinoma (HCC)	3	5.0	4	6.7	
Etanol Siroz	1	1.7	3	5.0	
Kronik Hastalık Durumu					
Var	46	76.7	44	73.3	$\chi^2: 0.178$
Yok	14	23.3	16	26.7	$p: 0.673$

$\chi^2 \rightarrow ki$ kare

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, tanı alma zamanı, hastanede yatış süresi, donör tipi, nakil etiyojisi, kronik hastalık durumları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$). Elde edilen sonuçlara göre her iki grubun sosyodemografik ve tıbbi özellikleri açısından benzer olduğu görülmektedir (Tablo 3.8.1).

3.9.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler değerlendirilirken Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 analiz programı kullanıldı. Araştırma sonuçları %95'lik güven aralığı ve anlamlılık

düzeyi $p < 0.05$ olacak şekilde değerlendirildi. Araştırma sonuçlarının elde edilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemleri Tablo 3.9.1’de gösterildi.

Tablo 3.9.1. Araştırma Sonuçlarının Analiz Edilmesinde Kullanılan İstatistik Yöntemleri

Araştırma Değişkenleri	Veri analizlerinde kullanılan istatistik yöntemler
Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirmede	✓ Yüzdeler, ortalama ve standart sapma değerleri.
İki grubun (Deney ve Kontrol) puan ortalamalarının karşılaştırılmasında	✓ Bağımsız gruplarda t testi.
İki grubun kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında	✓ Ki kare ✓ Bağımsız gruplarda t testi.
Verilerin normallik dağılımı	✓ Kolmogorov-Smirnov testi
İki grubun refleksoloji öncesi ve sonrası ön test ile son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında	✓ Eşleştirilmiş t testi.
PKÖ’nün güvenilirlik düzeyinin belirlenmesinde	✓ Cronbach Alfa Katsayısı.

3.10. Araştırma İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için; araştırmanın yapılacağı hastanenin bağlı olduğu İnönü Üniversitesi Karaciğer Nakli Enstitüsünden (EK 8) ve Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan (Tarih: 26/12/2018, Karar No:2018/183) (EK 9) yazılı izin alındı. Hastalara araştırma içeriği konusunda bilgi verilip, kişisel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri her an araştırmadan vazgeçebilecekleri anlatılarak gönüllü olan bireyler çalışmaya dâhil edildi. Araştırma kapsamında bulunan hastaların haklarının güvende kalması için veriler toplanmadan önce hastalara, araştırmanın yapılmasındaki amaç, araştırma sürecinde yapılacak olan tüm işlemler açıklandı (EK-5 ve EK-6) ve hastaların tüm soruları yanıtlanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesine uyuldu. Hastalara bu araştırmadan istedikleri her an vazgeçebilecekleri belirtilmiş olup; “Özerklik” ilkesi

araştırmacıyla paylaşılan kişisel verilerin araştırma sonrasında da güvende kalacağı söylenmiş olup ‘‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’’ ilkesine uyulmasına zen gösterildi. Kimlik bilgileri ve bireyden elde edilen diğer bilgilerin gizli kalacağı anlatılarak ‘‘Kimliksizlik ve Güvenlik’’ ilkesi korunmuş oldu. Araştırma sonuçları Karaciğer Nakil Enstitüsü hemşireleri ve hekimleri ile paylaşıldı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Yapılan bu araştırmadaki hasta grubunun İnönü Üniversitesi TTM KNE organ nakli kliniğinde karaciğer nakli nedeniyle yatan hastalar ile sınırlı olması, örneklemin olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilmiş olması ve ayak refleksolojisinin tek seans uygulanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar bütün karaciğer nakli olan hastalara genellenemez. Ancak diğer çalışma sonuçları ile kıyaslanmak üzere kullanılabilir.

4.BULGULAR

Bu bölümde, karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin, ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo demografik Özellikler	Deney Grubu (S=60)		Kontrol Grubu (S=60)	
	$(\bar{x} \pm SS)$		$(\bar{x} \pm SS)$	
Yaş	47.96±11.36 (En Az-30, En Çok-71)		51.26±13.90 (En Az-23, En Çok-78)	
	S	%	S	%
Cinsiyet				
Kadın	30	50.0	32	53.3
Erkek	30	50.0	28	46.7
Medeni Durum				
Evli	45	75.0	52	86.7
Bekâr	15	25.0	8	13.3
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil	3	5.0	11	18.3
Okuryazar	10	16.7	11	18.3
İlköğretim	12	20.0	11	18.3
Lise	15	25.0	15	25.0
Üniversite ve üstü	20	33.3	12	18.7
Meslek				
Memur	17	28.3	9	15.0
İşçi	7	11.7	8	13.3
Serbest Meslek	9	15.0	8	13.3
Ev hanımı	11	18.3	9	15.0
Emekli	4	6.7	13	21.7
Çalışmıyor	12	20.0	13	21.7
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	28	46.7	32	53.3
Gelir gidere eşit	29	48.3	26	43.3
Gelir giderden fazla	3	5.0	2	3.3

Araştırma kapsamına alınan karaciğer nakil hastalarının sosyodemografik özerliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmektedir. Deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 47.96 ± 11.36 , kontrol grubu hastalarının ise 51.26 ± 13.90 olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Deney grubundaki hastaların cinsiyet bakımından eşit dağılım gösterdiği, %75’inin evli, %33,3’ünün en az lisans derecesinde eğitim düzeyinde, %28.3’ ünün memur ve %48.3’ ünün gelir düzeyinin giderine eşit olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki hastaların ise %53.3’ ünün kadın, %86.7’sinin evli, %25’inin lise mezunu, %21.7’sinin emekli olduğu ve %53.3’ ünün gelir düzeyinin giderinden düşük olduğu görüldü (Tablo 4.1).



Tablo 4.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı

Tıbbi Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	(S=60)		(S=60)	
	S	%	S	%
Tanı Alma Zamanı				
0-2 ay	12	20.0	9	15.0
3-5 ay	15	25.0	9	15.0
6-8 ay	10	16.7	13	21.7
9-11 ay	10	16.7	10	16.7
12 ay ve üzeri	13	21.7	19	31.7
Hastanede Yatış Süresi				
1-7 gün	25	41.7	15	25.0
8-14 gün	22	36.7	18	30.0
15-21 gün	7	11.7	9	15.0
22-28 gün	4	6.7	10	16.7
29 gün ve üzeri	2	3.3	8	13.3
Donör Tipi				
Canlı Vericili	50	83.3	51	85.0
Kadavra Vericili	10	16.7	9	15.0
Nakil Etiyolojisi				
Hepatit C	13	21.7	11	18.3
İdiyopatik Karaciğer Hastalığı	10	16.7	10	16.7
Kriptojenik Karaciğer Hastalığı	10	16.7	8	13.3
Hepatit B	9	15.0	11	18.3
Otoimmün Hepatit	6	10.0	6	10.0
Budd Chiari Sendromu	4	6.7	1	1.7
Wilson Hastalığı	4	6.7	6	10.0
Hepatasellüler Karsinoma (HCC)	3	5.0	4	6.7
Etanol Siroz	1	1.7	3	5.0
Kronik Hastalık Durumu				
Var	46	76.7	44	73.3
Yok	14	23.3	16	26.7
Kronik Hastalıklar				
Diyabet	22	36.7	25	41.7
Hipertansiyon	21	35.0	20	33.3
Koroner Arter Hastalığı	10	16.7	12	20.0
Guatr	11	18.3	7	11.7
Kronik Böbrek Hastalığı	2	3.3	6	10.0
Prostat	1	1.7	1	1.7

Tablo 4.2’de; Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %25’inin 3-5 ay önce tanı aldığı, %41.7’sinin 1-7 gündür hastanede yattığı, %83.3’ünün canlı vericili nakil olduğu, %21.7’sinin nakil etiyolojisinin Hepatit C olduğu belirlendi. Deney grubundaki hastaların %76.7’sinin bir kronik hastalığının olduğu ve %35’inde hipertansiyon, %36.7’sinde diyabet, %16.7’sinde koroner arter hastalığı, %3.3’ünde kronik böbrek hastalığı, %18.3’ünde guatr ve %1.7’sinde prostat hastalığı olduğu görüldü (Tablo 4.2).

Kontrol grubundaki hastaların %31.7’sinin 12 ay ve üzeri bir zaman içerisinde tanı aldığı, %30’unun 8-14 gündür hastanede yattığı, %85.0’inin canlı vericili nakil olduğu, %18.3’ünün nakil etiyolojisinin Hepatit B ve Hepatit C olduğu saptandı. Kontrol grubundaki hastaların %73.3’ünün bir kronik hastalığının olduğu ve %33.3’ünde hipertansiyon, %41.7’sinde diyabet, %20’sinde koroner arter hastalığı, %10’unda kronik böbrek hastalığı, %11.7’sinde guatr ve %1.7’sinde prostat hastalığı olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Günlük Yaşamlarında Kullandıkları Ağrı ile Baş Etme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Ağrı ile baş etme yöntemleri	Deney Grubu (S=60)		Kontrol Grubu (S=60)		Test ve Anlamlılık
	S	%	S	%	χ^2/p
Masaj					
Evet	32	53.3	30	50.0	$\chi^2: 0.133$
Hayır	28	46.7	30	50.0	$p: 0.715$
Gevşeme Egzersizleri					
Evet	2	3.3	2	3.3	$\chi^2: 1.175$
Hayır	58	96.7	58	96.7	$p: 0.593$
Sıcak ve Soğuk Uygulama					
Evet	17	28.3	19	31.7	$\chi^2: 0.159$
Hayır	43	71.7	41	68.3	$p: 0.690$
Müzik – TV izleme					
Evet	5	8.3	2	3.3	$\chi^2: 1.365$
Hayır	55	91.7	58	96.7	$p: 0.243$
Bitkisel Yöntemler					
Evet	8	13.3	8	13.3	$\chi^2: 0.020$
Hayır	52	86.7	52	86.7	$p: 0.879$
Dua					
Evet	23	38.3	26	43.3	$\chi^2: 0.310$
Hayır	37	61.7	34	56.7	$p: 0.577$
İstirahat Etme					
Evet	44	73.3	39	65.0	$\chi^2: 0.977$
Hayır	16	26.7	21	35.0	$p: 0.323$
Hastaneye Başvurma					
Evet	43	71.7	47	78.3	$\chi^2: 0.711$
Hayır	17	28.3	13	21.7	$p: 0.399$
Hastane Öncesi Ağrı					
Kesici Kullanma					
Evet	41	68.3	48	80.0	$\chi^2: 2.131$
Hayır	19	31.7	12	20.0	$p: 0.144$

$\chi^2 \rightarrow ki$ kare

Tablo 4.3'te hastaların günlük yaşamlarında kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri gösterildi. Hastaların günlük yaşamlarında ağrı ile baş etme yöntemi kullanma

durumlarının gruplara göre dağılımında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney grubundaki hastaların tamamının ağrıyla baş etme yöntemi kullandığı ve %53.3'ünün masaj, %3.3'ünün gevşeme egzersizleri, %28.3'ünün sıcak-soğuk uygulama, %8.3'ünün müzik-tv izleme, %13.3'ünün bitkisel yöntemler, %38.3'ünün dua etme, %73.3'ünün istirahat etme, %71.7'sinin hastaneye başvurma ve %68.3'ünün ağrı kesici kullandığı belirlendi (Tablo 4.3).

Kontrol grubundaki hastaların tamamının ağrı ile baş etme yöntemi kullandığı ve %50'sinin masaj, %3.3'ünün gevşeme egzersizleri, %31.7'sinin sıcak ve soğuk uygulama, %3.3'ünün müzik-tv izleme, %13.3'ünün bitkisel yöntemler, %43.3'ünün dua etme, %65'inin istirahat etme, %78.3'ünün hastaneye başvurma ve %80'inin ağrı kesici aldığı bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi için Yapılan Analjezik Uygulamaları

Analjezik Uygulamaları	Deney Grubu (S=60)		Kontrol Grubu (S=60)		Test ve Anlamlılık χ^2/p
	S	%	S	%	
Analjezik kullanım durumu*					
Evet	39	65.0	30	50.0	χ^2 : 2.762
Hayır	21	35.0	30	50.0	p : 0.097
Kullanılan Analjezik Türü					
Non-Steroid Anti-İnflamatuar	32	82.1	25	83.3	χ^2 : 0.019
Opioid	7	17.9	5	16.7	p : 0.889
Analjezik Kullanım Saati					
Refleksoloji öncesi	21	46.2	13	43.3	χ^2 : 0.750
Refleksoloji sırasında	18	53.8	17	56.7	p : 0.387

$\chi^2 \rightarrow$ ki kare *son 24 saatte analjezik kullanımı

Ameliyat sonrası ağrı yönetimi için yapılan analjezik uygulamaları Tablo 4.4'de gösterildi. Araştırmada analjezik kullanım durumu, kullanılan analjezik türü ve analjeziklerin kullanım saatlerinin deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımında istatistiksel olarak önemli bir farklılığın olmadığı bulundu ($p>0.05$). Deney grubu hastalarının %65'inin analjezik kullandığı, analjezik kullananların %82.1'inin NSAİİ kullandığı ve %53.8'ine refleksoloji sırasında analjezik uygulandığı belirlendi (Tablo 4.4).

Kontrol grubu hastalarının %50'sinin analjezik kullandığı, analjezik kullananların %83.3'ünün NSAİİ kullanıldığı ve %56.7'sine refleksoloji sırasında analjezik uygulandığı belirlendi (Tablo 4.4).

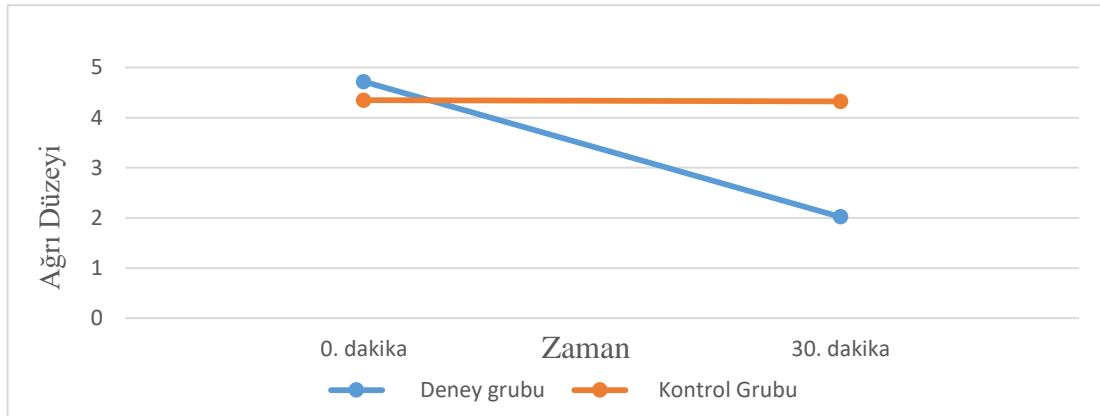
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarının Ağrı Düzeylerinin Grup içi ve Gruplararası Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Gruplararası Karşılaştırma
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Test ^b /p
0. dakika	4.72±0.72	4.35±0.54	t: 3.154, p: 0.002*
30. dakika	2.02±1.36	4.32±0.96	t: -10.687, p: 0.000*
Test^a ve p	t: 13.951, p: 0.000*	t: 0.225, p: 0.823	

Test^a → paired samples T test, Test^b → independent samples T test

*p<0.05

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların ağrı düzeylerinin grup içi ve gruplararası karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterildi.



Şekil 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ağrı Düzeylerindeki Değişim

Tablo 4.5'e göre grup içi karşılaştırmalarda; deney grubundaki hastaların refleksoloji öncesi (0. dakika) ağrı düzeyi 4.72±0.72 iken, refleksoloji sonrası 30. dakikada 2.02±1.36 olarak bulundu. Refleksoloji öncesi ve sonrası ağrı düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (p<0.05) (Tablo 4.5 ve Şekil 4.5).

Kontrol grubundaki hastaların refleksoloji öncesi (0. dakika) ağrı düzeyi 4.35 ± 0.54 iken, refleksoloji sonrası 30. dakikada 4.32 ± 0.96 olarak bulundu. 0. dakika ile 30. dakika sonrası ölçülen ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılığın olmadığı saptandı ($p > 0.05$) (Tablo 4.5 ve Şekil 4.5).

Tablo 4.5'e göre gruplar arası karşılaştırmalarda; kontrol grubundaki hastaların ön test ağrı düzeyi 4.35 ± 0.55 iken, deney grubundaki hastaların ön test ağrı düzeyi 4.72 ± 0.72 olarak bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ağrı düzeyleri arasında görülen bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların son test ağrı düzeyi 4.32 ± 0.96 iken, deney grubundaki hastaların son test ağrı düzeyi 2.02 ± 1.36 olarak bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test ağrı düzeyleri arasında görülen bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 4.5).

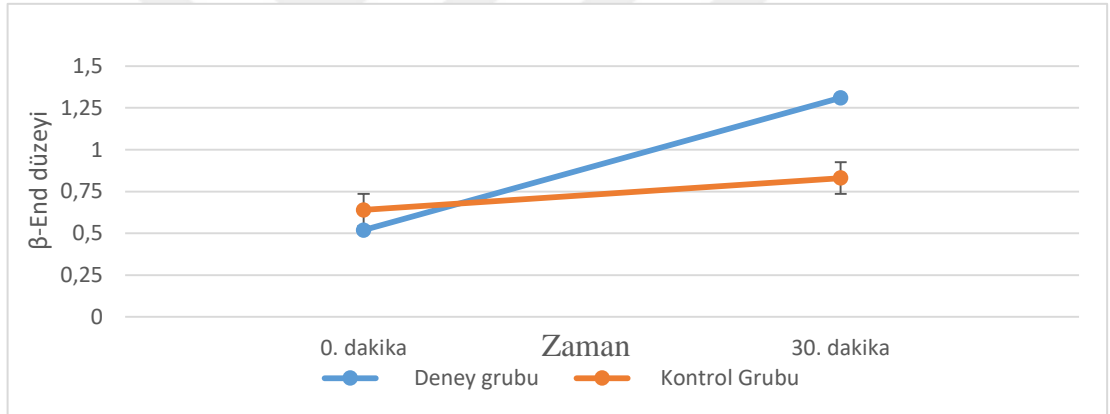
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarının β -End Düzeylerinin Grup içi ve Gruplararası Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Gruplararası Karşılaştırma
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Test ^b /p
0. dakika	0.52±0.48	0.64±0.46	t: -1.293, p: 0.199
30. dakika	1.31±0.97	0.83±0.60	t: 3.308, p: 0.001*
Test^a ve p	t: -8.110, p: 0.000*	t: -3.654, p: 0.001	

Test^a → paired samples T test, Test^b → independent samples T test

*p<0.05

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların β -End düzeylerinin grup içi ve gruplararası karşılaştırılması Tablo 4.6’da gösterildi.



Şekil 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beta Endorfin Düzeylerindeki Değişim

Tablo 4.6’ya göre grup içi karşılaştırmalarda; deney grubundaki hastaların refleksoloji öncesi (0. dakika) β -End düzeyi 0.52±0.48 iken, refleksoloji sonrası 30. dakikada 1.31±0.97 olarak bulundu. Refleksoloji öncesi ve sonrası β -End düzeyi puan ortalamaları arasında görülen bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulundu (p<0.05) (Tablo 4.6 ve Şekil 4.6).

Kontrol grubundaki hastaların refleksoloji öncesi (0. dakika) β -End düzeyi 0.64±0.46 iken, refleksoloji sonrası 30. dakikada 0.83±0.60 olarak bulundu. Deney grubuna göre nispeten daha az artış göstermesine rağmen, 0. dakika ve 30. dakika sonrası β -End düzeyleri arasında görülen bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05) (Tablo 4.6 ve Şekil 4.6).

Tablo 4.6'ya göre gruplar arası karşılaştırmalarda; kontrol grubundaki hastaların ön test β -End düzeyi 0.64 ± 0.46 iken, deney grubundaki hastaların ön test β -End düzeyi 0.52 ± 0.48 olarak bulundu. Deney ve kontrol gurubundaki hastaların ön test β -End düzeyleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların son test β -End düzeyi 0.83 ± 0.60 iken, deney grubundaki hastaların son test β -End düzeyi 1.31 ± 0.97 olarak bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test β -End düzeyleri arasında görölen bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.6).



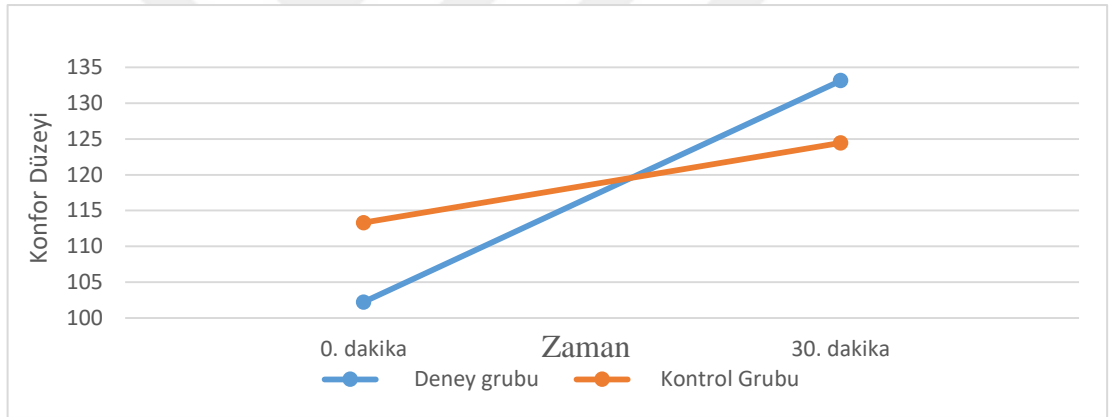
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Konfor Düzeylerinin Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Gruplararası Karşılaştırma
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Test ^b /p
0. dakika	102.25±12.19	113.33±14.40	t: -4.469, p: 0.000*
30. dakika	133.13±6.74	124.43±14.53	t: -4.206, p: 0.000*
Test^a ve p	t: -20.159, p: 0.000*		t: -4.867, p: 0.000

Test^a → paired samples T test, Test^b → independent samples T test

*p<0.05

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların konfor düzeylerinin grup içi ve gruplararası karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterildi.



Şekil 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Düzeylerindeki Değişim

Tablo 4.7’ye göre grup içi karşıştırmalarda; deney grubundaki hastaların refleksoloji öncesi (0. dakika) konfor düzeyi 102.25±12.19 iken, refleksoloji sonrası 30. dakikada 133.13±6.74 olarak bulundu. Refleksoloji öncesi ve sonrası konfor düzeyi puan ortalamalarının arasında görülen bu fark istatistiksel olarak önemli bulundu (p<0.05) (Tablo 4.7 ve Şekil 4.7).

Kontrol grubundaki hastaların refleksoloji öncesi (0. dakika) konfor düzeyi 113.33±14.40 iken, refleksoloji sonrası 30. dakikada 124.43±14.53 olarak bulundu. Deney grubuna göre nispeten daha az artış göstermesine rağmen, ön test son test konfor düzeyleri arasında görülen bu farklılık istatistiksel açıdan önemli bulundu (p<0.05) (Tablo 4.7 ve Şekil 4.7).

Tablo 4.7'ye göre gruplar arası karşılaştırmalarda; kontrol grubundaki hastaların ön test konfor düzeyi 113.13 ± 14.40 iken, deney grubundaki hastaların 102.25 ± 12.19 olarak bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test konfor düzeyleri arasında görölen bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların son test konfor düzeyi 133.13 ± 6.74 iken, deney grubundaki hastaların 124.43 ± 14.53 olarak bulundu. Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test konfor düzeyleri arasında görölen bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).



5. TARTIŞMA

Literatürde cerrahi girişimler sonrası hastaların ağrı düzeyinin yüksek olduğu ve cerrahi travmanın hasta konforunu bozduğu bildirilmektedir (6, 8, 51, 103). Günümüzde ameliyat sonrası ağrının kontrolünde yaygın bir şekilde farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (18-20). Son yıllarda farmakolojik yöntemlerle beraber ağrı şiddetini hafifletici etkileri nedeniyle farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı da artmıştır. Bu nedenlerle gerek farmakolojik gerekse farmakolojik olmayan yöntemler kullanılarak etkili ağrı yönetimi sağlanmakta, bu yolla hasta konforu ve memnuniyeti artmakta, hastanede kalış süresi kısalarak bakım maliyeti düşmektedir (12-14, 25). Farmakolojik olmayan yöntemler (müzik terapi, aromaterapi, refleksoloji, akupressör, shiatsu, masaj, terapötik dokunma, hipnoterapi, yoga vb. yöntemler) aracılığıyla ağrının giderilmesinde amaç, analjezik kullanımını azaltarak hastanın yaşadığı ağrıyı olabildiğince gidermek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (12, 25, 27-29). Bu yöntemler içerisinde yer alan refleksoloji ile refleks noktalarına uygulanan basınç ve masaj uygulamalarının, birçok kimyasal maddenin salınımı ile birlikte endorfinlerin de salınımını uyararak, ağrı kontrolü üzerinde etki sağladığı bildirilmektedir (35). Literatürde refleksolojinin ağrı kontrolü üzerine etkisini inceleyen pek çok çalışma yer almaktadır (30, 35-42). Ancak ayak refleksolojisinin konfor ve β -End düzeyine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür (43). Bu bağlamda karaciğer nakli olan hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve β -End düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan bu araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, tanı alma zamanı, hastanede yatış süresi, donör tipi, nakil etiyojisi ve kronik hastalık durumları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$). Elde edilen sonuçlara göre her iki grubun sosyodemografik ve tıbbi özellikleri açısından benzer olduğu görülmektedir (Tablo 3.8.1).

Bu çalışmada ayak refleksolojisi uygulanan hastaların ağrı düzeyinin refleksolojiden 30 dakika sonra istatistiksel olarak önemli düzeyde azaldığı belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.5 ve Şekil 4.5)

Kontrol grubundaki hastaların ağrı düzeyinde görülen azalma ise istatistiksel açıdan önemli bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Yapılan literatür incelemesi sonucunda karaciğer nakli sonrası ayak refleksolojisinin ağrı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamış olmasına rağmen, farklı hasta gruplarına uygulanan refleksolojinin ağrı düzeyini düşürdüğü belirtilmektedir (30, 35-42, 135, 140, 141).

Nitekim Khorsand ve ark. analjezik tüketimi ve ağrı kontrolü üzerine ayak refleksolojisinin etkilerini inceledikleri çalışmalarında, ağrı şiddetinin deney grubunda azaldığını saptamışlardır (36). Koroner arter bypass greft (CABG) hastaları üzerinde Babajani ve ark., Bagheri-Nesami ve ark. ve Shermeh ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda, ayak refleksolojisinin ağrıyı önemli düzeyde azalttığı bulunmuştur (37, 140, 141). Park ve ark. ve Sharp ve ark.'nın yaptıkları ve mastektomi sonrası uygulanan ayak refleksolojisinin etkinliğinin incelendiği çalışmalarda hastaların ağrı skorlarının azaldığı belirlenmiştir (136, 148). Yine başka bir çalışmada sindirim sistemi kanseri olan ve ameliyat olan hastalara Tsay ve ark. tarafından uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı düzeyini düşürdüğü saptanmıştır (146). Avcı ve ark., total abdominal histerektomi hastalarına ameliyat öncesi ve sonrası ayak refleksolojisi uygulamışlar ve deney grubundaki hastaların 1. 2. 4. 24. ve 48. saatlerindeki ağrı skorlarının, kontrol grubundaki hastaların ağrı skorlarından önemli düzeyde düşük olduğunu saptamışlardır (150). Abdominal histerektomi ameliyatı olan hastalara ameliyat sonrası takip eden üç gün boyunca uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, refleksolojiden hemen sonra ve 30. dakika da ölçülen ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre önemli oranda düşük olduğu bulunmuştur (135). Bakır ve ark.'nın romatoid artrit olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı üzerine etkilerini değerlendirdiği bir randomize kontrollü çalışmada, deney grubu hastalarının ağrı düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (149).

Bunlara ek olarak refleksoloji gibi manipülatif ve beden temelli tedavi yöntemleri arasında yer alan el ve ayak masajının, ağrı üzerine etkilerine bakılan çalışmalarda literatürde yer almaktadır. Pasyar ve ark., tibial shaft kırığı nedeniyle ameliyat olan hastalara uygulanan ayak masajının ağrı şiddetini azalttığını belirlemişlerdir (137). Çankaya ve Sarıtaş laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası 10 dakika süre ile uyguladıkları klasik ayak masajının ağrı düzeyine etkilerini inceledikleri çalışmalarında, deney grubu hastaların ağrı düzeyinin kontrol grubu hastaların ağrı düzeyinden daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (144). Koraş ve Karabulut kolesistektomi sonrası

ayak masajının 5. 30. 60. 90. ve 120. dakikalardaki ağrı şiddeti üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; 60. dakika ve sonraki ölçümlerde deney grubundaki hastaların ağrı şiddetlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (139). Kardiyak cerrahi sonrası ağrı deneyimleyen hastalara Asadizaker ve ark. tarafından uygulanan el ve ayak masajından hemen sonra ve uygulamadan 24 saat sonra ölçülen ağrı düzeylerinin deney grubundaki hastalarda daha düşük olduğu saptamıştır (143). Youssef ve Hassan abdominal cerrahi ameliyatı olan hastalara el ve ayak masajının etkinliğini inceledikleri çalışmalarında, ağrı düzeyinin azaldığını tespit etmişlerdir (138). Abdominal cerrahi uygulanan hastalarda Shehata ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada iki seans şeklinde ayak masajı uygulanmış, birinci ve ikinci seans uygulaması sonrası deney grubundaki hastaların ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (145). Ucuzal ve Kanan meme cerrahisi sonrası ayak masajının etkinliğini inceledikleri çalışmalarında her iki grupta bulunan hastaların ağrı düzeylerinde düşüş olduğunu, fakat bu düşüşün deney grubunda istatistiksel açıdan daha fazla olduğunu bulmuşlardır (147).

Literatürde refleksoloji gibi manipülatif ve beden temelli tedavi yöntemleri arasında yer alan el ve ayak masajının analjezik etkisi olduğu gösterilmiştir. Refleksoloji ve masajın neden olduğu analjezik etki deri, derialtı dokusuna ve kaslara verilen mekanik uyarıların ağrı impulslarını engellemesine, endorfin salgılanmasının artırılmasına ve üst düzeydeki inhibitör mekanizmaların aktive edilmesine bağlı olarak gelişmektedir (151, 152). Refleksoloji uygulaması ile refleks noktalarına uygulanan basınç ve masaj sayesinde enerji blokajları kırılmakta ve ilgili organlara bu enerji akımının dengeli bir şekilde yayılması sağlanmaktadır (27, 33, 34). Bu refleks noktalarına uygulanan basınç ve masaj uygulamaları sayesinde birçok kimyasal maddenin salınımı ile birlikte endorfinlerinde salınımının ağrı kontrolü üzerine etki sağladığı bildirilmektedir (35). Araştırmadan elde edilen sonuçlar, karaciğer nakli olan hastalarda tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden ayak refleksolojisinin, farmakolojik yöntemlere ek olarak kullanıldığında, karaciğer nakli sonrası ağrının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu araştırma sonucunun literatür de yer alan çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte olduğu ve **“Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisi hastaların ağrı düzeyini azaltır”** şeklinde olan H₁ hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Bu çalışmada ayak refleksolojisi uygulanan hastaların β -End düzeyinin 30 dakika sonra istatistiksel olarak önemli düzeyde arttığı saptandı ($p<0.05$), Kontrol grubundaki hastaların β -End düzeyindeki artış deney grubundaki hastalara göre nispeten

daha az olsa da bu artış da istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.6 ve Şekil 4.6).

Herhangi bir girişim uygulanmayan, kontrol grubu hastalarının β -End düzeyinde görülen bu artışın, klinik protokller doğrultusunda uygulanan analjezik tedavisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.4). Yapılan literatür taramasında, karaciğer nakli sonrası ayak refleksolojisini temel alarak yapılan bir çalışmaya rastlanamamış olup, refleksoloji uygulamasının β -End düzeyine etkisini ölçen sadece bir çalışmaya rastlanmıştır (43). McCullough ve ark. 6 hafta boyunca hamile bayanlara uyguladıkları ayak refleksolojisinin, β -End düzeyi üzerinde istatistiksel olarak önemli bir etki yapmadığı sonucuna varmışlardır (43).

Bunlara ek olarak refleksoloji gibi manipülatif ve beden temelli tedavi yöntemleri arasında yer alan masaj uygulamalarının β -End üzerine etkilerine bakılan çalışmalar da literatürde yer almaktadır. Bu doğrultuda Gürakan palyatif bakım alan kanser hastalarında aromaterapi sırt masajının β -End düzeyine etkisini incelediği tez çalışmasında, aromaterapi ve masaj grubu hastalarının β -End düzeylerinde zamanla bir artış olduğunu saptamıştır (153). Yine başka bir çalışmada da Karadeniz sırt masajın endorfin salınımı üzerine etkisini incelemiş ve uygulama öncesi ve uygulama sonrası β -End düzeyi ortalamaları arasındaki artışın istatistiksel olarak önemli olduğunu saptamıştır (154). Kaada B ve Torsteinbo'nun bağ dokusu masajının plazma β -End seviyesine etkisini inceledikleri çalışmada, β -End düzeyinin yükselmesi istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (158).

Endorfin teorisine göre TENS, refleksoloji, masaj, dokunma gibi deri stimülasyonları, müzik terapi, mizah vb. uygulamalar ve vücudun kendi ürettiği doğal ağrı kesicileri olan, analjezi sisteminde aktif rol oynayan endojen nörotransmitterlerden biri olan β -End salınımını artırarak ağrı kontrolüne yardımcı olmaktadır (45, 88, 94, 127). Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, karaciğer nakli olan hastaların β -End düzeyinin artmasında ayak refleksolojisinin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.6). Bu araştırma sonuçları literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte olup, **“Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisi hastaların beta endorfin düzeyini arttırır”** şeklinde olan H_2 hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Bu çalışmada ayak refleksolojisi uygulanan hastaların konfor düzeyinin, son test ölçümlerinde ön teste göre istatistiksel olarak önemli düzeyde artış gösterdiği belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.7 ve Şekil 4.7).

Kontrol grubundaki hastaların konfor düzeyindeki artış deney grubuna oranla

daha az olsa da bu artış da istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Klinik protokoller doğrultusunda uygulanan analjezik tedavisi sayesinde ağrının azaltılması kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim olmadığı halde konfor düzeyinin artmasını sağlamış olabilir (Tablo 4.4).

Yapılan literatür incelemesi sonucunda karaciğer nakli olmuş hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin konfor düzeyine etkisini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanamamış ancak bu hastalarda sırt masajının konfor düzeyine etkisini değerlendiren bir çalışma (133) olduğu görülmüştür. Bu kapsamda bu araştırmanın verileri ayak refleksolojisinden farklı olarak, diğer manipülatif ve beden temelli tedavi yöntemleri ile yapılan çalışmalar ile kıyaslanarak tartışıldı.

Demir ve Sarıtaş'ın karaciğer nakli olmuş hastalara uyguladıkları sırt masajının konfor düzeyine etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmada sırt masajının hasta konforunu arttırdığı saptanmıştır (133).

Arslan yapmış olduğu tez çalışmasında, yaşlılara 3 günlük periyot içerisinde günde 10 dakika uygulanan sırt ve el masajının konfor durumuna etkisini incelemiş ve masaj uygulamasının konfor düzeyini istatistiksel açıdan önemli düzeyde arttırdığını belirlemiştir (159). Chen ve ark. kalp yetmezliği hastaları üzerinde 3 günlük sırt masajı uygulamasının konfor üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında, konforun arttığı sonucuna varmışlardır (160). Nazari ve ark. lokal anestezi altında göz ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptıkları ve el masajının etkinliğini inceledikleri çalışmalarında, el masajının konfor düzeyini pozitif yönde arttırdığını saptamışlardır (161). Mohaddes Ardabili ve ark. yanık hastalarında el masajının etkilerini inceledikleri çalışmalarında, el masajı uygulamasının rahatlamada etkili olduğu sonucuna varmışlardır (134). Yapılan başka bir çalışmada; Wilson ve ark. hastanede yatmakta olan hastalara el, ayak, sırt, kol ve bacak masajı uygulamış ve hastaların konfor düzeyinin arttığı sonucuna varmışlardır (142). Yine başka bir çalışmada, Townsend ve ark.'ı kronik ağrısı olan hastalara uygulanan el masajının ağrı düzeyinde azalma ve konfor düzeyinde artma sağladığı sonucuna varmışlardır (156). Ogawa ve ark.'ı yaşlı hastalara el masajı uygulamış ve rahatlama sağladığı sonucuna varmışlardır (157). Kolcaba ve ark. huzurevinde kalan yaşlılarda el masajının konfor düzeyi üzerine etkinliğini araştırdıkları çalışmada, el masajının konfor düzeyini arttırdığını belirlemişlerdir (115). Nitekim Kolcaba konfor kuramında rahatlatıcı girişimlerin (masaj, müzik terapi, hayal etme vb.) konforu arttırmada etkin olduğunu belirtmiştir (50, 155).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, karaciğer nakli olan hastaların konfor düzeyinin artmasında ayak refleksolojisinin etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.7). Literatür incelemesi sonucu ulaşılan çalışmalara göre, refleksoloji uygulaması gibi diğer manipülatif ve beden temelli tedavi yöntemlerinin de (el, ayak, sırt, kol, bacak masajı vb.) rahatlama sağladığı ve hastaların konfor düzeyini olumlu yönde arttırmada etkili olduğu görölmektedir. Bu araştırma sonucunun literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte olduğu ve **“Karaciğer nakli olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisi hastaların konfor düzeyini artırır”** şeklinde olan H₃ hipotezinin doğrulandığı görölmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Karaciğer nakli olan hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

Ayak refleksolojisinin; ağrı düzeyini düşürdüğü, β -End ve konfor düzeyini arttırdığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Günümüzde giderek artan karaciğer nakli ameliyatları sonrası hastalara bakım veren hemşirelerin; ayak refleksoloji konusunda bilgi sahibi olmaları,
- Nakil ameliyatı sonrası ağrıyı gidermek ve konforu arttırmak için hemşirelik uygulamalarında ayak refleksolojisine yer vermeleri,
- Ayak refleksolojisinin başka hasta grupları üzerindeki etkilerini inceleyen ve ameliyat sonrası geç dönemde tekrarlayan refleksoloji uygulamalarının etkinliğini değerlendiren başka çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gülen H, Karaca A. Organ transplantasyonu sürecinde donör eğitimi ve hemşirelik bakımı. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute* 2018, 8(2): 23-88.
2. Yang LS, Shan LL, Saxena A, Morris DL. Liver transplantation: A systematic review of long time quality of life. *Liver Int* 2014, 34(9): 1298-313.
3. Adam R, Hoti E. Liver transplantation: The Current Situation. *Semin Liver Dis* 2009, 29: 3-18.
4. İzveren A, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2011, 36-46.
5. Global observatory on donation and transplantation data (GODT), <http://www.transplantobservatory.org/export-database/> (Erişim Tarihi: 20.03.2020).
6. Üstundag H, Eti Aslan F. Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ve konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2011, 15(1): 22-8.
7. Fındık ÜY, Topçu Yıldızeli S. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2012, 19(2): 22-33.
8. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: result from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth& Analg* 2003, 97: 534-40.
9. Faydalı S. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2010, 83-91.
10. Özyuvacı E, Altan A, Yücel A. Postoperatif ağrı tedavisi. *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi* 2003, 15(9): 83-92.
11. Özveren H, Uçar H. Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2009, 59-72.

12. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe University of Health Sciences Nursing Journal* 2011, 83-92.
13. Demir Y, Khorshid L. The effect of cold applications in combination with standard analgesic administration on pain and anxiety during chest tube removal- a singleblinded randomized, double-controlled study. *Pain Manag Nurs* 2010, 11(3): 186-96.
14. Demir Y, Usta Y, İnce Y. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012, 2(3): 162-72.
15. Şelimen D. Renal transplantasyonda hemşirelik bakımı. İçinde: Titiz Mİ (editör). *Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım*, 2. Baskı. İstanbul, Astellas Pharma, 2004: 433-40.
16. Acar K. Orak hücre hastalığına bağlı akut göğüs sendromunun konfor kuramına göre değerlendirilme ve hemşirelik bakımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 1(1): 36-43.
17. Kuguoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin Türkçe uyarlanması. *İÜ Floronce Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 61(16): 16-23.
18. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Pain* 2010, 22(1): 21-9.
19. Eti Aslan F, Badir A. Ağrı kontrol gerçeği – Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Pain* 2005, 17(2): 44-51.
20. Foltz V, Pierre Yvan S, Rozenberg S, Rossignol M, Bourgeois P, Joseph L, Adam V, Penrod JR, Clarke AE, Fautrel B. Use of complementary and alternative therapies by patients with self reported chronic back pain: a nation wide survey in Canada. *Joint Bone Spine* 2005, 72: 571-77.
21. Yılmaz M, Gürler H. Nursing approaches toward postoperative pain in Patients: Patients opinions. *Pain* 2011, 23(2): 71-9.
22. Nester TM, Hale LS. Effectiveness of pharmacist acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health Syst Pharm* 2002, 59: 2221-25.
23. Eti Aslan F. Ağrıya ilişkin yanlış ve gerçekler. *Sendrom* 2002, 14: 94-8.
24. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004, 1-7.

25. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı – Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 2010, 3(1): 103-8.
26. Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* 2016, 7(4): 99-105.
27. Wilhelm ZA. *Adım adım sağlık-Refleksoloji*. 4. Baskı. İstanbul, Dharma yayınları, 2009: 1-103.
28. Carroll DL, Malecki Ketchell A, Astin F. Non-pharmacological interventions to reduce psychological distress in Patients undergoing diagnostic cardiac catheterization – a rapid review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017, 16(2): 92-103.
29. Quinn F, Hughes CM, Baxter GD. Reflexology in the management of low back pain – a pilot randomised controlled trial. *Complement Ther Med* 2008, 16: 3-8.
30. Ahmadidarrehsima S, Mohamadpourhodki R, Ebrahimi H, Keramati M, Dianatinasab M. Effect of foot reflexology and slow stroke back massage on the severity of fatigue in Patients undergoing hemodialysis – A semi experimental study. *J Complement Integr Med* 2018, 15(4): (Özet Metin).
31. Nakamarua T, Miura N, Fukushima A, Kawashima R. Somatopical relationships between cortical activity and reflex areas in reflexology – A functional magnetic resonance imaging study. *Neurosci Lett* 2008, 448: 6-9.
32. Tabur H, Başaran E. *Refleksolojiye Giriş – Tarihten günümüze uzanan doğal şifa kaynağı*. 2.baskı. İstanbul, Kitap dostu yayınları, 2009: 1-172.
33. Çevik K. Hemşirelikte tamamlayıcı ve alternatif tedavi – Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013, 29(2): 71-82.
34. Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, Yang CM. The efficacy of reflexology – systematic review. *J Adv Nurs* 2008, 62(5): 512-20.
35. Stephenson NLN, Weinrich SP, Tavakoli AS. The effect of foot Patients with breast and lung cancer reflexology on anxiety and pain. *Oncol Nurs Forum* 2000, 27: 67-72.
36. Khorsand A, Tadoyonfar MA, Badiee S, Aghaee MA, Azizi H, Baghani S. Evaluation of the effect of reflexology on pain control and analgesic consumption after appendectomy. *J Altern Complement Med* 2015, 21(12): 774-80.

37. Sadeghi Shermeh M, Bozorgzad P, Ghafourian AR, Ebadi A, Razmjouei N, Mahboubeh A, Azim A. Effect of foot reflexology on sternotomy pain after coronary artery bypass graft surgery. *Iran J Crit Care Nurs* 2009, 2: 51-4.
38. Stephenson LN, Swanson M, Dalton J, Frances J, Keefe ME. Partner delivered reflexology – effect on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum* 2007, 34: 127-32.
39. Song MR, Song HM. The effects of food reflexology on ADL and fatigue in stroke Patients. *Korean J Rehabil Nurs* 2005, 8(2): 139-48.
40. Samuel CA, Ebeenezzer IS. Exploratory study on the efficacy of reflexology for pain threshold and tolerance using an ice pain experiment and sham Tens control. *Complement Ther Clin Pract* 2013, 19: 57-62.
41. Korkan EA, Uyar M. Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım – Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 1: 9-14.
42. Poole H, Gleen S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chornic low back pain. *Eur J Pain* 2007, 11: 878-87.
43. McCullough JEM, Liddle SD, Close C, Sinclair M, Hughes CM. Hughes reflexology – A randomised controlled trial investigating the effects on beta-endorphin, cortisol and pregnancy related stress. *Complement Ther Clin Pract* 2018, 31: 76-84.
44. Araştırma Randomizasyon programı, <http://www.randomizer.org> (Erişim tarihi: 03.12.2018).
45. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002, 6(1): 9-16.
46. Ferreria Valente MA, Pais Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain* 2011, 152: 2399-404.
47. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* 1994, 19: 1178-84.
48. Kolcaba K. Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook* 2001, 49(1): 86-92.
49. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the peri anesthesia setting. *J PeriAnesth Nurs* 2004, 19(3): 164-73.
50. Kolcaba K. *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. 1th ed. Newyork, Springer publishing company, 2003: 35-68.

51. Üstundağ H, Eti Aslan F. Perianetezi konfor ölçeğinin Türkçe uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2010, 2(2): 94-9.
52. Refleksoloji uygulama noktaları, [https://www.fizyoterapistozdemir.com/refleksoloji-haritasi ve uygulanisi](https://www.fizyoterapistozdemir.com/refleksoloji-haritasi-ve-uygulanisi). (Erişim Tarihi: 01.12.2018)
53. Ayhan F, Kursun S. Experience of pain in Patients undergoing abdominal surgery and nursing approaches to pain control. *International Journal of Caring Sciences* 2017, 10(3): 1456-64.
54. Türkiye organ nakli verileri. <http://organ.saglik.gov.tr/Otr/30Bilgilendirme/organnakli.aspx> (Erişim Tarihi: 21.01.2019)
55. Taşkıran E, Akar H, Yıldırım M, Erbaş O. Karaciğer nakli – Endikasyonlar, kontrendikasyonlar, rejeksiyon ve uzun dönem takip. *Florence Nightingale Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi* 2016, 1(2): 59-66.
56. Morris PJ. Transplantation – A medical miracle of the 20th century. *N Eng J Med* 2004, 351: 2678-80.
57. Türkiye organ nakli derneği https://www.tond.org.tr/tr/sayfalar/history_emblem.php (Erişim Tarihi: 21.01.2019)
58. Mızrak D, İdilman R. Karaciğer nakli – Hasta seçimi, gelişen endikasyonları. *Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi Özel Konular* 2009, 2: 10-3.
59. Kasapoğlu B, Yalçın KS, Türkay C. Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi* 2010, 14(2): 96-102.
60. Elmas İ, Tepehan S. Beyin ölümü kavramı ve organ transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine – Special Topics* 2016, 2(1): 8-11.
61. Karademir S. Karaciğer transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2006, 2(26): 40-8.
62. Acarlı K. Organ transplantasyonları. İçinde: Bozfakıoğlu Y, Değerli Ü (Editörler). *Genel cerrahi*, 7.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2002: 277-81.
63. Karasu Z. Canlı vericiden karaciğer transplantasyonu – Dünya'daki ve Türkiye'deki durum. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Science*, 2(51): 1-5.
64. Şenduran, M. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Fizyoterapi Programının Kardiyopulmoner Etkileri. Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
65. Varna V, Mehta N, Kumaran V, Nundy S. Indications and contra indications for liver transplantation. *Int J Hepatol* 2011, 1-9.
 66. Canlı vericili nakil segmentleri. <https://www.drmuratkilic.com/karaciger-nakli-verici.html> (Erişim Tarihi: 21.01.2019)
 67. Hwang S, Lee SG, Ahn CS, Kim KH, Moon DB, Ha TY. Reappraisal of seventh-day syndrome following living donor liver transplantation. *Transplant Proc* 2006, 38: 2961-3.
 68. Zakim D, Boyer TD. *Hepatology: A textbook of liver disease*. (3rd ed.). Usa, W.B. Saunders company, 1996: 1650-775.
 69. Bufton S, Emmett K, Byerly AM. Liver transplantation. İn: Ohler L, Cupples S (eds). *Core curriculum for Transplant nurses*. 1st ed. Usa, Mosby 2008, 423-55.
 70. Karaciğer nakli bilgiler. <https://lebertransplantation.eu/transplantation/die-operation/lebertransplantation.html> (Erişim Tarihi:23.01.2019)
 71. Baştürk B, Haberal M. Transplantasyon immünolojisi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık* 2004, 15(3): 120-5.
 72. Hoffman MF, Nelson JB, Drangstveit BM, Flynn MB, Watercott EA, Zirbes MJ. Caring for Transplant recipients in a nontransplant setting. *Crit Care Nurs* 2006, 26(2): 53-76.
 73. Özbaş A, Öztekin D. Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastanın taburculuk eğitimi. *Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özet Kitabı* 2006.
 74. Melzack R, Wall PD. Pain mechanism: a new theory. *Science* 1965, 150(3699): 971-8.
 75. Kubsch SM, Neveau T, Vandertie K. Effect of cutaneous stimulation on pain reduction in emergency department Patients. *Nursing* 2001, 9: 143-51.
 76. Sede SS, Tanha FD, Valadan M, Modaressi Z. Comparison between preoperative rectal diclofenac plus paracetamol and diclofenac alone for postoperative pain of hysterectomy. *Journal of Family and Reproductive Health* 2014, 8(3): 91-5.
 77. Wilkinson S, Lockhart K, Gambles M, Storey L. Reflexology for symptom relief in Patients with cancer. *Cancer Nurs* 2008, 31(5): 354-60.
 78. Complementary, alternative or integrative health: what's in a name? Web sitesi: <https://nccam.nih.gov/health/whatiscom> (Erişim tarihi: 30.01.2019)

79. Somer P, Vatanoglu Lutz EE. A legal and ethical evaluation of regulations on traditional an complementary medicine. *Anadolu Kliniği* 2017, 22(1): 1-8.
80. Arslan Özkan D, Kulakac O. Jinekolojik kanserlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı – Bir literatür incelemesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2009, 29(6): 1695-704.
81. Altun R, Özden A. Tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Güncel Gastroenteroloji* 2004, 8(3): 231-5.
82. Uğurluel G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi*, 2007, 14(3): 68-73.
83. Edwards QT, Colquist S, Maradiegue A. What’s cooking with garlic: Is this Complementary and alternative medicine for hypertension? *J Am Assoc Nurse Pract* 2005, 17: 381-5.
84. Özcelik H, Fadiloğlu C. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2009, 24(1): 48-52.
85. Kav S, Hanoglu Z, Algier L. Use of complementary and alternative medicine by cancer Patients in Turkey – a literature review. *J Hematol Oncol* 2008, 1(18): 32-8.
86. Dolation M, Hasanpour A, Montazeri SH, Heshmat R, Alavi Majd H. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iran Red Crescent Med J* 2011, 13: 475-9.
87. Ayaklardaki Refleks Noktaları, <https://www.sagliksiteiniz.com/wp-content/uploads/refleksoloji-masaji-ayak-haritasi.gif> (Erişim Tarihi: 30.01.2019)
88. Soutar G. *Eller ve ayaklar için refleksoloji*, 4.baskı. Ankara, Arkadaş yayınevi, 2010: 1-112.
89. Mollart L. Single- blinden trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery* 2003, 9: 203-8.
90. Refleksolojinin tarihçesi, <https://gaiadergi.com/wp-content/uploads/2015/12/Refleksoloji-2.jpg> (Erişim Tarihi: 30.01.2019)
91. Xavier R. Facts on reflexology. *Nurs J India* 2007, 98(1): 11-20.
92. Bishop E, McKinnon E, Weir E, Brown DW. Reflexology in the management of encopresis and chronic constipation. *Pediatr Nurs* 2003, 15(3): 20-1.

93. Paulo HM. The Integrated use of massage and psychotherapy in the treatment of chronic pain. PhD thesis, California: Alliant International University, 2011.
94. Lind AK. *Reflexology and Infantile Colic: A step-by-step guide for parents and nurses* (Translator: Riika Kaipainen, Kopio Niini), 1st ed. Finland, Medikanova Oy publishing company, 2009: 1-78.
95. Tiran D. *Reflexology in pregnancy and childbirth*, 1st ed. Elsevier Limited, Chine; 2010: 1-10.
96. Aydın Y. Aşırı aktif mesane şikâyeti olan kadınlarda refleksolojinin etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.
97. Korhan EA. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda refleksolojinin sedasyon düzeyi ve yaşamsal belirtiler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2011.
98. Polat H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına uygulanan refleksolojinin dispne ve yorgunluğa etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
99. Kurt S, Can G. Refleksoloji ve kullanım alanları. *Sağlıkta Hemşirelik Dergisi* 2013, 3: 55-6.
100. Lee J, Han M, Chung Y, Kim J, Choi J. Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. *J Korean Acad Nurs* 2011 41(6): 821-33.
101. Özdemir G. Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Yorgunluk, Ağrı ve Krampa Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.
102. <http://www.refleksakademi.com/refleksoloji/#sakincali-durumlartrimester> (Erişim Tarihi: 18.03.2019).
103. Tezer M, Karadeniz M, Şanlı Ö. Üst Üriner Sistem Cerrahilerinden Sonra Ağrı ve Tedavi Yaklaşımları. *Endoüroloji Bülteni* 2011, 14: 1-6.
104. Clinic M, Akyüz G, Gündüz H. Kronik Ağrı, 1. Baskı. Rochester, Minnesota, Güneş Kitapevi, 2002.
105. Acar K. KOU Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Cerrahi Ağrı İnsidansı Ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Acıbadem Üniversitesi, 2013.

106. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL. And Cheecer KH)(Eds). Pain Management. Textbook Of Medical Surgical Nursing 2nd ed.Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 258-99.
107. Mac Lellan K. Management of Pain. 1st ed. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd, 2006.
108. Aslan FE. Ağrı. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE (editörler). *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1. Baskı. Adana, Nobel Kitapevi, 2011: 145-61.
109. Kolcaba K. The concept of comfort in an enviromental framework. *J Gerontol Nur*, 1992, 18: 33-8.
110. Arslan H, Konuk DŞ. Stigma, spritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2: 51-8.
111. Kolcaba K, Steiner R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs* 2000, 18: 46-62.
112. Aykan F. Kanser haftası, dünyada ve ülkemizde kanser. *Actual Medicine* 2003, 11: 6-12.
113. Kolcaba K, Fisher EA. Holistic perspective on comfort care as an advanced directive. *Crit Care Nurs Q* 1996, 18: 66-78.
114. Kolcaba K, Wykle M. Comfort research: spreading comfort around the world. *Reflections* 1997, 23: 12-3.
115. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2006, 27 (2): 85-91.
116. Kolcaba K. The art of comfort care. *Image J. Nurs. Sch* 1995, 27: 287-9.
117. Karabacak Ü. Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
118. Çağlıküleççi M, Azoulay D, Scatton O, Cambaz H, Aydın S. Karaciğer transplantasyon cerrahisine genel bakış. *Turk J Surg* 2002, 18(4): 188-206.
119. Botting D. Review of literature on the effectiveness of reflexology. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 1997, 3: 123-30.
120. Vennells DF. (Çev. Soner S). Refleksoloji, 2. Baskı. İzmir, Ege Meta Yayınları, 2004.

121. White AR, Williamson J, Hart A, Ernst E. A blinded investigation into the accuracy of reflexology charts. *Complement Ther Med* 2000, 8: 166-72.
122. Wilkinson L. The house of lords select committee for Science and technology. Their report on complementary and alternative medicine and Its implications for reflexology. *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery* 2002, 8: 91-100.
123. Refleksoloji enerji bölgeleri <http://www.academicana.com/wpcontent/uploads/2012/09/10zon.gif> (Erişim Tarihi: 22.05.2019).
124. Babadağ B. Algoloji Hastalarının Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2014.
125. Akyol Ö. Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ağrı Prevelansı, Özellikleri, Etkileyen Etmenler Ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyetin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
126. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12(2): 84-93.
127. Dikmen YD. Ağrı ve Yönetimi. İçinde Aştı TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Bilimi ve Sanatı*, 2.baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 634-55.
128. Kapıkontrolteorisi. https://320volt.com/wpcontent/uploads/2008/07/kapi_kontrol_sistemi.jpg(Erişim Tarihi: 22.05.2019)
129. Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Merkezi Resmi Web Sayfası, <http://atauniorgannakli.org/Organ-Nakli/12/Karaciger-Nakli-SonrasiYasam.aspx> (Erişim Tarihi: 23.05.19)
130. Randall HB, Klintmalm GB. Postoperative intensive care management: adult liver transplant recipients. In. Busuttil BW, Klintmalm KG (eds). *Transplantation of the Liver*, 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005: 833-51.
131. Faenza S, Bernardi E, Cuppini F, Gatta A, Lauro A, Mancini E, Petrini F, Pierucci E, Sangiorgi G, Santoro A, Varotti G, Pinna A. Intensive care complications in liver and multivisceral transplantation. *Transplant Proc* 2005, 37: 2618-21.
132. Siniscalchi A, Begliomini B, De Pietri L, Petracca S, Braglia V, Girardis M, Pasetto A, Masetti M, Cautero N, Jovine E, Pinna AD. Pain management after small/bowel/ multivisceral transplantation. *Transplant Proc* 2002, 34: 969-70.

133. Demir B, Saritas S. Effects of massage on vital signs, pain and comfort levels in liver Transplant Patients. *Explore* 2019: 1-7.
134. Mohaddes Ardabili F, Purhajari S, Najafi Ghzeljeh T, Haghani H. The effect of shiatsu massage on underlying anxiety in burn patients. *World J Plast Surg* 2015, 4(1): 36-9.
135. Ozturk R, Sevil U, Sargin A, Yucebilgin MS. The effects of reflexology on anxiety and pain in Patients after abdominal hysterectomy: A randomised controlled trial. *Complement Ther Med* 2018, 36: 107-12.
136. Sharp DM, Walker MB, Chaturvedi A, Upadhyay S, Hamid A, Walker AA, Bateman JS, Braid F, Ellwood K, Hebblewhite C, Hope T, Lines Michael, Walker LG. A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *Eur J Cancer* 2010, 46(2): 312-22.
137. Pasyar N, Rambod M, Kahkhaee FR. The effect of foot massage on pain intensity and anxiety in Patients having undergone a tibial shaft fracture surgery: A randomized clinical trial. *J Orthop Trauma* 2018, 32(12): 482-6
138. Youssef NFA, Hassan ADA. The effect of hand and foot massage on alleviating pain and anxiety of abdominal post-operative Patients at a University Hospital: A randomized control trial. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2017, 3: 56-65.
139. Koraş K, Karabulut N. The effect of foot massage on postoperative pain and anxiety levels in laparoscopic cholecystectomy surgery: A randomized controlled experimental study. *J PeriAnesth Nur* 2019, 34(3): 551-8.
140. Babajani S, Darzi HB, Ebadi A, Mahmoudi H, Nasiri E. The effect of foot reflexology massage on the level of pain chest tube removal after open heart surgery. *Iran J Crit Care Nur* 2014, 7(1): 15-22.
141. Bagheri-Nesami M, Zargar N, Gholipour-Baradari A, Khalilian A. The effect of foot reflexology massage on pain and fatigue of Patients after coronary arter bypass graft. *J Mazand Univ Med Sci* 2012, 22(92): 52-62.
142. Wilson M, Gettel V, Esquenazi S, Walsh J. Implementing nurse-delivered massage to promote comfort among hospitalized inpatients. *J Pain* 2015, 16(4): 111.
143. Asadizaker M, Fathizadeh A, Haidari A, Goharpai S, Fayzi S. The effect of foot and hand massage on postoperative cardiac surgery pain. *Int J Nurs Midwifery* 2011, 3(10): 165-9.

144. Cankaya A, Saritas S. Effect of classic foot massage on vital signs, pain and nausea/vomiting symptoms after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2018, 28(6): 359-65.
145. Shehata AE, Elhy AA, Elsalam EAA. Effect of foot massage on pain level among Patients after abdominal surgery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2016, 5(2): 18-24.
146. Tsay SL, Chen HL, Chen SC, Lin HR, Lin KC. Effects of reflexotherapy on acute postoperative pain and anxiety among Patients with digestive cancer. *Cancer Nur* 2008, 31(2): 109-16.
147. Ucuzal M, Kanan N. Foot massage: effectiveness on postoperative pain in breast surgery Patients. *Pain Manag Nurs* 2014, 15: 458-65.
148. Park JW, Yoo HR, Lee HS. Effects of foot reflex zone massage on Patients pain and sleep satisfaction following mastectomy. *J Korean Acad Soc Home Care Nurs* 2006, 13: 54-60.
149. Bakir E, Samancioglu BS, Gursoy S. The effects of reflexology on pain and sleep deprivation in patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2018, 31: 315-9.
150. Avcı N. Total Abdominal Histerektomi Ameliyatı Sonrası Ağrının ve Anksiyetenin Azaltılmasında Refleksolojinin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.
151. Tuna NA. *A'dan Z'ye Masaj*. 6. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: 1-104.
152. Kanbir O. *Klasik Masaj*. 5. Baskı. Bursa, Ekin Kitapevi, 2015: 1-301.
153. Gürakan G. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarında Aromaterapi Sırt Masajının Ağrı Şiddeti ve Plazma Beta Endorfin Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2016.
154. Karadeniz G. Masajın Ağrıyı Giderme ve Endorfin Salınımı Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1997.
155. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013, 224-30.

156. Townsend CS, Bonham E, Chase L, Dunscomb J, McAlister S. A comparison of still point induction to massage therapy in reducing pain and increasing comfort in chronic pain. *Holis Nurs Pract* 2014, 28(2): 78-84.
157. Ogawa N, Kuroda K, Ogawara S, Miyake N, Machida K. Psychophysiological effects of hang massage in geriatric facility resident. *Nihon Eiseigaku Zasshi* 2014, 69(1): 24-30.
158. Kaada B, Torsteinbo O. Increase of plasma beta-endorphins in connective tissue massage. *Gen Pharmacol* 1989, 20: 487-9.
159. Arslan GG. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Sırt Masajı Ve El Masajının Konfor ve Anksiyeteye Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2016.
160. Chen WL, Liu GL, Yeh SH, Chiang MC, Fu MY, Hsieh YK. Effect of back massage intervention on anxiety, comfort and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *J Altern Complement Med* 2013, 19(5): 464-70.
161. Nazari R, Ahmadzades R, Mohammadi S, Kiasari JR. Effect of hand massage on anxiety in patients undergoing ophthalmology surgery using local anesthesia. *J Caring Sci* 2012, 1(3): 129-34.

EKLER

EK-1: HASTA TANITIM FORMU

Değerli Katılımcı

Bu anket karaciğer nakli olan hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyine etkisini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için vereceğiniz yanıtlar büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Gürkan Kapıkıran
İnönü Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doktora Öğrencisi

Deney Grubu () Uygulama Saati:.....

Kontrol Grubu ()

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Cinsiyet:

1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni durum:

1) Evli 2) Bekâr

4) Eğitim düzeyiniz nedir:

1) Okur-Yazar Değil 4) Lise
2) Okur-Yazar 5) Üniversite
3) İlköğretim 6) Lisans Üstü

5) Mesleğiniz:

1) Memur 4) Ev hanımı
2) İşçi 5) Emekli
3) Serbest Meslek 6) Çalışmıyor

6) Gelir düzeyiniz nedir?

- 1) Gelir Giderden Az
- 2) Gelir Gidere Eşit
- 3) Gelir Giderden Fazla

7) Karaciğer hastalığı ile ilgili tanınızı ne kadar süre önce aldınız?

- 1) 0-2 ay
- 2) 3-5 ay
- 3) 6-8 ay
- 4) 9-11 ay
- 5) 12 ay ve üzeri

8) Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?

- 1) 1-7 gün
- 2) 8-14 gün
- 3) 15-21 gün
- 4) 22-28 gün
- 5) 29 gün ve üzeri

9) Donör Tipi?

- 1) Canlı Vericili
- 2) Kadavra Vericili

10) Karaciğer Nakil Etiyolojisi:

- 1)Hepatit B
- 2)Hepatit C
- 3)Hepatosellüler Karsinom(HCC)
- 4)İdiyopatik Karaciğer Yetmezliği
- 5)Diğer.....

11) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- 1)Hipertansiyon
- 2)Diabetes Mellitus
- 3)Koah
- 4)Koroner Kalp Hastalıkları
- 5)Kronik Böbrek Hastalıkları
- 6)Nörobilişsel Sağlık Sorunları(Demans, Alzheimer vb)
- 7)Diğer.....

12) Günlük yaşamınızda ağrınız olduğunda baş etmek için aşağıdakilerden hangisine başvurursunuz?

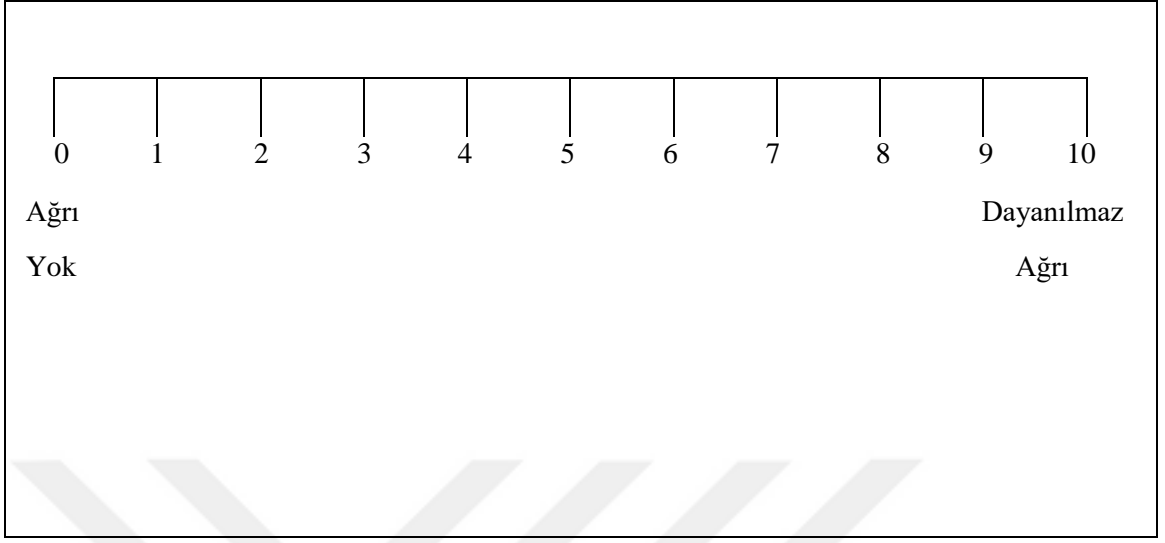
- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1)Sıcak- soğuk uygulama | 7)Dua |
| 2)Masaj | 8)İstirahat etmek |
| 3)Hayal kurma | 9)Hastaneye gitmek |
| 4)Gevşeme egzersizleri | 10)Bitkisel yöntemler |
| 5)Müzik dinleme / TV izleme | 11)Yürüyüş |
| 6)Ağrı kesici alma | 12)Diğer..... |

13) Kullanılan Analjezik?

Kullanım saati:.....

- 1.DeksketoprofenTrometamol.....
- 2.Petidin HCL.....
- 3.Tramadol HCL.....
- 4.Diğer.....

EK-2: SAYISAL AĞRI ÖLÇEĞİ



SAÖ 0.DAKİKA PUANI	SAÖ 30.DAKİKA PUANI

EK-3: BETA ENDORFİN DÜZEYİ KAYIT FORMU

	0. dakika	30. dakika
Beta Endorfin Düzeyi		



EK-4: PERİANESTESİ KONFOR ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle katılıyorum=6			Kesinlikle katılmıyorum=1		
1	Sakindim	6	5	4	3	2	1
2	Üşüyordum	6	5	4	3	2	1
3	Yabancı bir ortamdı	6	5	4	3	2	1
4	İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım	6	5	4	3	2	1
5	Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu	6	5	4	3	2	1
6	Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu	6	5	4	3	2	1
7	Mahremiyetime saygı gösterilmedi	6	5	4	3	2	1
8	Çok endişeliydim	6	5	4	3	2	1
9	Hemşirem duygularımı önemsemedi	6	5	4	3	2	1
10	Gürültü rahatsız ediciydi	6	5	4	3	2	1
11	Hemşirem nazikti	6	5	4	3	2	1
12	Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı	6	5	4	3	2	1
13	Kontrolümü kaybettim	6	5	4	3	2	1
14	Çevremdeki genel hava güven vericiydi	6	5	4	3	2	1
15	Bakım kalitem yetersizdi	6	5	4	3	2	1
16	İsteklerim yerine getirildi.	6	5	4	3	2	1
17	Öz-saygım korunmadı	6	5	4	3	2	1
18	Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum	6	5	4	3	2	1
19	Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim	6	5	4	3	2	1
20	Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı	6	5	4	3	2	1
21	Uyumaktan korkmuyordum	6	5	4	3	2	1
22	İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı	6	5	4	3	2	1
23	Burada aldığım bakımdan memnunum	6	5	4	3	2	1
24	Hemşire benimle çok ilgilendi	6	5	4	3	2	1

	0. dakika	30. dakika
Konfor Düzeyi		

EK-5: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (DENEY GRUBU)

Sizi Doç. Dr. Meral ÖZKAN tarafından yürütülen “Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmadan ayrılmamız durumunda herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmayacak olup, hiçbir hak kaybına uğramadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Sizlerden biyolojik materyaller (kan, idrar, doku vs.) alındığı takdirde materyallerin neler olduğunu, hangi amaçla alındığı ve analizlerinin nerede yapılacağına dair bilgiler (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması) verilecektir. Hazırlamış olduğumuz Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, gönüllü veya kanuni temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğün kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

1.ARAŞTIRMANIN ADI: Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 120 'dir.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre her bir gönüllü için ortalama 1 saat'tir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu araştırmayla karaciğer nakli sonrası ağrısı olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyi üzerine etkisini belirlemek, hemşirelerin farmakolojik olmayan ağrı giderme girişimlerine ve nitelikli bakımı sağlamalarına katkıda bulunmak, konuya yönelik başka çalışmalar için temel oluşturmak, hemşirelik literatürüne bilgi sağlamak amaçlanmaktadır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- ✓ İletişime açık olan ve kognitif problemi olmayan,
- ✓ Ağrı şiddetini 4 ve üstü olarak tanımlayan,
- ✓ Ayağında açık yara, sellülit, enfeksiyon, abse gibi refleksoloji uygulamaya engel durumu olmayan,
- ✓ Tromboflebit, derin ven trombozu, epilepsi, ateşli hastalıklar vb. refleksoloji uygulamasının sakıncalı olduğu durumları bulunmayan,
- ✓ Herhangi bir alerjik reaksiyonu olmayan hastalar araştırmaya dâhil edilecektir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir;

Veriler araştırmacı tarafından Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciğer Nakil Enstitüsü kliniklerinde hastaya ait özel bir odada, mevcut soruların araştırmacı tarafından birebir okunarak ve verilen cevaplar formlara işaretlenerek ortalama 60 dakika süreyle gerçekleştirileceği öngörülmektedir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına ön test formlarının (Hasta Tanıtım Formu (HTF), Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ) ve Perianestezi Konfor Ölçeği) Ekim 2019'da başlanarak uygulanması planlanmaktadır. Soruların yanıtlanmasından sonra refleksoloji öncesi plazma beta endorfin düzeyinin belirlenmesi için venöz kan alınacaktır. Deney grubuna 30 dakika ayak refleksolojisi uygulanacaktır. Uygulamadan hemen sonra beta endorfin düzeyini değerlendirmek için tekrar kan alınacak ve SAÖ ile PKÖ tekrar uygulanacaktır.

7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır. Tüm işlemler hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılacaktır.

8. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar Doç. Dr. Meral ÖZKAN tarafından karşılanacaktır.

9. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

Sorumlu Araştırmacı

Doç. Dr. Meral ÖZKAN

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI:
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI:
<i>ADI-SOYADI ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		



EK-6: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (KONTROL GRUBU)

Sizi Doç. Dr. Meral ÖZKAN tarafından yürütülen “ Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi biranda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmayacak olup, hiçbir hak kaybına uğramadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Sizlerden biyolojik materyaller (kan, idrar, doku vs.) alındığı takdirde materyallerin neler olduğunu, hangi amaçla alındığı ve analizlerinin nerede yapılacağına dair bilgiler (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması) verilecektir. Hazırlamış olduğumuz Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, gönüllü veya kanuni temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülükten kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

1.ARAŞTIRMANIN ADI: Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 120 'dir.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre her bir gönüllü için ortalama 1 saat'tir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu araştırmayla karaciğer nakli sonrası ağrısı olan hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı, konfor ve beta endorfin düzeyi üzerine etkisini belirlemek, hemşirelerin farmakolojik olmayan ağrı giderme girişimlerine ve nitelikli bakımı sağlamalarına katkıda bulunmak, konuya yönelik başka çalışmalar için temel oluşturmak, hemşirelik literatürüne bilgi sağlamak amaçlanmaktadır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- ✓ İletişime açık olan ve kognitif problemi olmayan,
- ✓ Ağrı şiddetini 4 ve üstü olarak tanımlayan,
- ✓ Ayağında açık yara, sellülit, enfeksiyon, abse gibi refleksoloji uygulamaya engel durumu olmayan,
- ✓ Tromboflebit, derin ven trombozu, epilepsi, ateşli hastalıklar vb. refleksoloji uygulamasının sakıncalı olduğu durumları bulunmayan,
- ✓ Herhangi bir alerjik reaksiyonu olmayan hastalar araştırmaya dâhil edilecektir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir;

Veriler araştırmacı tarafından Turgut Özal Tıp Merkezi Karaciğer Nakil Enstitüsü kliniklerinde hastaya ait özel bir odada, mevcut soruların araştırmacı tarafından birebir okunarak ve verilen cevaplar formlara işaretlenerek ortalama 60 dakika süreyle gerçekleştirileceği öngörülmektedir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına ön test formlarının (Hasta Tanıtım Formu (HTF), Sayısal Ağrı Ölçeği (SAÖ) ve Perianestezi Konfor Ölçeği) Ekim 2019'da başlanarak uygulanması planlanmaktadır. Soruların yanıtlanmasından sonra plazma beta endorfin düzeyinin belirlenmesi için venöz kan alınacaktır. Kontrol grubuna 30. dakikada beta endorfin düzeyini değerlendirmek için tekrar venöz kan alınacak ve SAÖ ile PKÖ tekrar uygulanacaktır.

7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır. Tüm işlemler hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılacaktır.

8. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmemiz söz konusu olursa gereken masraflar Doç. Dr. Meral ÖZKAN tarafından karşılanacaktır.

9. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

Sorumlu Araştırmacı
Doç. Dr. Meral ÖZKAN
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI:
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI:
<i>ADI-SOYADI ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		



EK-7: REFLEKSOLOJİ SERTİFİKASI

Serial No: 20198583

Date: 11/05/2019

 BRUSSELS CAPITAL UNIVERSITY

This Is To Certify That
Gurkan Kapikizan

Who has attended 120 hours Clinical Reflexology and Relations Between Clinical Reflexology and Physiology Training Programs organized by Brussels Capital University / Department of Reflexology and Successfully Completed the Theory and Practice of the Integrative approach with Hand and Foot Reflexology, Clinical Practice with Physiological Treatment and is now a Certified Reflexologist.

Instructor
Clinical Reflexologist
Haiti Tabur

Instructor
Clinical Reflexologist
Dimitrios Dymitriou

EK-8: İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİK İZİNİ



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği



Evrak Tarih ve Sayısı: 24/12/2018-E.26683

Sayı : 68636013-770
Konu : Tez Çalışması

Sayın Gürkan KAPIKIRAN
Turgut Özal Tıp Merkezi
(Kardiyoloji Servisi)

İlgi : 18.12.2018 tarihli dilekçeniz

"Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endofrin Düzeyine Etkisi" isimli doktora tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi hakkındaki ilgi tarihli dilekçenize istinaden;

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

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç.Dr. Evren KÖSE
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:Genel Cerrahi AD Başkanlığı Yazısı (1 Sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin: https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BENN4MSV6 Pin Code: 77022

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Telefon No: 0 422 3410660 Faks No: 422 3410728

E-Posta: insankaynaklari@inonu.edu.tr İnternet Adresi: <http://totm.inonu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Namık Kemal Demirbağ
Unvan: Yazı İşleri Memuru



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/12/2018-E.97450

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 46188280-770
Konu : Tez Çalışması

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 19/12/2018 tarihli ve 97100 sayılı yazınız,

İlgideki kayıtlı yazınıza istinaden Gürkan KAPIKIRAN' ın "**Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleks Olojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endofrin Düzeyine Etkisi**" konulu tez çalışmasını kliniğimizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Sezai YILMAZ
Anabilim Dalı Başkanı

**EK-9: İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ
KURUL ONAYI**

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/183

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meral Özkan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/183

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/183	Tarih: 26.12.2018	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
BAŞKANIN ÜNVANI/ ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU			

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Sedat YILDIZ	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Barış OTLU	Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Mehmet GÖL	Histoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Cemaladdin AYDIN	Genel Cerrahi	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		KATILMADI

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı, Konfor ve Beta Endorfin Düzeyine Etkisi								
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/183								
Prof. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Yılmaz TABEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yılmaz Tabel</i>
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Seda Taşdemir</i>
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet Karataş</i>
Dr. Öğr. Üyesi Sedat AKBAŞ	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Necla DENİZ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Abdullah DEMİREL	Hukuk	Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H</i>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Saim Yoloğlu

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK-10: PERIANESTESİ KONFOR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Ölçek Kullanım izni 📄

Gürkan Kapıkıran <gurkan.kapikiran@inonu.edu.tr> ☆ ↶ ⋮

Alıcı: hulya.ustundag ▾

Sayın Üstündağ;

Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Doktora öğrencisiyim. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde klinik hemşiresi olarak çalışmaktayım. Doktora Tezimde kullanılmak üzere tarafınızca literature kazandırılan Perianestesi Konfor Ölçeğini izniniz dahilinde kaynak göstererek kullanmak istiyorum. Bilginize sunar, iyi çalışmalar dilerim.

Gürkan

Kapıkıran İnönü Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Fatma Hulya Ustundag ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Gürkan Kapıkıran

Perianestesi Konfor Ölçeğini tez çalışmada kullanabilirsin. Başarılar diliyorum.

Ölçekle ilgili gerekli kaynakları gönderiyorum.

Hulya Üstündağ

...

2 Ek 📄 📄

Perianestesi Konfor Ölçeği	İznilen	İznilen
	İznilen	İznilen
1. Ümitsizlik	1	2
2. Ümitsizlik	1	2
3. Ümitsizlik	1	2
4. Ümitsizlik	1	2
5. Ümitsizlik	1	2
6. Ümitsizlik	1	2
7. Ümitsizlik	1	2
8. Ümitsizlik	1	2
9. Ümitsizlik	1	2
10. Ümitsizlik	1	2

Perianestesi Konfor Ölçeği
Türkçe Uyarlaması
Dr. Feriye Akdoğan
Perianestesi Konfor Ölçeği

EK-11: ÖZGEÇMİŞ FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı:	Gürkan KAPIKIRAN
Doğum Yeri ve Tarihi:	MALATYA / 18.07.1987
Yabancı Dil Bilgisi:	<i>YDS:71,25 YÖKDİL: 77,50</i>
Görev Yeri:	İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi.
İletişim Bilgileri:	gurkankpkrn@msn.com
EĞİTİM BİLGİLERİ	
Mezun olduğu üniversite/fakülte/enstitü:	<p><i>Lisans:</i> Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 2011.</p> <p><i>Yüksek Lisans:</i> Malatya İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı, 2013.</p> <p><i>Doktora:</i> Malatya İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları ABD Doktora Programı, 2020.</p>
İŞ TECRÜBESİNE İLİŞKİN BİLGİLER	
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Hemşire 2011-...	