

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE İÇİ ve KADAVRADAN NAKİL OLMUŞ
ORGAN NAKLİ HASTALARININ PSİKOLOJİK
DEĞERLENDİRİLMESİ

ZEREN OKÇUOĞLU

2501070811

TEZ DANIŞMANI

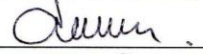
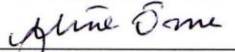
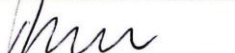
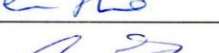
DOÇ. DR. TEVFİKA TUNABOYLU - İKİZ

İSTANBUL 2010

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüz **PSİKOLOJİ Anabilim** Dalında **2501070811** numaralı **ZEREN OKÇUOĞLU'NUN** hazırladığı “**AİLE İÇİ VE KADAVRADAN NAKİL OLMUŞ ORGAN NAKLİ HASTALARININ PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ**” konulu **YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA TEZİ** ile ilgili **TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 15.Maddesi uyarınca **04.05.2010 SALI** günü **Saat:09.00**'da yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin**Kabulüne**.....'ne* **OYBİRLİĞİ /OYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ(*)	İMZA
PROF. DR. LEVENT KAYAALP	Kabul	
PROF. DR. MİNE ÖZMEN	Kabul	
DOÇ. DR. VOLKAN TOPÇUOĞLU	Kabul	
DOÇ. DR. TEVFİKA İKİZ	Kabul	
YRD. DOÇ. DR. BENGİ PİRİM	Kabul	

Aile İçi ve Kadavradan Nakil Olmuş Organ Nakli Hastalarının Psikolojik Değerlendirilmesi

Zeren Okçuoğlu

ÖZ

Türkiye’de organ nakli konusu son dönemlerde önem kazanmaya başlamıştır. Birçok çalışma, böbrek naklinin hastaların psikolojik durumu ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. Ancak, bazı nakilli hastalarda yeni duruma uyum sağlama güçlüğü, kaygı bozuklukları ve depresif bozukluklar da ortaya çıkabilmektedir. Bilimsel literatürde, böbrek nakli olmuş hastaların psikiyatrik morbiditesi üzerine yapılmış çalışmalar olmakla birlikte, aile içi ve kadavradan nakilli hastaların nakil sonrası psikolojik durumlarını bilinçdışı süreçlerle bir arada inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmaya böbrek nakli olmuş 40 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara Beck Depresyon Envanteri, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve projektif bir yöntem olan Rorschach Testi uygulanmıştır. Bu hastalarla aynı zamanda yarı yapılandırılmış bir görüşme de yapılmıştır. Literatürle paralel olarak, her iki grup nakilli hastaların söylemlerinde suçluluk ve borçlanmışlık hisleri, yeni organın ruhsal ve bedensel bütünleştirilmesi, yaşam ve ölüm sorunsalı gibi temaların öne çıktığı görülmektedir. Rorschach testi sonuçlarına göre her iki grupta da psikosomatik yapılanmada görülen protokollerin fakir ve düşlemsellikten uzak içeriğinin hastalığın ve organ naklinin yarattığı bedensel travmanın bir yansıması olduğu düşünülmüştür. Aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakilli olmanın hastaların depresyon ve anksiyete skorları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür. Yalnızca SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt testi açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu çalışma, her iki grup alıcı için de, bilinçdışı işleyişin, organ naklinin önemli bir boyutu olduğunu ortaya koymaktadır.

Psychological Evaluation of Intrafamilial and Cadaveric Organ Transplant Patients

Zeren Okçuoğlu

ABSTRACT

Organ transplantation in Turkey started to become a prominent issue. Kidney transplantation is reported as having more positive effects on patient's psychological state and on one's post-transplant quality of life. However, in some patients, problems in adjusting new situation, anxiety disorders and depressive disorders may arise. Since, the difference of psychological state between patients transplanted from living related donor and cadaveric donor is hardly examined in literature, the objective of this study is to compare the post transplant level of anxiety, depression and quality of life of these two groups. Besides, the effects of transplantation on unconscious process such as feelings of guilt, indebtedness and the psychic integration of the new organ are studied. 40 patients are given Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SF-36 Health Survey, Rorschach Test, and also a semi structured interview is held. Results show that two groups do not differ in terms of post transplant anxiety and depression scores. Only the physical functioning subtest of SF-36 survey reveals a significant difference between two groups. On the other hand, unconscious processes are found to be an important aspect of the organ transplantation affecting both groups of patients.

ÖNSÖZ

“Organ nakli” Türkiye’de, özellikle son dönemlerde, bilimsel alanda olduğu kadar, toplum içerisinde de ilgi uyandıran ve hakkında birçok tartışmanın sürdüğü bir konudur. Organ nakli ve bağıışı yalnızca tıbbi bir durum olmaktan öte, temelinde sosyolojik, kültürel ve psikolojik birçok boyutu da bulundurmaktadır. Bu çalışmada, aile içi canlı vericiden ve kadavradan organ nakli olmuş hastaların nakil sonrası psikolojik durumlarını incelemek hedeflenmiştir. Alıcıların ruhsal dünyalarının nakilden nasıl etkilendiği ve kendi deyimleriyle onlara “ikinci bir hayat” sunan vericileri hakkındaki duygu, düşünce ve düşlemleri bu tezin konusu olmaktadır. Bu çalışmanın ışığında, ülkemizde organ nakli olan hastaların yalnızca psikiyatrik morbiditesini inceleyen bilimsel araştırmalar dışında, bilinçdışı ruhsal süreçlerinin incelenmesinin de önem kazanacağına inanıyorum.

Öncelikle, beni psikanalizle tanıştıran ve yüksek lisans eğitimimin bir bölümünü Erasmus öğrencisi olarak Fransa’da geçirmeme destek vererek, bu tezin ortaya çıkmasında ve akademik gelişimimde çok büyük katkısı olan değerli hocam Doç. Dr. Tevfika Tunaboşlu-İkiz’e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, klinik psikoloji uzmanlık eğitimim boyunca psikanalitik kuramı her yönüyle aktarmaya çalışmış ve hem yurt içinde hem de yurt dışında psikanaliz camiasına yakınlaşmamda önemli payı olmuş olan hocam Doç. Dr. Talat Parman’a ve yine uzmanlık eğitimim sırasında kendisinden aldığım derslerdeki değerli katkılarından ötürü Prof. Dr. Levent Kayaalp’e teşekkür ederim.

Bu tez çalışmasının gerçekleşmesinde çok büyük yardımı olmuş olan İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’ndan Prof. Dr. Mine Özmen’e, böbrek nakli olmuş hastalara ulaşmamı sağlamış ve çalışmamda her türlü desteğini göstermiş olan İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı’ndan Prof. Dr. Rezzan Ataman’a, ve başta İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hasan Taşçı olmak üzere tüm Transplantasyon Polikliniği doktorlarına ve çalışanlarına ilgi ve yardımları için teşekkür ederim.

Küçüklüğümden beri akılcılığı, sorumluluğu ve çalışma disiplini bana kazandırarak akademik gelişimimde sonsuz payı olan sevgili annem Zerrin Okçuoğlu'na ve bir psikologda bulunmasının önemli olduğuna inandığım; insan ilişkilerinde hoşgörü, esneklik, araştırma ve yazma merakı gibi kişisel özellikleri bana kazandırmış olan sevgili babam Hakan Fuat Okçuoğlu'na, eğitimim için bugüne kadar göstermiş oldukları destekten ötürü çok teşekkür ediyorum.

Akademik, mesleki ve kişisel gelişimim konusunda her zaman desteğini hissettiğim, tüm çalışmalarında bana inanan ve güvenen, bir bölümü yurtdışında geçmiş bu uzun tez çalışması boyunca manevi desteğini ve anlayışını bir an olsun esirgememiş olan yol arkadaşım ve yakın gelecekteki eşim Mustafa Kadioğlu'na teşekkür ederim.

Son olarak, yanlarında büyüdüğüm ve beni bugünlere getiren sevgili anneannem Türkan Balkı'ya ve bu tezin hazırlığı aşamasında kaybettiğim, şu anda hayatta olsaydı benimle gurur duyacağına inandığım sevgili dedem Mithat Balkı'ya en içten teşekkürlerimle... Bu tezi onlara ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZ.....	iii
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ.....	1
1. ORGAN NAKLİ.....	3
1.1. Dünyada Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi.....	3
1.2. Türkiye’de Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi.....	4
1.3. Dünyada ve Türkiye’de Böbrek Naklinin Gelişimi.....	5
1.3.1. Aile İçi Canlı Vericiden Organ Nakli.....	6
1.3.2. Kadavra Vericiden Organ Nakli.....	8
2. ORGAN NAKLİNİN PSİKOLOJİK BOYUTU.....	10
2.1. Türkiye’de Organ Naklinin Psikolojik Boyutu.....	11
Üzerine Yapılmış Çalışmalar	
2.2. Böbrek Nakli Hastalarında Diyaliz Döneminin.....	12
Psikolojik Etkileri	
2.3. Organ Nakli Öncesi Hastanın Psikolojik.....	13
Değerlendirilmesi	
2.4. Organ Nakli ve Aile İçi İlişkiler.....	15
2.4.1. Aile İçi Canlı Vericiden Nakil Olan Hastalarda.....	16
Aile İçi İlişkiler	
2.5. Organ Reddinin Psikolojik Boyutu.....	17
2.6. Organ Nakli Sonrası Ruhsal Morbidite.....	18

2.6.1. Organ Nakli Olmuş Hastalarda Depresif Bozukluk.....	20
2.6.2. Organ Nakli Olmuş Hastalarda Anksiyete Bozukluğu.....	22
2.6.3. Organ Nakli Olmuş Hastaların Yaşam Kalitesi.....	24
3. ORGAN NAKLİNE PSİKANALİTİK YAKLAŞIMLAR.....	27
3.1. Organ Naklinde Yaşam ve Ölüm Sorunsalı.....	28
3.2. Organ Naklinde Borçlanmışlık ve Suçluluk Sorunsalı.....	30
3.2.1. Psikanalitik Kurama Göre Suçluluk..... ve Borçlanmışlık Duygusu	32
3.2.2. Borçlanmışlık Duygusuna Antropolojik Yaklaşımlar.....	33
3.2.3. Aile İçi Canlı Vericiden Nakilli Hastalarda..... Suçluluk ve Borçlanmışlık Sorunsalı	35
3.2.4. Kadavra Vericiden Nakil Olmuş Hastalarda..... Suçluluk ve Borçlanmışlık Sorunsalı	38
3.3. Alınan Organın İçselleştirilmesi.....	40
3.3.1. Vericinin Düşlemsel Tasviri.....	44
3.3.2. Endişe Verici Yabancılık.....	48
4. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ VE HİPOTEZLERİ.....	51
5. METODOLOJİ.....	53
5.1. Çalışmanın Katılımcıları.....	53
5.2. Çalışmanın Yöntemi.....	54
5.3. Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçları.....	55
5.3.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme.....	55
5.3.2. Rorschach Testi.....	56
5.3.3. Beck Depresyon Envanteri.....	57
5.3.4. Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği.....	58

5.3.5. Kısa Form Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği.....	59
5.4. Verilerin Analizi.....	60
6. BULGULAR.....	61
6.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşmenin Bulguları.....	61
6.1.1. Suçluluk Sorunsalının Söylemlerdeki Yansımaları.....	61
6.1.2. Borçlanmışlık Sorunsalının Söylemlerdeki Yansımaları.....	64
6.1.3. Vericiyle İlgili Düşlemlerin Söylemlerdeki Yansımaları.....	69
6.1.3.1. Özdeşim Sorunsalının Söylemlerdeki Yansımaları.....	71
6.1.3.2. İç Alma Sorunsalının Söylemlerde..... Ortaya Konuluşu	74
6.1.3.3. Vericiyle İlgili Düşlemlerin Bastırılmasının..... Söylemlerdeki Yansımaları	75
6.2. Demografik Bilgilerin ve Uygulanan Ölçeklerin Bulguları.....	76
6.2.1. Sosyodemografik Bilgilerin Analizi.....	76
6.2.2. Beck Depresyon Envanterinin Bulguları.....	78
6.2.3. HAD Ölçeğinin Bulguları.....	80
6.2.4. SF-36 Ölçeğinin Bulguları.....	81
6.3. Rorschach Testinin Bulguları.....	84
6.3.1. Aile İçi Vericiden Nakil Olmuş Hastaların..... Rorschach Testi Bulguları	84
6.3.2. Kadavra Vericiden Nakil Olmuş Hastaların..... Rorschach Testi Bulguları	84
6.3.3. İçerik Analizi ve Kodlanamayan..... Malzemenin Yorumlanması	85
SONUÇLAR VE TARTIŞMA.....	93
KAYNAKÇA.....	111

EKLER.....

EK-1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Aile).....	129
EK-2 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Kadavra).....	131
EK-3 Örnek Rorschach Testi Protokolü.....	133
EK-4 Beck Depresyon Envanteri.....	135
EK-5 Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği.....	138
EK-6 Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	140

TABLÖLAR

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Türkiye’de 2000-2004 Yılları Arasında.....9 Yapılmış Böbrek Nakilleri	
Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları.....53	
Tablo 3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları.....54	
Tablo 4. Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların Eğitim Düzeyleri.....76	
Tablo 5. Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların.....77 Hastalık, Diyaliz ve Nakil Süreleri	
Tablo 6. Nakil Öncesi Bilgilendirilme.....78	
Tablo 7. Vericilerin Dağılımı.....78	
Tablo 8. Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların.....79 Toplam BDE Puanlarının Karşılaştırılması	
Tablo 9. Her iki grubun BDE’nin 5. ve 6.sorularına verdikleri yanıtlar.....79	
Tablo 10. Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların.....80 HAD Skorlarının Karşılaştırılması	
Tablo 11. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre 81 Toplam Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	
Tablo 12. SF-36 Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....82	
Tablo 13. Cinsiyetin Kadavradan Nakilli Hastaların.....83 Fiziksel Rol Güçlüğü ve Mental Sağlık Alt Ölçekleri Üzerinde Etkisi	

KISALTMALAR LİSTESİ

BDE: Beck Depresyon Envanteri

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

SF-36: Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği

SDBY: Son dönem böbrek yetmezliği

HLA: Human Leukocyte Antigen

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition

GİRİŞ

Son elli yılda organ nakli gelişen cerrahi tekniklerle birlikte sık uygulanır hale gelmiştir. Türkiye’de organ nakli son senelerde önemli gelişmeler izlemekte ve nakil olmayı bekleyen hasta sayısı da her geçen gün artış göstermektedir. Böbrek naklinin, diyalize kıyasla ruhsal açıdan daha olumlu etkilere sahip olduğu ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığını bildiren çalışmalar yapılmıştır. Ancak hastaların bir kısmında, fiziksel, ruhsal sorunlar ile yeni duruma uyum sağlama güçlükleri de ortaya çıkmaktadır. Alıcıların yarısından fazlasında nakilden yıllar sonra bile anksiyete ve depresyon tanı sıklıklarının yüksek olduğunu belirleyen bazı araştırmalar bulunmaktadır (Muthny, 1984; Simmons, 1982).

Organ nakli; kendi ve öteki, yaşam ve ölüm, borçlanmışlık, kimlik duygusu, soy zinciri gibi temel sorunsalları da gündeme getirmektedir. Literatüre bakıldığında bazı araştırmalar, kadavradan nakil olan hastalarda, bilinçdışı olarak, iyileşmek için birisinin ölmesini bekledikleri üzerine duydukları suçluluk duygusu üzerinde durmuşlardır (Fellous, 2005). Bu suçluluk duygusunun bazı hastalarda depresif bozukluğa yol açtığı görülmüştür (Sanner, 2003). Hastalarda çoğunlukla bilinçdışı olarak beliren bu suçluluk ve borçlanmışlık duygusunu anlayabilmek için yabancı bazı çalışmalarda projektif testlerden ve özellikle de hastayla yapılan psikanalitik görüşmelerden yararlanılmıştır (Schwering, 2001; Suzanne, 1995; Castelnuovo-Tedesco, 1978). Bazı çalışmalarda ise kadavradan olan nakillerde hastalardaki suçluluk duygusunun daha yoğun olduğu görülmüştür (Sanner, 2003; Spoljar, 2008; Freedman, 1983). Aile içinden yapılan nakillerde ise, yakın akrabasının bilinen ve yakın bir insan olması ve ona karşı minnetin ifade edilebilmesi sonucu bu suçluluk duygusunun daha az yaşandığı bazı geçmiş çalışmalarda vurgulanmaktadır (Fellous, 2005). Bununla birlikte, organ naklinin ruhsal boyutunu inceleyen özellikle psikanalitik temelli çalışmalar, yeni organı bedene ve en önemlisi ruhsallığa bütünleştirmek için vericiyle ilgili kurulan düşlemlerin ve bilinçdışı tasarımların üzerinde durmuşlardır (Sastre-Garau ve Ascher, 1994; Schwering, 2001; Triffaux v.d., 2002).

Ülkemizde organ naklinin, özellikle de böbrek naklinin, hastaların psikolojik durumları üzerine etkisiyle ilgili bazı çalışmalar bulunmasına rağmen, şimdiye kadar

yürütölmüş olan bu çalışmalarda aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastalar olmak üzere bu iki grubun nakil sonrası psikolojik durumlarının karşılaştırıldığı bir araştırma bulunmamaktadır. Uluslararası kaynaklardan da yararlanılan literatür taramasında da bu iki grup hastaların ruhsal dünyalarının karşılaştırıldığı araştırmaların nadiren yapılmış olduğu görölmektedir. Yürütölmüş olan araştırmalarda, genellikle bu iki grup hastanın ruhsal durumları ayrı ayrı incelenmiştir.

Bu çalışmada aile içi birinci derece yakın akrabadan böbrek nakli olmuş hastalarla kadavradan nakil olmuş hastaların nakil sonrası dönemdeki psikolojik durumlarının karşılaştırılması hedeflenmiştir. Araştırılması hedeflenen başlıca konular; organ naklinin bu hastaların düşlemsel dünyalarını ve ruhsal işleyişlerini nasıl etkilediğı, hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri, operasyon sonrası yaşam kaliteleri ve kişilik dinamikleridir.

Bu hastaların psikolojik durumlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi hedefleyen bu araştırma, organ nakli gibi hastaları bedensel ve ruhsal olarak oldukça etkilemekte olan bir operasyon sonrasında gerekli durumlardaki psikolojik yaklaşımın ne yönde olabileceğı, bu iki gruptan hastaların operasyon sonrası dönemdeki ruhsal işleyişlerinde nelere dikkat edilmesi gerektiğı gibi başlıca konularda bu alandaki gelecekteki bilimsel çalışmalar için aydınlatıcı olabilmeyi hedeflemektedir.

1. ORGAN NAKLİ

1.1. Dünyada Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi

Tıp alanındaki gelişmeler günümüzde bedenin işlevsizliklerini örtbas etmeyi, iyileştirmeyi, hatta hastalıklı bölümlerini değiştirmeyi mümkün kılmaktadır (Ziegler v.d., 2007: 139). Organ nakli, özellikle kadavradan nakil durumunda, ötekinin ölümü sayesinde ölümün önlendiği ve yeni yaratıcının doktor olduğu bir alanda yer almaktadır.

Önce hayvan üzerinde daha sonra hayvan organlarıyla insan üzerinde denenmiş olan organ nakli, son olarak insandan insana yapılmaya başlanmıştır (Degos, 1994: 7). Voronay'ın 1933 yılında kadavradan ilk böbrek naklini gerçekleştirmesiyle organ naklinin modern devri başlamıştır. Ancak nakil yapılan hasta, vücudunun direnç göstermesi sonucu ölmüştür. 1942 yılında, İngiliz zoolog Sir Peter Brian Medawar, vücudun verdiği bu tepkinin bağışıklık sistemi ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur. 1944 yılında ise Hollandalı Willem Kolff'un "dializator" adı verilen yapay bir böbrek geliştirmesiyle böbrek hastaları hayatta kalabilmeye başlamışlardır. 1951 ve 1952 yıllarında da insan böbreği nakli denenmiş ancak hastaların hayatta kalım süresi çok kısa olmuştur. Bu denemelerden sonra, 1954 yılında dünyada ilk defa Boston'da Joseph Murray tarafından tek yumurta ikizleri arasında gerçekleştirilmiş ilk canlıdan böbrek nakli yapılmıştır. Ancak böbrek nakli yapılan hasta sekiz yıl sonra ölmüştür (Houssin, 2000; Degos, 1994). 1958'de Fransa'da Jean Dausset, HLA sistemini bularak bağışıklık sisteminin kendisinin veya yabancıların organ ve dokularına tepki göstermesi ile genetik kalıtlar arasındaki bağlantıyı ortaya koymuştur. Organ nakli yapılmış hastalarda bağışıklık sisteminin tepkisini önlemek için hastalara ışın tedavisi yapılmakta, ancak birçok hasta ışın tedavisi sonucu hayatını kaybetmekteydi. Bunun üzerine, 1960'lı yıllarda bağışıklık sisteminin bu tepkisini bastırmak için hastalara antikor verilmeye başlanmıştır. Ardından da ilk başarılı uygulama 1962 yılında bir hastaya, akrabası olmayan birisinden alınan böbreğin nakledilmesiyle gelmiştir. Dünyada ilk kez 1963'de, Berlin'de, Brosig ve Nagel kadavradan böbrek naklini gerçekleştirmişlerdir. Yine aynı sene, Amerika Birleşik Devletleri'nde Denver 'da kadavradan karaciğer nakli yapılmış, ancak başarısızlıkla sonuçlanmıştır. 1967'de ise Güney Afrika'da,

Christian Barnard tarafından, dünyada oldukça ses getiren kalp nakli ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Sonrasında, Thomas Starzl tarafından başarılı bir karaciğer nakli gerçekleştirilmiş ve 1968 yılında ise Harvard Committee beyin ölümünün tanımını yayınlamıştır. 1970'lerin sonunda bağışıklık sistemine etki eden etkin maddeler içerisinde en etkilisi olan siklosporin maddesi bulunmuştur. Ardından, 1985 yılında dünyada ilk defa Amerika Birleşik Devletleri'nde Joel Cooper tarafından akciğer nakli gerçekleştirilmiştir. 1988 yılında ise Rudolf Pichlmayr tarafından Hannover 'de kadavradan karaciğer alınmış ve iki kişiye nakledilmiştir. Yine aynı sene içerisinde, Kiel 'de Eberhard Deltz tarafından ince bağırsak nakli yapılmıştır. 1998 yılında ise Amerika Birleşik Devletlerinde David Sutherland canlı vericiden alınan bir parça ile pankreas naklini gerçekleştirmiştir (Degos, 1994; Houssin, 2000).

Organ naklinde yasal ve etik konular, kişisel haklar ve hasta ihtiyaçları gibi konular öne çıkmaktadır. Aynı zamanda bu süreci en fazla etkileyen etkenler arasında dinin, kültürün, geleneklerin ve beyin ölümü tanımının geldiği de görülmektedir (Özçürümez v.d., 2003). Doku gruplarının uyumunun keşfi organ naklinin başarısının artmasını sağlamıştır. Canlı vericilerden olan nakil dışında, doktorlar HLA ve ABO uyumlu kadavradan vericilerden de nakil yapmaya başlamışlardır. İyi kalitede nakiller elde etmek için, organ kalbi çalışmakta olan ölmüş kişilerden, yani beyin ölümü gerçekleşmiş kişilerden alınır (Degos, 1994: 40).

1.2. Türkiye’de Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de yapılan ilk organ nakli 1969 yılında Ankara ve İstanbul’da iki kalp naklinin gerçekleştirilmesiyle başlamış, ancak başarılı sonuç alınamamıştır. 3 Kasım 1975’de ise, Prof. Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde bir anneden oğluna yapılan böbrek nakli ilk başarılı organ nakli olmuştur. 1978 yılında ise, Türkiye’de Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakline İlişkin 2238 sayılı yasa çıkarılarak organ naklinin yasal çerçevesi belirlenmiştir. Bu gelişmeden bir ay sonra ilk kez kadavradan böbrek nakli gerçekleştirilmiştir. 1990 yılında ise birer ay arayla Avrupa ülkeleri arasında ilk kez Türkiye’de çocuklarda akrabalar arası karaciğer nakli ve dünyada ilk kez yetişkinlerde akrabalar arası karaciğer nakli yapılmıştır (Haberal v.d., 1998).

Avrupa Konseyi'nin organ bağışı ve nakliyle ilgili 2008 yılında yayınladığı son verilere göre, 2008 yılında 33 Avrupa ülkesinde toplam 31.580 organ nakli gerçekleşmiştir. Böbrek nakli bunun 19.736'sını oluşturmaktadır. Şimdiye kadar tüm dünyada yaklaşık yarım milyon kadar böbrek nakli yapıldığı bilinmektedir. Bu verilere göre Türkiye'de 2008 yılı içerisindeki toplam organ nakli sayısı 2326 iken, bunun 1662'sini böbrek nakli oluşturmaktadır. Türkiye, 33 Avrupa ülkesi arasında yapılan organ nakli sıralamasında 2005 senesinden 2008 senesine kadar olan dönemde 28. sıradan 24. sıraya yükselmiştir. Türkiye'de 2008 verilerine göre 44.000 kişi organ bağışı beklemektedir ve her sene listeye 8000 kişi eklenmektedir (O.N.T. Transplant Newsletter, 2008).

Ülkemizde, Çolak ve arkadaşlarının 2008 yılında organ bağışına yönelik tutum ve inançları incelemek için yaptıkları bir çalışmaya göre demografik, sosyoekonomik ve kültürel özellikler organ bağışı için gönüllü olmayı etkilemektedir. Emin olmayan ya da bağış yapmak istemeyenlerin eğitim sayesinde istekli hale gelebilecekleri görülmüştür. Zengin ya da ünlü kişilerin normal insanlara göre daha çabuk organ bulduklarını düşünenlerin oranı ülkemizde %69'dur. Bu nedenle insanların sistemden emin olması önemlidir. Kur'an'da: "Her kim ki bir hayatı kurtarır, tüm insanlığın hayatını kurtarmış gibi olur" denmektedir (Kur'an, Maide suresi, ayet 32). Organ bağışı İslam'da kabul görmesine rağmen dinin buna izin vermediğiyle ilgili olan toplumsal bir takım görüşler de organ bağışını kabul etmemenin ikinci nedenidir (Çolak v.d., 2008: 33).

1.3. Dünyada ve Türkiye'de Böbrek Naklinin Gelişimi

İngiliz bir doktor olan Richard Bright, 19.yüzyılın başında, idrarlarında albumin olan hastalardaki böbreklerin organik yapısındaki değişikliklerin varlığını fark etmiştir. Bundan sonra adı kronik böbrek yetmezliğine verilerek nefrolojinin babası olarak kabul edilmiştir. Böbrek nakli de 1827'de Londra'da yayınladığı kitabındaki gözlemlerinin mantıksal terapötik bir sonucudur (Houssin, 2000: 112). Son dönem böbrek yetmezliği; akut ya da kronik glomerulonefrit, piyelonefrit, polikistik böbrek hastalığı, diyabetik nöropati, ilaca bağlı nefrit ve tümörler sonucu meydana gelmektedir. SDBY hastası kronik hemodiyaliz, kronik periton diyalizi,

tedavisiz ölüm ya da böbrek nakli gibi seçenekler arasından geleceğiyle ilgili karmaşık kararlar almak durumunda kalır (Cianci, v.d.,1981: 354). Kalp ya da karaciğer naklinden farklı olarak böbrek nakli hayati olmayan bir nakildir; böbrek nakli; hemodiyaliz ve periton diyalizi dışında ilerlemiş kronik böbrek yetmezliği tedavisinin üçüncü seçeneğidir. Üçü arasında sadece böbrek nakli hayat boyu kullanılan bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlarla birlikte kişiye normale yakın bir hayat sağlamaktadır (Stora, 2005: 102).

Dünyada 1954 yılından itibaren böbrek naklindeki gelişmelerle birlikte son dönem böbrek hastaları arasında böbrek nakli oldukça tercih edilen bir tedavi şekline dönüşmüş ve 1960'lı yıllarda karaciğer, kalp ve pankreas naklinden daha önce uygulanmaya başlamıştır (Cianci, v.d., 1981: 354). Canlıdan ya da kadavradan yapılan böbrek nakli, diyalize girmeden yaşamlarını sürdüremeyen binlerce hastanın yaşam süresini uzatmıştır (Freedman, 1983: 917).

Türkiye'de ilk böbrek nakli 1975 yılında Prof. Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından Hacettepe Üniversitesi'nde anneden sağlanan dokuyla gerçekleştirilmiştir. Diğer taraftan, yasal bazı yetersizlikler nedeniyle ilk kadavradan böbrek nakli, ancak 1978 senesinde Eurotransplant kuruluşu tarafından sağlanarak, Almanya'dan gönderilen böbrekle yapılmıştır. Ülkemizde 1979 yılında, organ sağlanması, saklanması ve nakli ile ilgili yasanın çıkması sonucunda ilk kez kadavradan böbrek nakli gerçekleştirilmiştir (Haberal v.d., 1998).

1.3.1 Aile İçi Canlı Vericiden Organ Nakli

Türkiye'de cerrahi ve tıbbi tekniklerin gelişmesi sonucunda böbrek nakli yaygın bir tedavi seçeneği olmaya başlamıştır. Ancak, bununla birlikte arz ve talep arasındaki fark da büyümektedir. Kadavradan nakil olasılığını arttırmak için düzenlenen organ bağışı kampanyaları da zaman zaman din, kültür, gelenek gibi bazı etkenlere takılmaktadır. Bu nedenle, ülkemizde yapılan böbrek nakillerinin çoğu canlı vericiden sağlanmaktadır. Organ bağışının yetersiz, diyalizin pahalı ve yaşam süresini kısaltan bir tedavi yöntemi olması gibi etkenler nedeniyle canlıdan organ nakli desteklenmektedir. Aile içi canlı vericiler sayesinde nakilli hastaların hayatta kalım oranlarında artış görülmektedir (Özçürümez, v.d., 2003).

Yaşarken bağışlanabilir organlar arasında böbrek, karaciğer ve yenilenebilir özelliğe sahip hücreler veya kan, ilik ve üreme hücreleri gibi dokular sayılabilir. Verici olacak kişinin yaşından çok organının durumunun önemli olmasına rağmen, genellikle 70 yaş üstündeki kişilerin organları tercih edilmemektedir. Canlı vericiden organ bağışlarında, bedende çift olarak bulunduğu ve vericinin bağış sonrası işlevselliğinde önemli bir bozulma yaratmaması nedeniyle böbrek nakli başı çekmektedir (Degos, 1994).

Aile içi vericiden nakil, doktorlar tarafından da öncelikli olarak desteklenmektedir. Bunun nedenleri arasında da canlı vericiden yapılan nakil sonrası bir sene içinde hayatta kalım oranı %95 civarında olurken, bu oranın kadavradan olan nakillerde daha düşük olması önemli bir etkidir (Triffaux v.d., 2002). Aile içi vericiden yapılan nakillerin desteklenmesindeki diğer bir neden ise alıcı ve vericinin iyice tetkik edilerek en iyi sağlık durumunda kontrollü bir şekilde ameliyat olabilmeleri ve nakil operasyonunun zamanlamasının ayarlanabilmesidir. Canlı bir vericiden yapılan nakil kadavradan nakle göre, özellikle böbrek naklinde, daha başarılı olabilmektedir. Bunun nedeni de canlı vericinin organının reanimasyon ve beyin ölümünden etkilenmemiş olmasıdır. Ayrıca, verici için anestezi ve operasyona bağlı riskler oldukça zayıftır. Aile içinden nakil olma imkanı olan bir hastanın bu yolu tercih etmesi durumunda, canlı böbrek nakli olmak için hiç bir şansı olmayıp kadavra böbrek naklini bekleyen bir kişinin de hayatı kurtulmuş olur (Stora, 2005: 117).

Türkiye'nin sosyal ve kültürel özellikleri dolayısıyla aile içi verici bulmak başka ülkelere kıyasla daha kolay olmaktadır (Haberal v.d., 1999). Birinci ve ikinci derece akrabalar ve eşlerden yapılan nakiller böbrek nakillerinin %85'ini oluşturmaktadır (Özçürümez, v.d., 2003). Ege Üniversitesi Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 1994 Mayıs ayına kadar aile içi vericiden yapılmış 158 böbrek naklinde vericilerin akrabalık dereceleri şöyledir: Anne % 48, kardeş % 25, baba % 22.7, eş % 5.06, çocuk % 2.5. Bu verilere göre, aile içi vericiler arasından annelerin ön plana çıktığı görülmektedir. Türk toplumundaki annenin geleneksel rolü nedeniyle çözüm olarak ilk akla gelen potansiyel verici "anne" olmaktadır (Dallı ve Tekduran, 1995). Bu sonuç toplumcu bir kültür olarak, toplumun akrabalık ilişkileri içinde "biz" duygusunu paylaştığı Türk toplumunda, hem bireysel mutlulukların hem

de sıkıntılarının aile içinde daha yoğun yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, organ naklinde verici öncelikle aile içinde aranmaktadır.

1.3.2. Kadavra Vericiden Organ Nakli

Ölümden sonra bağış kabul edilebilecek organlar ve dokular arasında pankreas, damar, bağırsak, kulak kemikçikleri, deri, kalp, kalp kapakçıkları, gözün saydam tabakası, kemikdokusu, kıkırdakdokusu, karaciğer, akciğer, böbrek, kas ve beyin zarının bir kısmı sayılabilir (Degos, 1994).

Kadavradan organ nakli, ancak beyin ölümünün kesin tespit edilmesinden ve yakınlardan izin alındıktan sonra mümkündür. Bir kişinin Doku ve Organ Bağış Belgesi varsa, nakledilmek için gerekli organlar alınır, yoksa ölen kişinin akrabalarının rızasıyla alınabilir. Ağır baş yaralanmaları, beyin kanaması, felç, beyin tümörü gibi nedenlerle beynin hasar görmesi, kan dolaşımının durması ve şok nedeni ile gerçekleşmiş beyin ölümü durumunda organ alımı gerçekleşir (Degos, 1994). Kadavradan nakillerde, yakınlar için tıbbi olarak ne zaman bir kişinin ölü sayılabileceği ve organlarının alınabileceği önemli bir noktadır. Ölümü neyin temsil ettiğinin özgül bir tanımlaması olmaması sonucu beyin ölümlerinde doktorun kararı önem taşımaktadır. Ülkemizdeki yasalar gereğince bu tanı bir kardiyooloji, bir beyin cerrahisi, bir nöroloji ve bir anestezi uzmanından oluşan ekip tarafından konmaktadır (Haberal v.d., 1998).

Kadavradan nakilden yararlanmak için olan bekleme listeleri çok uzun olmakta ve hastaların bazen uzun seneler boyunca nakil olmayı beklemeleri gerekmektedir. Böbrek çıktığında ise diyalizde geçen uzun yıllar sebebiyle hasta oldukça yıpranmış olabilir (Manuello v.d., 1994: 162). Bu durumda canlı bir vericiden yararlanmak cazip bir çözüm olarak belirmektedir.

Türkiye dışındaki ülkelerde de aile içi vericiden ve kadavradan nakil olma oranları farklılıklar göstermektedir. İspanya'da organ bağışıyla ilgili yapılan bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, kadavradan organ bağışı yüksek de olsa ihtiyaçları karşılamadığı görülmektedir. Son sekiz yılda bu ülkede böbrek nakli için listede bekleyen kişi sayısı 4000 civarındadır ve artmaya devam etmektedir. Bu nedenle İspanya'da çok yaygın olmasa da canlı vericiden nakil desteklenmektedir.

Bu araştırmaya göre, İspanya’da canlı vericiden organ nakli olmayı tercih eden hastaların genç, bekar ve yüksek eğitim seviyesinden geldikleri tespit edilmiştir (Martinez-Alarcon v.d., 2006). Başka bir çalışmada ise erkek egemen olan Hindistan toplumunda, vericilerin %72’sinin eşler ve anneler olmak üzere kadınlar olduğu görülmektedir. Erkeklerin evi geçindirdikleri için operasyonun riskiyle karşı karşıya gelmelerini istememektedirler (Minz v.d., 2005).

Kadavradan nakle karşı sosyal ve dinsel mitlerin hakim olduğu ve arz ve talep arasındaki fark çok fazla olduğu için organ bağışının yeterli olmadığı Türkiye gibi ülkelerde aile içi bağış önemli bir yer tutmaktadır. Avrupa’da kadavradan verici oranı milyon nüfus başına 15-20 civarındayken, bu oran Türkiye’de 2005 itibariyle tüm nüfusta toplam 153, 2006’da ise 143 olarak kaydedilerek, milyon nüfus başına kadavra verici oranının 2 gibi çok düşük bir oranda kaldığı gözlemlenmektedir (Çolak v.d., 2008). Tablo 1’de verilmiş olan 2000-2004 yılları arasında Türkiye’de yapılmış böbrek nakillerine bakıldığında da, her geçen sene yapılan toplam böbrek naklindeki artışa rağmen kadavra verici oranının yeteri kadar tatmin edici olmadığı görülmektedir. 2008 yılına ait son verilere göre, Türkiye’de yapılmış toplam 1662 böbrek naklinin, 414’ü kadavradan 1248’i canlı vericiden yapılmıştır (O.N.T. Transplant Newsletter, 2008).

Tablo 1: Türkiye’de 2000-2004 Yılları Arasında Yapılan Böbrek Nakilleri

Yıllar	Böbrek Canlı	Böbrek Kadavra	Toplam
2000	276	92	368
2001	329	162	491
2002	361	189	550
2003	428	177	605
2004	529	246	775

2. ORGAN NAKLİNİN PSİKOLOJİK BOYUTU

Psikolojik boyut organ nakli sürecinin tüm etaplarında mevcuttur. Organ nakli, hastanın birçok evreden geçmesine neden olur: hayati bir organın işlevini son evreye götüren bir hastalığın yaşanması, tanının söylenmesi, nakil hakkında bilgi verilmesi, nakil beklenmesi, nakil operasyonu, operasyon sonrası nekahat, böbreğin yeniden işlevine başlaması, hastaneden çıkış ve hastane dışı hayatın yeniden başlaması, perhiz ve ilaç tedavisine uyum, nakil sonrası aylar ve yıllar boyunca takip altında olmak. Tüm bu evreler, somatik ve ruhsal uyum mekanizmalarını gerektirmektedir (Stora, 2005: 54).

Organ nakli önerisi her zaman alıcı için çifte mesaj içermektedir: Hayati önemi olan teşhisin yoğun tehdidi karşısında sıkıntı ve “yeni bir hayat” bulmanın umudu. Beyin ölümü gerçekleşmiş bir bedenden ya da canlı vericiden alınmış başka birisinininkiyle değiştirmek için bir organı kaybetmek karmaşık duygusal tepkilere neden olmaktadır (Triffaux v.d., 2002).

Organ nakli hastalarının bedenlerinde ahenkli bir işleyiş olmamasıyla ruhsal uyum mekanizmalarında bozulmalar meydana gelebilir. Birçok kez hastanede yatış ve tıbbi prosedürler nedeniyle bu hastalar fobi, panik atak ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterirler. Uzun hastalık süreci zihinsel ve somatik savunmalarına zarar vererek bu hastaları zayıf kılar (Stora, 2005: 57). Ayrıca, nakil hastaları yorgunluktan ve tıbbi tedavileri nedeniyle işlerine devam edemedikleri için sosyal bir kopukluk da yaşamaktadırlar. İlk aylar ve hatta nakilden sonraki ilk sene bir diyaliz yılı kadar zorlayıcı olabilir. Ancak birinci sene sonundaki psikolojik ve fiziksel farkın önemli olduğu görülmektedir: otonomi yeniden kurulur, sosyal ve cinsel etkinlikler tekrar belirir ya da iyileşir, kadınlar hamile kalmayı düşünebilir (Pascalis ve Augustin, 1989: 283).

Organ reddine karşı kullanılan bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavinin de olumsuz psikolojik etkileri görülebilir. Kortikoterapi manik bir durum yaratabilir. İyi bir duygusal çevre bu psikolojik yan etkileri sınırlar (Pascalis ve Augustin, 1989: 283).

Böbrek nakli adayları için nakil öncesi süreç birçok sıkıntılı durumu içermektedir. Organ bağışı oldukça kısıtlı olduğundan böbrek nakli için uzun

bekleme süreleri olmaktadır. Ayrıca, ciddi bir cerrahi prosedür geçirmek, hayat boyu bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlar kullanmak ve organ reddi ya da naklin başarısızlığı gibi olasılıklar böbrek nakli adayları için önemli konulardandır (Moran, v.d., 1999).

2.1. Türkiye’de Organ Naklinin Psikolojik Boyutu Üzerine Yapılmış Çalışmalar

Bilimsel literatür incelendiğinde, Türkiye’de ruh sağlığı alanında organ nakliyle ilgili yapılan çalışmaların çok fazla yer almadığı görülmektedir. Yapılmış olan çalışmaların çoğu hemodiyaliz hastalarının ruhsal değerlendirilmesi, kronik böbrek hastalığı olan kişilerin psikolojik durumu ve organ nakli hastalarında psikiyatrik morbidite üzerine olup, organ naklinin vericinin bilinçdışı ruhsal işleyişi üzerine olası etkilerini incelemiş bir araştırma göze çarpmamaktadır. Nakil hastalarında psikiyatrik morbiditeyi konu almış çalışmalar arasında Sağduyu ve Özel’in (2000), Sağduyu ve Erten’in (1998), Enderer, Turgay ve Özkan’ın (1994), Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli’nin (2003), Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın’ın (2007), ve Kumbasar’ın (1997) çalışmaları bulunmaktadır. Bunlar dışında, organ nakli olmuş çocukların ruhsal durumlarıyla ilgili Koçkar, Soysal, Alparslan, Şenol ve Buyan (2000) tarafından yürütülmüş bir çalışma bulunmaktadır. Önceki çalışmaların hiçbirinde aile içi ve kadavradan nakil olmuş organ nakli hastalarının ruhsal durumlarının karşılaştırıldığı görülmemiştir. Yalnızca, Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu ve Özel’in (2006) yaptıkları bir çalışmada hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastaların ruhsal durumları karşılaştırılmıştır. Benzer şekilde, Çam’ın (1991) hemodiyaliz ve böbrek nakilli hastaların psikiyatrik morbiditesini incelediği bir uzmanlık tezi araştırması da literatürde göze çarpmaktadır. 2007 senesinde Çetin tarafından yapılmış olan bir uzmanlık tezinde de canlı vericiden karaciğer nakli olmuş hastaların ruhsal ve bedensel sağlığı araştırılmıştır. Bunlar dışında Gökçay (2009) tarafından böbrek nakli hastalarının yaşam kalitesini ve Kaçmaz (1997) tarafından da bu hastaların psikolojik gereksinimlerini araştıran uzmanlık çalışmaları yapılmıştır.

Organ nakli ve ruhsallık konusunda daha önce yapılmış bilimsel çalışmalar incelenirken kemik iliği naklinin psikolojik boyutunu incelemiş çalışmalara da rastlanmıştır. İkiz, Peykerli, Anak ve Gedikoğlu tarafından yapılmış (2004) “Kemik İliği Naklinin Ergenler Üzerindeki Kısa ve Uzun Süreli Psikolojik Etkileri” isimli çalışma, nakil konusu incelenirken psikodinamik değerlendirme için Rorschach testi kullanılmış olan tek çalışmadır.

2.2. Böbrek Nakli Hastalarında Diyaliz Döneminin Psikolojik Etkileri

Nakil olmadan önce hastalar diyalize bağlı bir hayat sürmek zorunda kaldıkları için, nakil sonrasında böbrek kişiyi “bağımsız kılan” bir organ olarak görülebilir. Böbrek yetmezliği nedeniyle hastanın diyalize girmesi gerektiğinde hasta yeni bir yaşam tarzına uyum sağlamak zorunda kalır (Cardenas-Sanchez, 1989: 156).

Bazı hastalar hemodiyalize girerken, birçok hasta da periton diyalizine girmek zorunda kalmaktadır. Periton diyalizi; krampların ve rahatsız edici abdominal girişlerin eşlik ettiği, zorlu ve sıkıntı verici bir prosedürdür. Hemodiyaliz için sürekli kanülyasyon yapılması da uzun ameliyat saatleri alan ve ameliyat edilen bölgede rahatsızlık duygusu oluşturan bir prosedürdür. Hasta kolunda ya da bacağına mekanik bir aletle kalmakta ve bu da hastaya sürekli durumunu hatırlatmaktadır. Hastanın yaşadığı kayıplar; nefrektomi, beden bütünlüğü ve işlevinin kaybindan maddi ve mesleki kayıplara, sosyal etkinliklerde bozulmaya, aile ve arkadaşlardan uzaklaşmaya ve sağlığın belirsizliğine kadar uzamaktadır (Basch, 1973).

Nakilli hastaların beden algısının diyaliz hastalarınıninkine göre çok daha iyi olduğu görülmektedir. Bunun en önemli nedenleri arasında diyaliz hastalarının en ufak bir çaba karşısında yorulmaları, ilerleyen bir zayıflamanın varlığı, anemik bir cansızlık, ödemlerin varlığı, kadınlarda amenore görülmesi, kilo alımı ve kaybı sayılabilir. Diğer taraftan nakilli hastalarda bu bedensel durumlar yaşanmamaktadır (Breu- Dejean v.d., 2003). Hemodiyalize giren hastalara beden algısını ölçmek amaçlı uygulanan psikolojik testler ve psikolojik görüşmeler incelendiğinde iç-dış değişimlerin karışıklığı ve bedenin sınırlarına saldırı duygusu görülmektedir.

Hastanın kendi bedenine göre bağı olduğu makine daha çok ya da daha az içsel ya da dışsal gibi algılanmaktadır (Cardenas-Sanchez, 1989: 157).

Bedensel belirtilere eşlik eden anksiyetenin diyalize giren hastada inkar, yarılma ve yansıtma gibi daha arkaik olan savunma mekanizmalarını yeniden canlandırdığı görülmektedir. Örneğin böbrek yetmezliği olan bir hastanın sıvı alımıyla ilgili yasakları görmezden gelmesi ve diyaliz saatlerine önem vermemesi inkar davranışları arasında sayılabilir. Diyaliz hastalarında sıklıkla görülen yarılma; iyi ve koruyucu nesnelerle kötü ve zarar verici gibi görünenleri birbirinden ayırmayı içerir. Yansıtma ise kaynağı kişinin kendisinde olan duyguları dış nedenlere bağlamasını içerir: hissedilen zarar verici tehlike bir doktora ya da özellikle diyaliz makinesine atfedilmektedir (Consoli, 1998).

2.3. Organ Nakli Öncesi Hastanın Psikolojik Değerlendirilmesi

Organ nakli öncesinde hastanın gelişimsel ve sosyal hikayesini gözden geçirmek önemlidir. Böbrek nakli öncesinde yapılan ruhsal değerlendirme hastayı nakle ve nakil sonrası döneme hazırlamak açısından önemlidir. Hastanın psikiyatrik öyküsü alınarak, önceden var olan psikiyatrik bir bozukluk durumunda bu sıkıntının nakille birlikte yeniden ortaya çıkma riski değerlendirilir. Ruhsal değerlendirme hastanın tedaviye uyumunu anlamaya, sosyal desteğin yeterli olup olmadığını, nakle bilişsel ve ruhsal açıdan hastanın ne kadar hazır olduğunu, karar verme yetisini, nakille ilgili beklentilerinin gerçekçi olup olmadığını anlamaya ve hastanın başa çıkma düzeneklerini belirlemeye yaramaktadır (Özçürümez v.d., 2003).

Psikanalitik bir bakış açısından, nakil öncesi yapılan psikolojik değerlendirmenin temel amacı hastayı ruhsal olarak hazırlamak, organ nakliyle birlikte yeniden uyanabilecek ve psikotik bir bölünmeye yol açabilecek naklin hastanın içsel kısmı kötü nesnelerle özdeşimine neden olabilecek sönmemiş zarar verici ve pregenital arkaik endişeleri ortaya koymak ve böbreğin bedene dahil edilme sürecini geliştirmesine yardım etmektir (Escande v.d., 1994).

Bu kişilerin tipik psikiyatri hastası olmadıklarını, ama yaşamı tehdit edici tıbbi bir hastalığı olan psikolojik olarak sağlıklı kişiler olduklarını unutmamak gerekir. Collins ve Labott'a göre (2007), bu kişilerle yapılan psikiyatrik değerlendirmede

depresyon, anksiyete ve psikotik belirtiler üzerine odaklanan bir belirti değerlendirmesi yapılmalıdır. İlişkilerle, eğitimle, meslekle, madde kullanımıyla, sosyal destekle ve mevcut stresörlerle ilgili bilgi edinmek önemlidir.

Organ nakli adayı olan hastayla nakil öncesinde yapılan psikolojik değerlendirmeler sonucunda kişide var olan bir duygulanım bozukluğuna da rastlanabilir. Böyle bir durumda, ruh sağlığı uzmanının nakil sonrası bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanımının hastanın duygulanım bozukluğunu nasıl etkileyebileceğini ve hastayla birlikte nasıl uygun bir tedavi geliştirebileceğini ön görmesi gerekir. Genelde önceden var olan psikiyatrik bir bozukluğun nakil sonrası “steroid psikozu” riskini artırdığı görülmemiştir, ancak bipolar bozukluk buna bir istisna olabilir (Klapheke, 1999).

Ciddi kişilik sorunları olan hastalar yetersiz başa çıkma stratejileri nedeniyle nakil sonrası psikiyatrik bozukluklara karşı daha fazla risk taşıyor olabilirler. Özellikle de hasta tıbbi ya da cerrahi yan etkilerin sıkıntısıyla karşı karşıya ise manipulatif ya da mazoşistik eğilimler, dürtüsel davranış, hostilite, patolojik bağımlılık ya da aşırı telkin ihtiyacı kendine bakıma etki edebilir ya da profesyonel ve kişisel destek ilişkilerini bozabilir (Freedman, 1992: 16). Nakil öncesi değerlendirmede bir kişilik bozukluğunun varlığı nakil sonrasında sorunlarla baş etmede, tatminsizlikle ya da uyum sorunlarıyla ilişkili olabilmektedir (Klapheke, 1999). Bu nedenle, nakil öncesinde yapılacak ruhsal durum değerlendirmesi nakil sonrasında hastanın durumunu daha iyi gözlemleyebilmek açısından önem taşımaktadır.

Aile içi canlı vericiden nakil durumunda, nakil öncesi yapılması gereken ruhsal değerlendirmede aile dinamikleri ve nakil sonrasında alıcı-verici ilişkisinin zarar görebileceğine yönelik etkenler bulunup bulunmadığı da araştırılmalıdır. Bu ruhsal değerlendirmeye dayanan dikkatli bir verici seçiminin bu kişilerin fiziksel ve psikolojik durumunu bozmadan hayatlarına devam etmelerini sağladığı görülmektedir (Lumsdaine v.d., 2005). Örneğin Fricchione’un (1989) yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre ilişkilerinde ciddi sorunları olan bazı çiftlerin nakil sonrasında boşandığı görülmüştür. Nakil öncesi ruhsal değerlendirmeye gerektiğinde vericileri de dahil ederek, canlı vericilerin hangi motivasyonlarla bağış kararı

aldıklarını öğrenmek önemlidir. Kempf (1966), vericiliğinin temelinde kendini feda etme motivasyonu olan bir kişinin operasyon sonrasında; depresyon, incinme ve öfke duyguları yaşayabileceğini bildirmiştir. Abram (1972) ise, nakil öncesi yürütülen psikiyatrik değerlendirmelerde gerçek gönüllülük ile mazoşizm ve dürtüsellik gibi dürtüleri ayırt etmenin önemli olduğunu belirtmiştir.

2.4. Organ Nakli ve Aile İçi İlişkiler

Organ nakli sonrasında hastanın çevresinden göreceği destek oldukça önemlidir. Desteğin yeterli olmadığı durumlarda hastalığın seyri de zayıf olmaktadır. Castelnovo-Tedesco'ya göre (1973), sağlam bir ailenin bu gibi bir durumda çok önemli bir yeri vardır. Yalnız hastaların prognozu daha zayıf olmaktadır. Aile çevresi organ nakli sonrasında ortaya çıkabilen eksitasyonlara karşı bir kapsayıcı rol üstlenmektedir. Bu şekilde hastanın uyum kapasitesini artırır ve zihinsel ve yaşamsal onarımına yardımcı olur (Stora, 2005: 52).

Bir ailedeki son dönem hastalıkların varlığının o ailedeki rolleri değiştirdiği görülmektedir. Nakilli hasta eve döndüğünde aile rollerine ikinci bir uyum sağlama durumuyla karşılaşmaktadır. Bu geçiş her zaman kolay olmamaktadır. Bazı nakilli hastalar uzun süre boyunca hasta rolünde oldukları için bu rolü terk etmek, yenilenmiş sorumlulukları kabul etmek ve ailede daha aktif hale gelmek zor olabilmektedir (Engle, 2001).

Hastanın nakil dönemi öncesi ve sonrasında kimlerden duygusal destek göreceğini açıklaması önemlidir. Evlilik ve aile sistemindeki stres ve değişiklikler nakil öncesi dönemde hastalığın yüküyle oldukça sık görülmektedir. Popkin ve arkadaşlarının (1993), pankreas nakli olmuş hastalarla yaptıkları bir çalışmada birinci derece akrabalarından kapsamlı biçimde destek görenler ile nakledilen organın işlev süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Hastaya destek verecek bir yakınının olmaması organ nakli için ciddi bir kontrendikasyon oluşturmaktadır.

Nakil olan hastaların aileleri dört tane stres kaynağıyla karşı karşıya kalmaktadırlar: birincisi aile bireylerinin rollerinde değişiklikler olmasıdır. İkincisi belirtilen tedavilerin takibi dışındaki hastanın bakımını içerir. Aile bireylerinin her türlü virütik enfeksiyon tehlikesini bildirmeleri ve rutin muayeneleri organize

etmeleri gerekir. Üçüncüsü aile bireylerinin nakil sonrası endişelerini ve şüphelerini içermektedir. Dördüncüsü ise aile yakınlarının çektiği finansal zorluklardır (Stora, 2005: 183).

2.4.1. Aile İçi Canlı Vericiden Nakil Olan Hastalarda Aile İçi İlişkiler

Aile içi nakillerde, aile ilişkileri ve akrabalık konuları ön planda olmaktadır. Uygun dokuların bulunması açısından bu durum biyolojik; organların alınması ve verilmesinin kültürel ve kişisel olarak olanaklı olabileceği durumların oluşturulması açısından ise sosyal bir durumdur. Ölmüş birinin anonim bir alıcıya vermesinden farklı olarak, paylaşılmış akrabalık durumundaki vericinin ve alıcının karşılıklı kimliklerine odaklanılır. Karşılıklı roller ve statülerin yanı sıra haklara, zorunluluklar ve beklentiler de hesaba katılmalıdır. Yakın olunan bir kimsenin acı çektiğini görmek bağış motive eden önemli bir etkidir (Crombie ve Franklin, 2006).

Martinez-Alarcon ve arkadaşları (2006), bir hastanın aile içinden nakil olmaya karar verdiğinde kadavradan nakilden farklı olarak bir aile yakınına zarar vermekten dolayı suçluluk ve sıkıntı hissedebileceğini belirtmişlerdir. Hastanın önceden çatışmalı bir ilişkisi olduğu bir vericiden nakil olmuş olması, nakil öncesi ilişki olumlu ve çatışmalı değilken daha başarılı ve çabuk bütünleşme gösterdiği halde, bu gibi bir durumda sıkıntılı sonuçlar doğurabilir (Castelnuovo-Tedesco, 1973). “Kemik İliği Bağışının Psikolojik Boyutları” isimli çalışmalarında Taieb ve arkadaşları (2002), birinci derece akrabalarından alınan kemik iliğinin kardeşler arasındaki ilişkileri ve ailedeki etkileşimlerin bütününe etkileyebildiğini bildirmişlerdir. Bu da bireysel ya da ailevi sorunlara yol açabilmektedir.

Kranenburg ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir araştırmada, nakil bekleyen 61 böbrek hastasının canlı bir vericiden nakil kabul etmeleri konusundaki istekleri ve güdülleri araştırılmıştır. Buna göre, hastaların %60’ı kadavradan nakle göre canlı vericiyi tercih etmişlerdir. Bunun ana nedeni öncelikle canlı vericiden olan böbreğin daha iyi nitelikte olmasıdır. Kadavradan nakil olmak isteyenler ise sevdikleri birisine zarar gelmesinden ve nakil sonrasında vericiyle ilişkili psikolojik sorunların var olmasından korkmaktadırlar. Lumsdaine ve arkadaşlarının (2005)

yaptıkları bir araştırmaya göre, canlı vericiden böbrek naklinin verici ve alıcının ilişkileri üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmamaktadır. Vericilere göre nakil, alıcıyla olan ilişkilerini geliştirmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarına organlarını bağışlamaları söz konusu olduğunda, bununla ilgili yapılan bir çalışmaya göre ebeveyn olarak ve çocukla olan yakın ilişki içerisinde organ vermeyi reddetmek mümkün olmamaktadır. Vericiler ebeveyn olarak ahlaki sorumluluklarından ve vermeyi reddetme suçluluğuyla yaşamının mümkün olmadığından bahsetmektedirler (Forsberg v.d., 2004).

2.5. Organ Reddinin Psikolojik Boyutu

Organ reddi çoğu kez alıcıyla verici arasında genetik bir yakınlık olmadığı durumlarda ortaya çıkar. Nakledilen böbrek alıcıda hemen normal bir işleyiş oturarak boşaltımı sağlamak zorundadır. Vericinin birinci derece akraba olduğu durumlarda çoğunlukla nakledilen organ işleyişine hemen başlamaktadır. Ancak naklin kadavradan yapıldığı durumlarda, vericinin kalbinin durmasıyla alıcıya nakledilen organdaki kan dolaşımının yeniden başlaması arasındaki süre çok uzunsa tüm çabalara rağmen organ bozulur ve nakil başarılı olmaz (Houssin, 2000: 95).

Bazı organ reddi durumları ilaç kullanımına uyulmaması nedeniyle açıklanabilirken bazıları ise açıklanamamaktadır. Üç türlü organ reddi epizodu vardır: hiperakut, akut ve kronik. Hiperakut ret oldukça nadirdir ve ya ameliyat sırasında ya da ameliyattan sonraki ilk birkaç saat içinde gerçekleşir. Bunun sonucunda nakledilen organ tamamen kaybedilir. Verici ve alıcı arasındaki dikkatli bir eşleştirme, yeni bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlar ve bunların ameliyat öncesinde verilerek organın iyi hazırlanması bu ret türünü en aza indirger. Akut ret daha yaygın görülmekle birlikte daha çok nakil sonrası ilk aylarda meydana gelebilir. Bir sene ret meydana gelmeden geçirmek gelecek için iyiye bir işaret de olsa, ret olasılığını ortadan kaldırmamaktadır. Akut ret dönemleri tedavi edilebilmektedir ve bazen hastanede yatış gerektirir. Kronik ret ise genellikle ilk yıldan sonra ortaya çıkar. Nedeni genellikle bilinmemektedir ve tedavi edilmesi zordur (Engle, 2001).

Freedman (1983), nakledilmiş böbreğin kabulünün ya da reddinin diğer nedenler kadar psikolojik bir nedene de bağlı olduğunu kabul etmektedir.

Nakledilmiş organlar kadavradan da canlı vericiden de olsa her zaman “ödünç” alınmışlardır. Yani, bağışıklık sistemi bu organları her zaman yabancı bir doku olarak görecektir ve bu yabancı dokuları reddetmek için elinden geleni yapacaktır (Engle, 2001). Naklin uzun süreli başarısını sağlayabilmek için nakilli hastaların hayatları boyunca her gün sıkı bir bağışıklık baskılayıcı ilaç tedavisine uyum göstermeleri gerekmektedir. Buna uyum sağlamama organ reddinin başlıca sebeplerindendir. Butler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, uyum sağlamaya etki eden etkenler arasında nakille ilgili stres, genel algılanan stres, psikososyal stres ve vericiye karşı borçlanmışlık ve suçluluk duygularının olduğu görülmüştür. Meydana gelen akut retlerin büyük bölümünün nedeni olarak ilaç tedavisine sadık kalmamak sayılabilir. Akut ret süreçleri yaşayan hastalar da organ kaybı açısından riskli bir durumda sayılırlar. İlaç tedavisine sadık kalmayan hastaların düzenli ilaç kullananlara oranla yedi kat daha fazla organ reddi açısından risk altında oldukları belirlenmiştir (Achille v.d., 2006).

2.6. Organ Nakli Sonrası Ruhsal Morbidite

Organ nakline bağlı psikiyatrik sorunlar üzerine yoğun bir literatür mevcuttur ve bunların çoğu solid organların nakli üzerinedir. Bu sorunların çoğu depresif ve/veya anksiyete özellikli uyum bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır. Psikotik tepkiler az olmakla birlikte mutlaka müdahale gerektirmektedir. Anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar hem nakil öncesi hem de sonrasındaki tepkisel uyum bozukluğu gibi gözükmektedirler (Triffaux v.d., 2002).

Nakil olan bazı hastalarda fiziksel, ruhsal sorunlar ve yeni duruma uyum sağlama güçlükleri gözükmektedir. Surman (1989), bu hastaların özellikle organik beyin sendromu, depresyon, anksiyete ve intihar açısından risk grubunda olduklarını bildirmiştir. Genel cerrahi operasyonlarla karşılaştırıldığında, organ nakli sonrasında ameliyat sonrası psikoz görülme sıklığı ya da ciddi duygusal bozuklukların görülme sıklığı daha fazladır (Castelnuovo-Tedesco, 1973). Bazı araştırmalara göre nakil olmuş hastaların yarısından fazlası naklin üzerinden yıllar geçmesine rağmen anksiyete yaşamaktadırlar (Muthny, 1984). Ayrıca bu hastalarda depresyon, hipokondriyazis ve organik beyin sendromu tanı sıklıklarının da yüksek olduğu

belirlenmiştir (Simmons, 1982). Bunlar dışındaki bulgular ise organ naklinin alıcı ve vericinin ruh sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmadığı, yaşam niteliğini ise arttırdığını göstermektedir (aktaran Özçürümez v.d., 2003).

Türkiye’de böbrek nakli olan hastalardaki ruhsal morbiditeyi araştıran çalışmaların sonuçlarına bakıldığında yaklaşık beş yıl önce böbrek nakli olmuş hastaların % 50’sinde ruhsal bir bozukluk, % 25 oranında da majör depresyon bulunduğu gözlemlenmiş ve ruhsal bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik, SDBY ve ameliyattan sonra geçen süreler bakımından fark olmadığı belirlenmiştir (Arapaslan v.d., 2004).

Ciddi psikiyatrik belirtilerle göze çarpan regresyon hastanın hayatının tehlikede olduğu ve tedavinin kendisinin ciddi bir endişeli bağımlılık yarattığı psikolojik ve fiziksel olarak travmatize edici kronik hastalıktan yakınanlarda sıklıkla gözükmektedir. Ancak özellikle hemodiyaliz, böbrek ve kalp nakillerinde artış gösteren ruhsal rahatsızlık durumu tamamen psikojenik etkenlere bağlanmamalıdır. Literatürde, bazı böbrek nakli hastalarında meydana gelen deliryum ve duygudurum sorunlarının özellikle nakil sonrası dönemdeki kortikosteroid kullanımı gibi bağışıklık baskılayıcı tedaviyle ilişkili olduğu yönünde bazı veriler bulunmaktadır (Dubovsky ve Penn, 1980; Fricchione, 1989; Surman, 1989). Örneğin Castelnovo-Tedesco (1971), “Kardiyak Nakle Psikanalitik bir Bakış” isimli makalesinde başarılı bir nakil geçirmiş bir erkek hastasında görülen akut ve derin bir regresyondan bahsetmektedir. Bu hastada psikozun ortaya çıkış nedeni organ reddini engellemek için hastanın kullandığı kortikosteroid ilaçlarının dozajındaki ani bir azalmadır. Bu ilacın dozajı azaltıldığında depresif epizodlara neden olduğu bilinmektedir. 1980’lerin başında siklosporinin alana girmesiyle nakil hastalarında görülen steroid temelli duygudurum dalgalanmaları da azalmıştır (Wainwright v.d., 1999).

Lurie (1978), böbrek nakli hastalarıyla yaptığı bir çalışmada tüm böbrek nakli hastalarının psikiyatrik konsültasyon almaları gerektiğini ifade etmiştir, çünkü alıcıların hepsinde psikolojik sorunlar olduğuna inanmaktadır. Vericilerin de aynı şekilde psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Birçok nefrolog, diyaliz tedavisi gören hastalardaki depresyon ve yüksek intihar düzeylerini

anlayabilmekte, ancak başarılı bir nakil geçirmiş hastalardaki ruhsal sıkıntıların nedenini anlayamamaktadır (Freedman, 1983).

Depresyon ve anksiyete gibi nakil olmuş hastalarda daha sık görülen bozukluklar dışında, cinsel işlev bozukluklarına da rastlanmaktadır. Sağduyu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir araştırmada, ortalama 7 yıl önce nakil ameliyatı yapılan hastaların % 80'inin cinsel sorun yaşadığı belirlenmiştir. Böbrek nakli hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada, nakil sonrası intihar gibi ciddi boyutta psikolojik bir sıkıntının çoğunlukla ciddi cinsel işlev bozukluğu olan ve/veya beden algısında bozukluk yaşayan hastalarda görüldüğü gözükmemektedir (Dubovsky ve Penn, 1980).

Griva ve arkadaşlarının (2004) böbrek nakli olmuş hastaları nöropsikolojik olarak değerlendirdikleri bir çalışmaya göre bu hastaların bilişsel işlevlerinin benzeri yaştaki diğer bir grupla karşılaştırıldığında daha kötü olmadığı görülmüştür. Diyaliz hastalarıyla nakil olmuş hastalar karşılaştırıldığında ise nakil hastalarının yalnızca sözel hafızayla ilgili testlerden daha iyi puanlar almış oldukları belirlenmiştir.

Strese duyarlılık, ameliyat sonrası uyum zorlukları, psikiyatrik sıkıntı ve uyumsuzluk ameliyat sonrası hayatta kalım şansını değerlendirmek için akılda tutulması gereken boyutlardır. Bunun için alanda mini mental test, BDE ve hastalığa psikososyal uyum ölçekleri kullanılmaktadır (Stora, 2005: 67).

2.6.1. Organ Nakli Olmuş Hastalarda Depresif Bozukluk

Depresyon; üzüntülü ve huzursuz duygudurum ve bununla bağlantılı uyku ve iştah değişiklikleri, anhedoni, psikomotor değişiklikler, unutkanlık, yorgunluk, ümitsizlik ve çaresizlik duyguları ve intihar düşünceleri gibi belirtilerle birlikte işlevsellikte bozulmanın olduğu bir dönemdir (Kaplan ve Sadock, 1996). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %15'dir. Kadınlarda, erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Hastaların yaklaşık %50'sinde başlangıç yaşı 20-50 yaşları arasındadır. Depresyon bireyin yaşam kalitesini düşüren ve belirgin morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Ruhsal bozukluklar alanında depresyon en sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan bir hastalıktır (Kaplan ve Sadock, 1995).

Akman ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir araştırmada, depresyon oranının ortalama 38 ay önce böbrek nakli yapılan hastalarda % 22.2, kronik organ reddi nedeniyle diyaliz programında olan hastalarda % 61.3, böbrek nakli ameliyatı için bekleme listesinde olan hastalarda ise % 40 düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Tıbbi tedavi ve operasyon sonrası bakımdaki gelişmelere, hastaların ve nakledilen organların ilerlemiş sağ kalımına rağmen diyaliz süresince depresyonla ilişkili olan çaresizlik ve umutsuzluk duygularının bazı vakalarda nakil sonrası da devam ettiği görülmektedir (Baines v.d., 2002).

Marcelli ve arkadaşları (1994: 154), organ nakli sonrası görülen depresyonu bir tür postpartum depresyonla karşılaştırmıştır. Bu depresyon bazen hüzünlü düşünceler, güçsüzlük ya da iyileşmezlik duygusu şeklinde ortaya çıkabilir. Ancak sıklıkla doğrudan olmayan davranışlarla kendini gösterir: tedaviyi takip etmemek, kontrol muayenelerine gitmemek organ reddine neden olabilir ve bu da ikinci bir nakli gerekli kılabilir. Kaçış, risk alma davranışı ve intihar girişimleri görülebilir. Psikopatolojik açıdan bakıldığında bu depresyon, müdahaleden hemen sonra, manik eksitasyona ve beklentilere karşı göreceli bir hayal kırıklığına bağlı ikincil bir depresif tepki şeklinde de açıklanabilir.

Böbrek nakli hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada, nakil zamanında diyalize giren hastaların diyalize girmesi gerekmeyen hastalara göre daha depresif oldukları bulunmuştur. Ancak nakilden sonra, diyalize girmiş ve girmemiş hastalardaki depresyon düzeylerinin aynı olduğu görülmüştür (Christensen, 2002).

Blacher, (1978) bazı hastalarda kalp nakli sonrası depresyon görüldüğünden bahsetmiştir. Bu hastalardaki operasyon sonrası ilk günlerde görülen depresyonun genelde operasyon sonrasında ortaya çıkan hafif geçici depresif özelliklerden farklı olduğu görülmüştür. Bu hastalardaki depresif belirtiler ilaç tedavilerini gerektiği biçimde izlemelerini engellemektedir. Yüksek düzeyde depresyon nakil sonrası fiziksel sağlığı etkilemekte, belirtilere bağlı stresi artırmakta, sağ kalım oranını azaltmakta ve yüksek bir intihar oranına neden olmaktadır. Genellikle, depresyonun nakilden hemen sonra arttığı ve zaman içinde sabitleştiği görülmektedir (Cooke v.d., 2009).

Böbrek nakli hastalarında ve vericilerde yaşam kalitesini ve duygudurumu inceleyen bir çalışmada alıcıların depresyon skorlarının vericilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Alıcıların ve vericilerin anksiyete skorları ise benzer bulunmuştur (Tanrıverdi v.d., 2004).

2.6.2. Organ Nakli Olmuş Hastalarda Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete; sıklıkla baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve mide rahatsızlığı gibi otonomik belirtilerin eşlik ettiği yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir endişe hali olarak yaşanan bir durumdur. DSM-IV, yaygın anksiyete bozukluğunu sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya ya da hastada belirgin strese neden olan, çeşitli somatik belirtilerin eşlik ettiği aşırı ve yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır. Bu kişilerde huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe, kolay yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük, huzursuzluk, kas gerginliği, uyku bozukluğu, üzüntü sıklıkla görülen belirtilerdir (Kaplan ve Sadock, 1995).

Yeni nakil olmuş hastalar ölüm anksiyetesi ve umut duygusuyla karakterize oldukça yüklü bir durum yaşamaktadırlar (Sanner, 2003). Enderer ve arkadaşları (1994) tarafından ülkemizde yapılmış ve alıcıların nakil sonrası psikiyatrik bozukluklarını inceleyen bir araştırmaya göre, nakil sonrası ilk 1 ay içerisinde en sık görülen tanı %33.3'lük bir oranla anksiyeteli uyum güçlüğüdür. Nakil sonrası süre uzadıkça psikiyatrik morbidite de azalmaktadır. Nakil sonrasında bazı hastalarda oluşan ilk organ reddi deneyiminden sonra beklenti anksiyetesinin ortaya çıktığı görülmüştür. Anksiyete, benzer tıbbi durumlarda olumsuz sonuçlar yaşamış akraba ve arkadaşları olan hastalarda daha sık görünmektedir. Anksiyete düzeyi düzenli bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanımıyla azalsa da, hastaneden çıkana kadar devam edebilmektedir. Bazı durumlarda tıbbi yan etkilere bağlı anksiyete geliştiği de görülmektedir (Surman, 1989). Anksiyetenin nakilli hasta hastaneden taburcu olduktan sonra arttığı gözlemlenmiştir. Bu artışın hastane bakımından uzaklaşmak nedeniyle ve nakil sonrası zorlu ilaç tedavisine uyum sağlamaya çalışmaktan meydana geldiği düşünülmüştür (Engle, 2001).

Sağduyu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, hemodiyalize giren ve böbrek nakli olan iki hasta grubu HAD ile ölçüldüğünde hemodiyalize giren hastalar arasında anksiyete alt ölçeğinde eşiği geçen hasta oranının % 12, nakil olanlarda ise % 20 olduğu gözlemlenmiştir; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Organ nakli olmuş hastaların anksiyete hissetmelerinin temelinde akut organ reddinin nakil sonrası hayatta kalıma karşı ciddi bir tehdit oluşturması ve bunun iyileşmenin ilk altı ayında daha sık meydana gelmesi vardır. Bir diğer nokta da gelecekle ilgili belirsizliktir. Bu belirsizlik hasta tarafından genellikle endişeli sorularla ifade edilir: İşe dönebilecekler mi? Ailelerine yük oluyorlar mı? Sosyal ilişkilerini ve etkinliklerini sürdürebilecekler mi? Ayrıca kimlikle ilgili konuların da görüşmelerin ilk altı ayında ortaya çıktığı görülmüştür. Birçok alıcı yerleşmemiş bir kendilik algısından bahsetmektedir. Bir hasta iki kişiliği olduğundan bahsetmiştir: gittikçe daha az var olan eski kişiliği ve yabancı ve aşina olmayan yeni kişiliği. Bu yabancılık duygusu de bazı hastaların anksiyete geliştirmesine neden olabilmektedir (Jones, 2005).

Organ reddi riskine bağlı gelişen gelecekle ilgili belirsizlik böbrek nakli hastalarında görülen anksiyetenin önemli bir kaynağıdır. Alıcı özellikle nakil olduktan sonraki bir yıl içerisinde psikolojik sorunlar yaşayabilir, ancak hayatı boyunca böbrek reddine karşı endişesini korumaktadır (Pascalis ve Augustin, 1989). Birçok nakil hastası nakledilmiş organı kaybetmekten korktukları halde, geçmişte organ reddi yaşamış ya da hayatlarında bir kayıp ya da belirsizlik hikayesi olan hastalarda bu belirsizlik daha çok dile getirilmektedir. Bu, ölüm ya da boşanma sonucu bir ebeveynin erken kaybı biçiminde ya da tutarsız ve duygusal olarak yeterli olmayan ebeveynlik biçiminde ortaya çıkabilir (Baines v.d., 2002). Geçmişte psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar bu tip sıkıntılara karşı daha hassastırlar. Nakille ilgili beklentiler genellikle çok yüksektir ve hasta böbrek naklinin olası sonuçlarını tam olarak anlayamamış olabilir. Bu gibi durumlarda süreçle ilgili memnuniyetsizlik daha belirgin olmaktadır. Bu nedenle her hastanın yeteri derecede bilgilendirilmiş olması ve nakil sonrası süreçle ilgili gerçekçi beklentilerinin olması, hastanın ileri dönemde şiddetli bir anksiyete sorunu yaşamaması açısından önemlidir (Özçürümez v.d., 2004). Yapılan bir araştırmada hastaların dörtte birinden fazlası nakil öncesinde

yetersiz bilgilendirildiklerini ya da hiç bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir (Sağduyu v.d., 2006).

Nakilli hastalar arasında bir diğer anksiyete nedeni de yaşam korkusudur. Yeni hayatın ne kadar güven verdiği bilinmemektedir. Hastalar genellikle normale dönüş ve memnuniyet hissetmelerine rağmen, bazı hastalar için zorlu perhizlere ve ilaç tedavilerine uyum göstermek dayanılmaz hale gelmektedir. Dikkat edilmesi gereken perhiz ve doktorlar karşısında hastada ciddi bir düşmanlık duygusu oluşabilmektedir. Bu düşmanlık duygusu; huzursuzluk, şikayet etme ve eleştiriler ya da ilaç tedavisine uymama ve bazen de intihar biçiminde ortaya çıkabilmektedir (Tourkow, 1974).

2.6.3. Organ Nakli Olmuş Hastaların Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır (Benner, 1985). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi grubunun tanımına göre: "bir kişinin, amaçlarıyla, beklentileriyle, standartlarıyla ilişkili ve içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi kapsamında yaşamdaki pozisyonuna karşı algılarıdır." Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır (WHO, 1958). Ardından, Amerikan Psikiyatri Birliği de DSM-IV'te, yaşam kalitesindeki bozulmanın ruhsal bozuklukların gelişimindeki yerini ve tedavi etkinliğindeki önemini vurgulamıştır (DSM-IV, 1994).

Böbrek naklinin amacı yalnızca böbreğin işlevlerini düzeltmek değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de iyileştirmektir (Balaska v.d., 2006). Manuello ve arkadaşları (1994: 162), böbrek naklinin diyalize karşı tercih edilebilir bir alternatif olduğundan ve son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların hayatta kalım kalitelerini gözle görülür biçimde artırdığından bahsetmektedir. Böbrek nakli, her hafta birçok gün ve birçok saat boyunca hastanın özgürlüğü üzerine önemli etkileri olan, daha düşük bir yaşam kalitesine ve yüksek düzeyde sağlık harcamalarına neden olan diyalizin zorluğunu aşması açısından önemlidir (Houssin, 2000: 197). Kadınların erkeklere göre yaşla birlikte fiziksel yaşam kalitelerinde daha fazla bir

düşüş yaşadıkları ve fiziksel işleyişin ise böbrek nakli sonrası yaşla birlikte düşüş gösterdiği bilinmektedir (Liu v.d., 2008). Böbrek nakli olmuş hastaların yaşam kaliteleri üzerine yapılmış çalışmalar sonucunda; organ naklinin, kronik böbrek yetmezliğinde iyi rehabilitasyon sağladığı, hastalar için doyurucu ve üretken bir yaşam oluşturduğu, diyalize göre ruhsal açıdan daha olumlu etkileri olduğu ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür (aktaran Özçürümez v.d., 2003). Böbrek nakli olmuş ve hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitelerini araştırmak için SF-36 testi kullanılarak yapılmış bir çalışmada, böbrek nakli yapılan hastaların, diğer gruba göre, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür (Sağduyu v.d., 2006). Böbrek nakli olmuş hastaların yaşam kalitesini ölçmek için yapılmış ve yine SF-36 testi kullanılmış Türkiye'deki bir çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin SF-36 alt gruplarından fiziksel fonksiyon, ağrı ve mental sağlık puanlarının daha iyi olduğu dikkati çekmiştir (Üstündağ, 2007). Başka bir çalışmaya göre ise nakil olmuş hastaların yaşam kaliteleri bir yıl içerisinde normal popülasyonla aynı hale gelmektedir. Bu tam olarak normal bir duruma dönüş olmasa da buna yaklaşmaktadır (Karam v.d., 2003). Degos (1994: 87), nakil olmuş on hastadan dokuzunun hayatından memnun olduğunu, onundan sekizinin normal bir günlük hayat sürdüğünü söylemiştir. Her iki kişiden biri profesyonel yaşantısına geri dönmekte ve çocuk sahibi olmaktadır.

Anksiyete, depresyon ve başa çıkmanın karaciğer nakli hastalarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmada depresif başa çıkmanın, anksiyetenin ve depresyonun varlığının sosyal çevrenin özellikleri kadar karaciğer nakli sonrası hastaların yaşam kalitelerine etki ettiği ve sağlık durumlarını belirlemede etkili olduğu görülmüştür (Nickel v.d., 2002). Nakil sonrası uyum bozukluğunu yordayan etkenler üzerine yapılmış araştırmalarda organ reddi açısından önemli bir risk olduğu için uyum bozukluğunun yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Hem fiziksel hem de zihinsel yaşam kalitesi açısından depresyon faktörü her vakadaki en güçlü faktördür (Nickel v.d., 2002).

Aile ortamı hastanın böbrek nakli sonrasındaki yaşam kalitesinin bazı boyutlarını etkilemesi açısından önemlidir. Ancak destekleyici bir aile ortamının önemi nakledilen böbreğin kaynağına göre değişmektedir. Özellikle bir aile bireyinden

böbrek nakli olmuş hastalar daha destekleyici bir aile ortamını ifade etmekte ve buna bağlı olarak da depresyonları azalmakta ve nakil sonrası hastanın hareketliliği ve sosyal işleyişi gelişmektedir. Diğer taraftan, aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastalar arasından ailevi desteklerinin daha az olduğunu söyleyenlerde depresyon düzeyinin arttığı, başarılı bir nakil bile olsa sosyal işlevin düştüğü görülmektedir. Tanımadıkları, kadavra vericiden nakil olan hastalar ise aile desteğinin düzeyine bakılmaksızın yaşam kalitelerinde az bir artışın olduğunu söylemektedirler (Christensen v.d., 2002). Psikososyal kırılganlığın duygusal ve sosyal boyutları nakil sonrası sonuç için anlamlı olabilir: depresyon ve yetersiz sosyal destek nakil sonrası bir sene boyunca düşük yaşam kalitesinin belirleyicisi olabilir. Goetzmann ve arkadaşları (2007), yürüttükleri bir çalışma neticesinde nakil öncesinde psikososyal kırılganlığı yüksek olan hastaların nakil süreci boyunca bir psikolog/psikiyatrist tarafından takip edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Literatürde, kadavradan nakil olan hastalarla aile içi canlı vericiden nakil olan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmalı olarak ölçen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu karşılaştırmayı genel yaşam kalitesi ve sağlık durumu belirteçleri (örneğin yaşam tatmini ve işlevsel yetenek) üzerine yapmış olan iki çalışma bu iki grup nakil hastası arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Her iki grup da tüm SF-36 alt testlerinden benzer puanlar almışlardır (Griva v.d., 2004).

Bravata ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmaya göre son dönem karaciğer hastalığı olan kişilerde sağlığa bağlı yaşam kalitesi ciddi biçimde etkilenmektedir. Bu nedenle nakil tedavi programlarının sosyal ve psikolojik desteğe yönelik gelişmesi ve nakil öncesi ve sonrasında sağlanmasının gerekliliği belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre nakil sonrası programlar hastaya sosyal işlevsellik, ağrı yönetimi ve ruh sağlığıyla ilgili yoğun destek içermelidir.

3. ORGAN NAKLINE PSİKANALİTİK YAKLAŞIMLAR

Organ naklinin tıbbi alanda ortaya koydukları gittikçe daha bilinir hale gelmesine karşın ruhsal alandaki çağrışımları henüz ayrıntılı olarak bilinmemektedir. Başka bir deyişle, bu hastaların sosyal, ailevi, akademik gibi psikososyal alanlardaki durumları birçok çalışmanın konusu olmuştur, ancak iç ruhsal değişimleri inceleyen çalışmaların sayısı oldukça azdır. Literatür incelendiğinde, organ nakline psikanalitik ve psikodinamik bir bakış açısından yaklaşmış çalışmalara ülkemizde hiç rastlanmamıştır. Bu çalışmaların çoğunun özellikle Fransız kaynaklara ait olduğu görülmektedir.

Organ naklinin hastaların davranışları, duyguları, düşünceleri ve S.Freud sonrası psikanalistlerin ve psikosomatisyenlerin ruhsal aygıt üzerine olan sonuçlarını içeren çalışmaların nakilli hastaların psikosomatik durumlarını değerlendirmeye ve onlara sunulan ikinci hayata bakışlarına yardımcı olmaya yaradığı görülmektedir (Stora, 2005: 33).

Rüyalarla olduğu gibi, organ nakli de bilinçdışının anlaşılmasında bir kral yolu olabilmektedir (Tourkow, 1974). Organ nakli; yaşayan ve ölü, iç ve dış, kendi ve kendi olmayan, kimlik duygusu, soy zinciri gibi sorunsalların birbirine karıştığı bir potadır (Consoli ve Baudin, 1994). Bu durum birçok ruhsal olayı gündeme getirmektedir: vericiyle özdeşim sorunları, vericiye karşı beliren suçluluk sorunsalı, vericiye ya da vericinin ailesine karşı zorunlulukları olmak ve vericilere karşı olan neredeyse sembiyotik ilişki sorunları bunlar arasında sayılabilir (Tourkow, 1974).

Stora'nın (2005: 169), nakil olmuş hastaların psikolojik durumlarıyla ilgili hipotezi şöyledir: bir ya da birkaç organın kronik yetmezliği ve nakil sonucu ruhsal hayat ve ruhsal ve somatik uyum mekanizmaları başlangıçtaki denge durumunu güçlü biçimde etkilemişlerdir. Bu gibi travmatik durumlarda, narsisistik libido bir denge kurmak ve bunun onarımına yardım etmek için organın ve hasta işlevlerin üzerine geri dönüş yapar. İşlemeyen organın bedenden çıkarılması tüm insanlarda var olan kastrasyon endişesini canlandırır. Bedeninde işlemeyen bir organ olduğunu bilen insanın bilinçdışı düşünceleri ne olabilir? Stora'ya göre (2005: 232), bunların ardında kastre edici babanın gölgesi görünmektedir.

Nakil sonrası psikolojik bozukluklara neden olan etkenler iki yönlü ortaya çıkmaktadır. Organ nakli, nakil bekleyen kişiyi paradoksal bir duruma sokarak yaşam ve ölüm arasındaki sınırları sorgular: vericinin ölümü alıcının hayatının devam etmesini sağlayacaktır. Bu durum, zarar verme ve iyileştirme kavramları arasında bedenin düşlemselliğini ve sembolizmini kararsız kılar ve beden sınırlarını yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve tasarımsal bir yapılanmaya doğru iter (Ziegler v.d., 2007: 140). Bu ciddi tehdit ortamı, belirsizlik ve kurtulma düşlemleri derin regresyonları kolaylaştırmaktadır. İkinci olarak ise nakil, ölen ya da yaşamakta olan başka birisinin hastayı hayatta tutmak için verdiği bir parçasıdır. Bu nedenle alıcının vericinin hayatı bir parçasını çaldığına ve bu yüzden vericiye zarar verdiğine dair bir inancı olabilmektedir. Bu düşüncelerin de regresyonu, ilk suçluluğu ve cezalandırılma ve misillenme korkularını harekete geçirdiği düşünülmektedir (Castelnuovo-Tedesco, 1978). Vericiye karşı borçlu hissetme, kayıp bir ebeveyni arıyormuş gibi vericinin kimliği hakkında bilgi edinmeye çalışmak, kendinde ötekinin duyumu, değişik ve hatta normal dışı duygular nakil hastasının yaşamını güçleştirebilir (Degos, 1994: 87).

Hasta çoğunlukla nakil hakkında tam olarak konuşamamaktadır (Triffaux v.d., 2002). Hissedilen sıkıntı karşısında inkar, yadsıma, umursamazlık, uyum gösterme gibi gölgeleyici savunma mekanizmalarını tercih eder (Spoljar, 2008).

Nakil, bilinen ve kaybedilmiş bir duruma dönüş değil, yeni ve bilinmez olana bir geçiştir. Tüm düşlemsel etkinlik iki bütünleyici eksen etrafında dönmektedir. Bunlar: naklin içselleştirilmesi ve vericinin düşlemsel tasviri ile suçluluk ve borçlanmışlık sorunsallarıdır (Suzanne,1995).

3.1. Organ Naklinde Yaşam ve Ölüm Sorunsalı

Organ naklinden bahsetmek için önce yaşamdan bahsetmek gerekmektedir. Houssin'e göre (2000: 13), şimdiye kadar ölümün yeniden doğuş ya da bir doğumun müjdecisi gibi ifade edildiği ve doğumun da bir ölümden kaynaklandığı gibi bu kadar somut bir tanımı olmamıştır.

Hayatın her şeyden önce onu oluşturan öğelerin bütününe düzgün işlemesine ve uyumuna bağlı olduğu bir kişide bu öğelerden birinin bozukluğu kişinin bütünlüğünü yani hayatını tehdit eder. Yani, bir öğenin bozulması bütününe kaybına neden olur. Bu nedenle organ nakli basit bir ilkeden oluşur: hasta bir öğeyi sağlıklı olanla değiştirerek bütününe uyumunun yeniden kurulması, yani hayatın devamını sağlamak söz konusudur (Houssin, 2000: 23). Nakil hastası, kusurlu olan organının yerine geçecek olan işlemeye hazır bir organı alarak aynı zamanda bir hayat bağışı almaktadır (Degos, 1994: 88). Kişinin nakil süresince yaşadıkları onun hayatının geri kalan kısmında yaşam ve ölüm üzerine olan bakışını değiştirecek deneyimlerdir (Ziegler v.d., 2007).

Nakledilen organın yalnızca bir nesne olarak algılanması mümkün değildir. Organ nakli: “Ölmüş ya da canlı bir kişinin canlı birisine doğru yer değiştirmesi esnasındaki yaşam ve ölüm arasındaki orta yol” olarak betimlenmektedir. Başka bir deyişle, nakledilen organ yaşam ve ölümün birbirine karıştığı temel bir çelişkinin nesnesidir (Houssin, 2000: 171). Spoljar’a göre (2008) ise, “Yaşam ve ölüm sınırı”, ölü bir bedenden çıkan “canlı” bir organın varlığıyla aşılmaktadır. Hastada belirebilen sınır yokluğunun korkusu ise tıbbın tüm güçlülüğüne ve yaşamla ölüm arasında bir gidip gelme olasılığının düşlemine sırtını dayamaktadır.

Biyolojik bütünlüğün korunmasına dayanan ölüm dürtüsü nakilli hastanın bedeninde belirlemektedir. Nakille gelen yabancı organ bu bütünlüğü bozacak bir tehlike olarak algılanır. Farklı biyolojik bedenlerin bir araya gelmesini sağlamak için organ reddine karşı ilaç tedavileri verilir ve bu şekilde yaşam ve ölüm, nakilli hastanın bedeninde bir arada bulunmak durumunda kalır (Suzanne, 1995).

Freud (1915), tüm insanların doğaya karşı ancak ölümle ödeyebileceği bir borcu olduğundan, ölümün kaçınılmaz ve doğal bir olay olduğundan ancak insanların sanki böyle değilmiş gibi davrandıklarından ve ölümü engellemeye çalıştıklarından bahsetmektedir. Bu nedenle herkes ölümsüzlüğüne inanmaktadır. Ayrıca, ölümden sonraki değişimlerin, kişinin bir beden ve bir ruh olarak çözülmesi düşüncesini ortaya çıkardığından bahsetmektedir. Ölümün sürekli akılda olması başka biçimdeki var olma inancının, ölümden sonra hayatın devam ettiğinin temelini oluşturmaktadır (Freud, 1915).

Hastalık; kırılğan ve örselenmiş bedeni etrafında hastanın yeni bir kimlik kurmasına ve tüm gereklilikleri yerine getirebilen bir bedenin ideal algısının yasını tutmaya hastayı zorunlu kılan derin bir narsisistik yaralanma gibidir (Schwering, 1993: 137). Naklin gerçekleşeceğinin söylenmesi ve bekleme dönemi ölümün yakın olduğu düşüncesini akla getirmektedir. Nakil teklifi hasta ve yakınları için bir şok yaratmaktadır, çünkü başka bir alternatif tedavinin olmadığına göstergesidir. Yeniden bir umut doğurarak, başlamakta olan bir yas sürecinin önünü keser (Cottencin, 2002). Nakilde alıcının organının kaybı, alıcı tarafından kaybedilen organın eş bir organ tarafından tamamen onarılmış hale getirilmesi gibi görülebilir. Bu da bir çeşit kaybın yadsınması olarak görülebilir. Bu onarma, bir şekilde hasta ve ekip için gerekli olan yası engelleyebilir ve hasta için olduğu kadar tedavi ekibindekilerde de tümgüçlülük düşlemlerine ve kaybın ve ölümün yadsınmasına neden olabilir. Bu da yası, kastrasyonu, sembolik borcu çıkmaza sokar (Kress ve Cledes, 1994: 150). Nakilden sonra ise hastada, yeni bir hayatın, ikinci bir doğumun ona sunulduğu düşüncesiyle aşırı coşkulu bir duygulanım durumu oluşabildiği söylenmektedir (Poutot ve Laxenaire, 1994: 300). Nakledilen yeni organın varlığı ve buna bağlı çelişkili anlamlar, yaşam-ölüm mücadelesinin yarattığı endişe verici durum hastada regresyonu kolaylaştırmaktadır. Regresyonun derecesi büyük oldukça, stres altında olan hastanın zihni birincil süreçler boyunca işler ve nakil olayıyla düşlemsel, ilkel, dürtüsel bağlamda uğraşır. Bazı hastalar için, bu içe yansıtmanın yıkıcı ve düşmanca anlamı olabilir. Diğerleri için ise yaşam veren, canlandırıcı bir anlamı vardır ve bu kişilerin aşırı coşkulu, özel bir güçte ve canlılıkta oldukları görülebilir (Castelnuovo-Tedesco, 1973).

3.2. Organ Naklinde Borçlanmışlık ve Suçluluk Sorunsalı

Organ nakli olmuş hastaların düşlemlerinde, gerek aile içi vericiden gerekse de kadavradan nakil olmuş olsun, vericiye karşı hissettikleri suçluluk ve borçlanmışlık duyguları değişik düzeylerde de olsa görülmektedir.

Her şeyden önce alıcı, hayatını bir başkasına borçlu olduğu için önemli bir borçlanmışlık duygusu söz konusudur. Bu borca değer biçecek hiçbir sosyal ya da

hukuki işaret bulunmadığı için, bu borcun miktarlaştırılması da mümkün değildir. Bu borçlanmışlık duygusu aynı zamanda organ bağışı karşılığında bir onarım sunma arzusu olarak da tanımlanabilir. Bu kavram üzerine çok fazla araştırma olmasa da uzmanlara göre alıcının nakil sonrası aşması gereken en önemli konulardan birisi de bu borçlanmışlık duygusudur.

Borcun işlenmesi genellikle daha gizli bir biçim almaktadır. Yeni organ hastanın emanetidir ve kendini ona iyi bakmak zorunda hisseder. Sağlığına dikkat etmek ve kendini korumak minnetini ifade etmenin ve kendindeki ötekini tanımanın dolaylı bir yoludur (Consoli ve Baudin, 1994: 106). Hastalar teşekkür ederek borçlanmışlık duygularının üstesinden sembolik bir biçimde, kelimelerle gelmektedirler (Kress ve Cledes, 1994: 150). Hastaların çoğu yer değiştirme mekanizmasını kullanarak suçluluk duygularını işlemeye çalışırlar: vericiye karşı ödenemeyen borç doktorlara ve cerrahlara karşı bir minnet duygusuna dönüşebilir (Consoli ve Baudin, 1994: 106).

Borçlanmışlık duygularının ilaç tedavisine uyumu iyi yönde etkilediği görülmektedir. Achille ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya göre (2006), tedaviye uyumlu hastaların uyum sağlamayanlara göre daha çok borçlanmışlık duygularından bahsettikleri görülmüştür. Suçluluk duygusunun ise uyum üzerine aynı etkiyi yapmadığı görülmüştür. Bu da suçluluk ve borçlanmışlık kavramlarının aynı olarak algılanmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca birçok hastada, vericiye ya da ailesine karşı olan minnet duygusu alıcının borçlanmışlık duygularına eşlik etmektedir. Bu minnet duygusuyla nakillerine karşı gereken önemi vermek konusunda hassastırlar (Achille v.d., 2006).

Organ nakli olmuş hastalarda görülen ruhsal sıkıntının bir başka unsuru da alıcının suçluluk duygusudur. Başarılı geçmiş bir nakil operasyonu neticesinde alıcının hissettiği memnuniyet ve mutluluk duygularının utanç ve kendini suçlama duygularıyla karışabileceğinden bahsedilmiştir (Schwering, 1993: 139). Bu suçluluk duygusu, borçlanmışlık da dahil, birçok unsurdan beslenmektedir (Kress ve Cledes, 1994: 150).

Organ reddi gibi bazı istenmeyen durumlar ortaya çıktığında da suçluluk duygusu belirebilir. Hasta ortaya çıkan bu sorun yüzünden hem yeni organı suçlamaktan kendini alamaz hem de kendini suçlu hissettiği arzularına ve umutlarına

karşı bu durumun ona bir ceza olarak verildiğini düşünebilir (Consoli ve Baudin, 1994).

Nakil sonrası görülen suçluluk üzerine yapılmış bilimsel bir araştırmaya göre canlı verici olan yetişkin çocuklarından nakil olmuş hastalar başarılı operasyona rağmen suçluluk duygusuna bağlı depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri gösterdikleri çelişkili bir psikiyatrik tablo ortaya koymaktadırlar. Kadavradan nakilli olanlar da, potansiyel bir vericinin ölmesini bekledikleri için ve sonunda bu arzuları gerçekleştiği için suçluluk duyguları hissedebilmektedirler (Achille v.d., 2006).

3.2.1. Psikanalitik Kurama Göre Suçluluk ve Borçlanmışlık Duygusu

Psikanaliz; borçlanmayı, suçluluğu, kastrasyonu Ödip karmaşasına bağlamaktadır. Erken borç, çocuğun babasına karşı ya da daha çok yasanın dediği babasal işleyişe karşı duyduğu borçtur ve zevki engellemektedir. Babasal işleyiş Ödipin kenarında yasayı açıklar ve çocuğu annesinden ayırarak ensesti yasaklamasıyla sözün, ismin ve soy zincirinin sembolik dünyasına girişine izin verir. Kastrasyona bağlı olarak borçlanma, bu eksikliği, bu sembolik kaybı temsil eder. Aynı zamanda öznenin soy zincirine girmesini sağlar. Böylece tüm soy zinciri bir borç içermektedir (Kress ve Cledes, 1994: 148). Eğer borç kastrasyona bağlıysa aynı zamanda suçluluğa da bağlı olduğu düşünülebilir. Freud (1924), ödip karmaşasının normal sona erişiminin ebeveynsel yasakların içselleştirilmesi olan üstbenliğin oluşmasını içerdiğinden bahsetmektedir. Böylece, dürtüsel vazgeçiş ödipal suçluluk duygusuna, babanın ölümü arzusuna bağlı kalacaktır.

Şüphesiz ki organ nakli sonrası bazı hastalarda görülen suçluluk duyguları daha derin, daha temelde bir suçluluk duygusuna işaret etmektedir. Bu, nakli gerekli kılan lezyona ya da hastalığın kendisine bağlıdır: Hayati bir organın nakli için aday olan kişi, yokluğu kişinin ölümüne neden olabilecek organın bir hastalığına sahiptir. Bu nedenle, kişinin temel kaybını, kastrasyonunu yeniden canlandırabilecek beden düzeyinde çok ciddi bir kayıp ortaya koymaktadır. Bu yeniden canlanmaya, neden

böyle cezalandırıldıklarını sorgulayan hastalardaki gibi depresyon ve suçluluk duyguları eşlik eder (Kress ve Cledes, 1994: 150).

3.2.2. Borçlanmışlık Duygusuna Antropolojik Yaklaşımlar

Organ naklinin, özellikle bağış sisteminin gönüllü fedakarlığa dayandığı Batı toplumlarında, armağan takası denilen süreçle benzer olabileceği düşünülmüştür. Gerçekten de “hayat bağışı” metaforu organ nakli kampanyalarına işlemiştir. Bu metaforla, topluma nakille gelen iyilik, vericilere saygı ve nakil oranlarını artırma ihtiyacı yansıtılmaktadır. Ayrıca, bağış sisteminin temeli olan gönüllü fedakarlığa da gönderme yapmaktadır (Gill ve Lowes, 2008).

Bağış sorunsalı iki bakış açısından hareketle incelenmelidir: veren kişi ve neden verdiği ile alan kişi ve verileni nasıl kabul ettiği ve algıladığı. Organ nakliyle birlikte alıcı ve verici hem biyolojik hem de ruhsal ve sosyal anlamda birbirlerine bağlanırlar (Kress ve Cledes, 1994: 147). Organ nakliyle, her zaman var olmuş ve Marcel Mauss’un “Bağış Üzerine Bir Deneme” adlı önemli etnolojik çalışmasıyla gündeme gelmiş eski ve evrensel verme ve borçlanma sorunsalı yeniden gündeme gelmektedir. “Armağan takası” kuramı, Marcel Mauss tarafından geliştirilmiştir. 1900’lerin başında Mauss, Pasifik Adaları ve Amerika’nın kuzey batı kıyılarındaki bazı endüstrileşmemiş küçük toplumların ticaret yapacak pazar temelli ekonomilerinin bulunmadığını fark etmiştir. Bu nedenle, bu toplumlardaki birincil takas sistemi çoğunlukla armağan biçimi altında yer almıştır. Marcel Mauss’un polinezyen topluluklarda yaptığı çalışmalar verme eyleminin veren ve alan arasında herhangi bir bağ olmadan yapılan basit bir eylem olmadığını ortaya koymuştur. Mauss, değiş tokuşu; vermek, almak ve geri vermek olmak üzere üç ardıl etap olarak betimler (Mauss, 1924). Diğer armağan değiş tokuşlarında olduğu gibi, organ bağışının da hem alıcıların hem vericilerin duygularını ve davranışlarını şekillendiren bir normlar grubu tarafından olduğu belirtilmiştir (Crombie ve Franklin, 2006). Bu normlar Mauss’un belirtmiş olduğu gibi vermek, almak ve geri vermek’dir. Mauss’a göre verilen ve alınan şeyde onu ilk sahibine geri dönmesine iten bir özellik bulunur ve eğer geri verilmezse verici için tehlikeli olabilir (Mauss, 1924).

Mauss, bağış sistemiyle ilgili bahsetmiş olduğu vermek, almak ve geri vermek anlarından özellikle geri vermek üzerinde durmuş ve bunun zorunluluğu üzerine odaklanmıştır. Bağış sisteminde, alma anı ve alıcılar çoğunlukla göz ardı edilmektedir ve bağış alıcı için borçlanmaya yol açmaktadır. Mauss, armağanlar gönüllü gözükse de aslında zorunlu olduklarını ve verme, alma ve karşılıklılık kavramlarıyla yürütüldüklerini savunmuştur. Verme, alan kişide bir “borçlanma” yaratmaktadır. Armağanı alan kişi bu nedenle karşılığını vermek ister. Bu olmadığı takdirde alıcı nankör, hatta aşağı biçimde algılanabilir. Armağan verme doğası nedeniyle oldukça kişiselleşmiştir. Sonuç olarak, armağanlar hem alıcı hem verici için kişisel olarak anlamlıdır ve “kimlik” taşıdıkları düşünülmektedir. Mauss, vericinin “ruhunu” taşıyan bu olguya “armağanın ruhu” demiştir (Mauss, 1924).

Kadavradan nakille armağanlaşma arasında birçok benzerlik mevcutken, aynı zamanda alma ve vermeyle bağlantılı özgürlük eksikliği gibi temel farklılıklar da bulunmaktadır. Bir kişi organını kime vereceğini seçememektedir. Bu süreç doktorlar tarafından yürütülmektedir. Aynı zamanda, bir armağanın gerçek bir armağan olabilmesi için verici tarafından verilmesi gerekir. Ancak kadavradan nakillerde buna vericinin ailesi karar vermektedir. Bu nedenle organ alıcıları kişisel olarak vericilere minnetlerini ifade edemezler. Bu nedenle bir organın koşulsuz olarak verilip alınması canlı vericiden olan nakil durumunda armağanlaşmaya daha çok benzemektedir. Çünkü verici alıcıya fayda sağlamak istegindedir ve karşılığında –genellikle- hiçbir şey beklemeden özgür olarak hareket eder (Gill ve Lowes, 2008).

Kadavradan yapılan nakillerde vericiye geri verememe durumu Fox ve Swazey’nin (1992) “bağışın zorbalığı” olarak adlandırdıkları olumsuz bir borçlanmışlık durumu yaratır. Bununla başa çıkmak için anonimlik kuralı konmuştur ve nakilli hastalar aldıkları organla ilgili mekanik bir görüş benimsemeleri konusunda kışkırtılmaktadırlar: onlara “bir kalp sadece bir pompadır” denmektedir (Godbout, 2005).

Birçok yazar Mauss’un (1924) verme üzerine olan üç zorunluluklu analizinin organ nakline uyarlanıp uyarlanamayacağını tartışmıştır. Bu görüş, Levi Strauss (1950) tarafından eleştirilmiştir. Ona göre bu ilkel olguyu oluşturan üç zorunluluk değil, değiş-tokuş’tur. Godelier ve Godbout da organ nakli sorunsalına kendi yorumlarını getirmişlerdir. Godelier’ye göre (1996), bir nesneyi vermenin ve onu

aynı zamanda tutmanın mümkün olduğu görüldüğünde, Mauss'un ortaya koyduğu gizem yok olmaktadır. Alınan şey artık bir iyelik kazanmaktadır. Canlı vericiler tarafından verilen organlar bu nesneler kategorisine ait olabilir: "vericinin sahip olduğu şey alıcıya ait hale gelir". (Godelier, 1996).

Godbout'ya göre (2000), verme sistemi öncelikle sosyal bağların hizmetindedir ve modern toplumda ticaretin ve devletin yanında yer almaktadır. Ona göre, borçlanmışlık her zaman olumsuz değildir ve verici geri vermediğinde, ancak kendi sırası gelerek bir verici olduğunda "olumlu bir borç durumu" oluşmaktadır. Bu da Godelier'nin (1996), vermenin "geri vermeyi" değil, ancak "vermeyi" gerekli kıldığına dair olan düşüncesiyle bağdaşmaktadır. Bu durumda, Mauss'un ileri sürdüğü geri verme zorunluluğu verme arzusuna dönüşmektedir. Olumlu bir borçlanma, anksiyeteye ya da suçluluğa neden olmaz ve vericinin özgürlüğüyle ilgili bir engel teşkil etmez (Taieb v.d., 2002). Organ vermenin ortaya koyduklarıyla ilgili olarak, Godbout (2000) vermenin vericinin kimliğini tehdit edebileceğini göstermiştir. Bu riski azaltmak için aracı olan tıbbi kurumlar borçlanmışlığı inkar ederler ve organları yansız ve insanla ilgisi olmayan nesnelermiş gibi ortaya koyarlar. Böylece, insan vücudunun, organı yalnızca işlevine indirgeyen mekanik modeli uygulanır (LeBreton, 1990).

3.2.3. Aile içi Canlı Vericiden Nakilli Hastalarda Suçluluk ve Borçlanmışlık Sorunsalı

Bağışıklık sistemi birbirini tutan bir organın aranması, aynı kandan olma nedeniyle, öncelikle yakın aile içinde yapılır ve bu durum alıcıdaki gizil çatışmaları uyandırabilir (Cardenas-Sanchez, 1989 :158).

Canlı verici, onu kadavra vericiye göre daha üstün kılan bazı avantajlar içermektedir. Schwering'e göre (1993: 70), bir tarafta suçluluk ve korku uyandıracak olan ölmüş ve anonim bir vericiyle düşlemsel anlamda karşı karşıya kalma durumu varken, diğer tarafta ise önceden var olan bir ilişkiden gelen vericilik ilişkisinin güveni bulunmaktadır. Benzer biçimde, Escande ve arkadaşları da (1984: 182), ebeveynlerden nakilli hastaların ruhsal zorluklarla ciddi biçimde karşılaşmadıklarını, çünkü aldıkları naklin yabancı, bilinmeyen ve ölü birisinden gelmediğini

söylemektedir. Yine, Achille ve arkadaşlarının (2006) böbrek nakli olmuş kişilerle yürütmüş oldukları bir çalışmaya göre, canlı vericiden böbrek almış olan sekiz alıcıdan dördü suçluluk duygularından bahsetmekteyken, kadavradan nakilli olan 42 hastadan yalnızca beşinin böyle duygular hissettiği belirtilmiştir.

Diğer taraftan, bazı çalışmaların sonuçları ise aksi yönde sonuçlar ortaya koymuştur. Fukunishi ve arkadaşları (2001, 2002) suçlulukla ilgili deneysel çalışma yapmış az sayıda araştırmacılardandır. Canlı vericiden nakil olmuş hastalar “çelişkili psikiyatrik sendrom” olarak adlandırdıkları bir süreç yaşamaktadırlar. Buna göre operasyon başarılı da geçmiş olsa, suçluluk duygusu yüzünden bu hastalar nakil sonrasında depresyon, anksiyete ve somatizasyonla belirtilmiş yetersiz psikososyal uyum göstermektedirler (Fukunishi, 2001; 2002). Örneğin, Lumsdaine ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre suçluluk duygularının aile içi vericiden nakil olmuş olanlarda kadavradan nakil olmuş olanlara göre daha yoğun olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar Griva ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da elde edilmiştir. Bu çalışmaya göre, suçluluk duygusunun canlı vericiden nakil olmuş hastalarda yaşlarından, nakil oldukları süreden, diyaliz süresinden ve ekonomik kazançlarından bağımsız olarak daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu hastalardaki belirgin suçluluk duyguları, alıcıyla verici ve aileleri arasındaki farklı ilişki ve verici tarafından yapılmış fedakarlık göz önüne alındığında anlamlı olmaktadır (Griva v.d., 2002).

Achille ve arkadaşlarının (2004) çalışmasına göre aile içi canlı vericiden nakilli hastaların %40’ında borçlanmışlık duyguları olduğu görülmüştür, ancak bu duyguların hastanın psikososyal uyumunu bozmada bir etken olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada hastalardaki minnet duygusunun ölçülmemiş olması bu ilişkiyi vermemiş olabilir. Minnet duygusunun olumlu etkisinin, borçlanmışlığın olumsuzluğunu telafi etmiş olabileceği düşünülmüştür. Yapılan pilot görüşmelerde minnet duygusunun borçlanmışlık duygusu kadar, hatta daha fazla yaygın ve etkili olabileceği de görülmüştür (Achille v.d., 2004).

Castelnuovo-Tedesco, “Organ Nakli, Beden Algısı, Psikoz” adlı makalesinde (1973), bir hastanın ailesinden organ almaktansa kadavradan nakil olmayı tercih ettiğinden bahsetmektedir. Böylesinin daha az kişiselleşmiş olacağını ve birisinden bir şey alma duygusunun daha az olduğunu düşünmektedir. Böbrek naklinin başarılı

olmaması durumunda ikinci bir nakil gerekliliğini de hesaba katmaktadır. Özellikle, operasyon sırasında ona bir zarar gelmesinden korktuğu için annesinden ve hippı gibi olduğu ve böbreğinin uymayacağını düşündüğü için kardeşinden nakil olmak istememektedir (Castelnuovo-Tedesco, 1973). Tourkow (1974) da, kalp nakli olan bir hastasını anlattığı bir çalışmasında annesine ait olan bir şeyi, kalbini çaldığı için, suçluluk içinde olan hastasında oral içe alımcı eğilimlerin canlandığından bahsetmektedir. Annesinin bir parçasını içe almıştır ve annesinin- yansıtmalı ya da misilleme olarak- onu yutarak yok edebileceğini düşünmektedir. Bu nedenle de hasta regresif biçimde bu psikotik durumla başa çıkmaya çalışmaktadır (Tourkow, 1974).

Gill ve Lowes'un (2008) canlı vericiden böbrek nakli üzerine yapmış oldukları bir araştırmaya göre, alıcılar vericilere bağış yapmalarını söylemediklerini, bunun herkesin kendisinin vereceğı bir karar olduğunu, böyle yapmanın yalvarmak gibi olacağını ve onları borçlu kılacağını, ayrıca vericiler üzerinde gereksiz bir baskı oluşturacağını düşünmektedirler. Bazı hastalar nakille beraber ilişkilerinin iyileştiğini söyleseler de, çoğu ilişkilerinin aynı olduğunu ve bozulmadığını söylemektedir. Naklin bir minnet ifadesiyle kabul edilmekte olduğu ve sonrasında alıcılardan nakledilmiş böbreklerine iyi bakarak genel sağlık durumlarına dikkat etmeleri beklendiğı saptanmıştır (Gill ve Lowes, 2008).

Aile içi vericiden gerçekleşen organ naklinin, vericilerin ruhsal dünyalarındaki yansımaları da farklı olmaktadır. Schwering'e göre (1993: 70), aile içi vericiler kendilerini işe yarar hissetmekte ve özellikle de verici olan kişi bir ebeveyn ise, çocuğunun çektiğı sıkıntı karşısında seyirci kalma durumunun dayanılmazlığından kurtulmaktadır. Aynı zamanda çocukta var olan ve doğuştan gelen hastalıklar gibi durumlarda, bu vericiliğın verici anne için onarıcı erdemleri de bulunabilir ve bu şekilde alıcıya karşı borcunu ödemiş hissedebilir. Diğer taraftan, verici ebeveyn olduğunda, alıcıya yeniden hayat vermiş olan ikinci bir doğumu sağlayan kişi gibi düşünülmektedir ve naklin sonucuna bağlı olarak büyük bir endişe ve sorumluluk hissetmektedir (Taieb v.d., 2002).

Gönüllü verici ya da kadavra vericinin ailesi doğrudan biçimde bu durumla karşı karşıya gelmemektedir, çünkü bağış anonim ve bedava olmaktadır. Ne alıcıyı, ne ekibi ne de bağışlarının sonuçlarını bilmektedirler. Aksine, aile içi nakil naklin

sonucuyla yüz yüze gelmeyi gerektirir. Bazı yan etkiler olduğunda verici için bazı önemli noktalar belirebilir: “organı nitelikli midir?”, başka bir deyişle: “ben nitelikli miyim?” sorusu aile içi vericilerin aklına gelebilir. Kadavra verici durumunda yalnızca alıcı için borçlanma ve kimliğiyle ilgili düşlem sorunsalı ortaya çıkarken, aile içi verici için “kurtarıcı” dan “öldürücü” ye doğru uzanan çelişkili bağlar oluşmaktadır (Cottencin, 2002). Aynı zamanda, verici nakil başarılı olmadığında kendini boş yere feda ettiğini de düşünebilmektedir (Pascalis ve Augustin, 1989).

3.2.4. Kadavra Vericiden Nakil Olmuş Hastalarda Suçluluk ve Borçlanmışlık Sorunsalı

Spoljar’a göre (2008), vericiye karşı borçlu hissetmenin yarattığı suçluluk daha çok “kadavra” verici söz konusu olduğunda gözükmemektedir. Çünkü hayatta kalmak için bir başkasının ölümü gerekmektedir. Organ nakli için bekleme süreci, alıcı için sıklıkla anksiyete ve depreyonla bağlantılı sıkıntılı bir durum ortaya koymaktadır. Sanner (2003), yaptığı bir çalışmada, bazı alıcıların bekleme sürecindeyken bir kişinin ölmesini dilemekten kendilerini alamadıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Bu gerçekleştiğinde ise, sihirli bir düşünce biçimi olarak vericinin ölümüne alıcının neden olduğunu düşünmesi zor olmamaktadır. Bu tarz nüfuz edici düşünceler de kadavradan nakil olmuş hastalarda suçluluk duygusunun yaşanmasına neden olabilir.

Alıcıda, vericinin dönebileceğiyle ilgili ve borcu ödemesinin imkansız olduğuna dair düşlemler oluşabilir. Rabanes’in (1994: 187) çalışmasındaki hastalardan biri: “Anonim olması çok iyi çünkü ona çok borçluyuz. Eğer anonim olmasaydı verici geri dönebilir ve bizden arzu ettiğini geri isteyebilirdi.” demiştir. Stora (2005: 109), Marcel Mauss’un verilen şeyin ruhu ve ölen kişinin ruhu hakkındaki açıklamalarından yola çıkarak, alıcının ölen kişiye geri vermediği ya da uygun tavırlarla teşekkür etmediği durumlarda ölen kişinin hediyesinin, ruhunun oç alacağı ve alıcıyı öldüreceği ya da yok edeceği gibi bilinçdışı düşlemlerin ortaya çıkabildiğinden bahsetmiştir.

Freedman’a göre (1983) ise, psikolojik sorunlar kadavradan nakilde daha az olabilirken organ reddi oranları daha yüksek olmaktadır. Kadavradan olan organların

reddedilmesinde bağışıklık nedenleri dışında psikolojik nedenler de olup olamayacağı sorgulanmıştır. Alıcı için vericinin beden parçalarını almış olmanın suçluluğundan kaçmak mümkün değildir. Bu süreç, oral-sadistik düşlemler ve yok edici misillemeler içermektedir (Freedman, 1983).

Diğer taraftan, bazı hastalar ise tanıdıkları canlı bir vericiden değil de bir kadavradan organ almayı tercih edebilirler. Bu şekilde kadavranın anonimliği alıcıların borçlanma, suçluluk ve karşılıklı bulunma gibi endişelerini yatıştırabilir. Kadavra verici bağımlılık, borçluluk ya da başka çelişkileri hatırlatmak üzere var olmadığından, alıcı vericinin organını feda etmesi karşısındaki tepkisiyle uğraşmak zorunda kalmamaktadır (Basch, 1973). Castelnovo-Tedesco (1973) da benzer şekilde, tedavi ettiği genç bir hastasının kardeşinden alacağına, bir kadavradan böbrek almayı tercih ettiğini söylemektedir. Çünkü eğer kardeşiyle ciddi bir anlaşmazlıkları olursa böbreğini geri isteyeceğinden korkmaktadır ve bu nedenle risk almak istememektedir. Ancak, kadavranın anonimliği bile bu durumu yok edemez, çünkü düşlemsel olarak hasta anonim ve şahsiyeti olmayan vericiyi bile kişiselleştirebilir. Suzanne'ın çalışmasında (1994), akciğer nakli olmuş genç bir hasta: “vericinin kim olduğunu öğrenmek için araştırdım ama hiç bilgi vermediler. Böyle çok daha iyi çünkü aileyle ilgili bir şey bilseydim ya da onlar kim olduğumu bilselerdi belki bizi tanımak için iletişime geçmek isteyebilirlerdi” demiştir. Yine aynı araştırmada başka bir hasta ise: “Daha önce teşekkür etmek için vericinin ailesini çok tanımak istiyordum ancak sonra anonim olduğunu anladım ve bunu normal buldum. Daha iyi hissediyorum.” demiştir. Her iki hastanın da anonimlik sayesinde korundukları görülmektedir. Suzanne (1994), bunun iki anlamı bulunduğundan bahseder: düşsel olarak zarar verici olan vericinin ailesine karşı dışsal, ilk sahneyi içeren çocuğun merakını hatırlatan meraka karşı içsel bir koruma sağlamaktadır.

Sanner'a göre (2003), kadavradan nakilli hastalar minnetlerini ifade etmek ve sembolik olarak armağanlarının karşılığını geri ödeyebilmek için iki yol kullanmaktadırlar. Bazıları ölen verici için dua ederek ölen kişinin hatırasına saygı göstermekte, diğerleri ise verici kartı doldurarak kendilerinin de yardımcı kişiler olduklarını ifade etmek istemektedirler. Ancak, güçlü savunmaları olan kişilerin yalnızca tıbbi ekibe minnetlerini ifade ettiği görülmüştür. Bu da bir tür yer değiştirme

manevrası olarak algılanabilir. Canlı vericiden nakilli hastalar minnetlerini o kadar yoğun ifade etmemektedirler, çünkü vericiye doğrudan teşekkür edebilme şansları vardır (Sanner, 2003). Bu hastalar borçlanmışlık duygusuyla baş etmek için ölmüş olan vericinin anısını korumaya ve aldıkları organı bu vericinin bir temsilcisi gibi görmeye çalışırlar (Schwering, 1993: 140). Organ nakli olmuş bazı hastalar ise anonimlik kuralına rağmen, vericiyle ilgili daha fazla bilgi edinmeye çalışarak vericinin ailesiyle özdeşim kurmaya ve onlara minnetlerini ifade etmeye çalışırlar (Consoli ve Baudin, 1994: 106).

3.3. Alınan Organın İçselleştirilmesi

İçe alma, içe yansıtma ve özdeşim naklin işleyişinin dinamiğinde birbirlerine sıkı sıkıya bağlı kavramlardır. İçe alma nakil işleyişinin birinci yapılandırıcı zamanıdır. İçe almada üç özellik vardır: kendine bir nesnenin dahil olmasını sağlayarak haz almayı sağlamak, bu nesneyi yok etmek, ve nesneyi kendi içinde tutarak özelliklerini özümsemek (Laplanche ve Pontalis, 1987: 200). Nesnenin özelliklerini özümsemek, kişinin yalnızca dış bir nesneyi bedenine içine asimile etmesi değildir. Bu özümsemenin ruhsal aygıt düzeyinde gerçekleşmesi söz konusu olduğu için içe almayı içe yansıtmanın taslağı yapar (Suzanne, 1995). Nakiller bedene yabancı bir parça girdiğinde ne olduğunu anlamamızı sağlamaktadır. Bu yalnızca bedenine yeni bir organı kendisininmiş gibi kullanmayı öğrenmesi ve fizyolojik olarak adapte etmesi durumu değildir. Benliğin, bilinçdışı olarak, yeni kazanılanı bir içe yansıtma, duygusal olarak birdenbire aktif hale gelen bir nesne ya da kısmi nesne gibi deneyimlediği görülmektedir (Castelnuovo-Tedesco, 1973).

Özdeşim, bir kişinin çeşitli özelliklerinin zihinsel tasarımlar olarak başka bir kişiye bütünleştirildiği bir süreçtir (Sanner, 2003). Bazı alıcılar vericiden çok farklı olurlarsa nakillerini kaybetmekten korkmakta, bu nedenle de onun hayat tarzını benimsemeye çalışmaktadırlar. Alıcı olan hasta, vericinin özellikleriyle ilgili gerçekliğe bağlı kalarak ve en ufak bilgiyi öğrenmek isteyerek bir özdeşim arayışındadır. Vericinin bir tasarımını, zihinsel bir imgesini yaratır. Bu tasarım yabancı organı ruhsallığına ve bedenine bütünleştirebilmesi için gereklidir (Suzanne, 1995).

Organların imgelere izin veren iki tip tasarımı bulunmaktadır: bunlardan biri beden imgesidir; temel biyoregölasyon çerçevesinde merkezi sinir sistemi tarafından yönetimi güvence altına alınmış organın imgesinin bedensel tasarımıdır. Diğerisi ise, beden ruhsal imgesidir. İnsanlarda hayatın ilk yirmi senesindeki psikoseksüel olgunluk süreci boyunca gelişen organa bağlı zihinsel ve duygusal tasarımlardan oluşur. Organ naklinde, beden imgesindeki ve ruhsal tasarımlardaki değişimlerle karşı karşıya kalınabilir (Stora, 2005: 55).

Başarılı bir nakil yalnızca organ reddinin gerçekleşmemesi demek değil, aynı zamanda yabancı bedenin, alıcının kendi bedenine ruhsal kabulü demektir. Bütünleştirmenin bu karmaşık ruhsal işleyişi, bu “içe alma”, öznenin önceki kişiliğine ve özellikle de kişinin kendi bedeniyle ilgili imgesine bağlıdır. Besse ve arkadaşları (1994), birçok yazarın bahsettiği gibi ie alınmış olanın “yalnızca başkasından gelen bir madde ya da bir organ değil, başkasının kişiliği, onun tutumları, duyguları” olduğunu söylemişlerdir (Besse, 1994: 123). Bu da benzer, daha arkaik deneyimleri yansıtmaktadır. Böylece, ie alınmış organ, Melanie Klein’a (1957) göre, kötü nesne olarak adlandırılan, yıkıcı bir nesneye dönüşebilmektedir ve bu dönem zarar görme endişelerinin ortaya çıkması için uygundur. Nakil olan hasta aynı zamanda hem ötekinden vazgeçme hem de kendine bütünleştirme gerektiren bir durumla karşı karşıyadır; alıcı, vericinin özelliklerini dışarıda bırakarak organı özümsemelidir (Triffaux v.d., 2002).

Vericinin kimliğine karşı olan tutumlarına göre iki grup hasta olduğu göze çarpmaktadır: bazı hastalar vericiyle bir yakınlık, bir ilişki kurmak istedikleridir. Bu hastalar özdeşime izin verecek bazı özellikler aramaktadırlar. Vericinin kimliğinin oluşturulması daha sonra anonim vericiyle bir özdeşim kurmalarını sağlar. Başka hastalar için tam tersine nakil, nüfuz etme düşlemleri içeren yoğun bir endişe yaratmaktadır. Verici bilinmez olduğu için zarar verici gibi düşünülür ve alıcı verici hakkında bilgi edinmek ya da düşünmek istemez. Bu hastaların anonimlik sayesinde korunduklarını düşünmelerinin ardında endişe verici düşlemler yer alabilir (Rabanes, 1994: 186). Bu bilgileri öğrenmeye karşı olan direnç, özdeşim konularının daha karmaşık hale gelebileceği istenmeyen bilgiler öğrenmekten korkmayla bağlantılı olabilir (Sanner, 2003). Rabanes’in (1994) dediği gibi, bazıları bunu

bilmek istemese de ve vericinin anonim olması durumu onları korusa da, diğer alıcılar vericinin bir imgesini oluşturmaya çalışırlar. Bu şekilde, vericiye bir kimlik kazandırmaya çalışmak o kişiyle bir özdeşim kurmaya yardımcı olur. Bu özdeşimsel düşlemsel hazırlık yalnızca yabancınn değil naklin endişe vericiliğine de mesafe koymak açısından yararlı olabilir (Sastre-Garau ve Ascher, 1994: 158).

Vericiyle imgesel olmayan gerçek bir özdeşime imkan tanıyan her şey içselleştirme sürecini engelleyecektir. Birçok merkezde uygulanan vericinin anonimliği kuralı, alıcı-verici özdeşimine bağlı sorunları önlemektedir. Bazı nadir durumlarda, anonimlikle boş kalan alanda nakil sonrası yan etkiler “kötü vericiye” bağlanarak, zarar verme temalı yansıtılmalı mekanizmaların yer alabileceğinden bahsetmiştir (Triffaux v.d., 2002). Baudin (1989: 93), kalp nakliyle ilgili çalışmasında: “Nakil sonrası anonim verici yansıtılmalı özdeşim sonucu iyi ya da kötü verici olarak algılanmaya devam eder ve hasta da buna bağlı olarak iyi ya da kötü nakilli olarak yaşar” demiştir.

Akciğer nakli olmuş ergenlerle yaptığı çalışmasında, Suzanne (1994), ölü bir vericinin organını almak için ergenin vericinin ruhsal bir tasarımını geliştirmek zorunda olduğundan bahseder. Bu şekilde ölüm anksiyetesini uzak tutacaktır ve verici canlı birisine dönüşecektir. Beden ve ruh arasındaki dinamik paradoksaldır, çünkü nakledilen bir organı fiziksel olarak içe almak için alıcı kendisi ve organ arasında ruhsal bir mesafe oluşturmalıdır (Suzanne, 1994).

Burner (1994: 120), kalp nakli üzerine yazdığı makalesinde nakil olmuş hastaların çoğunun hızlı ya da yavaş da olsa organı kaynaştırdıklarından, hatta onu içe aldıklarından bahseder. Çevrenin duygusal desteği sonucu başkasının kalbi üzerine kendi düşlemselliklerini yansıtmayı ve daha sonra zihinsel ve duygusal tasarımlarla birlikte nakledilen organa tümüyle sahip çıkmayı sağlayan çağrışımlar kurmayı başardıklarını söylemektedir (Burner, 1994: 120).

Nakledilen organ yeni hayatın bir temsilcisidir ama sıklıkla, özellikle de organın zihinsel bütünleştirme çalışması henüz gerçekleşmemişken, alıcı vericinin hayatıyla kendi hayatı arasında bir konfüzyon yaşayabilir. Kendi hayatına devam etmek başka bir hayata ya da başkasının hayatına devam etmekle karışabilir. Bu gibi

durumlarda alıcı, verici tarafından ele geçirileceğinden korkarak kimlik ve ait olma duygusunda ciddi bir bozulma belirebilir (Consoli ve Baudin, 1994: 105).

Stora'ya (2005) göre, nakilden sonra bedenin iyi işleyen ve eksiksiz bir hal almasıyla hasta narsisistik bir bütünlük kazanır. Bu bedensel değişim Melanie Klein ve meslektaşları tarafından geliştirilmiş hayatın ilk zamanlarının ruhsal durumlarını yeniden gündeme getirir. Nakledilmiş organ, kısmi bir nesneyle -ruhsal yaşamda penis ya da meme- özdeşleşebilir. Bu nesne, bebeğin kısmi nesne olarak bakım arayışında tatmin olmasına ya da engellenmiş hissetmesine göre ruhsal hayatın başında iyi ve kötü nesne rollerini alarak bireysel olgunlaşma sürecinin gelişimine göre içe yansıtılır (Klein, 1957). Bir bedene yeni bir organın girişi içsel bir tehdit gibi yaşanabilir. Yeni böbreğin, bebeğin yıkıcı düşlemlerinde memeyi yırtması gibi, zarar veren bir nesne olarak yaşandığı geçici şizoid bir evre söz konusudur (Stora, 2005: 136). Tüm çelişkili anlamlarıyla, bu yabancı organın varlığı ve hastanın içine dalmış olduğu yaşam-ölüm çatışması regresyonu kolaylaştırmakta ve harekete geçirmektedir. Nakil deneyimi, bir kişinin bedeninin parçalarıyla olan ilişkisinin nasıl belirli nesnelerle olan ilişkisiyle özdeşleştiğini belirtmektedir. Hasta, nakille birlikte yıkıcı ve kötü niyetli ya da hayat veren ve zenginleştiren olarak içe yansıtılmış olanlarla baş etmektedir (Tourkow, 1974).

Nakledilmiş organ ruhsal tasarım kazanarak vericiyi bütün olarak ya da kısmi biçimde tasvir etmektedir. Mahler'e göre (1974: 98), psikolojik ayrışma ve kendi sınırlarının oluşumu anneden hızlı bedensel farklılaşma fırsatına bağlıdır. Erken çocukluk evresinde “annenin erkek ya da kız çocuğunun bedenine sahip olmadan vazgeçiş normal ayrışma-bireyselleşme için olmazsa olmazdır” demiştir. Organ nakli, ters bir süreçle, Mahler'in düzenlemelerini teyit etmekte ve faydalarına dikkat çekmektedir. Başka bir insandan parçalar birdenbire bedenin içine sokulduğunda benlik üzerindeki etkisi çok büyük olmaktadır. Bu da nakil deneyiminin oldukça rahatsız edici etkilerini ve psikoz ya da diğer ilkel psikolojik görünümlere neden olma sıklığını anlamaya yaramaktadır (Castelnuovo-Tedesco, 1978).

Yeni organın iç ruhsal bütünleştirilmesi ve vericinin özelliklerinin alınması verici ve alıcı arasındaki ilişkiden etkilenmektedir. Bir tarafta yeni nesneyi ve benliğe ne tasvir ettiğini hemen içe alan kişiler, bir yandan da yeni organa hala

yabancı bir nesneymiş gibi davranan kişiler vardır. Birçok alıcı herhangi bir sorun olmadan yeni organı bütünleştirebilirken bazen bu organ tasarımının kendilik tasarımına bütünleştirilmesi süreci hatalı olabilir. Alıcı, yeni organı vericinin bir eşi gibi algılayıp yeni organa vericiye karşı olan karmaşık duygularını yansıttığında, organ reddi gerçekleşebilir. Organ reddinin psikojenezi kanıtlanması imkansız da olsa etkileyicidir. Beden imgesinin bozulmasına karşı işleyen bir atalet olarak belirmektedir. Benlik sınırlarındaki ve beden imgesindeki bir ihlal, ruhsallığın yeni organa tepki vermesine ve onu reddetmesine neden olabilir (Basch, 1973).

Castelnuovo-Tedesco (1973), her hastanın kaybettiği organının yasını tutarak ve yeni olanı bütünleştirerek bedensel şemasını yeniden inşa etmek zorunda olduğunu ifade etmiştir. İçsel bir ahenk yakalamak için hastalar farklı yorumlar geliştirebilmektedirler: Bazı hastalar yeni organı mekanik bir parça gibi algılayabilmektedir. Bazen de, hastalar bunun başkasının değil onların olduğunu söyleyerek nakledilen organa bütünüyle sahip çıkmaktadırlar. Tourkow'un çalışmasında (1974), kişinin nakil sonrası özdeşim yoluyla verici gibi olduğuna dair olan içsel inancı açıkça görülmektedir. Annesinin böbreğini aldığı için çok memnun olan bir ergen aynı zamanda: "hadım edilmiş gibi hissediyorum, tüm yaptığım annemin idrarını işemek" demiştir. Bu örnek de içe yansıtılana karşı gelişmiş çelişkili tutumu göstermektedir.

Genelde nakilden bir sene kadar sonra, hasta, organı düşlemlerinden ayırdıktan sonra bağış ve verici kavramlarını anmadığında ve nakilden kendi bedeni olarak bahsettiğinde ruhsal operasyon başarılımış görünür (Triffaux v.d., 2002).

3.3.1 Vericinin Düşlemsel Tasviri

Organ nakli ve bağışın anonimliği alıcılarda vericinin ırkı, dini, yaşam tarzı, cinsiyeti ve kişiliği gibi konularda birçok düşleme yol açabilir. Ruhsal nakil, anatomik naklin aksine, içe alma mekanizmalarından geçen karmaşık bir zihinselleştirme çalışması gerektirmektedir (Triffaux v.d., 2002). Alıcı için nakil, düşlemsel belirişinin tematiğinde bağışın çelişkisinin somutlaştığı bedenden bedene geçişte radikal bir biçimde ötekiyle karşılaşmayı temsil eder. Böylece bazen sahip

olma, değişim ve bazen de döllenme gibi düşlemlere yol açabilir (Sastre-Garau ve Ascher, 1994: 157).

Schwering (1993: 141), hastaların doktorlardan vericiyle ilgili bilgi almak istediklerini söylemiştir. Nereli olduğu, ölüm nedeni, cinsiyeti ve yaşı, inkorporasyon çalışmasına şeklini veren  zdeşimsel ya da karşı  zdeşimsel bir süreç oluşturmak için gerekli noktalardandır.

Kadavranın hareketsiz niteliği, alıcı için vericiyle ilgili düşlemler oluşturabileceği, ya da kadavra ya önceden d ş n lm ş tutum ve duyguların aktarılabileceği önemli bir fırsat sağlamaktadır. Kadavradan böbrek nakillerinde, alıcıların kadavra ya ve organına karşı tutumları organın bütünleştirilmesini etkilemektedir. Canlı vericiden nakillerde olduğu gibi dinamik bir etkileşim olmadığı için niteliklerin yalnızca i e alınması söz konusudur. Vericinin ölmüş ve bilinmedik olması, alıcının ölümle ilgili önceki inançları ya birleşmiş yoğun düşlemlere neden olur (Basch, 1973). Suzanne (1994: 171), çalışmasında, anonim olan vericinin endişe verici olduğundan bahsetmiştir; çünkü söylenmemiş olan, gizli olan yerini yok olma ve/veya yok etme tehlikesiyle karşı karşıya olan her an içsel bir zarar verici, kötü nesneye dönüşebilecek ötekinin acı veren d şlemine bırakır.

Anonim olma kuralı genellikle alıcıları korumaktadır. Alıcıların bazen bir mektupla ailelere teşekkür etmek istedikleri görülse de genellikle gerçek verici olan aileyle kişisel bağlar kurmak istemezler. Ailenin onlardan bir isteği olacağı konusunda endişe ederler. Organ bağışının aile için kaybettikleri kişinin alıcıda yaşadığı duygusunu uyandırdığı görülmektedir. Alıcılar biraz vericilere dönüşmelerinin istenmesinden çekinmektedirler. Yalnızca vericinin bir organını kapsayan basit bir role indirgenmekten korkmaktadırlar. Vericinin ailesinin alıcıya olan bakışının onun sembolik kimliği üzerinde potansiyel bir yıkıcılığı olabilir. Alıcının en büyük endişelerinden biri de bir kalbi onunkiyle değiştirebildiklerine göre “kendisi” dahil, kendisinin geri kalanıyla da bunun yapılabileceğini düşünmesidir. Almanın tehlikesinin kaynağı borçtan çok kimliğini kaybetme riskidir. Bazı alıcılar ise nakille birlikte değişmeyi olumlu biçimde, kimliklerinde bir tehdit hissetmeden yaşarlar. Borçlanmışlık duygusunu olumlu biçimde yaşayarak vericileri hakkında hayal kurarlar (Godbout, 2005).

Vericinin düşlemsel tasvirinin iki işlevi bulunmaktadır: öncelikle, bu alanda her zaman başı çekmekte olan ölüm anksiyetesinin biçimlendirilmesini sağlar. Verici, zarar verici bir boyut alabilir, ama aynı zamanda iyileşme arzusunu belirtmeyi de sağlar, çünkü verici hastalık yüzünden oluşmuş sorunun onarımını sağlayan kişidir. Öte yandan, anonim vericinin imgesinin bütünleştirilmesi, nakille birlikte ortaya çıkan ruhsal işleyişin de bir göstergesidir (Rabanes, 1994: 188). Freud, Totem ve Tabu’da (1913), ölümlerin tabusunu içeren temel gözlemlerden bahsetmektedir. Ölümlerin güçlü egemenler olduklarını ve aynı zamanda düşman gibi algılanabildiklerini söylemiştir (Freud, 1913). Yok olan kişilere karşı çelişki, hem sevgi hem de nefret söz konusudur. Bu durumda, düşmanca duygular dışsallaştırılır ve bu şekilde tehdit edici bir düşmana dönüşmüş ölene yansıtılabilir (Stora, 2005: 99).

Guéniche ve Hadengue (2000), karaciğer nakli olan hastaların ruhsal dünyası üzerine yaptıkları bir çalışmalarında nakille birlikte kişinin işini, üretici kapasitelerini kaybetmekten korktuğunu söylemişlerdir. Hastalık kastrasyonun bir çeşidi gibi çalışmaktadır. Bu kastrasyon düşlemi cinsel özdeşim sorunsallarını canlandırabilmektedir. Böylece, bir kadın hasta onu arzu etmediği bir cinsel özdeşimle karşı karşıya koyan düşlemsel bir penisin kaybını yaşayabilir: bu şekilde nakil bir “yeniden fallikleşme” ya da “yeniden döllenme” şeklinde yaşanabilir. Başka bir düzeyde, hastalar nakledilen organlarını bir fetüse benzeterek gebelik düşlemleri kurabilirler. Böylece nakil yapay bir döllenme gibi de algılanabilmektedir (Guéniche ve Hadengue, 2000).

Canlı vericiden nakil olanlar ise vericiyle aralarındaki dayanışmadan bahsederler, ancak özdeşim ya da etkilenmeden bahsetmezler. Ölmüş vericinin yaşı o kadar önemli değilken, cinsiyet daha önemli bir faktördür. Bazı erkek alıcılar “dişi” bir organ aldıklarında daha efemine olduklarından bahsetmektedir. Doku nakli olmuş hastaların yarısı kendi cinsiyetlerinden bir verici tercih ettiklerini çünkü bunun “daha doğal” hissettirdiğini söylemişlerdir. Halbuki ne kalp ne de böbrek cinsel işlevli bir organ değildir. Bu tepkilerle cinselliğin nasıl tüm bedenin içine işlediği ve her organın vericinin cinsiyetini temsil ettiği görülmektedir (Fellous, 2005). Suzanne’ın (1994: 196) çalışmasında, akciğer nakli olmuş 20 yaşındaki erkek bir hasta: “(...) en önemlisi kendime bir kadın mıydı erkek miydi diye soruyorum. Biraz maçoymum

demek istemem ama... önemli değil. Bilmemem daha iyi... Daha çok erkek diye bilmek istiyorum” demiştir. Burada görüldüğü gibi öncelikli olarak aranan vericinin cinsiyetidir. Nakil hastanın cinsel kimliğini tehdit edici gibi görünmektedir. Bu nedenle cinsel kimlik sorunsalının organ naklinin ruhsal sürecinin merkezinde yer aldığı söylenebilir.

Erkek bir vericiden nakil almış olduğunu öğrenen kadınlar “erkekler daha güçlü” oldukları için bunun daha iyi olduğunu düşünmektedirler. Erkek nakilli hastalar da erkeklerden yapılan nakillerin daha güçlü olduğunu söylemektedir. Bu alıcılara göre erkeklerin daha güçlü olan kas kuvvetleri organın daha iyi çalışacak olmasıyla eş değerdir. Bu tarz düşünceler cinsiyet kalıp yargılarına da işaret etmektedir (Sanner, 2003).

Benzer bir örnek de Basch’ın (1973) çalışmasında görülmektedir. Erkek kadavradan böbrek alan genç bir kadın hastanın, nakil sonrasında cinsel işleviyle ilgili bir sorun yaşamadığı, ancak bir cerrahın ona hiçbir zaman çocuk yapmaması gerektiğini söylemesiyle herhangi görünür bir tıbbi neden olmaksızın ani bir organ reddi gerçekleştirdiği görülmüştür.

Kadın vericiden kalp alan erkek hastalar bu konudaki endişelerini ifade ettikleri gibi, alıcılar yalnızca vericiden cinsiyetlerini aldıklarını değil, aynı zamanda olumlu ve olumsuz diğer özelliklerini de edindiklerini düşünürler. Castelnovo-Tedesco’ya (1973) göre, alıcılara bilgi verilmesinin de verilmemesinin de vericiyle ilgili düşünme kurma ihtiyaçları üzerinde önemli etkisi yoktur. Nakil öncesi ruhsal durumuna bakarak hastanın nakil sonrası psikiyatrik durumu hakkında tahmin yürütmenin pek mümkün olamayacağını düşünmüşlerdir.

Nakilli hastalar üzerine olan bir makalesinde, Fellous (2005), nakilli hastaların ölmüş vericilerinin etkileriyle ilgili düşüncelerinden bahsetmiştir. Alıcılar, vericinin özelliklerinin nasıl onlara geçtiğiyle ilgili sorulan soruları genellikle cevapsız bırakmışlardır. Bazıları buna cevap olarak bulaşmadan bahsetmiştir. Bir hasta: “Eğer böbreğini aldıysanız, bir şekilde vericinin kişiliğinden etkilenmiş olabilirsiniz” demiştir. Bu gibi ifadeler naklin hem vericinin bütününe bir parçası olarak algılandığını, hem de vericiyi bütünlüğü içerisinde ifade ettiğini düşündürmektedir. Diğer taraftan birçok hasta ise bir başkasının karakterini aldığını

ya da kişiliğinin değiştiğini söylememektedir. Nakilli hastalar bu değiş-tokuşu kişiselleştirmemektedirler. Onlara göre ölmüş olan kişi “kendi” hayatını vermemiştir, hayat devretmiştir (Fellous, 2005).

Bazen bu yabancı verici, alıcı tarafından öteki kendi gibi görünür. Benzer bir ötekinin tasviri çeşitli yansıtımlarla ortaya çıkar: fiziksel özellikler gibi kimliğin farklı özelliklerinin yansıtılması, hayat tarzı gibi davranış ya da kişilik özelliklerinin yansıtılması, hemşerilik gibi kökenlerin yansıtılması görülebilir (Rabanes, 1994: 187). Organ naklinin, nakil sonrası kişilik üzerindeki etkilerine bakıldığında, nakil alıcılarının vericinin kişiliğinin bazı özelliklerini üstlendiğine dair düş kurdukları görülmektedir. Bu duygular böbreğin bütünleşmesi için önemliken, nakil sonrası hastalarla psikoterapötik çalışmada bu gibi davranışlar olmak istedikleri kişi ya da düşledikleri benlik olarak görülmektedir. Ayrıca, her zaman vericiyle alıcı arasında bir ortak nokta ve bir ilave farklılık aranmaktadır. Bir hastanın: “Bence benim gibi esmerdi, ama benden daha eğitimliydi” demesi de buna bir örnek teşkil etmektedir (Sanner, 2001).

3.3.2. Endişe Verici Yabancılık

Özellikle kadavradan organ nakli olan hastalar için tanımadıkları birisinin bir organını bedenlerine bütünleştirmeye çalışmak nasıl duygular yaratmaktadır? Alıcının kendi özeli olan bedenini dışarıdan bir yabancıya istila etmesi kimlik duygusunun temellerinde bir sallantı meydana getirebilir ve bu da endişe verici yabancılık duygusunun belirmesine neden olur (Ascher ve Jouet, 2004: 72).

« Endişe Verici Yabancılık », Freud tarafından 1919’dan beri kullanılmış bir terimdir. Kendisi de bu terimi uzun süre sorgulamış ve bu kelimenin merkezinde sürekli bir çelişki bulunan iki farklı düşünce sınıfına ait olduğu için muğlaklık içerdiğini düşünmüştür. İlk dizi anlamlarda; tanıdık-hoş ve gizli-endişe verici kavramları birlikte yer almaktadır. İkinci dizide ise mutlak-tanrısal olana ve bilgi dışı-bilinçdışı olana göndermeler birlikte bulunmaktadır (Freud, 1919: 217-223). Yani endişe verici yabancılık tanıdık bir şeyin yabancı olanla üst üste gelmesini ortaya koyarken, aynı zamanda bastırılmış olan ve sonuç olarak gizli kalması

gereken bu yabancının ortaya çıkışını işaret etmektedir (Lelong, 1994: 292). Freud’a göre, aslında bilinmeyen şeyler korkutucudur, ama elbette her yeni olan, bilindik olmayan da korkutucu değildir. Ona endişe verici yabancılık özelliğini veren, yeni ve bilinmedik olmasının dışında, başka bir şey gereklidir. Endişe verici yabancılık genellikle gerçeklik ve imgeleme arasındaki sınırlar her silindiğinde, düşlemsel sandığımız bize gerçekmiş gibi sunulduğunda belirlemektedir (Freud, 1919).

Bazen, organ nakli örneğinde olduğu gibi, yabancının bedensel olarak dahil oluşu karşısında bazı çatışmalı tepkiler ortaya çıkmaktadır. Nakledilen organ bireyselliğin sınırlarını püskürtür ve alıcıda kendini tanıyamama korkusu, bütünlüğün kaybı, dış dünya ve kendilik arasındaki sınırların parçalanması gibi duygular ortaya çıkabilir. Organ nakli alıcıda güçlü bir endişe yaratarak, onu bedensel bütünlük ve nüfuzla ilgili sorunsallarla yüzleştirebilir (Ziegler v.d., 2007).

Consoli ve Baudin’e (1994) göre, nakil sonucunda hastalarda beliren endişe verici yabancılık; zor tasvir edilen, yine de evrensel olan bir gerçeklikle ilişkilidir: görünür bütünlüğümüzün, homojenliğimizin, tutarlılık duygumuzun bir ters yüzü vardır. “Ben” imiz gelişimimiz boyunca içe bütünlleştirilmiş kısmi nesnelerin yan yana konulmasının bir sonucudur. Eğer yaşamdaki belirli durumlarda kendi içindeki başkalaşmanın tanınması endişe verici yabancılık şeklini alıyorsa, bunun hazırlığı kendi dışındaki ötekinin tanınması ve kendini ötekine bağlayan ahlaki borcun tanınmasıyla meydana gelir. Kim olduğumu kime borçluyum? Nakilli bir hasta olarak hayatta kalmayı kime borçluyum? Bana verileni nasıl geri vereceğim? gibi sorular alıcıların zihinlerinde oluşabilir (Consoli ve Baudin, 1994: 106).

Tükenmiş organın çıkarılması ve bu nedenle kendinden bir parçanın kaybı, kadavradan gelen bir organın nakli, organlarından yararlanabilmek için birisinin ölmesini beklemek, bu organı bedenine kabul etme süreci ve ölen kişiyle psikolojik bir ilişki kurmak gibi tüm bu etkenler, endişeyi yabancılık duygusuna çevirmektedirler (Stora, 2005: 233).

Bir hasta için, aile içinden bir kişiden ve kadavradan nakil olmanın elbette farklı yansımaları olmaktadır. Bilinmeyen birinden yapılan nakille birlikte yabancılık duygusu daha endişe verici olabilir. Kalp nakli olmuş bir Fransız filozof olan Jean-Luc Nancy, “Intrus” (2000) isimli kitabında hayatta kalımının yabancılar ve

yabancılıklarla dokulu karmaşık bir süreç içerisinde yer aldığını söylemektedir (Nancy, 2000: 21). Kendinde davetsiz bir misafir olduğundan ve kendisine yabancılaştığından bahseder: “Bu bir duygudan çok daha fazlası: Beni bu derece canlı yapan kendi kimliğimin yabancılığı hiç bu kadar keskin biçimde bana dokunmamıştı. ‘Ben’ dokunulamaz ve denetlenemez bir bağlantının açık bir göstergesi haline gelmiştir. Ben ve ben arasında, hep zaman alanı olmuştur: ama şimdi bir yarık izi ve engellenmiş bir bağışıklığın uzlaşmazlığı var” demiştir (Nancy, 2000: 36). Jean Luc Nancy, organ nakli olmuş bazı alıcılarda endişe verici yabancılık duygusunun ne kadar canlı bir biçimde ruhsallıkta yaşanmakta olduğuna dair bir örnektir. Nakille birlikte beliren kendine yabancılaşma ruhsallıkta yerleşmektedir: reanimasyon evresinde hasta, yaşlı olmasına rağmen genç hissettiği, başka bir yaşın organını taşıdığı ve bedensel bakımı için bebeklik bağımlılığının evresine regrese olduğu zamanların konfüzyonunu yaşayabilir. Nancy (2000: 41): “Kalbim benden yirmi yaş küçük iken bedenimin geri kalanı ise benden en az bir düzine büyük. Böylece aynı anda hem yaşlanıp hem gençleşmiş olarak kendi yaşım yok” demiştir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ VE HİPOTEZLERİ

Bu çalışmanın amacı; aile içi canlı vericiden böbrek nakli olmuş hastalarla kadavradan nakil olmuş hastaların nakil sonrası dönemdeki psikolojik durumlarının karşılaştırılmasıdır. Araştırılması hedeflenen başlıca konular; organ naklinin bu hastaların düşlemsel dünyalarını ve ruhsal işleyişlerini nasıl etkilediği, hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri, operasyon sonrası yaşam kaliteleri ve kişilik dinamikleridir. Bu amaçla, organ nakli olmuş iki grup hastayla yarı yapılandırılmış görüşme yapıldıktan sonra, Rorschach testi, BDE, HAD ve SF-36 ölçekleri verilerek ruhsal durumları karşılaştırılmıştır.

Türkiye’de organ naklinin ruhsal boyutları üzerine yapılmış olan çalışmaların genellikle organ nakli hastalarında ruhsal morbiditeyi inceleyen araştırmalar olduğu görülmektedir. Ancak aile içi yakın akrabadan ve kadavradan nakil olmuş hastaların psikolojik durumlarının karşılaştırıldığı bir araştırma ülkemizde bulunmamaktadır. Yabancı çalışmalar incelendiğinde de bu iki grup hastaların ruhsal dünyalarının karşılaştırıldığı araştırmalar nadiren gözlemlenmektedir. Bu çalışma, aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakilli hastaların ruhsal morbiditesini karşılaştırmalı olarak incelemenin yanı sıra, bilinçdışı süreçlerine ve ruhsal işleyişlerine ışık tutması açısından bir ilktir.

Bu çalışmanın literatür araştırmasında kronik hastalığı, organ naklini ve buna bağlı ruhsal çalışmayı içeren psikolojik, psikiyatrik ve özellikle psikanalitik çalışmalardan yararlanılmıştır. Geçmiş çalışmaların incelenmesi ışığında, bu araştırmanın problemleri şu şekilde şekillenmektedir:

- 1) Organ nakli süreciyle birlikte ortaya çıkan ruhsal, imgesel ve sembolik değişiklikler neler olmaktadır?
- 2) Aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakilli hastalar nakil sonrası ruhsal işleyişleri açısından farklılaşmakta mıdır?

Bu çalışmanın hipotezleri ise şöyledir:

- 1) Kadavradan nakil olan hastaların depresyon düzeyleri aile içi canlı vericiden nakil olanlara göre daha yüksektir.

- 2) Kadavradan nakil olan hastalarda anksiyete düzeyi aile içi canlı vericiden nakil olanlara göre daha yüksektir
- 3) Aile içi canlı vericiden nakil olan hastaların yaşam kaliteleri kadavradan nakil olanlara göre daha yüksektir.

5. METODOLOJİ

5.1. Çalışmanın Katılımcıları

Bu çalışmaya, Mart-Ağustos 2009 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Transplantasyon Polikliniğine kontrol için başvuran böbrek nakli olmuş 21'i kadın 19'u erkek olmak üzere toplam 40 yetişkin hasta dahil edilmiştir. Bu katılımcılar; 14'ü kadavradan böbrek nakli olanlar ve 26'sı aile içi canlı vericiden böbrek nakli olanlar olmak üzere iki grup oluşturmaktadırlar. Organ Nakli Koordinatörleri Derneğinin (ONKOD, 2008) verilerine göre, Türkiye genelinde son üç yıldır aile içinden böbrek nakli olmuş olan hastaların sayısı kadavradan nakil olmuş hastalara göre yaklaşık iki buçuk kat daha yüksek olduğu için bu çalışmada da hasta sayıları her iki grupta eşit bir dağılım göstermemektedir. Deneklerin cinsiyete ve yaşa göre dağılımları Tablo 2 ve 3'te gösterilmektedir.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında nakil olma süreleri üzerinden 3 ay ile 3 sene arası zaman geçmiş olması bulunmaktadır. Bazı hastaların operasyon sonrası fiziksel durumlarının çalışmaya katılmalarına el vermeyeceği ve çalışmanın sonuçlarını etkileyeceği düşünülerek nakil olma süresi üç ayı doldurmamış olan hastalar örneklem grubuna dahil edilmemiştir. Ergenlik dönemindeki bedensel ve ruhsal hareketlerin çeşitli ve güçlü anlamları olduğu ve bunların etkisinin katılımcıların cevaplarına yansıyabileceği ve çalışma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek katılımcılar yalnızca yetişkin yaş grubundan seçilmiştir. Katılımcıların nakil öncesi dönemde belirgin bir psikiyatrik bozukluklarının bulunmaması ve okuma-yazma biliyor olmaları da çalışmaya dahil edilmek için aranan diğer kriterlerdendir.

Tablo 2- Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları

		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Aile/Kadavra	Aile	10	16	26
	Kadavra	9	5	14
Toplam		19	21	40

Tablo 3- Katılımcıların Yaş Ortalamaları

YAŞ	N	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Aile	26	20	53	30,88	8,501
Kadavra	14	24	61	38,93	9,627

5.2 Çalışmanın Yöntemi

Bu araştırma hem niceliksel hem de niteliksel metotlar içeren karma araştırma yöntemiyle yapılmıştır. Niceliksel çalışmalar istatistiksel olarak geniş ölçekli geçerliliği olan veriler sağlarken, bu verilerin ardındaki nedenleri ortaya çıkarmada bazen yetersiz kalabilmektedirler (Kim, 2003). Bu nedenle, bu hastaların nakil olduktan sonraki ruhsal süreçlerini daha iyi anlayabilmek amacıyla bu çalışmada hem niceliksel hem de niteliksel verilere yer verilecektir.

Katılımcılar ilgili böbrek nakli polikliniklerine o gün muayeneye gelen hastalar arasından çalışmaya dahil edilme kriterleri göz önüne alınarak seçilmişlerdir. Katılımcı olarak çalışmaya dahil edilmesi planlanan hastalara öncelikle Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiş, aynı zamanda da çalışmanın amacıyla ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanacak yöntemler açısından bu çalışmanın üç bölüme ayrıldığı söylenebilir. Çalışmaya davet edilen hastaya araştırma için ayrılmış bir odada öncelikle demografik bilgilerini edinmek amaçlı bazı sorular sorulduktan sonra her iki grup hastayla da (aile içi-kadavra) ilk olarak yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır. Bu görüşmeden sonra ise katılımcılara araştırmacı tarafından Rorschach testi uygulanmıştır. Son olarak ise, hastalara depresyon düzeylerini ölçmek için Beck Depresyon Envanteri, anksiyete düzeylerini ölçmek için Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD) ve hastaların nakil sonrası dönemdeki yaşam kalitelerini ölçmek için Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) verilmiştir. Bu ölçeklerin hepsi bir kitapçıkta toplanmıştır. Tüm bu uygulamalarda hasta ve araştırmacı dışında ortamda başkası olmaması sağlanmıştır. Hastadan bu ölçekleri kendisinin doldurması istenmiş, ancak gerekli durumlarda araştırmacı hastaya ölçekleri cevaplamasında yardımcı olmuştur. Çalışma süresince her hastayla bir kereliğine görüşülmüş, çalışma boyamsal bir çalışma olarak yürütülmemiştir.

5.3 Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçları

Bu çalışmada kadavradan ve aile içi canlı vericiden böbrek nakli olmuş hastaların nakil sonrası depresyon düzeylerini karşılaştırmak için Beck Depresyon Envanteri, anksiyete düzeylerini karşılaştırmak için HAD ve yaşam kalitelerini karşılaştırmak için ise SF-36 ölçekleri uygulanmıştır. Ayrıca, bu hastalarla yarı yapılandırılmış bir görüşme de gerçekleştirilmiştir. Görüşmeden sonra ise projektif bir yöntem olan Rorschach Testi aracılığıyla bu hastaların kişilik dinamikleri hakkında bilgi edinilmesi planlanmıştır.

5.3.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme

Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği, yapılandırılmış görüşme tekniğinden biraz daha esnektir. Bu teknikte, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolünü hazırlar, ancak görüşmenin akışına bağlı olarak değişik ilave sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir. Böylece kişinin yanıtları hakkında ayrıntı vermesi sağlanır (Türnüklü, 2000).

Kadavradan nakil olmuş ve aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastalar için bazı soruları aynı olmakla birlikte bazıları da farklı sorular içermekte olan iki adet yarı yapılandırılmış görüşme formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Görüşmedeki sorular konuyla ilgili önceki kaynakların taranmasıyla oluşturulmuştur. Her iki görüşme formunun başında da katılımcının eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, aile özellikleri, daha önce psikiyatrik bir sorununun var olup olmadığıyla ilgili bazı temel demografik bilgilerini edinme amaçlı sorular bulunmaktadır. Bunlar dışında her iki grup hastayla yapılan görüşmede hastanın kaç seneden beri hasta olduğu, hastalığının hayatını nasıl etkilediği, diyalizde kalma süresi, ne zaman organ nakli olduğu, süreç hakkında ne kadar bilgilendirildiği, nakil sonrası ilaç tedavisine uyumu, ailenin desteği, organ bağıışı ile ilgili genel duygu ve düşünceleri gibi konulara ortak olarak değinilmiştir.

Aile içi canlı vericiden böbrek nakli olmuş hastalarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmede hastanın aile içinden olan vericisinin kim olduğu, verici ile ilgili duyguları, nakil öncesi ve sonrası kıyaslandığında vericiyle olan ilişkileri üzerinde durulmuştur.

Kadavradan böbrek nakilli hastalarla yapılan yarı yapılandırılmış klinik görüşme ise alıcının kadavradan nakil olmakla ilgili görüşleri, vericiyle ilgili bilgi sahibi olup olmaması ve özellikle alıcının vericiyle ilgili olan düşlemleri üzerine yoğunlaşmıştır.

5.3.2. Rorschach Testi

Rorschach testi İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach tarafından 1917-1921 yılları arasında geliştirilmiş ve Yani Anastadis tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Kişiliğin dinamiklerini ölçme amaçlı olan bu test sözel bir testtir ve zaman sınırlaması olmadan bireysel olarak uygulanmaktadır. Testin malzemesi on tane kart ve bir kayıt formundan olan test, siyah ve renkli mürekkep lekeleri içeren on adet resimden oluşmaktadır. Tüm kartlardaki ortak özellik simetrik ve bir eksen etrafında bulunmalarıdır. Rorschach testinin önemli bir bölümü olan anket kısmında hasta hakkında daha derin bilgiler elde edilir (İkiz, 2003: 26, 57, 71).

Projektif bir teknik olan Rorschach testi, kişinin ruhsal dünyasını daha sınırlandırmamış olarak yansıtabilir. Ayrıca diğer projektif tekniklerden farklı olarak bu test, değerlendirme ve yorum açısından daha objektif ölçütlere sahiptir. Catherine Chabert'e göre projektif testlerin amacı, "konsültasyonlarda görünmeyen bir anlamda ortaya çıkarmaktır" (aktaran: İkiz, 2008).

Çalışmaya katılanlara Rorschach testi uygulanırken katılımcı ile psikolog bir masa etrafında çapraz ve yüz yüze olacak şekilde oturmuşlardır. Katılımcıya öncelikle bu testin bir zeka testi olmadığı, zaman kısıtlaması olmadığı söylenmiştir. Daha sonra "Bu kart size neler düşündürüyor" şeklinde yönerge verilerek sırasıyla 10 kart katılımcıya gösterilmiş ve cevapları not edilmiştir (İkiz, 2003: 69).

Bu çalışmada katılımcılara uygulanan Rorschach Testi Fransız Okulu'na göre değerlendirilerek yorumlanmıştır. Fransız okulunda testin sadece içeriği değil, nasıl söylendiği de önemlidir. Gizli ve görünürdeki içerik beraber ele alınarak ruhsal yapılanma anlaşılmaya çalışılır. Hastanın verdiği yanıtları sınıflayarak alt gruplara ayırmayı içeren psikogram hazırlamanın yanı sıra, her kartın içerik olarak psikanalitik kurama dayanılarak yorumlanmasına özen gösterilir (İkiz, 2003: 24-27, 75).

Kodlamalar yapılırken İkiz ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye standardizasyon çalışması çerçevesinde 2009 yılında çıkartılan “Rorschach Testi Yetişkin Normları”ndan faydalanılmıştır. Bu çalışmada yanıtların daha çok içeriksel yorumları üzerinde durulmuştur.

Psikanalitik kuramdan hareketle, bu çalışmada, organ naklinin fiziksel bir hastalık sonucu gelişen bir durum olduğu ve ergenliğin sonunda tamamlanmış olduğu varsayılan kişiliğin dinamiklerini değiştiremeyeceği düşünüldüğü için, Rorschach testi verilerek bu hastaların yalnızca ruhsal dinamikleri hakkında genel bilgi edinilmeye ve protokol genelinde bu sorunsalı nasıl işledikleri anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu hastalarla olan çalışmada Rorschach testinin uygulanmasının nedeni beden imgesinin yansıtılmasını sağlayan ve kimlik, iç-dış sınırlar gibi konuların değerlendirilmesini sağlayan bir değerlendirme olmasıdır.

5.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin özgün adı “Beck Depression Inventory”dir. Ölçek, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmektedir. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilen bir ölçektir. Katılımcının depresyon yönünden riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amaçlı kullanılan, katılımcının kendisinin cevaplayabileceği nitelikte 21 kendini değerlendirme cümlesinden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Katılımcılar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Ölçeğin Türkçe için olan geçerlik güvenirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek cevap verirler. Hastalara ölçeği doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür ve puanın yükselmesi depresyon şiddetinin ya da düzeyinin yüksekliğini gösterir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışması 1989 yılında Nesrin Hisli tarafından yapılmıştır. Buna göre Cronbach alfa kat sayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliğinde $r=0.74$ olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlik yönteminde ise Beck Depresyon Ölçeği ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir (Hisli, 1989). Depresyonu değerlendirmede çok

yaygın kullanılması ve bireyin kendi kendine doldurabilmesi nedeniyle çalışmada bu test seçilmiştir. Beck Depresyon Envanteri Ek 4'te sunulmuştur.

5.3.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Ölçek 1981 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir. Katılımcının anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amaçlı kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara uygulanabilir. Ölçek toplam 14 soru içermektedir ve bunlardan yedi tanesi anksiyeteyi diğer yedisi ise depresyonu ölçmektedir. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıtlarlar. Ölçek dördümlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalara doldururken kendilerine en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

Her maddenin puanlaması farklıdır. 1. , 3. , 5. , 6. , 8. , 10. , 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlamaları 3, 2, 1, 0 şeklindedir. Diğer taraftan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddelerin puanlanması ise 0, 1, 2, 3 şeklinde yapılmaktadır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13.maddeler toplanırken depresyon alt ölçeği için ise 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmaya göre anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı anksiyete ölçeği için 0,85, depresyon alt ölçeği için ise 0,77 olarak bulunmuştur. Geçerlik çalışmasında, anksiyete alt ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0.7544, depresyon alt ölçeği ile BDE arasında korelasyon katsayısı 0.7237 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir (Devrimci, v.d., 1997). Bu çalışmada, katılımcılara BDE de uygulandığı için HAD ölçeğinin yalnızca anksiyete alt ölçeği kullanılmıştır. HAD ölçeği ek 5'te sunulmuştur.

5.3.5. Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Ölçeğin orijinali 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmektedir. Fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın sekiz boyutunu 36 madde ile inceler. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe güvenirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayısı hesaplanmıştır ve 0,73 - 0,76 arasında bulunmuştur. Geçerlik için SF-36 ile birlikte Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullanılmıştır. Geçerlik çalışmasında multitrait-multimethod matrisi uygulanmıştır ve korelasyon katsayıları 0.44-0.65 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve ark., 1999).

Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Fiziksel fonksiyon için 3. sorunun alt maddeleri, fiziksel rol kısıtlamaları için 4.sorunun alt maddeleri, ağrı için 7. ve 8. sorular, genel sağlık için 1.soru ve 11.sorunun alt maddeleri, vitalite (enerji) için 9.sorunun a, e, g ve i maddelerinden alınan puanlar, sosyal fonksiyon için 6 ve 10. sorular, emosyonel rol kısıtlamaları için 5.sorunun alt maddeleri ve mental sağlık için ise 9.sorunun b, c, d, f ve h maddelerinden alınan puanlar toplanmaktadır. Sonuçta her ölçek için ayrı ayrı puanlar elde edilebilmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0-100 arası değişebilmekte ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ek 6'da sunulmuştur.

5.4. Verilerin Analizi

Katılımcılara verilen Rorschach testinin analizinde daha çok içerik analizi üzerinde durulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşmenin içeriği ise konuyla ilgili önceki literatür ışığında psikanalitik bir bakış açısıyla yorumlanmıştır. BDE, HAD ve SF-36 ölçeklerinden

elde edilen skorların ve sosyodemografik bilgilerin analizi ise SPSS 13.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın temel hipotezlerini doğrulamak amacıyla, aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ölçeğinin alt gruplarının puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için istatistiksel tekniklerden bağımsız gruplar T-testi yöntemi kullanılmıştır.

6. BULGULAR

6.1 Yarı Yapılandırılmış Görüşmenin Bulguları

Kadavradan ve aile içi canlı vericiden böbrek nakli olmuş hastalar için iki ayrı yarı yapılandırılmış görüşme formu izlenerek yapılmış görüşmeler sonucunda önceki literatüre paralel olarak bazı kavramların öne çıktığı görülmüştür. Bunlar arasında alıcıdaki suçluluk duygusu, borçlanmışlık duyguları ve karşılık ilkesi, özdeşim sorunsalı, vericiyle ilgili düşümler öncelikli olarak göze çarpmaktadır.

6.1.1 Suçluluk Sorunsalının Söylemlerdeki Yansımaları

Alıcılardaki suçluluk duygusunu işaret eden söylemlerin hem kadavradan nakilli hastalarda hem de aile içi canlı vericiden nakilli hastaların söylemlerinde görüldüğü gözükmemektedir. Suçluluk duygusu taşıyan söylemlere genel olarak bakıldığında, kadavradan nakilli hastaların söylemlerinin içeriğinde kendilerinin hayatta kalabilmeleri için ötekinin ölmüş olması sorunsalı ve bunun yarattığı ikircikli duygular ve beraberinde gelen suçluluk duygusu ön plana çıkmaktadır. Öte yandan, aile içi canlı vericiden nakilli hastaların söylemlerinde ise birinci derece yakın akrabaları olan kişiye fiziksel bir zarar vermiş olmanın getirdiği suçluluk duygusu daha çok görülmektedir.

(8) 23 yaşında kadın hasta, annesinden 11 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Daha çok üzerine titriyorum. Sinirlendiğimde ona bağırdığımda benim için neler yaptı diye suçluluk duyuyorum. Yarası açılır diye korkuyorum. Onun vermesi kesinleştiğinde de benim yüzümden bir böbreğinden olacak diye düşünmüştüm.”

(4) 53 yaşında erkek hasta, eşinden 9 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Eşim merhametlidir, çok iyi bir insandır. Anne neticede. Her zaman aramız iyiydi ama şimdi farklı bakıyorum. Kırmamak istiyorum. Bana organını verdi sonuçta, daha dikkat ediyorum.”

Aile içi canlı vericiden böbrek nakli olmuş bu iki örnekte de öne çıkan sorunsal vericiye zarar gelmesinden endişe etme ve bunun beraberinde getirdiği suçluluk duygusudur. Organ naklinin, bu suçluluk duygusu neticesinde aile içindeki alıcı-verici arasındaki ilişkileri etkilemekte olduğu görülmektedir. Bu örneklerde, alıcı tarafın vericiye karşı olan suçluluk ve borçlanmışlık duyguları içerisinde onunla olan ilişkisinde daha dikkatli davranmaya çalıştığı göze çarpmaktadır. İkinci örnekteki hastanın, karısının merhametli birisi olarak verici rolünde olmasını onun “anne” olmasıyla eş değer tuttuğu görülmektedir. Annelik, sevecenlik ya da şefkat duygularıyla birlikte anılmakta ve anneliğe ilişkin önermeler bu duygulanımlar etrafında yer almaktadır (Keser, 2007: 35). Özellikle annenin geleneksel rolü nedeniyle, Türk toplumunda çözüm olarak ilk akla gelen potansiyel verici de “anne” olmaktadır (Dallı ve Tekduran, 1995).

46 yaşında kadın hasta, kadavradan 3 ay önce böbrek nakli olmuş:

“25 yaşında bir gençmiş kurşunlanmadan dolayı vefat etmiş. Bir can bağışlamış, Fatiha okusam onun adına dua etsem? Sözün yarıda kaldığı bir nokta. Sevinçli mi olayım? Üzgün mü olayım? Onları üzmüş olmayayım.”

Kadavradan nakil olmuş bu alıcının söylemine bakıldığında duygularının ne kadar ikircikli olduğu açıkça görülebilmektedir. Nakil olmuş olmanın verdiği mutluluk ve bu mutluluğu yaratanın bir ölüm olduğu ve bilinmeyen bir ailenin yasta olduğu gerçeği arasındaki zıtlık, duygusal olarak baş etmesi oldukça zor olan bir durumdur. Bir taraftan verici için dua ettiğini söyleyerek ona karşılığını ödeyemeyeceği bu bağış nedeniyle teşekkür etmeye çalıştığını dile getirmektedir. Hasta, vericinin ailesine karşı olan borcuyla ilgili kendini sorgulamaktadır. Borcu bu kadar ağırken suçluluk hissetmeden mutlu olabilmesi mümkün müdür? Schwering’e göre (1993: 139), başarılı bir nakil sonrasında ortaya çıkan haklı mutluluk duygusu utanç ve kendini yargılama duygularıyla karışarak suçluluk duygusunun artmasına neden olabilir. Yukarıda bahsedilen örnekte de olduğu gibi alıcı nasıl her şeyi borçlu olduğu kişi daha yeni ölmüşken hafiflemiş, hatta mutlu hissedebilir?

24 yaşında kadın hasta, babadan 6 ay önce böbrek nakli olmuş. (anneden yapılan ilk nakli 6 sene önce organ reddiyle sonuçlanmış):

“İki ay önce annemin evine hırsız girdi. O günden sonra evde otururken biri gelip boğazımı kesecekmiş gibi bir korkum var. Hırsızı benim fark etmem lazımdı üstte oturduğu için annemler... Anneme bir şey olmasın diye dua ediyorum. Bir yerleri acısa ağrısı huzursuz oluyorum.”

Bu hastanın söyleminde öncelikli olarak göze çarpan zarar görme endişesidir. Schwering (2001) annesinden karaciğer nakli olmuş bir çocuğun ruhsal durumunu anlattığı bir çalışmada alıcı olan çocuğun silah ya da bıçakla birisinin gelebileceğine ve hayatının tehlikede olduğuna dair bir korkusu bulunduğundan ve kendini korumak için ne yapabileceğini düşündüğünden bahsetmektedir. Başka bir deyişle, çocuğun düşlemlerindeki katilin vericinin imgesel temsilcisi olabileceğini söylemektedir. Benzer şekilde, annesinden 6 sene önce böbrek nakli olmuş ancak bu nakli organ reddiyle sonuçlanmış olan bu alıcıda da biri gelip boğazını kesecekmiş gibi zarar görme düşlemleri bulunduğu görülmüş ve bunu da suçluluk duygusunun tetiklediği düşünülmüştür. Organ reddi durumunda organı işlememiş olan bir vericinin suçluluk duygusunu göz önünde tutmak önemli olduğu kadar, “savunan bedeninden” ebeveynin “iyi organını” atan alıcının duygularını da hesaba katmak oldukça önemlidir. Böylesi bir durum karşısında alıcıda suçluluk duygusunun oluştuğunu görmek kaçınılmazdır.

61 yaşında erkek hasta, kadavradan 14 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Ölen zaten ölmüş biz öldürmedik. Her zaman dua ediyorum şahsa.”

Nakil hastalarındaki suçluluk duygusu üzerine yapılan araştırmalarda ötekinin ölümünden yararlanma sonucu duyulan suçluluk, nakil listesindeyken başkasının ölümünü beklemenin ve ummanın getirdiği suçluluk, başkası ölmek için seçilmişken kendisinin yaşamak için “seçilmiş” olmasının suçluluğu gibi konular ön plana çıkmaktadır (Fellous, 2005). Kadavradan nakilli bu hastanın ölen vericinin ölümünden kendisinin sorumlu olmadığına dair söylemi de kendisini hayata bağlamış

olan bu başkasının ölümünün yol açtığı suçluluk duygusundan uzaklaşmak istemesi üzerine kullandığı bir savunma mekanizması gibi gözükmektedir. Stora (2005: 232), ölüme olan bu yakınlık sonucunda alıcıların düşlemlerinde ölenlerle ilgili garip düşüncelerin ortaya çıktığını ve bunun da alıcıdaki endişeyi artırdığını ve organ reddi olmaması için vericiyle uzlaşma yoluna giderek alıcıların dua etmek gibi bir takım ritüellere başvurduğunu söylemiştir. Bu örnekte olduğu gibi alıcının, vericinin ölümünden sorumlu olmadığına dair olan söyleminden hemen sonra verici için her zaman dua ettiğini söylemesi de bu ritüellere bir örnek olarak gösterilebilir.

6.1.2. Borçlanmışlık Sorunsalının Söylemlerdeki Yansımaları

37 yaşında erkek hasta, kadavradan 3 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Kelimelerle ifade edemem. Çok şey söylemek istersiniz ama hiçbir şey söyleyemezsiniz ya... Yaşamayı onlara borçluyum. Aldığım nefes içtiğim su onlar sayesinde.”

Borçlanmışlık duygusunun ifadesi hem kadavradan hem de aile içi canlı vericiden nakilli hastalarda sıklıkla görülmektedir. Organ nakliyle birlikte alıcı vericiye karşı oldukça önemli bir yaşam borcuyla karşı karşıya gelmektedir. Akrabalarından nakil olmuş alıcılardaki borçlanmışlıkla ilgili söylemlerin genellikle vericilerle olan ilişkileri bağlamında yer aldığı ve bu durumun vericiyle olan ilişkilerine etki ettiği, bazı vakalarda ödipal çatışmaları canlandığı görülmektedir. Kadavradan nakilli alıcılarda ise borçlanmışlık sorunsalı çoğunlukla vericinin ailesine karşı yansıtılmakta ve aileye bu bağışın karşılığını verme ya da teşekkür etme isteği ön plana çıkmaktadır.

51 yaşında erkek hasta, eşten 4 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Devamlı dua ediyorum ona elimden gelen o. Ona davranış şeklin değişiyor. Lafi yutuyorsun o kadar insanlığa karşı, borçluyum ona gibi...”

29 yaşında erkek hasta, anneden 10 ay önce nakil olmuş:

“Almak istemedim annemden. 8 sene kadavra bekledim. Aramız iyi değildi. Böbreği alırım bana bir şey söyler diye... Borçluyum gibi hissediyorum. Böbreğimi verdim sana, bana bunu yap et diyor bazen... Annem bana ikinci bir hayat yaşattı.”

Aile içi vericiden böbrek nakli olmuş bu iki örnekte de alıcı-verici arasındaki ilişkilerin nakil sonrası borçlanmışlık duygusuyla birlikte farklı bir hal aldığı görülmektedir. Alıcılar yaşamlarını borçlu oldukları kişilere karşılık verme isteği içindedir. Bunu da vericiye karşı olan tutumlarındaki değişikliklerle gösterebilirler. Aynı zamanda annesinden nakil olmuş hastanın örneğindeki gibi vericiler de kimi zaman bağışları karşısında bir karşılık bekleyebilmektedirler.

28 yaşında kadın hasta, babadan 3 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Babamdan almak istemedim. 48 yaşında daha çok gençti. Hayatımı kimseye borçlu olmak istemem. Vefa borcu oluşuyor sonuçta. Böbrek atarsa babamın yüzüne nasıl bakarım? Nasıl hesabını veririm? Eşim kendime iyi bakmam için baskı uyguluyor.”

Organın bir bağıştan ileri gelmesi hastaların sağ kalım isteklerinin güçlü bir uyarıcısıdır: alıcılar onlara yapılan bağışın üstesinden gelebilme isteğindedirler. Bu örnekteki hastanın söyleminde olduğu gibi organ reddi meydana gelmesi durumunda alıcı vericiye karşı sorumlu hissetmekte ve suçluluk duygusu duymaktadır. Başka bir deyişle, alıcı için kendine iyi bakması vericiye karşı olan minnetinin bir ifadesidir ve maddesel bir karşılığı olmayan bu bağışın alıcı tarafından karşılığı olarak görülmektedir.

39 yaşında erkek hasta, kadavradan 1 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Benimle aynı yaşlarda sendikacı bir erkekmiş. Önce sormak istemedim. Sonra sordum kim diye. Karşı tarafı incitmek istemedim. Minnet duygusu oluşur belki. Aile her an gözümün önüne gelir mi, kötü hisseder miyim diye düşündüm.”

Birçok hasta borçlanmışlık duygularının vericiye ya da ailesine karşı olan minnet duygularıyla birlikte yer aldığını söylemişlerdir (Achille v.d., 2006). Kadavradan nakilli bu kişi de, vericinin ailesine karşı suçluluk duyabileceğini ve onları üzmemekten çekindiğini ifade etmektedir. Görünürdeki söylem bu iken, vericinin ailesine karşı olan alıcıdaki bu suçluluk duygusu nedeniyle, vericinin ailesi alıcı için düşlemsel anlamda zarar verici bir nesneye dönüşebilir. Alıcının en başta vericiyle ve ailesiyle ilgili bir şey öğrenmek istememe nedeni de bu bağlamda değerlendirilebilir.

22 yaşında erkek hasta, babadan 2 sene önce böbrek nakli olmuş, ilaçlarını aksattığı için akut ret geçirmiş:

“Hayatımı kurtardı, daha iyi hissetmemi sağladı. Şimdi ona karşı borçlu duruma düştüm. Sağlığımı korumamla ilgili üzerime düşüyor. Babam çabuk sinirlenir. ‘Verdiğimin kıymetini bil, üçüncü böbreğim yok sana vereceğim’ diyor. O yüzden kendime iyi bakmamı istiyor.”

Bu örnekte, babasıyla çatışmalı bir ilişkisi olan alıcının, ilaçlarını kullanmayı aksatarak ve böylece babasının böbreğini yok ederek, reddetmekte olduğu söylenebilir. Organ, alıcı tarafından vericinin, yani bu örnekte babanın, kişiselleştirilmesi gibi gözükmektedir. Vericiye karşı olan düşmanca duygular böbreğe karşı duyulmaktadır. Psikanalitik bir bakış açısından değerlendirildiğinde, bu örnekte alıcının ödipal çatışmalı sorunsalı, bedensel bir giriş gibi yaşanan ve ruhsal olarak organla savaşıma yönelmiş saldırgan dürtülerin yeniden canlanmasını kışkırtan babanın organını vermesiyle yeniden canlanmıştır (Stora, 2005: 142). Bu durum, bu genç hastanın kendi yıkıcılığını açıklamaktadır ve hastanın ilaçlarını kullanmaması gibi bilinçdışı bir stratejiye başvurmasına neden olmuş olabilir.

51 yaşında kadın hasta, kadavradan 3 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Hanımmış veren. Beyin kanaması geçirmiş. Çoluk çocuğu varsa yardım edelim dedik. Karşılığını verelim diye. Çok iyi bir şey Allah razı olsun verenlerden”

Kadavradan nakil olmuş bu hastanın söylemine bakıldığında, ölmüş olan vericinin geride kalan çocukları varsa alıcının bu bağışın karşılığında onlara bir şey verme isteği içerisinde olduğu anlaşılmaktadır.

29 yaşında kadın hasta, eşten 4 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Eşimin böbreğini aldım da layık mı olamadım? Ona bir çocuk veremedim.”

Bu alıcının söyleminde de eşinden böbrek almasına karşılık ona geri vermesi gereken bir şey olduğunu düşünmekte ve bu da eşine bir çocuk verme düşlemini harekete geçirmektedir. Burada arzulanan gebeliğin eşten alınan böbreğe karşı, böbrek geri verilemeyeceği için, alıcıda bedenine ait bir şeyi vericiye geri verme arzusu uyandırdığı düşünülmektedir.

38 yaşında kadın hasta, kadavradan 2 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Öğrenmek istedim kim olduğunu. 16 yaşında bir kızmış. Beyin travması geçirmiş. Ailesini görmek istedim. Gidip gelmek istedim. Karşılığını vermek için, teşekkür etmek için. Aile bağı gibi bir şey olabilirdi aramızda. Ondan bir parça taşıdığım için benimle yaşıyor gibi düşünüyorum. Onu yaşatmak istiyorum.”

Bazı nakilli hastalar vericinin anonim kalmasıyla ilgili alınan tüm önlemlere rağmen yine de vericinin ailesiyle özdeşleşme umuduyla ve ücreti olmayan bu bağış için onlara şükranlarını ifade edebilmek amacıyla onlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isterler (Consoli ve Baudin, 1994: 106). Bu örnekteki alıcının vericiyi yaşatma isteğinde görüldüğü gibi, karşılığında hiçbir şey verilemeyecek bir bağış nedeniyle duyulan borçlanmışlık duygusuyla baş etmenin bir diğer yolu da, ölüme ve bedensel zarfın değişimine rağmen, ölmüş kişinin hatırasını korumak ve bu organı o kişinin “yaşayan” temsilcisi olarak kabul etmektir (Schwering, 1993: 140). Ayrıca, bu hastanın söyleminde olduğu gibi birçok alıcının vericinin ailesine teşekkür ediyor olması da sembolik bir kaydın içerisinde olunduğunu göstergesidir (Kress ve Cledes, 1994: 150).

28 yaşında erkek hasta, 11 ay önce anneden böbrek nakli olmuş:

“(...) Aile arasında verdim-aldım diye bir şey yok.”

Nakil sonrasında vericiyle ilişkisi hakkında konuşulduğunda bu cevabı veren hasta, bireyselden çok toplumcu bir kültür olarak akrabalık ilişkileri içinde “biz” duygusunu paylaşan Türk toplumundaki birçok ailenin işleyişine de ışık tutmaktadır. Hasta, aile içi ilişkilerde alma-verme döngüsünün yer almadığına inanmakta ve bu düşüncesi de diğer taraftan vericiye karşı oluşabilecek potansiyel bir borçlanmışlık duygusunu engellemektedir. Marcel Mauss (1924) bağış zinciriyle ilgili görüşlerinde karşılık vermenin gerekliliğinden bahsederken, alıcının bu zincirin işleyişini aile sistemi içerisinde inkar etmesi borçlanmışlık duygusuyla başa çıkabilmesi için mutlak bir inkara dayalı bir savunma içerisinde olduğunu göstermektedir.

22 yaşında kadın hasta, anneden 2 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Emanete hıyanet ederim diye korkuyorum. Sigara içiyordum bıraktım. Çocuğum gibi bir şey oldu”

Alıcı için yeni organ hastanın emanetidir ve kendini ona iyi bakmak zorunda hisseder. Sağlığına dikkat etmek ve kendini korumak minnetini ifade etmenin ve kendindeki ötekini tanımanın dolaylı bir yoludur (Consoli ve Baudin, 1994: 106). Bu örnekteki nakil hastası da sigara içmeyi bıraktığını söyleyerek ona verilen emanete iyi bakmaya çalıştığını ifade etmektedir. Emanet nedir? Türk Dil Kurumuna göre emanetin ilk kelime anlamı: “birine geçici olarak bırakılan ve teslim alınan kişiye korunması gereken eşya, kimse vb” dir (TDK, 2005). Bu durumda böbreği emanet olarak alan kişi bunu aynı zamanda bir süre bakılan ancak daha sonra geri verilen bir şey olarak da varsaymaktadır. Bu durum karşılık verme sorunsalını düşündürdüğü gibi aynı zamanda alıcının böbreği kendi bedeni içerisine ne ölçüde özdeşleştirdiği de düşünülmelidir. Bu örnekteki alıcının iki sene sonrasında bile böbreğini kendi bedeninin bir parçası olarak görmektense hala bir emanet olarak gördüğü düşünülebilir.

6.1.3.Vericiyle İlgili Düşlemlerin Söylemlerdeki Yansımaları

Nakil süresince ve takip eden zamanlarda hasta vericinin zihinsel bir imgesini, tasarımını kurmaktadır. Bu tasarım sayesinde alıcı, ruhsallığına ve bedenine bu yabancı organı bütünleştirmeye çalışır (Suzanne, 1994: 170). Bu imge her hastaya özgü düşlemlere göre oluşmaktadır. Özellikle kadavradan nakilli hastaların söylemleri incelendiğinde çoğunlukla anonim olduğu için vericiyle ilgili hastaların çok yoğun düşlemler içerisinde oldukları görülmektedir. Bu düşlemler vericiyle özdeşim sorunsalı, nakledilen organın içe alınarak bedene ve ruhsallığa bütünleştirilmesi gibi sorunsalları da öne çıkarmaktadır.

29 yaşında erkek hasta, kadavradan 6 ay önce böbrek nakli olmuş:

“24 yaşında bir gençmiş. Ailesi çok görüşmek istemiş. O da benim gibi tekstilde çalışıyormuş. Krizde intihar etmiş. Konuşuyoruz ailesiyle, seviniyorlar konuştuğumuzda. Tek sen sordun diyorlar. Diğer organlarını da başkalarına bağışlamışlar. İlk başta duygusallık yaşadım onlarla konuşurken. İyi bak diyorlar. O zaten bebeğim gibi. Sen de bizim bebeğimsin diyorlar. Birisinin üzüntüsü birisinin sevinci oluyor. Onların da aslında çok mutlu olması lazım.”

46 yaşında kadın hasta, kadavradan 3 ay önce nakil olmuş:

“Gazetede haberi çıkmıştı sonradan oymuş öğrendim. Resmini görmüştüm gazetede. Eşim, çocuklar diyor ki acaba sen onun huyunu mu aldın. Ben de düşünüyorum acaba öyle mi diye. Bebek taşıyormuşum gibi geliyor. İsim taktık kızımın Mustafa Can diye. Loğusayım ben hala diyorum. Yürürken sokakta karnımı tuttuğum için bebek taşır gibi hissediyorum. Kendimden çok onu düşünüyorum. Dışarıdakiler beni hamile sanıyordur diye düşünüyorum.”

Kadavradan nakilli bu iki hastanın söyleminde de nakledilen böbrekle birlikte “bir bebeğe sahip olma”, yeni organlarına bir bebekmiş gibi sahip çıkma düşlemlerinin canlandığı görülmektedir. İlk hasta böbreğini bebeği gibi gördüğünü

söyleyerek ölen vericinin ailesinin ona hissettirdiği ikircikli duygularla baş etmeye çalışmaktadır. Kadavra vericiden böbrek nakli olan bazı hastalar nakledilen böbreği güncelliklerine sokarak, ona isim vererek yakınlık kurarlar: başka bir deyişle, nakledilen organı öznel özelliklerine alarak onu insanlaştırırlar. Böylece organ, kısmi bir unsur olarak algılandığı halde yaşamakta olan bir kişi gibi kabul edilmektedir (Fellous, 2005).

Kronik hastalık kişiler için çoğu kez üretici kapasitelerin ve üretkenliğin kaybı anlamına gelir ve bu durum hasta tarafından bir çeşit kastrasyon gibi algılanır. Bu kastrasyon düşlemi cinsel özdeşim sorunsallarını yeniden canlandırabilir. Böylece, özellikle kadın bir hasta için hastalık imgesel bir penisin kaybı anlamına gelebilir: bu bağlamda organ nakli bilinç dışında yeniden döllenme gibi algılanabilir. (Guéniche ve Hadengue, 2000). Kendini nakil sonrası loğusa gibi hisseden, “bebeğine” erkek ismi takan kadavradan nakilli hastanın söyleminde olduğu gibi bazı hastalar nakledilen organı fetüsle karşılaştırmakta ve organ naklini yapay bir döllenme gibi yaşamaktadırlar. Aynı zamanda bu hastanın böbreğine bir erkek ismi takmış olması da psikanalitik açıdan bir fallusa sahip olma arzusunu göstermektedir ve penis hasedini akla getirmektedir.

29 yaşında erkek hasta, anneden 3 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Annemle çok yakın bir ilişkimiz vardır. Her anne-oğulda da vardır belki ama bizimkisi değişik... Önce annemi tercih ederim hayatını kurtarmam gereken birisi olsa. O benim hayatımı kurtardı. 3 tane kişi olarak yaşadım ben: sağlıklı, diyaliz, nakil sonrası dönem olarak. Annemle daha yakınlaştık. Bilinç altında böbreğini taşıdığım içindir belki. Hastanın ailesine psikolojik destek şart bence. Diyalizdeyken beraber uyuduk, o da yakınlaştırdı, huzur hissi uyandırıyor anne.”

Annesinden böbrek nakli olmuş bu hasta, diyalize girdiği hastalık dönemi süresince annesiyle olan fiziksel yaklaşmasından bahsetmektedir. Bu durum alıcıdaki kronik hastalık durumunda beliren regresyonu ortaya koymaktadır. Aynı zamanda hastanın ödipal arzularının yeniden canlanması ve anneye sahip olma arzusunun yoğunluğu enestüel kavramını gündeme getirmektedir. Böylece, organ

nakliyle birlikte alıcının ödipal çatışmalarının yeniden belirlediği ve bu durumun vericiyle ilgili düşlemlerine yansıdığı söylenebilir.

6.1.3.1. Özdeşim Sorunsalının Söylemlerdeki Yansımaları

61 yaşında erkek hasta, kadavradan 14 ay önce böbrek nakli olmuş:

“İntihar eden bir gençmiş. Cüsse de benim gibiymiş. Şakalar oluyor arkadaşlar arasında karakteri huyu geçer mi diye. Tıbbın orasını bilmiyorum. Çoğunlukla olursa geçer belki. Ben inanmıyorum ama zannetmiyorum.”

24 yaşında kadın hasta kadavra 18 ay önce böbrek nakli olmuş:

“19 yaşında bir erkekmiş. Ailesiyle tanışmak isterdim ama izin vermediler. Yüksekten düşmüş. Bana baktıklarında belki onu görürler. Sonuçta çocuklarının bir parçası bende. Yatıyorum, elimi koyuyorum, bir başkasının parçası bende diye düşünüyorum. Böyle biraz zayıf esmer birisini düşünüyorum. Acaba böbrek nakli duyguları etkiliyor mu? Ben hiç püre yemezdim mesela şimdi çok seviyorum. Ondan mı geçti acaba?”

36 yaşında kadın hasta, kız kardeşten 10 ay önce böbrek nakli olmuş:

“ İlk zamanlar özellikle yoğun duygusallık vardı. O duygusal bir insan ondan mı acaba duygusal oldum ben de?”

38 yaşında kadın hasta, kadavradan 4 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Bursa’dan bir erkekmiş. Beyin kanaması geçirmiş biri. Acaba onun hissettiğini hisseder miyim? Başkasının şeyi vücudunda olunca tedirginlik yapıyor. Onun düşünceleri bana geçmiş midir? Eskisine göre daha ılımlıyım, olumluyum. O öyleydi de ben de öyle miyim acaba diye düşünüyorum.”

Organ naklinin, nakil sonrası kişilik üzerindeki etkilerine bakıldığı bir çalışmada, Sanner (2001), nakil alıcılarının vericinin kişiliğinin bazı özelliklerini

üstlendiğine dair düşler kurduklarını ve bu düşlemlerin böbreğin bütünleşmesi için önemli olduğunu belirtmiştir. Stora'ya göre (2005: 87), nakilli bazı hastalar yeni organın davranışlarını, duygularını, düşüncelerini değiştirdiğini, bedenlerini güçlendirdiğini ya da zayıflattığını ya da depresif durumlarının veya endişeli mizaçlarının nedeni olduğunu söylemektedirler. Yukarıda belirtilmiş üçü kadavradan birisi kız kardeşinden nakilli hastaların söylemlerine bakıldığında da düşlemsel olarak böbreğin alınmasıyla birlikte vericiye ait bazı özelliklere sahip olduklarına inandıkları görülmektedir. Bu şekilde alıcı, verici tarafından ele geçirilme riskini taşımaktadır. Alıcıların organ nakliyle yaşadıkları bu durum Freud'un "Endişe Verici Yabancılık" adlı metninde (1919), tanıdık bir şeyin birden bilinirliğini kaybetmesi ya da tersine yabancı, tamamen farklı, yeni bir şeyin birdenbire endişe verici bir bilinirlik içerisinde belirmesinden bahsedişini düşündürmektedir.

40 yaşında kadın hasta, abladan 1 sene önce böbrek nakli olmuş:

"Farklı bir şey var, farklı bir bağ var sanki aramızda. Aramız eskiden de çok iyiydi ama şimdi daha da bağlandık. Onun canından bir can taşıyorum şimdi. Böbrekdaş diyoruz birbirimize."

Depersonalizasyon, bir içerisinde iki olma duygusu, öteki tarafından sahip olunma duygusu, onun etkisi altında olmak ya da onun tarafından kontamine olmak gibi duygular da organ nakliyle birlikte ortaya çıkabilmektedir (Consoli ve Baudin, 1994: 105). Bir içerisinde iki olma duygusu ablasından nakilli bu hastanın söyleminde açıkça görülmektedir. Böbrek, ablanın bir parçası olarak onun bedenine geçmiştir ve onunla aynı organı taşımak hasta için daha yakın bir bağlılık unsurudur. Alıcı "böbrekdaş" kelimesini türeterek vericiyle aynı böbreğe sahip olduklarını, "böbrek eşi" olduklarını ifade eden bir düşlemselliğin içerisinde olduğunu göstermiştir.

37 yaşında erkek, kadavradan 3 ay önce böbrek nakli olmuş:

"Doktorlar kaçamak cevap verdiler kim olduğuna dair. 41 yaşında intihar eden bir erkekmiş. Kimi kimsesi var mıdır, yakınları var mıdır, görüşebilir miyiz, belki ziyaret

ederiz diye düşündüm. Biz de onların bir çocuğu olduk artık. Mezarına giderdik belki. Kendi ailemizden oldu artık. Annesini, babasını, kardeşini kendiminki gibi görüyorum. Onların çocukları yaşıyor bende. İçli dışlı olduk artık.”

Kişinin özdeşim yoluyla verici gibi olduğuna dair olan içsel inancı nakil sonrası açıkça görülmektedir. Vericinin ailesini kendi ailesi gibi kabul ettiğini ifade eden kadavradan nakilli bu hastanın söylemi de, nakilli kişilerin vericileriyle aralarında bir tür kan bağı kurulduğunu düşündüklerine ve böylece bir genetik düşüncesinin belirdiğine dair olan önceki çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir (Sanner, 2003).

39 yaşında erkek hasta, kadavradan 1 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Saçlarını geriye tarayan, bıyıklı, uzun boylu, yapılı biri gibi düşünüyorum. Güçlüyse böbreği de iyi olur diye mi düşünüyorum acaba? Birebir özdeşleştik artık.”

Baudin (1989: 93), kadavradan nakil durumunda, vericinin yansıtılmalı özdeşimle alıcı tarafından iyi ya da kötü verici olarak algılandığını ve böylece iyi ya da kötü nakilli olarak yaşadığını belirtmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda erkek bir vericiden nakil almış olduğunu öğrenen kadınlar “erkekler daha güçlü” oldukları için bunun daha iyi olduğunu düşünmekteyken, erkek nakilli hastalar da erkeklerden yapılan nakillerin daha güçlü olduklarını söylemektedirler (Sanner, 2003). Vericisini düşlemsel olarak tasvir ederken onu bıyıklı, yapılı, güçlü gibi daha erkeksi özelliklerle nitelendiren bu hastanın örneğinde de görüldüğü gibi erkeklerin daha güçlü olan kas kuvvetleri organın daha iyi çalışacak olmasıyla eş değerde tutulmaktadır. Bu tarz düşünceler cinsiyet kalıp yargılarına da işaret etmektedir.

37 yaşında erkek hasta, kadavradan 3 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Tayvanlı 34 yaşında bir erkekmiş. Türkiye’ye geldiğinde kaza geçirmiş. Teşekkür etmek için ailesi var mı diye öğrenmek istedik. Tayvan neresi Türkiye neresi. Aynı

benim gibi birisini hayal ediyorum. Belki kiloludur. Ben de eskiden kiloluydum gerçi.”

Özellikle kadavradan nakilli hastaların, bu örnekte de görüldüğü gibi, her zaman vericiyle kendisi arasında ortak bir nokta aradıkları görülmektedir. Bazen bu yabancı verici, alıcıyla aralarındaki farklılıkların kaybolduğu bir yakın ya da öteki kendi gibi görülür. Alıcı tarafından fiziksel ya da davranışsal özelliklerin yansıtılması yoluyla ötekinin tasviri ortaya çıkar (Rabanes, 1994: 187). Buna paralel olarak, alıcı söyleminde eskiden kendisinin kilolu olduğu gibi ve kendisine benzeyen birisini vericisi olarak hayal ettiğinden bahsetmektedir.

6.1.3.2. İçe Alma Sorunsalının Söylemlerde Ortaya Konuluşu

36 yaş erkek, kadavradan 11 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Böbrek geç çalıştığı için moralim bozuldu. 17 gün sonra çalıştı böbrek. O sırada çok sıkıntım oldu. Böbreği bırakıp orada gitmek istedim.”

33 yaşında kadın hasta, eşten 1 sene önce böbrek nakli olmuş:

“Eşim çok iyidir ama sinirlidir biraz. Ben de çok sinirli oldum. Sinirlendiğinde hak etmedin sen, iyi bak benim canım o diyor. Geri vereyim bazen diyorum böbreğini.”

Yaklaşık bir sene önce biri kadavradan biri eşinden böbrek nakli olmuş bu iki hastanın söylemlerinde de bedenleri içerisine dahil edilmiş “böbrek” hakkında sahiplenici bir ifade, birinci tekil şahsa ait bir iyelik kullanmadıkları göze çarpmaktadır. İlk örnekte kişinin yeni organından yalnızca “böbrek”, ikinci örnekte de eşin “böbreği” olarak bahsetmesi yaşanan çelişkiyi ve kendi bedeninden bir parça gibi kabul etmediklerini göstermektedir. İlk örnekte olduğu gibi, nakledilen organın öznelliği yadsınabilmekte ve kendilik algısından ve bedensel şemadan hiçbir şey değiştirmeyen mekanik bir parça gibi algılanabilmektedir (Fellous, 2005). Bazı nakilli hastalar yeni organı ve benlik için ne tasvir ettiğini hemen içe alabilirken,

bazıları ise bu örneklerde görüldüğü gibi yeni organa hala yabancı bir nesneymiş gibi davranabilmektedirler (Basch, 1973).

6.1.3.3. Vericiyle İlgili Düşlemlerin Bastırılmasının Söylemlerdeki Yansımaları

37 yaşında erkek hasta, kadavradan 10 ay önce nakil olmuş:

“Ailesini öğrenelim teşekkür edelim istedik. Öğrenemedik. Aile görmek istedi beni sonra gelmediler. 59 yaşında olduğunu biliyorum sadece. Allah razı olsun diyorum. Çok da düşünmedim. 59 yaşında biri nasılsa öyledir

27 yaşında erkek hasta, kadavradan 8 ay önce böbrek nakli olmuş:

“Hiç düşünmedim kadavradan olduğunda nasıl olur diye. Kafama takmamaya çalıştım. Çok yormadım kafamı. Sağ olsun bağışlayanlar”

Kadavradan nakilli bazı hastaların söylemlerine bakıldığında vericileriyle ilgili çok fazla düşünme kurmamış oldukları göze çarpmaktadır. Vericiyle ilgili yoğun düşlemleri olan diğer hastaların tersinse, bu hastalarda böbrek naklinin nüfuz etme düşlemleri içeren yoğun bir endişe yarattığı düşünülebilir. Alıcılar hissettikleri suçluluk duygusu ve ikircikli duyguları karşısında vericiyle ilgili bilgilerini ve düşüncelerini bastırabilirler. Verici bilinmezliği nedeniyle alıcı tarafından potansiyel bir zarar verici gibi algılanmakta olabilir. Bu hastalar için korku ve bilmeme isteği ön plandadır. Bu yabancıyla arasına ne pahasına olursa olsun bir ayrılık, bir mesafe koyma ve ondan farklılaşma isteği vardır. Bu gibi hastalar vericinin anonim olması dolayısıyla korunduklarını düşünürler, ancak bunun arkasında endişe verici düşlemler bulunduğu düşünülmektedir (Rabanes, 1994: 186). Bu örneklerdeki kadavradan nakilli her iki hastanın da anonimlik sayesinde korundukları görülmektedir.

6.2. Demografik Bilgilerin ve Uygulanan Ölçeklerin Bulguları

Alıcılardan elde edilen tüm demografik bilgiler ve BDE, HAD ve SF-36 ölçeklerinden elde edilen veriler SPSS 13 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.

6.2.1. Sosyodemografik Verilerin Analizi

Çalışmaya katılan hastalardan aile içi vericiden nakil olmuş kişilerin sayısı 26, kadavradan nakilli hastaların sayısı ise 14'dür. Medeni durumları açısından, katılımcıların %16'sı bekar, %24'ü evlidir. Eğitim düzeyleri açısından bakıldığında alıcıların %62,5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %30'unun lise mezunu olduğu ve geriye kalan %7,5'lik bölümü de üniversite mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Aile içi ve kadavradan nakil olan hastaların eğitim durumlarıyla ilgili dağılım tablo-4'te görülebilir. Gruplar arasında eğitim düzeyleri yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = .985$, $p > .05$).

Tablo-4 Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların Eğitim Düzeyleri

	Eğitim			Toplam
	İlköğretim	Lise	Üniversite	
Aile/kadavra	16	8	2	26
Aile	9	4	1	14
Kadavra	25	12	3	40
Toplam				

Tüm katılımcılara nakil öncesi ne kadar zamandır hasta oldukları sorulduğunda ortalama hasta olunan süre 8,5 sene olarak kaydedilmiştir. Diyalizde kalma süreleri açısından bakıldığında katılımcıların ortalama 4 senelerinin diyalizde geçtiği görülmüştür. Nakil olmuş oldukları süre açısından bakıldığında ise, böbrek naklinin üzerinden ortalama 14 aylık zaman geçtiği görülmektedir. Tablo 5'te, aile içinden ve kadavradan nakilli hastaların ne kadar zamandır hastalıkları olduğuna, diyalizde kalma sürelerine ve naklin üzerinden geçen süreye ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 5: Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların Hastalık, Diyaliz ve Nakil Süreleri

	Aile/Kadavra	N	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma	p
Hastalık süresi (sene)	Aile	26	1	20	7,77	5,65	,224
	Kadavra	14	4	15	9,86	3,82	(p>.05)
Diyalizde kalma süresi (sene)	Aile	26	0	10	2,58	2,51	,000
	Kadavra	14	3	15	7,29	4,08	(p<.05)
Nakil Süresi (ay)	Aile	26	4	36	17,35	11,62	,023
	Kadavra	14	3	24	9,36	6,39	(p<.05)

Aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastaların ortalama hastalık süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p = ,224$ $p >.05$). Diğer tarafta, her iki grubun nakil öncesinde diyalizde kalma sürelerinin ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p = ,000$ $p <.05$). Aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastaların nakilleri üzerinden geçen süre arasında da anlamlı bir fark görülmektedir ($p = ,023$ $p <.05$).

Hem aile içinden nakilli hem de kadavradan nakilli hastaların, nakil öncesinde nakil işlemiyle ilgili ne kadar bilgilendirildiklerine dair görüşlerine ise tablo 6'da yer verilmiştir. Bu verilere göre iki grup arasında bilgilendirilme yönünden anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p = .296$, $p >.05$).

Tablo 6: Nakil Öncesi Bilgilendirilme

		Bilgilendirilme			Toplam
		Hayır	Evet, yetersiz	Evet, yeterli	
Aile/kadavra	Aile	0	7	19	26
	Kadavra	1	5	8	14
Toplam		1	12	27	40

Aile içinden nakil olmuş hastaların vericilerine bakıldığında, vericilerin çoğunun, %30'luk bir oranla, anne olduğu görülmektedir. Vericilerin dağılımı tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7: Vericilerin Dağılımı

Vericiler	Sıklık	Yüzde
Abla	1	2,5
Ağabey	1	2,5
Anne	12	30,0
Baba	6	15,0
Eş	3	7,5
Kadavra	14	35,0
Kardeş	3	7,5
Toplam	40	100,0

Nakil sonrası alıcıların ilaçlarını ne kadar düzenli kullandıklarına dair olan soruya ise aile içinden nakil olmuş 26 katılımcının 22'si düzenli ilaç kullandıklarını, 3'ü oldukça düzenli kullanmaya çalıştığını, 1'i ise düzensiz kullandığını söylemiştir. Kadavradan nakilli hastaların cevaplarına bakıldığında ise 14 kişiden 13'ü düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Geriye kalan 1 kişi ise ilaçlarını oldukça düzenli kullanmaktadır.

6.2.2. Beck Depresyon Envanterinin Bulguları

Tüm katılımcılar arasında BDE'nin eşik puanını geçerek depresyon tanısı alabilen hasta oranı %7,5'dir. Aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş

hastaların BDE'den aldıkları toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını öğrenmek için bağımsız gruplar T testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre iki grubun depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. $t(38) = .572$, $p = .571$ ($p > .05$). Tablo 8, iki grubun depresyon puanları arasındaki farkı göstermektedir.

Tablo 8: Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların toplam BDE Puanları arasında farklılık

	Aile/Kadavra	N	Ortalama	Std. Sapma	p
Beck Toplam	Aile	26	8,08	5,245	,571
	Kadavra	14	7,00	6,445	(>.05)

Ayrıca, BDE'nin suçlulukla ilgili 5.sorusu ve cezalandırılma beklentisiyle ilgili 6.sorusuna bakıldığında da, iki grubun bu sorulara verdiği yanıtların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Tablo 9'da bu sorulara verilen yanıtlara ilişkin iki grubun karşılaştırılması görülebilir.

Tablo 9: Her iki gruba göre BDE'nin 5. ve 6.soruları arasında farklılık

	Aile/Kadavra	N	Ortalama	Std.Sapma	p
BDE-5	Aile	26	,73	,667	,074
	Kadavra	14	,36	,497	(>.05)
BDE-6	Aile	26	,46	,859	,565
	Kadavra	14	,64	1,082	(>.05)

BDE'nin 5.sorusu için: $t(38) = 1.83$, $p = .07$ ($p > .05$) olarak bulunmuştur. .07 değeri iki grup arasında anlamlı bir farklılığa işaret etmemesine rağmen, sayısal ortalamalar açısından bakıldığında aile içi canlı vericiden nakil olmuş kişilerin kadavradan nakil olmuş olanlara oranla bu soruda ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. 6. soru için yapılan analiz sonucuna göre ise: $t(38) = -.581$, $p = .565$ ($p > .05$) bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların BDE puan ortalamalarına cinsiyetler açısından bakıldığında da her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır $t(38) = 1,50$;

$p = ,142$ ($p > .05$). Yalnızca aile içinden nakilli kişilerde cinsiyetin BDE skorları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığına bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p = ,613$ $p > .05$). Bu durum kadavradan nakilli kişiler için de anlamlı bir farklılık ortaya koymamaktadır ($p = ,148$ $p > .05$).

Nakil olunan sürenin, aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastaların BDE puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($p > .05$). Alıcılar yaş grupları açısından incelendiğinde ise, kadavradan nakilli hastalarda yaş grubunun depresyon puanları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür ($p = .026$; $p < .05$).

6.2.3. HAD Ölçeğinin Bulguları

Tüm katılımcılar arasında HAD ölçeğinin anksiyete alt ölçeğinin eşik puanını geçerek anksiyete bozukluğu tanısı alan hasta oranı %20'dir. Bu çalışmada, HAD ölçeğinin yalnızca anksiyete alt ölçeğinin verileri değerlendirilmiştir. Aile içinden ya da kadavradan nakil olmuş olmanın hastaların anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığını öğrenmek için iki grup t-testiyle karşılaştırılmıştır. Tablo 10'da da görülebileceği gibi, elde edilen veriler ışığında iki grubun anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir $t(38) = , -151$; $p = ,881$ $p > .05$

Tablo 10: Aile içi ve Kadavradan Nakilli Hastaların HAD skorları açısından karşılaştırılması

	Aile/Kadavra	N	Ortalama	Std. Sapma	p
HAD	Aile	26	6,38	3,78	,881 ($p > .05$)
	Kadavra	14	6,57	3,65	

Nakil öncesinde yeterli ve yetersiz bilgilendirilmenin nakil sonrası alıcıların anksiyete puanları üzerinde önemli bir farklılık yaratıp yaratmadığına bakıldığında yeterli bilgilendirildiğini düşünenlerle yetersiz bilgilendirildiğini düşünen alıcıların

toplam anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. $t(37) = ,594$; $p = ,556$ $p > .05$.

Tablo 11, cinsiyetlerin, alıcıların toplam anksiyete puanları üzerinde etkili olup olmadığına bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların toplam anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($t(38) = 2,519$; $p = ,016$ $p < .05$).

Tablo 11: Katılımcıların cinsiyetlerine göre toplam anksiyete puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	p
HAD	K	21	7,76	4,17	,016
	E	19	5,00	2.49	($p < .05$)

Yalnızca aile içi canlı vericiden nakilli hastalar ele alındığında, bu alıcıların anksiyete puanları üzerinde cinsiyetlerinin anlamlı bir fark yaratmadığı da belirlenmiştir ($p = ,176$; $p > .05$). Ancak, cinsiyet etkeninin yalnızca kadavradan nakil olmuş hastalar incelendiğinde, anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($t(12) = 2,89$; $p = ,013$ $p < .05$). Katılımcıların evli ya da bekar olmalarının da anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. ($p = ,269$; $p > .05$)

Nakil olunan süre açısından bakıldığında aile içi ve kadavradan nakil olmuş hastaların anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$). Diğer taraftan, alıcıların yaşlarının toplam anksiyete puanları üzerinde etkisi olup olmadığına bakıldığında aile içinden nakil olmuş hastalarda yaşın anksiyete üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı görülmektedir ($p = ,042$; $p < .05$). Kadavradan nakil olan alıcılar için yaşın anksiyete puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmamaktadır ($p > .05$).

6.2.4. SF-36 Ölçeğinin Bulguları

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puanını hesaplamak mümkün olmadığından, aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastaların, SF-36 ölçeğinin alt grupları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık,

vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar karşılaştırılmıştır.

Tablo-12 her iki alıcı grubunun SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanları göstermektedir.

Tablo 12: SF-36 Alt Ölçek Puan Ortalamaları

	Aile/Kadavra	N	Ortalama	Std. Sapma	p
Fiziksel Fonksiyon	Aile Kadavra	26 14	26,46 24,14	1,92 3,37	,008* (p<.05)
Fiziksel Rol Güçlüğü	Aile Kadavra	26 14	7,07 6,78	1,44 1,42	,544
Ağrı	Aile Kadavra	26 14	9,35 9,44	1,72 1,34	,862
Genel Sağlık	Aile Kadavra	26 14	16,47 16,34	4,01 3,56	,917
Vitalite	Aile Kadavra	26 14	16,50 16,78	3,20 2,77	,780
Sosyal Fonksiyon	Aile Kadavra	26 14	9,34 8,71	,93 1,97	,176
Emosyonel Rol Güçlüğü	Aile Kadavra	26 14	4,65 5,42	1,19 1,15	,056
Mental Sağlık	Aile Kadavra	26 14	20,23 21,57	3,22 3,36	,225

Aile içi canlı vericiden ya da kadavradan nakilli olmanın, alıcıların nakil sonrası fiziksel fonksiyonları üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı görülmektedir ($t(38)=2,78$; $p=,008$ $p<.05$). Bununla birlikte, bu grupların emosyonel rol güçlüğü alt ölçeğindeki ortalama puanları arasında da sınırda sayılabilecek anlamlı bir farklılık görülmüştür ($t(38) = -1,97$; $p =,05$ $p<.05$). Aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil alıcılarının, SF-36 ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon ve mental sağlık gibi diğer alt ölçeklerinde aldıkları toplam puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p >.05$).

Yalnızca aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastaların SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerine verdikleri cevaplar incelendiğinde, cinsiyet farklılığının hiçbir alt ölçeğe verilen cevaplar üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamış olduğu görülmüştür ($p >.05$).

Diğer taraftan, sadece kadavradan böbrek nakli olmuş hastalara bakıldığında alıcının kadın ya da erkek olmasının, fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık yarattığı görülmüştür. Söz konusu bulgular, tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 13: Cinsiyetin kadavradan nakilli hastaların fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçekleri üzerinde etkisi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	p
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kadın	5	5,60	1,67	,013
	Erkek	9	7,44	,72	(p<.05)
Mental Sağlık	Kadın	5	19,2	3,70	,044
	Erkek	9	22,8	2,47	(p<.05)

Naklin üzerinden geçen sürenin alıcıların yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığına bakıldığında, nakil olalı bir seneyi geçmemiş hastalarla, 1-3 sene arasında zaman geçmiş olanların yalnızca enerji (vitalite) alt ölçeğinin puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. (t (38) = 2,53; p= ,016 p<.05). SF-36 ölçeğinin diğer alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık gözükmemektedir. Yalnızca aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastalar incelendiğinde ise, naklin üzerinden geçen sürenin bu hasta grubunun genel sağlık (t (24) = 2,74; p= ,011 p<.05) ve enerji (t (24) = 2,76; p= ,011 p<.05) alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Sadece kadavradan nakilli hastalarda ise nakil süresinin, hiçbir alt ölçeğin puanları arasında anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmektedir (p >.05)

Alıcılar yaşları açısından 20-28, 29-36 ve 37-61 olmak üzere üç grup olarak değerlendirildiklerinde, yaş gruplarının alıcıların emosyonel rol güçlüğü (p=.002; p<.05) ve mental sağlık (p =.028; p <.05) gibi alt ölçeklerdeki ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya koyduğu göze çarpmaktadır. Yalnızca kadavradan nakilli hastalar yaş grupları açısından değerlendirildiklerinde, bu alıcıların enerji alt ölçeği (p= .015; p<.05) ve emosyonel rol güçlüğü (p=.029; p<.05) puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

6.3. Rorschach Testinin Bulguları

Rorschach testi, aile içi vericiden ve kadavra vericiden nakil olmuş hastalara uygulanmış ve elde edilen protokoller Fransız Okulu sistemine göre değerlendirilerek psikanaliz kuramı çerçevesinde içerik analizleri yapılmıştır. Yanıtların sayısal dağılımlarından çok içerik analizleri üzerinde durularak kodlanamayan malzeme, söylem ve savunma düzenekleri incelenmiştir.

6.3.1. Aile İçi Vericiden Nakil Olmuş Hastaların Rorschach Testi Bulguları

Aile içi vericiden nakil olmuş hastaların Rorschach protokolleri temel eksenler açısından incelendiğinde 26 protokolün 20'sinin psikosomatik yapılanmada protokoller olduğu görülmüştür. 2 katılımcının histerik, 3'ünün sınır, 1 alıcının da fobik yapıda kişilik örgütlenmesine sahip oldukları belirlenmiştir. Protokollerde öne çıkan başlıca özellikler: anatomi yanıtlarının fazlalığı, tasarımların genellikle herhangi bir duygulanıma bağlanamamış olması, birçok protokolde neredeyse hiç hareket (K) yanıtı ve ilişki verilmemiş olması, içeriklerin oldukça kısır ve duygulanımdan uzak olmasıdır.

6.3.2. Kadavra Vericiden Nakil Olmuş Hastaların Rorschach Testi Bulguları

Kadavradan nakil olmuş alıcıların Rorschach protokolleri incelendiğinde, aile içi vericiden nakil olmuş alıcıların protokollerinde görüldüğü gibi, çoğu alıcının protokolünün psikosomatik bir kişilik yapılanmasını yansıttığı gözlemlenmiştir. 14 kadavradan verici protokolünün 10'u psikosomatik protokol özelliklerine uymaktadır. Geri kalan protokollere bakıldığında, 2'si sınır kişilik yapılanmasını düşündürmekte, diğer 2 protokol ise biri obsesif nevroz olmak üzere nevrotik yapılanmaları akla getirmektedir. Aile içi vericiden nakil olmuş hastaların protokolleriyle paralel olarak, kadavradan nakilli hastaların protokollerinde de hareket (K) yanıtlarının çok az verildiği, şekil (F) yanıtlarının fazlalığı, benzer

şekilde ilişki verilmemiş olduğu, anatomi yanıtlarının varlığı ve duygulanımların yeteri kadar simgelenememiş olması söz konusudur.

Sosyal uyuma gönderme yapan BAN yanıtların her iki grup alıcıda da rahatlıkla verilmesi, ancak insana atfedilen ve içselleştirebilme kapasitesi hakkında bilgi veren hareket (K) yanıtlarının yetersiz olması psikosomatik hastaların Rorschach çalışmalarında elde edilen bulgularla örtüşmektedir. Bir nesneyi algılamak, özdeşleşmek ve içsel dünyadan gelen duygulanımları ve düşünceleri aktarabilmek entelektüel kapasitenin yeterli olmasını gerektirdiği gibi, yaratıcılık ve ruhsal dünyanın zenginliğini de göstermektedir (İkiz, 2003: 125). Hareket yanıtlarından her iki grup alıcıların protokollerinde de kaçınılmış olması içsel dünyayı yansıtmama, içe dönme ve dış dünyaya sadece uygun yaşama arzusuna işaret edebilir. Düşlemsel kapasite yetersizdir ve tasarımılandırmada eksiklik vardır. Dolayısıyla içerik analizi açısından bakıldığında kadavradan alıcıların protokollerinde de göze çarpan en önemli özellik düşlem dünyasında kısırlaşma ve duygulanımları ifade etmede zorluk olmasıdır.

6.3.3. İçerik Analizi ve Kodlanamayan Malzemenin Yorumlanması

Biçim (F) yanıtlarının, hem aile içi vericiden hem de kadavradan nakil olmuş hastaların protokollerinde sıklıkla verildiği görülmektedir. F yanıtları yüksek olan kişiler nesnel kalmaya dikkat eden ve dürtüselliklerini sürekli bastırmaya çalışan kişilerdir. F yanıtlarının oranının fazla olması bu hastaların çoğunluğunun gerçeklik ilkesinde yaşayan, katı savunma sistemleri olan, hiçbir düşleme izin vermeyen kişilik yapıları olduğuna dikkat çekmektedir. Algılanan gerçekle yaşayan, somuttan soyuta geçiş yapamayan fakir bir içsel dünyayı ve işlemsel düşüncüyü göstermektedir. Paris Psikosomatik Okulu ve Pierre Marty (1991) tarafından geliştirilmiş bir düşünce biçimi olan işlemsel düşüncede kişinin düşlem kapasitesi zayıflamakta ve bilinçöncesi yeterince çalışmamaktadır. Bu nedenle ya düşünceler ruhsal aygıt tarafından bilinçdışına itilip savunmalar oluşturulmakta ya da her düşünce somut bir biçimde gerçek ve gündelik olarak yaşanmaktadır (aktaran: İkiz, 2003: 117).

Biçim yanıtlarına içerikleri açısından bakıldığında, insan (H) yanıtlarının hem kadavradan hem de aile içinden nakilli hastalarda oldukça düşük bir oranda verildiği görülmektedir. Bunun yerine her iki grupta da hayvan ve hayvan detay yanıtlarının (H ve Hd) fazlalığı göze çarpmaktadır. Hayvan yanıtlarının her iki grup alıcıda da fazla sayıda gözükmesi savunmacı bir davranış biçimini düşündürmektedir. Kişiler dış dünyaya karşı katı savunma düzenekleri kullanmaktadırlar (İkiz, 2003: 141). Hayvan kafası gibi yanıtlar ise duygulanımları kontrol etmek amacıyla, bütün bir şekil verilmeden kullanılıyor olabilir (İkiz, 2003: 111). Özellikle aile içi vericiden nakil olmuş alıcıların Rorschach protokollerine bakıldığında, insanla ilgili yanıtlara karşı inkar, bastırma ve olumsuzlama savunma mekanizmalarının sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca insan yanıtı beklenen kartlarda bazı hastaların heykel, buz gibi yanıtlar vererek tasarımları dondurma yoluna gittiği de görülmektedir. Bu tip yanıtlarla dürtünün dondurulduğu ve neredeyse yok edildiği anlaşılmaktadır. Aynı zamanda bu muğlak yanıtlar formsuz oldukları için bedensel tasarım oluşturma açısından güçlük yaşandığını düşündürmekte ve katı bir ruhsal yapılanmaya dikkat çekmektedir.

28 yaşında erkek hasta, 11 ay önce annesinden nakil olmuş:

III. Kart, “İnsana benzemiyor, insan değil.”

53 yaşında erkek hasta, 9 ay önce eşinden nakil olmuş:

III. Kart, “ İnsan değil. Bir şeye benzetmişler.”

32 yaşında erkek hasta, 7 ay önce ağabeyinden nakil olmuş:

VII. Kart, “ İnsana da benziyor ama mümkün değil.”

“Buz yığımına benziyor”

24 yaşında kadın hasta, 6 ay önce babasından nakil olmuş:

III. Kart, “Bunu hiçbir şeye benzetemeyeceğim herhalde. Hiçbir şeye benzetemedim. İnsana da benzemiyor. Sizce ne bu?”

23 yaşında kadın hasta, 11 ay önce annesinden nakil olmuş:

VI. Kart, “ Acaba bunlar heykel mi insan mı?”

22 yaşında kadın hasta, 2 sene önce annesinden nakil olmuş:

II. Kart, “Hep bir hayvan çağrışımı var bende”

III. Kart, “ Hep aklım hayvana gidiyor.”

25 yaş kadın hasta, annesinden 7 ay önce nakil olmuş:

VII. Kart, “Buz galiba”

28 yaşında kadın hasta, 3 sene önce babasından nakil olmuş:

III. Kart, “İki insan... daha ziyade kuşlar muhabbet ediyorlar.”

28 yaşında kadın hasta, annesinden 13 ay önce nakil olmuş:

IV. Kart, “Duman”

“Hafif bir insan şekli”

VII. Kart, “Bulut”

Özellikle aile içi vericiden nakilli hastaların protokollerinde ret yanıtlarının, inkar ve olumsuzlama savunma mekanizmasının kadavradan nakilli hastalara göre daha fazla kullanıldığı yanıtlarda da görülmektedir. Bu da aile içinden nakilli hastaların bastırmayı daha yoğun kullandığını düşündürmektedir. Aile içinden nakilli hastalarda en çok reddedilmiş olan kart IX. kartken, kadavradan nakilli hastalarda ise VI. kart en çok reddedilmiştir. Aile içi vericiden nakilli hastalarda IX. kartın sıklıkla reddedilmiş olması bu kişilerdeki iç-dış sınırlarla ilgili hassasiyete de dikkat çekmektedir. Aynı zamanda bu kart, arkaik anne imgesiyle ilişkisi çerçevesinde

değerlendirildiğinde aile içinden yapılan organ naklinin kişideki arkaik endişeleri canlandırdığı da düşünülebilir. Regresyona uygun olan IX. karta gelen ret yanıtlarından yola çıkarak aile içinden nakilli hastaların regresyona izin vermediği de görülmektedir.

Hem aile içi vericiden hem de kadavra vericiden böbrek nakli olmuş hastaların Rorschach protokollerinde, sayısal verilerden çok kodlanamayan malzemenin alıcıların ruhsal durumuyla ilgili ortaya koydukları daha çok dikkat çekmektedir.

46 yaşında kadın hasta, kadavra vericiden nakil olmuş:

III. Kart, “Hayvana benziyor ama insanın sağlığı için kötü bir şey gibi. Zarar verecek”

V.Kart, “Hasta yatan insanlar. ‘Ben iyileştim’ diyen var ortada”

VIII. Kart, “Sağlık açısından uyarıyor bu kart”

X. Kart, “Zararlı madde organa zarar veriyor gibi.”

29 yaşında erkek hasta, kadavra vericiden nakil olmuş:

II. Kart, “Böbrek nakli olmuş bir insan gibi”

23 yaşında kadın hasta, annesinden nakil olmuş:

X. Kart, “Aslında bu çok basit. Bir vücudun direncinin neden düştüğünü anlatıyor.”

22 yaşında erkek hasta, annesinden nakil olmuş:

III. Kart, “Böbrek fonksiyonu, vücut yapısı. Sürekli film gördüğümüz için.”

VII. Kart, “Hepsinin alt tarafı dikkatimi çekiyor. Böbrek, mesane gibi. Sanırım asıl amaç da o.”

19 yaşında kadın hasta, babasından nakil olmuş:

III. Kart, “İki insan, iki böbrekli gibi. Hayat kazanıyorlar.”

Hem kadavradan hem de aile içi vericiden nakilli hastaların protokollerine bakıldığında alıcıların gerçeklikle bağlarının kopmadığı görülmektedir. Yanıtların içeriği çoğunlukla düşlemsellikten uzaktır ve hastalar güncel hayatta yaşadıklarına ilişkin yanıtlar vermektedirler: alıcıların yaşamış oldukları bedensel sıkıntıların teste yansıdığı görülmektedir. Sıklıkla verilen böbrek, mesane, organ ve bedene değin anatomi yanıtlarının bedensel sorunsala, yani bu hastaların yeni yaşamış oldukları böbrek nakli gerçeğinin travmatik boyutuna işaret ettiği düşünülmektedir. Anatomi yanıtlarının yoğunluğu somatik meşguliyetlerle alıcıların ruhsal alanlarının ele geçirildiğini göstermektedir. Her iki grup alıcıda da II. ve III. kartlarda kırmızı rengin dürtüsel boyutunun işlenmesinden çok bu kartlara verilen tasarımlar genellikle anatomi yanıtları halinde belirlemektedir. Bedenle ilgili bu yanıtlar her iki grupta da daha çok II, III, VIII. IX. ve X. kart gibi renkli kartlarda verilmiş olduğu görülmektedir.

Protokollerde görülen bazı yanıtların içeriği ise alıcıların depresyondan kurtulmak için kullandıkları yol açısından önemli olduğu düşünülmektedir:

39 yaş erkek hasta, kadavradan nakil olmuş:

V. Kart, “Uzaktan bir tepe manzarasındaki kurumuş ağaca benziyor.”

VI. Kart, “Bir durumun olayın içinden sıyrılan bir melek”. (anket: “Bir yol bulmuş kendince sıyrılmaya çalışıyor, kanatlanmış gidiyor.”)

Kadavradan nakilli bu hastada görüldüğü gibi, hasta kimlik kartı olan V.karta “kurumuş ağaç” gibi olduça depresif bir yanıt vermekte, ancak ardından gelen VI. kartta bu depresif durumdan sıyrılmaya çalışırcasına “bir yol bulup, bir durumdan sıyrılan melek” cevabını vermektedir.

22 yaşında kadın hasta, annesinden nakil olmuş:

III. Kart, “Kelebekle cenin, iki insan için yeni başlangıç. Balık da kismet. Güzel bir resim.”

VI. Kart, “Kollarını açmış bir şeyler bekleyen iki insan, umut bekliyor sanki.”

VII. Kart, “ Kız çocuğu, büyümeye çalışan, içi biraz yaşlı gibi ama. Hem de at kuyruğu yapmış. (anket: “Bir taşın üstüne çıkmış, istediğine ulaşmış bir kız çocuğu ama yine de biraz umutsuz bakıyor”)

IX. Kart, “İnsan beyninin bölümleri: İyi düşünce, Umut, Kötü düşünce.”

“Bir iyi bir kötü giden yollar.”(anket: “Sıkıntı veren bir resim, karışık ruh hali.”)

X. Kart, “Şurada da böbrek korunması gereken.”

28 yaşında kadın hasta, babasından nakil olmuş:

II. Kart, “Başarmış insan gibi”

38 yaşında kadın hasta, kadavradan 4 ay önce böbrek nakli olmuş:

I.Kart, “Kuş mu karınca mı? Kuş gibi geliyor. Bir kuş, bir böcek bir de karınca gibi geliyor. Ayı ayrı mı düşünmem lazım?”

III.Kart, “İnsan, hatta iki insan böbrekleri var.”

VII.Kart, “Kene”

VIII.Kart, “Ayrı ayrı kurt ama çoğu böceğe benziyor.”

X. Kart, “Ayrı ayrı şeyler var bunda. Tümünden bakarsak böcek.”

Gördüğü tasarımları tek ya da ayrı ayrı işlemek konusundaki hassasiyeti göze çarpan kadavradan nakil olmuş bu alıcının protokolüne içerik analizi açısından bakıldığında çatışmanın nesne kaybı endişesi etrafında şekillendiği görülmekte, bu da sınır bir ruhsal yapılanmayı düşündürmektedir. Ayrıca bütün bir tasarım vermekle ayrı ayrı tasarımlar vermek arasında gidip gelmesi de kişinin tam bir özdeşim kapasitesi vermekte güçlük çektiğini göstermektedir. VII. kartta oldukça sembiyotik bir nesne ilişkisine gönderme yapan ‘kene’ yanıtı gelirken, hemen ardından gelen VIII. kartta ise tasarımları “ayrı ayrı” diyerek ayırmaya gitmektedir. Bu hasta yarı yapılandırılmış görüşmesinde de: “ ‘Başkasının şeyi’ vücudunda olunca tedirginlik oluyor. Onun düşünceleri bana geçmiş midir? Eskisine göre daha ılımlıyım, olumluyum. O öyleydi de ben de öyle miyim acaba diye düşünüyorum” demiştir. Bu da hastanın henüz aldığı böbreği içselleştiremediğini, bedenine bütünleştiremediğini

düşündürmektedir. Bunun ardında da öteki tarafından istila edilme korkusunun olduğu tedirginlik hissettiğini söyleyen hastanın söyleminden açıkça anlaşılmaktadır. Burada iç-dış sınırların labilitesi ve hastanın Rorschach protokolünde de görülen özdeşim kapasitesinde bir sıkıntıya göze çarpmaktadır. Ayrıca hastanın nesne kaybı etrafında şekillenen ve ayrılma-birleşme sorunsalı zemininde ilerleyen çatışmasının da böbrek nakli sonrası tam bir özdeşim kuramamış olmasına ve öteki, yani ölmüş olan verici tarafından ele geçirilme, onunla “bir” olma, “tek” olma düşlemlerine yol açtığı söylenebilir.

2 sene önce, babasından nakil olmuş 22 yaşındaki erkek hastanın protokolüne bakıldığında, protokol genelinde, hareket yanıtları çok fazla verilmemiş olmakla birlikte olanların çoğunun aktif K niteliğinde olduğu görülmektedir. Örneğin: “Ejderha uçuyor” “İki kız çocuğu birbirine koşuyor” yanıtları gibi. Ayrıca, test genelinde verilen “balta”, “ejderha” gibi bazı biçim yanıtlarının da sembolik anlamları olduğu göze çarpmaktadır. Kendilik tasarımı açısından hem aktif hem pasif hayvan cevapları görülmektedir. Hastanın, aktif ve pasif özdeşimler arasında gidip geldiği görülmektedir:

V. Kart, “Yarasa veya kelebek”

VI. Kart, “Uzaktan bakınca hayvan postu” (yere serilmiş)

“Ejderha uçuyor üstten görünümü”

VIII.Kart, “Boğaya benziyor”

IX. Kart, “ Aleve benziyor.”

“V Ağaca benziyor.”

“Volkanik dağ”

X. Kart, “Tırtıl”

“Deniz anası”

“Akrep”

“Baltaya benziyor”

Bu protokolün geneline bakıldığında, hastanın çatışmasının kastrasyon endişesi etrafında şekillendiği düşünülmektedir. Nevrotik protokollerdeki “bastırılanın geri dönüşü” bu protokolda de çoğunlukla karşımıza çıkmaktadır.

Hastanın, protokolü genelinde kuyruk, kanat, anten, kafa, balta gibi yanıtlar vererek çıkıntılara odaklanmış olması da kastrasyon endişesini düşündürür. Test genelinde saldırgan ve cinsel semboller verildiği görülmektedir. Ayrıca, güç ve otorite karşısında önce pasif bir tutum gözükmekte, ardından agresif bir pozisyon alınmaya çalışılmaktadır. VI. kartta olduğu gibi ilk cevap pasif ve depresif nitelikli olup, ardından gelen yanıt ise bununla baş etme çabasında daha aktif niteliktedir. (“yere serilmiş hayvan postu”, “ejderha uçuyor”). Tüm protokol göz önüne alındığında bu hastanın ruhsal yapısının daha çok histerik yapıda olduğu söylenebilir.

Bu hastanın klinik görüşmesi boyunca babasıyla iyi gitmeyen ilişkilerinden bahsettiği de görülmektedir. Hasta, babasının sık sık: “Verdiğimin kıymetini bil, sana verecek üçüncü böbreğim yok” dediğini söylemektedir. Ayrıca görüşme sırasında hasta babasına borçlu duruma düştüğünü düşündüğünden de bahsetmiştir. Bu hastanın Rorschach protokolünden yola çıkarak, babanın vericiliğiyle kastrasyon endişesinin bu hastada yeniden canlandığı, kastrasyon anksiyetesinin temeli olan babaya duyulan minnet ve aynı zamanda öfkenin protokol genelinde görülen pasif-aktif sorunsalını düşündürdüğü söylenebilir. Ayrıca, bu hastanın nakil sonrası ilaç tedavisini aksatarak akut ret geliştirmiş olması da göz önünde tutulması gereken bir başka önemli nokta olarak belirlemektedir. Rorschach testinde görülen ruhsal dinamikleri doğrultusunda, ödipal çatışmalı bir sorunsal nedeniyle babadan aldığı böbreği reddettiği düşünülebilir. Babanın vericiliği, alıcının saldırgan dürtülerini canlandırarak bir yıkıcılık oluşturmuş ve bu nedenle hasta ilaçlarını aksatarak akut ret geçirmiş olabilir.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Bu çalışmada aile içi canlı vericiden ve kadavradan böbrek nakli olmuş hastaların ruhsal dünyaları değerlendirilmiştir. Literatür incelendiğinde, bu alanda yapılmış önceki ulusal ve uluslararası çalışmaların çoğunlukla organ nakli olan hastalardaki ruhsal morbiditeye odaklandığı görülmektedir. Aynı zamanda, Türkiye’de bu hastaların psikolojik durumlarını incelemiş çalışmalardan hiçbirisi psikiyatrik morbiditenin yanı sıra bilinçdışı süreçlerin öneminden ve alıcıların nakil sonrası düşlemlerinden bahsetmemişlerdir. Bu nedenle, bu çalışmada nakil olmuş hastaları alıcılarına göre iki grupta değerlendirerek, karşılaştırmalı bir ruhsal değerlendirme yapmak hedeflenmiştir.

Aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastaların nakil sonrası depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri, kişilik dinamikleri, organ naklinin beraberinde getirdiği düşlemler ve bilinçdışı süreçler bu çalışmada üzerinde durulmuş konulardır. Bu araştırmanın başlıca problemleri organ nakli süreciyle birlikte ortaya çıkan ruhsal, imgesel ve sembolik değişikliklerin neler olduğunu ve aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakilli hastaların nakil sonrası ruhsal işleyişleri açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını belirlemektir. Böbrek nakli olmuş hastalarda bu konuların araştırılması için BDE, HAD, SF-36 ölçeklerinden, Rorschach testinden ve yarı yapılandırılmış bir görüşmeden faydalanılmıştır. İki grup arasında birçok benzerlik görülse de özellikle bilinçdışı süreçler açısından önemli bazı farklılıklar bulunduğu da görülmüştür.

Çalışmaya katılan nakilli hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların eğitim durumlarının her iki grupta birbirine yakın bulunduğu görülmüştür. Her iki grupta da çoğu katılımcı ilköğretim mezunudur. Aile içi ve kadavradan nakil olmuş bu hastalar nakil öncesi diyalizde kalma süreleri, hastalık süreleri ve naklin üzerinden geçmiş süre açısından değerlendirildiklerinde kadavradan nakilli hastaların diyalizde daha fazla kalmış oldukları görülmektedir. Bu durum, kadavradan nakil beklerken genellikle bekleme listesinde uzun süre geçmesine ve bu sürede kişinin diyalize girmeye devam etmek zorunluluğunda olmasıyla açıklanabilir. İki grup hastanın nakil işlemiyle ilgili nakil öncesinde bilgilendirilmişlik düzeyleri arasında farklılık görülmemektedir. Her iki grupta da

hastaların çoğu doktorlar tarafından yeteri kadar bilgilendirildiklerini ya da kendilerinin bu konuda araştırmalar yaptıklarını söylemişlerdir. Aile içinden nakilli hastaların vericilerinin dağılımına bakıldığında ise çoğu vericinin “anne” olduğu görülmektedir. Bunu; kardeşler, baba ve eş takip etmektedir. Bu durum, 1995’te Ege Üniversitesi Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde yapılan ve böbrek nakli olmuş hastalarda vericinin %48’lik bir oranla en fazla anne olarak tespit edildiği çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Dallı ve Tekduran, 1995). Aksi bir durum oluşturacak herhangi tıbbi bir rahatsızlık olmaması durumunda, aile içinden bir verici gerektiğinde annelerin bağış için istekli oldukları görülmüştür. Bu da Türk toplumunda annenin geleneksel rolünü ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu çalışmaya katılan hastaların çoğunun, ister aile içinden ister kadavradan nakilli olsun, seçme şansları olsa tanıdıkları canlı bir vericiden nakil olmak yerine kadavradan organ almayı tercih edeceklerini ifade ettikleri görülmüştür. Ancak çoğu alıcı, uyumlu bulunan yakın akrabalarının böbreklerini vermek için aşırı ısrarları ve kadavradan naklin uzun süre bekleme gerektirmesi nedeniyle aile içinden nakil olmak durumunda kalmışlardır. Bu durumda, Basch’ın (1973) da bahsettiği gibi kadavranın anonimliğinin alıcıların borçlanma, suçluluk ve karşılıklı bulunma gibi endişelerini yatıştırabileceği ve alıcının, vericinin organını feda etmesi karşısındaki tepkisiyle uğraşmak durumunda kalmayacağı görülmektedir (Basch, 1973). Kadavradan nakil olmak yerine aile içi canlı vericiden nakil olmayı tercih eden hastaların söylemlerine bakıldığında farklı motivasyonlara rastlanmaktadır. Örneğin bir alıcı, aile içinden uygun bir verici bulunmuşken kadavradan verici fırsatını aile içinden uygun nakil olanağı bulamayanlara bırakmak gerektiğini düşünmektedir. Annesinden böbrek nakli olmuş başka bir alıcı ise kadavradan nakil olmuş olmayı tercih edeceğini, böylece annesinin verici olarak yedekte kalabileceğini, ancak şimdi onun da tek böbreği kaldığını söylemiştir. Organ nakli sonrasında naklin başarılı olması için mutlaka uyulması gereken ilaç tedavisi sorgulandığında, hastaların çoğunun düzenli ilaç kullandığı görülmüştür. Achille ve arkadaşlarının (2006) bir çalışmada da düzensiz ilaç kullanımının akut redde neden olabileceğinden bahsedildiği gibi, bu çalışmada da ilacını düzensiz kullandığını ifade etmiş bir hasta akut ret geliştirdiğini söylemiştir.

Bu çalışmanın ilk hipotezi kadavradan nakil olmuş hastaların depresyon düzeylerinin aile içi canlı vericiden nakil olanlara göre daha yüksek olduğu yönündedir. Bu hipotez, önceki çalışmaların ışığında, kadavradan nakil olanlarda yaşamak için bir başkasının ölmesinin getirdiği suçluluk duygusunun depresyonun temelini oluşturabileceği düşüncesine dayanmaktadır (Sanner, 2001; Spoljar, 2008). Ancak, bu hastalara uygulanan BDE'nin sonuçları incelendiğinde, kadavradan nakilli hastaların depresyon düzeyleriyle aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastaların depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Her iki grubun ortalama depresyon puanları incelendiğinde de depresif bozukluk tanısı almaktan uzak oldukları saptanmıştır. Bu sonuca göre, organ naklinin aile içinden ya da ölmüş ve bilinmeyen birisinden yapılmış olması alıcıda depresif bir durum yaratmamaktadır. Bu çalışmadaki görüşme sırasında, bir vericinin nakil sonrası nasıl hissettiğine dair söylemi şöyle olmuştur: “nakil öncesinde işe yaramazdım, şimdi iyileştim”. Vericisi kim olursa olsun, bu çalışmada nakil olmuş hastaların sadece %7,5’inde depresif bozukluğa rastlanması, nakil sonrası iyileşme duygusuyla birlikte alıcının daha olumlu bir ruh hali edinmesiyle açıklanabilir. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde, alıcılar nakil sonrasında istediklerini yiyip içmelerinin bile morallerini düzelttiğinden bahsetmişlerdir. Burada ulaşılan sonuç, Gullede ve arkadaşlarının (1983) çalışmasında bahsettiği gibi, işlevini gören bir dokunun alıcının duygusal iyilik halinde belirgin bir düzelme sağladığını ve bunun naklin canlıdan ya da kadavradan yapılmış olmasından bağımsız geliştiğini düşündürmektedir. Aynı zamanda, birçok hasta diyalizden kurtulduğu için o döneme göre ruhsal olarak çok daha iyi hissettiğini söylemektedir. Diyaliz döneminde bağlanmış gibi hissettiğini, ancak şimdi rahatladığını söylemiş alıcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu bağlamdaki sonuçlar da, Akman ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında belirlenen nakilli hastalarda depresyon oranının diyalizdeki hastalara göre çok daha düşük olduğuna dair olan sonuçlarla örtüşmektedir.

BDE'nin suçluluk duygusuyla ilgili 5.sorusu ve cezalandırılma beklentisiyle ilgili 6.sorusuna iki grup tarafından verilen cevaplar karşılaştırıldığında da yine aralarında anlamlı bir fark görülmemiş, ancak yine de suçluluk duygusuyla ilgili olan 5. soruda aile içinden nakilli hastaların daha yüksek puan ortalamaları olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış da olsa, bu sonuç

dolayısıyla aile içinden nakilli hastalarda suçluluk duygusunun biraz daha fazla hissedildiği düşünülebilir.

Kadavradan nakil olmuş hastalar arasında alıcının yaşının depresyon düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğu görülmüştür. Daha genç yaştaki alıcılarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu duruma, genç yaşta kronik bir hastalığa sahip olmuş olmanın ve yaşam-ölüm sınırında kalmanın neden olduğu düşünülebilir.

Kadavradan nakil olan hastalarda anksiyete düzeyinin aile içi canlı vericiden nakil olanlara göre daha yüksek beklenmesi bu çalışmanın ikinci hipotezini oluşturmaktadır. Literatür incelendiğinde, organ reddinin kadavradan nakillerde daha fazla gözükmesi, canlı vericiden yapılan böbrek nakillerinde hayatta kalımın çok daha yüksek oranda olması, vericinin anonim olmasının yarattığı düşlemsel endişeler, gelecekle ilgili belirsizlik (Griva v.d., 2002) gibi bulgular bu hipotezin temelini oluşturmuştur. İstatistiksel sonuçlar ise bu iki grup alıcı arasında anksiyete düzeyleri açısından bir farklılık ortaya koymamıştır. Nakil sonrasında, anksiyete bozukluğu görülen toplam katılımcı yüzdesi, depresyon görülenlere göre daha fazla olmasına rağmen, her iki grup da HAD ölçeğindeki anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması bakımından eşiği geçmemektedirler. Görüşmede, katılımcıların önemli bir kısmının nakil sonrasında ruhsal olarak nasıl hissettikleriyle ilgili olarak daha çabuk sinirlendiklerini ve daha duygusal olduklarını söyledikleri, ancak çoğunun bunu kullandıkları ilaç tedavisinin yan etkisine bağladıkları görülmüştür. Bu da Surman'ın (1989) çalışmasında belirtmiş olduğu tıbbi nedenli anksiyete durumunu düşündürmektedir. Bunun yanında, alıcılar için en önemli endişe kaynağının kontrole geldiklerinde kan değerlerinin bozuk çıkması ve organ reddinin gerçekleşeceği olduğu görülmüştür. Bu durumun, literatürde bahsedildiği gibi nakil olmuş hastaların gelecekle ilgili belirsizlik duymalarından ileri geliyor olduğu düşünülebilir (Pacalis ve Augustin, 1989: 283). Hastaların büyük kısmında diyaliz günlerine dönme riskinin yarattığı anksiyete de göze çarpmaktadır. Diyalizin hastanın bağımsızlığı üzerinde yarattığı olumsuz etki ve bedensel yan etkilerinin yoğunluğu düşünüldüğünde alıcılardaki bu haklı endişe anlaşılmaktadır (Cardenas-Sanchez, 1989: 156). Bunun yanı sıra, alıcılara nakil sonrası yakın çevrelerinden gördükleri destek sorulduğunda büyük bir kısmının ailelerinin çok destek olduğu,

hatta gösterilen bu ilginin zaman zaman onları rahatsız ettiği, ailelerin alıcıların üzerine fazlasıyla düştükleri görülmektedir. Yakın çevreden görülen bu desteğin de alıcıların anksiyete bozukluğu geliştirmesine engel olduğu düşünülebilir. Benzer şekilde, Castelnovo-Tedesco (1973) da aile desteğinin hastalığın seyrinde önemli bir yeri olduğunu söylemiştir. Stora'nın (2005: 52) da dediği gibi aile nakil sonrasında üstlendiği kapsayıcı rolle hastanın uyumunu arttırarak, ruhsal iyilik hali sağlayabilir. Ancak, bu çalışmada alıcı tarafından algılanan aile desteğini ölçmek için bir ölçek kullanılmadığından bu iki değişken arasındaki ilişki nesnel olarak görülmemekte, yalnızca alıcıların söylemlerine dayanmaktadır.

Aile içi böbrek alıcılarıyla yapılan bir çalışmanın sonucuna göre alıcıların yarısında aleksitimi görüldüğü ve bunun da daha az psikiyatrik belirti ortaya koymalarıyla bağlantılı olduğu söylenmiştir. Bu aleksitimik hastalarda duygularla bedensel hisleri ayırt etmede zorluk, duygularını ifade etmede problem ve hayal etme zorlukları görülmüştür. Duygularını ifade etmedeki zorlukları fiziksel ve mental durumlarını gerektiği gibi tanımlamakta zorluk yaratabilmektedir (Kubo v.d., 2001). Önceki çalışmalarda canlı vericiden nakil olmuş hastaların aleksitimik özellikler gösterdikleri belirlenmiştir. Bu alıcılar duygularını dile getirmekte zorluk çekmektedirler. Bazı verilere göre aleksitimi bir kişilik özelliği değil ancak organ kaybı, kanser gibi oldukça stresli beden olayları karşısında verilen durumsal bir tepkidir (Fukunishi, 1989). Geçmiş çalışmalardaki bu bulgular da, bu çalışmadaki hastalarda görülen anksiyete ve depresyon oranlarının beklendiği kadar yüksek olmamasını açıklayabilir. Bu bağlamda, organ nakli hastalarında aleksitimik özelliklerin varlığı da daha sonraki çalışmalarda araştırılması gereken bir diğer konu olarak belirmektedir.

Diğer taraftan, çalışmadaki kadınların erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek anksiyete düzeyleri olduğu görülmüştür. Bu durum, genel olarak anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesine bağlı bir sonuç olarak meydana gelmiş olabilir. Tüm yaşamı boyunca bir kadında anksiyete görülme oranı %30'dur. Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre Türkiye'de kadınlarda anksiyete görülme oranı %15,7 olarak tespit edilmiştir (Kılıç, 1997).

Önceki çalışmalarda, hastaların nakille ilgili olarak yeteri derecede bilgilendirilmiş olmalarının ve nakil sonrası süreçle ilgili gerçekçi beklentilere sahip

olmalarının, alıcılarda görülen anksiyeteyi engelleyebileceğini söylemişlerdir (Özçürümez v.d., 2004). Ancak bu çalışmada, nakil öncesinde organ nakliyle ilgili bilgilendirilmenin alıcıların anksiyete düzeyleri üzerinde bir farklılık yaratmadığı görülmüştür.

Genç yaş grubundaki katılımcılarda daha yüksek depresyon puanı elde edilmesine paralel bir sonuç da alıcıların anksiyete düzeyleri için görülmektedir. Yaşları 20-28 arası değişen en genç yaş grubundaki katılımcılarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş gruplarının yarattığı bu farkın da, depresyon skorlarında görüldüğü gibi, genç hastaların üretkenliklerinin en fazla olduğu yıllarda hastalığın nüksü korkusundan ve bu nedenle ölümle yeniden karşı karşıya gelerek psikososyal alanda kayıplar yaşama endişesinden kaynaklandığı görülmektedir. Basch'ın çalışmasında söz ettiği gibi hastalık döneminin tekrarı; beden bütünlüğü ve işlevinin kaybından, maddi ve mesleki kayıplara, sosyal etkinliklerde bozulmaya, aile ve arkadaşlardan uzaklaşmaya ve sağlığın belirsizliğine kadar birçok sorun ortaya koyar (Basch, 1973). Bu da, bu çalışmada görüldüğü gibi genç nakillilerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olmasına neden olabilir.

Bir diğer önemli nokta da, naklin üzerinden geçen sürenin alıcıların anksiyete düzeylerinde önemli bir farklılık yaratmamasıyla ilgili olan bulgudur. Enderer ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmanın bulguları, nakil sonrası sürenin uzadıkça anksiyetenin azalacağı yönünde olduğu halde, bu çalışmada bu bulgu desteklenmemiştir.

Bu çalışmanın üçüncü hipotezi olarak aile içinden nakil olmuş hastaların kadavradan nakillilere göre organ nakli sonrasında daha iyi bir yaşam kalitesi göstermeleri beklenmiştir. Her iki grup alıcının SF-36 ölçeğinin alt grupları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında, yalnızca fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Aile içi canlı vericiden nakil olmuş hastaların daha iyi bir fiziksel fonksiyon gösterdikleri saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon; sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi)

durumlarını içermektedir. Stora'nın (2005) da belirttiği gibi, aile içinden yapılan nakillerin alıcının fiziksel durumu üzerinde daha olumlu etkileri olduğundan bu grubun fiziksel fonksiyon alt ölçeğinden yüksek puan aldığı söylenebilir. Bunun dışındaki alt ölçeklerin puanları arasında anlamlı bir farklılık olmaması, daha önce bu iki alıcı grubundaki yaşam kalitesi farklılığını araştırmış ve her iki grubun da tüm SF-36 alt testlerinden benzer puanlar almış olduğunu bulan çalışmayla benzer sonuçlara ulaşıldığını göstermektedir (Griva v.d., 2002).

Kadavradan nakil olmuş hastalar arasında katılımcının cinsiyetinin fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçekleri üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı görülmüştür. Buna göre, kadavradan nakilli erkek hastalar nakil sonrası fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık açısından kadın hastalara göre daha yüksek puanlar elde etmektedirler. Başka bir deyişle, bu alt ölçeklerde yaşam kaliteleri kadavradan nakilli kadın hastalarinkine oranla daha yüksektir. Bu bulgunun, kadınların erkeklere göre yaşla birlikte fiziksel yaşam kalitelerinde daha fazla bir düşüş yaşadıkları yönündeki önceki çalışmaların bulgularıyla paralellik gösterdiği görülmektedir (Liu v.d., 2008).

Naklin üzerinden geçen sürenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine bakıldığında ise nakil olalı bir seneyi geçmemiş tüm alıcıların SF-36'nın enerji alt ölçeğinden aldıkları puanın nakil olalı 1-3 sene olmuş hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yalnızca aile içi canlı vericiden nakilli hastalar incelendiğinde ise, naklinin üzerinden en fazla 1 sene geçmiş alıcıların enerji ve genel sağlık alt testinden daha yüksek puanlar elde ettikleri belirlenmiştir. Bu durum, naklin üzerinden kısa bir süre geçmesinin alıcının nakil öncesi fiziksel sıkıntılarıyla kıyaslandığında kendilerini daha enerjik ve sağlık açısından daha iyi hissettiklerini düşünmeleriyle açıklanabilir. Önceki çalışmalarda nakil olmuş hastaların yaşam kalitelerinin bir yıl içerisinde normal popülasyonla aynı hale geldiği saptanmıştır (Karam v.d., 2003). Ayrıca, 20-28 yaş grubu alıcılarda diğer yaş gruplarına göre emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanlarının daha düşük olduğu da görülmüştür. Griva ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, yaş ilerledikçe fiziksel işlevin azaldığına dair bulgular ortaya koymuş olmalarına rağmen, bu çalışmada böyle bir sonuca ulaşılmamıştır. Öte yandan, yaşam kalitesinin psikolojik boyutları olan bu iki alt testte en genç yaş grubunun daha düşük puanlar elde etmiş olması, benzer biçimde, aynı yaş grubunda depresyon ve anksiyete puanlarının da anlamlı

derecede yüksek bulunmuş olmasıyla aynı paralellikte düşünülebilir. Bu çalışmada, genç hastalarda nakil sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin psikolojik boyutlarına dair düzeylerin daha yüksek bulunmuş olması, nakil sonrası psikolojik desteğin özellikle genç yetişkin diyebileceğimiz bu yaş grubu için göz önünde tutulmasının önemli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada alıcılara uygulanan BDE, HAD VE SF-36 gibi ölçeklerin sonuçlarına bakıldığında aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakil olmuş hastalar arasında önemli farklılıklar göze çarpmamaktadır. Ancak, bu alıcı gruplarında ruhsal morbidite arasındaki farkların görünür olmaması bilinçdışı işleyişlerin de farklılaşmadığını düşündürmemelidir. Alıcılarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerde organ naklinin ruhsal dünyada ne gibi düşlemler ve etkiler yarattığı bu çalışmanın en önemli bulgularındandır. Görüşmelerde beliren temalara bakıldığında, yalnızca alıcılara kendilerinin doldurabileceği bilinç düzeyinde ölçekler uygulayarak bu sorunsallara ulaşmanın mümkün olamayacağı görülmüştür. Organ nakli deneyiminin ruhsallık üzerinde ortaya koyduklarının görünenin çok ötesinde olduğu söylenebilir.

Organ nakli öncesinde alıcıların ve vericilerin ruhsal değerlendirmesi sıklıkla yapılırken, nakil sonrası alıcıların psikolojik durumunu değerlendirme amaçlı yapılan görüşmeler oldukça sınırlıdır. Genellikle, alıcıda ya da vericide kendisi tarafından belirtilen ya da görünür bir ruhsal bozukluk olmadıkça ya da bilimsel amaçlı olmadıkça nakil sonrası psikolojik değerlendirme birçok merkezde ihmal edilmektedir. Bu çalışmada kullanılan alıcıyla nakil sonrası yapılmış yarı yapılandırılmış görüşmenin bu hastaların ruhsal dünyalarına ışık tutmada çok önemli bir rolü olduğu görülmüştür. Organ nakli sonrasında beliren suçluluk, borçlanmışlık, vericinin düşlemsel tasarımı, alınan organın bedene ve ruhsallığa bütünleştirilmesi gibi temalar bu görüşmenin içeriğinde her iki grup alıcı için de sıklıkla göze çarparken, her iki grup nakil hastasının bu konuları yaşayış biçimi ise değişiklikler göstermektedir.

Suçluluk ve borçlanmışlık sorunsallarına, organ nakli sonrası alıcılarda sıklıkla rastlanmaktadır. Bu çalışmadaki hastaların söylemleri incelendiğinde, aile içi canlı vericiden böbrek nakli olmuş hastaların hissettiği suçluluk duygusunun genelde

“vericiye zarar verme endişesi” etrafında şekillendiği görülmektedir. Bu durumun özellikle önceden vericiyle çatışmalı bir ilişkisi olanlar için başa çıkması güç bir durum ortaya koyduğu ve borçlanmışlık sorunsalını da beraberinde getirdiği görülmektedir. Aile içinden nakil olmak durumunda kalmış birçok hasta, kadavradan nakil olmayı tercih ettiğini, hatta bunun için nakil listesinde uzun süre beklemeyi göze aldığını söylemiştir. Aile içi vericiden nakil olmuş bir hastanın: “Tıp geliyor, kök hücre nakli çıkar belki diye bekledim. Canlıdan kesinlikle istemedim, ama ablam çok istedi, çok ısrar etti” demektedir. Benzer şekilde annesine zarar gelmesinden korktuğu için sekiz sene kadavra verici beklediğini ifade eden bir hastaya da rastlanmıştır. Bu nedenle, kadavradan nakil; nakil sonrası yaşayacakları olası bir suçluluk duygusuyla başa çıkmak için tercih edilen bir seçenek olarak görülmektedir.

Bu suçluluk duygusunun, alıcı ve verici arasındaki ilişkileri nakil sonrası etkileyebildiği de bu çalışmada beliren bir başka önemli sonuçtur. Birçok alıcı, vericisi olan yakın akrabası olduğu kişiye karşı daha olumlu davranışlar geliştirmeye çalışmakta, onunla çatışmalı bir ilişki yaşamaktan kaçınmaya çalışmaktadır. Bu da vericiye karşı duyulan borçlanmışlık duygusunu düşündürmektedir. Hasta, naklin karşılığını vericiye karşı olumlu tutumlarıyla ödemeye çalışmaktadır. Hayatını borçlu olduğu kişiye karşı olumsuz davranışlarda bulunmanın alıcının suçluluk duygusunu arttıracığı söylenebilir.

Benzer biçimde, naklin başarısız olmasıyla organ reddi yaşanması riski de aile içi canlı vericiden nakil olmuş alıcılar için suçluluk ve borçluluk duygularını ortaya çıkaran bir diğer önemli etken olarak söylemlerde belirlemektedir. Bu nedenle aile içi vericiden nakilli hastaların vericilerine karşı minnetlerini ifade edebilmek için sağlıklarına dikkat ederek, aldıkları organa iyi bakmaya çalıştıkları görülmektedir. Bu bağlamda, bazı ödipal çatışmaların borçlu hissetme duygusuyla canlanabildiği de söylemlerde ortaya çıkan bir başka noktadır. Babasını agresif ve oldukça otoriter birisi olarak anlatan ve çatışmalı bir ilişkileri olduğunu belirten, babasından böbrek nakli olmuş ancak akut ret yaşamakta olan genç bir erkek hastanın: “Hayatımı kurtardı, daha iyi hissetmemi sağladı. Şimdi ona karşı borçlu duruma düştüm. Sağlığımı korumamla ilgili üzerime düşüyor. Babam çabuk sinirlenir. ‘Verdiğimin kıymetini bil, üçüncü böbreğim yok sana vereceğim’ diyor. O yüzden kendime iyi bakmamı istiyor.” dediği gibi, ödipal çatışmalı bir ilişki ve buna bağlı bilinçdışı

süreçler neticesinde ilaç tedavisi aksatılmış ve buna bağlı akut ret meydana gelmiş olabilir. Burada, Tourkow'un (1974) da bahsettiği gibi organ reddinin fizyolojik mekanizmaları etkileyen psikolojik süreçlerden etkilendiği görülmektedir. Tourkow da çalışmasında, bu çalışmadaki örneğe oldukça benzer biçimde, nakledilen böbreğinin nefret ettiği babasına ait olduğunu öğrendikten sonra akut ret geçirmiş genç bir erkek hastasından bahsetmiştir (Tourkow, 1974). Dolayısıyla, aile içinden yapılmış nakillerde, alıcılarda görülen suçluluk ve borçlanmışlık duygularının vericinin ebeveynlerden birisi olması durumunda sıklıkla çatışmalı ödipal ilişkileri yeniden gündeme getirdiği görülmektedir. Birinci derece akraba olan vericiye zarar vermiş olma endişesinin getirdiği suçluluk duygusu ve vericinin yapmış olduğu fedakarlık karşısında hissedilen borcun ödenmesi için ona karşı olumlu tutumlar geliştirmeye çabalamak bu çalışmadaki aile içi vericiden nakil olmuş alıcıların çoğunda görülmüş olan ortak bir özelliktir.

Bu çalışmadaki kadavradan nakilli hastaların söylemlerine bakıldığında ise ortaya çıkan suçluluk ve borçlanmışlık duygularının, onların yaşamasını sağlayan kişinin ölmüş olması ve bu durum karşısında ölmüş olan vericiye ve ailesine karşı beliren çelişkili duygulara bağlı olduğu görülmektedir. Alıcıların söylemlerinde beliren bu durum, Schwering'in (1993: 139) çalışmasında bahsetmiş olduğu kadavradan nakil olmuş alıcılarda görülen duyguların karmaşıklığıyla örtüşmektedir. Onu hayata bağlamış olan vericinin ailesi yastayken alıcı mutluluk duygusunu nasıl yaşayabilir? Kadavradan nakilli hastalarda görülen borçlanmışlık duygularının, çoğunlukla ölen vericinin organlarını bağışlamış olan ailesine karşı duyulduğu görülmektedir. Vericinin ailesiyle iletişim kurarak, bu bağış için bir karşılık olarak onlara teşekkür etme isteği birçok alıcı tarafından ifade edilmiştir. Aynı zamanda, alıcıların aileyle iletişime geçme arzularının altında vericinin bir şekilde kendilerinde yaşayacağını onlara göstererek, kendi suçluluk duygularını da bu şekilde telafi etmek olduğu düşünülebilir. Bazı kadavradan nakil olmuş hastaların ise suçluluk duygularının yoğunluğu nedeniyle vericinin ailesiyle ilgili bilgi edinmekten kaçındıkları ve bağışın anonimliğinin onları koruduğu görülmüştür. Kadavradan nakil olmuş bir erkek hasta: "Benimle aynı yaşlarda sendikacı bir erkekmiş. Önce sormak istemedim. Sonra sordum kim diye. Karşı tarafı incitmek istemedim. Minnet duygusu oluşur belki. Aile her an gözümün önüne gelir mi, kötü hisseder miyim diye

düşündüm.” diyerek nakil sonrası hissettiği suçluluk duygusunun yoğunluğuna ve bu nedenle önceleri vericiyle ilgili bir şey öğrenmek istemediğine dikkat çekmektedir. Bu söylemler ışığında, kadavradan nakil olmuş hastalarda da aile içinden nakil olmuş hastalarda olduğu gibi suçluluk ve borçlanmışlık duygularının belirdiği, ancak bunların başka etkenlere bağlı olduğu ve farklı şekillendiği söylenebilir.

Bu çalışmada, vericiyle ilgili düşlemlerin, verici bilinmeyen birisi olduğu için, genellikle kadavradan nakilli hastaların söylemlerinde yer aldığı görülmektedir. Bu durum, vericinin bilinmedik olmasının alıcı için yoğun düşlemlere neden olmasıyla benzerlik göstermektedir (Basch, 1973). Aile içinden nakilli hastalarda, verici bilinen ve yakın birisi olduğu için düşlemlerin daha sınırlı olduğu ve genellikle ödipal çatışmalar dahilinde görüldüğü söylenebilir. Buna bir örnek olarak annesinden nakil olmuş genç erkek hastanın söylemi verilebilir: “Annemle çok yakın bir ilişkimiz vardır. Her anne-oğulda da vardır belki ama bizimkisi değişik... Önce annemi tercih ederim hayatını kurtarmam gereken birisi olsa. O benim hayatımı kurtardı. (...) Annemle daha yakınlaştık. Bilinçaltında böbreğini taşıdığım içindir belki. (...) Diyalizdeyken beraber uyuduk, o da yakınlaştırdı, huzur hissi uyandırıyor anne.” Bu hastanın, organ nakli ve hastalık dönemiyle birlikte ödipteki düşlemsel olarak anneye sahip olma arzusunun, annenin vericiliğiyle beraber yeniden canlandığı görülmektedir. Öte yandan, kadavradan nakilli hastalarda organ naklinin düşlemsel bir yoğunluğa neden olduğu saptanmıştır. Guéniche ve Hadengue’in (2000) de bahsettiği gibi, bazı hastalarda organ nakliyle birlikte gebelik düşlemleri ortaya çıkmaktadır. Yapılan görüşmede, kadavradan nakil olmuş bir kadın hastanın da nakil sonrası kendisini bebek taşıyormuş gibi hissettiğini ve böbreğine bir erkek ismi taktığını söylemesi ve yine kadavradan nakil olmuş bir başka hastanın yeni organı için “bebeğim gibi” demesi de bu hastalarda görülebilen gebelik düşlemlerini akla getirmektedir.

Ayrıca, vericiyle ilgili düşlemlerin özdeşim sorunsalı, nakledilen organın içe alınarak bedene ve ruhsallığa bütünleştirilmesi gibi sorunsalları da öne çıkardığı görülmektedir. Bir organ naklinin başarılı olabilmesi için alıcının yeterince güçlü bir kendilik tasarımı sağlayabilmek gibi bir ruhsal çalışmayı tamamlaması gerekir. Bu nedenle, cerrahi müdahale sonucu bedensel zarfın açılması ve vericinin organının

alıcının bedenine yerleştirilmesi alıcıda kendi kimliğini kaybetmek ve değişmiş olmak gibi korkular uyandırmamalıdır.

Bu çalışmada, bir yakınından böbrek nakli olmuş bazı hastalar vericiyle genetik benzerliklerinden bahsetmişlerdir, ancak bu benzerliklerin nakilden sonra arttığını dile getiren hasta sayısı çok azdır. Önceden bilinen benzerliklerin özdeşim gibi düşüncelere fazla yer açmadığı görülmektedir. Ayrıca, Sanner'ın (2003) da çalışmasında bahsettiği gibi, düşlemlere olanak tanıyan bilinmeyen bir vericiye göre, somut ve açık biçimde belirgin olan bir kimseyi kendinden ayrı tutmanın daha kolay olduğu bu hastaların söylemlerinden anlaşılmaktadır. Kadavradan nakilli hastalarla yapılan görüşmelerde ise anonim olan vericinin bir organının alınmasıyla bu vericiye ait bazı kişisel özelliklere sahip olunabileceğine dair alıcılarda düşlemlere rastlanmakta ve bu da Freud'un bahsetmiş olduğu yabancı olarak bilinen bir şeyin aniden, endişe uyandırıcı bir bilinirlik kazanması durumunu akla getirmektedir (Freud, 1919). Bu alıcıların, nakil sonrasında kendilerinde fark ettikleri bir takım kişisel değişiklikleri bilinmeyen vericinin kişilikleriyle özdeşleştirdikleri görülmektedir. Ayrıca, alıcıların düşlemsel olarak da olsa anonim olan vericiyle aralarında bir benzerlik aradıkları da görülmektedir. Alıcının düşleminde vericinin fiziksel özellikleri açısından güçlü biçimde imgelendiği de kadavradan alıcıların söylemlerinde ortaya çıkan bir başka özelliktir. Örneğin, erkek bir alıcının vericisini "bıyıklı, uzun boylu, yapılı" birisiymiş gibi hayal ettiği ve güçlü fiziksel özelliklere sahip olmanın böbreğin de iyi işlemesine neden olacağını düşündüğü görülmektedir. Bu durum, Sanner'ın (2003) çalışmasında ortaya konulan, erkeklerin daha güçlü olduğu için onlardan yapılan nakillerin daha başarılı olacağı yönündeki inanışlarla örtüşmektedir. Kadavradan nakil olmuş hastaların çoğunun bilinmeyen vericinin özellikleriyle ilgili düşlemler kurdukları gözlemlenirken, bir kısmının ise söylemlerine bakıldığında vericiyle ilgili düşlem kurmayı reddettikleri görülmektedir. Bu da, anonimliğin bu alıcılar için koruyucu bir yanı olduğunu düşündürürken, Rabanes'in (1994: 186) da bahsetmiş olduğu gibi, aslında verici üzerine herhangi bir düşlem kurmaktan kaçınmak, olası endişe verici düşlemlerden korunmanın da bir yolu olarak belirmektedir.

Nakil olan hastalarda psikiyatrik sorunların az olduğuna dair bazı görüşler yer alsa da, bu hastalar için asıl sorun, Spoljar'ın (2008) çalışmasında bahsettiği gibi

tasarımlarının yeteri kadar gelişmemiş olması ve sorunları hakkında bilinçli olmayışları olabilir. Baudin (1989), organ nakli hastaları için: “Sanki nakil zihinselleştirilemeyecekmiş gibi kelimelerin yokluğu ve bir tasarım boşluğu sıklıkla gözlemlenmektedir” demiştir. Alıcılara uygulanan Rorschach testinin yorumlanmasında içerik analizi üzerinde durulmuştur. Aile içi ve kadavradan nakilli hastaların protokolleri temel eksenler açısından incelendiğinde her iki gruptaki alıcıların çoğunluğunun psikosomatik ruhsal yapılanmada olduğu söylenebilir. İki grupta da öne çıkan özellikler anatomi yanıtlarının fazlalığı, tasarımların genellikle herhangi bir duygulanıma bağlanamamış olması, birçok protokolde neredeyse hiç hareket (K) yanıtı ve ilişki verilmemiş olması, içeriklerin oldukça kısır ve duygulanımdan uzak olmasıdır. Verilen anatomi yanıtları her iki grupta da oldukça sık görülmekte, ancak psikozda verilenden farklı olarak, bütün biçim yanıtları halinde verildiği anlaşılmaktadır. Anatomi yanıtlarının doğru biçimlerle (F+) verilmesi; gerçekliğin, yani organ naklinin, bedeni ve kişinin yaşamını tehdit etmesi olarak açıklanabilir (İkiz v.d., 2004).

Vericinin kim olduğundan bağımsız olarak, her iki grup hastada da çoğunlukla psikosomatik ruhsal yapılanma izlerinin görülmesi uzun süre yaşanmış kronik hastalığın ve organ nakli gibi zorlu bir fiziksel sürecin yarattığı travmanın bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Aleksitimi; düşlemsel dünyada kısıtlılık, kişinin kendi ve diğer insanların duygularını fark etmesi, tanıması, ayırt etme ve ifade etmesinde güçlük yaşaması şeklinde tanımlanmaktadır. Bazı çalışmalarda aleksitimi; romatoid artrit, ülseratif kolit, böbrek yetmezliği gibi bedensel ve psikofizyolojik bozukluğu olan kişilerde yüksek oranda bulunmuştur (Güleç v.d., 2005). Fukunishi’nin (1989), aleksitiminin stresli fiziksel olaylar karşısında beliren durumsal bir tepki olduğuna dair bulgusundan yola çıkarak, alıcıların psikosomatik özellikli ruhsal yapılanmalarının da travmatik bir tepki şeklinde ortaya çıkması ve bu nedenle organ nakli olanların gerçeklik düzeyinde kaldıkları ve düşlemsel kapasiteyi ortaya koyamadıkları söylenebilir

Psikosomatik protokollerde bedene ilişkin yanıtların dürtüsel planda kopuk ve herhangi bir duyguya bağlanmadan verildiği görülür. Verilen anatomi yanıtları düşlemsel dünyanın ifade edilmesine engel olur. Yanıtlar duygusal açıdan oldukça fakirdir ve bilinçdışının bilinç ve bilinç öncesi ile bağlantısının olmadığı görülür

(İkiz, 2005: 23). Atak'ın (2005) çalışmasındaki sindirim sistemi bozukluğu olan bir hastanın Rorschach protokolündeki gibi, bu çalışmadaki alıcıların protokollerinde de sıklıkla insan yanıtı yerine hayvan yanıtlarının verilmiş olması çocuksu yapıyı düşündürmektedir. Çok fazla sayıda yanıt olmaması, ifadelerin basit cümlelerle yapılması ve içerik zenginliğinin olmaması da bu hastalarda psikosomatik yapılanmayı düşündüren diğer nedenlerdendir.

Pierre Marty “işlevsel düşünce”yi, psikosomatik hastalara özgü bir düşünce biçimi olarak tanımlamıştır. Bu düşünce yapısı düşlemsel kapasiteyi olumsuz etkileyerek kısırlaşmasına neden olur ve böylece somatik bozukluğa zemin oluşturur. Düşlemsel faaliyetlerin yetersiz kalmasıyla libidonun nerdeyse yok olduğu görülmektedir (Marty, 1991). Kronik hastalığı olan kişilerin Rorschach protokollerinde; ‘işlevsel düşünce’nin hakimiyeti, depresyonun önemi, ulaşılamaz ve fakir bir düşlemsel dünyaları olduğu ve duygulanımların simgelenemediği görülmektedir (Timsit, 1990). Guéniche ve Hadengue (2000), bu zayıf düşlemselliğin nedeninin kronik hastalık olabileceği gibi özellikle de hastaların temel yaşam ölüm sorunsalına savunmacı uyumları da olabileceğini ifade etmiştir. Aynı zamanda, bu çalışmadaki protokollerin, İkiz ve arkadaşlarının (2004) kemik iliği nakli olmuş ergenlerle yaptıkları çalışmada Rorschach testiyle elde edilen; vücudun parçalanma korkusu, dış sınırların belirlenmesinde zorluk, düşlem dünyalarının kısırlaşması, dış dünya ile daha az ilgilenme ve duygulanımları ifade etmekte görülen zorluk gibi bulgularla benzerlik gösterdiği de görülmüştür (İkiz v.d., 2004).

Bu çalışmayla birlikte ortaya çıkan bir diğer önemli konu da bazı aile içinden nakil olmuş alıcıların görüşme esnasında dile getirdikleri vericilerinin söylemleridir. Vericilerin organ naklinin psikolojik boyutu içerisindeki rollerine bu çalışmada yer verilmemiş de olsa, gelecekteki çalışmalara ışık tutması açısından vericilerle ilgili ortaya çıkan bulgular dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, bazı alıcılar verici olmaktan çok da hoşnut olmayan yakın akrabalarının sözlerini dile getirmişlerdir. Örneğin böbreğini vermekten son anda vazgeçen ablasına çok kızgın olduğunu ifade eden bir alıcı, görüşme esnasında ablasının şu sözlerinden bahsetmiştir: “Üç böbreğim mi var da sana vereyim?”. Bunun üzerine eşinden nakil olmak zorunda kalan hasta, bu sefer de eşinin her sinirlendiğinde: “Hak etmedin sen. İyi bak, benim canım o” gibi sözlerine maruz kaldığına değinmiştir. Buna benzer olarak yine bazı aile içi

vericilerin: “Beni yarım bıraktın”, “Ona bir şey olmasın, kendine iyi bak.”, “Böbreğimi verdim sana, bana bunu yap.”, “Sana verecek üçüncü böbreğim yok” gibi söylemleri olduğunu alıcılar ifade etmişlerdir. Bazı aile içi vericilerin nakil sonrası bu gibi söylemleri, alıcılardaki ruhsal sıkıntıyı fazlalaştırmakta ve alıcı ile verici arasındaki ilişkinin bozulmasına neden olmaktadır.

Aynı zamanda bu çalışmadaki bazı olgularda görüldüğü üzere alıcının nakil sonrası psikolojik durumunun iyi olmaması organ reddine de yol açabilecek bir etken olarak belirmektedir. Bu nedenle nakil öncesi yalnızca alıcının psikolojik değerlendirilmesi dışında, mutlaka alıcı ile verici arasındaki ilişkinin de değerlendirilmesi ve aile içinden olan vericinin nakil işlemi için ne kadar istekli, bilgilendirilmiş ve hazır olduğunun araştırılması organ naklinin başarısı açısından oldukça önemli görülmektedir. Cerrahlar ve doktorlar bu hastaları psikolojik açıdan uzun süre takip edememektedirler. Bu nedenle, bu hastalarla çalışırken psikosomatik alanda nitelikli olan ruh sağlığı uzmanlarının organ nakli servislerinde çalışması yararlı olacaktır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, Türkiye gibi, organ bağışlarının %85 gibi ciddi bir oranının birinci derece yakın akrabalarından gerçekleştiği bir ülkede, vericilerin nakil sonrasında alıcılara karşı olumsuz tutumlarının olması, organ nakli hastalarını kadavradan nakil beklemeye iten bir neden oluşturabilir. Bu da, zaten dünyanın birçok ülkesine göre oldukça geri olduğumuz organ bağışı oranlarında bir ilerleme kaydedemememize yol açabilir. Bu nedenle, nakil öncesi ruhsal değerlendirme daha sistematik hale getirilerek, sadece yan etkilere yönelik bir araştırma değil, nakil öncesi, sırası ve sonrasında uygun bir yardım sağlamak için her hastanın ve eğer aile içindense vericinin kişiliğini ve alıcı-verici ilişkisini daha iyi anlamaya dönük hale getirilmelidir. Bu noktada organ bağışının artmasıyla ilgili bir diğer çözüm yolu ise kadavradan bağışın artması ve bu nedenle toplumun yeteri kadar bilgilendirilmesidir.

Hem aile içi canlı vericiden hem de kadavradan nakilli iki grup hastaya da Türkiye’de organ nakliyle ilgili neler düşündükleri sorulduğunda verdikleri yanıtların bağışların yetersiz olduğu ve bu durumun bilgisizlikten kaynaklandığını düşündükleri üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Alıcılar, organ nakli konusunda diyanetin sık sık açıklama yapmasının ve İslam’da bunun günah olmadığına söylenmesinin gerekliliği, vericiye önemli zararları olmayacağının anlatılması, basın

ve medyanın bu konuda bilgilendirici rol oynaması üzerinde özellikle durmuşlardır. Ölüm kalım meselesi söz konusuysa ve bir hayat kurtarılacaksa bunun günah olmadığına inandıklarını ifade etmişlerdir. Birçok alıcı ise sağlam olan organlarını bağışlamak istediklerini ve bir insanın kendi ya da yakınlarının başına gelmeden organ bağışının önemini anlamakta zorlanacağını söylemiştir. Alıcıların bu söylemlerine bakarak, toplumda organ bağışında bir artış sağlayabilmek için ilgili kamu ve özel idarelerin halkı bilgilendirici ve eğitici kampanyalar yürütmesinin gerekliliği de görülmektedir. Bu konuda diyanetten beklenen sorumluluğun da oldukça can alıcı bir rolü olduğu nakil olmuş alıcılar tarafından ortaya konmuştur.

Organ nakli olmuş hastaların psikolojik değerlendirilmesini amaçlamış olan bu çalışmanın sınırlılıklarına bakıldığında, boylamsal bir çalışma olmaması nedeniyle alıcıların nakil öncesindeki ruhsal durumları yalnızca alıcının ifadesiyle değerlendirilmek durumunda kalmıştır. Bu nedenle her ne kadar katılımcılara organ nakli öncesinde ciddi bir psikiyatrik rahatsızlıklarının olup olmadığı sorulmuş olsa da, hastanın cevabı öznel bir yanıt olarak kalmaktadır. Alıcılarda nakil öncesinden beri var olan, ancak tanısı ve tedavisi yapılmamış bir depresyon ya da anksiyete bozukluğu mevcut ise bu durumun çalışmadaki BDE ve HAD skorlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Bu bağlamda bir alıcının yüksek düzeyde çıkan depresyonunun ya da anksiyetesinin nedenini doğrudan nakil işlemine bağlamak doğru olmayacaktır. Ancak bu noktada, bu farkın nakilden dolayı mı yoksa mevcut bir ruhsal patolojiden mi kaynaklandığını saptamada yarı yapılandırılmış görüşmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı da bu hastaların kullandıkları bağışıklık baskılayıcı tedavinin yan etkisi olarak zaman zaman alıcılarda anksiyete belirtileri ve depresyon görülme olasılığıdır. Benzer biçimde, bu durumda da herhangi bir anksiyete bozukluğu durumunda bunun nakil nedeniyle mi ortaya çıktığını yoksa tıbbi tedavinin bir yan etkisi olarak mı belirdiğini saptamak için alıcıyla yapılan görüşme faydalı bir dayanak noktası olmuştur. Bu çalışmada amaç, yalnızca alıcıların ruhsal dünyalarını değerlendirmek olduğu için aile içi vericilerin bu çalışmaya hiç dahil edilmemiş olması da çalışmanın bir sınırlılığı dahilinde görülebilir. Bu durum, aile içi canlı vericiden nakilli hastaların vericileriyle olan ilişkileriyle bağlantılı yaşadıkları herhangi ruhsal bir sıkıntı durumunda, yalnızca alıcıların söylemlerinden elde edilmiş tek taraflı bilgiler edinmeye yol

açmaktadır. Bunun yanı sıra, çalışma boyunca her alıcıyla yalnızca tek bir görüşme yapılmış olmasının, görüşmenin daha geniş bir psikanalitik çerçevede değerlendirilmesi açısından bir kısıtlılık yarattığı düşünülmektedir.

Bu çalışma güçlü yönleri açısından incelendiğinde ise katılımcıların değerlendirilmesi sırasında hem niceliksel hem de niteliksel metotların bir arada kullanılmış olması istatistiksel olarak elde edilen verilerin ardındaki nedenlerin de ortaya konmasını sağlamıştır. Böylece, psikanalitik bakış açısıyla yorumlanmış bir görüşme ve projektif bir test olan Rorschach testinin de bu hastalara uygulanmasıyla, yalnızca bilinç düzeyinde hastanın kendi kendisini değerlendirdiği ölçümler yapmanın dışında, nakille birlikte beliren bilinçdışı süreçlere de bu çalışmayla ülkemizde ilk kez dikkat çekilmiştir. Aynı zamanda, bu çalışmanın bir diğer güçlü yönü olarak aile içi canlı vericiden ve kadavradan nakilli hastaların ruhsal durumlarının karşılaştırılmış olması sayılabilir. Önceki çalışmalarda katılımcılar bu şekilde gruplandırılmamışken, bu çalışmanın sonuçları özellikle bu iki grupta organ nakli neticesinde ortaya çıkan bilinçdışı düşlemlerde bir takım farklı işleyişler görüldüğünü ortaya koyması açısından önem taşımaktadır.

Tıptaki gelişmelerle birlikte, organ nakli ve ruhsallık üzerine gelecekte yapılacak çalışmalar; el nakli gibi görünürdeki organların nakillerinin endişe verici yabancılık gibi psikanalitik temelli kavramlardan yola çıkarak, alıcıların ruhsallıklarında nasıl etkiler oluşturabileceğini inceleyebilir. Vericilerin organ bağışında bulunma motivasyonlarıyla ilgili literatürde mevcut bazı araştırmalar olmakla birlikte, bu kişilerin organ, doku ve kan bağışı gibi konularda gönüllü olmalarının temelinde yatan kişilik dinamiklerini incelemek amaçlı projektif testlerden ve psikanalitik görüşmelerden ileriye çalışmalarda yararlanılabilir. Ayrıca, bu alanda psikanalitik bakış açısıyla yürütülecek çalışmaların daha az sayıda katılımcıyı dahil ederek, yalnızca psikanalitik görüşmelere dayanan çalışmalar yapması da düşünülebilir. Bu çalışmanın ışığında ortaya çıkan alıcılardaki suçluluk ve borçlanmışlık duygularının, nakil sonrasında aile içi ilişkileri ve/veya alıcı ile verici arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğine dair boylamsal çalışmalar yürütülerek, alıcıyla verici arasındaki ilişkinin nakil öncesi ve sonrasındaki durumu karşılaştırılabilir. Hiçbir görünür tıbbi neden olmaksızın ya da nakil sonrası tedaviye uyumsuzluk nedeniyle görülen organ reddinin bilinçdışı boyutu da bu çalışma

sonucunda beliren ve ülkemiz literatüründe şimdiye kadar araştırılmamış önemli bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, organ reddi yaşayan ve yaşamayan hastaların ruhsal değerlendirilmesi önem taşıyabilir. Aile yapısının ve alıcı tarafından algılanan aile desteğinin alıcıdaki nakil sonrası ruhsal morbiditeye etkisi de bu çalışma sonucunda araştırılmasının etkili olabileceği düşünülen bir başka çalışmanın konusu olabilir.

Sonuç olarak, organ naklinin ruhsallık üzerinde ortaya koyduklarını yoğun bir psikanalitik literatür kapsamında incelemiş bu çalışma, ülkemizde tıbbi hastalıkların ruhsal boyutunu değerlendirmede psikanalitik kuramdan faydalanmanın ve böylece tıp ve psikanaliz ilişkisinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Organ nakli; ancak başkalarına borçlu olduklarımızı tanımamız sonucu kendimiz olabileceğimizi, hepimizin karma varlıklar olduğunu ve bizden önceki nesillerin mirasçısı olduğumuza dikkat çekmektedir. Michel Foucault'nun (1963: 149) dediği gibi: “Yaşayan gece, ölümün aydınlığında kaybolmaktadır”...

KAYNAKÇA

- ABRAM, H.S.: 1972
“Psychological dilemmas of medical progress”, **Psychiatry in Medicine**, 3, 51-58.
- ACHILLE, M.A., OULETTE, A., FOURNIER, S., VACHON, M., HEBERT M.J.: 2006
“Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation”, **Clinical Transplantation**, 20, 301–306.
- ACHILLE, M.A., OULETTE, A., FOURNIER, S., HEBERT, M.J., GIRARDIN, C., PAQUET, M.: 2004
“Impact of Transplant-Related Stressors and Feelings of Indebtedness on Psychosocial Adjustment Following Kidney Transplantation”, **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 11/1, 63-73.
- AKMAN, B., ÖZDEMİR, F.N., SEZER, S.: 2004
“Depression levels before and after renal transplantation”, **Transplantation Proceedings**, 36, 111-113.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: 1994
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington D.C., American Psychiatric Association.
- ARAPASLAN, B., SOYKAN, A., SOYKAN, C.: 2004
“Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: a preliminary study”, **Transplantation Proceedings**, 36, 1419-1421.
- ASCHER, J., JOUET, J.P.: 2004
La Greffe entre Biologie et Psychanalyse, Paris, PUF.

AYDEMİR, Ö.,
KÖROĞLU, E.: 2007

**Psikiyatride Kullanılan Klinik
Ölçekler.** Ankara, Hekimler Yayın
Birliği

ATAK, İ.: 2005

“Sindirim Sistemi Bozukluğu
Hastalıklarında Projektif Test Bulguları
ve Psikosomatik Özellikler”, **Yansıtma:
Psikopatoloji ve Projektif Testler
Dergisi**, 3-4, İstanbul, Bağlam Yayınları.

BAINES, L.S., JOSEPH, J.T.,
JINDAL, R.M.: 2002

“Emotional issues after kidney
transplantation: a prospective
psychotherapeutic study”, **Clinical
Transplantation**, 16, 455–460.

BALASKA, A., MOUSTAFELLOS, P.,
GOURGIOTIS, S., PISTOLAS, D.,
HADJIYANNAKIS, E., VAUGAS, V.,
DRAKOPOULOS, S.: 2006

“Changes in Health-Related Quality of
Life in Greek Adult Patients 1 Year After
Successful Renal Transplantation”,
**Experimental and Clinical
Transplantation**, 2, 521-524.

BASCH, S.H.: 1973

“The Intrapsychic Integration of a New
Organ-A Clinical Study of Kidney
Transplantation”, **Psychoanalytic
Quarterly**, 42, 364-384.

BAUDIN, M.: 2007

“Fantasias. Défis Ethiques, Paris et
Enjeux Fantas(ma)tiques de
l’Implantation d’un Cœur Artificiel avant
Greffe Cardiaque”, **Cliniques
Méditerranéenne**, 76, 107-119.

BAUDIN, M.: 1989

“Changer de Cœur. Continuer sa Vie.”,
Revue de Médecine Psychosomatique,
17/18, 87-102.

- BENNER, P.: 1985
 “Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science.” **Advances in Nursing Science, special issue: Quality of Life**, 8, 1-14.
- BESSE, P., MORIZOR-MARTINET, S., TRAPET, P.: 1994
 “Psychose et Evaluation Clinique Pré-Greffe.”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 122-123.
- BLACHER, R.: 1978
 “Paradoxical Depression after Heart Surgery: A Form of Survivor Syndrome”, **Psychoanalytic Quarterly**, 47, 267-283.
- BRAVATA, D., OLKIN, I., BARNATO, A., KEEFFE, E., OWENS, D.: 1999
 “Health Related Quality of Life After Liver Transplantation: A Meta Analysis”, **Liver Transplantation and Surgery**, 5/4, 318-331.
- BREU-DEJEAN, N., SUDRES, J.L., ROGE, B., ROSTAING, L.: 2003
 “Evenement Greffe et Adaptation Psycho-Sociale: Etude de Sujets Dialysés versus Greffés”, **Annales Médico Psychologiques**, 161, 132-138.
- BURNER, M.: 1994
 “La Greffe d’Organe: Fantasmes du Receveur-Fantasmes du Donneur”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 120-121.
- BUTLER, J.A., RODERICK, P., MULLEE, M., MASON, J.C., PEVELER, R.C.: 2004
 “Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review”, **Transplantation**, 77, 769.
- CARDENAS-SANCHEZ, M.: 1989
 “Hémodialyse Chronique”, **Psychologie des Maladies: Manuel Alphabétique Clinique** (yayımlayan M. Porot) Paris, Masson, s.156-159.

- CASTELNUOVO-TEDESCO, P.: 1978 “Ego Vicissitudes in Response to Replacement or Loss of Body Parts”, **Psychoanalytic Quarterly**, 47, 381-397.
- CASTELNUOVO-TEDESCO, P.: 1973 “Organ Transplant, Body Image, Psychosis”, **Psychoanalytic Quarterly**, 42, 349-363.
- CASTELNUOVO-TEDESCO, P.: 1971 “Psychoanalytic considerations in a case of cardiac transplantation”, **The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy** (yayımlayan S. Arieti.) New York, Basic Books, 1, s. 336-352.
- CHRISTENSEN, A., RAICHLE, K., EHLERS, S., BERTOLATUS, A.: 2002 “Effect of Family Environment and Donor Source on Patient Quality of Life Following Renal Transplantation”, **Health Psychology**, 21/5, 468-476.
- CIANCI, J., LAMB, J., RYAN, R.: 1981 “Organ Transplantation: Renal Transplantation.”, **The American Journal of Nursing**, 81/2, 354-355.
- COLLINS, C., LABOTT, S.: 2007 “Psychological Assessment of Candidates for Solid Organ Transplantation”, **Professional Psychology: Research and Practice**, 38/2, 150–157.
- CONSOLI, S.M.: 1998 “Psychiatrie à l’hôpital général”, **Encyclopédie Médico Chirurgicale**, Paris, Elsevier.
- CONSOLI, S.M., BAUDIN, M.L.: 1994 “Vivre avec l’Organe d’un Autre: Fiction, Fantasmes et Réalités.”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 102-110.

- COOKE, L., GEMMILL, R.,
KRAVITS, K., GRANT, M.: 2009
“Psychological Issues of Stem Cell Transplant”, **Seminars in Oncology Nursing**, 25/2, 139-150.
- COTTENCIN, O.: 2002
“Le donneur vivant d’organe: un donneur contraint?”, **Gastroenterologie Clinique Biologique**, 26, 1081-1082.
- CROMBIE, A., FRANKLIN, P.: 2006
“Family Issues Implicit in Living Donation”, **Mortality**, 11/2, 196-210.
- ÇAM, M.: 1991
“Hemodiyaliz ve böbrek transplantasyonlu hastaların psikiyatrik morbidite açısından incelenmesi ve karşılaştırılması”, **Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi**.
- ÇETİN, Ö.: 2007
“Canlı vericiden karaciğer nakli sonrası vericinin ruhsal ve bedensel sağlığının araştırılması”, **Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**.
- ÇOLAK, M., ERSOY, K.,
HABERAL, M.,
GÜRDAMAR, D., GERÇEK, Ö.: 2008
“A Household Study to Determine Attitudes and Beliefs Related to Organ Transplantation and Donation: A Pilot Study in Yaprak Village, Ankara, Turkey”, **Transplantation Proceedings**, 40, 29–33.
- DALLI, D., TEKĐURAN, V.: 1995
“Böbrek Transplantasyonunda Aile Faktörünün Sosyal Boyutları”, **Ege Üniversitesi KBY Tedavileri Hemşire Dergisi**, 2, 25-26.
- DANION-GRILLIAT, A.: 2007
“Un Don est-il Possible sans Pression?”
Dossier de Presse: Donner, Recevoir un Organe: Droit, Du, Devoir, 17.

- DEGOS, L.: 1994 **Les Greffes d'Organes**, France, Flammarion.
- DEVİRİMCİ, H., KÖKER, S., CANAT, S.: 1997 "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin (HAD) bir Ankara örnekleminde geçerlik ve güvenirliği", **3P Dergisi**, 5/3, 197-201.
- DUBOVSKY, S.L., PENN, I.: 1980 "Psychiatric considerations in renal transplant surgery", **Psychosomatics**, 21.
- ENDERER, M., TURGAY, M., ÖZKAN, S.: 1994 "Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarda psikiyatrik morbidite", **XXX. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Kitabı**, s.188.
- ENGLE, D.: 2001 "Psychosocial Aspects of the Organ Transplant Experience: What Has Been Established and What We Need for the Future", **Journal of Clinical Psychology**, 57/4, 521–549.
- ESCANDE, M., CADILHAC, P., FREXINOS, M., BOUISSOU, F.: 1994 "Approche Psychologique du Don Parental de Greffon Rénal: Aspects Sublimatoires et Défensifs", **Psychologie Médicale**, 26/2, 182-185.
- FELLOUS, M.: 2005 "Soi-même et un autre: l'identité paradoxale du greffé", **Cités** 1, 21, 47-55.
- FORSBERG, A., NILSSON M., KRANTZ, M., OLAUSSON, M.: 2004 "The essence of living parental liver donation – donors lived experiences of donation to their children.", **Pediatric Transplantation**, 8, 372–380.
- FOX, R.C., SWAZEY, J.:1992 **Spare Parts. Organ Replacement in American Society**, New York: Oxford University Press.

- FOUCAULT, M.: 1963 **Naissance de la Clinique**, Paris, PUF
- FREEDMAN, A.: 1983 "Psychoanalysis of a Patient who Received a Kidney Transplant", **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 31, 917-956.
- FREUD, S.: 1915 "Considérations Actuelles sur La Guerre et sur La Mort", **Essais de Psychanalyse**, Paris, Editions Payot, s.253-267.
- FREUD, S.: 1924 "The Dissolution of the Oedipus Complex", **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, 19, s.173-179.
- FREUD, S.: 1919 **L'Inquietante Etrangeté et autres essais**, Paris, Gallimard, 1985, s.209-263.
- FREUD, S.: 1913 "Totem and Taboo", **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, 13, s.1-162.
- FRICCHIONE, G.L.: 1989 "Psychiatric aspects of renal transplantation", **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 23, 407-417.
- FUKUNISHI, I., SUGAWARA, Y., TAKAYAMA, T., MAKUUCHI, M., KAWARASAKI, H., SURMAN, O.S.: 2002 "Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation", **Psychosomatics**, 43, 49-54.
- FUKUNISHI, I., SUGAWARA, Y., TAKAYAMA, T., MAKUUCHI, M., KAWARASAKI, H., SURMAN, O. S.: 2001 "Paradoxical psychiatric syndrome" of the recipient after child-to-parent living-related liver transplantation", **Psychosomatics**, 42, 163.

- FUKUNISHI, I.: 1989
 “Psychosomatic Aspects of Patients on Hemodialysis”, **Psychotherapy and Psychosomatics**, 52, 58-65 .
- GILL, P., LOWES, L.: 2008
 “Gift exchange and organ donation: Donor and recipient experiences of live related kidney transplantation”, **International Journal of Nursing Studies**, 45, 1607-1617.
- GODBOUT, J.: 2005
 “Le Don au-dela de la Dette”, **La Célibataire**, 11, 91-104.
- GODBOUT, J.: 2000
Le don, la dette et l'identité, Paris, La Découverte.
- GODELIER, M.: 1996
L'Enigme du Don, Paris, Fayard.
- GOETZMANN, L., KLAGHOFER, R., WAGNER-HUBER, R., HALTER, J., BOEHLER, A., MUELLHAUPT, B., SCHANZ, U., BUDDEBERG, C.: 2007
 “Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients”, **Journal of Psychosomatic Research**, 62, 93-100.
- GÖKÇAY, S.: 2009
 “Böbrek Nakil Hastalarında Yaşam Kalitesi” **Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi.**
- GRIVA, K., HANSRAJ, S., THOMPSON, D., JAYASENA, D., DAVENPORT, A., HARRISON, M., NEWMAN, S.: 2004
 “Neuropsychological Performance after Kidney Transplantation: A Comparison between Transplant Types and in Relation to Dialysis and Normative Data”, **Nephrology Dialysis Transplantation**, 19, 1866-1874.

- GRIVA, K., ZIEGELMANN, J., THOMPSON, D., JAYASENA, D., DAVENPORT, A., HARRISON, M., NEWMAN, S.: 2002
“Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients”, **Nephrology Dialysis Transplantation**, 17, 2204-2211.
- GUENICHE, K., HADENGUE, A.: 2000
“Plaidoyer pour les Transplantés”, **Gastroentéorologie Clinique Biologique**, 24, 1032-1036.
- GULLEDGE, A.D., BUSTZA, C., MONTAGUE, D.K.: 1983
“Psychosocial aspects of renal transplantation”, **Urology Clinics of North America**, 10, 327-335.
- GÜLEÇ, H., SAYAR, K., ÖZKORUMAK, H.: 2005
“Depresyonda Bedensel Belirtiler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 16, 90-96.
- HABERAL, M., TIRNAKSIZ, M.B., MORAY, G., KARAKAYALI, H., YILDIRIM, S., DEMİRAĞ, A., N. BİLGİN, N.: 1999
“Intrafamilial Organ Transplantation: A Solution to Organ Shortage in Developing Countries”, **Transplantation Proceedings**, 31, 3383-3384.
- HABERAL, M., BİLGİN, N., ARSLAN, G.: 1998
“Twenty two years of experience in transplantation”, **Transplantation Proceedings**, 30, 683-684.
- HATHAWAY, D.K., WINSETT, R.P., JOHNSON, C.: 1998
“Post transplant quality of life models”, **Clinical Transplantation**, 12, 168-174.
- HİSLİ, N.: 1989
“Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği”, **Psikoloji Dergisi**, 23, 3-13.
- HOUSSIN, D.: 2000
L’Aventure de la Greffe, Paris, Dénœl Médiations
- İKİZ, T., PEYKERLİ, G., ANAK, S., GEDİKOĞLU, G.: 2004
“Kemik İliği Naklinin Ergenler Üzerindeki Kısa ve Uzun Süreli Psikolojik Etkileri”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 41/1-2-3-4, 25-32.

- İKİZ, T.: 2003 **Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu-I**, İstanbul, Bağlam Yayınları.
- İKİZ, T.: 2005 **Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu-II**, İstanbul, Bağlam Yayınları.
- İKİZ, T.: 2008 **“Psikosomatik Hastalıklarda Projektif Testler”**, Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 1/2, 110-115.
- İKİZ, T., ATAK, İ., DÜŞGÖR, P., ZABCI, N.: 2009 **Rorschach Kodlama Kitabı Yetişkin Normları**, İstanbul, Bağlam Yayınları.
- JONES, J.: 2005 “Liver Transplant Recipients’ First Year of Posttransplant Recovery: A Longitudinal Study”, **Progress in Transplantation**, 15/4, 345-352.
- KAÇMAZ, N.:1997 “Böbrek Transplantasyonlu Hastaların Psikolojik Gereksinimleri”, **Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**.
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J.: 1996 **Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı** (çeviren ve yayımlayan B. Büyükkal) Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J.: 1995 **Klinik Psikiyatri** (yayımlayan E. Abay) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- KARAM, V., CASTAING, D., DANET, C., DELVART, V., GASQUET, I., ADAM, R., AZOULAY, D., SAMUEL, D., BISMUTH, H.: 2003 “Longitudinal Prospective Evaluation of Quality of Life in Adult Patients Before and One Year After Liver Transplantation”, **Liver Transplantation**, 9/7, 703-711.
- KEMPH, J.P.: 1966 “Renal failure, artificial kidney and kidney transplant”, **American Journal of Psychiatry**, 122, 1270-1274.

- KESER, V.: 2007
“Anneliğe Dair”, **Psikanaliz Yazıları**,
Annelik Sayısı, İstanbul, Bağlam
Yayınları.
- KILIÇ, C.: 1997
Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor,
Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- KIM, S.: 2003
“Qualitative, quantitative methods
combine for best online research”,
Selling, 1-2.
- KLAPHEKE, M.: 1999
“The role of the psychiatrist in organ
transplantation.”, **Bulletin of the
Menninger Clinic**, 63/1.
- KLEIN, M.: 1957
**Envy and Gratitude. A Study of
Unconscious Sources**, New York: Basic
Books, Inc.
- KOÇKAR, A.İ., SOYSAL, Ş.,
ALPARSLAN, S., ŞENOL, S.,
BUYAN, N.: 2000
“Transplantasyon Sonrası Yaşama
Uyum: Grup Yaşantısı İçerisinde Üç
Vakanın Değerlendirilmesi”, **Çocuk ve
Ergen Ruh Sağlığı Dergisi**, 7/3, 182-
188.
- KOÇYİĞİT, H.,
AYDEMİR, Ö., ÖLMEZ, N.: 1999
“SF-36’nın Türkçe için güvenilirliği ve
geçerliliği”, **Ege Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon Dergisi**.
- KRANENBURG, L., ZUIDEMA, W.,
WEIMAR, W., IJZERMANS, J.,
PASSCHERS, J., HIHORST, M.,
BUSSBACH, J.: 2005
“Postmortal or living related donor:
preferences of kidney patients”,
Transplant International, 18, 519–523.
- KRESS, J.J., CLEDES, A.: 1994
“Etude Psychologique du Don, de la
Dette et de la Culpabilité a l’Occasion
des Greffes d’Organes”, **Psychologie
Médicale**, 26/2, 147-152.

- KUBO, M., KAWAI, M., SAKURABA, S., MORI, N., OGURI, K., KOMODA, T.: 2001
 “Psychiatric Symptoms in Renal Transplant Patients in Relation to Alexithymia”, **Transplantation Proceedings**, 33/7-8, 3698-3699 .
- KUMBASAR, H.: 1997
 “Organ Nakli ve Ruhsal Sorunlar”, **Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları**, 2/1, 77-86.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B.: 1987
Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, P.U.F., s. 200.
- LE BRETON, D.: 1990
Anthropologie du corps et modernite, Paris, P.U.F.
- LELONG, S.: 1994
 “La Rein-Carnation”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 291-294.
- LEVI-STRAUSS, C.: 1950
 “Introduction a l’oeuvre de Marcel Mauss”, **Sociologie et Anthropologie** (yayımlayan: M. Mauss) Paris, P.U.F. .
- LIU, H., URER, I.D., DWYER, K., SPEROFF, T., SHAFFER, D., PINSON, C.W.: 2008
 “The effects of gender and age on health-related quality of life following kidney transplantation”, **Journal of Clinical Nursing**, 17, 82–89
- LUMSDAINE, J., WRAY, A., POWER, M., JAMIESON, N., AKYOL, M., BRADLEY, A., FORYSTHEL, J., WIGMOREL, S.: 2005
 “Higher quality of life in living donor kidney transplantation: prospective cohort study”, **Transplant International**, 18, 975–980.
- LURIE, A.: 1978
 “Renal transplants today” **Kupat-Hilom Year Book**, 5, 136-146

- MAHLER, M. S.: 1974
 “Symbiosis and Individuation. The Psychological Birth of the Human Infant”, **The Psychoanalytic Study of Child**, 29, New Haven, Yale University Press, s. 89-106.
- MANUELLO, M., DANION-GRILLIAT, A., FISCHBACH, M., WOLF, P., BURSTEJN, C.: 1994
 “Aspects Psychologiques des Dons de Reins Apparentes”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 162-164.
- MARCELLI, D., NIVET, H., CARON, M.: 1994
 “Greffes d’Organes a l’Adolescence. A Partir de l’Experience de deux Equipes”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 153-156.
- MARTINEZ-ALARCON, L., RIOS, A., CONESA, C., ALCARAZ, J., GONZALEZ, M.J., RAMIREZ, P., PARRILLA, P.,: 2006
 “Attitude of kidney patients on the transplant waiting list toward related-living donation. A reason for the scarce development of living donation in Spain”, **Clinical Transplantation**, 20, 719–724.
- MARTY, P.: 1991
Mentalisation et Psychosomatique, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- MAUSS, M.: 1924.
 “Essai sur le don. Forme et raison de l’échange dans les sociétés archaïques.”, **Sociologie et Anthropologie** (yayımlayan: M. Mauss, 1950) Paris, P.U.F., s.144-279.
- MINZ, M., UDGIRI, N., SHARMA, A., HEER, M.K., KASHYAP, R., NEHRA, R., SAKHUJA, V.: 2005
 “Prospective Psychosocial Evaluation of Related Kidney Donors: Indian Perspective”, **Transplantation Proceedings**, 37, 2001–2003.

- MORAN, J., CHRISTENSEN, A., EHLERS, S., BERTOLATUS, A: 1999
“Family Environment, Intrusive Ideation, and Adjustment Among Renal Transplant Candidates”, **Annals of Behavioral Medicine**, 21/4, 311-316.
- MUTHNY, F.A.: 1984
“Postoperative course of patients during hospitalization following renal transplantation”, **Psychotherapy and Psychosomatics**, 42, 133-142.
- NANCY, J.L.: 2000
L’Intrus, Paris, Editions Galilée.
- NICKEL, R., WUNSCH, A., EGLE, U., LOHSE, A., OTTO, G.: 2002
“The Relevance of Anxiety, Depression, and Coping in Patients After Liver Transplantation”, **Liver Transplantation**, 8/1, 63-71.
- ORGAN NAKLİ
KOORDİNATÖRLERİ DERNEĞİ:
2008
Organ Nakli İstatistikleri, (Çevrimiçi), <http://www.onkod.org/istatistik.php>, 5 Ocak 2010.
- O.N.T.TRANSPLANT NEWSLETTER:
2008
Organ Donation and Transplantation Statistics, 13/1.
- ÖZÇÜRÜMEZ, G., TANRIVERDİ, N., ZİLELİ, L.: 2003
“Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri”, **Klinik Psikiyatri**, 6, 225-234.
- ÖZÇÜRÜMEZ, G., TANRIVERDİ, N., ÇOLAK, T., EMİROĞLU, R., ZİLELİ, L., HABERAL, M.: 2004
“The Psychosocial Impact of Renal Transplantation on Living Related Donors and Recipients: Preliminary Report”, **Transplantation Proceedings**, 36, 114-116.
- PASCALIS, G., AUGUSTIN, I.: 1989.
“Transplantation Rénale”, **Psychologie des Maladies: Manuel Alphabétique Clinique** (yayımlayan M. Porot) Paris, Masson, s. 281-283.

- POPKIN, M.K, CALLIES, A.L., COLON, E.A., LENTZ, R., SUTHERLAND, D.: 1993
“Psychiatric diagnosis and the surgical outcome of pancreas transplantation in patients with type I diabetes mellitus”, **Psychosomatics**, 34, 251-258.
- POUTOT, V., LAXENAIRE, M.: 1994
“Aspects Psychologiques de la Transplantation Cardiopulmonaire chez l’Enfant atteint de mucoviscidose: A Propos de Cinq Observations”, **Psychologie Médicale**, 26/3, 299-301
- RABANES, F.: 1994
“La Représentation du Donneur Anonyme”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 186-188.
- SAĞDUYU, A., ÖZEL, S.: 2000
“Böbrek Nakli Adaylarında Ruhsal Sorunlar ve Yeti Yitimi”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 11/2, 103-112.
- SAĞDUYU, A., ERTEN, Y.: 1998
“Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 9/1, 13-22.
- SAĞDUYU, A., ŞENTÜRK, V., SEZER, S., EMİROĞLU, R., ÖZEL, S.: 2006
“Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 17/1, 22-31.
- SANNER, M.A.: 2001
“People’s feelings and ideas about receiving transplants of different origins-questions of life and death, identity, and nature’s border”, **Clinical Transplantation**, 15, 19.
- SANNER, M.: 2003
“Transplant recipients’ conceptions of three key phenomena in transplantation: the organ donation, the organ donor, and the organ transplant.”, **Clinical Transplantation**, 17, 391–400.

- SASTRE-GARAU, P., ASCHER, J.: 1994
 “Donner disent-ils: Réflexions sur le Don de Moelle”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 157-158.
- SCHWERING, K.L.: 1993
 “L’Incorporation Psychique du Greffon chez l’Enfant Transplanté.”, **Pédiatrie et Psychanalyse**, Paris, Editions P.A.U. s.137-145.
- SCHWERING, K.L.: 1993
 “La Transplantation a l’Epreuve du Don”, **Pédiatrie et Psychanalyse**, Paris, Editions P.A.U, s. 63-71.
- SCHWERING K.-L.: 2001
 “Le traitement psychique de l’organe transplanté: ingestion, incorporation, sexualisation”, **La psychiatrie de l’Enfant**, 44, 127-167.
- SIMMONS, R.G.: 1982
 “Long-term reactions of renal recipients and donors.”, **Psychonephrology II** (yayımlayan Levy N.B.) New York, Plenum, s.275-287.
- SPOLJAR, P.: 2008
 “L’Accompagnement du Patient Greffé, un Travail sur les Liens.”, **Pratiques Psychologiques**, 14, 323-338.
- STORA, J. B.: 2005
Vivre Avec Une Greffe, Paris, Odile Jacob.
- SURMAN, O.S.: 1989
 “Psychiatric aspects of organ transplantation”, **American Journal of Psychiatry**, 146, 972-982
- SUZANNE, D.: 1994
 “Croire au Greffon”, **Adolescence**, 24, 189-205.

- SUZANNE, D.: 1994 “Un Adolescent est Greffé”, **Psychologie Médicale**, 26/2, 168-171.
- SUZANNE, D.: 1995 “Le Travail de la Greffe: Processus psychiques et transplantations d’organes à l’adolescence dans la mucoviscidose” **Klinik Psikoloji Doktora Tezi, Paris 7 Üniversitesi, Fransa.**
- TAIEB, O., DUTRAY, B., PRADERE, J., MORO, M.R.: 2002 “Enjeux Psychiques du don de Moelle Osseuse”, **Evolution Psychiatriques**, 67, 480-495.
- TANRIVERDİ, N., ÖZÇÜRÜMEZ, G., ÇOLAK, T., DÜRÜ, Ç., EMİROĞLU, R., ZİLELİ, L., HABERAL, M.: 2004 “Quality of Life and Mood in Renal Transplantation Recipients, Donors, and Controls: Preliminary Report”, **Transplantation Proceedings**, 36, 117-119.
- TIMSIT, M: 1990 “Distorsions des réponses kinesthésiques au Rorschach et somatisation”, **Revue de psychologie appliquée**, 40/2, 261-286.
- TOURKOW, L.P.: 1974 “Psychic Consequences of Loss and Replacement of Body Parts.”, **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 22, 170-181.
- TRIFFAUX, J.M., MAURETTE, J.L., DOZOT, J.P., BERTRAND, J.: 2002 “Troubles psychiques liés aux greffes d’organes.”, **Encyclopédie Médicale Chirurgicale**, Paris, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
- TÜRK DİL KURUMU: 2005 **Türkçe Sözlük**, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları

TÜRNÜKLÜ, A.: 2000

“Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme”, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi**, 24, Ankara, Pegem Yayıncılık.

ÜSTÜNDAĞ, H., GÜL, A., ZENGİN, N., AYDIN, M.: 2007

“Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2/6, 117-125.

WAINWRIGHT, S., FALLON, M., GOULD, D.: 1999

“Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review”, **Journal of Clinical Nursing**, 8, 233-245.

WORLD HEALTH ORGANISATION: 1958

The first ten years of the World Health Organisation, Geneva, WHO.

ZIEGLER, C.P., FASSEUR, F., RUFFINER-BONER, N.: 2007

“Quel(s) Espace(s) de Parole (s) dans la Maladie Grave: En attendant la transplantation.” **Cahiers de Psychologie Clinique**, 28/1, 133-165.

EK-1 YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU (AİLE İÇİNDEN NAKİLLİ HASTALAR)

Hasta Kodu:

Sosyodemografik Bilgiler

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim Durumu:

Medeni Durumu:

Meslek:

Evde kimlerle yaşadığı:

Nakil öncesi dönemde psikolojik tedavi görüp görmediği:

Görüşme Formu (Aile İçi Vericiden Nakil Olmuş Hastalar için)

- Kaç seneden beri rahatsızlığının olduğu
- Hastalığının hayatını nasıl etkilediği (diyalizde kalma süresi)
- Ne zaman organ nakli olduğu
- Nakil öncesinde nakil işlemiyle ilgili olarak ne kadar bilgilendirildiği (avantajları, dezavantajları, alıcı-verici üzerindeki etkileri, vs...)
- Ailede kimden organ nakli yapıldığı
- Kendi tercihi nedeniyle mi yoksa uyum nedeniyle mi o kişiden nakil yapıldığı (ailede birden fazla donör var ise)
- Verici ile ilgili hisleri (nasıl biri olduğu hakkındaki duygu ve düşünceleri)
- Nakil öncesinde verici ile olan ilişkisi

- Nakil sonrasında verici ile ilişkisi (ilişkilerinin değişip değişmediği)
- Nakil işlemi sırasında kendisi ve verici için ortaya çıkan endişeleri
- Nakil sonrasında aile bireylerinin tepkileri, yaklaşımları, desteği
- Kendisini organ nakli sonrasında nasıl hissettiği/ organ nakliyle ilgili duygu ve düşünceleri (ruhsal)
- Nakil sonrasında ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı
- Organ bağıışı ilgili genel duygu ve düşünceleri

EK-2 YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU (KADAVRADAN NAKİLLİ HASTALAR)

Hasta Kodu:

Sosyodemografik Bilgiler

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim Durumu:

Medeni Durumu:

Meslek:

Evde kimlerle yaşadığı:

Nakil öncesi dönemde psikolojik tedavi görüp görmediği:

Görüşme Formu (Kadavradan Nakil olmuş Hastalar için)

- Kaç seneden beri rahatsızlığının olduğu
- Hastalığının hayatını nasıl etkilediği (diyalizde kalma süresi)
- Ne zaman organ nakli olduğu
- Nakil öncesinde nakil işlemiyle ilgili olarak ne kadar bilgilendirildiği (avantajları, dezavantajları, alıcı üzerindeki etkileri, vs...)
- Kadavradan organ naklinin kendi tercihi olup olmadığı (aile içi verici olduğu halde, böyleyse nedeni)
- Nakil sürecinde gelişmiş olan endişeleri (kendisi için)
- Kadavradan organ nakli hakkında duygu ve düşünceleri

- Vericinin kim olduğunu bilip bilmediği, öğrenmek isteyip istemediği, vericinin ailesiyle iletişim kurup kurmadıkları
- Vericinin nasıl birisi olduğunu hayal ettiği
- Kendisini nakil sonrasında ruhsal olarak nasıl hissettiği/organ nakliyle ilgili duygu ve düşünceleri
- Nakil sonrasında aile bireylerinin tepkileri, yaklaşımları, desteği
- Nakil sonrasında ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı
- Organ bağıışı ilgili genel duygu ve düşünceleri

EK-3 ÖRNEK RORSCHACH PROTOKOLÜ

I) 1) Yarasa 2) Kartal olabilir, kuş çeşidi.	Kuyruğu olabilir Kanatlar gibi, boyalar yana yayılmış.	G F+ A (Ban) G F + A
II) 3) Ciğere benziyor, damarlar 4) Kelebek	Siyah yerleri benzettim. Şekli her iki tarafta da var. Kalpten ciğerlere inen damarlara benziyor. Antenden dolayı	D FC- Anat D FC+ A (Ban)
III) 5) Maymuna benziyor, insana da benziyor, bir şey karıştırıyorlar. 6) Karikatürlerde olur ya iki birbirini seven insanın kalbi.	Kazan, tencere gibi.	G K H/A D F+ Anat
IV) V 7) Ejderha, oturmuş farz edersek ayakları olabilir, uçuyor olarak düşünürsek alt tarafı kuyruk.	Kanatları, kafası	G kan (A)
V) V 8) Yarasa veya kelebek.	Kanatlar var, İlk resimdeki gibi, yarasanın kulakları	G F+ A (Ban)
VI) 9) Uzaktan bakınca hayvan postu 10) Ejderha uçuyor üstten görünümü	Yere serilmiş	D FE Ad G kan (A)
VII) 11) İki kız çocuğu birbirine koşuyor gibi	Elleri arkaya doğru saçları havada	G K H
VIII) 12) Boğaya benziyor.		D F+ A Ban

IX) 13) Aleve benziyor. V 14) Ağaca benziyor. 15)Volkanik dağ X) 16) Tırtıl 17) Deniz anası 18) Akrep 19) Baltaya benziyor En sevdiği: 3.kart: daha iç açıcı geldi bana sevgi var. En sevmediği: 4.kart: daha ürkütücü bir kart bence.	Renginden benzettim Gövdesi Yukarı doğru kırmızılık var, patlamış volkan. Antenleri var. Şekli	D CF Elem Dd FC- Doğa D kob C Volkan D F+ A Dd F- A Dd F- A D F- Nesne
--	---	--

EK-4 BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Hasta Kodu:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi işaretleyiniz.

- 1- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2- a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı.
- 5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.

- 8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- a) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
- 11- a) Her zamankinden daha sinirli veya tedirgin değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyorum.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15 - a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16 - a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- 17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
- 18 - a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
- 19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
- 20- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir değişiklik yok.
b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-5 HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON (HAD) ÖLÇEĞİ

HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtı işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza gelen ilk yanıt en doğrusu olacaktır.

- 1) Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.
 - a) Çoğu zaman
 - b) Bir çok zaman
 - c) Zaman zaman, bazen
 - d) Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - a) Aynı, eskisi kadar
 - b) Pek eskisi kadar değil
 - c) Yalnızca biraz eskisi kadar
 - d) Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
 - a) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 - b) Evet ama çok da şiddetli değil
 - c) Biraz, ama bu beni endişelendiriyor
 - d) Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - a) Her zaman olduğu kadar
 - b) Şimdi pek o kadar değil
 - c) Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - d) Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 - a) Çoğu zaman
 - b) Birçok zaman
 - c) Zaman zaman, ama çok sık değil
 - d) Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
 - a) Hiçbir zaman
 - b) Sık değil
 - c) Bazen
 - d) Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
 - a) Kesinlikle
 - b) Genellikle
 - c) Sık değil
 - d) Hiçbir zaman

- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- a) Hemen hemen her zaman
 - b) Çok sık
 - c) Bazen
 - d) Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.
- (a) Hiçbir zaman
 - (b) Bazen
 - (c) Oldukça sık
 - (d) Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- a) Kesinlikle
 - b) Gerektiği kadar özen göstermiyorum
 - c) Pek o kadar özen göstermiyorum
 - d) Her zamanki kadar özen gösterebiliyorum
- 11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- a) Gerçekten çok fazla
 - b) Oldukça fazla
 - c) Çok fazla değil
 - d) Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum.
- a) Her zaman olduğu kadar
 - b) Her zamankinden biraz daha az
 - c) Her zamankinden kesinlikle daha az
 - d) Hemen hemen hiç
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- a) Gerçektende çok sık
 - b) Oldukça sık
 - c) Çok sık değil
 - d) Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- a) Sıklıkla
 - b) Bazen
 - c) Pek sık değil
 - d) Çok seyrek

EK-6 KISA FORM YAŞAM KALİTESİ (SF-36) ÖLÇEĞİ

KISA FORM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl

değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? **İşaretleyiniz.**

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı? **İşaretleyiniz.**

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya endişe) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı? **İşaretleyiniz.**

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) ok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) şiddetli
- f) ok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, **işaretleyiniz.**

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
- b) Çoğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					