

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**“CANLI ORGAN VERİCİLERİNİN KARARDAN PIŞMANLIK
VE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”**

“AYŞE ÖZKAN”

**DANIŞMAN
“ DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN”**

“CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI”

İSTANBUL-2021

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Canlı Organ Vericilerinin Karardan Pişmanlık ve Psikolojik Belirtilerinin Belirlenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlandırılmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını, yararlanılan eserlerin kaynaklar listesine alındığını, tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışın olmadığını belirtir ve beyan ederim.

"Ayşe Özkan"

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, tezin yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren, hem de çalışmalarım da beni yüreklendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN'e, ayrıca yüksek lisans eğitimim için beni cesaretlendiren, bilgilerini benden esirgemeyen İstinye Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayhan DİNÇKAN'a ve ışığında aydınlandığım tüm hocalarıma, desteklerini, yardımlarını ve sevgilerini biran olsun benden esirgemeyen dostlarıma, bu süreçte beraber yürüdüğüm, düştüğüm ve birlikte gülererek kalktığım ekip arkadaşlarıma, hayatımın her anında yanımda olan, varlıklarıyla varlığımı güzelleştiren canım annem, ablam ve kızıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYANI	İ
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
GİRİŞ	İ
1. GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. Organ ve Doku Nakli	4
1.1.1. Kadavradan Organ Nakli	8
1.1.2. Canlı Vericiden Organ Nakli	8
1.2. Canlı Vericiden Organ Naklinde Yasal ve Etik Boyutlar.....	9
1.2.2. Etik Yaklaşım.....	9
1.2.1. Yasal Yaklaşım	10
1.3. Canlı Vericiden Böbrek Nakli	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. 2
1.3.1. Canlı Vericiden Böbrek Nakli Hazırlığı	122
1.3.2. Canlı Vericiden Böbrek Nakli Cerrahi Prosedürleri.....	12
1.3.2.1. Açık Donör Nefrektomi	13
1.3.2.2. Laparoskopik Donör Nefrektomi	13
1.3.2.3. Laparo-endoskopik Tek Port Donör Nefrektomi	14
1.3.2.4. Canlı Vericili Böbrek Naklinde Cerrahi Komplikasyonlar.....	15
1.3.3. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli.....	15
1.3.3.1. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Hazırlığı	15
1.3.3.2. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Cerrahi Prosedürleri	17

1.3.3.3. Canlı Vericiden Karaciğer Naklinde Cerrahi Komplikeasyonlar	18
1.4. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Psikolojik ve Sosyal Sorunlar	19
1.4.1. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Toplumsal Sorunlar	19
1.4.2. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Dini Boyut	20
1.4.3. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Psikososyal Sorunlar	23
1.4.4. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Açısından Önemi	24
2. MATERYAL VE METOD	26
2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	27
2.2. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular	27
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
2.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	28
2.5.1. Sosyodemografik Veri Formu ve Verici Tanıtıcı Özellikleri (EK-5)	28
2.5.2. Karardan Pişmanlık Ölçeği (KPÖ) (EK-6)	29
2.5.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK-7)	29
2.6. Araştırmanın Veri Toplama Süreci	30
2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	30
2.8. Araştırmanın Etik Yönü	30
3. BULGULAR	31
3.1. Çalışmaya Katılanların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	31
4. TARTIŞMA	44
5. SONUÇ	49
KAYNAKÇA	50
EK-1: Etik Kurul Formu	61
EK- 2: Kurum İzni Kararı	62
EK-3: Ölçek Kullanım İzin Formu	63
EK-4: Bilgilendirilmiş Olur Formu	65

EK- 5: Sosyo-Demografik Veri Formu.....	66
EK- 6: Canlı Verici Tanıtım Formu.....	67
EK- 7: Karardan Pişmanlık Ölçeği (KPÖ).....	69
EK- 8: Kısa Semptom Envanteri (KSE)	70
İNTİHAL RAPORU	71
ÖZGEÇMİŞ	73



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. 2018'de dünya genelinde tahmini organ nakli SAYISI	8
Şekil 2. Canlı vericiden en fazla organ naklinin yapıldığı 5 ülke.....	9
Şekil 3. Kadavradan en fazla organ naklinin yapıldığı 5 ülke	9
Şekil 3.1. Katılımcıların cinsiyet değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=273)	44
Şekil 3.2. Katılımcıların eğitim durumu ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=273).....	45
Şekil 3.3. Katılımcıların yaş grubu ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=273).....	45

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo 3.1.</u> Vericilerinin tanıtıcı özellikleri	37
<u>Tablo 3.2.</u> Vericilerin cerrahi girişim bilgileri.....	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
<u>Tablo 3.3.</u> Vericilerinin nakil sonrası yaşama uyum ve tekrar verici olmaya yönelik düşüncelerinin dağılımı.....	39
<u>Tablo 3.4.</u> Vericilerinin karardan pişmanlık ölçeği'nin maddelerine verdikleri cevapların dağılımı	39
<u>Tablo 3.5.</u> Vericilerin kısa semptom envanteri ve karardan pişmanlık ölçeği'nin genel ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı.....	40
<u>Tablo 3.6.</u> Vericilerin bazı tanıtıcı özellikleri ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
<u>Tablo 3.7.</u> <u>Karardan pişmanlık</u> ölçeği ve kısa semptom envanteri'nin puan ortalamaları arasındaki ilişki	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
<u>Tablo 3.8.</u> KPÖ ve KSE'nin puan ortalamasını etkileyen faktörler.....	47

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GRWR: Graft Rate Weight Rate

KPÖ: Karardan Pişmanlık Ölçeği

KSE: Kısa Semptom Envanteri

SFSS: Small For Size Sendrom

TCK: Türk Ceza Kanunu

TMK: Türk Medeni Kanunu

ÖZET

Özkan, A. (2021). Canlı Organ Vericilerinin Karardan Pişmanlık ve Psikolojik Belirtilerinin Değerlendirilmesi, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma canlı organ vericilerinin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini İstinye Üniversitesi Bahçesehir Liv Hastanesi Organ Nakil Merkezi'nde böbrek ve karaciğer vericisi olan 273 (%52; 273/525) katılımcı oluşturdu. Çalışma 5.11.2020/ toplantı 13/ karar 05 etik kurul onayı alınarak yapılmıştır. Veriler 13 Kasım-20 Aralık 2020 tarihleri arasında google form aracılığıyla e-mail, Whatsapp gruplarına mesaj atılarak online olarak toplandı. Veri toplamada Sosyo-Demografik Veri Formu, Karardan Pişmanlık Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ölçekleri kullanıldı. Katılımcıların % 32.1'i 29-39 yaş aralığında, %52.4'ü erkek, %35.5'i ilköğretim mezunu, %68.5'i böbrek vericisi, % 57.1 birinci derece akrabası, %89.8'i tekrar verici olmak istedikleri belirlendi. Çalışmada katılımcıların karardan pişmanlık (24.71±7.68) ve psikolojik belirtilerin görülme sıklığı (67.13±22.79) çok düşük bulundu. Kadın (p=0.002) ve 29-39 yaş aralığındaki katılımcıların (p=0.003) psikolojik belirtileri daha yüksek olmakla birlikte cinsiyet (OR=-8.89) ve yaş (OR=-3.36) negatif yönde etkileyen faktörler olarak belirlendi. Yine karardan pişmanlık düzeyine eğitim durumu negatif yönde etkileyen faktör (OR= -1.84) olarak saptandı. Karardan Pişmanlık Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri'nin genel ve alt boyutları arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulundu (p=0.001). Çalışmada canlı organ vericilerinin hayat kurtarmalarına bağlı kararlarından pişmanlık duymadıklarından, psikolojik belirtilerinde oluşmadığı, manevi yönden mutlu oldukları sonucuna ulaşıldı. Kadın ve genç yaştaki canlı organ vericilerin psikolojik yönden daha yakından takip edilmesi, stresle baş etme becerileri eğitimi, meditasyon, yoga gibi gevşeme-rahatlama yöntemlerinden destek almanın yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Organ nakli, Canlı verici, Karardan pişmanlık, Psikolojik belirtileri

ABSTRACT

Özkan, A. (2021). Evaluation Of Psychological Symptoms Of Living Donors And Their Regret About The Donation Decision, İstinye University, Institute of Health Science, Anabilim Dalının İngilizce Adı. Master/Doctoral Thesis. Istanbul.

This study was carried out in a descriptive, cross-sectional and relationship-seeking type with the aim of evaluating the regret of the donation decision and psychological symptoms of living donors. 273 (52%; 273/525) participants who were kidney and liver donors at the İstinye University Liv Hospital were included. The study has been approved by the İstinye University ethics committee (5.11.2020/13-05). The data were collected between 11.13.2020 and 12.20.2020 by e-mail via google form, by sending a message to Whatsapp groups. Socio-demographic data form, Regret of Decision Scale (RDS), and Brief Symptom Inventory (BSI) scales were used. 32.1% of the participants were between the ages of 29-39, 52.4% were male, 35.5% were primary school graduates, 68.5% were kidney donors, 57.1% were first degree relatives, and 89.8% of them were willing to donate again. The participants' regret about the decision (24.7 ± 7.68) and the frequency of psychological symptoms (67.13 ± 22.79) were very low. Although female gender ($p=0.002$) and participants aged between 29-39 ($p=0.003$) had higher psychological symptoms, gender ($OR=-8.89$) and age ($OR=-3.36$) were determined as negatively affecting factors. Education level was found to be a factor ($OR= -1.84$) that negatively affected the level of regret from the decision. A strong positive correlation was found between the RDS and the general and sub-dimensions of the BSI ($p=0.001$). It was concluded that since the donors did not regret their decision to save life, psychological symptoms did not occur and they were spiritually happy. It is thought that it will be beneficial to follow young and female donors psychologically more closely and to receive support from relaxation methods.

Keywords: Transplantation, Living donor, Regret from decision, Psychological symptoms

GİRİŞ

Çeşitli organ ve dokuların bir insandan diğere başarıyla nakledilmesi, modern tıp ve cerrahinin insanlığa en önemli armağanlarından biridir. Organ nakli, son 65 yılda bilim ve teknoloji alanında yaşanan baş döndürücü gelişmelere bağlı olarak son dönem organ yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam sürelerinin uzamasında etkili tek tedavi yöntemi haline gelmiştir (Akyolcu ve Şahin, 2021). Bu başarılı sonuçların elde edilmesine bağlı günümüzde artık birçok merkezde böbrek, karaciğer, pankreas, kalp ve akciğer gibi organların yanı sıra çok sayıda doku nakli yapılabilmekte ancak verici bulma sorunu hala güncelliğini sürdürmektedir.

Gelişmiş ülkelerde organ nakillerinin büyük bir kısmı kadavradan gerçekleştirilirken, ülkemizde yasal düzenlemelere karşın beyin ölümü tanısı konulan kişi sayısı oldukça az olup nakiller genellikle canlı donörden yapılmaktadır (Uğraş, 2021). Kadavra donör oranı 2015 yılında, Türkiye’de milyon nüfus başına 6 iken Avrupa’da bazı ülkelerde 40,2’ye kadar yükselmiştir (EDQM, 2015). Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre Ocak-Mayıs 2019 tarihleri arasında 2.406 hastaya nakil yapılırken, bu nakillerin sadece 535’i kadavradan gerçekleşmiştir (TC Sağlık Bakanlığı KODNHDB verileri, 2021). Gerçek organ gereksiniminin karşılanabilmesi ve sağlıklı bireyin yaşamının riske sokulmaması için kadavra donörden organ naklinin yapılması önerilmektedir. Ancak bekleme listesindeki hasta sayısının ve bekleme listesindeki hastaların mortalitesinin giderek artması, canlı vericili organ naklinin artmasına neden olmaktadır (Elola-Olaso ve ark., 2005; Wiederkehr ve ark., 2005). Canlı vericiden yapılan nakillerin avantajları; canlı vericiden alınan organ kalitesinin kadavradan alınana kıyasla daha yüksek olması, daha iyi doku uyumu sağlaması ve hastanın yaşam kalitesi üzerine daha olumlu etki yapmasıdır (Beresford, 2004). Ülkemizde 2015 yılı verilerine göre, canlı vericiden milyon nüfus başına 38.4 ile Türkiye dünyada ilk sırada yer almakta olup, bunu 38.4 ile Güney Kore, 33.9 ile Hollanda, 27.3 ile Suudi Arabistan takip etmektedir (Baykan, 2017).

Canlı verici ve alıcılara uygulanacak tüm nakil girişimlerinde yarar ve zarar dengesi kurulabilmeli, karşılaşılabilecekleri olası ve öngörülemeyen risk ve zararlar

mümkün olduğunca, hastaların sağlayacağı yararın üzerinde olacak biçimde en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Her cerrahi girişim yüksek veya düşük bir risk içermektedir (Acaroğlu ve Çulha, 2021). Sağlık çalışanları, bir hastanın yaşam süresini uzatmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışırken, sağlıklı bir bireyi riske attığını unutmamalıdır (Meirelles Júnior ve ark., 2015). Donöre transplantasyon öncesi ve sonrası uygun nitelikte hemşirelik bakımı ve eğitiminin verilmesi donörde komplikasyonların önlenmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve sürdürülmesinde oldukça önemlidir. Hemşireler donörlerin gereksinim duyduğu eğitimin tüm aşamalarında büyük rol oynayarak bireyin yeniden fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmeleri ve evdeki bakımı sürdürmeleri için gerekli olan bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmalarına yardımcı olabilir. Böylece, hemşireler bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere uyumlarını kolaylaştırarak kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlayabilirler (Gülen ve Karaca, 2018). Alıcı için canlı vericiden yapılan organ nakli avantaj sağlarken, vericiler için cerrahi girişim sonrası ağrı ve komplikasyon gelişimine bağlı psikososyal yönden olumsuz sonuçlar oluşabilir. Yapılan çalışmaların çoğunlukla Avrupa, Amerika ve Kanada'da gerçekleştirildiği, nakil sonrasında vericinin “kendini iyi hissetme” (well-being) ve “kendilik değerinde” (self-esteem) artış olduğu, yaşam kalitelerinde bir azalma olmadığı ve komplikasyon gelişmediği bildirilmiştir (Trotter ve ark., 2001; Shiffman ve ark., 2002).

Dünya ortalamasına göre ülkemizde canlı organ verici sayısının daha fazla olması, verici adaylarının yakın akrabalarından oluşuyor olması, verici ve alıcı ilişkileri açısından bu çalışmanın planlanması önemlidir. Ayrıca verici adaylarında psikiyatrik hastalıkların nadir olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır (İzci ve ark., 2016). Hemşirelerin canlı vericilerin nakil öncesi ve sonrası dönemde hastaların psikososyal sorun ve gereksinimlerinin belirlenerek girişimlerde bulunabilmesi, hastalarda farkındalık yaratmayı içeren önemli sorumlulukları vardır. Canlı vericilerde özellikle psikososyal sorunların temelinde canlı verici olmaya ilişkin verdiği kararı sorgulama ve bundan pişmanlık duyarsa ya da yaşamsal bir tehditle karşı karşıya kalırsa psikososyal belirtiler açığa çıkabilir ve tetiklenebilir. Alıcı için canlı vericiden yapılan organ nakli avantaj kazandırsa da vericilerin psikososyal durumu ile ilgili çalışmalar çok sınırlıdır.

Canlı vericili organ nakillerinde sağlıklı bir bireyin riske atıldığı unutulmamalıdır. Canlı vericili organ naklinde en önemli nokta ‘vericinin sağlığının korunması ve güven altına alınması’dır. Bu nedenle her canlı verici adayının psikososyal yönden değerlendirilmesi zorunludur (Noyan ve ark., 2011). Bu düşünceden hareketle canlı organ vericilerinin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerin değerlendirilerek psikiyatrik ya da buna bağlı diğer fiziksel sorunların gelişmesini önlemek, yeni verici adaylarını organ nakline hazırlamak amacı ile bu çalışma planlandı ve gerçekleştirildi.

Canlı vericili organ naklini en fazla yapan ülke olmamıza karşın, bedensel ve ruhsal sağlık üzerine etkilerini araştıran çalışmaların ülkemizde kısıtlı olduğu görülmektedir (Başaran ve ark., 2003). Bu düşünceden hareketle canlı vericilerin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerinin değerlendirilmesiyle; verici adayların karar verme sürecine, organ nakli merkezlerinin ise vericilerin psikososyal durum, bakım ve takip izlemine bu çalışmanın katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Organ ve Doku Nakli

Organ yetmezliği insan hayatını tehlikeye atan, insanın yaşam ve ölüm arasındaki çizgide riskli bir biçimde bulunmasına yol açan ciddi bir hastalıktır. Modern tıpta bu hastalığın iyileştirilmesinde başvurulan tedavilerden birisi de organ naklidir (Meirelles Júnior ve ark., 2015). Dünyadaki ilk başarılı organ nakli 1902'de Ullman tarafından gerçekleştirildiği kayıtlara geçmiştir. Ullman, bir köpeğin böbreğini normal yerinden alıp, boyun damarlarına anastomoz ederek nakil gerçekleştirmiş ve nakil yapılan böbrekten bir miktar idrar akımı almıştır. Akabinde 1950'lerin başında klinik ve deneysel nakillere yönelim başlamıştır. Fransa'da 1950'lerde yapılan ilk nakilleri daha sonra 1952'de Mico, Hamburger, Oecenoz'nin gerçekleştirdiği böbrek nakli izlemektedir. Aynı doktorlar kadavradan ilk başarılı böbrek naklini de gerçekleştirmişlerdir. Organ nakli ameliyatlarında başarının artması ve uygulama sayısının artmasıyla 1962'den itibaren doku tiplemesi böbrek naklinin bir parçası haline gelmiştir. Diyaliz teknolojileri de gelişerek organ nakline hazırlık aşamasını rahatlatmış ve böbrek nakillerinde başarı ivmesi giderek artmıştır. Sonraki yıllarda ise böbrek nakli başta Fransa olmak üzere, İngiltere (1959), İsviçre (1964), Almanya (1967) ve İran'da gerçekleştirilmiştir (Haberal ve ark., 1988). 1954'te Dr. Murray ve arkadaşları tek yumurta ikizleri arasında ilk başarılı canlı vericili böbrek naklini gerçekleştirmiştir (Tomur, 2015). Bu naklin başarısının nedeni, genetik olarak özdeş olan ikizlerde bağışıklığın baskılanmasına gerek olmamasıydı. Dr. Murray'in böbrek naklindeki başarısının, diğer organları başarılı bir şekilde nakletme çabalarının yolunu açtığı bilinmektedir.

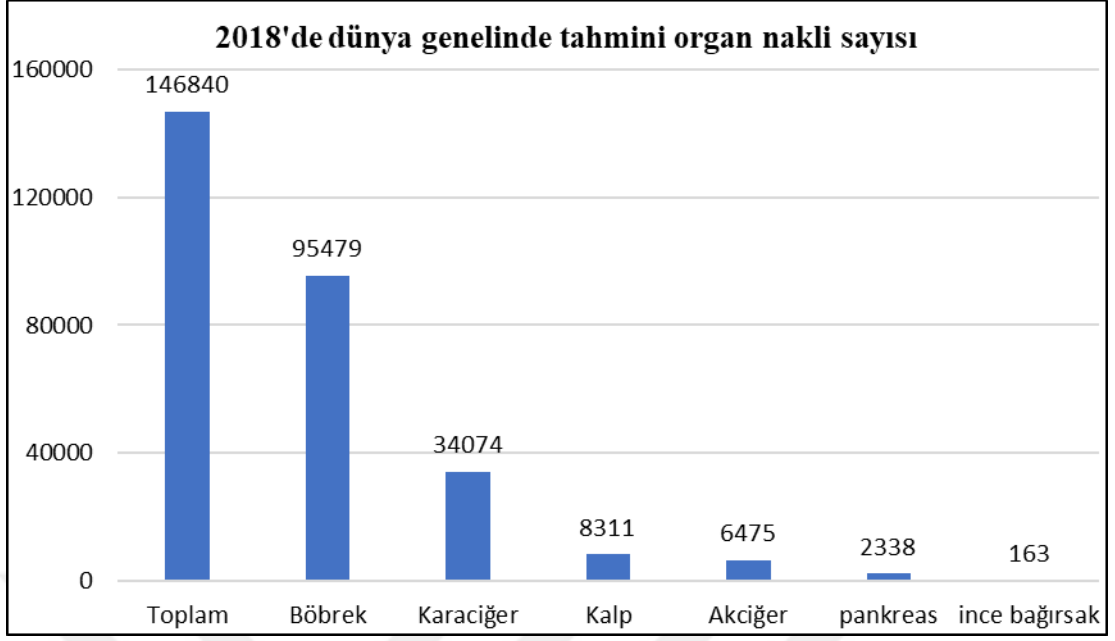
Karaciğer ile ilgili ilk deneysel çalışma 1955'de Wech ve arkadaşları, kalp nakli konusunda ise ilk çalışma 1967'de Dr. Barnard tarafından insanlarda gerçekleştirilmiştir. İlk pankreas nakli 1966 yılında Minnesota Üniversitesi'nde Kelly ve Lillehei tarafından yapılmıştır. Canlı vericili pankreas nakli ise ilk kez 1979'da Sutherland tarafından yapılmıştır (Toledo-Pereyra ve ark., 1979). Hindistan'da 1994 yılında kendi derisinden bir kız çocuğuna, Fransa'da da 2005 yılında köpek tarafından

yüzü parçalanmış bir kadına kadavradan yüz nakli yapılmıştır (Meirelles Júnior ve ark., 2015).

Bugün, nakli başarıyla gerçekleştirilen organlar arasında ince barsak, pankreas, kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, timus ve uterus sıralanabilir (Kasapoğlu ve ark., 2010). Dünya çapındaki tıbbi bilgiler ele alındığında, en çok nakil işlemi gerçekleştirilen organın böbrekler olduğu, onun ardından karaciğer ve kalp geldiği söylenebilir. Böbrek nakli, en yaygın olarak canlı vericilerden yapılmaktadır (Hatzinger ve ark., 2016). Bunun en önemli nedeni, bireylerin iki böbreğinden birini bağışlayabilmesi ve kalan böbreğin vücudun gerekli işlevlerini tek başına yerine getirebilmesidir (Garcia ve ark., 2012). Karaciğer naklinde de canlı vericiler kullanılabilir. Donörler karaciğerlerinin bir kısmını bağışlayabilir ve kalan karaciğeri yenilenerek, neredeyse orijinal boyutuna geri döner ve normal işlevini yerine getirir.

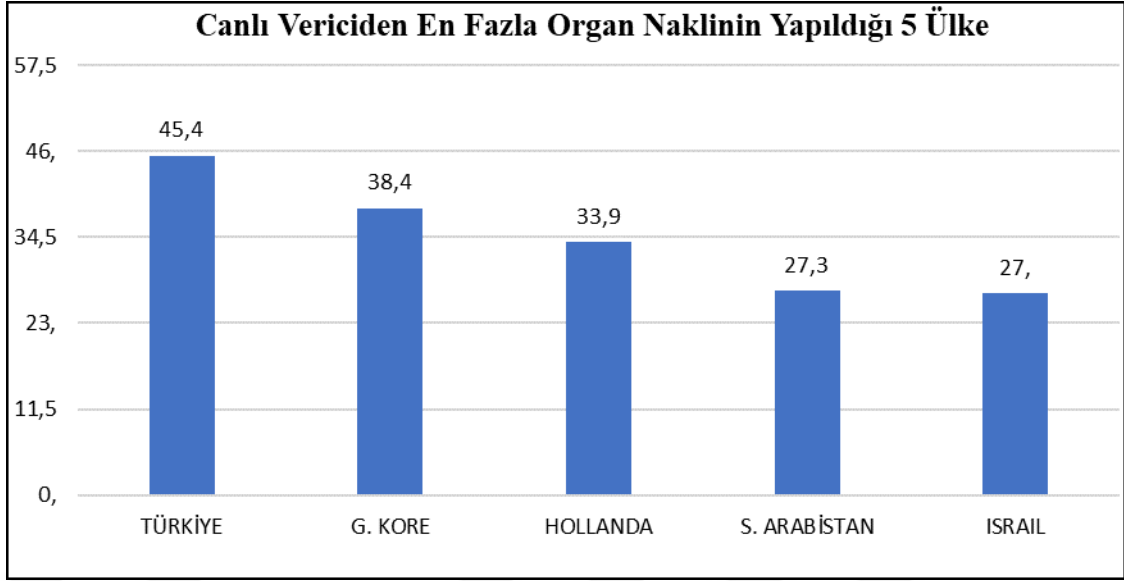
Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 6.000'den fazla canlı organ nakli rapor edilmektedir (Mayoclinic.org, 2020). Türkiye'de 2011-2016 yılları arasında toplam 20.064 nakil gerçekleştirilmiştir. Bu nakillerin 2.193 kadavra donörden ve 17.871'i ise canlı donörden gerçekleştirilmiştir. (Topbaş ve Bingöl, 2016). Organ nakli sıklığı, bağışı kabul eden veya reddeden yasaların farklılıklarından dolayı ülkeden ülkeye değişmektedir. İspanya, Portekiz ve Amerika Birleşik Devletleri dünya çapında en yüksek kadavra vericili organ nakli oranlarına sahiptir ancak yine de organ naklini bekleyen çok sayıda hasta vardır. Sadece ABD'inde, çoğu böbrek nakli olmak üzere organ nakli bekleyen 94.700'den fazla aday vardır (Mayoclinic.org, 2020).

Organ bağışı canlıdan, kadavradan (non-heart beating yani kalbi atmıyan kadavra donör) ya da beyin ölümü gerçekleşmiş, mekanik ventilatör desteği ile yaşamı devam ettirilen bireylerden (heart-beating yani kalbi atan kadavra donör) yapılabilmektedir. Organ nakil işlemi; tıbbi olarak ölümün gerçekleşmesi, bir organın alıcıya aktarımında onayın ne zaman ve nasıl olması gerektiği, vericinin rızası ve nakil için çıkarılan organların karşılığında bir maddi işlemin talep edilip edilmemesi gibi çok sayıda etik konuyu da beraberinde getirir.



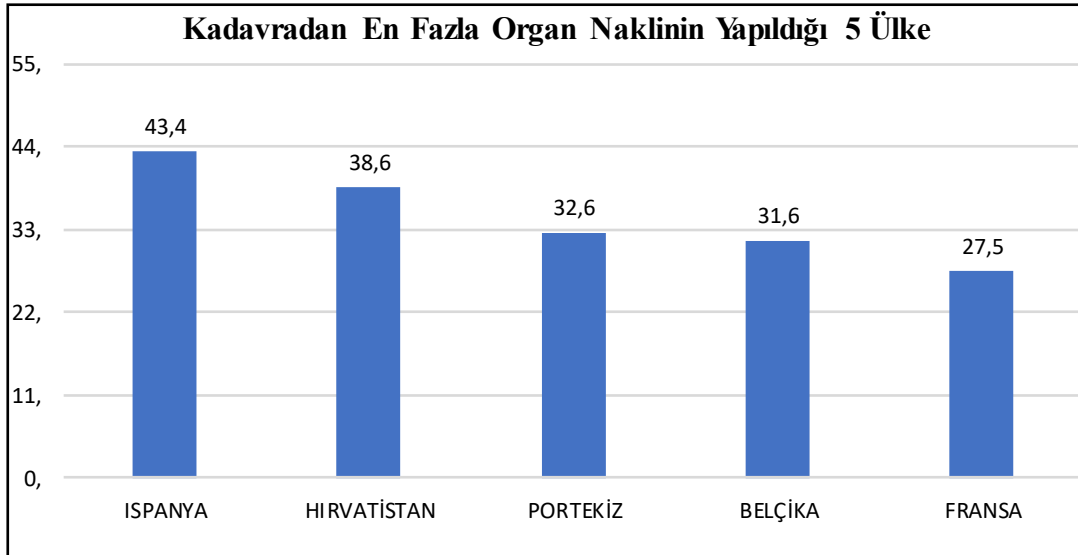
Şekil 1. 2018'de dünya genelinde tahmini organ nakli sayısı (Statista, 2021).

Böbrek, dünya çapında en çok nakledilen organdır ve bunu karaciğer ve kalp nakilleri izlemektedir. 2018 yılında dünya çapında toplam 146.840 organ nakli yapılmıştır. 2018'de böbrek nakli sayısı 95479, karaciğer nakli sayısı 34074, kalp nakli sayısı 831, akciğer nakli sayısı 6475, pankreas nakli sayısı 2338 ve ince barsak nakli sayısı 163 olarak açıklanmıştır (Khush ve ark., 2020). Son dönem böbrek hastalığı, diyaliz gibi başka yollarla tedavi edilebilmesine rağmen, böbrek nakli bilinen en iyi tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Böbrek nakillerinin çoğu, daha fazla sayıda donörün olduğu ve bu tür girişimlere hastaların daha iyi erişebildiği Amerika ve Avrupa'da yapılmaktadır (Hatzinger ve ark., 2016). Organ nakli dünya genelinde organ yetmezliğiyle mücadele eden milyonlarca kişinin tek umudu olmasına rağmen maalesef hala istenilen seviyeye ulaşamamıştır.



Şekil 2. Canlı vericiden en fazla organ naklinin yapıldığı 5 ülke (Baykan, 2017)

Türkiye en çok canlı vericiden organ nakli yapılan ülke olarak bilinmektedir. 2015 yılı verilerine göre, milyonda 38.4 ile Türkiye dünyada ilk sırada yer almaktadır. Canlı vericiden organ naklinde Türkiye'yi milyonda 38.4 ile Güney Kore, milyonda 33.9 ile Hollanda, milyonda 27.3 ile Suudi Arabistan ve milyonda 27 ile İsrail takip etmektedir (Baykan, 2017).



Şekil 3. Kadavradan en fazla organ naklinin yapıldığı 5 ülke (Baykan, 2017)

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) verilerine göre, dünyada kadavradan en çok organ nakli İspanya’da yapılmaktadır. İspanya’da milyonda 43.4 oranında kadavradan organ nakli yapılmaktadır. İspanyayı sırasıyla Hırvatistan, Portekiz, Belçika ve Fransa takip etmektedir (Baykan, 2017).

1.1.1. Kadavradan Organ Nakli

Kadavra vericili organ nakli, beyin ölümü gerçekleşen kişilerden başka bireylere yapılan nakil türüdür. Beyin ölümü gerçekleşen kişiler, organları nakil için çıkarılana kadar mekanik ventilatör gibi tıbbi cihazlar yardımıyla vücutları organik faaliyetlerini sürdüren kişiler olarak tanımlanmıştır (Topbaş ve Bingöl, 2016). Beyin ölümü tanımı ilk olarak 1959 yılında Mollaret ve Goulon tarafından irreversibl koma (lecoma de passé) şeklinde yapılmış ve ‘yaşamla ölüm arasında sınır’ olarak ifade edilmiştir (Mollaret ve Goulon, 1959). Beyin ölümü kararı için ilk kılavuz 1968 yılında Harvard Tıp Okulu tarafından Harvard Kriterleri şeklinde yayınlanmıştır (Cheng ve Lin, 2008). Beyin ölümü kavramı çıkmadan önce organ nakilleri dolaşım sistemi tamamen durmuş olan bağışçı bireylerin naaşlarından alınan organlarla gerçekleştirilirdi. Bu tür nakiller daha düşük başarılı sonuçlara sahiptiler.

1.1.2. Canlı Vericiden Organ Nakli

Canlı vericili organ naklinin popüleritesi, nakil için artan organ ihtiyacı ve mevcut kadavra donör organlarının yetersizliği nedeniyle, kadavra vericili organ bağışına alternatif olarak son yıllarda çarpıcı bir şekilde artmıştır. Bu tür organ bağışlarına örnek olarak kısmi karaciğer bağış, akciğer lobu bağış, tek böbrek bağış ve ince bağırsak bağış verilebilir (Tay, 2016). Canlı verici sayısı oldukça yüksek olmasına karşın, canlı vericiler üzerinde yapılmış çalışmaların ülkemizde sınırlı sayıda olduğu gözlenmektedir. Uluslararası literatürde canlı vericili nakillerle ilgili yapılan çalışmaların Avrupa Ülkeleri, Amerika, Kanada gibi ülkelerde yapıldığı görülmektedir. Yapılan incelemelerde, Türkiye’de organ verici adaylarının alkol kullanımının beklenenden çok olduğu ve psikiyatrik hastalık öyküsünün çok fazla olduğu tespit edilmiştir (Durur ve Akbulut, 2017). Türkiye’de canlı verici sayısı daha fazladır. Bu oranın fazla oluşunda, organ verici adaylarının alıcı bireylerin yakın akrabalarından oluşuyor olması dikkat çekici ve önemlidir (Tay, 2016).

1.2.Canlı Vericiden Organ Naklinde Yasal ve Etik Boyutlar

1.2.1. Etik Yaklaşım

Doku ve organ aktarımı temelinde, başka bir insana fayda sağlamayı amaçlar (Süren, 2007). Hipokrat'tan bu yana tıp biliminin esaslarından olan “*önce zarar vermeme*” ilkesi göz önünde bulundurulduğunda; bir bireye fayda sağlamak adına bir başka bireye zarar vermenin ne ölçüde kabul edilebilir olduğu hakkında tartışmaların süregeldiği ilk etik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Caplan ve Purves, 2017). Sağlayacağı hayati faydalar ve kabul edilebilir düzeydeki düşük risk hesaba katıldığında organ nakli etik bir uygulama olarak kabul edilebilecek olsa da bir başkasının organlarının alınmasına ilişkin kimi etik sorular ortaya çıkmaktadır (Süren, 2007).

Canlı vericili organ nakillerine dair etik tartışmaların odağı, vericinin kendisi olup; temelinde sağlıklı bir birey olan vericinin, bir başkasının sağlığının iyileştirilmesi amacıyla, bir anlamda kendi sağlığını feda ettiği söylenebilir. Canlı vericili organ nakli bağlamında, vericinin bu yaklaşımı "özgecilik" (altruizm) kavramı çerçevesinde ele alınabilir. Özgecilik, başka insanların iyiliği için çıkar gözetmeksizin özveride bulunmanın bir ilke olarak benimsendiği ahlaki tutuma verilen addır. Temelleri A. Comte Spencer tarafından atılmış olan bu yaklaşımda, kişi kendisini başkalarına ve topluma adanmakla yükümlü olduğu düşüncesini taşır (Sutherland, 2005). Bugün özellikle batı toplumlarında canlı verici kavramı ile bir arada anılan özgecilik, kişinin bedeninin bir parçasını karşılıksız olarak bir başkasına vermesi durumunu betimler. Verici tamamıyla bir yabancı olabileceği gibi alıcı ile kan bağı ilişkisi bulunan biri de olabilir. Burada altı çizilmesi gereken nokta ise; bu bağışın gönüllülük ilkesi ile istek dahilinde, karşılıksız ve bedelsiz olmasıdır. Alıcı ile verici arasında bir dayanışma söz konusu olup, alıcı herhangi bir baskının bulunmadığının bilincinde olmalıdır. Bu konuya dair bir başka felsefi yaklaşım “autonomy” olup; bu kavram Yunanca "auto" (öz, kendi kendine) ve "nomos" (kural, kanun) kelimelerinden meydana gelmektedir. Eski dildeki karşılığı muhtariyet olan autonomy; kişinin kendini yönetebilmesi, öz-farkındalık ve öz-yeterlilik gibi anlamlar taşımaktadır. Otonomiye saygı, organ verici adına, öncelikli olan rızanın olmazsa olmazıdır. Zorlama ile ya da baskı altında verilen rıza, "aşırı teşvik" ile ilgili endişeler, donörün özgürce ve bağımsızca karar almasının önemine işaret etmektedir (Veatch ve Ross, 2015). "Haysiyet" kavramı ise, insan

vücudunun parçalarına bir fiyat biçilmesine ilişkin yasakları açıklamaktadır. Immanuel Kant; haysiyetin ve paranın karşılaştırılmayacağını vurgulamıştır. İnsan onurunun korunabilmesi için, onun bir pazarlık aracı haline dönüşmemesi zorunludur. İnsana ve onun bir parçasına fiyat biçilerek ona göreceli bir değer verilmemesi, insanlığa ilişkin tartışma götürmez bir etik kuraldır. İnsan haysiyeti böyle ele alınacak olduğunda, insan vücudu ve parçaları için ortaya atılacak herhangi bir finansal çözüm ya da metalaştırma, insan haysiyetine yönelik ihlal teşkil edecektir. Diğer taraftan, yine etik kavramlardan olan “reciprocity”, yani karşılıklılık, temelde organ naklindeki karşılıklılık ilkesi, daha iyi bir başarı elde etmek maksadıyla karşılıklı organ değişimini ifade eder. Bu, özellikle böbrek nakli söz konusu olduğunda, organ ve kan uyum problemiyle karşılaşan vericilerin ve alıcıların uyumlu alıcı ve vericiler ile çapraz eşleştirilmesidir (Karuthu ve Blumberg, 2012). Böyle bir organ değişimiyle, canlı nakil havuzunun genişletilmesi ve daha fazla organ naklinin gerçekleştirilebilmesi mümkün olmaktadır (Veatch ve Ross, 2015).

1.2.2. Yasal Yaklaşım

Organ nakli; hasta olmayan, sağlıklı bir kişiden hasta bir kişinin sağlığını geri kazanması, yaşamının uzatılması hatta kurtarılması gibi mühim bir amaca hizmet eder. Fakat öte yandan, hukuki açıdan yaklaşıldığında, her tıbbi müdahalede olduğu gibi organ naklide vücut bütünlüğüne yönelik bir müdahale niteliği taşımaktadır. Bu duruma ilişkin temel hususların “*Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı*” kenar başlığı altında düzenlenmiş olduğu, Anayasa’nın 17. Maddesi’nde; herkesin yaşama, maddi ve manevi mevcudiyetini koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu ve tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller haricinde, bireyin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı ifade edilmektedir. Kişinin vücut bütünlüğüne yönelik hukuka uygun ve aykırı müdahalelere dair cezai yaptırımlar genel itibariyle Türk Medeni Kanunu (TMK) ve Türk Ceza Kanunu (TCK) kapsamında düzenlenmiştir. Organ ve doku nakline ilişkin özel hükümler Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun ve ilgili mevzuatı çerçevesinde düzenlenmiştir (Aydın, 2011). Vücut bütünlüğünün korunmasını da kapsayan TMK madde 24; kişilik haklarına yapılan hukuka aykırı saldırılar karşısında kişinin korunması bakımından, emredici bir hüküm niteliğindedir. Söz konusu maddenin 2. fıkrası ise, kişilik haklarına müdahalenin hukuka aykırı

olmadığı istisnai durumları düzenlemektedir. Herhangi bir tıbbi müdahale için rıza verilmesi, hekim tarafından uygulanacak tedavinin hukuka uygunluğunu sağlayacaktır. Öte yandan, hastanın rızasının ve izin verme ehliyetinin bulunması, eylemin hukuka uygunluğu adına tek başına yeterli değildir. Bu iznin eş zamanlı olarak hukuka ve ahlaka uygun olması, kişilik haklarına aykırı nitelik taşımaması; bir diğer deyişle, TMK madde 23 kapsamındaki sınırlamalara uygun olması gerekmektedir. Kişilik hakkından kısmen ya da tamamıyla vazgeçmeyi ifade eden ya da onu hukuka ve ahlaka aykırı kılan bir izin geçerli olarak kabul edilmez. Bundan dolayı, ölüme sebep olabilecek ya da hayati önemi olan bir organın alınmasına dair rıza dolayısıyla sözleşmeler geçerlilik taşımayacaktır. Türk Borçlar Kanunu (TBK) madde 27/1 kapsamında, “*Kanun’un emredici hükümlerine, ahlaka, kamu düzenine, kişilik haklarına aykırı veya konusu imkânsız olan sözleşmeler kesin olarak hükümsüzdür*” ifadesi yer almaktadır. TBK madde 63’e göre ise, bir kanunun verdiği yetkiye dayanan ve bu yetki sınırları içerisinde kalan bir fiil, zararlar sonuçlansa dahi, hukuka aykırı sayılmayacaktır. “*Zarar görenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar, zarar verenin davranışının haklı savunma niteliği taşıması, yetkili kamu makamlarının müdahalesinin zamanında sağlanamayacak olması durumunda kişinin hakkını kendi gücüyle koruması veya zorunluluk hâllerinde de fiil, hukuka aykırı sayılmaz*” ifadesiyle, kişinin rızasının bulunduğu ve kanun tarafından tanınmış bir yetkinin kullanıldığı durumlarda, eylemin hukuka uygunluk taşıyacağı vurgulanmaktadır (Süren, 2007).

Canlı vericili organ nakli, akraba veya akraba dışı vericilerden yapılmaktadır. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği’ne (2012) göre, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eşi ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil) kan ve kayın hısımlarından yapılmaktadır. Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında bilgi verilmelidir. Akraba dışı canlıdan organ nakli, Sağlık Bakanlığı tarafından il sağlık müdürlükleri bünyesinde oluşturulan bölgesel etik komisyonun verici ile alıcı arasında, yönetmeliğe ve diğer ilgili mevzuata aykırı herhangi bir hususun bulunmadığını ve etik açıdan organ bağışının uygunluğunu onaylaması ile gerçekleştirilecek akraba dışı kişilerden yapılabilmektedir.

1.3. Canlı Vericiden Böbrek Nakli

1.3.1. Canlı Vericiden Böbrek Nakli Hazırlığı

“Bilgilendirilmiş Onam” kavramının, ilgili donör-alıcı çiftine göre değişeceğinin bilinmesi önemlidir. Çoğu durumda bağışçının motivasyonu ve özerkliği (otonomi) tartışma götürmeyecektir, fakat bazıları için rızanın hem bilgilendirilmiş hem de gönüllü olduğunu kanıtlamak daha zor olabilir (Brown Jr, 2008). Bu nedenle, tüm donörlerin değerlendirilmesinde ve hazırlanmasında multi-disipliner bir ekip yaklaşımı önerilmekte olup, donörden sorumlu klinisyenler ile alıcı arasındaki bağımsızlık önemle tavsiye edilmektedir.

Bağışçı değerlendirme sürecinin başlıca amacı, donörün uygunluğundan emin olmak ve bağış riskini en aza indirmektir. Bu süreç, bağış için kontrendikasyonların ve potansiyel klinik (fiziksel ve psikososyal) risklerin tanımlanmasını da içermektedir. Geniş kapsamlı bir değerlendirmenin sağlanması için; bağışçılar, multi-disipliner ve müzakere içeren, üzerinde anlaşmaya varılmış, kanıta dayalı bir protokol çerçevesinde değerlendirilmelidir. Araştırmalar, uygun değerlendirme aşamasına kadar donörün gereksiz, kısmen invaziv girişimlerden korunabilmesi için mantıksal bir sırayla yürütülmelidir. Bireysel bir bağışçının uygunluğunun değerlendirilmesi için gerekli olabilecek, tavsiye edilen rutin tarama testleri ve ek araştırmalar hakkında sağlam bir görüş birliği mevcuttur (Waterman ve ark., 2021). Canlı bağışçıların değerlendirilmesine ve hazırlanmasına yönelik tutarlı bir yaklaşım için kanıta dayalı kılavuzlara başvurulması, bağışçı kabul kriterlerinin genişlemesiyle giderek daha önemli hale gelmiştir ve bireysel bağışçı riskine ilişkin netlik hayati önem taşımaktadır (Croft ve Maddison, 2017).

1.3.2. Canlı Vericiden Böbrek Nakli Cerrahi Prosedürleri

Canlı donörlerin böbreklerinin alınması için gerçekleştirilen ameliyat türleri, geçtiğimiz 50 yıl içerisinde önemli ölçüde gelişme kaydetmiştir. Bu bölümde; farklı ameliyat türleri ele alınacak olup, canlı böbrek donörlerinin günümüzdeki tipik iyileşme süreci ve donörlerin sağlıklarını uzun süre korumak için neler yapılabileceğine değinilecektir.

1.3.2.1. Açık Donör Nefrektomi

1950’li yıllardan 1990’ların ortalarına kadar açık donör nefrektomi, bir donörün böbreğini almak için tek seçenektir. Genel anestezinin uygulandığı bu ameliyat, karının ön ve yan tarafında açılan 10-15 cm’lik bir kesi ile gerçekleştiriliyordu ki bu da alınmakta olan böbreğe erişilmesi için birkaç kas katmanının kesilmesini gerekli kılıyordu. Bugün mevcut olan laparoskopik ameliyatlara kıyasla çok daha uzun bir iyileşme süresi gerektiren açık nefrektomi, böbrek bağışi için günümüzde artık nadiren uygulanmaktadır. Sıklıkla olmasa da, başta kanama gibi komplikasyonlar nedeniyle, laparoskopik ameliyatların açık cerrahiye “dönüştürülmesi” (konversiyon) gerekebilmektedir (Rodrigue ve ark., 2007).

1.3.2.2. Laparoskopik Donör Nefrektomi

Laparoskopik donör nefrektomi; böbreği çıkarmak amacıyla küçük kesiler aracılığıyla karın içine yerleştirilen uzun, dar trokarlar içerisinden kameranın (videoskop) ve cerrahi aletlerin (araçlar) kullanıldığı minimal invaziv ameliyattır (Jacobs ve ark., 2004). Videoskop ve cerrahi aletler, karındaki üç veya dört küçük kesi üzerinden dikkatlice hareket ettirilir. Karın boşluğunu şişirmek için karbondioksit pompalanır ve bu da operatörün daha iyi görmesine ve manevra yapmasına yardımcı olur. Serbestleştirilen böbrek bir kese içerisine alınarak ya da alınmadan yaklaşık 5-10 cm uzunluğunda donörün kasık bölgesine yapılan bir kesiden güvenle çıkarılır.

Açık nefrektomi ile kıyaslandığında; laparoskopik donör nefrektominin iyileşme sürecinin daha hızlı olması, hastanede kalış süresinin kısalığı, ameliyat sonrası ağrıların daha az olması gibi çok sayıda avantajı bulunmaktadır. Günümüzde, nakil merkezlerinin önemli bir bölümü canlı donörler için laparoskopik donör nefrektomi gerçekleştirmektedir. Böbreğin alınması için, el yardımcı laparoskopik nefrektomi adı verilen başka bir laparoskopik teknik de kullanılmaktadır. Operatörün elini yerleştirebilmesi için kesilerden birinin diğerlerine göre biraz daha büyük olduğu bu yöntemde, operatör böbreği ve çevresindeki alanları hissedebilmek için tek elini kullanabilmektedir. Serbestleştirilmesinin ardından, böbrek, el yardımıyla kesiden çıkarılır (Kavoussi, 2000).

1.3.2.3. Laparo-endoskopik Tek Port Donör Nefrektomi

2008 yılında Dr. Del Pizzo, laparoskopik donör nefrektominin yeni bir modifikasyonuna öncülük etti ve bu bazı nakil merkezlerinde de kullanılmaya başlandı. Cerrahi araçların ve laparoskopik bir kameranın kullanıldığı operasyon esnasında, cerrah tarafından, böbreği çevre dokulardan güvenli bir biçimde ayırmak için hastanın göbek deliğinden tek girişli bir port kullanılmaktadır (Kurien ve ark., 2011). Göbek deliği haricinde kesi yapılmasına ihtiyaç duyulmaz, böbrekte bu kesiden çıkarılır. Bu heyecan verici teknolojik gelişme, böbrek donörleri için daha az invaziv bir cerrahi seçenek sunmak adına en son yenilikçi adım olup, organı çıkarmak için gerekli 5-7 cm bir kesinin yanında 3-4 küçük kesiyi gerekli kılan standart laparoskopik teknikteki bir gelişmenin yerini alabilir. Minimum risk ile gerçekleşen bu operasyon, mükemmel sonuçlar vermektedir (Afaneh ve ark., 2011). Aynı prosedürün göbek deliğindeki tek bir doğal açıklık yoluyla güvenli bir biçimde gerçekleştirilebilmesi, donörler için daha hızlı bir iyileşme sürecinin yanında, daha başarılı bir estetik sonucu da beraberinde getirmektedir (Gupta ve ark., 2016).

1.3.2.4. Canlı Vericili Böbrek Naklinde Cerrahi Komplikasyonlar

Nakilden sonra, böbrek vericileri genellikle organ bağışına olumlu bir deneyim olarak yaklaşmaktadır ve bağışa ilişkin pişman olma durumuna nadiren rastlanmaktadır (Gupta ve ark., 2016). Çoğu donör bağışının ardından genel nüfusa kıyasla daha iyi bir yaşam kalitesi bildirilmiş olsa da, küçük bir azınlık daha düşük yaşam kalitesi, daha yüksek tükenmişlik seviyesi ve ilişki değişiklikleri deneyimlemektedir (Khandoga ve ark., 2019). Bu durum; bağış öncesinde görece yüksek olan vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı ve sağlık sonuçlarına ilişkin daha yüksek beklentiler ile ilişkilendirilmektedir. Bağış sonrasında depresyon ve tükenmişlik, kadınlarda daha yaygın rastlanabilen durumlardır. Potansiyel bağışçıların bu muhtemel sonuçlardan haberdar edilmesi gerekli olup, bağıştan sonra benzer sonuçların ortaya çıkması durumunda donörler uygun bir şekilde takip edilmelidir.

Ülkemizde yasa gereği 18 yaşından küçük bağışçılar canlı donör olamaz. Nakil merkezlerinin çoğu 18-21 yaş aralığını ise bağış için göreceli bir kontrendikasyon olarak kabul eder. Değerlendirme esnasında böbrek hastalığı için risk faktörleri olmasa dahi; daha genç donörler yine de diyabet, hipertansiyon, obezite, immün aracılı hastalık

veya başka böbrek hastalığı risk faktörleri geliştirebilir. Bu risk faktörlerinin kronik böbrek hastalığı ve nihayetinde son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) ilerlemesi için genç donörlerin daha fazla zamanı olabilir (Jędrzejewski ve ark., 2015). Bu durum, böbrek nakli bekleme listesine alınan donörlerin 18-34 yaş aralığında bağış yaptığını ve bağıştan 15 yıl sonra SDBY geliştirdiklerini ortaya koyan OPTN verileri ile desteklenmektedir. Bağış öncesinde, dikkatli ve detaylı bir psikolojik değerlendirme tavsiye edilmektedir (Saidi ve ark., 2009). Birleşik Krallık'ta laparoskopik böbrek naklinin yaygın kullanımı ve yaşlı donörleri kabul etmeye yönelik söz konusu tutumdaki değişiklikler sonucu morbiditenin azaldığı gözlenmiştir. Bununla birlikte donör yaş ortalamasının artışı dikkat çekmektedir. Yakın tarihli bazı çalışmalar ameliyat süresi, kan kaybı ve yatış süresi gibi perioperatif sonuçların 60 yaş üzerindeki dikkatle seçilmiş donörlerde genç vericilerden farklı olmadığını ortaya koymuş olsa da; yaşlı donöre ilişkin değerlendirme, operasyon ve postoperatif yönetim aşamalarında son derece dikkatli olunması gerekmektedir (Patel ve ark., 2008).

1.3.3. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli

1.3.3.1. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Hazırlığı

Donör güvenliği, değerlendirme sırasında dikkat edilmesi gereken temel noktadır. Bağışçı değerlendirmesinin başlıca amaçları şöyle sıralanabilir: (1) yeterli bir kısmi allogreft temininin güvenli bir şekilde yapılması, (2) donörden alıcıya hastalık bulaşma riski bulunmadığından emin olunması, (3) bağışçının süreci anlamasının ve olası psikolojik sonuçların üstesinden gelebilmesinin sağlanmasıdır. Bağışçılar çoğunlukla 18-60 yaş aralığında olmaktadır (Chou ve ark., 2009).

Batı ülkelerindeki standart, donör ile alıcı arasında ABO kan grubu uyumu bulunmasını zorunlu kılar. Öte yandan, Asya'da ise kadavra donör sayısının azlığı kabul edilebilir sonuçlar doğuran ABO uyumlu olmayan yetişkinden yetişkine canlı karaciğer nakli için prosedürler geliştirilmesi adına bir teşvik niteliği taşımaktadır (Kılıç ve ark., 2007). Çapraz böbrek naklinin ortaya koymuş olduğu gibi bu zorluğun üstesinden gelinmesi için bir yöntem olarak çapraz karaciğer nakli günümüzde başarı ile uygulanmaktadır. Erişkin karaciğer nakli için genellikle karaciğerin sağ lobunun alınması tercih edilmektedir. Fakat donör güvenliğinden ötürü, mümkün olan her durumda sol lob karaciğer naklinin yapılması tercih edilmelidir. Sağ ve sol lob hacmi,

bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntülemeye dayalı olarak hesaplanmaktadır. Postoperatif karaciğer yetmezliğinden, small for size sendromundan (SFSS) ve ölümden kaçınmak için geride kalacak karaciğer hacmi tüm karaciğerin total hacminin %30 ile %35'inden daha düşük olmamalıdır.

Alıcı için SFSS ve erken postoperatif greft yetmezliğinden kaçınmak için genellikle greft/vücut ağırlığı oranının (GRWR) %0.8'in üzerinde olması önerilmektedir. Bununla birlikte, fonksiyonel durumu iyi ve portal hipertansiyonu minimal olan seçilmiş alıcılarda daha düşük GRWR kabul edilebilmektedir. Donörler, potansiyel kronik karaciğer hastalığı bakımından değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. %10'un üzerinde olması endişe verici olan makroveziküler yağlanma, %30'dan yüksek olduğunda bağış için mutlak bir kontrendikasyon olup, alıcıda greft yetmezliği riskini artırmaktadır. Makroveziküler yağlanmanın net bir şekilde değerlendirilmesi adına, yağlı karaciğer için zemin hazırlayan faktörleri (obezite, diyabet, dislipidemi) ve/veya yağlı karaciğer ile uyumlu görüntüleme bulguları olan hastalardan, ameliyat öncesi değerlendirme esnasında biyopsi alınmalıdır (Varotti ve ark., 2004).

Donörde oluşabilecek perioperatif komplikasyonlar için önemli risk oluşturan herhangi bir geçmiş veya mevcut hastalık durumu düzeltilemediği sürece, canlı bağış için kontrendikasyon oluşturur. Bundan dolayı, donörün nakil öncesi tetkiklerinin kapsamlı bir kardiyovasküler değerlendirmeyi de içermesi gerekli olup, bu noktada ekokardiyografi rutin olmalıdır. Ayrıca; stres ekokardiyografi ve/veya koroner anjiyografi gibi ek araştırmalara da ihtiyaç duyulabilmektedir. Bulaşıcı hastalık, canlı bağış için bir kontrendikasyondur. Karaciğer sentezini içeren asemptomatik kalıtsal pıhtılaşma bozukluklarının sistematik olarak taranmasında, uygun kan testlerine (faktör V Leiden mutasyonu, protein C/S eksikliği, antitrombin eksikliği vb) başvurulmalıdır.

Bağış psikolojik açıdan zorlayıcı olabilmektedir. Donörler, alıcının ömrünün uzatılmasının bağış kararına bağlı olduğunun farkında olurken, aynı zamanda nakil sonrası sonuçların garanti edilemeyeceğinin de farkında olmalıdırlar. Bunun dışında donörler, bağışın kendisinin potansiyel bir ölüm ve komplikasyon riski taşıdığını da iyi anlamalıdır. Tüm bunlardan dolayı, bağışçının psikolojik durumunun ve istikrarının değerlendirilmesi esastır (Pascher ve ark., 2002).

1.3.3.2 Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Cerrahi Prosedürleri

Canlı Vericiden Sol Lob Karaciğer Nakli

Donör güvenliğine ilişkin endişeler ve SFSS'nin daha iyi anlaşılması nedeniyle, yetişkinden yetiştikine sol lob canlı vericili karaciğer nakli dünya genelinde giderek daha fazla kullanılan bir yöntem haline gelmektedir. Nispeten küçük boyutlu greft hacmi göz önünde bulundurulduğunda, hepatik venöz çıkışının, greft fonksiyonunu optimize etmek ve SFSS'den kaçınmak adına son derece önemli olduğu görülmektedir (Soejima ve ark., 2012). Her zaman dikkate alınması gereken hepatik venöz çıkışı büyütme, bir dizi cerrahi teknikle sağlanabilmektedir. Kaudat lob greftli sol lob kullanıldığında, kaudat lobun revaskülarizasyonu tam greft rejenerasyonuna katkıda bulunabilir ve SFSS'yi önlemeye yardımcı olabilir (Soejima ve ark., 2012). Arteriyel rekonstrüksiyona ilişkin, sol lob greftin çoklu hepatik arterlerinin rutin rekonstrüksiyonunun yapıp yapılmaması gerekliliği halen tartışmalı bir konudur. Sol hepatik kanaldan oldukça büyük, ayrı kaudat kanallarından kaçınmak için safra kanalı bölünme bölgesine özellikle dikkat edilmelidir.

Canlı Vericiden Sağ Lob Karaciğer Nakli

Boyutundan dolayı, sağ lob canlı karaciğer nakli, yetişkin canlı karaciğer nakli için en sık kullanılan grefttir. Bununla birlikte, bir sağ karaciğer grefti bile SFSS'nin yıkıcı sonuçlarına maruz kalabilir. Sağ lobda da sol lob gibi, optimal hepatik venöz çıkış başarılı bir sonuç için anahtardır (Marcos, 2000). Sağ lob karaciğer greftlerine orta hepatik venin (MHV) dahil edilip edilmeyeceği tartışmalı bir konu olup, canlı karaciğer bağıışı hakkında daha önce yayınlanmış olan ILTS kılavuzunda kısmen ele alınmıştır (Lo ve ark., 1997). MHV grefte dahil edilmediğinde, 5 mm'den büyük olan sağ inferior hepatik venlerin ve segment 5 ile 8 hepatik venöz dallarının korunması ve drene edilmesi önerilmektedir. Bunu başarabilmek için başvurulabilecek farklı rekonstrüktif teknikler mevcuttur. MHV grefte dahil edilmişse, sağ hepatik ven ve MHV'yi üçgen bir kafa dönüştüren bir venoplasti, alıcı inferior vena kavaya venöz anastomozu kolaylaştıracaktır. En uygun çıkışı sağlamak için geniş bir kavotomi elde etmek önemlidir. Sağ karaciğer greftinde %10-35 aralığında portal ven anomalisi olasılığı bulunduğundan, bu tür nakilleri gerçekleştiren cerrahlar çeşitli portal ven rekonstrüksiyon tekniklerine aşina olmalıdır (McSweeney ve ark., 2012). Arteriyel

rekonstrüksiyonda ameliyat mikroskobu veya büyüteç kullanılması başarıyı arttırmaktadır. Safra yolu rekonstrüksiyonunda kanal kanala anastomoz, alıcı safra kanalının sağlıklı olmadığı durumlar dışında safra rekonstrüksiyonu için güncel olarak tercih edilen tekniktir. Greft birden fazla sağ hepatik kanala sahipse ve bu kanallar birbirine yakınsa, tek bir ağız oluşturacak şekilde bitişik duktal açıklıkların birbirine yaklaştırılması yapılabilir ve hilar plağı birleştirerek tek bir kanaldan kanala anastomoz yapılabilir (Lo ve ark., 2004). Stentin kendisi komplikasyonlara neden olabileceğinden, harici veya dahili bir biliyer stent kullanımının safra komplikasyonlarını azaltıp azaltmayacağı tartışmalı bir konudur (Yazumi ve Chiba, 2005).

Canlı Vericiden Dual Greft Karaciğer Nakli

Kısmi karaciğer greftinin alıcının metabolik ihtiyacını karşılama olasılığının düşük olduğu durumlarda, SFSS'nin önlenmesi ve donör güvenliğinin artırılması için iki ayrı canlı vericiden elde edilen çift greft karaciğer nakli alternatif bir yaklaşım olarak düşünülebilir. 2000 yılından beri Asan grubu tarafından uygulanmakta olan bu teknikte iki vericiden elde edilen 2 tek greftin ortotopik olarak konumlandırıldığı canlı karaciğer nakli kombinasyonudur (Song ve ark., 2017). Ülkemizde deneyimli bazı merkezlerde yakın zamanda uygulanmaya başlanmıştır.

1.3.3.3. Canlı Vericiden Karaciğer Naklinde Cerrahi Komplikasyonlar

Sağlıklı bir bireyde parsiyel hepatektomi riskli bir işlemdir ve bu nedenle verici adayının her yönüyle iyi değerlendirilmesi gerekir. Vericinin medikal olarak sağlıklı olduğunun ortaya konulabilmesi ve majör hepatektomiye uygunluğunu belirlemek için radyolojik yöntemlerle anatomi ortaya konmalıdır. Psikososyal değerlendirme ile vericinin mental durumunun iyi olduğunun belirlenmesi gereklidir. Organ bağış kararı, tamamı ile gönüllü verici aday tarafından, tüm riskler ve potansiyel komplikasyonlar ayrıntılı bir şekilde anlatıldıktan sonra verilmelidir (Humar ve Dunn, 2008).

Verici komplikasyonları bazı çalışmalarda en sık postoperatif ilk 30 günde %18,9 ile %23,9 oranında görülmüştür. En sık görülen komplikasyonlar safra kaçağı, yara yeri enfeksiyonu ve insizyonel hernidir (Wakade ve Mathur, 2012). Cerrahi komplikasyonlar için çeşitli sınıflandırmalar kullanılsa da bugün için en çok tercih edilen sınıflama Clavien sınıflamasıdır. Bu sınıflamada, grade 1; istenmeyen yan etkiler, farmakolojik veya cerrahi tedavi ya da endoskopik veya radyolojik girişim

gerektirmeyen, ameliyat sonrası olağan süreçte sapmaya neden olan komplikasyonları içermektedir. Grade 2 komplikasyonlar; farmakolojik tedavi gerektiren grade 1 komplikasyonlardır. Grade 3 olanlar, genel anestezi gerektirmeyen (3a) veya gerektiren (3b) cerrahi tedaviye ihtiyaç doğuran durumları içermektedir. Grade 4, tek organ disfonksiyonu (4a) veya çoklu organ disfonksiyonu (4b) nedeniyle yoğun bakım ünitesine ihtiyaç duyulan durumlar, grade 5 ise ölüme neden olan durumlardır (Clavien ve ark., 1994). Bu sınıflamanın avantajı hafif, şiddetli ve hayatı tehdit eden komplikasyonlar arasındaki farkı standardize etmektir (Wakade ve Mathur, 2012).

Canlı karaciğer vericilerinde gelişen hayatı tehdit edici komplikasyonlar arasında relaparotomi gerektiren kanama en sık olanıdır, bunun yanında azalan sıklıkta görülen trombotik olaylar, safra yolu rekonstrüksiyonları, hayatı tehdit eden sepsis, iatrojenik bağırsak ve damar yaralanmaları ve geçici karaciğer yetmezliği görülmüştür (Cheah ve ark., 2013).

1.4. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Psikolojik ve Sosyal Sorunlar

1.4.1. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Toplumsal Sorunlar

Organ naklinin teşvik edilmesine ilişkin, dikkate alınması gereken birçok toplumsal sorun mevcuttur. Bu sorunlardan bazıları, bireysel olarak ele alınması gereken yanlış kanılar veya yanlış algılamalardır. Canlı vericili nakillerde en önemli toplumsal sorun organ ticaretidir. ABD'de organ nakillerini düzenleyen ulusal organ nakli yasası (NOTA) kan ve sperm gibi vücudun üretebildiği dokuları organ ticaretini sınırlandıran kuralların dışında tutmaktadır. Mayıs 1978 Avrupa Konseyi toplantısında, ticari amaçlı olmamak koşuluyla organının alınması nedeniyle vericinin uğrayacağı maddi zararın (iş/gelir kaybı) karşılanmasının uygun olduğu kabul edilmiş olup, bu karar ülkemizde uygulanmamaktadır (Oksay, 1998; Örs, 1994). Canlı vericilerden alınan organların ticaretini önlemek amacıyla yapılan yasal düzenlemelere göre, bedel karşılığı doku-organ verilmesi yasaklanmıştır. DSÖ, 1989 yılında organ ticareti ve uluslararası trafiğini lanetlemiştir (Örs, 1994; Gabel ve ark.,1994; Elçioğlu, 1995). Bedel karşılığı organ nakli uygulaması ulusal ve uluslararası transplantasyon dernekleri ilkelerine de ters düşmektedir (Prottas, 1994; Elçioğlu, 1995; Gillon, 1996).

Canlı vericili organ nakillerindeki diğer bir sorun da toplum baskısıdır. 2001’de N. Özdağ’ın araştırma sonuçları, bireyleri organ bağışında bulunmaya din gibi içsel faktörler ile (iyilik etmek, birinin hayatını kurtarmak, yararlı olma isteği), sosyoekonomik faktörler gibi dışsal baskıların (ailenin beklentisi, sosyal baskı, ödül, maddi kazanç beklentisi) yönelttiğini ortaya koymuştur. Bu içsel ve dışsal baskıların, alıcı ile verici arasında kan-bağı, akrabalık ilişkileri bulunmasına göre farklılık gösterdiği, canlıdan canlıya yapılan organ bağış ve nakillerinin ise daha çok aralarında genetik (anneden, babadan çocuklara, kardeşler arasında gibi), duygusal bağ (eş, sevgili, arkadaşı) olan kişiler arasında gerçekleştiği görülmektedir (Özdağ, 2001). İçsel ve dışsal baskıların sonucu toplum; canlı vericilere donör olmaları konusunda olumlu baskı yapabildikleri gibi “yarım/sakat insan olursun, çocuk doğuramazsın” diyerek olumsuz baskı yaptıkları da bilinmektedir.

Canlı organ vericilerinde ameliyattan sonra küçük ama önemsiz olan kesi yeri bahane edilerek bazı işverenler tarafından bu durum olumsuz görülerek, kendi işçisi olan donörü ameliyattan sonra işten çıkarabilmektedir. Organ bağışında bulunan insanların eylemleri bütünüyle özerk seçimlerden kaynaklandığı için belirli riskleri almalarına toplum olarak izin verilmesi gerekmektedir.

1.4.2. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Dini Boyut

Bu kısımda; İslam, Hıristiyanlık ve Konfüsyüsçülük olmak üzere başlıca üç dinin organ bağışına ilişkin yaklaşımlarının tartışılması amaçlanmıştır. Budist ve Taocu inanışların yaklaşımlarına kısaca değinilecektir.

İslami Bakış Açısı

Müslüman dünyasının organ nakline yönelik tutumlarında dikkat çekici derecede bir değişkenlik söz konusudur. Suudi Arabistan ve İran’da organ bağışı ve nakil uygulaması onaylanmış olmasına rağmen, Türkiye’de bu konu halen açıklığa kavuşmamıştır. Buna karşılık, Arap toplumunun neredeyse yarısı, İslam’ın organ bağışını yasakladığına inanmaktadır. Müslüman bilim adamlarının önemli bir çoğunluğu, takipçilerini hasta olduklarında tıbbi yardım almaları yönünde teşvik eden ve dolayısıyla organ nakline izin veren Peygamber öğretilerine dayanarak, insan yaşamını kurtarmanın önemini vurgulamaktadır. Ancak bu görüşü destekleme yönünde bir oybirliği söz konusu değildir. Organ bağışı ile ilgili tutumdaki bu değişkenliğin,

farklı dini liderlerin farklı görüşlerinden ve Müslüman bilim insanlarının organ nakli konusundaki bilgi birikimlerinin farklı düzeylerde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Organ bağışına karşı çıkan Müslümanların; (a) Kuran'da ve geleneksel İslam literatüründe bahsi geçmediği için İslam'ın organ bağışını yasaklıyor olduğuna, (b) beden kutsallığına değinerek, bedenin Tanrı'ya ait olduğuna ve onun kaderi hakkında yalnızca Tanrı'nın karar verebileceğine, (c) ölen kişinin cesedinin ölümden sonra mümkün olan en kısa sürede gömülmesi gerektiğine ve beden ölümden sonra diriltilecek olduğu için bir bedenin öldükten sonra bir bütün olarak kalmasının daha doğru olduğuna, (d) hastalığın ancak Tanrı'nın iradesiyle tedavi edilebileceğine ve organ naklini kabul etmek yerine ilahi bir tedaviyi beklemenin uygun olduğuna ve (e) organların, Kıyamet Günü'nde bir bireyin yaşamına "tanık" olarak bağımsız bir rol üstlendiğine inanıyor oldukları bilinmektedir. Donörün organı kimin alacağı üzerinde hiçbir kontrolünün olamayacağı endişesi de birkaç grup tarafından ifade edilmektedir. Diğer taraftan, organ naklinin bir hastanın yaşamını ve acı çektiği süreyi uzattığına inananlar da mevcuttur. Bu tür yanlış algılamalara yanıt vermek için, yetkin dini figürlerin öneminin kabul edilmesi ve onların organ nakline ilişkin karar verme sürecine dahil edilmesi mühimdir (Robson ve ark., 2010). Organ bağışına taraf olan müslümanlar ise Maide süresinde geçen 2. ve 32. Ayetleri kanıt olarak göstermektedirler.

Maide Suresi'nin bu iki ayeti ve İslam'ın insan yaşamına verdiği değer göz önüne alındığında; organ naklinin İslam dini ile çelişmediği görülür. Birçok İslâm alimi de organ bağışına ilişkin bu yönde görüş beyan eder. Diyanet işleri başkanlığının ülkemizdeki görüşü de bu yöndedir. Bu bağlamda, aşağıdaki hususlara dikkat edilmek kaydıyla, organ nakli caiz olduğu belirtilmektedir. Nitekim İslam İş Birliği Teşkilatına bağlı, uluslararası bir fetva kuruluşu olan Mecmeu'l-Fıkhi'l-İslami de bu istikamette karar almıştır. Buna göre; a) zaruret halinin bulunması, yani hastanın hayatını veya hayati bir uzvunu kurtarmak için, bundan başka çaresi olmadığının, mesleki ehliyet ve dürüstlüğüne güvenilen uzman doktorlar tarafından tespit edilmesi, b) hastalığın bu yoldan tedavi edilebileceğine zann-ı galibinin bulunması, c) organ veya dokusu alınan kişinin, bu işlemin yapıldığı esnada ölmüş olması; eğer organ canlı bir insandan

alınacaksa, bu organın, alınan kişide (donör) temel bir hayati fonksiyonu devre dışı bırakmaması, d) toplumun huzur ve düzeninin bozulmaması bakımından, organ veya dokusu alınacak kişinin sağlığında (ölmeden önce) buna izin vermiş olması veya hayatta iken aksine bir beyanı olmamak şartıyla, yakınlarının rızasının sağlanması, e) alınacak organ veya doku karşılığında hiçbir şekilde ücret alınmaması, f) tedavisi yapılacak hastanın bu nakle razı olması, g) devlet kontrolü altında yapılması gerekir. (<https://kurul.diyamet.gov.tr/Cevap-Ara/993/organ-bagisi-caiz-midir> ?)

Hristiyan Bakış Açısı

Hristiyanlığın ana dalları olan Katoliklik ve Protestanlık organ nakillerini desteklemekte ve teşvik etmektedir. Hristiyanlar yol gösterici olarak, yaşamının kendisi başlı başına fedakârlık olan İsa Mesih'i dikkate alırlar. Yakın geçmişte vefat eden Papa II. Jean Paul, organ bağışını ve organ naklini bir "yaşam hizmeti" olarak defalarca savunmuştur. Fakat fikir ayrılıklarını önlemek adına, donör adayının özgürlüğüne saygı gösterilmesi ve ölüm kararını veren hekimin nakil ekibinin bir üyesi olmaması önerilmiştir. Organ nakli, binlerce insana yeni bir umut olan ve yeni bir hayat veren güvenli bir işlemdir. Bunun, kimin neden yaşayacağı ve kimin neden öleceğine dair bir kararın verildiği bir tartışma, bir diğer ifade ile bir yaşam ve ölüm tartışması olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu mesele, aynı zamanda, acı çeken gerçek kişiler ile ilgili olup; iyi ahlaka ve doğru anlaşılmiş sosyal-dini anlayışlara dayanan kararlar, süreci kolaylaştırmakla kalmayıp, daha az acı verici bir hale getirecektir. Bu nedenle; hem toplumun üyeleri hem de doktorlar tarafından, organ nakillerine ilişkin olumlu ve nesnel bir tutum sergilenmelidir. Bunun yanında; etik, sosyal ve dini meseleler, organ nakli için bir engel olarak kabul edilmemelidir ve müzakere edilebilir süreçler olarak ele alınmalıdır (Robson ve ark., 2010).

Konfüçyüsçü, Budist ve Taocu Bakış Açısı

Konfüçyüsçülük, Budizm, Taoculuk ve diğer ruhani inançların etkisi sebebiyle, sağlam bir cesedi atalara veya doğaya saygı ile ilişkilendiriyor olmalarından ötürü, Çin etnik kökenli kişilerin organ bağışı düşüncesini desteklemediği bilinmektedir. Özellikle Konfüçyüsçülükte "evlatlık dindarlığı" kavramı, bireylerin bedenlerini, atalarına hürmeten, ebeveynlerinden aldıkları şekilde geri vermelerini zorunlu kılar. Bundan dolayı, sağlam olmayan bir kişinin vücudunun, içerisinden organlar alınarak geri

verilmesinin yanlış olduğuna inanılmaktadır. Bununla birlikte, ölümlerinden sonra organlarını bağışlamaya karar verdikleri takdirde, öncelik akrabalarına ve daha sonra azalan sırayla, uzak akrabalara, kendi ülkelerinden insanlara (Çin etnik kökenli diğer kişiler) ve ancak en son yabancılara aittir. Organ bağışlamaya yönelik bu “müzakere edilebilir” istekliliğin, nakil uzmanlarının bunu Çin toplumunda organ bağışı oranlarını artırmaya yönelik bir strateji olarak kullanabileceği muazzam sonuçları vardır. Budistlere gelindiğinde, ölme sürecinin birkaç saat sürdüğüne inandıkları bilinmektedir. Taocular tarafından ise organların doğa ile bire bir ilişkisi olduğuna inanılmaktadır (Robson ve ark., 2010).

1.4.3. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Psikososyal Sorunlar

Günümüzde, alıcıların ruhsal değerlendirilmelerinde ana ilke, alacağı organa iyi bakıp bakmayacağı olmasına karşın, canlı verici programında vericilerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi çok önemlidir. Vericinin çok dikkatli değerlendirilmesi gereklidir. Zorlama ve maddi teşvik dışlama nedenlerindedir (Krahn ve Di Martini, 2005). Cerrahi prosedürde verici olma kavramının “özgür seçim” olduğu düşünülmektedir. Bu seçimin ilk adımı kişinin yapılacak cerrahiye rızasının olmasıdır. Gönüllü olan vericiler, canlı karaciğer vericilerinde cerrahiye bağlı oluşabilecek riskleri ve ölüm olasılığını bilmek zorundadırlar (Beresford, 2004). Vericilere ameliyatın tıbbi riskleri ve ölüm riski olasılığı doktorlar tarafından anlatılır ve bu konuda aileler bilgilendirilir. Yine oluşabilecek psikolojik ve sosyal sorunlar tartışılır. Verici, kararını vermeden önce yapılacak ameliyatın tıbbi ve psikososyal sonuçlarını biliyor olmalıdır (Broering ve ark., 2004). Özellikle canlı vericiden organ nakli yapan merkezlerde alıcı ve verici haklarının eşit düzeyde korunması için ekip içerisinde yalnızca bu alanda özelleşmiş psikiyatrist/psikolog/sosyal hizmet uzmanının var olması önemlidir. Dünyadaki hemen her merkezde vericilerin psikiyatri tarafından değerlendirilmesi verici değerlendirme prosedürü içinde yer almaktadır (Trotter ve ark., 2001; Pascher ve ark., 2002; Erim ve ark., 2003; Shrestha, 2003).

Böbrek ve karaciğer naklinde canlı bağış, dünya genelinde birçok merkezde rutin bir prosedür haline gelmiş olup, donörlerin çoğunda iyi yaşam kalitesi ile sonuçlanmaktadır. Bazı ülkelerde, nakledilen organların önemli bir bölümü canlı donörlerden temin edilmektedir. Canlı bağışçıların psikososyal değerlendirmesinde,

ulusal yasal ön koşullar göz önünde bulundurulmalıdır. Kimi ülkelerde donör ile alıcı arasında yakın bir genetik veya duygusal ilişki bulunması gerekli kılınmışken, bazı ülkelerde ilgisiz veya akraba olmayan kişiler, hatta ismi belirtilmemiş (anonim) kişiler tarafından bağış yapılmasına izin verilmektedir. Canlı donörler için psikososyal değerlendirmeyi içeren kılavuzlara ve klinik protokolleri değerlendiren sistematik bir literatür incelemesine göre; psikososyal değerlendirme kriterlerinin mevcut kanıt temelinde zayıf olduğu ve bağışçıların değerlendirilmesi için başvuru çok çeşitli yöntemlerin mevcut olduğu yani konunun standart olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çoğu yazar tarafından, kapsamlı değerlendirmeler yapılabilmesi adına bir çerçeve sağlayan yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış görüşmelerin kullanılması uygun bulunmaktadır. Bazı yazarlar tarafından ise ek psikometrik testler önerilmektedir (Robson ve ark., 2010).

Donör değerlendirmesinde sıklıkla ele alınan psikososyal alanlar şöyle sıralanabilir: Organ bağışlama motivasyonu, karar verme süreci, belirsizlik, beklentiler, kararın gönüllülüğü, bilişsel durum, bilgilendirilmiş onam verme yeterliliği, donörün kendisi ve alıcı için söz konusu olan riskler hakkında bilgi sahibi olup olmadığı, sosyo-demografik özellikler, aile ile ilgili sorunlar, sosyal destek, donör-alıcı ilişkisi, güncel ve geçmiş psikiyatrik bozukluklar, psikolojik istikrar, mevcut stres faktörleri, kritik yaşamsal olaylar, başa çıkma, tıbbi diyetle bağlılık, sağlık davranışları (madde kullanımı dahil), mali konular, örneğin; bağışa ilişkin ekonomik riskler, olası mali teşvikler (organ kaçakçılığının yasaklanması), istihdamla ilgili konulardır (örneğin; mesleki bağış riskleri) (Robson ve ark., 2010). Canlı bağışlarda alıcı ile yapılan görüşme; alıcının canlı bağışa ilişkin tutumu ve olası beklentilerinin yanı sıra bağışçı ile ilişkinin bir incelemesini de içermelidir.

1.4.4. Canlı Vericili Organ Nakillerinde Vericilerde Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Açısından Önemi

Organ nakillerinin multidisipliner bir ekip ile yapılıyor olması organ nakli olan hastaların yaşam sürelerinin uzaması ve kaliteli bir yaşam sürdürmeleri ile sonuçlanır. Bu başarının temelinde iyi bir ekip organizasyonu yer almaktadır. Alıcı ve vericinin transplantasyon öncesinde fizyolojik ve psikolojik açıdan değerlendirilmesi yapılarak, tüm birimlerin ciddi bir şekilde izlemi, girişim yönünden herhangi bir kontrendikasyon

olup olmadığının saptanması, hastanın hikayesinin ve yaşam koşullarının çok iyi bilinmesi, transplantasyonun ameliyat sonrasındaki başarısı, yaşam süresi ve kalitesi açısından önem taşır. Bu dönemde doğru, dikkatli ve profesyonel bir yaklaşımın sonuca etkisi büyüktür (Aksoy, 1993; Shilling ve ark., 2006). Organ nakli ekibinde yer alan sağlık çalışanlarının aynı düzeyde eğitilmesi ve ekip içindeki rollerinin belirlenmesi gerekir. Çünkü organ nakli uygulamalarında, organın nakledilmesi kadar önemli bir diğer nokta da verici ve alıcının en iyi koşullarda bakımının sağlanması ve ileriki dönemde yaşam kalitelerinin olabilecek en iyi düzeye getirilmesidir. Bu nedenle oldukça kompleks ve riskli bir cerrahi girişimi gerektiren transplantasyon ameliyatlarının değişik evrelerinde yer alan hemşireler, önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Williams ve ark., 2007).

Organ nakli hemşirelik bakımı, ileri bilgi ve beceriyi gerektiren oldukça karmaşık girişimleri içerir. Organ nakli biriminde uzmanlaşmış hemşirelere olan gereksinim henüz çözüme ulaşmamış bir sorun olarak güncelliğini korumaktadır. Bir organ nakli biriminde iyi bir hemşirelik bakımının yanında, hasta eğitimi cerrahi girişimin başarısı için zorunludur. Bu açıdan bakıldığında organ nakli biriminde çalışan hemşirelerin sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir; (1) iyi bir yoğun bakım hemşireliği niteliğine sahip olma, (2) kişisel, profesyonel, kültürel, sosyal ve etik yönden organ nakli konusunda duyarlılık ve bilgi gelişiminin devamlılığını sağlama, (3) doku ve organ nakli ile ilgili ulusal ve yerel yasa hazırlıklarına katılım, (4) ailelere destek olma, verici olması konusunda aileleri yönlendirme, (5) doku ve organ bağışına danışmanlık, rehberlik etme, bu konuda toplumu duyarlı kılma, (6) verici ve alıcı iletişimine yardımcı olma, (7) verici ve alıcı bakım gereksinimlerini saptama ve uygulama, (8) transplantasyon hemşireliği bilim ve sanatında ilerlemeyi planlama, araştırma ve inceleme çalışmalarına katılım, (9) hastaların kendi öz bakımına katılımını sağlamak için sürekli ve etkin eğitim yapmaktır (Aksoy, 1993; Emiroğlu, 2002; Güler, 2003; Neyhart, 2004; Yüken, 2010).

Hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarını içeren tüm süreçlerde hemşirenin tutumu önemlidir. Hastaların ihtiyaçlarını en doğru şekilde belirleyebilmek ve bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek için hemşireler

empatik yaklaşımda bulunmalıdır (Ançel, 2006). Bu yaklaşımda, hastalar anlaşıldığını hisseder, kendisine değer verildiğini ve güvenildiğini düşünür. Bu durum hemşirenin hastaya ulaşması ve planladığı bakımı uygulamasını kolaylaştırmaktadır. Böylelikle bireyselleşen bakımla olumlu tedavi ortamı sağlanmış olur. Hastaya sunulan hizmetin sonrasında tedavinin olumsuz sonuçları azalır ve iyileşme hızı artar (Üstün, 2005). Böbrek hastalığı olan bireylerin sonuçlarını ve bakımlarını geliştirmeye yönelik dünya çapında klinik uygulama rehberleri geliştiren ve uygulayan Kidney Disease: Improving Global Outcomes-Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçların İyileştirilmesine (KDIGO) 'ya göre canlı böbrek donörlerin değerlendirilmesi ve bakımı ile ilgili hemşire koordinatörlerinin; canlı donör adaylarının tanımlanmasında, değerlendirilmesinde, bakımında ve takibinde yer alan rol ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanmıştır: organ bağıışı ve tedavi seçenekleri hakkında böbrek vericisi ve alıcısına eğitim verilmesi, organ bağıışı konusunda değerlendirmenin tamamlanması, kolaylaştırılması ve gözden geçirilmesi, ameliyat sırasında ve klinik yatışı sırasında düzenlemelere yardımcı olunması ve ameliyat sonrası bakımın planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve nakil sonrası takip planının oluşturulması ve koordine edilmesi yer almaktadır (Lentine ve ark., 2017). Böbrek nakli alıcı, verici ve ailesine bakım hizmetlerinin güvenli ve etkili bir şekilde verilebilmesi, hemşirenin, kendi eğitim ve gelişimini güncellemesi ile mümkün olabilir. Bakımın her aşamasında hem alıcı, verici ve aileleri hem de meslek üyeleri eğitimler yolu ile desteklenmelidir. Eğitimler, birey, aile ve toplumun güçlendirilmesinde ve nakil sürecinde yaşayabilecekleri zorluklarla baş etmelerinde etkili olacaktır. Güncel gelişmeler, naklin tüm sürecini etkilediği gibi verilen hemşirelik bakımını da etkilemektedir. Bu gelişmelerin takip edilmesi donör, alıcı, verici, hasta ve ailelerinin gereksinimlerin sağlıklı bir biçimde karşılanmasına olanak sağlayacak, nakil başarısının arttırmasına da katkı sağlayacaktır (Çetin ve Cebeci, 2021).

2. MATERYAL VE METOD

2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu çalışma canlı vericilerin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerin değerlendirilmesi amacı ile kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular

✓ Canlı vericilerin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtiler düzeyi nasıldır?

✓ Canlı vericilerin tanıtıcı özelliklerinin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtiler üzerinde etkisi var mıdır?

✓ Canlı vericilerin karardan pişmanlık düzeyi ile psikolojik belirtileri arasında ilişki var mıdır?

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma İstanbul ilindeki İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hastanesi Organ Nakil Merkezi'nde 13 Kasım-20 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Hastanenin organ nakli merkezi Aralık 2017 tarihinde faaliyete başlamış olup yıllık ortalama 200 böbrek, 75 karaciğer nakli gerçekleştirmektedir. Organ nakli merkezinde 3 genel cerrah, 1 nefrolog, 2 gastroenterolog, 1 organ nakli koordinatörü, 1 kat hekimi, 12 hemşire, 3 hasta bakıcı, 5 sekreter görev yapmaktadır. Yatan hasta katında 30 yatak mevcuttur. Ayrıca merkezde pankreas nakilleri de yapılmaktadır. Böbrek vericileri ortalama 3 gün yatmakta, taburcu olduktan 1. hafta, 3.-6. ay dolduktan sonra ve devamında yıllık olarak kontrol edilmektedir. Karaciğer vericileri ortalama 5-7 gün sonra taburcu edilmektedir. Karaciğer vericileri taburcu olduktan 1 hafta sonra kontrol edilmekte ve değerlendirmeye göre diğer kontrolleri planlanmaktadır. Ülkemizde sertifikalı organ nakli koordinatörlerinin çoğunluğunu hemşire koordinatörler oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanesinde organ nakli koordinatörü hemşiredir. Alıcı ve verici hazırlıkları, nakil süreci ve nakil sonrası süreci organ nakli koordinatörü tarafından yürütülmektedir. Verici hastaneye geldiği andan itibaren tıbbi ve psikolojik anlamda koordinatör tarafından kontrol edilmekte, süreç ve riskler konusunda aydınlatılmaktadır. Hatta verici adayları daha önce verici olmuş kişiler ile tanıştırılarak ayrıntılı olarak bilgilendirilerek onamı alınmaktadır. Kararsız ve endişeli olan vericiler donör olarak kabul edilmemektedir.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aralık 2017-Eylül 2020 tarihleri arasında 420 böbrek ve 125 karaciğer vericisi olmak üzere toplamda 545 verici oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü belirlemede orta düzeyde etki büyüklüğü (effect size=0,2), %80 güç analizine göre en az 199 verici hesaplanmış olmasına karşın gönüllü katılımcılar ile 273 (187 böbrek, 86 karaciğer) verici çalışmanın örneklemini oluşturdu. Çalışmaya 18 yaş üstü, nakil ameliyatı sonrası en az bir ay geçmiş, gönüllü, yabancı uyruklu olmayan, akıllı telefon/bilgisayar kullanabilen ve destek alabilen katılımcılar dahil edildi.

2.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olarak literatür desteğinde araştırmacı tarafından hazırlanan vericilerin sosyodemografik durumunu ortaya koymak üzere 9 soruluk anket formu (yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu) ile canlı vericiye ait bilgileri içeren toplam 25 sorudan (EK-5) oluşturdu. Canlı organ vericilerinin karardan pişmanlığını değerlendirmede “*Karardan Pişmanlık Ölçeği (KPÖ) (5 soru)*” (EK-6) ve psikolojik belirtilerinin değerlendirilmesinde ise “*Kısa Semptom Envanteri (KSE) (53 soru)*” (EK-7) kullanıldı. Çalışmada ölçek seçiminde literatür taraması, organ nakil merkezinin psikiyatri uzmanı ve ölçek sahiplerinden görüş alınarak karar verildi.

2.5.1. Sosyodemografik Veri Formu ve Verici Tanıtıcı Özellikleri (EK-5)

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve vericilerin sosyodemografik özelliklerini (adı-soyadı, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sayısı, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı) sorgulayan toplam 9 soru içermektedir. Canlı vericilerin; (alıcısı ile akrabalık derecesi, ameliyat tarihi ve ameliyat tarihinden itibaren geçen süre, hangi organını bağışladığı, organ bağışladığındaki yaşı, organ bağış kararını vermede geçen süre, organ bağış kararı verirken profesyonel destek alıp almadığı, geçmişte psikiyatrik tanısı olup olmadığı, yakın çevresinin karara tepkisi, ameliyat öncesi risklerin anlatılıp anlatılmadığı, ameliyat sonrası komplikasyon gelişip gelişmediği, ameliyat sonrası yeni hayata uyumu, tekrar verici olup olmayacağı, alıcısı ile ilişki durumu, alıcının sağlık durumu, alıcı öldü ise nakilden ne kadar süre sonra öldüğü, alıcının ölüm nedeni olmak üzere) toplam 25 soru içermektedir.

2.5.2. Karardan Pişmanlık Ölçeği (KPÖ) (EK-6)

Brehaut ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireylerin sağlıklarıyla ilgili verdikleri tedavi kararından doğan pişmanlığı değerlendirmektedir. Ölçeğin özgün adı “*Decision Regret Scale*” dir. Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çetin tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Çetin, 2007). Ölçeğin geçerlilik çalışması, hormon replasman tedavisi yapılan, meme kanserinde adjuvan tedavi alan ve karaciğer nakli yapılan hastalarda kullanılmıştır. Ölçek iç tutarlılık göstermiş olup, hasta grupları arasında Cronbach alfa katsayısı 0.81 ile 0.92 arasında bulunmuştur. 5’li Likert tipi yanıt formatı olan ölçek, “Kesinlikle katılıyorum (1)”, “Katılıyorum (2),” “Ne katılıyorum ne de katılmıyorum (3)”, “Katılmıyorum (4)” ve “Kesinlikle katılmıyorum (5)” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Puandaki artış karar pişmanlığının arttığını gösterir. Ölçekten alınan puan 0-24 arasında ise “karardan hiç pişman değil”, 25-49 arası “karardan biraz pişman”, 50-74 arası “karardan dolayı pişman”, 75-100 arası ise “karardan dolayı çok pişman” olduğu söylenebilir. Bu çalışmada KPÖ’nin Cronbach alfa sayısı $\alpha=0,861$ olarak bulunmuş olup, oldukça güvenilir olduğu saptandı.

2.5.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK-7)

KSE), Derogatis tarafından psikiyatrik belirtileri ve bireyin içinde bulunduğu stres düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen SCL-90-R’nin kısa formudur (Derogatis ve Spencer, 1993). SCL-90-R’nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilerek kısa form elde edilmiştir. KSE aynen SCL-90-R’deki gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 genel indeksten oluşmaktadır. Türkiye’de Şahin ve Durak (1994) ve Şahin ve ark., (2002) tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek; depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostalite (öfke/saldırganlık) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Her maddesi 0-4 arası puanlanmakta, alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin psikolojik belirtilerinin sıklığını işaret etmektedir. Ölçek sorularının psikolojik belirtilere dağılımında: anksiyetede; 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49, depresyonda; 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39, olumsuz benlikte; 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53, somatizasyonda; 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33 ve hostalitede; 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41 şeklindedir. Yapılan üç farklı çalışmada Cronbach alfa

iç tutarlılık katsayıları 0.971 olarak hesaplanmıştır. Bu test istatistiğinde değerin 0,75'den büyük olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada KSE'nin Cronbach alfa sayısı $\alpha=0,971$ olarak belirlendi.

2.6. Araştırmanın Veri Toplama Süreci

Covid-19 pandemisi nedeni ile organ nakil merkezine kayıtlı canlı vericilere google form aracılığıyla e-mail, whatsapp gruplarına mesaj atılarak online olarak toplandı. Öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgilendirme yapıp onamları alındı. Veri toplama süresi 10-15 dakika sürdü. Katılımcılardan olumsuz geri bildirim alınmadı. Ancak yapılan görüşmede vericilerin pandemi sürecinde sokağa çıkma kısıtlamaları, maske takma, işsizlik vb. gibi belirsizliklerin nedenlerine bağlı psikolojik olarak etkilendikleri tespit edildi.

2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Kolmogorov-Smirnova testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili grup analizlerinde Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek için Post-Hoc testlerinden Tukey testlerine başvuruldu. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemede Spearman korelasyon testleri kullanıldı. Canlı vericilerin KPÖ ve KSE ölçek puanlarına etki eden faktörlerin belirlenmesinde çoklu regresyon modeli kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alındı. Ön uygulama yapıldı.

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanmadan önce, Etik (05.11.2020/Toplantı 13/ Karar 05) ve kurum izinleri (Karar No:30.09.2020) alındıktan sonra veriler toplandı. Ölçek sahiplerinden izin alındı (EK3). Dijital ortamda, çalışmaya katılan vericilere araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi ile ilgili gerekli açıklamaları içeren form

online gönderilerek vericilerden onay alındı. Çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yapıldı.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamında toplanan veriler;

- i. Çalışmaya katılanların tanıtıcı özellikleri,
- ii. KPÖ ve KSE'nden alınan puan ortalamalarının dağılımı,
- iii. Katılanların tanıtıcı özellikleri ile KPÖ ve KSE'nden ölçeği arasındaki puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- iv. KPÖ ve KSE arasındaki ilişki,
- v. KPÖ ve KSE'ye etki eden faktörlerin belirlenmesi olmak üzere beş başlık altında incelendi.

3.1. Çalışmaya Katılanların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan %52.4 (n=143)'ünün erkek, %32.9 (n=90)'unun ise 29 ile 39 yaş grubunda, %69.6 (n=190) 'sı evli, % 52.0 (n=142)'sinin çalışmadığı, %33.7 (n=92)'sinin ortaöğretim, %61.2 (n=167)'sinin orta düzeyde gelire sahip, %87.6 (n=239)'sında sağlık güvencesi, % 2.9 (n=8)'unda psikiyatrik rahatsızlık olduğu belirlendi (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Vericilerin tanıtıcı özellikleri (n= 273)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	130	47,6
	Erkek	143	52.4
Yaş grubu	18-28	49	17.9
	29-39	90	32.1
	40-50	65	23.8
	51-61	44	16.3
	62+	25	9.3
Yaş ortalaması (Ort±ss) (Med(Min-Maks))		41.2±13.9	39 (18-74)

Medeni durumu	Evli	190	69.6
	Bekar	52	19.0
	Boşanmış/Ayrı/Dul	31	11.4
Öğrenim durumu	Okur-Yazar	15	5.5
	İlköğretim	97	35.5
	Ortaöğretim	92	33.7
	Yüksek Öğretim	69	25.3
Çalışma durumu	Evet	131	48.0
	Hayır	142	52.0
Gelir durumu	Yok	26	9.5
	Düşük	63	23.0
	Orta	167	61.2
	Yüksek	17	6.3
Sağlık güvencesi	Yok	34	12.4
	Var	239	87.6
Çocuk sahibi olma	Evet	200	73.3
	Hayır	73	26.7
Çocuk sayısı	1-2	123	61.5
	3 ve üzeri	97	38.5
Geçmişte psikiyatrik tedavi alma durumu	Evet(Anksiyete, depresyon, panik atak)	8	2.9
	Hayır	265	97.1

Tablo 3.2’de canlı vericilere ait bilgiler özetlendi. Vericilerin %57.1 (n=156)’inin 1. derece akrabalarına organ verdiği, %68.5 (n=187)’inin böbreklerini bağışladığı, %10.6 (n=29)’sının profesyonel destek aldığı, %94.5 (n=258)’inin cerrahi girişim öncesi ameliyatın riskleri hakkında bilgilendirildiği, %9.2’sinde (n=25) ameliyat sonrası komplikasyon geliştiği bulundu (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Vericilerin cerrahi girişim bilgileri (n= 273)

Cerrahi girişim bilgileri		n	%
Alıcı ile akrabalık derecesi	1. Derece	156	57.1
	2. Derece	42	15.4
	3. Derece	12	4.4
	4. Derece	15	5.4
	Akraba Dışı	48	17.6
Verilen organ türü	Böbrek	187	68.5
	Karaciğer	86	31.5
Organ bağışına karar vermede profesyonel destek alma durumu	Evet	29	10.6
	Hayır	244	89.4
Cerrahi girişim öncesi ameliyatın riskleri hakkında bilgilendirme	Evet	258	94.5
	Hayır	15	5.5
Ameliyattan sonra komplikasyon gelişme durumu (hafif ve orta)	Evet	25	9.2
	Hayır	248	90.8

Canlı organ vericilerinin nakil sonrası yaşama uyum sağlama sıklıklarına bakıldığında; %83.2'sinde (n=227) iyi uyum sağladığı, tekrar verici olmaya canlı vericilerden %89.8'i (n=245) olumlu bakarken, %10.2'sinin (n=28) ise sıcak bakmadığı belirlendi. Canlı vericilerin organ bağışu yaptıklarında ortalama yaşları 40.2±13.4 yıl olduğu saptandı (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Vericilerin nakil sonrası yaşama uyum ve tekrar verici olmaya yönelik düşüncelerinin dağılımı (n=273)

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Nakil sonrası günlük yaşama Uyum durumu	Uyum sağlayamadım	3	1.1
	Ne iyi ne kötü uyum	43	15.7
	İyi uyum sağladım	227	83.2
Tekrar verici olma durumu	Evet	245	89.8
	Hayır	28	10.2
Organ bağıışı yapıldığında yaş ortalaması	Ort±ss Med (Min-Maks)	40.2±13.4	38 (18-79)

Vericilerin KPÖ'nin maddelerine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 3.4'te sunuldu. Vericilerin “*Yaptığım bu seçimden pişmanlık duyuyorum.*” % 84.6'sı (n=231), “*Eğer tekrar aynı şeyi yapmam gerekse aynı seçimi yapardım.*” % 82.1'i (n=224), “*Kararım akıllıcaydı pişmanlık duymuyorum.*” % 80.2'si (n=219) kesinlikle katıldıkları belirlendi. “*Bu seçim bana çok zarar verdi.*” % 77.7'si (n=212) ise kesinlikle katılmadıkları bulundu.

Tablo 3.4. Vericilerin Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin maddelerine verdikleri cevapların dağılımı

Karardan Pişmanlık Ölçeği	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1-“Doğru karardı”	219(80.2)	39(14.3)	8(2.9)	3(1.1)	4(1.5)
2-“Yaptığım bu seçimden pişmanlık duyuyorum”	-	6(2.2)	7(2.6)	29(10.6)	231(84.6)
3-“Eğer tekrar aynı şeyi yapmam gerekse aynı seçimi yapardım”	224(82.1)	30(11)	12(4.4)	4(1.5)	3(1.1)
4-“Bu seçim bana çok zarar verdi”	-	4(1.5)	12(4.4)	45(16.5)	212(77.7)
5-“Kararım akıllıcaydı pişmanlık duymuyorum”	219(80.2)	41(15)	8(2.9)	3(1.1)	2(0.7))

Çalışmada vericilerinin KSE ve KPÖ'nin genel ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3.5'de verildi. Kısa Semptom Envanteri'nden genelinden 67.13 ± 22.79 (Min:53; Maks:217), Karardan Pişmanlık Ölçeği'nden 24 ± 7.68 (Min:20; Maks:88) puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi (Tablo3.5).

Tablo 3.5. Vericilerin Kısa Semptom Envanteri ve Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin genel ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=273)

	İfade sayısı	Ort±ss	Median (Min-Maks)	Kolmogorov -Smirnova	Cronbach Alpha güvenirlik katsayı değeri
Anksiyete	13	15.96±5.63	13 (13-50)	<0.001	0.908
Depresyon	12	15.95±6.47	13 (12-60)	<0.001	0.908
Olumsuz Benlik	12	14.75±5.12	12 (12-44)	<0.001	0.888
Somatizasyon	9	11.07±3.9	9 (9-35)	<0.001	0.868
Hostilite	7	9.4±3.59	8 (7-29)	<0.001	0.802
Kısa Semptom Envanteri	53	67.13±22.79	57 (53-217)	<0.001	0.971
Karardan Pişmanlık Ölçeği	5	24±7.68	20 (20-88)	<0.001	0.862

Tablo 3.6'de çalışmaya katılanların tanıtıcı özellikleri ile KSE ve KPÖ'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılması sunuldu. Çalışmada kadın vericilerin anksiyete ($p=0.002$), depresyon ($p=0.002$), olumsuz benlik ($p=0.016$), somatizasyon ($p=0.011$), hostilite ($p=0.035$) alt boyutları ve KSE ($p=0.002$) genel boyut puan ortalamalarının, erkek vericilere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Ancak KPÖ puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 3.6) (Şekil 3.1).

Tablo 3.6. Vericilerin bazı tanıtıcı özellikleri ile Kısa Semptom Envanteri ve Karardan Pişmanlık Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=273) (Tablo 3.6 üç sayfadan oluşmaktadır)*

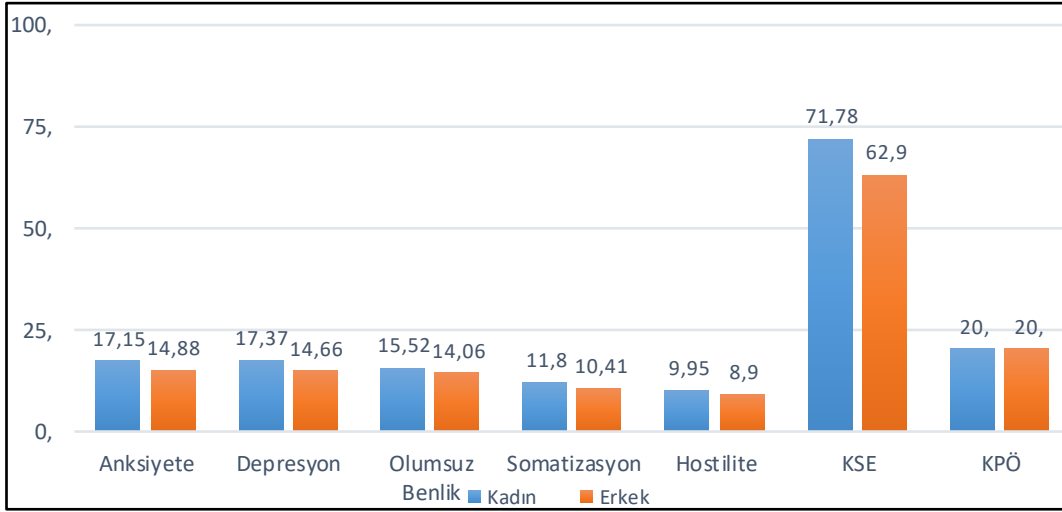
	Anksiyete Med (Min-Maks)	Depresyon Med (Min-Maks)	Olumsuz Benlik Med (Min-Maks)	Somatizasyon Med (Min-Maks)	Hostilite Med (Min-Maks)	KSE Med (Min-Maks)	KPÖ Med (Min-Maks)
Cinsiyet							
Kadın	17.15 (13-50)	17.37 (12-60)	15.52 (12-44)	11.8 (9-35)	9.95 (7-29)	71.78 (53-217)	20 (20-88)
Erkek	14.88 (13-31)	14.66 (12-35)	14.06 (12-35)	10.4 (9-25)	8.9 (7-20)	62.9 (53-129)	20 (20-56)
p*	0.002	0.002	0.016	0.011	0.035	0.002	0.248
Nefrektomi süresi							
18 ay ve altı	14 (13-50)	14 (12-43)	13 (12-42)	9 (8-29)	8 (7-29)	61 (52-186)	100 (60-100)
18 ay ve üzeri	13 (13-50)	12 (12-60)	12 (12-44)	8 (8-30)	7 (7-28)	53 (52-212)	100 (32-100)
p*		0,011	0,009	<0,001	0,014	0,001	0,115
Yaş aralığı							
18-28 (a)	16.37 (13-29)	16.04 (12-29)	15.51 (12-34)	11.08 (9-24)	10.1 (7-29)	69.1 (53-126)	20 (20-44)
29-39 (b)	17.36 (13-50)	17.93 (12-60)	15.72 (12-44)	12.19 (9-35)	10.39 (7-28)	73.59 (53-217)	20 (20-88)
40-50 (c)	15.72 (13-46)	15.74 (12-37)	14.91 (12-36)	10.74 (9-33)	9.18 (7-18)	66.2 (53-168)	20 (20-56)
51-61 (d)	13.86 (13-21)	13.27 (12-23)	12.77 (12-20)	9.66 (9-16)	7.98 (7-14)	57.55 (53-87)	20 (20-44)
62 ve üzeri (e)	14.44 (13-27)	13.88 (12-24)	12.88 (12-19)	10.36 (9-17)	7.52 (7-12)	59.08 (53-96)	20 (20-36)
p†	0.003 ; d-b	0.001	0.001 ; d-b; e-b	0.023 ; d-b	0.001 ; d-a; d-b; e-a; e-b	0.001 ; d-a; d-b	0.120
Eğitim durumu							
Okur yazar (a)	14.73 (13-27)	13.87 (12-24)	13.07 (12-19)	10.2 (9-16)	8.2 (7-13)	60.07 (53-96)	20 (20-32)
İlköğretim (b)	15.15 (13-41)	15.13 (12-47)	14.13 (12-39)	10.54 (9-28)	8.93 (7-26)	63.89 (53-181)	20 (20-88)
Ortaöğretim (c)	16.14 (13-50)	16.14 (12-43)	14.93 (12-42)	11.22 (9-33)	9.51 (7-22)	67.95 (53-189)	20 (20-56)
Üniversite (d)	17.12 (13-50)	17.29 (12-60)	15.75 (12-44)	11.81 (9-35)	10.17 (7-29)	72.14 (53-217)	20 (20-52)
P †	0.048 ; a-d	0.051	0.01; a-d	0.207	0.197	0.063	0.411
Alıcı ile akrabalık durumu							
1. Derece	15.94 (13-50)	15.96 (12-60)	14.69 (12-44)	10.9(9-35)	9.32(7-29)	66.82(53-217)	20(20-56)
2. Derece	16.62 (13-46)	16.1 (12-47)	15.43(12-39)	9.76 (7-26)	69.83(53-181)	69.83(53-181)	20(20-44)
3. Derece	13.67 (13-17)	13.25 (12-19)	13.08 (12-16)	7.75 (7-12)	57.33(53-74)	57.33(53-74)	20(20-32)
4. Derece	15.4 (13-27)	16.33(12-29)	15.87(12-24)	9.73(7-18)	68.40 (53-101)	68.4(53-101)	20(20-88)
Akraba dışı	16.19 (13-29)	16.33(12-28)	14.44(12-25)	9.65(7-20)	67.83 (53-106)	67.83(53-106)	20 (20-40)
Verilen organ							
Böbrek	16.13(13-50)	16.07(12-60)	14.74(12-44)	11.19(9-35)	9.35(7-29)	67.44(53-217)	20(20-88)
Karaciğer	15.58(13-41)	15.67(12-47)	14.79(12-39)	10.81(9-28)	9.50(7-26)	66.36(53-181)	20(20-44)
p*	0.411	0.662	0.839	0.404	0.784	0.487	0.268

* p<0.05, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Post Hoc Tukey testi

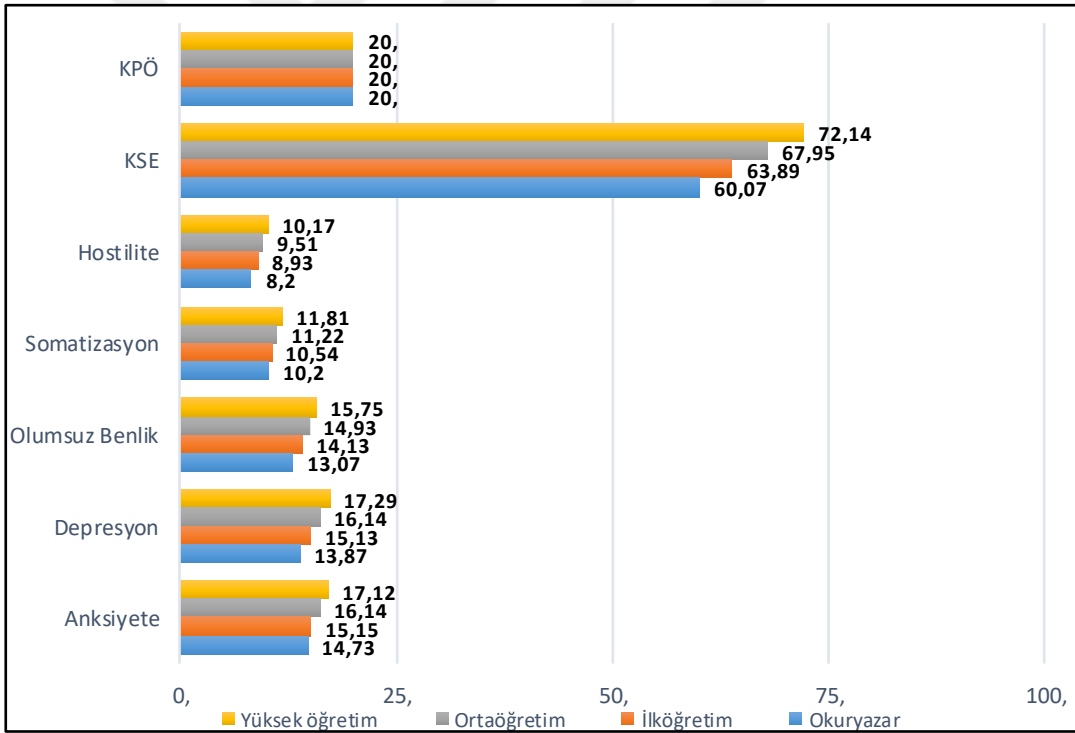
Canlı vericilerin yaş grupları ile KPÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken ($p>0.05$); KSE ($p=0.001$), anksiyete ($p=0.003$), depresyon ($p=0.001$), olumsuz benlik ($p=0.001$), somatizasyon ($p=0.023$) ve hostilite ($p=0.001$) alt boyutu puan ortalamaları ile aralarında anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farklılığın nedenini belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc Tukey testine göre; 29-39 yaş grubunda olanların anksiyete, olumsuz benlik düzeyleri ve somatizasyon alt boyutlarından alınan puan ortalamasının, diğer yaş gruplarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu. Yine 18-28 yaş grubunda Hostile'nin daha yüksek ve 51-61 yaş grubunda ise depresyon düzeylerinin daha düşük puan ortalamasına sahip olmasının anlamlı farklılık oluşturduğu saptandı. KSE genel puan ortalamalarının ise 51-61 yaş grubundakilerin diğer yaş gruplarından daha düşük puan ortalamasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$) (Şekil 3.2).

Vericilerin eğitim durumları ile depresyon, somatizasyon, hostilite, KSE ve KPÖ'nin puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Ancak üniversite mezunu olanların anksiyete ($p=0.048$) ve olumsuz benlik ($p=0.01$) alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlendi.

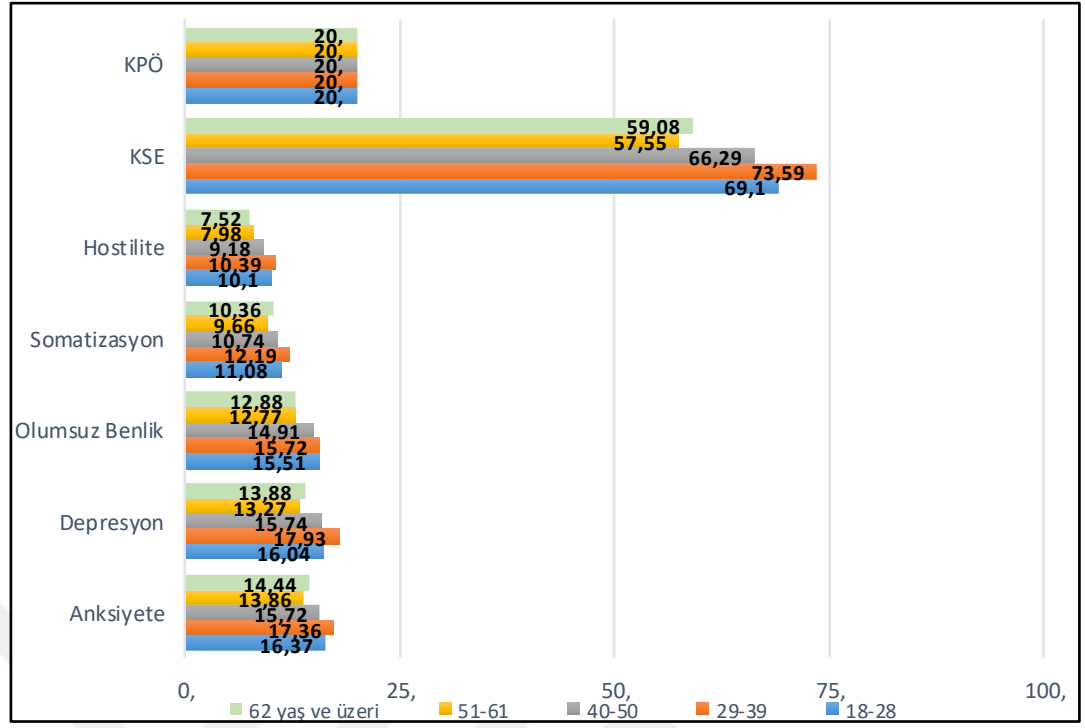
Çalışmada katılımcıların çocuk varlığı, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, akrabalık derecesi ve verilen organ türü değişkenleri ile KPÖ ve KSE genel ve alt boyutlarından aldıkları puan dağılımları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Böbreğini veren bireylerin, karaciğerini veren bireylere göre KSE'den alınan puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Nefrektomi olma süresi 18 ay ve altı olan vericilerin KSE'nin genel ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte ileri düzeyde anlamlı bir farklılık belirlendi ($p<0.001$).



Şekil 3.1. Çalışmaya katılanların cinsiyet değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=273)



Şekil 3.2. Katılımcıların eğitim durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=273)



Şekil 3.3. Katılımcıların yaş grubu ile çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=273)

Tablo 3.7. Karardan Pişmanlık Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri'nin puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=273)

		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	KSE
KPÖ	r	.309**	.331**	.236**	.363**	.416**	.381**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Anksiyete	r	1.000	.880**	.873**	.723**	.782**	.906**
	p		.000	.000	.000	.000	.000
Depresyon	r		1.000	.849**	.728**	.796**	.933**
	p			.000	.000	.000	.000
Olumsuz Benlik	r			1.000	.675**	.781**	.897**
	p				.000	.000	.000
Somatizasyon	r				1.000	.714**	.810**
	p					.000	.000
Hostilite	r					1.000	.892**
	p						.000

* p<0.05, ** p<0.001

Tablo 3.7’de KPÖ ve KSE’nin puan ortalamaları arasındaki ilişki verildi. KPÖ toplam ölçek puanı ile anksiyete (r= 0.416), depresyon (r= 0.363), olumsuz benlik (r= 0.236), somatizasyon (r= 0.331), hostilite (r= 0.309) alt ölçek puanı ile KSE (r= 0.381) toplam ölçek puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulundu (p<0.05).

Tablo 3.8. Karardan Pişmanlık Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri'nin puan ortalamasına etkileyen faktörler

Model	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar	t	p
	B	Std Hata	Beta		
Karardan Pişmanlık Ölçeği					
Model 1: R= 0.444; R ² = 0.197;					
Adjusted R= 0.150; F= 4.200;					
p<0.001***, Durbin-Watson=0.53					
* p<0.05,					
Constant (sabit)	22.928	3.839		5.972	<0.001
Anksiyete	-0.615	0.200	-0.451	-3.075	0.002
Depresyon	0.350	0.172	0.294	2.033	0.043
Olumsuz Benlik	-0.063	0.188	-0.042	-0.334	0.739
Somatizasyon	0.452	0.216	0.206	2.095	0.037
Hostilite	0.734	0.213	0.343	3.440	0.001
KSE	0.093	0.020	0.270	4.624	<0.001
Cinsiyet	-0.215	1.040	-0.014	-0.207	0.836
Yaş	-0.058	0.041	-0.105	-1.427	0.155
Öğrenim durumu	-1.845	0.599	-0.213	-3.077	0.002
Kısa Semptom Envanteri					
Model 1: R= 0.321; R ² = 0.103;					
Adjusted R= 0.069; F= 3.010;					
p=0.001***, Durbin-Watson=2.126					
Constant (sabit)	80.210	10.176		7.882	<0.001
KPÖ	0.788	0.170	0.270	4.624	<0.001
Cinsiyet	-8.896	3.121	-0.199	-2.851	0.005
Yaş	-3.365	1.456	-0.181	-2.311	0.022

Çoklu regresyon analizi kullanıldı. * p<0.05,

Tablo 3.8'de KPÖ ve KSE'nin puan ortalamasını etkileyen faktörler verildi. KPÖ'ni anksiyete ($\beta=-0.615$), olumsuz benlik ($\beta=-0.063$) ve öğrenim durumunun ($\beta=-1.845$) negatif yönde, depresyon ($\beta=0.350$), somatizasyon ($\beta=0.452$) ve hostilitenin ($\beta=0.734$) ise pozitif yönde etkileyen faktörler olduğu belirlendi. KSE 'ne cinsiyet OR=

-8.896 ve yaş OR= -3.365 kat negatif yönlü bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.8).



4. TARTIŞMA

Canlı vericilerin manevi olarak güçlü ve yüce duygularla başka bir insana hayat hediye etmeleri ve bu yardım sonrası manevi kazanç elde etmeleri bu ameliyatı etik açıdan mümkün kılmaktadır. Vericilerin organ bekleyen hastalara çare olmak amacıyla ameliyatlardan önce gönüllü oldukları bu süreçte ameliyattan sonra kararlarının değişebileceği, psikolojik belirtilerinin gelişebileceğinden onlara yardımcı ve destek olmak amacı ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular;

- i. Katılımcıların KSE ve KPÖ'den aldıkları puan ortalamaları
- ii. Canlı vericilerin karardan pişmanlık düzeyi ile psikolojik belirtilerine etki eden faktörler
- iii. Canlı vericilerin KSE ve KPÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen bölümler şeklinde sunu

Çalışmaya katılan 273 canlı vericilerin çoğunluğu erkek, 29-39 yaş grubunda, böbreklerini 1. derece akrabasına bağışladığı, evli, orta düzeyde gelire sahip, ortaöğrenim mezunu, sağlık güvencesi olan profilden oluşmaktadır. Ülkemizde yapılan canlı vericili organ nakillerinde, vericiler daha çok 1. derece akrabalarından oluşmaktadır (Haberl ve ark., 1999). Yaşayan akrabadan böbrek sağlamanın en önemli avantajları, doku uyumunun artması ve postoperatif immunosupresan ilaç gereksiniminin azalmasıdır. Ancak kadavradan organ nakli için çoğunlukla uzun süre beklenilmesi ve son yıllarda uygulanan başarılı immunosupresan tedavi, transplantasyon merkezlerini akraba olmayan vericileri de programı kabul etmeye yöneltmiştir (Levey ve ark., 1986; Sollinger ve ark., 1986; Haberl ve ark., 1999). İzci ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada başvuran verici adaylarının % 47.1'inin 1. derece akraba, % 25'inin eş, % 27.9'unun tanıdık veya uzak akraba olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda da benzer olarak vericilerin yarısından fazlası birinci derece (%57.1), beşte biri kadar (%17.6) ise akraba dışı olduğu belirlendi.

Canlı organ vericilerinde temel etik ilke vericilerin sağlığını riske edecek girişimin yapılmamasıdır. Verici adaylarına cerrahi girişim sırası ve sonrası gelişebilecek risklerine karşı bilgi verilmelidir. Bireylerin genel sağlık durumunu belirlemeye yönelik tanı testleri ile birlikte psikolojik yönden değerlendirilir. Organ Nakli Avrupa Komitesi Klavuzu'na göre vericilere ait tanı ve test sonuçlarının merkezi sisteme kaydedilmesi ve uzun dönem takiplerinin yapılması bildirilmektedir (2011). Işılay Yatkın'ın (2009) çalışmasında böbrek hastalığı olan 33 alıcı ve verici ile yapılan çalışmada, katılımcıların üçte birine yeterli bilgilendirme yapılmadığı saptanmıştır. Ancak Yüçetin'in (2014) çalışmasında ameliyat öncesi dönem hazırlık ve bilgilendirmenin %94, ameliyat sırası ve sonrası gelişen komplikasyonlar hakkında bilgilendirmenin %89.2 olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada ameliyat öncesi ve sonrası dönemde vericilerin tamamına yakınına (%94.5) bilgilendirme yapıldığı ve profesyonel bakım alma durumunun düşük olduğu bulundu. Çalışma sonuçları Yüçetin'in çalışma sonuçları ile benzerdir. Çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede düzenli aralıklarla eğitimin verilmesine bağlanmaktadır. Ancak vericilerin profesyonel bakım alma durumunun düşük olarak belirlenmesi Covid-19 pandemi döneminde iletişim, ulaşım, hasta memnuniyetini etkileyen diğer bileşenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan literatür incelemesinde böbrek bağışlamanın, vericilerin psikolojik yönde olumlu etkilediği belirtilmektedir. Fellner ve Marshall (1968) 12 böbrek vericisi ile yaptıkları nitel çalışmada, vericilerin nakil süreci ve sonrasına yönelik deneyimlerinin olumlu olduğu ve kararlarından pişman olmadıkları vurgulanmaktadır. Yine Sadler ve arkadaşları (1971) genetik akrabalık bulunmayan 18 verici ile yapılan çalışmada katılımcıların ameliyat sonrası dönemde benlik saygısında artma olduğu belirtilmektedir. Bernstein ve Simmons (1974) ve Simmons et al., (1981)'in alıcı ile akraba olan vericilerle yaptıkları çalışmada da benzer şekilde benlik saygısında artma ve ameliyat sonrası döneme başarılı bir şekilde uyum sağladıkları bildirilmektedir. Beş merkezden 536 vericiyle yapılan bir çalışmada, %97'sinin kararını tekrar doğruladığı ve hiçbir pişmanlık hissetmediği belirlenmiştir (Smith et al., 1986). Özçürümez ve arkadaşlarının çalışmasında; vericilerin büyük çoğunluğunun olumlu bir deneyim yaşadıkları ve mümkün olsa tekrar bağışta bulunacakları saptanmış ve ulusal normdan

daha iyi yaşam kalitesi bildirdikleri de vurgulanmıştır (2003). Yüken'in 2010 yılında yaş ortalaması 42.5 olan, 12 canlı akraba vericilerinin değerlendirildiği çalışmada; vericilerin çok mutlu olduğu ve pişman olmadığı ve mümkün olsa böbreklerini tekrar bağışlayabilecekleri bulunmuştur. Sadece bir vericinin alıcısının böbrek reddi yaşaması ve greft nefrektomi yapılması nedeniyle çok üzgün ve pişman olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası vericilerin alıcıları ve diğer aile bireyleri ile ilişkilerinin güçlenmiş ve pozitif yönde değişikliklerin olduğu belirlenmiştir. Vericilerin organ bağışlamayı gurur verici ve hayat kurtarıcı bir olay olarak ifade ettikleri ve organ bağışının artmasını istedikleri görülmüştür.

Çalışmada vericilerin kararlarından hiç pişman olmadıkları (24 ± 7.68 ; Min:20; Maks:88), “*Eğer tekrar aynı şeyi yapmam gerekse aynı seçimi yapardım.*” ifadesine (% 82.1) ve nakil sonrası yaşama uyum sağlamada (%83.2) büyük çoğunluğun katıldığı belirlendi (Tablo3.5). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, tamamında vericilerin kararlarından pişman olmadıkları gözlenmektedir. Bu çalışmadaki bulgular literatür ile uyumludur. Çalışmanın bu olumlu sonucu merkezin canlı vericili nakiller konusunda deneyim sahibi olması, multidisipliner ekip çalışmasının iyi yürütülmesi ile hazırlık, nakil süreci ve sonrası takipte sorun yaşanmamasına bağlanmaktadır.

Transplantasyon sürecindeki vericilerde psikiyatrik morbiditenin %2-3 olduğu öngörülmekte ve en sık depresyon, somatik yakınmalar ve psikososyal sorunlar gözlenmektedir (Bholme L, Gabel H, Brynger H (1981). İzci ve ark. yaptıkları çalışmada verici adaylarının % 16.2'sinde ve ailelerinin % 26.5'unda psikiyatrik tedavi öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Yine Sharma ve Enoch (1987) 14 böbrek vericisinin 5-10 yıl sonrası psikolojik sorunlara etkisini inceleyen nitel çalışmalarında psikiyatrik morbiditede artma olmadığı bulunmuştur (Sharma VK, Enoch MD (1987). Fukunishi ve ark. (2002) nakil sonrası bir yıl içinde vericilerin %9.7, Verbese ve ark. çalışmasında (2005) %4.2 olarak DSM-4 tanı kriterlerine göre majör depresyon geliştiğini bildirmektedir. Yine Yatkın'ın çalışmasında nakilden bir süre sonra vericilerde anksiyete ve depresyon geliştiğini, ilk bir ayda en fazla anksiyeteli uyum bozukluğunun görüldüğünü bildirmektedir. Ancak birinci yılın sonunda psikolojik sorunların gelişmediğini saptamıştır. Bu çalışmada vericilerin psikolojik belirtilerin genel (67.13

;Min:53-Maks:217), anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteyi içeren alt boyutlarının çok düşük olduğu belirlendi (Tablo 3.5). Ayrıca 18 ay ve öncesi nefrektomi uygulanan vericilerde psikolojik belirtilerin anlamlı düzeyde daha fazla görülmesine karşın kararlarındaki pişmanlık düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı bulundu. Çalışmada vericilerin erken dönemde literatürle uyumlu olarak psikolojik sorunların geliştiği, hayat kurtarmaya bağlı manevi yönden mutlu olmaları, organ nakil ekibi tarafından takibinin yapılması, ameliyat sonrası komplikasyon gelişim oranlarının düşük olması, sosyal yaşama uyum ve tekrar verici olmak istemelerine ilişkin bulguların psikolojik sorunların zamanla azaldığı düşünülmektedir.

Literatürde kadınların genel kaygı formlarında erkeklerden daha riskli olduğu gösterilmiştir. Üreme hormonlarındaki dalgalanmalar gibi biyolojik faktörler, sosyo-kültürel faktörler, kaygı duyarlılığında artış gibi kişilik faktörleri ve tekrarlayan düşüncelere daha fazla eğilim gibi bilişsel faktörler, kadınların erkeklerden daha fazla endişe yaşayabileceğini göstermektedir (Ginsberg, 2004). Özçürümez G ve ark (2003)' çalışmasında kadın vericilerin daha fazla stres yaşadıkları, ameliyat öncesi doğru bilgilendirme yapılanlarda ise daha az stresin görüldüğü belirtilmektedir. Erim ve ark. (2006)' vericilerin tamamının kadın olduğu çalışmalarında nakilden 6 ay sonra %14.3'ünde orta derecede depresyon, uyum bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğunu içeren psikolojik sorunların geliştiğini bildirmektedir. Bu çalışmada kadın vericilerin erkek vericilere göre psikolojik belirtiler genel ve alt boyutları anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü, etkileyen faktör (OR=-8.896) olarak bulundu. Çalışmadaki bulgu literatürdeki birçok çalışma ile benzer olup, beklenen bir sonuçtur. Ancak erken dönem verici olmasına rağmen çalışmanın covid-19 pandemi döneminde karantina kuralları gereği evde izolasyonda geçirilen sürede kadınların iş yükünün artması, belirsizlik korkusu, işsizlik nedeni evin geçimine yansıyan sıkıntılar, çocuklarının eğitiminin online olarak evde yapılmasına bağlı eğitime katkı sorumluluğu ve sosyal hayatın olmamasına bağlı kadınlarda dönemsel duygusal dalgalanmalar nedeni ile psikolojik sorunların artmasına katkı sağlamış olabilir.

El-Meteini ve arkadaşları (2019) 18-45 yaş arası 65 canlı verici ile yapılan çalışmada hem tek değişkenli hem de doğrusal regresyon analizinde psikolojik

belirtilerin gelişmesinde eğitim durumu pozitif yönde etkileyen faktör olarak bulunmuştur. Düşük eğitim düzeyine sahip vericilerin özgüvenlerinin de düşük olmalarına bağlı organ naklinin fiziksel, zihinsel ve mali yükleriyle baş edememesiyle açıklanmaktadır. El-Meteini ve ark. çalışma sonuçlarına ters olarak bu çalışmada vericilerin eğitim seviyesi yükseldikçe psikolojik belirtilerinde arttığı, yükseköğrenim mezunu olanların anksiyete ve olumsuz benlik alt boyutları okur-yazar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ayrıca karardan pişmanlık düzeyine eğitim durumu negatif yönde etkileyen faktör olarak saptandı. Eğitim durumu ile psikolojik ve karardan pişmanlığı inceleyen çalışma bulgularına rastlanmadığından bu çalışmadaki vericilerin eğitim seviyesinin daha yüksek olması, eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi ve farkındalığın artmasına bağlı anksiyetenin daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Nakil yapılabilmesi için canlı vericiler yasal mevzuat gereği 18 yaşından büyük olmasına karşın rakamsal bir üst yaş sınırı yoktur. Çalışmada 29-39 yaş aralığındaki canlı vericilerin psikolojik belirtilerin genel ve alt boyutlarında ileri anlamlı farklılık oluşturduğu belirlendi. Ayrıca çoklu regresyon analizinde yaş negatif yönde etkileyen faktör (OR:-3.36) olarak bulundu. Yaş aralığı küçüldükçe uzun yaşam süresine bağlı kaygının artması, ameliyat izi, iş kaybına bağlı olabilecek maddi kayıpların psikolojik belirtilerin görülme oranında artış sağladığı düşünülmektedir. Çetin Ö. (2007) çalışmasında; ameliyat sonrası iş kaybı olan vericilerin, olmayan vericilere göre durumluk ve sürekli anksiyete ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Yine yaş değişkeni önemli bir faktör olmakla birlikte çalışmalarda çok fazla incelenmediğinden üretkenliğin ve mesleki kariyerin zirve döneminde cerrahi girişim geçirmeye bağlı genel ve mental sağlıklarını da kötü ifade ettikleri sonucuna ulaşılmaktadır.

5. SONUÇ

Çalışmada organ vericilerin çoğunlukla 29-39 yaş aralığında, erkek, birinci derece yakınları için böbrek vericisi oldukları, tekrar verici olmak istedikleri, kararlarından pişman olmadıkları, psikolojik belirtilerin çok düşük olduğu belirlendi. 29-39 yaş aralığındaki kadınlarda psikolojik belirtilerin daha yüksek olmakla birlikte cinsiyet ve yaş negatif yönde etkileyen faktörler olarak belirlendi. Karardan pişmanlık düzeyine ise eğitim durumu negatif yönde etkileyen faktör olarak saptandı. KPÖ ile KSE'nin genel ve alt boyutları arasında pozitif yönde kuvvetli ilişki bulundu. Çalışmada canlı organ vericilerinin hayat kurtarmalarına bağlı kararlarından pişmanlık duymadıklarından, psikolojik belirtilerinde oluşmadığı, manevi yönden mutlu oldukları sonucuna ulaşıldı. Psikolojik belirtilerin ve karardan pişmanlığın en fazla görülebileceği risk grubundaki kadın ve genç yaştaki vericilerin; ameliyat öncesi ve sonrası dönemde psikolojik yönden daha yakından takip edilmesi, transplantasyon hemşiresi tarafından danışmanlık ve eğitim planlamaları yapıldığında kendilerini güvende hissetmelerine, stresle baş etme becerileri eğitimi alındığında psikolojik yönden rahatsızlıklarının azalmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca ailede birden fazla gönüllü verici olması durumunda merkezin rutinde de yaptığı gibi ileri yaş olanların tercih edilmesi, genç yaş donörlerin psikolojik olarak korunmasına destek olabilir. Alıcı ve verici hazırlıklarının yapıldığı organ nakli merkezlerinde transplantasyon ekipleri alıcının tıbbi faydası yönünde karar vermektedirler. Oysa ki vericilerin ameliyat öncesi tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan transplantasyon ekibi dışından bir birim tarafından değerlendirilmesi hatta ameliyat sonrası takiplerinin yapılması donörün korunmasında daha etkili olacaktır ki dünyada donör savunucusu adı altında örnekleri mevcuttur. Bu süreçlerden memnun olan vericilerin, donör olmaya aday gönüllülerin daha cesaretli olmalarına bağlı canlı organ verici sayısına olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Acaroğlu, R. & Çulha, Y. (2021). Organ Naklinde Etik. İçinde A. Özbaş (Ed.), Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Türkiye Klinikleri, ss.6-11

Afaneh, C., Aull, M. J., Gimenez, E., Wang, G., Charlton, M., Leeser, D. B. ve ark. (2011). Comparison of laparoendoscopic single-site donor nephrectomy and conventional laparoscopic donor nephrectomy: Donor and recipient outcomes. *Urology*, 78(6), 1332-1337. doi: 10.1016/j.urology.2011.04.077

Aksoy G. (1993). Transplantasyon hemşireliği. *Hemşirelik Bülteni*, 6(28), 17-22.

Akyolcu, N. & Şahin Kula, S. (2021). Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi. İçinde A. Özbaş (Ed.), Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Türkiye Klinikleri, ss. 1-5.

Ançel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249-257. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.05.002>

Aydın, Ç. K. (2011). Organ veya doku ticareti suçu. *Ankara Barosu Dergisi*, 1, 129-162.

Başaran, O., Karakayalı, H., Emiroğlu, R., Tezel, E. & Moray, G. (2003). Donor safety and quality of life after left hepatic lobe donation in living-donor liver transplantation. In *Transplantation Proceedings*, 35(7), 2768-2769. doi: 10.1016/j.transproceed.2003.09.088

Baykan, D. (2017). Milyonlarca Hastanın Tek Umudu Organ Nakli. Erişim: 2 Kasım 2017, <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/milyonlarca-hastanin-tek-umudu-organ-nakli/954386>

Bernstein, D. M. & Simmons, R. G. (1974). The adolescent kidney donor: The right to give. *American Journal of Psychiatry*, 131(12), 1338-1343.

Beresford, T.P. (2004). Living donor grafts in liver transplantation: Where are the psychiatric issues?. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 9(4), 437-440. doi: 10.1097/01.mot.0000142727.91330.70

Brehaut, J. C., O'Connor, A. M., Wood, T. J., Hack, T. F., Siminoff, L., Gordon, E. ve ark. (2003). Validation of a decision regret scale. *Medical Decision Making*, 23(4), 281-292. doi: <https://doi.org/10.1177/0272989x03256005>

Broering, D. C., Wilms, C., Bok, P., Fischer, L., Mueller, L., Hillert, C. ve ark. (2004). Evolution of donor morbidity in living related liver transplantation: A single-center analysis of 165 cases. *Annals Of Surgery*, 240(6), 1013-1026. doi: 10.1097/01.sla.0000146146.97485.6c

Brown Jr, R. S. (2008). Live donors in liver transplantation. *Gastroenterology*, 134(6), 1802-1813. doi: 10.1053/j.gastro.2008.02.092.

Caplan, A. & Purves, D. (2017). A quiet revolution in organ transplant ethics. *Journal Of Medical Ethics*, 43(11), 797-800. doi: 10.1136/medethics-2015-103348

Cheah, Y. L., Simpson, M. A., Pomposelli, J. J. & Pomfret, E. A. (2013). Incidence of death and potentially life-threatening near-miss events in living donor hepatic lobectomy: A world-wide survey. *Liver Transplantation*, 19(5), 499-506. doi: 10.1002/lt.23575.

Cheng, W. L. & Lin, K. C. (2008). Supplementary tests for confirmation of brain death. *Journal Of Zhejiang University Science B.*, 9(11), 921-2. doi: 10.1631/jzus.B0870001

Chou, C. Y., Chen, Y. C., Chen, C. L., Chen, J. L. & Mu, P. F. (2009). Family experience of waiting for living donor liver transplantation: From parental donor perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(12), 1684-1692. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02750.x

Clavien, P. A., Camargo Jr, C. A., Croxford, R., Langer, B., Levy, G. A. & Greig, P. D. (1994). Definition and classification of negative outcomes in solid organ transplantation. Application in liver transplantation. *Annals Of Surgery*, 220(2), 109-120. doi: 10.1097/00000658-199408000-00002

Croft, R. Z. & Maddison, C. (2017). Experience of directed living donor kidney transplant recipients: A literature review. *Nursing Standard (2014+)*, 32(3), 41-49. doi: 10.7748/ns.2017.e10256.

Çetin, Ç. & Cebeci, F. (2021). Böbrek nakli hastasının bakım yönetimi. İçinde A. Özbaş (Ed.), Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Türkiye Klinikleri, ss. 31-8.

Çetin, Ö. (2007). Canlı vericiden karaciğer nakli sonrası vericinin ruhsal ve bedensel sağlığının araştırılması, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Derogatis, L. R. & Spencer, P. (1993). Brief symptom inventory: BSI, Pearson Upper Saddle River, 4(8), 32-44.

Durur, F. & Akbulut, Y. (2017). Türkiye’de organ nakline yönelik politikaların değerlendirilmesi, Business & Management Studies An International Journal, 5(3), 570-585. doi: 10.15295/bmij.v5i3.150

EDQM. (2015). Newsletter Transplant. International Figures On Donation And Transplantation. Erişim: 8 Haziran 2021. <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER%202016%20NıPO.pdf> 6.

Elçioğlu, Ö (1995) Alıcı-verid eksenli: Karşılaşılan bazı temel etik sorunlar. Sendrom, 7(5), 16-20.

El-Meteini, M., Shorub, E., Mahmoud, D.A.M., Elkholy, H., El-Missiry, A. & Hashim, R. (2019). Psychosocial profile and psychiatric morbidity among egyptian patients after living donor liver transplantation, Middle East Current Psychiatry, 26 (3), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s43045-019-0003-x>

Elola-Olaso, A. M., Gonzalez, E. M., Diaz, J. M., García, I. G., Seguro, C. L., Usera, M. A. ve ark. (2005). Short-and long-term outcomes after living donor liver transplantation. In Transplantation Proceedings. 37(9), 3884-3886. doi: 10.1016/j.transproceed.2005.10.080.

Emiroğlu, O.N. (2002). Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri, İçinde İ. Erefe (Ed.), Araştırma tasarımı, İstanbul, ss. 103-112.

Erim, Y., Malago, M., Valentin-Gamazo, C., Senf, W., & Broelsch, C. E. (2003). Guidelines for the psychosomatic evaluation of living liver donors: Analysis of donor exclusion. In Transplantation Proceedings. 35(3), 909-910. doi: [https://doi.org/10.1016/s0041-1345\(03\)00159-3](https://doi.org/10.1016/s0041-1345(03)00159-3)

Erim, Y., Beckmann, M., Valentin-Gamazo, C., Malago, M., Frilling, A., Schlaak, J. F., ve ark. (2006). Quality of life and psychiatric complications after adult living donor liver transplantation. *Liver Transplantation*, 12(12), 1782-1790. doi: <https://doi.org/10.1002/lt.20907>

Fellner, C. H. & Marshall, J. R. (1968). Twelve kidney donors. *Jama*, 206(12), 2703-2707. doi: 10.1001/jama.1968.03150120037007

Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H. ve ark. (2002). Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics*, 43(1), 49-54. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.49>

Gäbel, H., Ahonen, J., Södal, G. & Lamm, L. (1994). Cadaveric organ donation in Scandinavia, 1992. In *Transplantation Proceedings*. 26(3), 1715-1716.

Garcia, G. G., Harden, P. & Chapman, J. (2012). Böbrek naklinin global rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 21(1), 1-6.

Gillon, R. (1996). Transplantation and ethics. İçinde D.C. Thomasma & D. T. Kushner (Ed.), *Birth to Death: Science and Bioethics*. Cambridge University Press, ss. 112-117.

Ginsberg, D. (2004). Women and anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 9(9), 1-16.

Gupta, A., Ahmed, K., Kynaston, H. G., Dasgupta, P., Chlosta, P. L. & Aboumarzouk, O. M. (2016). Laparoendoscopic single-site donor nephrectomy (LESS-DN) versus standard laparoscopic donor nephrectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, doi: 10.1002/14651858.CD010850.pub2.

Güler S. (2003). Böbrek Transplantasyonu Ünitesinde Çalışan Hemirelerin Hastaların Bakım Gereksinimlerine Yönelik Bilgileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Gülen H., Karaca A. (2018). Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / DÜ Sağlık Bil Enst Derg Journal of Duzce University Health Sciences Institute / J DU Health Sci Inst ISSN: 2146-443X sbdergi@duzce.edu.tr 2018; 8(2): 83-88

Haberal, M., Sert, S., Aybasti, N., Gulay, H., Gokce, O., Arslan, G. ve ark. (1988). Living Donor Kidney Transplantation, *Transplant Proceeding*, 20(1), 350-355.

Haberal, M., Tirnaksız, M. B., Moray, G., Karakayalı, H. & Yildirim, S. (1999). Intrafamilial organ transplantation: A solution to organ shortage in developing countries. In *Transplantation Proceedings*. 31(8), 3383-3384.

Hatzinger, M., Stastny, M., Grützmacher, P. & Sohn, M. (2016). The history of kidney transplantation. *Der Urologe*, 55(10), 1353-1359. doi: 10.1007/s00120-016-0205-3

Humar, A. & Dunn, D.L. (2008). *Schwartz's Cerrahinin İlkeleri* (8. Baskı) (Çev. Ed. İ. E. Geçim, A. Demirkıran). İstanbul: Tarlan Ltd.Şti.

İzci, F., Fındıklı, E., Camkurt, M. A., & Akın, B. (2016). Bir organ nakil merkezine başvuran verici adaylarının sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanıları. *Bağımlılık Dergisi*, :17(1), 18-24.

Jacobs, S. C., Cho, E., Foster, C., Liao, P., & Bartlett, S. T. (2004). Laparoscopic donor nephrectomy: The University of Maryland 6-year experience. *The Journal Of Urology*, 171(1), 47-51. doi: 10.1097/01.ju.0000100221.20410.4a.

Jędrzejewski, M., Smektała, T., Sporniak-Tutak, K. & Olszewski, R. (2015). Preoperative, intraoperative, and postoperative complications in orthognathic surgery: A systematic review. *Clinical Oral Investigations*, 19(5), 969-977. doi: 10.1007/s00784-015-1452-1.

Karuthu, S. & Blumberg, E. A. (2012). Common infections in kidney transplant recipients. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology*, 7(12), 2058-2070. doi: 10.2215/CJN.04410512

Kasapoğlu, B., Yalçın, K. & Türkay, C. (2010). Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji*, 14(2), 96-102.

Kavoussi, L. R. (2000). Laparoscopic donor nephrectomy. *Kidney International*, 57(5), 2175-2186. doi: 10.1046/j.1523-1755.2000.00069.x.

Khandoga, A., Thomas, M., Kleespies, A., Kühnke, L., Andrassy, J., Habicht, A. ve ark. (2019). Surgical complications and cardiovascular comorbidity–Substantial non-immunological confounders of survival after living donor kidney transplantation. *The Surgeon*, 17(2), 63-72. doi: 10.1016/j.surge.2018.04.005.

Khush, K. K., Potena, L., Cherikh, W. S., Chambers, D. C., Harhay, M. O., Hayes, D. ve ark. (2020). The international thoracic organ transplant registry of the international society for heart and lung transplantation: 37th adult heart transplantation report; focus on deceased donor characteristics. *The Journal Of Heart And Lung Transplantation*, 39(10), 1003-1015. doi: 10.1016/j.healun.2020.07.010

Kılıç, M., Aydın, U., Noyan, A., Arıkan, C., Aydoğdu, S., Akyıldız, M., ve ark. (2007). Live donor liver transplantation for acute liver failure. *Transplantation*, 84(4), 475-479. doi: 10.1097/01.tp.0000276987.55382.e2.

Krahn, L. E. & Di Martini, A. (2005). Psychiatric and psychosocial aspects of liver transplantation. *Liver Transplantation*, 11(10), 1157-1168. doi: <https://doi.org/10.1002/lt.20578>

Kurien, A., Rajapurkar, S., Sinha, L., Mishra, S., Ganpule, A., Muthu, V. ve ark. (2011). First prize: Standard laparoscopic donor nephrectomy versus laparoendoscopic single-site donor nephrectomy: A randomized comparative study. *Journal Of Endourology*, 25(3), 365-370. doi: 10.1089/end.2010.0250.

Lentine, K. L., Kasiske, B. L., Levey, A. S., Adams, P. L., Alberú, J., Bakr, M. A. ve ark. (2017). KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and care of living kidney donors. *Transplantation*, 8 (1), 1-109. doi: <https://doi.org/10.1097/tp.0000000000001769>

Levey A.S., Hou, S. & Bush, H.L. (1986) Kidney transplantation from unrelated donors: Time to reclaim a discarded opportunity. *N Engl J Med*, 314 (14), 914-916. doi: <https://doi.org/10.1056/nejm198604033141409>

Lo, C.-M., Fan, S.-T., Liu, C.-L., Lo, R. J., Lau, G. K., Wei, W. I. ve ark. (1997). Extending the limit on the size of adult recipient in living donor liver transplantation using extended right lobe graft. *Transplantation*, 63(10), 1524-1528. doi: 10.1097/00007890-199705270-00027

Lo, C.-M., Fan, S. T., Liu, C. L., Yong, B. H., Wong, Y., Lau, G. K. ve ark. (2004). Lessons learned from one hundred right lobe living donor liver transplants. *Annals Of Surgery*, 240(1), 151-8. doi: 10.1097/01.sla.0000129340.05238.a0

Marcos, A. (2000). Right-lobe living donor liver transplantation. *Liver Transplantation*, 6(6), 59-63. doi: 10.1053/jlts.2000.19011

Mayoclinic.org. (2020). Living-Donor Transplant. Erişim: 8 Haziran 2021, <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/living-donor-transplant/about/pac-20384787>.

Mc Sweeney, S. E., Kim, T. K., Jang, H.-J. & Khalili, K. (2012). Biliary anatomy in potential right hepatic lobe living donor liver transplantation (LDLT): The utility of CT cholangiography in the setting of inconclusive MRCP. *European Journal Of Radiology*, 81(1), 6-12. doi: 10.1016/j.ejrad.2010.10.013

Meirelles Júnior, R. F., Salvalaggio, P., Rezende, M. B. d., Evangelista, A. S., Guardia, B. D., Matiolo, C. E. L. ve ark. (2015). Liver transplantation: History, outcomes and perspectives. *Einstein (Sao Paulo)*, 13(1), 149-152. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3164.

Mollaret, P. & Goulon, M. (1959). The depassed coma (preliminary memoir). *Revue Neurologique*, 101, 3-15.

Neyhart, C. (2004). Current issues in transplant nursing. *Nephrology Nursing Journal*, 31(3), 337-347.

Noyan, M. A., Önen Sertöz, Ö., Elbi, H. & Çetin, Ö. (2011). Canlıdan organ naklinde ruhsal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 84-89.

Oksay, R. (1998). Organ pazarında kargaşa, *Cumhuriyet Bilim Teknik*, 603, 4-5.

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği (2012). Resmî Gazete, 28191, 1 Şubat 2012.

Örs, Y. (1994). Organ aktarımının temel etik yönleri, *Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi*. 57, 324-357.

Özçürümez, G., Tanrıverdi, N. & Zileli, L. (2003). Kronik böbrek yetmezliđinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 72-80.

Özdağ, N. (2001). Organ nakli ve bağışına toplumun bakışi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 46-55.

Pascher, A., Sauer, I. M., Walter, M., Lopez-Haeninnen, E., Theruvath, T., Spinelli, A. ve ark. (2002). Donor evaluation, donor risks, donor outcome, and donor quality of life in adult-to-adult living donor liver transplantation. *Liver Transplantation*, 8(9), 829-837. doi: 10.1053/jlts.2002.34896

Patel, S., Cassuto, J., Orloff, M., Tsoulfas, G., Zand, M., Kashyap, R. ve ark. (2008). Minimizing morbidity of organ donation: analysis of factors for perioperative complications after living-donor nephrectomy in the United States. *Transplantation*, 85(4), 561-565. doi: 10.1097/TP.0b013e3181643ce8.

Prottas, J. (1994). *The most useful gift: Altruism and the public policy of organ transplants*, Bioethics Research Library Of The Kennedy Institute Of Ethics, San Fransisco

Robson, N. Z. M. H., Razack, A. H. & Dublin, N. (2010). Organ transplants: Ethical, social, and religious issues in a multicultural society. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22(3), 271-278. doi: 10.1177/1010539509357446.

Rodrigue, J., Cornell, D., Lin, J., Kaplan, B. & Howard, R. (2007). Increasing live donor kidney transplantation: A randomized controlled trial of a home-based educational intervention. *American Journal Of Transplantation*, 7(2), 394-401. doi: 10.1111/j.1600-6143.2006.01623.x.

Sadler H.H., Davison, L., Carroll, C. ve ark. (1971). The living, genetically unrelated kidney donor. *Semin Psychiatry*, 3(1):86-101.

Saidi, R., Kawai, T., Kennealey, P., Tsouflas, G., Elias, N., Hertl, M. ve ark. (2009). Living donor kidney transplantation with multiple arteries: Recent increase in modern era of laparoscopic donor nephrectomy. *Archives Of Surgery*, 144(5), 472-475. doi: 10.1001/archsurg.2009.49.

Sharma, V. K. & Enoch, M. D. (1987). Psychological sequelae of kidney donation. A 5–10 year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(3), 264-267. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02787.x>

Shilling, L. M., Norman, M. L., Chavin, K. D., Hildebrand, L. G., Lunsford, S. L., Martin, M. S. ve ark. (2006). Healthcare professionals' perceptions of the barriers to living donor kidney transplantation among African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 98(6), 834-840.

Shrestha, R. (2003). Psychosocial assessment of adult living liver donors, *Liver Transplantation*, 9(10), 8-11. doi: 10.1053/jlts.2003.50225

Shiffman, M. L., Brown Jr, R. S., Olthoff, K. M., Everson, G., Miller, C., Siegler, M. ve ark. (2002). Living donor liver transplantation: Summary of a conference

at the national institutes of health. *Liver Transplantation*, 8(2), 174-188. doi: 10.1053/jlts.2002.30981.

Simmons, R. G., Kamstra-Hennen, L. & Thompson, C. R. (1981). Psychosocial adjustment five to nine years posttransplant. In *Transplantation Proceedings*. 13(1), 40-43.

Smith, M. D., Kappell, D. F., Province, M. A., Hong, B. A., Robson, A. M., Dutton, S. ve ark. (1986). Living-related kidney donors: a multicenter study of donor education, socioeconomic adjustment, and rehabilitation. *American Journal of Kidney Diseases*, 8(4), 223-233. doi: 10.1016/s0272-6386(86)80030-0.

Soejima, Y., Shirabe, K., Taketomi, A., Yoshizumi, T., Uchiyama, H., Ikegami, T. ve ark. (2012). Left lobe living donor liver transplantation in adults. *American Journal Of Transplantation*, 12(7), 1877-1885. doi: 10.1111/j.1600-6143.2012.04022.x

Sollinger, H. W., Kalayoglu, M. U. N. C. I., & Belzer, F. O. (1986). Use of the donor specific transfusion protocol in living-unrelated donor-recipient combinations. *Annals Of Surgery*, 204(3),315-321. doi: <https://doi.org/10.1097/00000658-198609000-00010>

Song, G.-W., Lee, S.-G., Moon, D.-B., Ahn, C.-S., Hwang, S., Kim, K.-H. ve ark. (2017). Dual-graft adult living donor liver transplantation. *Annals Of Surgery*, 266(1), 10-18. doi: 10.1097/SLA.0000000000001776.

Statista. (2021). Estimated Number Of Organ Transplantations Worldwide in 2018. Erişim: 8 Haziran 2021, <https://www.statista.com/statistics/398645/global-estimation-of-organ-transplantations/>

Sutherland, D. E. (2005). Presidential address to The Transplantation Society, 2004: accomplishments, ethics, and scientific perspectives. *Transplantation*, 79(9), 1000-1007. doi: 10.1097/00007890-200505150-00005.

Süren, Ö. K. (2007). Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi. *Tbb Dergisi*, 73, 174-195.

Şahin, N.H. & Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.

Tay, M. (2016). Türkiye’de doku ve organ naklinin önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(3), 106-110.

TC. Sağlık Bakanlığı. Kan, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Nakil sayıları. <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=organnakli>. Son erişim tarihi: 8 Haziran 2021.

TC. Sağlık Bakanlığı. Kan, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Nakil sayıları. <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=organnakli> Son erişim tarihi: 13 Haziran 2021.

Toledo-Pereyra, L. H., Valjee, K. D., Chee, M. & Lillehei, R. C. (1979). Preservation of the pancreas for transplantation. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 148(1), 57-61.

Tomur, A. (2015). Türkiye’de organ naklinin karşılaştığı tıbbi ve hukuki sorunların belirlenmesi ile organ nakli kalitesinin geliştirilmesi ve bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Topbaş, E. & Bingöl, G. (2016). Türkiye’de kadavra dönörden gerçekleştirilen organ nakline etki eden faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 77-88.

Trotter, J. F., Talamantes, M., McClure, M., Wachs, M., Bak, T., Trouillot, T., ve ark. (2001). Right hepatic lobe donation for living donor liver transplantation: Impact on donor quality of life. *Liver Transplantation*, 7(6), 485-493. doi: 10.1053/jlts.2001.24646

Uğraş, G. A. (2021). Beyin ölümü tanısı konulan hastanın hemşirelik bakımı. İçinde A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri, ss.12-6.

Üstün B. (2005). Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir!, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8, 88-94.

Varotti, G., Gondolesi, G. E., Goldman, J., Wayne, M., Florman, S. S., Schwartz, M. E. ve ark. (2004). Anatomic variations in right liver living donors. *Journal Of The American College Of Surgeons*, 198(4), 577-582. doi: doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2003.11.014.

Veatch, R. M. & Ross, L. F. (2015). *Transplantation Ethics*, Georgetown University Press.

Verbese, J. E., Simpson, M. A., Pomposelli, J. J., Richman, E., Bracken, A. M., Garrigan, K. ve ark. (2005). Living donor adult liver transplantation: A longitudinal

study of the donor's quality of life. *American Journal Of Transplantation*, 5(11), 2770-2777. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2005.01092.x>

Wakade, V. A. & Mathur, S. K. (2012). Donor safety in live-related liver transplantation. *Indian Journal of Surgery*, 74(1), 118-126. doi: 10.1007/s12262-011-0385-4

Waterman, A. D., Peipert, J. D., Cui, Y., Beaumont, J. L., Paiva, A., Lipsey, A. F. ve ark. (2021). Your Path to Transplant: A randomized controlled trial of a tailored expert system intervention to increase knowledge, attitudes, and pursuit of kidney transplant. *American Journal Of Transplantation*, 21(3), 1186-1196. doi: 10.1111/ajt.16262

Wiederkehr, J. C., Pereira, J. C., Ekermann, M., Porto, F., Kondo, W., Nagima, I. ve ark. (2005). Results of 132 hepatectomies for living donor liver transplantation: Report of one death. In *Transplantation Proceedings*. 37(2), 1079-1080. doi: 10.1016/j.transproceed.2004.12.221.

Williams, A. M., Broderick, D., O'Driscoll, C. & Elmes, R. (2007). Development of a donor driven assessment protocol in Western Australia based on experiences of living renal donors. *Nephrology Nursing Journal*, 34(1), 66-70.

Yatkın, I. (2009). Renal transplantasyon hastalarında ve vericilerde transplantasyon öncesi ve sonrasında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve sosyal destek. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yazumi, S. & Chiba, T. (2005). Biliary complications after a right-lobe living donor liver transplantation. *Journal Of Gastroenterology*, 40(9), 861-5. doi: 10.1007/s00535-005-1698-5

Yücecin, L. (2014). Canlı böbrek donörlerine ilişkin psikososyal değerlendirme, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yüken G. (2010). Canlı böbrek vericilerinin ameliyat öncesi ve sonrası deneyimlerinin incelenmesi, Ege Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

EKLER

EK- 1: Etik Kurul Formu



T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: Canlı Organ Vericilerinin Karardan Pişmanlık ve Psikolojik Belirtilerinin Belirlenmesi					
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN					
Yardımcı Araştırmacı: Ayşe ÖZKAN					
Toplantı Tarihi:	05.11.2020	Toplantı Sayısı:	2020/13	Karar No:	05

SONUÇ

<input checked="" type="checkbox"/> Uygun:
<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir:
<input type="checkbox"/> Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Doç. Dr. Fahri ERENEL
Etik Kurul Başkanı
(Aslı imzalıdır)

EK- 2: Kurum İzni Kararı

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

**SOSYAL VE BEŞERİ ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA**

Tarih: 30.09.2020

Ayşe Özkan isimli araştırmacının "Canlı Organ Vericilerinin Karardan Pişmanlık ve Psikolojik Belirtilerinin Belirlenmesi" adlı çalışmasının İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde canlı organ vericisi olmuş kişilere yapması uygundur.

İstinye Üniversitesi
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi
Başhekim

Dr. A.Orçun OKUR



İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Başhekim
Dr. A. Orçun OKUR
Diploma Teskil No: 121019
Diploma No: 2910 Teskil Kodu:13340009

EK- 3: Ölçek Kullanım İzin Formu



ben 1 Eki
alıcı: batigun v



sayın hocam;
İstinye Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışması olarak Canlı Organ Vericilerinde Karardan Pişmanlık ve Psikolojik Belirtilerin Belirlenmesi" adlı çalışmayı yapmayı planlıyorum. Çalışmamda Kısa Semptom Envanterini kullanmaya ihtiyacım var. Gerekli izni verirsiniz etik kurul başvurusu yapacağım.
Saygılarımla.



Aysegul.Durak.Batigun 1 Eki
alıcı: ben v



Sayın Özkan,

söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

Kpö kullanım izni Gelen kutusu



ben 20:48



alıcı: GİZLENMİŞTİR

Sayın hocam;

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapıyorum. Tez olarak canlı organ donörlerinin karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerinin belirlenmesi çalışmasını planladım. Tezim için Karardan Pişmanlık Ölçeğinin kullanım iznine ihtiyacım var. Saygılarımla.



Özgül Çetin 21:03



alıcı: ben

Sayın Ayşe Özkan,

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümündeki yüksek lisans tezinizde Karardan Pişmanlık Ölçeğini kullanabilirsiniz.

Saygılarımla.

Uzm. Psk. Özgül Çetin

EK- 4: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu çalışma İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde görevli organ nakil koordinatörünün “Canlı organ verilerinin nakil sonrası karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerinin belirlenmesi” isimli yüksek lisans tez çalışması ile vericilerin ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek psikolojik ve bakım sorunları belirlenerek normal yaşantılarına daha kısa sürede dönmelerine yardımcı olabilmek, ihtiyaç duyulan desteğin sağlanması ve organ nakline karşı olumsuz tutumların azalmasına katkı sağlamak amacı ile gerçekleştirilecektir. Sizlerin bu çalışmaya katılımınızla elde edilecek veriler, karaciğer ve böbrek vericisi olan adayları daha iyi değerlendirebilme ve bakım-egitim konularında bizlere ve verici adaylarına yol gösterici olacaktır.

Anketimizde organ nakli ile karardan pişmanlık ve psikolojik belirtilerin belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmakta, yaklaşık 20-30 dakika sürecektir. Görüşme araştırmacı tarafından yapıp, ankete verdiğiniz bilgiler tamamen gizli tutularak sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Gönüllü olarak katılmayı reddetme veya her hangi bir zamanda ayrılma/vazgeçme hakkına sahipsiniz. Yine reddetme, vazgeçme durumunda bile sonraki bakımı garanti altında tutulacaktır.

Uygulanacak anketler gönüllünün kendisine ve/veya bağlı olduğu sağlık giderlerini karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirlenen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.

	Katılımcı	Araştırmacı	Tanık (Kurum Görevlisi)
Adı-Soyadı		Ayşe ÖZKAN	
Telefon			
Tarih			
İmza			

EK- 5: Sosyo-Demografik Veri Formu

1-Ad-Soyadınız:

2-Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3-Kaç Yaşındasınız?

4-Medeni Haliniz:

() Evli

() Bekar

() Boşanmış / Ayrı

() Dul

5- Çocuğunuz Var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız Evet ise kaç çocuğunuz var?

.....

6-Öğrenim Durumunuz:

() Okur-yazar değil

() İlköğretim

() Orta Öğretim

() Yüksek Öğretim

7- Şuan çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

8- Sizde Gelir Durumunuz Nasıldır?

() Yok

() Düşük (Gider, gelirden çok)

() Orta (Gelir ve gider eşit)

() Yüksek (gelir giderden yüksek)

9- Sağlık Güvenceniz Var mı?

() Yok () Var

EK- 5: Canlı Verici Tanıtım Formu

1-Alıcı ile Akrabalık Dereceniz Nedir?

1. Derece (Anne, baba, çocuk)
2. Derece (Kardeş,dede,anneanne,babaanne)
3. Derece (Amca,hala,teyze,dayı,yeğen)
4. Derece (Kuzen,yeğen çocuğu)
- Akraba dışı

2-Ameliyat Tarihi/ Nakilden sonra geçen süre ne kadar?

...../.....

3-Organ bağışısı yaptığınızda kaç yaşınday dınız?

.....

4-Hangi Organınızı Bağışladınız?

- Böbrek Karaciğer

5-Organ bağışısına karar vermeniz ne kadar sürdü?

.....

6-Organ bağışısına karar vermede profesyonel destek aldınız mı?

- Evet Hayır

7-Geçmişte psikiyatrik tedavi aldınız mı?

- Evet Hayır

Cevanız Evet ise, Teşhisiniz neydi?

.....

8-Yakın çevrenizin ve arkadaşlarınızın verici olmanıza tepkisi ne oldu?

.....

9-Ameliyat olmadan önce size ameliyat riskleri anlatıldı mı?

() Evet () Hayır

10-Ameliyattan sonra istenmeyen bir durum (komplikasyon) gelişti mi?

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise istenmeyen bir durum (komplikasyon) nedir?

.....

11-Ameliyattan sonra yeni hayatınıza uyumunuzu nasıl değerlendirir siniz?

- a) Uyum sağlayamadım
- b) Ne iyi ne kötü uyum
- c) İyi uyum sağladım

12-Tekrar Verici Olur muydunuz?

() Evet () Hayır

13-Alıcınız ile İlişkiniz nasıldı?

.....

14-Alıcınızın sağlık durumu şuan nasıl?

.....

15-Alıcınız vefat etti ise nakilden ne kadar süre sonra vefat etti?

.....

16-Alıcınızın vefat nedeni sizce nedir?

EK- 6: Karardan Pişmanlık Ölçeği (KPÖ)

Doktorunuzla görüşükten sonra verici olma hakkında verdiğiniz ilk kararı lütfen düşünün. Kararınız hakkındaki görüşlerinize en iyi hangisi uyuyorsa 1'den (kesinlikle katılıyorum) 5'e (kesinlikle katılmıyorum) kadar bir numarayı daire içine alarak bu cümlelere ne kadar güçlü katıldığınızı veya katılmadığınızı lütfen ifade ediniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	1	2	3	4	5
1-Doğru kararı	()	()	()	()	()
2-Yaptığım bu seçimden pişmanlık duyuyorum	()	()	()	()	()
3-Eğer tekrar aynı şeyi yapmam gerekse aynı seçimi yapardım	()	()	()	()	()
4-Bu seçim bana çok zarar verdi	()	()	()	()	()
5-Kararım akıllıcaydı pişmanlık duymuyorum	()	()	()	()	()

EK- 7: Kısa Semptom Envanteri (KSE)

KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini [X] işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça fazla	Ciddi derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Baygınlık, baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olayları hatırlamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İştahta bozukluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yalnızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hüzünlü, kederli hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ağlamaklı hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kolayca incinebilme, kırılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mide bozukluğu, bulantı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Karar vermede güçlükler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sıcak, soğuk basmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Kafanızın birden bomboş kalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Dehşet ve panik nöbetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sık sık tartışmaya girme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İNTİHAL RAPORU

Canlı Organ Vericilerinin Karardan Pişmanlık ve Psikolojik Belirtilerinin Belirenmesi

ORJİNALLİK RAPORU

% 16 BENZERLİK ENDEKSİ	% 13 İNTERNET KAYNAKLARI	% 4 YAYINLAR	% 9 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%2
2	www.istanbulsağlık.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Pamukkale Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	kurul.diyamet.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%1
6	dosyasb.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
7	acikerisim.istinye.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	ayhandinckan.com İnternet Kaynağı	%1
9	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)	%1