



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

**ORGAN TRANSPLANTASYONU BEKLEME SÜRECİNDEKİ HASTA VE
YAKINLARININ BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, UMUTSUZLUK
VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MÜMİNE YANAR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. SİBEL DOĞAN

İSTANBUL-2015

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın yürütülmesinde ve oluşumun da engin bilgi birikiminden ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN'a;

Tezimin hazırlanmasındaki katkılarından dolayı Öğr.Gör.Nurcan OKÇUOĞLU TOSUN, Ahmet Arif HARMANŞA, Fazilet KILIÇ,

Suna FINDIKOĞLU ve Asiye ÇAPA'ya;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Organ Nakli Transplantasyon Ünitesi hekimlerine ve asistanlarına,

Bugüne gelene kadar gösterdikleri özveri için aileme ve her zaman desteğini hissettiğim Fatih YARAN'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Mümine YANAR

İstanbul-2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
SEMBOLLER VE KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği	7
2.1.1.Etiyoloji.....	7
2.1.2. Belirti ve Bulgular.....	9
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi	12
2.1.3.a. Diyaliz.....	12
2.1.3.b. Böbrek Transplantasyonu.....	15
2.2. Karaciğer Yetmezliği.....	15
2.2.1. Etiyolojisi.....	16
2.2.2. Belirti ve Bulgular.....	17
2.2.3. Kronik Karaciğer Yetmezliğinde Tedavi.....	17
2.2.4. Karaciğer Transplantasyonu.....	17
2.3. Organ Transplantasyonu Sürecinin Birey (Alıcı) Üzerine Etkileri.....	21
2.3.1. Organ Transplantasyonu Sürecinde Bireyin (Alıcının) Yaşadığı Temel Duygular.....	24

2.3.2. Organ Transplantasyonu Sürecinde Bireyde (Alıcıda) Görülen Başlıca Ruhsal Sorunlar.....	28
2.4. Organ Transplantasyonu Sürecinin Aile Üzerine Etkileri.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. Araştırmanın Tipi.....	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	42
3.5. Araştırma Değişkenleri.....	43
3.6. Veri Toplama Araçları	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	45
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	46
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
4. BULGULAR	47
5. TARTIŞMA.....	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7. KAYNAKLAR.....	86
8. EKLER.....	97

TABLÖLAR

Tablo Sayfa

Tablo 1. 1.KBY’li Olguların Etyolojik Dağılımı.....	8
Tablo 4.1.1. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	47
Tablo 4.1.2. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri	49
Tablo 4.1.3. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	51
Tablo 4.1.4. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu.....	52
Tablo 4.1.5. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	53
Tablo 4.1.6. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Cinsiyete Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	54
Tablo 4.1.7. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Medeni Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	55
Tablo 4.1.8. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Eğitim Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	56
Tablo 4.1.9. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Çalışma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	57
Tablo 4.1.10. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Aile Tipine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve	

Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	58
Tablo 4.1.11. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Tanı Süresine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	59
Tablo 4.1.12. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Nakil Beklenen Organa Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	60
Tablo 4.1.13. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların İstedığı Nakil Biçimine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	61
Tablo 4.1.14. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	62
Tablo 4.2.1. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	63
Tablo 4.2.2. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	65
Tablo 4.2.3. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu.....	66
Tablo 4.2.4. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	67
Tablo 4.2.5. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Cinsiyete Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	68
Tablo 4.2.6. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Medeni Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	69
Tablo 4.2.7. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların	

Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	70
Tablo 4.2.8. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Çalışma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	71
Tablo 4.2.9. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Aile Tipine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	72
Tablo 4.2.10. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil Sayfa

Şekil 1 :Hemodiyaliz işlemi	13
Şekil 2: Periton diyalizi işlemi	14

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

- KBY** : Kronik böbrek yetmezliği
SDBH : Son dönem böbrek hastalığı
GFH : Glomerüler Filtrasyon Hızı
KKY : Kronik Karaciğer Yetmezliği
UKS : Ulusal Koordinasyon Sistemi
EKT : Elektrokonvülzif Tedavi
TNSA : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
NaHCO₃ : Sodyum Bikarbonat
NH₃ : Amonyak

ÖZET

Bu çalışma organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini 15/09/2014- 15/03/2015 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan bir özel üniversite hastanesinin organ nakli merkezine organ transplantasyonu için başvuran hasta ve hastaların yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden 49 hasta ve 49 hasta yakını çalışma örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada veriler; hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerini ve hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri içeren; anket formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde; IBM SPSS Statistics 20 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin analizinde Kruskal Wallis H, Mann Whitney U ve Spearman Korelasyon testleri kullanılmıştır. Çalışmamızın sonucunda; organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %65.4'ünün 51 yaş ve üzeri, %55.1'inin erkek, %87.8'inin evli ve %61.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %32.7'sinin mesleğinin serbest meslek, %79.6'sının çekirdek ailede yaşadığı ve %77.6'sının gelir düzeyinin orta olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının ise %38.8'inin 51 yaş ve üzeri, %51'inin kadın, %87.8'inin evli ve %63.3'ünün ilköğretim mezunu ve %42.9'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının 8.14±5.20 (min-max:1-20), depresyon ölçeği puan ortalamalarının 31.42±16.09 (min-max:0-63), belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise 105.24±29.51 (min-max:27-135) olduğu bulunmuştur. Yani hastaların çoğunun şiddetli düzey depresif

belirtiler, umutsuzluk duygusu ve yoğun şekilde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük duygusu yaşadığı belirlenmiştir. Hastayakınlarının ise umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının 6.93 ± 4.68 (min-max:1-20), depresyon ölçeği puan ortalamalarının 20.85 ± 14.76 (min-max:0-63), belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise 96.14 ± 27.31 (min-max:27-135) olduğu bulunmuştur. Yani hasta yakınlarının çoğunun orta düzey depresif belirtiler, yoğun olmamakla birlikte umutsuzluk duygusu ve yoğun şekilde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük yaşadığı belirlenmiştir. Hem hastaların ve hem de hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, birbirine paralel olarak depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Organ Transplantasyonu, Umutsuz, Depresyon, Belirsizliğe Tahammülsüzlük

ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the relationship between intolerance of uncertainty, hopelessness and depression levels of the patients and their relatives in organ transplantation waiting period.

The universe of study was established by the patients and their relatives admitted for organ transplantation center of a private university hospital located in European side of Istanbul, between the dates of 15.09.2014 and 15.03.2015. 49 patients and 49 patients' relatives, who agreed to participate in the study, have set the exemplary of the study. The study data has been achieved by using the demographic characteristics of the patients and their relatives, a questionnaire with the characteristics about the disease of the patient, Beck Hopelessness Scale, Beck Depression Scale and Intolerance of Uncertainty Scale.

IBM SPSS Statistics 20 statistical package was used for the evaluation of the data. Percentage values, arithmetic mean, standard deviation, minimum and maximum values have been provided as descriptive statistics of data. Normal data distribution or its contrary has been examined by the Shapiro-Wilk normality test. As a result of normal data distribution, the Kruskal Wallis H, Mann Whitney U and Spearman correlation tests have been used. As a result of our work, it was determined that, %65.4 of the patients in waiting period are 51 years old and above, %55.1 are male, %87.8 are married, %61.2 are primary school graduates, %32.7 are self-employed, %79.6 live in nuclear families, %77.6 are with middle income. It was determined that, %38.8 of patients relatives are 51 years old and above, %87.8 are married, %63.3 are primary school graduates, %42.9 are housewives.

While examining the average scores received from intolerance of uncertainty, sadness and depression scales in patients in organ transplantation waiting period, it was determined that, patients' average scale score of hopelessness is 8.14 ± 5.20 , average scale score of depression is 31.42 ± 16.09 , average scale score of intolerance of uncertainty is 105.24 ± 29.51 . Thus, severe depressive symptoms, feelings of desperation, heavy intolerance of uncertainty have been determined in the majority of patients. It was determined that, the average scale score of hopelessness is

6.93±4.68, average scale score of depression is 20.85±14.76, average scale score of intolerance of uncertainty is 96.14±27.31 in the relatives of the patients. Thus, moderate depressive symptoms, feeling of desperation (although not intense) and heavy intolerance of uncertainty have been determined in the relatives of the patients. It was determined that, there is a positive relationship between both patients and their relatives in feelings of depression, hopelessness and intolerance of uncertainty; it increases parallel to each other($p>0.05$). The suggestions have been provided according with the achieved findings.

Keywords: Organ Transplantation, Hopelessness, Depression, Intolerance of Uncertainty.

GİRİŞ

Teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler sonucunda 30 yıldır organ ve doku nakli ameliyatları, alt yapısı uygun olan merkezlerde rutin ameliyatlar arasındaki yerini almıştır. Her teknolojik ve bilimsel yenilikte olduğu gibi organ ve doku nakli süreci de beraberinde, organik, psikolojik, sosyolojik, etik ve yasal sorunları da getirmektedir. Organ yetmezliği ve nakli olayının her aşamasında transplantasyon ve psikoloji iç içe girmektedir. Bekleme zamanının uzunluğu, hasta ve ailesinin ekonomik kayıplara ve ruhsal çöküntülere uğramasına yol açmaktadır (Bayraktar, 2013).

Dünyada ve ülkemizde en yaygın olan organ nakillerden ikisi böbrek ve karaciğer nakilleridir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve kronik karaciğer yetmezliği (KKY) bu iki organ nakline giden süreci başlatmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geri dönüş olmaksızın kaybedilmesidir (Andreoli et al, 1993). Glomerüler filtrasyon hızı 5-10 ml/dk'ya düştüğünde son dönem böbrek yetmezliğinden (SDBY) bahsedilir (Akpolat ve Utaş, 1993). Bu süreçte tedavinin amacı diyaliz yada transplantasyon ile, hastalarda üremenin ileri belirtileri gelişmeden tedaviyi başlatmaktır (Andreoli et al, 1993). Kronik Karaciğer Yetmezliği (KKY) ise, karaciğerin parankimi, damar yapısı ve safra kanallarının çeşitli nedenlerle hasara uğraması sonucu oluşan bir grup hastalığın karaciğer fonksiyonlarını yavaş ve ilerleyici bir şekilde bozmasıyla oluşan klinik bir tablodur (Yılmaz, 2012; Şentürk, 2008; Karagöz ve Haktanır, 2004). KKY'nın tedavisinin genel amaçları; hastalığın etiyolojisine bağlı gelişebilecek komplikasyonları azaltmak, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Yalçın, 2009; Mızrak ve İdilman, 2009). Çoklu organ yetmezliği tablosunun gelişmesi, hastanın durumunun daha da ağırlaşmasına neden olur. Bu durumdaki tüm hastalara en basit, en ekonomik, en başarılı sonuç veren ve hayat kurtarıcı özelliği olan karaciğer transplantasyonunun yapılması gündeme gelmektedir (Murray ve Carithers, 2005; Doğruer ve ark. 2007). Transplantasyonu bekleyen hasta sayısındaki artış, transplantasyon için bekleme listelerinin oluşmasına, hastaların da transplantasyon merkezleri tarafından değerlendirilerek bu listelere kaydedilmesine neden olmaktadır (Kanmaz ve ark. 2009). Türkiye'de 2015 yılı Ağustos ayı verilerine göre; organ bekleme listesindeki hastaların toplam sayısı 969.67'dir. Bunlardan

böbrek transplantasyonu için bekleyenlerin sayısı 22.388, karaciğer transplantasyonu için bekleyenlerin sayısı 2.231'dir (<http://organ.saglik.gov.tr/web/>). “Transplantasyon bekleme listesine alınmak”, hem hastaların, hem de hasta yakınlarının transplantasyonu ve transplantasyon sonrası yaşama ilişkin kaygıları da beraberinde getirmektedir. Transplantasyonu bekleme listesinde bekleme süresinin uzaması, transplantasyon bekleyen hastaların komplikasyonlar sonucu durumlarının ağırlaşmasına ve kaybedilmesine neden olmaktadır (Akdoğan ve ark. 2008). Dalgıç ve ark. (2001) karaciğer transplantasyonu bekleme listesinde yer alan 25 hasta ile yaptıkları araştırmada, hastalardan yalnızca dördüne (%16) karaciğer transplantasyonu yapılabildiği, bir hastanın (%4) tıbbi tedaviye cevap verdiği için listeden çıkarıldığı, 12 hastanın (%48) transplantasyon beklerken öldüğü, kalan 8 hastanın (%32) ise halen bekleme listesinde olduğu belirlenmiştir (Dalgıç ve ark. 2001; Sarıgöl, 2008). Organ transplantasyonu yapılacak hastanın çok, organ bağışının ise az olmasından dolayı, hastaların transplantasyonla ilgili gelecek kaygıları ve belirsizlik durumu hastalar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Organ transplantasyonu bekleyen hastalar her an ölüm ve transplantasyon ikilemi yaşarlar (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark, 2003). Organ yetmezliği ya da naklinin yarattığı yeti yitimi nedeniyle hastanın önceki yaşamını sürdüremeyecek olması ve gerçekleşmiş olan organ kayıpları ya da ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalınması hastada, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaratabilir. Bu dönemde hastalarda uyum güçlüğü ve tedaviyi reddetme gibi depresyona giriş bulguları görülebilir (Sağduyu ve ark. 2006; Crone and Gabriel, 2004; Nickel et al. 2002). Transplantasyon yapılacak hastanın sağlam bir aile yapısının olması yeterli destek alması, hastalığın seyri ve hastanın yaşam kalitesi yönünden çok önemlidir. Ancak hastalar kadar gerek organ bekleme, gerekse organ transplantasyonu sürecinde hastaların yakınları da birçok sorunla yüzyüze gelmekte ve bakım yükünü üstlenmekte ancak başetmede zorlanmaktadır. Bu durumlar, ruhsal sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu nedenle organ bekleme sürecindeyken hasta ve yakınlarının ruhsal açıdan değerlendirilmesi ve desteklenmesi oldukça önemlidir. Bu çalışma, organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Organ yetmezliği hayatı tehdit eden, yaşam ve ölüm kavramlarını öne çıkaran bir durum olup, tedavisi organ nakli ile yapılmaktadır. Organ nakli (transplantasyon), günümüzde birçok kronik organ hastalıklarında uygulanan rutin, geçerli ve ileri bir tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir.

Transplantasyon, genel olarak doku ya da organların aktarılması işlemi olarak tanımlanmaktadır. Hasta organın çıkarılması ve yerine sağlam organın konması, organ nakillerinin temelini oluşturmaktadır. Transplantasyon, organlar işlevlerini yerine getiremeyecek duruma geldiğinde ve başka hiçbir tıbbi çözüm olmadığına karar verildiğinde uygulanan zorunlu bir durumdur. Böbrek, karaciğer, kalp, akciğer gibi solid organların yetmezliğinde, nakil dışında fazla bir tedavi şansının olmayışı organ bağıışı ve organ nakli konularının güncelliğini korumasına sebep olmuştur (Kaçmaz ve Barlas, 2014; Nurten, 2001; Özdağ, 2001). Dünyada ve ülkemizde en yaygın olan organ nakillerden ikisi böbrek ve karaciğer nakilleridir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve kronik karaciğer yetmezliği (KKY) bu iki organ nakline giden süreci başlatmaktadır.

2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik böbrek yetmezliği; kronik renal veya sistemik hastalıklara bağlı olarak böbrek fonksiyonların yavaş yavaş fakat devamlı düşmesi ve bu düşmenin irreverzibl (geriye dönüşsüz) olması şeklinde tarif edilmektedir (Tanrıverdi ve ark. 2010, Soylu ve ark. 2011, İlhan 2011).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucunda böbreğin, sıvı elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik-endokrin fonksiyonlarının irreversibl (geri dönüşümsüz) olarak bozulmasıdır (Işılay ve ark. 2002, Yenicesu, 2001).

2.1.1.Etiyoloji

Kronik böbrek yetmezliği birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu etiyolojik faktörlerin sıklığı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Kronik böbrek yetmezliğinin en sık rastlanan nedenleri (Süleymanlar, 2007; Soylu ve ark. 2011; İlhan, 2011):

- Diyabetes mellitüs

- Hipertansiyon
- Kronik glomerülonefrit
- Böbreğin kist hastalıkları
- Amiloidoz
- Obstrüktif üropati
- Interstisyel nefrit
- Kollagen doku hastalıkları ve Malignansiler
- Nedeni bilinmeyenler

Tablo-1: KBY'li olguların Etyolojik Dağılımı

Hastalık	Türkiye(%)	Avrupa (%)	ABD(%)
Glomerulonefrit	14,2	13	7,8
Diabetes Mellitus	22,8	21,2	44,7
Hipertansiyon	18,1	11,8	28
Polikistik Böbrek Hastalığı	4,9	5,7	2
Ürolojik Hastalıklar (Taş, Obstrüksiyon, VUR)	6		2,7
Kronik İnterstisyel Nefritler	4,5		
Renal Amiloidoz (Primer veya Sekonder)	2,1		
Bilinen Diğer Nedenler	5,5		
Nedeni Bilinmeyen	22	20,2	4

(Yatkin I, Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği (Uzmanlık Tezi), İstanbul; 2009.)

Böbrek yetmezliğinin evreleri;

Evre 1: Böbrek rezervinin (yedeğin) azalması; nefron fonksiyonlarının %40-75 kaybı sağlam kalan nefronlar, böbreğin normal fonksiyonlarını yerine getirebildiğinden genellikle hastada semptom görülmez.

Evre 2: Böbrek yetmezliği evresinde %75-%90 nefron kaybı vardır. Bu durumda serum kreatinin ve BUN yükselir, böbrek idrarı konsantre etme yeteneği kaybolur ve anemi gelişir. Hasta poliüri ve noktüri belirtilerinden söz edilebilir.

Evre 3: Son dönem böbrek hastalığı (SDBH). Fonksiyon gören nefron sayısı %10'nun altına inince SDBH gelişir. Böbreğin normal düzenleyici, sekresyon ve hormonal fonksiyonlarının tamamı ciddi boyutta bozulmuştur. Kanda kreatinin ve BUN yükselmesi ve elektrolit dengesizliği ile SDBH belirgin hale gelir. Hasta bu noktaya gelince genellikle diyaliz endikasyonu vardır. Diyaliz uygulaması ve üreminin bu semptomları geriye döndürebilir (Süleymanlar, 2007; Soylu ve ark. 2011; İlhan 2011; Yeksan, 2004; Yıldız, 2006).

2.1.2. Belirti ve Bulgular

Kronik böbrek yetmezliğinde BUN yükselmesiyle hemen hemen bütün sistemler etkilenir ve bu nedenle de sistemlere ilişkin birçok belirti ve bulgu ortaya çıkar. Bu belirti ve bulguların ciddiyeti böbrek yetmezliğinin derecesine yetmezliğe neden olan temel soruna ve hastanın yaşına göre değişiklik gösterir. Aşağıda kronik böbrek yetmezliğinin sistemlere ilişkin belirtiler, nedenleri ve değerlendirme parametreleri verilmiştir (Erek, 2010; Süleymanlar, 2007; Soylu ve ark. 2011; İlhan, 2011).

Kardiyovasküler belirtiler

Sodyum ve su retansiyonu ya da önce açıklandığı gibi renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonu sonucu hipertansiyon, fazla sıvı birikimi sonucu konjestif kalp yetmezliği ve pulmoner ödem vardır. Boyun venlerinde genişleme ayaklarda, ellerde ve sakrumda gode bırakan ödem, perikardiyal effüzyon ve perikardiyal tamponad görülür. Üre toksinlerinin perikard, ellerde ve sakrumda gode bırakan ödem, perikardiyal effüzyon ve perikardiyal tamponad görülür. Üre toksinlerinin perikard zarın iritasyonu sonucu perikard kronik böbrek yetmezliğinde

en sık görülen kardiyovasküler sorunlardır. Potasyum yükseldiğinde aritmi görülmektedir (Süleymanlar, 2007; Ateş, 2012; Tanrıverdi ve ark. 2010).

Dermatolojik belirtiler

Cilt üzerinde üre kristalleri ve ürenin cilt üzerinde kırağı gibi (üremik frost) birikmesi nedeniyle cildin gri-bronz renginde olması, ekimoz, purpura, tırnakların ince ve kolay kırılması, saçların incelmezi ve ciltte kaşıntı olmasıdır. Ancak erken tedavi ve diyaliz uygulamaları bu sorunu azaltmaktadır (Yalçın ve Akpolat, 2014; Yenicesu, 2001).

Gastrointestinal belirtiler

BUN yükselmesi ile ilgili olarak anoreksi, bulantı, kusma, bulantı, kusma, diyare, ağızda amonyak kokusu (üremik fetör), ağızda metalik tad alma duyusu vardır. Tükürükte üre yükselince ağızda ülserasyon ve kanama olur. Yüksek üre diyafragmayı irrite ederek frenik siniri uyarır ve hıçkırık olur (Arik ve Dilek, 2008; Yalçın ve Akpolat, 2014; Yenicesu, 2001).

Nörolojik belirtiler

Metabolik asidoz ve BUN yüksekliğinin merkezi sinir sistemine etkisi ile halsizlik ve yorgunluk, konfüzyon, konsantre olamama, uyum bozukluğu, tremor, ayaklarda rahatsızlık, ayak tabanında yanma, parestezi ve davranış değişikliği görülür (Arik ve Dilek, 2008; Yalçın ve Akpolat, 2014; Yenicesu, 2001; Tanrıverdi ve ark. 2010).

Hematolojik belirtiler-anemi

Üre yüksekliği nedeniyle eritropoetin azalması eritrositlerin yaşam süresinin kısalması, beslenme yetersizliği ve hastada kanamaya eğilim olması (özellikle gastrointestinal) sonucu anemi gelişir. Eritropoetin normalde böbreklerde yapılır ve eritrosit yapımı için kemik iliğini uyarır. Böbrek yetmezliğinde eritropoetin yapımı azalınca sonuçta anemi gelişir. Bu nedenle anemi belirtileri olan yorgunluk, anjin ve nefes darlığı görülür (Arik, 2008; Yalçın ve Akpolat, 2014; Yenicesu, 2001; Ateş, 2012).

Asidoz

Asidoz kronik böbrek yetmezliğinin her zaman görülen bir belirtisidir. GFH azalmasıyla hidrojen iyonlarının filtrasyonunda da azalma olur. Asit sekresyonun, azalması, böbrek tübüllerinin amonyak (NH₃) sekresyonunda ve sodyum bikarbonat(NaHCO₃) reabsorbsiyon yetersizliği sonucunda olur (Arik, 2008; Yalçın ve Akpolat, 2014; Yenicesu, 2001; Ateş, 2012).

Sodyum ve su birikimi belirtileri

Böbrek yetmezliğinde su ve elektrolit dengesinde değişiklikler görülür. GFH azalınca sodyum tutulumu olur. Sıvı birikimi sonucu mekanizması yukarıda açıklanan hipertansiyon, pulmoner ödem gelişir. Bazende tuz kaybı nedeniyle hipovolemi ve hipotansiyon gelişme riski vardır. Kusma, diyere atakları su ve sodyum kaybına neden olabilir bu durumda üremik tabloyu daha kötüleştirir (Ateş, 2012; Yıldız, 2006).

Kalsiyum-fosfor dengesizliğinde değişiklik

Barsaklardan kalsiyum emiliminin ve kemiklerden mobilizasyonun azalması ve hiperfosfatemi hipokalsemiye neden olur (Ateş, 2012; Yıldız, 2006; Süleymanlar, 2007). Kalsiyum barsaktan emilimini Vit-D'nin aktif metaboliti olan 1,25 dihydroxy cholecalciferol sağlar. Kronik böbrek yetmezliğinde böbrek kitlesi azalınca, proksimaltübülslerde bu madde yapılamaz. Bu madde aynı zamanda kemikten kalsiyumun serbest hale geçmesinde rol oynar. Bu olmayınca kemik paratiroid hormon etkisine dirençli hale gelir. Üremi de toksinler Vit-D'nin görevini zorlaştırır (Ateş, 2012; Yıldız, 2006; Süleymanlar, 2007; Akpolat ve ark. 2002).Başlangıçta serum fosfat düzeyi normaldir. GFH %25'in altına inince ve son dönemde hiperfosfatemi oluşur. Kalsiyum, fosfor ve parathormon değişiklikleri sonucu üremik kemik hastalığı (üremik osteodistrofi) görülür (Ateş, 2012; Yıldız, 2006; Söğüt, 2013).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi

Kronik böbrek yetmezliği, birey, aile, toplum üçgeninde ağır psikolojik ve sosyoekonomik sonuçlarının yanısıra bir ülkenin sağlık hizmetlerindeki kalite, etkinlik, yeterlilik ve organizasyon gücünün sınındığı en ciddi hastalıklardan birini teşkil etmektedir. Tüm böbrek fonksiyonlarının kaybedildiği aşamada hastada en uzun ve olabildiğince kaliteli bir yaşam sunabilmek, tedavinin temel amacıdır. Bu amacı gerçekleştirmede böbreğin süzme fonksiyonları diyalizle, endokrin fonksiyonları ise hormonal replasmanla sağlanmaya çalışılır (Ateş, 2012; Yıldız, 2006; Süleymanlar, 2007; Akpolat ve ark. 2002; Bayraktar, 2013).

En seçkin tedavi seçeneği ise hastaya yeni bir böbrek kazandırmaktır. Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde temel yaklaşım;

- ✓ Böbrek hastalığının ilerlemesinin önlenmesi
- ✓ Böbrek yetmezliği destek tedavisi
- ✓ Diyaliz kararı ve transplantasyona hazırlıktır.

Son dönem böbrek yetmezliği ortaya çıktığında yalnızca ilaçları kullanarak hastayı tedavi etmek mümkün olamaz. Bu durum böbreğin görevlerini üstlenecek başka tedavi yöntemleri gereklidir (Sever, 2014; Tanrıverdi ve ark. 2010; Soylu ve ark. 2011; İlhan 2011).

Bu yöntemler 2 başlık altında incelenir:

1. Diyaliz
2. Böbrek Transplantasyonu

2.1.3.a. Diyaliz

Diyaliz özel zarlar vasıtasıyla hastanın kanındaki zararlı maddeleri süzmek ve böylece kanı temizlemektir. Böbrek yetmezliği sonucunda, üre, kreatinin gibi atık maddelerin vücuttan uzaklaştırılması, sıvı elektrolit ve asit baz dengesinin ayarlanması, Ca, P, Mg ve vitamin D düzeylerinin ayarlanarak kemik yapısının dengelenmesi, kan hücre üretiminin ayarlanması gibi önemli yaşamsal işlevler yerine getirilemez hale gelir. Bu duruma düşmüş hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için "renal replasman" adı verilen tedavilerin yapılması kaçınılmaz sonuçtur

(Tanrıverdi ve ark. 2010; Ersoy, 2005; Özçürümez ve ark. 2003; Bayraktar, 2013; Mollaoğlu, 2006).

Diyaliz 2 şekilde uygulanabilir:

1. Hemodiyaliz (veya makine diyalizi),
2. Periton diyalizi (veya karın diyalizi).

1. Hemodiyaliz: Yarı geçirgen bir zar aracılığıyla hastanın kanı ile uygun diyalizat sıvısının arasında, sıvı ve solüt değiş tokuşuna dayalı bir sistemdir. Avantaj ve dezavantajları vardır. Avantajları;sağlık personeli gözetiminde yapılır, diyaliz merkezlerinde hastanın sosyalleşmesini sağlar, diyalize gelme sıklığı ve malnütrisyon görülme oranı daha azdır. Dezavantajları;damar yolu kullanılır, malnütrisyon görülür, temizlenmesi gereken her atık madde temizlenemez, bazı yararlı maddelerde gider, sadece sıvı ve solüt temizliği yapar, ilave ilaç kullanılır, enfeksiyon sık görülür, ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hasta sosyal ve ekonomik hayattan uzak kalır, rezidüel böbrek işlevi hızla bozulur ve ilerleyensüreçlerde kalp damar hastalıkları gelişir (Tanrıverdi ve ark. 2010; Ersoy, 2005; Özçürümez ve ark. 2003; Yenicesu, 2001; Çetinkaya, 2008; Bayraktar, 2013, Çelik ve Acar, 2007; Kaya ve Demir, 2012).

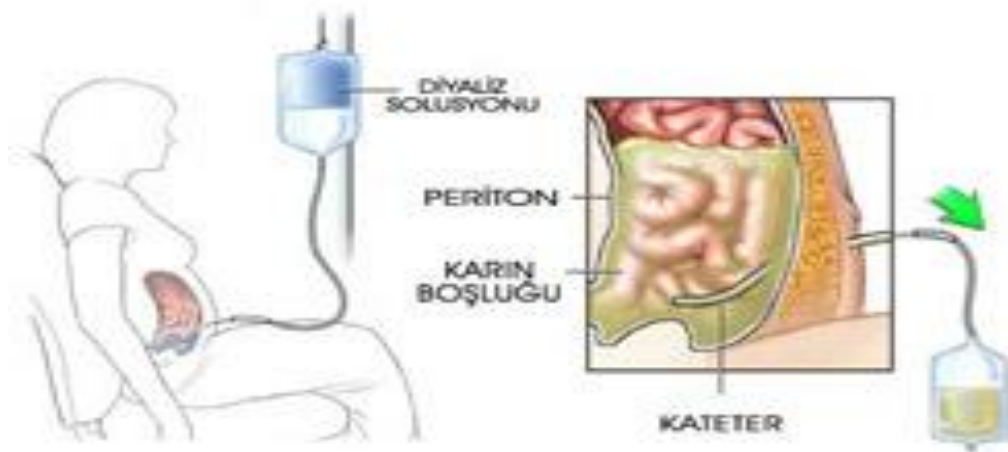


Yukarıda hemo diyaliz olayı şematize edilmiştir.
(Kol damarları yetersiz olursa başka damarlarda kullanılabilir)

Şekil 1: Hemodiyaliz işlemi (www.kidney-support.org)

2. Periton Diyalizi: Periton denilen karın zarı geçirgen bir zardır. Hastanın karnına takılan bir kateter yardımı ile belirli aralıklarla diyaliz yapılır. Buradaki temel amaç: Vücuttaki sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasıdır. Bununda avantaj ve dezavantajları vardır. Avantajları;merkezden bağımsız hastane dışında uygulanabilir, sıvı elektrolit değişimi sürekli ve dengelidir, tansiyon kontrolü daha iyidir ve diyet uygulaması konusunda daha esnekler,rezidüel böbrek işlevi daha uzun süre korunur. Dezavantajları; karında devamlı kateter vardır ve enfeksiyon riski yüksektir, obezite oranı siktir, kateter tıkanmaları oluşur ve karın duvarı fitiği gelişebilir, uzun dönemde kalp hastalığı gelişir (Tanrıverdi ve ark. 2010; Ersoy, 2005; Özçürümez ve ark. 2003; Yenicesu, 2001; Akoğlu ve ark. 2012; Bayraktar, 2013; Karabulutlu ve Tan, 2005; Özcan ve ark. 2000).

Diyaliz hastalarında en küçük bir eforla yorulma, zayıflama, anemi, halsizlik ve bitkinlik, vücutta yaygın şişkinlik (ödem), zayıflık ve şişmanlık gibi organik sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların yanı sıra anksiyete, diyalizi kabullenmede inkar, öfke ve yansıtma gibi ruhsal tepkiler oluşmaktadır (Özçürümez ve ark. 2003; Baydoğan ve Dağ, 2008; Özçetin ve ark. 2009; Çetinkaya ve ark. 2008). Diyaliz yöntemleri en ideal koşullarda bile sağlıklı bir insanın iki böbreğinin yaptığı işlevlerin; az bir kısmını yapabilir. Başarı ile nakledilen bir böbrek diyalizin 10 katı kadar işlev yapar (Akpolat ve ark. 2002).



Şekil 2: Periton diyalizi işlemi (www.kidney-support.org)

Böbrek yetmezliği nedeniyle hasta diyalize girmeye başlayınca yeni bir yaşam tarzına uyum sağlamak zorunda kalacaktır. Düzenli olarak haftanın belli günlerinde diyalize giren hastalarda diyaliz öncesi ve diyalize bağlı olarak kan değerlerinin bozulması sonucu organik ve ruhsal sorunlar gelişmektedir. Böbrek yetmezliğini takiben diyalize giren hastaların başlangıçta, bazı sorunları düzelecek ve rahatlama olacaktır. Diyaliz işlemi uzadıkça hastada sorunlar giderek artarak, çekilmez işkenceye dönüşebilir (Dağ ve Vatan, 2009; Üstündağ ve ark. 2007; Tanrıverdi ve ark. 2010; Sharkey et al. 2003; Akman ve ark. 2004).

2.1.3.b. Böbrek Transplantasyonu

Kronik böbrek yetmezliği olan tüm hastalarda önerilen, yaşamı uzatan ve yaşam standardını yükselten en ideal tedavi yöntemidir. Vücuttaki zararlı atıkları temizlemek için hastaya yeni bir böbrek yerleştirme işlemidir (Titiz, 2010; Arık ve Dilek,2008; Zühtü, 2013; Haberal ve ark. 2004).

Böbrek Transplantasyonu 2 ayrı tür vericiden yapılabilir:

1. Canlı vericiden
2. Kadavradan (yeni ölmüş bir kimseden).

Bununda avantaj ve dezavantajları vardır. Avantajları; yaşam sınırlaması yoktur ve diyalize göre daha uzundur, diyet kısıtlaması ve beslenme durumu daha iyidir, damar yolu ve kateter gerekmez, üremi, kan değerleri, elektrolit ve sıvı dengesi düzeldiği için kişinin psikososyal ve cinsel durumunda belirgin düzelmeler görülür (Şahin ve ark. 2009; Akoğlu ve ark.2012). Dezavantajları; ameliyat riski, sürekli bağışıklık baskılayıcı ilaç kullanımı, dış etkenlere karşı direncin düşmesi ve enfeksiyon riskinin artması, ilaçların yan etkileri, böbrek reddi ve bunun sonucu ortaya çıkan psiko-sosyo-ekonomik sorunlardır (Titiz, 2010; Koçak ve ark. 2010; Zühtü, 2013; Tuncer ve Yakupoğlu, 2003; Gill et al. 2008; Kadioglu ve ark. 2012).

2.2. KARACİĞER YETMEZLİĞİ

Kronik Karaciğer Yetmezliği (KKY), karaciğerin parankimi, damar yapısı ve safra kanallarının çeşitli nedenlerle hasara uğraması sonucu oluşan bir grup hastalığın karaciğer fonksiyonlarını yavaş ve ilerleyici bir şekilde bozmasıyla oluşan klinik bir tablodur (Altuntaş, 2013; Aydoğdu, 2005).

Karaciğer yetmezliği geliştiğinde karaciğer transplantasyonu gündeme gelmektedir. Karaciğer transplantasyonu bekleyen hasta sayısındaki artış, transplantasyonu için bekleme listelerinin oluşmasına, hastaların da transplantasyon merkezleri tarafından değerlendirilerek bu listelere kaydedilmesine neden olmaktadır. “Karaciğer transplantasyonu bekleme listesine alınmak”, hem hastaların, hem de hasta yakınlarının karaciğer transplantasyonu ve transplantasyon sonrası yaşama ilişkin beklentilerini de meydana getirmektedir (Dalgıç ve ark. 2001; Altuntaş, 2013; Kaçmaz ve Barlas, 2014). Yapılan çalışmalarda KKY olan hastalar ve yakınlarının karaciğer transplantasyonunun bir an önce yapılması ve hastanın eski sağlığına kavuşması, hasta yakınlarının; psikolojik rahatlık hissetme, kendilerine zaman ayırma, gelecekle ilgili belirsizliğin ortadan kalkması gibi beklentilerinin olduğu görülmüştür. Hasta ve hasta yakınlarının bu beklentileri karaciğer transplantasyonunu bekleme sürecinde bazı güçlükler yaşamalarına neden olmaktadır. Karaciğer transplantasyonu bekleme listesinde bekleme süresinin uzaması, transplantasyon bekleyen hastaların komplikasyonlar sonucu durumlarının ağırlaşmasına ve kaybedilmesine neden olmaktadır (Altuntaş, 2014; Dalgıç ve ark. 2001; Aydoğdu, 2005).

2.2.1. Etiyolojisi

Kronik karaciğer yetmezliği, karaciğerde geri dönüşü olmayan hasara sebep olur. Karaciğer hücreleri zaman içinde zarar görür ve böylece karaciğer de yavaş yavaş işlevsiz hale gelir. Alkol kullanımı, karaciğerde demir ve bakır birikmesi, karaciğer tümörleri, Hepatit B-C, metabolik ve hematolojik hastalıklar en sık görülen karaciğer yetmezliği sebeplerindendir. Albümin ve kanı pıhtılaştırıcı etmenler gibi karaciğerin ürettiği ana maddeler karaciğer yetmezliğigelişen süreç içinde azalır. Karaciğerden atılan toksik maddeler kanda birikmeye başlar. Hücrelerde meydana gelen hasarın karaciğerdeki kan akışını engellemesiyle portal hipertansiyon (ana karaciğer damarında basıncın artması) ve sindirim sisteminde kanamalar meydana gelir ve KKY belirtileri ortaya çıkmaya başlar (Altuntaş, 2013; Akdemir ve Birol, 2004; Karademir, 2006).

2.2.2. Kronik Karaciğer Yetmezliğinde Belirti ve Bulgular

- Yorgunluk, güçsüzlük, iştahsızlık ve kilo kaybı
- Sarılık
- Kolay kanama ve morarma
- Kaşıntı
- Bilinç bulanıklığı ve mental değişiklikler
- Hayatı tehdit edici kanamalar
- Bacaklarda şişmeler ve karında sıvı toplanması
- Karın bölgesinde biriken sıvının enfekte olması (Akdemir ve Birol, 2004; Altuntaş, 2013).

2.2.3. Kronik Karaciğer Yetmezliğinde Tedavi

Kronik karaciğer yetmezliği geri dönüşü mümkün olmayan hastalıklar arasındadır. Hastalığa sebep olan unsurları ortadan kaldırmak, süreci yavaşlatan ve tedaviye yardımcı olan ilk basamaktır (örneğin alkolü bırakmak gibi). Diğer tedavilerin ana amacı ise hastanın hayat kalitesini arttırmaktır (Akdemir ve Birol, 2004; Aydoğdu, 2005).

Vücutta suyun tutulmasını azaltmak amacıyla idrar söktürücü veya toksik maddelerin kalın bağırsaktan atılmasını hızlandırmak için müshil tavsiye edilebilir. Kronik karaciğer yetmezliğinin ve buna bağlı problemlerin günümüzdeki en etkin tedavi yöntemi şüphesiz karaciğer naklidir. Canlı donörden alınan parça veya kadavra donörlerden sağlanan tüm karaciğerler ile karaciğer nakli günümüzde başarılı bir şekilde yapılmaktadır (Kaçmaz ve Barlas, 2014; Aydoğdu, 2005; Ekşi ve Gökçe, 2013).

2.2.4. Karaciğer Transplantasyonu

Karaciğer transplantasyonu, hasta bir karaciğerin tamamının çıkarılıp yerine kadavradan alınan bir bütün karaciğer veya canlı donörden alınan kısmi karaciğerin nakledilmesi anlamına gelir (Yılmaz, 2009; Aydoğdu, 2005; Altuntaş, 2013, Dicle ve ark. 2007).

Karaciğer transplantasyonu ile tedavi edilen hastalıklar:

- 1- Siroz
- 2- Karaciğer dışına yayılmamış karaciğer tümörleri
- 3- Yavaş ilerleyen karaciğere yayılmış bazı tümörler
- 4- Ani gelişen karaciğer yetmezliği
- 5- Alveolar kist hidatik gibi bazı parazitik hastalıklar
- 6- Doğuştan gelen bazı metabolik veya hematolojik hastalıklar
- 7- Travma sonrası büyük karaciğer yaralanmaları (Akdemir ve Birol, 2004; Karademir, 2006; Aydoğdu, 2005).

Kadavradan Karaciğer Transplantasyonu;

Trafik kazası, beyin kanaması, beyin tümörü veya kalp krizi sonrası beyin ölümü kesin olarak saptanmış olan kişilerin organlarını bağışlaması sonrası yapılabilen transplantasyon türüdür (Kaya, 2002). Beyin ölümü saptanan bu kişilerde, bulaşıcı bir hastalık olmadığı ve beyin dışında vücudun başka bir yerinde kanser olmadığı kesin olarak gösterilmiş gereklidir. Organ bağışı için izin alınmasını takiben, Sağlık Bakanlığında yer alan Ulusal Koordinasyon Sistemi (UKS) devreye girerek bağışlanan organın bekleme listesinde yer alan en uygun alıcıya ulaştırılmasını sağlar, bu kararda kan grubu uyumu dışında, kadavra bekleme listesinde geçen süre ve hastalığın aciliyeti gibi birçok faktör değerlendirilir (Kasapoğlu ve Yalçın, 2015; Altuntaş, 2013; Aydoğdu, 2005). Bağışlanan karaciğer en kısa zamanda UKS tarafından belirlenen alıcı adayına takılmak zorundadır. Bu nedenle, kadavra listesine kayıtlı olan alıcı adaylarının günün her saati ulaşılabilir olmaları kendileri için çok önemlidir. Ülkemizde kadavradan organ bağışı maalesef son derece azdır. Bu durum maalesef bekleme listesinde yer alan hastaların büyük bir kısmının transplantasyon olamadan hayatını kaybetmesi ile sonuçlanmaktadır. Bundan dolayı, diğer bir seçenek olan canlıdan karaciğer transplantasyonu gündeme gelmektedir (Ekşi ve Gökçe, 2013; Kasapoğlu ve Yalçın, 2015).

Canlıdan Karaciğer Transplantasyonu;

Karaciğerinin bir kısmının alınmasında hukuki açıdan herhangi bir engel olmayan, sağlık durumu böyle bir ameliyat için uygun ve kan grubu uyumu olan gönüllü kişilerin varlığında gündeme gelen tedavi yöntemidir (Ekşi ve Gökçe, 2013; Kasapoğlu ve Yalçın, 2015; Karademir, 2006; Lopez et al. 2010).

Avantajları;

- Kadavra bekleme sürecindeki hasta kaybını azaltır.
- En uygun şartlarda karaciğer nakli yapılmasına olanak tanır.
- Karaciğerin donörden çıkarılmasını takiben hastaya nakledilmesine kadar geçen soğuk iskemi süresi kısadır.
- Başarı şansı kadavra donöre göre daha yüksektir.
- Nakledilen karaciğerin çalışmama ihtimali daha düşüktür (Aydoğdu, 2005; Lopez et al. 2010; Karasu ve Tokat, 2003).

Canlı vericisi olan alıcı adayı istiyorsa aynı zamanda kadavra bekleme listesine de kaydedilir. Canlı verici hazırlıklarının yapılması, alıcı adayının kadavra listesindeki durumunu etkilemez (Ersöz, 2001). Değerlendirme sırasında tüm organ transplantasyonu ekibinin ana amacı verici adayının güvenliğidir. Yapılan klinik muayene ve laboratuvar testleri esnasında, yapılacak donör ameliyatının verici adayı için riskli olacağını gösteren herhangi bir bulguya rastlanması durumunda testler o aşamada sonlandırılır. Verici adayının karaciğer nakli ile ilgili tüm masrafları da alıcının sağlık kurumu tarafından ödenmektedir. Bu ödeme, alıcı ve verici adaylarının transplantasyon öncesi tüm testlerini, yatış süresince yapılan tüm tetkik ve tedavileri ve ameliyat ücretlerini kapsamaktadır. Taburcu olduktan sonra vericiye yapılacak kontrol ve tetkikler için de vericinin sosyal güvencesi geçerlidir (Karasu, 2006; Ekşi ve Gökçe, 2013).

Bu ameliyatın gerçekleşebilmesi için alıcı ve verici arasında 4. dereceye kadar kan ve hısımlık akrabalığı olması gerekir. Dördüncü derece hısımlık bağı ile ilgili olarak; Türk Medeni Kanununun 17. maddesinde kan hısımlığının derecesi, hısımları

birbirine bağlayan doğum sayısı ile belli olur denmektedir. Buna göre; kan hısımlığında kişinin akrabalık derecelerine göre;

1. Derece akrabaları; annesi, babası, çocuğu
2. Derece akrabaları; kardeşi, dedesi, ninesi, torunu
3. Derece akrabaları; amcası, halası, teyzesi, dayısı, yeğeni (kardeş çocuğu)
4. Derece akrabaları; üçüncü derece akrabaların çocuklarıdır (Karasu, 2006; Ersöz, 2001; Akdemir ve Birol, 2004).

Kayın hısımlığında ise kişinin eş tarafından akrabaları aynı şekilde derecelendirilmektedir. Akrabalığın olmadığı durumlarda ise İl Sağlık Müdürlüklerinin bünyesinde bulunan etik kurulların onayının alınması zorunludur.

Karaciğer nakli için alıcı ve verici arasında kan grubu uyumu olması yeterlidir.

Kan grubu	Hangi kan grubundan alabilir?	Hangi kan grubuna verebilir?
O	O	O – A – B - AB
A	O – A	A - AB
B	O – B	B - AB
AB	O – A –B –AB	AB

İleri evre siroz ve bazı karaciğer hastalıklarının tek küratif tedavi şekli karaciğer naklidir. İyi şartlarda yapılması halinde başarı oranı %80-90'ların üzerine çıkar. Karaciğer nakli sonrası hasta tamamen normal yaşantısına döner (Özşaker, 2012; Ekçi, 2013; Telles et al. 2009).

Karaciğer Nakli İçin En İyi Zamanlama;

Uluslararası kılavuzlar uyarınca, karaciğer sirozu olan ve ömrünün bir yıldan daha az kaldığı tahmin edilen her hasta transplantasyon için değerlendirilmelidir. Karaciğer hastalığının şiddeti A ile C arasında derecelendirilir. Genellikle C ve B evresine gelmiş birçok hasta transplantasyon için uygun adaylardır. Hastanın transplantasyon sırasında durumu ne kadar iyiyse, cerrahi de o kadar iyi sonuç verir. Uygun bir donör karaciğeri ile zamanında yapılan transplantasyon ameliyatı yaklaşık %80-90 başarıyla oranıyla sonuçlanır (Dalgıç, 2006; Aydoğdu, 2005; Sonsuz, 2007) .

2.3.ORGAN TRANSPLANTASYONU SÜRECİNİN BİREY (ALICI) ÜZERİNE ETKİLERİ

Bir makineye bağlı olarak yaşamak, zaman içinde çeşitli kaygılar, umutsuzluk, depresyon ve adeta işkence etkisi yaratırken; organ transplantasyonu, hastalar için yeniden doğmuşluk ruhu yaratır. Organ yetmezliği tanısı alan ve geleceğini öğrenen kişi ciddi bir şok etkisi yaşar. Organ transplantasyonu olabileceği ve bu yolla daha uzun ve kaliteli yaşama şansı olduğunu öğrendiğinde de içinde yeni bir umut ışığı doğacaktır. Bu umut ışığı organ yetmezliği olan hastada, başlamış ya da başlayacak olan yasin önünü kesebilir (Bayraktar, 2013; Kaçmaz ve Barlas, 2014; Özçürümez ve ark. 2003).

Organ transplantasyonu, organ bekleyen kişiyi paradoksal bir düşünce içine sokarak, yaşamla ölüm arasındaki gelgitleri sorguladır. Şöyle ki; alıcı için kadavradan alınan ya da alınacak olan bir organ, bir başkasının ölmesine bağlıdır. Organ bekleyen kişinin yaşaması için, bir başkasının ölmesi beklenmektedir. Bu durum canlı vericide; alıcının yaşamması için, vericinin beden bütünlüğünün bozulacağını ve gelecekte bazı sıkıntılarla karşılaşacağını bilerek organ vermesine bağlıdır. Bu durumda da alıcı, iyileşme ve zarar verme durumunda gider gelir (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003; Lopez et al. 2011).

Transplantasyon, ölen ya da yaşayan birisinin organ yetmezliği olan bir hastayı hayatta tutmak için verdiği bir organdır. Alıcı, vericinin bir organını çaldığını düşünerek vericiyi ciddi anlamda zarar verdiği inancına kapılabilmektedir. Bu durum suçluluk, cezalandırma ve misilleme korkularını harekete geçirebilmektedir. Bu

duygu ve düşüncelerde kurtulabilmek ya da hafifletebilmek için verici ve verici ailesiyle ilgili bilgi toplamak onlara ulaşmak ve minnet duygularını ifade ederek yaşama daha güçlü sarılmasına neden olabilmektedir (Mete, 2008; Altuntaş, 2015; Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

Transplantasyon işlemi hastayı yaşatıp, yaşam kalitesini arttırırken bir yandan da onun bilinmezler dünyasına yelken açmasını yol açar. Transplantasyon yapılan hasta aldığı organın yanı sıra bir hayat bağıışı da almaktadır. Organ alımından sonra kişinin yaşam ve ölüm hakkındaki duygu ve düşünceleri de değişmektedir. Organ transplantasyonu ile ortaya çıkan canlılık adeta, “Ölümün külleri arasından doğan merhaba hayat ışığıdır”. Transplantasyon öncesi her hastanın ruhsal değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır. Ruhsal değerlendirme;

- 1-Sosyal desteğin yeterli olup olmadığını,
- 2-Hastanın tedaviye uyumunu anlamaya,
- 3-Transplantasyon olayına bilişsel ve ruhsal açıdan hastanın ne kadar hazır olduğunu,
- 4-Karar verme yetisinin olup olmadığına,
- 5-Transplantasyonla ilgili beklentilerinin gerçekçi olup olmadığına,
- 6-Hastanın başa çıkma düzeyini belirlemeye yaramaktadır (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003; Akman ve ark. 2004).

Transplantasyon yapılacak hastalar transplantasyon yapılmadığı takdirde geleceklerinin karanlık olduğunu bilirler. Hastalarda transplantasyon öncesi yapılan psikolojik değerlendirmeler sonucunda kişide, bir duygulanım bozukluğu saptanabilir. Bu durumun önceden bilinmesi ameliyat sonrası oluşacak psikolojik sorunlar ve ilaç komplikasyonları yönünden önemlidir. Ameliyat öncesi duygulanım bozukluğunda artış olması doğaldır. Hastada ameliyat öncesi böyle bir sorun yoksa transplantasyon sonrası görüldüğünde, kullanılan ilaçların komplikasyonlarına bağlanabilir (Bayraktar, 2013; Arslanoğlu, 2002; Özçürümez ve ark. 2003).

Transplantasyon yapılacak hastaların ruhsal yönden sağlam ve güçlü bir kişilik yapısına sahip olmaları, sonuç üzerinde etkili olmaktadır. Stresle başa çıkma davranışları yetersiz ve kişilik sorunları olan hastalar transplantasyon sonrası psikiyatrik sorunlar yönünden potansiyel sorunlu hastalar grubuna girmektedir (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003; Baranyi et al. 2013). Transplantasyon öncesi kişilik sorunu olanlarda transplantasyon sonrası sorunlarla başa çıkmada

zorlanmalar, tatminsizlik ve uyum sorunları çıkabilir (Bayraktar, 2013; Dağ ve Vatan, 2009). Aile içi canlı alıcı ve vericilerde yapılan ruhsal değerlendirmelerde aile dinamikleri mutlaka değerlendirilmelidir. Bunlar göz ardı edilirse transplantasyon sonrası beklenmedik durumlarla karşılaşılabilir. Boşanma gibi (Bayraktar, 2013; Özgüven ve Tuncer, 1997; Özçürümez ve ark. 2003).

Organ transplantasyonu kararı alınmış hastalar, her an organ transplantasyonuna hazır olacak şekilde bulundurulurlar. Bunların belli aralıklarla rutin muayeneleri yapılır, başka sağlık sorunları varsa tedavi edilir ve sürekli olarak transplantasyon merkezleri ile iletişim kurmaları sağlanır. Telefon numaraları ve ev adresleri gibi kayıtları transplantasyon merkezlerinde güncellenmiş olarak bulunur (Bayraktar, 2013).

Organ transplantasyonu yapılacak hastanın çok, organ bağıışı az olduğundan, hastaların transplantasyonla ilgili gelecek kaygıları ve belirsizlik durumu hastalar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Organ transplantasyonu bekleyen hastalar her an ölüm ve transplantasyon ikilemi yaşarlar. Bu konuda hastalar hiçbir zaman umudunu kaybetmemelidir. Çünkü kadavradan organ bulma işlemi birisinin yaşamının yok olmasına bağlı olduğundan yaşamla ölümün yan yana seyrettiği hayat bandından, seyir sırasında banttan düşmeler olacaktır. Beklenmedik şekilde transplantasyon sırasının gelme olasılığı her zaman vardır (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

Psikososyal yönden alıcı olunamayacak durumlar şunlardır;

- 1-Fiziksel bozukluklarla birlikte seyreden ruhsal bozukluklar, demans veya diğer ruhsal bozukluklar
- 2-Kişilik bozuklukları ve tedaviye dirençli psikiyatrik bozukluklar.
- 3-Yaygın intihar düşüncesi içinde olanlar, aktif dönemdeki psikozlar ve aktif maddeyi kötüye kullananlar
- 4-Transplantasyon programına karşı uyumsuz ve isteksiz olanlar, organ organ transplantasyonu programına alınmazlar (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003; Özdemir ve Taşcı, 2013).

Organ transplantasyonu bekleyen hastalarda psikolojik tedavi gerektiren konular;

1-Organ transplantasyonu ekibi tarafından organ transplantasyonu adayı olarak kabul veya reddedilme düşünceleri

2-Hastalığın ciddiyetinin kabullenilmesi, motivasyon durumu ve yaşam kalitesi

3-Gelecekle ilgili beklentiler, organ transplantasyonu zamanı ve hastaneye bağımlılık

4-Ölüm, ölümlle ilgili düşünceler ve verici organının mevcudiyeti ile aşırı uğraş

5-Organ transplantasyonu sonrası organ reddi, işe geri dönme, cinsel yaşam, doğurganlık ve spor faaliyetlerinin durumu hakkında endişelerdir(Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

Organ transplantasyonu bekleyen hasta ve hasta yakınları için en güzel motivasyon kaynağı, daha önce başarılı bir organ transplantasyonu geçirmiş hasta ve yakınlarıyla görüşmektir. Bu tür bir görüşme çok kez profesyonel destekten daha etkili olmaktadır. Çünkü organ transplantasyonu bekleyen hastanın önünde kendisinin gelecekte yaşayacağı tüm olayları yaşamış bir kader arkadaşı bulunmaktadır. Nasrettin Hoca'nın "Damdan düşenin halinden damdan düşen anlar" fıkrası güzel bir örnektir.

Organ transplantasyonu adaylarında çeşitli duygu durumları ve çeşitli psikopatolojik sorunlar organ transplantasyonu adayının bekleme döneminin bir parçasıdır. Hastaya gevşemeye yönelik davranışsal müdahaleler, gevşeme teknikleri, destekleyici psikoterapi ve psikofarmakolojik tedaviler etkili olabilmektedir (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

2.3.1.Organ Transplantasyonu Sürecinde Bireyin (Alıcının) Yaşadığı Temel Duygular;

1-Borçlanmış Duygusu: Alıcı, kalan yaşam süresini bir başkasına borçlu olduğu için mümkün olmayan bir borçlanmışlık duygusu içinde bocalama yaşabilir. Çünkü bu borç,mal alım karşılığı olan taksitlendirilmiş ya da tek çekim yapılmış kredi kartı borcu değildir. Bu borcu yapılandırarak, değer biçecek,hukuki ve ekonomik bir kural yoktur.Bu borç ancak alıcı içinde yapılandırılacaktır. Alıcı aldığı emaneti en iyi şekilde koruyacak ve kollayacaktır. Verici ve verici ailesine karşı oluşan borçlanmışlığın yanı sıra, sağlık ekibine karşıda minnet duygusu

oluşmaktadır. Borçlanmışlık ve minnet duyguları tedavi uyumunda önemli rol oynamaktadır. Her şeyden önce emaneti ihanet etmemek için tıbbi kurallara aksatmadan uygulayacaktır (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

Alıcı ve alıcı ailesi de günün birinde kendilerinin de verici olacaklarını düşünür ve girişimde bulunurlarsa borçlanmışlık duygusu olumlu yönde etkilenmektedir. Borçlarını ödemeyi düşünmek veya ödemek aileler içinde oldukça önemlidir. Aile içi canlı alıcılarda ortalama %40 oranında borçlanmışlık duygusu görülmektedir (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

2-Suçluluk Duygusu: Başarılı bir organtransplantasyonu ameliyatından sonra ortaya çıkan organ reddi, canlı vericinin sağlığının bozulması, kadavra vericilerden organ bekleyenlerde; kendilerinin yaşaması için bir başkasının ölümünün beklenmesi hastalarda, suçluluk duygusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hiç tanımadığı ve onun geçmiş yaşamında ona hiç katkıda bulunmadığı halde ondan aldığı organ ile yaşamını sürdürecektir. Bu düşünce içinde olmak, suçluluk duygusunu artırabilmektedir (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003; Ceylan, 2007).

Organ transplantasyonu alıcı ve verici arasında sosyal, psikolojik ve biyolojik alanlarda üçlü ve güçlü bir sarmal yapı oluşacaktır. Aile içi organ transplantasyonlularda kadavradan yapılan organ transplantasyonlulara göre daha fazla suçluluk duygusu yaşanmaktadır. Alıcı için, vericinin organ ya da organlarını almış olmaktan dolayı suçluluktan kaçmanın mümkün olmadığı görülmektedir. Ancak; kadavranın anonimliği alıcıların borçlanma, suçluluk ve karşılığını ödeme gibi endişelerini yatıştırabilmektedir. Bu durum alıcıyı borçlandırmışlık ve suçluluktan kurtarabilmektedir. Bazı alıcılar, vericiye karşı olan borçlarını ödemek ve suçluluk duygularını hafifletmek adına ölen verici için dua ederek onun hatırasına saygı gösterirler. Canlı vericiden organ alanlar, vericiye karşı doğrudan teşekkür etme şansına sahip oldukları için, kadavra vericiden organ alanlara göre daha az minnet duygusu yaşamaktadırlar (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

3-Organın İçselleştirilmesi: Nakledilen organın işleyiş dinamiğini şunlar oluşturur.

A-İçe Alma: Alıcı için kendine bir organın dahil olmasından dolayı haz duyma ve bu organı kendi içinde tutarak özümsemedir. İçe almada yalnızca başkasından gelen bir organ değil, başkasının kişiliği, onun tutumları ve duyguları da gündeme gelmektedir. Kadavra vericinin kimliğine ilişkin olarak bazı hastalar verici ile yakın ilişki kurmak isterken, bazıları da verici hakkında bilgi edinmek ya da hayal bile kurmak istemezler (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

B-İçe Yansıtma: Benliğin bilinç dışı olarak yeni kazandığı bir içe yansıtma, duygusal olarak birden bire aktif hale gelen bir nesne gibi algılanmaktadır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012).

C-Özdeşim: Bir kişinin çeşitli özelliklerinin zihinsel olarak başka bir kişiye bütünleştirildiği bir süreçtir. Bazı alıcılar organ transplantasyonunda (aldıkları organı) kaybetmekten korktukları için vericinin yaşam tarzını benimsemeye çalışmaktadırlar. Bazı merkezlerde uygulanan kadavra vericilerinin anonimliği kuralı alıcı verici özdeşimine bağlı sorunları önlemektedir. Günümüzde, medya sayesinde alıcı ve vericinin kimlikleri herkes tarafından bilinmekte hatta kadavradan organ alımından organ transplantasyonu işlemine kadar geçen süreç naklen televizyonlarda yayınlanmaktadır. Dolayısıyla alıcının, vericinin kimliği ve özellikleri hakkında bir araştırma yapması gerekmemektedir. Bütün bilgiler kamuoyu ile ekranlarda paylaşılmaktadır. Bu da alıcının çeşitli konularda hayal dünyasında yelken açmasını engeller (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Özdaş ve Olgun, 2015).

Başkasından alınan organ, yeni hayatın bir temsilcisi olarak aileye yeni katılan bebek gibi kabul görecektir ve aile içindeki itibarı da artacaktır. Normal yaşamda organ işlevleri hiç konuşulmazken, organ transplantasyonundan sonra nakledilen organ ve onun işlevleri hep gündemde kalacaktır. Kişi organ transplantasyonu ile birlikte, hayat veren ve yaşamını zenginleştiren ya da yıkıcı ve kötü niyetli olarak içe yansıtılmış duygularla baş etmeye çalışacaktır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012).

Kadavranın anonim olma kuralı genellikle alıcıları korumaktadır. Alıcılar, verici ailesine karşı minnet duygularını ifade etmek isteseler de bazen de ailelerin onlardan bazı beklentilerinin olacağını düşünerek endişe ederler. Genellikle alma tehlikesinin kaynağında, borçlanmışlıktan ziyade alıcının kimliğini kaybetme riski vardır. Verici aile, kaybettikleri aile üyesinin alıcıda yaşadığı duygusu içinde olmakta

ve alıcı, biraz vericiye dönüşmesinin istenmesinden korkmaktadır. ‘‘ Sen artık biraz da bizim evladımız oldun, seninle ne zaman karşılaşıp, konuşmuş gibi oluyoruz.’’ Tarzındaki duygu ve davranışlar bu tür korkulara yol açmaktadır (Bayraktar, 2013).

Bazı alıcılar için vericinin cinsiyeti önem taşımaktadır. Böbrek, karaciğer, akciğer, kalp, ince bağırsak ve kompozit dokular gibi yapıların cinsellikle doğrudan ilişkisi olmadığı halde, organ transplantasyonu sonrası vericinin cinsel kimliği önem arz etmektedir. Bu düşünce organ transplantasyonunun ruhsal sürecinin merkezinde yer almaktadır (Baydoğan ve Dağ, 2008; Bayraktar, 2013).

Organ transplantasyonunun organ transplantasyonu sonrası kişilik üzerindeki etkilerine bakıldığında alıcının, vericinin kişiliğinin bazı özelliklerine ait hayal kurdukları görülmektedir. Başkasından alınan yabancı bir organın alıcı vücuduna işgal etmesi sonucu, alıcının kimlik duygusunda bir sarsıntı veya yabancılık ruhu yaratabilir. Kadavradan (bilinmeyen kişiden) organ almak yabancılık duygusunu endişe verici bir boyut götürebilir. Organ transplantasyonu için birisinin ölümünün beklenmesi, nakledilen organın beden ve ruh tarafından kabul edilme süreci, verici le psikolojik ilişki kurma süreci gibi etkenler alıcıda, ‘‘endişe verici yabancılık duygusunun’’ oluşmasında rol oynamaktadır (Bayraktar, 2013; Baydoğan ve Dağ, 2008).

Organ nakli sürecinde bireyin ruh sağlığı üzerinde etkili olan etkenler:

- 1-Kişinin geçmiş yaşamı, bilinçaltı düşünceleri, organ hasarı ve onun yarattığı sorunlar
- 2-Ameliyat ve ameliyat sonrası sorunlar, örn: Cerrahi, duygusal ve bedensel sorunlar
- 3-Kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar
- 4-Kişinin hayata bakış açısı, hayat anlayışı, ekonomik durumu gereksinimler
- 5-Canlı vericilerde aile ve vericinin ekonomik, sosyal ve duygusal yaklaşımları
- 6-Devlet kuruluşları, özel sektör kuruluşları ve sivil kuruluşların maddi manevi desteklerinin varlığı ya da yokluğudur.

Yukarıda etkenlerden bir ya da birkaçı bir arada olduğunda kişinin ruh sağlığında bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Organ transplantasyonu yapılan bir kişi için, organ transplantasyonu yapıldı hayata sıkı sıkıya bağlanması gerekirken, neden hayata küstü ya da kendi içine kapandı demeden önce, kişinin sorunları çok iyi değerlendirilmelidir. Ruhsal sorunlar kendiliğinden ortaya çıkmaz. Mutlaka bir

geçmişi, tetikleyiciler ve rol oynayan etkenler vardır (Bayraktar, 2013; Fukunishi et al. 2001; Fukunishi et al. 1997).

2.3.2. Organ Transplantasyonu Sürecinde Bireyde (Alıcıda) Görülen Başlıca Ruhsal Sorunlar

Organ yetmezliği tanısı alan, organ transplantasyonu için bekleyen, diyalize giren ve organ transplantasyonu yapılan hasta, hasta yakınları ve canlı vericilerde kısa ya da uzun vadede geçici veya kalıcı psikolojik sorunların yanı sıra psikiyatrik hastalıklar da oluşmaktadır (Bayraktar, 2013; Sağduyu ve ark. 2006; Nickel et al. 2002).

Organ transplantasyonu yapılacak hastalarda; belirsiz olan gelecek için plan yapmakta zorlanmalar, organ transplantasyonu sonrasında ne olacağı bilinmemesine bağlı sorunlar, sosyal durumda oluşacak değişiklikler çevrelerin beklentileri önem arz etmektedir (Bayraktar, 2013; Sağduyu ve ark. 2006; Sezer ve Yavuz, 2008).

Ameliyat sonrası akut dönemde, sorunlu hastalarda daha fazla olmak üzere psikiyatrik sendromlar, deliryum ve depresyon görülür. Daha sonraları depresif kaynaklı uyum güçlüğü, psikoseksüel, vücut imaj bozuklukları, tedaviyi reddetme psikososyal sorunlar ile tedavinin seyrini olumsuz etkileyen alışkanlıklardan inkar ve intihar düşüncesi olabilir (Bayraktar, 2013).

Organ transplantasyonu sürecinde görülen başlıca psikiyatrik hastalıklar şunlardır:

1. Depresyon: Kelime anlamı; çöküntü, bunalım demek olan depresyon yüzyıllardır bilinmekte olup Latince “depressus” tan gelmektedir. Bedensel hastalığı olan ve hastanede yatan hastalarda %5-10 arasında, ayaktan tedavi olan hastalarda takriben %10-15 arasında depresyon görülmektedir. Bedensel hastalığı olanlarda, sağlıklı olanlara göre depresyon görülme riski ortalama %40 daha fazladır (Bayraktar, 2013; Çetinkaya ve ark. 2008; Fusar et al. 2007; Lopez et al. 2011). Bu grup hastalarda depresyon yanı sıra; anksiyete, duygu durum bozuklukları ve madde kullanımı da daha fazladır. Yaşamı tehdit eden kronik böbrek yetmezliği, organ yetmezlikleri, şeker hastalığı, koroner arter hastalıkları ve kanser depresyon bedensel bulgular ile depresyonunun sıkça görüldüğü hastalıklardandır (Bayraktar, 2013; Nickel et al. 2002; Crone ve Cabriel, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2014). Bedensel hastalığı olanlarda depresyon sık görülmesine rağmen tanı ve tedavisi çoğu kez

gözden kaçmaktadır. Bunun nedeni, bedensel bulgular üzerinde odaklanma ve bedensel bulgular ile depresyonun bulgularının örtüşmesidir. İnsan; biyolojik, psikolojik, sosyolojik, kültürel ve ekonomik olarak bir bütündür. Bütün hastalıklar bu bütün içinde değerlendirilmeli ve hastalar “günah keçisi” durumuna düşürülmemelidir (Bayraktar, 2013).

Depresyona Yatkın Kişilik Özellikleri:

a.Kuvvetli bağımlılık duyguları olanlar ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlı kişiler

b.Acımasız, cezalandırıcı ve katı üst benlik sahibi olanlar. Gerçek ya da hayal dünyasında sevginin kaybolduğu kişiler

c.Bilinç dışında kuvvetli kızgınlık, kin, nefret gibi saldırganlık dürtüleri ve saldırgan dürtülerin benliğine yönelmiş olan kişiler (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Özdaş ve Olgun, 2015; Kaplan ve Sodock, 2004).

İnsanın doğaya, çevreye, başkalarına, topluma ve olaylara bakışı kişilik yapısı ile ilgilidir. Kişiliğin en önemli ögesi olan ve toplumsal etkiler altında biçim ve renk kazanan benlik; insanın doğaya, çevreye, topluma ve olaylara bakışına yaşam boyu yön verir. Depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan ruhsal nedenlerin başında benliğin gelişmesi ve yapısı yer almaktadır. Depresyonla ilgili araştırma yapanlar; benliğin gelişmesi, yapısı ve işlevleri üzerinde durmuşlardır. Kültürel ve toplumsal değerlerle, birey arasındaki çatışmalar stres ve depresyona yol açar (Karacan ve Kapucu, 2013; Bayraktar, 2013; Dağ ve Vatan, 2009).

Yaşlara göre değişse de depresyon daha çok genç ve orta yaş hastalığıdır. Genel anlamda kadınlarda daha çok görülür. Bunun nedeni; genetik, fizyolojik, hormonal, toplumsal ve kültürel yaşam olabilir. Evlilik, kadınlar için depresyon yönünden bir risk etkeni iken, erkekler için kurtarıcı olmaktadır (Bayraktar, 2013; Karacan ve Kapucu, 2013).

DSM-IV'e göre depresyon tanısı koyarken iki noktanın dikkate alınması gerekir.

a- Bedensel hastalık ile depresyon arasında etiyolojik ya da neden – sonuç ilişkisinin var olup olmadığı

b- Bedensel hastalığı olanlarda depresyon tanısı koyduran kriterlerin sınırlandırılmış olması

Bu nedenlerden dolayı “sekonder depresyon” terimi ortaya atılmıştır.

Sekonder depresyon; daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan kişide, bedensel hastalıklara ya da yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkan depresyondur (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Karacan ve Kapucu, 2013).

Depresyonda şu alanlarda sapmalar görülmektedir:

a.DüşünceBozuklukları:Konsantrasyon bozuklukları, kararsızlık, ölüm düşünceleri, değersizlik ve yoğun suçluluk duygusu.

b.Duygu Bozuklukları:Bunalım, aşırı tedirginlik, çeşitli faaliyetlere karşı aşırı zevk veya ilgi azlığı, duygusal olarak kendini tam ve çok yönlü ifade edememe.

c.Davranış Bozuklukları: Tedirginlik ve yorgunluk.

d.Psikolojik Bozukluklar:Aşırı uyku ve uykusuzluk, eksik ya da aşırı zevk duygusu ve halsizlik (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Depresyon; biyolojik, psikolojik ya da her ikisine ait etkenlerden kaynaklanabilir. Olumsuz yaşam koşulları, ciddi üzüntü ve kayıplar, iş-evlilik-ekonomik ve aile içi sorunlar, kalıtsal yatkınlık, bazı hastalıklar (organ yetmezliği gibi), bazı ilaçlar, alkol kullanımı, gebelik, doğum, yaş dönemleri, mevsim değişiklikleri, göçler, yeni yaşam koşulları, yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal sınıf, yaşam olayları ve kişilik özellikleri başlıca risk faktörleridir (Bayraktar; 2013).

Organ yetmezliği ya da naklinin yarattığı yeti yitimi neden hastanın önceki yaşamını sürdüremeyecek olması ve gerçekleşmiş olan organ kayıpları ya da ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalınması hastada, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaratabilir. Bu dönemde hastalarda uyum güçlüğü ve tedaviyi reddetme gibi depresyona giriş bulguları görülebilir (Bayraktar, 2013; Sağduyu ve ark. 2006; Crone ve Cabriel, 2004).

Hastaların aileleri ile birlikte değerlendirilmeleri, hasta ve ailesinin hastalığı gerçekçi bir biçimde kabullenmeleri konusunda yarar sağlar.

Klinik Özellikler (Sağduyu ve ark. 2006; Dağ ve Vatan, 2009; Bayraktar, 2013):

a- Öyküden elde edilen bilgiler: Çevreden uzaklaşma, zevk almama, güdülenme yokluğu ve mücadele gücünde azalma, lipido azalması, iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk ve ağız kuruluğu

b- Ruhsal durum bulguları: Psikomotor zayıflama, ağlama, vücut bakımına ihmal etme, sıkıntılar, çökkünlük, konuşma bozuklukları, umutsuzluk, intihar düşünceleri, kararsızlık, bellek zayıflığı, konsantrasyon güçlüğü, iç görü ve yargılamada bozulma

c- Eşlik eden bulgular: Somatoform bulgular, kalp, akciğer, mide ve bağırsak rahatsızlıkları ön plana çıkartılarak depresyon maskelenebilir. Suçluluk, yoksulluk vb. leri.

d- Yaşa özgü bulgular: Puberte öncesinde, somatik yakınmalar, ajitasyon, kaygı bozuklukları ve fobiler. Ergenlik döneminde, madde kötüye kullanımı, antisosyal davranışlar, okuldan kaçma ve dengesizlikleri. Yaşlılık döneminde ise bilişsel kusurlar vardır. Sıklıkla 20-40 yaşları arasında ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülür

Genel olarak depresyonu olan ailelerin çocuklarında, yaşam boyu majör depresif bozukluk görülme oranı normal ailelere göre üç kat daha fazladır. Her iki ebeveynde de duygu durum bozukluğu olan durumlarda bu oran, daha yükseklere çıkmaktadır (Köroğlu, 2012).

Tedavi: Kısaca üç grup altında incelenir.

a. Psikofarmakolojik ajanlar: Bunlar antidepresan ilaçlarıdır.

b. Elektrokonvülsif (EKT) yöntemler.

c. Psikoterapiler.

Depresyon sık görülen, klinik gidiş sırasında tekrarlayan ve yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır. Hasta ve yakınlarının hastalık konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri tedavide uyumu artıran önemli etkenlerdendir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012).

2.Anksiyete Bozuklukları: Anksiyete, Latince'de “dar geçit” anlamına gelen, korku, kaygı ve sıkıntı duygularını içeren bir anlam taşır. Anksiyetenin psikodinamisi

kişinin içsel dürtü çatışmasına dayanır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Özdaş ve Olgun, 2015).

Anksiyete; duygusal tehlike beklentisi ile birlikte olan huzursuzluk olarak ya da kişilerin anlatmakta zorlandıkları son derece üzüntü verici içsel bir huzursuzluk, bazen panik derecesine varan endişe ve korku hali ile sekonder psikolojik ve nörovejatif bulgu ve belirtilerden oluşan bir sendromdur. Anksiyete büyümeye, değişmeye, yeni ve denenmemiş şeyleri denemeye, bireyin kendi kimliğini ve hayatın anlamını bulmaya doğal olarak uygunsuz bir yanıtıdır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

Anksiyete uyaran bir sinyaldir. Yaklaşan tehlikeye karşı uyarır. Tehditle baş etmesi ve önlemler alması için kişiyi hazırlar. Benzer bir uyarıcı olan korkunun anksiyeteden ayrılması gerekir. Korku; bilinen, dışardan gelen, kesin ya da çatışma dışı kaynaklı tehdide yanıtıdır. Anksiyete ise; bilinmeyen, içsel, belirsiz veya çatışma kaynaklı tehdide yanıtıdır. Anksiyete etiyojisinde biyolojik ve psikolojik etkenler rol oynar (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012).

Anksiyete Belirtileri:

a. Bilişsel belirtiler: Kaygı, genellikle kötü bir şey olacaktı düşünmesiyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusu, üzüntü, endişe duyulan düşünce ve tasadır. Kişide düşünce sisteminde bulanıklık, görme uyumsuzlukları, kendini aşırı gözleme, çevre ile bağlantıların bozulması, düşünce akışında bozulma, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksama, öz güven azalması ya da kaybı, ölüm ve aklını yitirme korkusu olabilir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

b. Duygusal belirtiler: Korku, endişe, gerginlik, çaresizlik, sinirlilik, dehşet duygusu ve tedirginliktir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

c. Davranışsal belirtiler: Huzursuzluk, kaçma, kaçınma, konuşma akışında bozukluk, davranışlarda yavaşlama ve koordinasyon bozukluklarıdır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

d. Fizyolojik belirtiler: Bunlar organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Çarpıntı, kalp hızında artış, bayılma bulguları,

solunum sıkıntıları, kas gerginliği, çabuk yorulma, değişik organ ve sistem ağrıları, iştah, uyku ve cinsel bozukluklar, terleme, uyuşmalar, sıcak ve soğuk basmasıdır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012).

Toplumda anksiyete oldukça yaygındır. Psikiyatrik tedavi için kliniklere başvuranlar buzdağının suyun üstünde kalan kısmıdır. DSM-IV, yaygın anksiyete bozukluğunu sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya veya hastada belirgin strese neden olan, çeşitli somatik belirtilerin eşlik ettiği aşırı ve yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

Yeni organ transplantasyonu olmuş hastalarda umut duygusu ve ölüm korkusu ön plana çıkmaktadır. Kullanılan ilaçlara bağlı olarak da anksiyete ortaya çıkabilmektedir. Organ transplantasyonlu hastalar, hastaneden taburcu olduktan sonra anksiyeteleri artmaktadır. Zorlu bir bekleyişten sonra organ bulunup organ transplantasyonu yapılmış hasta, geç ve güç bulduğu organı için endişelenmektedir. İşine ne zaman, nasıl dönecek? Dönebilecek mi, dönemeyecek mi? Aile ve çevreye maddi ve manevi yük getiriyor mu? İlerleyen günlerde, aylarda ve yıllarda kendisi ve sosyal çevresi ile uyum sağlayabilecek mi? Kimliğinde ya da öz benliğinde bir değişim olacak mı? Pek çok sorular yaşanan kaygıyı işaret etmektedir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002).

Hastaların çoğu organ transplantasyonundan çok fazla şeyler beklemektedir. Beklentiler ve oluşan komplikasyonlar, organ transplantasyonu öncesi iyi aydınlatılmamış ya da aydınlatılmamış olan hastalar da anksiyete sorunu daha çok olmaktadır. Ölüm korkusu da başlı başına bir anksiyete nedenidir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012).

DSM-IV'e Göre Kısaca Anksiyete Bozuklukları:

A. Panik Bozukluğu: Mitoloji bir tanrı olan Pan, yarı insan, yarı keçi görünümündedir. Pan'ın bağırması çok korkutucudur. Bu bağırışı duyan canlılar dehşete kapılır; kurtlar, kuşlar saklanacak delik arar, sakın sakın otlayan koyun ve kuzular can havli ile kendilerini uçurumdan aşağıya atarmış. İşte buna benzer şiddetli ve akli baştan alan korkulara Pan'dan kaynaklanan korku dehşet anlamında, panik adı verilmektedir (Bayraktar, 2013).

Panik bozukluğu, ani olarak beklenmedik bir zamanda ve yerde ortaya çıkan “panik atağı” olarak adlandırılan yaşantılarla kendini gösteren bir hastalıktır. Panik bozukluğunda: Tekrarlayan beklenmedik panik ataklar ilgili olarak belli kaçınma davranışları ve tek başına dışarı çıkmaktan kaçınma vardır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008).

Panik bozukluğu toplumda görülme oranı %2-3 civarındadır. Kadınlarda daha çok görülür. Panik duygusunun insanı nerede, ne zaman ve nasıl yakalayacağı hiç belli olmaz. Bu duygu o kadar ani ve uç noktada oluşur ki, kişi ölüyor sanır. Panik atak, endişeli ve panik düşüncelerin oluşturduğu büyük korkuların fiziksel yansımalarıdır. Panik atak insanı öldürmez. Panik ataktan kurtulmanın temel kuralı; “Korkuları yenmek, korkuları yaşamaktan daha kolaydır” olmalıdır (Bayraktar, 2013).

B. Fobiler:Fobi, normalde korkulması gereken nedenlerden ve durumlardan, sürekli ve yoğun bir korku duyulması ve bu korkuyu uyandıran etkenlerden kaçınma isteğidir. Kişi bu durumun saçma olduğunu bilir fakat bu duygudan kendini kurtaramaz. Başlıca Fobiler; sosyal fobi ve özgül fobidir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete,2008).

3.Cinsel İşlev Bozuklukları: Cinsel işlev bozukluklarında hastalığa ilişkin organik etkenlerin yanında hastalığın psikolojik ve psikososyal komplikasyonlarında rol oynamaktadır. Psişik nedenler arasında ilk sırada depresyon vardır. Erkek hastalarda iş ve ev dışı rol ve etkinliklerde azalma varken, kadın hastalarda daha çok genel bir yetersizlik duygusu ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar organ transplantasyonu sonrası cinsel işlev bozukluklarının sık olduğunu göstermektedir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008; Raiz et al. 2003).

Organ yetmezlikleri, uzun süren komplike araştırmalar, diyaliz gibi tedaviler, kullanılan ilaçlar, çevre ve kişilik algılamaları, organ transplantasyonu işlemi, yaşamla ölüm arasında gidiş gelişler insanın tüm sistemleri üzerinde etkili olmaktadır. Cinsel arzu ve istekler kişinin, günlük yaşam ve ruhsal yapıları ile yakından ilgili olduğundan diğer sistemlerde görülen bozulmalar gibi, cinsel yaşamda fazlasıyla etkilenmektedir (Bayraktar, 2013).

Kişide organ transplantasyonu öncesi cinsel yaşam konusunda ciddi bir sorun yoksa organ transplantasyonundan bir süre sonra normale dönebilmektedir. Organ transplantasyonu sonrası evlenip çocuk sahibi olanlar vardır. Cinsel yaşam ve ruhsal üzerinde, merkezi sinir sistemi, cinsel organlar, cinsel hormonlar ve psikolojik yaşam etkili olmaktadır. Kalp, akciğer, böbrek ve pankreas gibi organlar doğrudan cinsel yaşam üzerinde etkili organlar değildirler. Fakat onların hastalıkları ve işlevlerinin bozulması dolaylı olarak cinsel işlev bozukluğu yapmaktadır. Şeker hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan organ yetmezlikleri genellikle cinsel istek ve kaybına yol açar (Bayraktar, 2013).

İnsanlarda cinsellik tüm bedenin içine işlemiştir. Adeta canlılığın ve nesillerin sürdürülebilir veya sürdürülmesi gereken bir işlevi olarak karşımıza çıkmaktadır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008).

Canlı vericilerden organ alanlar daha çok aralarındaki dayanışma ruhundan bahsederlerken, kadavradan organ alanlarda cinsiyet önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı hastalar vericinin de aynı cinsiyetten olmasını istemektedirler. Bu düşüncede olanlar, aynı cinsten organ alınca kendilerini daha doğal hissettiklerini ifade etmektedirler. Dişi kadavradan organ alan bir erkek alıcı, kendini daha femine hissettiğini ifade ederken, erkek kadavradan alınan organ bir kadın alıcıda erkekler daha güçlü oldukları için; kendini daha güçlü hissetmektedir (Bayraktar, 2013).

4.Somotoform (Psikomatik) Bozukluklar: Herhangi bir fiziksel bozukluk olmadığı halde yıllarca devam eden tekrarlayıcı somatik (beden) yakınmalarıdır. Yakınmalar genellikle abartılı olmaktadır. Bu kişiler kendi içlerinde yoğun bir sıkıntı yaşamakta, gerçek yaşamlarında baş etme güçlüğü çekmekte ve zorlanmaktadırlar. Esas bozukluk, duygusal yaşantıdan kaynaklanmaktadır. Bedensel hastalıklarla ruhsal hastalıkların en sık iletişim halinde bulunduğu durumdur (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008). Dört alt grupta incelenir. Bunlar:

A. Somatizasyon Bozukluğu: Somatizasyon, kişinin patolojik bulgularla ilişkili olmayan bedensel sıkıntı ve belirtiler yaşaması, bunu dile getirmesi ve belirtileri fiziksel hastalığa bağlayarak tıbbi yardım arayışına geçmesidir (Bayraktar, 2013; Mai, 2004; Sayar ve Ak, 2011).

Olguların Ortak Özellikleri: Tetkiklerde organik ve fizyolojik bozukluk olmadığı halde kendilerinde bozukluk bulunduğu inancı, vücutla ilgili fizyolojik değişiklikleri ciddi bir hastalık olarak yorumlama, kendi sağlıkları ile aşırı ilgilenme ve doktor doktor dolaşma, yakınmaların ruhsal kökenli olduğunu kabullenme güçlüğü, mevcut durumun genellikle, basit bir fizyolojik bozulma veya yer değişikliği sonrasında oluşmasıdır (Bayraktar, 2013).

B. Konversiyon Bozukluğu: Hasta yakınmaları, nörolojik ve genel bir tıbbi bozukluk varmış gibi algılasa da genellikle altta yatan, ruhsal bir neden vardır (Bayraktar, 2013).

C. Hipokondriyazis (Hastalık hastası veya hastalık kuruntusu): Bu tür kişilerde beden sağlığına ve organlara aşırı derecede değer verme ve yorumlarda bulunma eğilimi vardır. Sürekli bir hastalık kuruntusu içinde olduklarından kendilerinde çeşitli hastalık tanımlamaları yaparlar. Tüm laboratuvar ve muayene bulguları normal olmasına rağmen doktor doktor dolaşırlar ve ikna olmazlar. Hastanelerin daimi müşterileridirler. Ölüm korkusu, organlarından birini kaybetme korkusu ve aklını yitirmek korkusu gibi korkuları vardır (Bayraktar, 2013).

D. Ağrı Bozukluğu: Bunda da yukarıdaki bozukluklarda olduğu gibi, ağrı yakınmasının altında organik bir bozukluğun olmadığından emin olunmalıdır. Değişik bölgelerde değerlendirme gerektirecek şiddette belirgin bir sıkıntıya yol açacak, işlevsel bozukluğa neden olan ve altı aydan fazla süren ağrılar, ağrı bozukluğu olarak tanımlanır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008).

5. Kişilik Bozuklukları: Kişilik; insanları birbirlerinden farklı kılan, kendisi ve çevresindekilere bakış açıları, onlarla kurabildiği ilişki düzeyleri ve tepkilerini içeren; çeşitli ortamlarda kendini gösteren bedensel, ruhsal ve düşünsel özelliklerdir. Bir insanda kişilik, kendisi ve başkaları tarafından görülen, anlaşılabilir ve kabul edilen davranışların toplamının ifadesidir. Kişilik özellikleri toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişiklik gösterir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Mete, 2008).

Kişilik bozukluğu; kişinin kendisi ve çevresi ile ilgili algılamalarında, düşüncelerinde ve ilişkilerinde; uyum bozukluğu, sıkıntı, dert, tehlike oluşmasına neden olabilecek bir takım değişmez ve esnemez özelliklerin bir yaşam boyu

sürmesidir. Uzun süren ve değişmeye direnç gösteren düşünce ve davranış kalıplarıyla tanımlanan bir tablodur. Kişiliğin kesin sınırlarını çizmek zordur. Kişilik oluşumunda, genetik ve psikososyal etkenlerin rolü vardır. Kişilik bozukluğu olanların temel özelliği, dış dünyanın taleplerini yerine getirme ve kurallarına uymada sorun yaşamalarıdır. Kişilik bozukluğu olanların, kişilik durumlarına ilişkin farkındalıkları yoktur. Bu nedenle, kendi hatalı davranış ve düşüncelerinden dolayı daima karşı tarafı suçlarlar (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008).

Kişilik bozuklukları arasında; paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu gibi alt gruplar vardır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Arslanoğlu, 2002; Mete, 2008).

6. İntihar ve İntihar Girişimi: Organ yetmezliği ve organ organ transplantasyonlarından sonra çok nadir görülen bir durumdur. Teknolojinin gelişmesi, daha az komplikasyonu olan ilaçların kullanılması ve psikososyal desteklerin artması, intihar ve intihar girişimlerini azaltmıştır (Bayraktar, 2013; Şenol ve ark. 2002). İntihar, insan öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi olup, kişinin yaşamını istemli olarak son vermesidir. İlkel toplumlarda insanlar, olaya kötü ruhların ya da şeytanın neden olduğunu düşünmüşlerdir. İntihar girişiminde bulunanlar genellikle bu davranışı, karşılaştıkları sorunları kökten çözmek ve halletmek için yapmaktadırlar. Bu olumsuz yaklaşım sorun ve sorun çözümünden kaçmaktır. İntiharda benlik ve üst benlik arasındaki çatışmadan kaynaklanan kaygı önemli rol oynar (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Mete, 2008; Arslanoğlu, 2002). Ruhsal çöküntüler sonrasında sık görülen tehlikeli bir durumdur. İntihar olaylarının büyük bir kısmı, kişinin kendisini çaresiz hissettiği kriz durumlarında gerçekleşir. İntihar girişimleri genellikle, yardım çağrısı ya da kişiyi zorlayan durumdan uzaklaşma isteğinin ifadesidir. Kriz döneminde kişi, başkalarından gelecek yardım önerilerine hiçbir zaman olmadığı kadar açıktır. İntihara eğilimli kişiler genellikle umutsuzluk, yardımsızlık ve yaşamları üzerindeki kontrolü kaybetmiş olma duygusu içindedirler. Problem çözmeye yönelik olan yaklaşımlar umutsuzluk ve çaresizlik duygularını azaltır, kontrol duygusunun yeniden kazanılmasını sağlar ve intihar girişimini azaltır (Bayraktar, 2013; Sağduyu

ve ark. 2006; Mete, 2008; Arslanoğlu, 2002; Dağ ve Vatan, 2009; Çetinkaya ve ark. 2008). Depresyon ve intihar arasında güçlü bir bağlantı vardır. Kişilerarası ve aile içi sorunların çözülmesi intihara eğilimi azaltır (Bayraktar, 2013; Gençtan, 2003; Aragonés et al, 2004). Canlı organ vericilerinde intihardan ziyade intihar girişimini düşünme ifade edilmiştir. İntihar nedenleri arasında: Genetik, duygusal, depresyon, umutsuzluk, kişilik çatışmaları, fiziksel şiddet, tecavüz, ekonomik sıkıntılar, işsizlik ve statü değişikliği gibi durumlar vardır. Kadınlar, erkeklerden 3 kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar. Ancak erkeklerin girişimlerinin ölümlerle sonuçlanma olasılığı 4 kat daha fazladır. Mutlu ve huzurlu bir aile ortamının intihara karşı en büyük koruyucu etken olduğu kabul edilir (Bayraktar, 2013).

7. Organik Beyin Sendromu:Yüksek doz kortikosteroid ile bağışıklık baskılayıcı tedavinin uygulandığı 1960'lı ve 1970'li yıllarda çok görülmüştür. Günümüzde gelişen ilaçlar, ilaçların kombinasyonları ve doz ayarlamaları sayesinde görülme oranı oldukça düşüktür. Yüksek doz kortikosteroid alanlarda sıklıkla geçici uyku bozuklukları, değişen algı düzeyi ve değişken duygu durum ortaya çıkmaktadır (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

Organik beyin sendromu; akut ya da subakut gelişen, beyin metabolizma ve işlevlerinde yaygın ve geri dönüşümlü bozuklukların görüldüğü bir klinik tablodur. Bilinç, dikkat, uyanıklık durumunda bozulma ve düşünce akışında bozulma vardır. Bu sendromda dalgalı bir bilinç bozukluğu durumu vardır (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003; Marco, 2009).

2.4.ORGAN TRASNPLANTASYONU SÜRECİNİN AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ

Transplantasyon yapılacak hastanın sağlam bir aile yapısının olması yeterli destek alması, hastalığın seyri ve hastanın yaşam kalitesi yönünden çok önemlidir. Destekleyici bir aile yapısı hastanın uyum kalitesini arttırır, zihinsel ve yaşamsal onarıma yardımcı olur. Transplantasyon yapılan hastaların eve döndüklerinde bazı rolleri değişmektedir. Değişen bu rollere uyum sağlama yönünden hastalara değişik derecelerde sorunlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin: Hasta organ transplantasyonu sonrası belli bir süre çalışmayacağı için, belli bir geliri ve sosyal güvencesi yoksa önceden çalışmayan eş, iş bulabilirse çalışmak zorunda kalacaktır. Bulamazsa sosyal destek kurumlarından da yardım alamassa aile için, tam bir dram başlayacaktır (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003).

Transplantasyon hastalarının çoğu, organ transplantasyonu öncesi uzun bir süre süren bir hastalık hali yaşadıkları için, organ transplantasyonu sonrasında da hasta rolünde uzaklaşma, sorumluluk alma ve aile içi aktif hale gelme gibi konularda ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Hastaya destek verecek bir yakınının olmaması organ transplantasyonu için ciddi bir kontredikasyon(uygunsuzluk) oluşturmaktadır (Bayraktar, 2013; Tüzer, 2001; Altuntaş, 2013).

Ailelerde Görülen Başlıca Stres Kaynakları:

- 1- Aile birelerinin rollerindeki değişiklikler, bunlarla ilgili endişe ve şüpheler
- 2-Sosyal ve cinsel sorunlara bağlı olarak boşanmaya kadar giden durumlar
- 3-Ailenin yaşadığı ekonomik sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan güçlükler
- 4-Hasta bakımı, enfeksiyon riskinden uzak durma rutin muayeneler gibi durumlar belli başlı stres kaynaklarıdır (Bayraktar, 2013).

Hasta çevresinde bulunan anne, baba, evlat, eş ve başka akrabalarda, şaşkınlık, korku, acı, yalnızlık, umutsuzluk ve kaygı gibi duygular yaşanır. Depresyona girebilirler, cinsel güçlerinin, bağımsızlıklarını, öz güvenlerini ve benlik saygılarını yitirebilirler. Önemli bir hastalık olan organ yetmezliği ve ciddi bir girişim olan organ transplantasyonu aile uyumunu ve tüm dengeleri bozabilir. Aile üyelerinde zaman içinde tükenmişlik sendromu görülebilir. Bu tükenmişlik, psikolojik, ekonomik yada hem psikolojik hemde ekonomik olabilir. Başkasının

bakımına muhtaç bir hasta varken, birde bakıma muhtaç bir bakıcının olması ciddi sorunlar yaratabilmektedir. Çevrede bulunanlar tarafından aile üyelerine, şu türden telkinlerde bulunulmaktadır: Cesur ol, güçlü ol ağlama, sende hasta olacaksın, moralini bozma, bu olay dünyanın sonu değil gibi(Bayraktar, 2013).

Organ ve doku transplantasyonu, yüzyılın en önemli tıp olaylarından biridir. Tıp bilimi, bir bakıma insana yeni bir hayat hediye etmek anlamına gelebilmekte organ transplantasyonu buluşu ile yaşamsal hizmet sunumuna önemli bir boyut kazandırabilmiştir. Yaklaşık yarım yüzyıldır son dönem organ yetmezliğinin tedavi ve bakımında en önemli gelişmelerden birisi olan organ nakli yeni bir hayatın başlangıcı olduğu gibi, hastalığın hastaya, ailesine ve sağlık kurumlarına getirdiği mali yükü de en aza indirmektedir (Şelimen, 2010).

Sevgi, paylaşma, dayanışma, insana değer verme ve yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlama, transplantasyonun hukuksal ve mantıksal açıdan kabul görme yönünü oluşturur. Bugün transplantasyon yapılan hasta sayısı, yaşama oranı sayısı hızla artmakta ve birçoğu normal ya da normale yakın bir yaşam sürmektedir. Gelişen cerrahi ve tıbbi tekniklerle organ transplantasyonu yaygınlaşmaktadır ancak, arz ve talep arasındaki uçurum da her geçen gün büyümektedir. Organ bağışı kampanyaları ile kadavradan transplantasyon olasılığı arttırılmaya çalışılsa da, din, kültür ve gelenek gibi çeşitli etkenler de sürece farklı güçlükler katmaktadır (Şelimen, 2010; Özçürümez ve ark. 2003; Kubat, 2014).

Gerek gerek organ bekleme, gerekse organ transplantasyonu sürecinde hastalar ve yakınları birçok sorunla yüzyüze gelmekte ve başetmede zorlanmaktadır. Alıcı ve vericinin transplantasyon öncesinde psikolojik açıdan değerlendirilmesi transplantasyonun ameliyat sonrasındaki başarısı, yaşam süresi ve kalitesi açısından önem taşır ve bu dönemde doğru, dikkatli ve profesyonel bir yaklaşımın sonuca etkisi büyüktür (Şelimen, 2010; Sağduyu ve ark. 2006; Tüzer, 2001).

Bir transplantasyon adayını önce uygunluğunun değerlendirilmesiyle karşı karşıya kalır. Bu değerlendirme çoğu zaman büyük ölçüde ruhsal stres yaratır. Hastalar, bu değerlendirmeden geçip geçemeyecekleri ve transplantasyon için onaylanıp onaylanmayacakları konusunda endişe yaşar; değerlendirme işlemiyle ilgili olarak performans anksiyetesine kapılırlar. Öte yandan, transplantasyon öncesi

değerlendirme işlemi kişiyi hastalığının ciddiyeti ile yüzleştirmekte ve hastanın bir başa çıkma stratejisi olarak kullandığı inkar düzeneklerini imkansızlaştırmaktadır (Şelimen, 2010; Özçürümez ve ark. 2003; Özgüven ve Tuncer, 1997; Tüzer, 2001; Baranyi et al. 2013)

Transplantasyon için kabul edildikten sonra da hastalarda anksiyete kaybolmaz. Transplantasyon adaylarının belirli olmayan bir süre transplantasyon merkezine yakın yaşamaları gerekir. Bekleme döneminde çeşitli sorunlar nedeniyle hastaneye yatış daha sık olur ve transplantasyon gerçekleşene kadar hayatta kalabilme endişesi başlar. Adayın bekleyişi sürdükçe transplantasyondan önce ölüm riski de artar (Şelimen, 2010; Sağduyu ve ark. 2006; Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Ovayolu ve ark. 2007).

Transplantasyon bekleyen hastalarda anksiyete; gelecek hakkında endişe, umutsuzluk, fiziksel bütünlüğün bozulması, kontrolün kaybedilmesi veya ilerleyici hastalık nedeniyle fiziksel bağımlılık deneyimleri gibi etkenlerden kaynaklanabilir. Transplantasyon hastaları bir kadavranın organını alabilmeleri için birilerinin ölmesi gerektiğinin farkındadırlar. Bazen bir kaza olmasını isterler ve bu şekilde düşündükleri için suçluluk hissederler. Hastalar, bazen hastalıklarının onları aileleri için bir yük haline getirdiğinden veya önemli aile planlarından vazgeçilmesinden endişe ederler. Aile üyeleri ise zamanla hastanın transplantasyonu kabul etmesi ve uygun bir organın bulunabilmesi hakkında endişe duyarlar (Şelimen, 2010; Sağduyu ve ark. 2006; Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Tüzer, 2001, Titiz, 2010). Bütün bu sorunların önlenmesi ve giderilmesi için iyi organize edilmiş koordinasyon içinde çalışan, multidisipliner bir yaklaşıma gereksinim vardır. Psikolojik destek girişimleri, hastaya organ transplantasyonu aşamasını daha kolay yaşanmasına yardım eder (Şelimen, 2010; Titiz, 2010; Öz, 2009; Özçürümez ve ark. 2003; Ovayolu ve ark. 2007). Hemşire ve transplantasyon ekibinin diğer üyelerinin organ transplantasyonu sürecinde hasta ve yakınlarının psikososyal güçlüklerini tanımayave giderilmesine yönelik girişimlerde bulunmaları oldukça önemlidir.

BÖLÜM III

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma, organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tamamlayıcı olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; 15 Eylül 2014/ 15 Mart 2015 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi, Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Organ Transplantasyonu Merkezinde yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen 6 aylık süre içerisinde Medipol Mega Hastanesi, Organ Transplantasyonu Merkezine, organ transplantasyonu için başvuran hasta ve hasta yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınları araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı merkeze, belirtilen süre içinde organ transplantasyonu bekleyen 49 hasta başvurmuştur. Araştırma kapsamına bu 49 hasta ve bu hastalarının yanında bulunan 49 yakını olmak üzere toplam 98 kişi alınmıştır.

3.4.Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Mega Medipol Üniversite Hastanesini Organ Transplantasyonu Merkezine, Organ Transplantasyonu için bekleme listesine yazılmaya gelen hasta ve hastanın yakınlarıyla yüz yüze görüşülerek, veri toplama araçlarının doldurulması (Anket formu, Umutsuzluk, Depresyon, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ölçekleri) şeklinde uygulanmıştır.

3.5.Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, hastaların ve hasta yakınlarının umutsuzluk, depresyon, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise hasta ve hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, meslek, gelir durumu gibi değişkenlerdir.

3.6.Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak;

- Hastaların sosyodemografik bazı özellikleri ile hastalıkla ilgili özelliklerini kapsayan 12 sorudan oluşan anket formu (EK 1),
- Hasta yakınlarının sosyodemografik bazı özelliklerini kapsayan 10 sorudan oluşan anket formu (EK 1),
- Hastaların ve hasta yakınlarının bazı ruhsal özelliklerini değerlendirmek için; umutsuzluk, depresyon, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçekleri (BUÖ, BDÖ ve BTÖ) (EK 2, EK 3, EK 4) kullanılmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ); Beck, Weissman, Lester ve Trexler (1974) tarafından geliştirilen Beck Umutsuzluk Ölçeği, bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 20 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesine evet-hayır şeklinde cevap verilmektedir. Ölçek maddeleri 0-1 puan arasında puanlanıp, ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20'dir. Ölçeğin 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19, 39 numaralı maddelerinde hayır seçeneği 1 puan alırken; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20 numaralı maddelerinde ise evet seçeneğine 1 puan verilmektedir (Beck & ark., 1974). Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 93 olarak bulunmuştur (Beck & ark., 1974). Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 86, dört hafta süreli test – tekrar test güvenilirliği ise 74 bulunmuştur (Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu, & Tekin, 2008). Beck umutsuzluk Ölçeği EK-2'de sunulmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ); Bireydeki depresif belirtilerin düzeyini, şiddet ve değişimini ölçmek amacıyla Beck (1961) tarafından geliştirilmiş bir kendini

değerlendirme ölçeğidir. Envanter depresif bireylerde sık rastlanan 21 belirti kategorisini içermektedir. Maddeleri 0 ile 3 arasında puanlanan ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'dür. Ölçekte; "10-16 puan= Hafif düzeyde depresif belirtiler", "17-29 puan= Orta düzeyde depresif belirtiler", "30-63 puan= Şiddetli düzeyde depresif belirtilerin" varlığını göstermektedir. Miller ve Seligman (1973) üç ay ara ile test – tekrar test yöntemiyle yaptıkları güvenilirlik analizinde envanterin güvenilirlik katsayısını 74 olarak bulmuşlardır. Envanterin geçerliğini araştırmak için yapılan bir çalışmada Hamilton Depresyon Ölçeği puanları ile arasındaki korelasyonun 75 olduğu belirlenmiştir (Schwab, Bialow, Clemmons, Martin, & Holzer, 1967). Envanterin Türkçe uyarlama çalışması ilke olarak Beck Depresyon ölçeği adıyla Tegin (1980) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin testi yarılama yöntemi ile güvenilirliği herhangi bir tanısı olmayan bireylerde 78, depresyon tanısı almış bireylerde ise 61 olarak bulunmuştur. İki haftalık periyotta test – tekrar test yöntemi ile güvenilirliği ise 65 olarak bulunmuştur (Savaşır & Hisli-Şahin, 1997). Envanter daha sonra Hisli (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Envanterin testi yarılama yöntemi ile güvenilirliği 74 bulunmuştur (Hisli, 1989). Envanterin MMPI-D skalası ile korelasyonu psikiyatrik bir örnekleme 63, üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme ise 50 bulunmuştur (Hisli, 1988). Ölçek birçok çalışmada kullanılmış ve güvenilirliği ile geçerliği tekrar tekrar kanıtlanmıştır (Bilgin, 1990; Brown, Schulberg, & Madonia, 1995; Lightfoot & Oliver, 1985; Weeks & Heimberg, 2005; Williams, Barlow, Agras, & Miss, 1972; Zengin, 1999). Bu çalışmada Hisli (1988) tarafından uyarlanan Beck Depresyon Envanteri kullanılmış ve (EK-3)'de sunulmuştur.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ); Ölçeğin ilk hali Freeston tarafından Fransızca olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek 27 madde ve dört faktörden oluşmaktadır. Bu ölçek Buhr ve Dugas (2002) tarafından İngilizce'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin İngilizce formunun iç tutarlılığı 94, test-tekrar test güvenilirliği ise 74 olarak bulunmuştur. Ölçeği Türkçe'ye uyarlama çalışması Sarı (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek için ilk aşamada üniversite öğrencilerinden oluşan ön çalışma örnekleminde BTÖ'nün iç tutarlılığına bakılmış ve bu değer 93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği ise 66 olarak hesaplanmıştır.

BTÖ'nün Türkçe formuna yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin 5 faktörden oluştuğu görülmüştür. Son faktörün tek maddeden oluşması ve bu maddenin madde toplam korelasyonu ile test-tekrar test güvenilirliğinin düşük olması nedenleriyle ilgili madde ölçekten çıkarılmıştır. Başka bir madde de hiçbir alt boyuta girememesi nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Böylece 27 madde ve 4 faktörden oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Bu faktörler şu şekildedir:

- i) Belirsizlik stres verici ve üzücüdür.
- ii) Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri.
- iii) Geleceği bilmemek rahatsız edicidir.
- iv) Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor.

Ölçekteki her bir ifade beşli likert şeklinde derecelendirilmiştir(1,2,3,4,5). Ölçekte alınan minimum ve maximum toplam puanlar:27-135'tir. Ölçekte alınan puanların yüksekliği belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığını göstermektedir. Ölçek EK-4'de sunulmuştur.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 20.0 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak; yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeni ile karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H, Mann Whitney U ve Spearman Korelasyon testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (EK-5) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (EK-6).Hasta ve yakınları çalışmayla ilgili bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onayları alınmıştır .

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul Medipol Üniversitesi Medipol Mega Hastanesi, Organ Transplantasyonu Merkezi, Şubat 2014 tarihinde açılmıştır. Bu merkez henüz yeni bir merkez olduğundan, merkeze başvuran olgu sayısı çok yoğun olmamakla birlikte başvuru sayısı giderek artmaktadır. Bu araştırma sadece Medipol Mega Üniversite Hastanesinde organ transplantasyonu bekleyen hastaları ve hastaların yakınlarını kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün organ transplantasyonu bekleyen hastalar ve hasta yakınları genellenemez.

BÖLÜM IV

BULGULAR

BÖLÜM4.1. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.1.1. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	Sayı n	Yüzde %
Yaş		
21-30 yaş	2	4.1
31-40 yaş	4	8.2
41-50 yaş	11	22.3
51-60 yaş	16	32.7
61 yaş ve üzeri	16	32.7
Cinsiyet		
Kadın	22	44.9
Erkek	27	55.1
Medeni Durumu		
Evli	43	87.8
Bekar	6	12.2
Aile tipi		
Çekirdek aile	39	79.6
Geniş aile	10	20.4
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	8	16.4
İlköğretim mezunu	30	61.2

Lise ve üzeri	11	22.4
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	19	38.8
Serbest meslek	16	32.7
Memur	3	6.1
Emekli	11	22.4
Gelir Düzeyi		
İyi	3	6.1
Orta	38	77.6
Kötü	8	16.3
Toplam	49	100.0

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Hastaların %65.4’ünün 51 yaş ve üzeri, %55.1’inin erkek, %87.8’inin evli ve %61.2’sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %32.7’sinin serbest meslekte çalıştığı, %79.6’sının çekirdek ailede yaşadığı ve %77.6’sının gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Hastalığa İlişkin Özellik	Sayı n	Yüzde %
Tanı Süresi		
0-12 ay	15	30.6
13-24 ay	13	26.5
25-36 ay	8	16.4
37 ay ve üzeri	13	26.5
Nakil beklenen organ		
Böbrek	16	32.7
Karaciğer	33	67.3
Nakil biçimi		
Canlı vericiden	13	26.5
Kadavradan	11	22.4
Fark etmiyor	25	51.1
Nakil Konusunda Bilgilendirilme Durumu		
Evet	49	100.0
Hayır	-	-
Bilgilendirmeyi Yeterli Bulma Durumu		
Yeterli	48	98.0
Kısmen yeterli	1	2.0
Yeterli değil	-	-
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu		
Evet	37	75.5
Hayır	12	24.5
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Nedeni (n=37)		
Her şeyden çok çabuk etkileniyorum	3	8.1
Riskli bir olay olduğunu düşünüyorum	31	83.8
Rahatlatacağını düşünüyorum	3	8.1
Toplam	49	100.0

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 4.1. 2'de yer almaktadır. Hastaların %30.6'sının tanı süresinin 0-12 ay olduğu ve %67.3'ünün karaciğer nakli için beklediği belirlenmiştir. Canlı vericiden nakil isteyen hastaların (%26.5), %92.3'ü canlı vericiden nakilin daha iyi olduğunu düşünürken %7.7'si ailesi öyle istediği için canlı vericiden nakil istediğini ifade etmiştir. Kadavradan nakil isteyen hastaların (%22.4) tamamı yaşayan birine zarar vermemek için kadavradan nakil istediklerini belirtmişlerdir. Hastaların tamamı hastalık konusunda bilgilendirildiklerini ve %98.0'ının bilgilendirmeyi yeterli bulduğu saptanmıştır. Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %75.5'inin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu ve çoğunun (%83.8) organ transplantasyonunu riskli bir olay olarak düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları (N=49)

Ölçekler	Ortalama	SS	Min	Max
Umutsuzluk Ölçeği	8.14	5.20	1.00	19.00
Depresyon Ölçeği	31.42	16.09	0.00	60.00
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	105.24	29.51	30.00	130.00
BTÖ Alt Ölçekleri				
Belirsizlik stres verici ve üzücüdür	36.08	13.70	5.00	45.00
Geleceği bilememek rahatsız ediyor	15.59	4.93	4.00	20.00
Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri	32.28	11.00	5.00	40.00
Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor	21.28	5.44	5.00	25.00

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.3’de görülmektedir. Hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının yüksek (8.14 ± 5.20), depresyon ölçeği puan ortalamalarının yüksek (31.42 ± 16.09), belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının da yüksek (105.24 ± 29.51) olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt ölçeklerinin puan ortalamaları “Belirsizlik stres verici ve üzücüdür” 36.08 ± 13.70 , “Geleceği bilememek rahatsız ediyor” 15.59 ± 4.93 , “Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri” 32.28 ± 11.00 ve “Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor” 21.28 ± 5.44 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.1.4. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu

Ölçekler	Umutsuzluk Ölçeği	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)
Depresyon Ölçeği	$r=0.577^{**}$ $p=0.000$	$r=0.670^{**}$ $p=0.000$
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	$r=0.313^*$ $p=0.029$	-

Tablo 4.1.4’de organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonu yer almaktadır. Depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında orta düzey pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$).

Tablo 4.1.5. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Yaş Grubu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	≥40	6	21.33	17.59	2.00	54.00	3.244 0.197
	41-50	11	34.90	18.26	6.00	60.00	
	51-60	16	33.75	14.68	0.00	55.00	
	61 ≤	16	30.50	15.23	7.00	55.00	
Umutsuzluk Ölçeği	≥40	6	6.50	4.96	2.00	15.00	1.105 0.576
	41-50	11	6.72	5.00	1.00	15.00	
	51-60	16	8.50	5.18	1.00	17.00	
	61 ≤	16	9.37	5.51	3.00	19.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	≥40	6	91.50	32.66	52.00	130.00	1.706 0.426
	41-50	11	104.45	34.98	49.00	130.00	
	51-60	16	110.68	25.70	30.00	130.00	
	61 ≤	16	105.50	29.10	52.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.1.5’de organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yaş gruplarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde; yaşı 40 ve altı olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1.6. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Cinsiyete Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Kadın	22	30.54	17.36	2.00	60.00	284.000
	Erkek	27	32.14	15.29	0.00	55.00	0.794
Umutsuzluk Ölçeği	Kadın	22	7.27	4.70	2.00	19.00	254.000
	Erkek	27	8.85	5.55	1.00	17.00	0.386
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Kadın	22	106.50	31.68	51.00	130.00	290.000
	Erkek	27	104.22	28.18	30.00	130.00	0.887

*Mann Whitney U Test

Tablo 4.1.6'de organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların cinsiyete göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Cinsiyeti kadın olan hastaların umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının erkeklerle göre daha düşük, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ise erkeklerle göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.7. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Medeni Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Medeni Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Evli	43	31.2326	16.41839	0.00	60.00	125.000
	Bekar	6	32.8333	14.87840	18.00	54.00	0.903
Umutsuzluk Ölçeği	Evli	43	8.4186	5.42144	1.00	19.00	108.000
	Bekar	6	6.1667	2.71416	3.00	9.00	0.520
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Evli	43	105.1163	29.77951	30.00	130.00	116.000
	Bekar	6	106.1667	30.18885	53.00	130.00	0.690

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların medeni durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.7’de görülmektedir. Evli olan hastaların depresyon ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının bekar olan hastalara göre daha düşük, umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ise bekar olan hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.8. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Eğitim Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* P
Depresyon Ölçeği	Okur-yazar değil	8	34.25	18.26	9.00	56.00	3.949 0.101
	İlköğretim mezunu	30	35.03	14.85	2.00	60.00	
	Lise mezunu ve üzeri	11	29.54	13.04	0.00	43.00	
Umutsuzluk Ölçeği	Okur-yazar değil	8	10.62	5.06	3.00	19.00	4.004 0.118
	İlköğretim mezunu	30	8.73	5.11	1.00	17.00	
	Lise mezunu ve üzeri	11	7.72	4.12	1.00	14.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Okur-yazar değil	8	111.00	34.65	52.00	130.00	3.008 0.222
	İlköğretim mezunu	30	110.83	22.74	49.00	130.00	
	Lise mezunu ve üzeri	11	85.81	36.12	30.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların eğitim durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.8'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Depresyon ve umutsuzluk ölçeği ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın ise önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$)

Tablo 4.1.9. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Çalışma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çalışma Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Ev hanımı	19	26.26	15.12	0.00	54.00	3.510 0.173
	Serbest meslek/ Memur	19	33.10	15.74	2.00	55.00	
	Emekli	11	37.45	17.04	13.00	60.00	
Umutsuzluk Ölçeği	Ev hanımı	19	6.68	4.78	1.00	17.00	2.306 0.316
	Serbest meslek/ Memur	19	9.52	5.65	2.00	19.00	
	Emekli	11	8.27	4.83	1.00	17.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Ev hanımı	19	99.26	35.38	30.00	130.00	1.527 0.466
	Serbest meslek/ Memur	19	109.94	25.97	51.00	130.00	
	Emekli	11	107.45	24.43	49.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların çalışma durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.9'de verilmiştir. Tabloda, ev hanımı olan hastaların depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının çalışan veya emekli olan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.10. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Aile Tipine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Aile Tipi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Çekirdek	39	30.07	16.85	0.00	60.00	146.000
	Geniş	10	36.70	12.02	19.00	52.00	0.224
Umutsuzluk Ölçeği	Çekirdek	39	7.89	5.46	1.00	19.00	160.000
	Geniş	10	9.10	4.09	3.00	15.00	0.384
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Çekirdek	39	102.53	28.88	30.00	130.00	152.500
	Geniş	10	115.80	31.07	53.00	130.00	0.289

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların aile tipine göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.10'da görülmektedir. Çekirdek ailede yaşayan hastaların depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının geniş ailede yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1.11. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Tanı Süresine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Tanı Süresi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	0-12 ay	15	32.73	14.72	9.00	60.00	1.131 0.568
	13-24 ay	13	28.00	16.80	2.00	54.00	
	25-36 ay	8	35.87	13.62	14.00	55.00	
	37 ay ve üzeri	13	30.61	19.08	0.00	56.00	
Umutsuzluk Ölçeği	0-12 ay	15	8.73	4.60	2.00	17.00	1.987 0.370
	13-24 ay	13	6.38	4.17	1.00	14.00	
	25-36 ay	8	10.37	6.09	1.00	17.00	
	37 ay ve üzeri	13	7.84	6.09	1.00	19.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	0-12 ay	15	104.66	24.17	52.00	130.00	0.122 0.941
	13-24 ay	13	107.23	36.90	49.00	130.00	
	25-36 ay	8	106.50	26.60	53.00	130.00	
	37 ay ve üzeri	13	103.15	31.88	30.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.1.11’da organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların tanı süresine göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Tanı alma süresi 25-36 ay olan hastaların depresyon ve umutsuzluk ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının diğer gruplardaki hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, tanı süresi 13-24 ay olan hastaların puan ortalamalarının diğer gruplardaki hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.12. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Nakil Beklenen Organa Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Nakil Beklenen Organ	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Böbrek	16	30.06	16.47	7.00	60.00	240.000
	Karaciğer	33	32.09	16.13	0.00	56.00	0.609
Umutsuzluk Ölçeği	Böbrek	16	7.43	4.67	2.00	17.00	242.500
	Karaciğer	33	8.48	5.47	1.00	19.00	0.646
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	Böbrek	16	112.12	27.04	53.00	130.00	224.000
	Karaciğer	33	101.90	30.47	30.00	130.00	0.391

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların nakil beklenen organa göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.12’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; karaciğer nakli bekleyen hastaların böbrek nakli bekleyen hastalara göre depresyon ve umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1.13. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların İsteddiği Nakil Biçimine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	İsteddiği Nakil Biçimi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Canlı verici	13	27.84	21.16	0.00	60.00	2.585 0.275
	Kadavra	11	27.09	14.43	6.00	47.00	
	Fark etmiyor	25	35.20	13.31	12.00	55.00	
Umutsuzluk Ölçeği	Canlı verici	13	5.69	4.13	1.00	15.00	5.177 0.075
	Kadavra	11	7.09	4.10	3.00	17.00	
	Fark etmiyor	25	9.88	5.62	1.00	19.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	Canlı verici	13	98.07	39.61	30.00	130.00	1.723 0.423
	Kadavra	11	101.27	29.33	51.00	130.00	
	Fark etmiyor	25	110.72	23.07	49.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.1.13’de organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların istediği nakil biçimine göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde; nakil biçimi “fark etmiyor” diyen hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.14. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Psikolojik Destek İhtiyacı	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Evet	37	32.89	15.38	0.00	60.00	177.000
	Hayır	12	26.91	18.08	2.00	56.00	0.295
Umutsuzluk Ölçeği	Evet	37	8.86	5.29	1.00	19.00	146.000
	Hayır	12	5.91	4.35	1.00	14.00	0.076
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	Evet	37	104.78	26.89	30.00	130.00	204.500
	Hayır	12	106.66	37.81	51.00	130.00	0.682

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.1.14’de görülmektedir. Psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten hastaların depresyon ve umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

BÖLÜM 4.2. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.2. 1. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş		
21-30 yaş	6	12.2
31-40 yaş	12	24.5
41-50 yaş	12	24.5
51-60 yaş	13	26.6
61 yaş ve üzeri	6	12.2
Cinsiyet		
Kadın	25	51.0
Erkek	24	49.0
Medeni Durumu		
Evli	43	87.8
Bekar	6	12.2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	3	6.1
İlköğretim mezunu	31	63.3
Lise mezunu ve üzeri	15	30.6
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	21	42.9
Serbest meslek	16	32.7
Memur	3	6.1
Emekli	9	18.3
Gelir Düzeyi		
İyi	8	16.3
Orta	38	77.6
Kötü	3	6.1
Aile tipi		
Çekirdek aile	36	73.5

Geniş aile	13	26.5
Hastaya Yakınlık Durumu		
Eş	32	65.3
Anne	2	4.1
Kardeş	4	8.1
Çocuk	10	20.4
Arkadaş	1	2.1
Nakil Konusunda Bilgilendirilme Durumu		
Evet	48	98.0
Hayır	1	2.0
Bilgilendirmeyi Yeterli Bulma Durumu		
Yeterli	47	97.9
Kısmen yeterli	1	2.1
Yeterli değil	-	-
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu		
Evet	32	65.3
Hayır	17	34.7
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Nedeni		
Her şeyden çok çabuk etkileniyorum	4	12.5
Riskli bir olay olduğunu düşünüyorum	27	84.4
Rahatlatacağımı düşünüyorum	1	3.1
Toplam	49	100.0

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Hastaların %38.8’inin 51 yaş ve üzeri, %49.0’ının erkek, %87.8’inin evli ve %63.3’ünün ilköğretim mezunu ve %32.7’sinin serbest meslek çalışanı olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %73.5’inin çekirdek ailede yaşadığı ve %77.6’sının gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği, hasta yakınlarının çoğunun hastanın eşi olduğu (%65.3) belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %98.0’ının hastalık konusunda bilgilendirildiği, çoğunun (%97.9) bilgilendirmeyi yeterli bulduğu, %65.3’ünün psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu ve %84.4’ünün organ transplantasyonunu riskli bir olay olarak düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları (N=49)

Ölçekler	Ortalama	SS	Min	Max
Umutsuzluk Ölçeği	6.93	4.68	1.00	20.00
Depresyon Ölçeği	20.85	14.76	1.00	53.00
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	96.14	27.31	48.00	130.00
BTÖ Alt Ölçekleri				
Belirsizlik stres verici ve üzücüdür	33.93	9.70	16.00	45.00
Geleceği bilememek rahatsız ediyor	13.67	5.42	4.00	20.00
Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri	28.30	9.55	13.00	40.00
Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor	20.22	5.08	10.00	25.00

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2.2’de görülmektedir. Hastaların yakınlarının umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının yüksek (6.93 ± 4.68), depresyon ölçeği puan ortalamalarının yüksek (20.85 ± 14.76), belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının da yüksek (96.14 ± 27.31) olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt ölçeklerinin puan ortalamaları “Belirsizlik stres verici ve üzücüdür” 33.93 ± 9.70 , “Geleceği bilememek rahatsız ediyor” 13.67 ± 5.42 , “Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri” 28.30 ± 9.55 ve “Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor” 20.22 ± 5.08 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2.3. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Korelasyonu

Ölçekler	Umutsuzluk Ölçeği	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)
Depresyon Ölçeği	r=0.629** p=0.000	r=0.843** p=0.000
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	r=0.576** p=0.000	-

Tablo 4.2.3’da organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonu yer almaktadır. Depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında orta düzey pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.001$).

Tablo 4.2.4. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Yaş	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* P
Depresyon Ölçeği	21-30	6	27.33	17.09	12.00	52.00	5.053 0.282
	31-40	12	13.16	9.67	3.00	31.00	
	41-50	12	25.33	18.38	4.00	53.00	
	51-60	13	20.61	12.12	1.00	38.00	
	61 ≤	6	21.33	16.02	5.00	46.00	
Umutsuzluk Ölçeği	21-30	6	7.83	2.71	5.00	13.00	11.567 0.121
	31-40	12	5.58	4.99	2.00	20.00	
	41-50	12	7.83	6.43	1.00	20.00	
	51-60	13	8.46	3.04	3.00	14.00	
	61 ≤	6	6.66	3.32	1.00	10.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	21-30	6	107.16	16.35	84.00	120.00	3.497 0.478
	31-40	12	83.91	29.27	53.00	130.00	
	41-50	12	95.25	30.05	48.00	130.00	
	51-60	13	101.23	27.25	54.00	124.00	
	61 ≤	6	100.33	25.43	72.00	126.00	

*Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.2.4’de organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının yaş gruplarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde; 21-30 yaş arası olan hasta yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; 31-40 yaş arası hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük iken, 51-60 yaş arası hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.2.5. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Cinsiyete Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Kadın	25	24.20	16.06	3.00	52.00	229.500
	Erkek	24	17.37	12.67	1.00	53.00	0.158
Umutsuzluk Ölçeği	Kadın	25	6.32	3.52	1.00	14.00	284.500
	Erkek	24	7.58	5.66	1.00	20.00	0.755
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Kadın	25	97.72	27.36	48.00	130.00	267.500
	Erkek	24	94.50	27.76	54.00	130.00	0.515

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının cinsiyete göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2.5’de yer almaktadır. Cinsiyeti kadın olan hasta yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek, umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ise erkeklere göre daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.6. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Medeni Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Medeni Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Evli	43	21.39	15.37	1.00	53.00	118.000
	Bekar	6	17.00	9.25	3.00	31.00	0.737
Umutsuzluk Ölçeği	Evli	43	6.81	4.51	1.00	20.00	126.500
	Bekar	6	7.83	6.24	2.00	20.00	0.939
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Evli	43	95.46	27.76	48.00	130.00	116.000
	Bekar	6	101.00	25.66	60.00	130.00	0.691

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının medeni durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2.6’de görülmektedir. Evli olan hasta yakınlarının umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının bekar olan hasta yakınlarına göre daha düşük, depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının ise bekar olan hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.7. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Okur-yazar değil İlköğretim	3	30.33	5.77	27.00	37.00	3.144 0.208
	mezunu	31	21.83	15.61	1.00	53.00	
	Lise mezunu ve üzeri	15	16.93	13.49	3.00	52.00	
Umutsuzluk Ölçeği	Okur-yazar değil İlköğretim	3	9.66	3.21	6.00	12.00	2.715 0.257
	mezunu	31	6.87	4.15	1.00	20.00	
	Lise mezunu ve üzeri	15	6.53	5.92	1.00	20.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Okur-yazar değil İlköğretim	3	116.00	2.64	113.00	118.00	1.092 0.579
	mezunu	31	96.29	29.33	48.00	130.00	
	Lise mezunu ve üzeri	15	91.86	24.70	53.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Tablo 4.2.7’de Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının eğitim durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Eğitim durumu lise ve üzeri olan hasta yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hasta yakınlarına göre daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.8. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Çalışma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çalışma Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Ev hanımı	21	23.38	14.78	4.00	50.00	2.438 0.296
	Serbest meslek/Memur	19	17.00	14.15	3.00	52.00	
	Emekli	9	23.11	15.87	1.00	53.00	
Umutsuzluk Ölçeği	Ev hanımı	21	6.19	3.34	2.00	14.00	4.877 0.087
	Serbest meslek/Memur	19	6.10	4.70	1.00	20.00	
	Emekli	9	10.44	6.10	3.00	20.00	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Ev hanımı	21	97.42	28.79	48.00	130.00	1.093 0.579
	Serbest meslek/Memur	19	92.57	25.13	56.00	130.00	
	Emekli	9	100.66	30.43	54.00	130.00	

*Kruskal Wallis H Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının çalışma durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2.8’de verilmiştir. Tabloda, çalışan (memur veya serbest meslek) hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının çalışmayan (ev hanımı veya emekli olan) hasta yakınlarına göre daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.9. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Aile Tipine Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Aile Tipi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Çekirdek	36	20.02	14.79	4.00	53.00	205.000
	Geniş	13	23.15	15.01	1.00	49.00	0.511
Umutsuzluk Ölçeği	Çekirdek	36	6.11	3.86	1.00	20.00	163.000
	Geniş	13	9.23	6.04	2.00	20.00	0.106
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	Çekirdek	36	93.94	28.17	48.00	130.00	205.000
	Geniş	13	102.23	24.80	58.00	130.00	0.511

*Mann Whitney U Test

Tablo 4.2.9’de organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının aile tipine göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. Çekirdek ailede yaşayan hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının geniş ailede yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.2.10. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hastaların Yakınlarının Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Psikolojik Destek İhtiyacı	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test* p
Depresyon Ölçeği	Evet	32	24.50	15.29	3.00	53.00	156.000
	Hayır	17	17.00	11.13	1.00	48.00	0.115
Umutsuzluk Ölçeği	Evet	32	8.87	4.94	1.00	20.00	253.500
	Hayır	17	7.05	4.30	2.00	20.00	0.696
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	Evet	32	100.68	25.33	53.00	130.00	196.500
	Hayır	17	87.58	29.59	48.00	130.00	0.112

*Mann Whitney U Test

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2.10'da yer almaktadır. Psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten hasta yakınlarının umutsuzluk depresyon ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Organ yetmezliği hayatı tehdit eden, yaşam ve ölüm kavramlarını öne çıkaran bir durum olup, tedavisi organ nakli ile yapılmaktadır. Organ nakli (transplantasyon), günümüzde birçok kronik organ hastalıklarında uygulanan rutin, geçerli ve ileri bir tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir. Organ yetmezliği ve nakli olayının her aşamasında transplantasyon ve psikoloji iç içe girmektedir. Bekleme zamanının uzunluğu, hasta ve ailesinin ekonomik kayıplara ve ruhsal çöküntülere uğramasına yol açmaktadır. Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmada; hastaların %65.4'ünün 51 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda Kaçmaz ve Barlas (2014) hastaların çoğunluğunun 50-64 yaşları arasında, Üstündağ ve ark (2007) hastaların %50'sinin 18-32 yaş arasında, Gill & Lowes (2008) hastaların yaş ortalamasının 46, Lopes et al (2013) hastaların yaş ortalamasının 37.34, Kadioglu et al (2012) hastaların yaş ortalamasının 49.4, Baranyi et al (2013) ise hastaların yaş ortalamasının 52.4 olduğunu saptamışlardır. Organ transplantasyonuna yol açan hastalıklar kronik hastalıklardır. Kronik hastalıkların çoğu orta yaş ve üzerinde görülmektedir. Ülkemizde de kronik hastalıkların çoğunun orta yaş ve üzerinde başladığını (TNSA, 2013), bunlara bağlı gelişen ve organ transplantasyonu gerektiren komplikasyonlarında bu süreçte geliştiği göz önüne alındığında, orta yaş ve ileri yaştaki hastaların daha fazla organ transplantasyonu ihtiyacının olması ve organ transplantasyonu bekleme ihtiyacının artması beklenen bir sonuçtur. Çalışma sonucumuz ve literatürdeki çoğu çalışma bunu göstermektedir. Çalışmada; hasta yakınlarının da %65.4'ünün 51 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların yakınlarının büyük çoğunluğu eşleri olduğu için, evlenme yaşlarına paralel olarak benzer yaş grubunda yer almaları beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada, hastaların %55.1'inin erkek olduğu bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda; Kaçmaz ve Barlas (2014) çalışmasında hastaların % 55.6'sının erkek, Üstündağ ve ark (2007)'inin çalışmasında hastaların %68'i erkek, Baranyi et al (2013) çalışmasında da benzer şekilde hastaların %69'unun erkek olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına böbrek ve karaciğer nakli bekleyen hastalar alınmıştır. Ülkemizde böbrek ve karaciğer yetmezliğine yol açan hastalıkların da erkeklerde daha fazla görülmesinden dolayı (Ateş, 2012), çalışmadaki organ bekleyen erkek hastalar kadınlardan fazladır. Aynı zamanda çalışmada hastaların kadın yakınlarının çoğunun hastaların eşleri olduğu ve kadınların eşlerinin bakım verici rolünü üstlenmesinden dolayı hasta yakınlarının %65.3'ünün kadın olduğu görülmüştür.

Çalışmada hastaların %87.8'inin evli olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda hastaların yakınlarının da aynı oranda (%87.8'inin) evli olduğu ve bu kişilerin çoğunun hastaların eşleri olduğu görülmüştür. Yapılan benzer çalışmalarda Üstündağ ve ark (2007) hastaların %56'sının evli, Lopes et al (2013) %74.3'ünün evli, Baranyi et al (2013) %75.4'ünün evli olduğunu bildirmiştir. Çalışmada hasta ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğu orta yaş ve ileri yaştaki bireylerden oluştuğu için, TNSA 2013 verileriyle de uyumlu olarak bu yaş grubundaki kişilerin büyük çoğunluğunun evli olması, ülkemizde yaygın olarak görülen bir durumdur. Aynı zamanda çoğu kronik hastalık orta ve ileri yaş sürecince ortaya çıktığı için bireylerin daha erken yaşam yılları içerisinde evlenmiş olmaları da, evli hasta sayısının bekarlardan fazla olmasının nedeni olabilir.

Çalışmada hastaların %61.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda hastaların yakınlarının da büyük çoğunluğunun (%63.3'ünün) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada, organ transplantasyonu bekleyen hastaların % 33.3'nün ilkokul mezunu olduğu (Kaçmaz ve Barlas, 2014), Üstündağ ve ark (2007) çalışmasında %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, bir diğer çalışmada ise %16,7'sinin orta öğretim olduğu (Yatkın, 2009) belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerine göre; Türkiye nüfusunun, 50 yaş ve üstündeki kadın ve erkeklerde çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (TNSA,2013). Çalışmamızda hastaların çoğunluğu (%65.4'ünün) 51 yaş ve üzeri

bireylerden oluştuğundan, çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul olması, ülkemizdeki eğitim durumuyla ilgili istatistiklerle uyumludur.

Çalışmada hastaların %79,6 'sının aile yapısının çekirdek aile olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğun eşleriyle birlikte organ nakli merkezimize başvurmasından ve aynı ailede yaşadıklarından dolayı, hastaların yakınlarının da %73.5'inin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğu şehir merkezinde yaşamaktadır. Günümüzde şehirlerdeki yaşam koşulları ve ekonomik nedenler aileleri çekirdek aile yapısına itmiştir. Çalışma sonucumuz, günümüz koşullarında beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hastaların %32.7'sinin mesleğinin serbest meslek olduğu yani düzenli bir çalışma biçiminin olmadığı belirlenmiştir. Bunun nedenlerine bakıldığında; transplantasyon bekleyen hastaların kendilerini sosyal ve iş yaşamından uzak tutmaları, ailelerinin bireyi bu konuda desteklemesi ve koruyucu bir tutumla hastalara yaklaşımda bulunmaları etkili olmuş olabilir (Kaçmaz ve Barlas, 2011). Yapılan çalışmalar bunu desteklemektedir (Altuntaş,2013; Lopes et al. 2013). Baranyi et al. 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada hastaların %56.3'ünün bir işte çalışmadığını saptamıştır.Çalışmada hastaların yakınlarının %42.9'unun ev hanımı olduğu yani çalışmadığı görülmüştür. Hastaların eşleri aynı zamanda hastaların bakımvericisi rolünü de üstlenmektedir. Literatüre baktığımızda organ nakli ile yapılan çalışmalarda hem hastaların hem hasta yakınlarının iş hayatlarının olumsuz etkilendiği ve çalışmadıkları, özellikle eşlerinin bakım verici rolünü üstlenmesinden dolayı çalışmasının kesintiye uğradığı veya çalışmamayı tercih ettiği vurgulanmakta ve çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Çalışmada hem hastaların hem de hasta yakınlarının %77.6'sının gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda Yetişkin (2008) hastaların %41,3'ünün, Altuntaş (2013) %34,9'ünün ve Altuntaş (2015) %48'inin gelir düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Böbrek ve karaciğer yetmezliği hastaları fiziksel, ruhsal, sosyal alanda etkilemekte, aile ve iş yaşamında değişimlere

neden olmaktadır. Bunlara bağı ekonomik kayıplar ve gelir düzeyinde azalma gelişebilmektedir.

Çalışmada hastaların %30.6'sının tanı süresinin 0-12 ay olduğu saptanmıştır. Altuntaş (2013), KBY tanısı konulan ve organ bekleme listesine alınan hastalık süresinin ortalama 11.7 ay, Kadioglu et al (2012) KBY olan hastaların ortalama hastalık süresinin 105 ay olduğunu belirlemiştir. Böbrek ve karaciğer yetmezliğinin organ nakline götüren klinik gidişatı nedeniyle hastalığa tanı konulması ile nakile kadar geçen süre yapılan çalışmalarda genellikle birbirine benzerdir.

Çalışmada hastaların %67.3'ünün karaciğer nakli için beklediği belirlenmiştir. Türkiye organ nakli vakfının Ağustos 2015 güncel organ nakli hasta bekleme listesine göre ilk sırayı %22.3'lük oranda böbrek nakli, ikinci sırayı %2.3'lük oranda karaciğer nakli bekleyen oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri genel müdürlüğü, organ doku nakli ve diyaliz hizmetleri daire başkanlığı). Karaciğer yetmezliğine yol açan durumlar ve hastalıkların toplumumuzda görülme sıklığı gözönüne alındığında, aynı zamanda vücutta tek organ olduğu için, canlı donörden bağış eğiliminin, böbrek bağışı kadar yaygın olmamasından dolayı, çalışmamızda karaciğer nakli bekleyenlerin sayısı yüksekçikmiş olabilir.

Çalışmada hastaların %26.5'i canlı vericiden organ nakli olmak istediğini belirtmiş olup, bu hastaların %92.3'ü canlı vericiden nakilin daha iyi olduğunu düşündüğünü, %7.7'si de ailesi öyle istediği için canlı vericiden organ nakli olmak istediğini ifade etmiştir. Kadavradan organ nakli olmak isteyen hastaların (%100.0) tamamı yaşayan birine zarar vermemek için kadavradan nakil istediklerini belirtmişlerdir. Altuntaş'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada hastaların %63'ünün canlı vericiden, % 37'sinin kadavradan nakli tercih ettiği nakil tercih ettiği, Kaçmaz ve Barlas'ın (2014) yılında yapmış olduğu çalışmada %50'sinin canlı vericiden nakil olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada hastaların tamamı, hasta yakınlarının %98.0'nın hastalık konusunda bilgilendirildiklerini, hasta ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğu (%98.0 ve %97.9) bu bilgilendirmeyi yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Üstündağ ve ark. (2007) yapmış olduğu çalışmada hastaların%78 'inin, Altuntaş (2013) çalışmasında ise hastaların %38.7'inin nakil ameliyatından önce eğitim aldığı belirlenmiştir. Nakil öncesi ve sonrası süreç, hem içerdiği riskler hem de bunlara yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar nedeniyle önemli bir süreçtir. Bu nedenle ilgili birimlerde rutin olarak hasta ve ailelerine yönelik bilgilendirmeler yapılmaktadır.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %75.5'inin, hasta yakınlarının ise %65.3'ünün psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu ve ihtiyaç duyanların çoğunun (%83.8, %84.4), organ transplantasyonunu riskli bir olay olarak düşündüğü belirlenmiştir. Organ transplantasyona gelene kadar geçen süreçte birey ve ailesi için yaşanan pek çok güçlüğe ilaveten, organ bekleme sürecindeki geleceğe ilişkin belirsizlik ve bunun yarattığı negatif duygu-düşüncelere bağlı olarak hastalar ve aileleri zorlanmakta, başetme güçlükleri yaşamaktadır. Bu nedenle bireylerin psikolojik desteğe ihtiyaç duyması kaçınılmazdır.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının 8.14±5.20 (min-max:0-20), depresyon ölçeği puan ortalamalarının 31.42±16.09(min-max:0-63), belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise 105.24±29.51 (min-max:27-135) olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt ölçeklerinin puan ortalamalarına bakıldığında “Belirsizlik stres verici ve üzücüdür” boyutunun puanının daha yüksek olduğu (36.08±13.70) saptanmıştır. Yani hastaların çoğunda şiddetli düzey depresif belirtiler, ortalamaya yakın umutsuzluk duygusu ve yoğun şekilde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, birbirine paralel olarak depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığı belirlenmiştir (p≤0.001). Organ transplantasyonu bekleyen hastalar arasında depresyon yaygındır (Surman 1986,

Rubin ve ark. 1977). Depresyon, nakille ilgili gerçekçi olmayan beklentiler nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir (Penn et al. 1971). Kaçmaz ve Barlas'ın (2014) yaptığı çalışmada karaciğer nakli olan hasta ve hasta yakınlarında da ciddi düzeyde depresyon belirtileri olduğu bulunmuştur. Altuntaş (2013) çalışmasında, hastaların kendisine uygun kadavra organın bulunmamasına bağlı kaygı duyduğunu (%45.9); Yatkın (2009) çalışmasında ise, hastaların organ bekleme sürecindeki cerrahi girişim öncesi ilk ayda anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu, nakil bekleme listesindeki hastalarda depresyon ve anksiyete görülme oranının kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu belirlemiştir. Organ transplantasyonu yapılacak hastanın çok, organ bağıışı az olduğunda, hastaların transplantasyonla ilgili gelecek kaygıları ve belirsizlik durumu hastalar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Organ transplantasyonu bekleyen hastalar her an ölüm ve transplantasyon ikilemi yaşarlar (Bayraktar, 2013; Özçürümez ve ark. 2003). Organ yetmezliği ya da naklinin yarattığı yeti yitimi neden hastanın önceki yaşamını sürdüremeyecek olması ve gerçekleşmiş olan organ kayıpları ya da ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalınması hastada, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaratabilir. Bu dönemde hastalarda uyum güçlüğü ve tedaviyi reddetme gibi depresyona giriş bulguları görülebilir (Sağduyu ve ark. 2006; Crone ve Cabriel, 2004). Çalışma sonucumuzda olduğu gibi, beklemeye tahammülsüzlük hastaların kaygısının artmasına, kaygı umutsuzluk duygusuna, umutsuzlukta olumsuz negatif düşüncelerle ve eşlik eden sıkıntıların etkisiyle bireyi depresyon sürecine girmesine yol açabilmektedir.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının 6.93±4.68 (min-max:0-20), depresyon ölçeği puan ortalamalarının 20.85±14.76(min-max:0-63), belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise 96.14±27.31 (min-max:27-135) olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt ölçeklerinin puan ortalamalarına bakıldığında “Belirsizlik stres verici ve üzücüdür” boyutunun puanının daha yüksek olduğu (33.93±9.70) saptanmıştır. Yani hasta yakınlarının çoğunun orta düzey depresif belirtiler, yoğun

olmamakla birlikte umutsuzluk duygusu ve yoğun şekilde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük duygusu yaşadığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, birbirine paralel olarak depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yatkın (2009) çalışmasında, hasta yakınlarının böbrek nakli öncesi ilk ayda anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu saptamıştır. Pürüsoy ve ark. (2011) kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren hastaların yakınlarında %46.7'sinde depresyon riski olduğunu belirlemiştir. Hastalar kadar gerek organ bekleme, gerekse organ transplantasyonu sürecinde hastaların yakınları da birçok sorunla yüzyüze gelmekte ve bakım yükünü üstlenmekte ancak başetmekte zorlanmaktadır (Gülseren ve ark. 2010). Bu nedenler ruhsal sorunların ortaya çıkmasında oldukça önemlidir.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yaş grupları, cinsiyete, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu tanı süresine nakil beklenen organa göre hastaların istediği nakil biçimine, hastaların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu ile hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde, çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yakınlarının yaş grupları, cinsiyete, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu ile belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$). Örneklem küçüklüğü bunun nedeni olabilir. Aynı zamanda ilgili değişkenlerden bağımsız olarak hasta ve yakınlarının içindeki buldukları belirsiz ve stresörlerle dolu bu süreçten olumsuz şekilde etkilendikleri söylenebilir. Yatkın'ın (2009) çalışmasında nakil bekleme sürecindeki hastaların medeni durumu, aylık geliri, eğitim düzeyi, hastalık süresi ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır. Sağduyu ve ark. (2006) yaptığı çalışmada da KBY süresi ve medeni durumun anksiyete ve depresyon üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmektedir.

Çalışmada;

Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %65.4'ünün 51 yaş ve üzeri, %55.1'inin erkek, %87.8'inin evli ve %61.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %32.7'sinin serbest meslekte çalıştığı, %79.6'sının çekirdek ailede yaşadığı ve %77.6'sının gelir düzeyini orta olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların %30.6'sının tanı süresinin 0-12 ay olduğu ve %67.3'ünün karaciğer nakli için beklediği belirlenmiştir. Canlı vericiden nakil isteyen hastaların (%26.5), %92.3'ü canlı vericiden nakilin daha iyi olduğunu düşünürken %7.7'si ailesi öyle istediği için canlı vericiden nakil istediğini ifade etmiştir. Kadavradan nakil isteyen hastaların (%22.4) tamamı yaşayan birine zarar vermemek için kadavradan nakil istediklerini belirtmişlerdir. Hastaların tamamı hastalık konusunda bilgilendirildiklerini ve %98.0'inin bilgilendirmeyi yeterli bulduğu saptanmıştır. Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların %75.5'inin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu ve çoğunun (%83.8) organ transplantasyonunu riskli bir olay olarak düşündüğü saptanmıştır.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının 8.14 ± 5.20 , depresyon ölçeği puan ortalamalarının 31.42 ± 16.09 , belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise 105.24 ± 29.51 olduğu bulunmuştur. Yani hastaların çoğunda şiddetli düzey depresif belirtiler, umutsuzluk duygusu ve yoğun şekilde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük duygusu yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmada organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların yaş grupları, cinsiyete, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu tanı süresine nakil beklenen organa göre hastaların istediği nakil biçimine, hastaların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu ile hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta yakınlarının %38.8'inin 51 yaş ve üzeri, %51'inin kadın, %87.8'inin evli ve %63.3'ünün ilköğretim mezunu ve %42.9'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %73.5'inin çekirdek ailede yaşadığı ve %77.6'sının gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği, %65.3'ünün hastanın eşi olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %98.0'inin hastalık konusunda bilgilendirildiği, çoğunun (%97.9) bilgilendirmeyi yeterli bulduğu, %65.3'ünün psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu ve %84.4'ünün organ transplantasyonunu riskli bir olay olarak düşündüğü görülmektedir.

Hasta yakınlarının ise umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının 6.93 ± 4.68 , depresyon ölçeği puan ortalamalarının 20.85 ± 14.76 belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının ise 96.14 ± 27.31 olduğu bulunmuştur. Yani hasta yakınlarının çoğunun orta düzey depresif belirtiler, yoğun olmamakla birlikte umutsuzluk duygusu ve yoğun şekilde belirsizliğe karşı tahammülsüzlük yaşadığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, birbirine paralel olarak depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmada hasta yakınlarının yaş grupları, cinsiyete, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu ile belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bu Sonuçlar Doğrultusunda Aşağıdaki neriler Getirilmiştir;

Bu sonuçlar; organ nakli öncesi hem hastalar hem de yakınlarının psikiyatrik açıdan profesyonel olarak yardıma ihtiyaçları olduğunun bir göstergesidir. Organ transplantasyonu için bekleyen hasta ve hasta yakınları bekleme listesine alındıkları andan itibaren ‘bir an önce organ bulunması’, ‘eski sağlığına ve yaşamlarına’ kavuşmalarıyla ilgili beklentiler içerisine girmektedir. Ancak bekleme süreci sırasında hem hastalar, hem hasta yakınları fiziksel, ruhsal ve sosyoekonomik pek çok güçlüklerle karşılaşmaktadır. Zorluklarla dolu bu bekleme süreci sırasında hasta ve hasta yakınlarına multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile bakım biyopsikososyal açıdan desteklenmesi oldukça önemlidir.

- Ülkemizde organ nakli beklenen düzeyde değildir. Bekleme listesindeki Organ transplantasyonu hastaların sayısı da her geçen gün artmaktadır. Organ çıkıp çıkmayacağı konusunda ki belirsizlik hastalarda ve yakınlarında belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve depresyon sorunlarının artmasına sebep olmaktadır.
- Ülkemizde transplantasyonların sayısını arttırmak için organ bağışı konusunda toplumu etkin şekilde teşvik edecek stratejiler geliştirilmesi,
- Organ transplantasyonubekleme listesindeki hastaların ruhsal yönden izlenmesi, gereken hastalarda psikiyatrik tedavi sağlanması,
- Organ transplantasyonu merkezlerinde psikolog ve psikiyatrist bulunması,
- Destek grupları, eğitim grupları ve psikoeğitim grupları transplantasyon merkezlerinde standart uygulama olmalıdır.
- Organ bağışına hasta ve hasta yakınlarını yönlendirmede anahtar rol oynayabilecek olan hemşirelerin bu konuda ayrıca bir eğitime tabi tutulması, ruhsal yardım ve destek konusunda da geliştirilmeleri,
- Organ transplantasyonu bekleyen hastalar ve yakınlarının gerektiğinde başvurabileceği danışmanlık hizmeti veren merkezlerin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2. Baskı; Ofset Basım Yayın Sanayi Ticaret Limited Şirketi, Ankara, 2004.
- 2.Akdoğan M, Özçay N, Doğrucan N, Kaçar S, Kayhan B, Kılıç ZMY, İbiş M ve Yüksel O. Karaciğer Transplantasyon Önceliğini Belirlemede Hangi Model Etkin, MELD Skoru? CHILD Skoru? Akademik Gastroenteroloji Dergisi; 7(2);73-6, 2008.
- 3.Akman B, Özdemir S, Sezer S. Miçozkadioğlu and Haberal. Depression Levels Before and After Renal Transplantation. Transplantation Proceedings, 36; 111-3, 2004.
- 4.Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği. In: İç Hastalıkları Cilt 1. Ed: Süleymanlar İ, İliçin G, Biberoglu K, Ünal S. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2012.
- 5.Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı 3.Basım; Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002.
- 6.Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1993.
- 7.Altuntaş E. Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi, Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- 8.Altuntaş T. Karaciğer Nakli İçin Bekleyen Hasta ve Hasta Yakınlarının Organ Transplantasyonundan Beklentileri ve Yaşadıkları Güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2013.
- 9.Andreoli TE, Evanoff GV, Ketel BL ve ark. Chronic Renal Failure. Cecile Essential of Medicine. Ed: Androlli TE, Bennet CJ, Crapenter CJ, Plum F, Smith

LH, Saunders Company, Philadelphia,126-8, 1993.

10.Aragones E, Pinol JL, Labad A, et al. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med*; 34; 331–43, 2004.

11.Arık N, Dilek M. Nefroloji. Kronik Böbrek Yetmezliği, 2. Baskı, Roche Müstahzarları San. A.Ş.İstanbul, 2008.

12.Arslanoğlu K. Psikiyatri El Kitabı. Benliğin Savunma Düzenekleri, Adam Yayınları, 3. Baskı, İstanbul,2002.

13.Ateş AY. Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.

14.Aydoğdu S. Çocuklarda Karaciğer Nakli, Karaciğer Yetmezliği, Türkiye Klinikleri, 1:94-102, 2005.

15.Baranyi A, Krauseneck T, Rothenhausler HB. Posttraumatic Stress Symptoms After Solid-Organ Transplantation: Preoperative Risk Factors and the Impact on Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11; 11, 2013.

16.Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1); 19-28, 2008.

17.Bayraktar S. Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2013.

18.Ceylan B. Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç

Düzeylerinin Karşılaştırılması, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 6(2);85-90, 2007.

19.Crone CC, Gabriel GM. Treatment of Anxiety and depression in Transplant Patients Pharmacokinetic Considerations, Catherine of Psychiatry. Adis Data information BV, All rights reserved. Clinical Pharmacokinetic; 43(6); 361-94, 2004.

20.Çelik CH, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, Fırat Tıp Dergisi, 12(1); 23-7, 2007.

21.Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitim Anabilim Dalı, Nöropsikiyatri Arşivi, 45;78-85, Sivas, 2008.

22.Dağ İ, Vatan S. Problem Çözme, Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik MMPI-2 ile Ölçülen Psikopatolojinin Yordayıcıları Olabilir mi? Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10;187-97, 2009.

23.Dalgıç A, Altuntaş B, Özenirler S, Tatlıcıoğlu E. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Karaciğer Transplantasyon Bekleme Listesindeki Hastaların Analizi; T Klin Gastroenterohepatol, 12(3); 164-9, 2001.

24.Dalgıç A. Karaciğer Transplantasyonunda Bekleme Listesindeki Hangi Hasta; Türkiye İçin İdeal Ne Olmalıdır? Türkiye Klinikleri J Int M ed: Sci; 2(51); 26-31, 2006.

25.Doğruer K, Ocak İ, Koçak B, Kanmaz T, Acarlı K, Kalayoğlu M. Karaciğer

Transplantasyonunda Yoğun Bakım Yönetimi, Yoğun Bakım Dergisi, 7(4); 417-25; 2007.

26.Dicle A, Karayurt Ö. Karaciğer Transplantasyonu. İçinde: Akbayrak N, Erkal İlhan S, Ançel G, Albayrak A, Editörler. Hemşirelik Bakım Planları, 1. Baskı, Alter Yayıncılık, Ankara, 2007.

27.Ekşi B, Gökçe Ö. Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu, Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics, 6(1); 90-6, 2013.

28.Erek E. Nefroloji. İçinde: Böbrek Yetmezliği, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 6.Baskı, İstanbul, 2010.

29.Ersoy FF. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Uygun Diyaliz Yönteminin Seçimi, Türkiye Klinikleri, J Int Med Sci, 1(21); 88-92, 2005.

30.Ersöz S, Karayalçın K, Tüzüner A. Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu, Türkiye Klinikleri J Surgery, 6(1); 13-6, 2001.

31.Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Psychiatric Disorders Before and After Living-Related Transplantation. Psychosomatics,42(4); 337-43, 2001.

32.Fukunishi I, Hasegawa A, Ohara T, Aikawa A, Hatanaka A, Suzuki J, Kikuchi M, Amagasaki K. Kidney Transplantation and Liaison Psychiatry, Part I, Anxiety Before, and the Prevalence Rate of Psychiatric Disorders Before and After, Transplantation. Psychiatry Clin Neurosci, 51(5); 301-4,1997.

33.Fusar Poli P, Lazzaretti, Ceruti M, Hobson R, Petrouska K, Cortesi, Pozzi E, Politi P. Depression After Lung Transplantation, Causes and Treatment, Lung, 185; 55-65, 2007.

34.Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları, İstanbul, 2003.

- 35.Gill P, Lowes L. Gift Exchange and Organ Donation: Donor and Recipient Experiences of Live Related Kidney Transplantation, *International Journal of Nursing Studies* 45; 1607-17, 2008.
- 36.Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21(3); 203-12, 2010.
- 37.Haberal M, Moray G, Gülay H. Böbrek Transplantasyonu. In: *Temel Cerrahi*. Ed: Sayek İ. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2004.
- 38.Hiçdurmaz D, Öz F. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri, *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-16, 2009.
- 39.<http://www.kidney-support.org> (Erişim tarihi:06.08.2015).
- 40.<https://organ.saglik.gov.tr/web/> (Erişim Tarihi: Ağustos 2015)
- 41.Kaçmaz N, Barlas GÜ. Karaciğer Nakli Yapılan Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1); 1-8, 2014.
- 42.Kadıoğlu ZO, Kacar S, Eroğlu A, Güven B, Tilif S. Dyadic Adjustment and Psychological Concordance of Kidney Transplant Recipients and Donors after Spousal Transplantation. *Elsevier Transplantation Proceeding*, 44; 1608-1613, 2012.
- 43.Kanmaz T, Koçak B, Acarlı K, Kalayoğlu M. Organ Naklinin Dünya'da ve Türkiye'de Gelişimi, *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*; 2(1); 1-4, 2009.

44. Kaplan H, Sodik B. Klinik Psikiyatri, Çeviren: Prof. Dr. Ercan Abay, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.
45. Karabulutlu E, Tan M. SAPD “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizli Hastalarda Yaşam Kalitesi” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8;1-11,2005.
46. Karacan Y, Kapucu SS. Otolog ve Allojenik Kök Hücre Nakli Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. U.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 39(2); 93-9, 2013.
47. Karademir S. Karaciğer Transplantasyonu. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2(26); 40-8, 2006.
48. Karagöz İ, Haktanır A. Kronik Karaciğer Hastalıkları, Tıp Araştırmaları Dergisi, 2(2); 33-40, 2004.
49. Karasu Z. Canlı Vericiden Karaciğer Transplantasyonu, Dünya'daki ve Türkiye'deki Durum, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2(51); 1-5, 2006.
50. Karasu Z, Tokat Y. Erişkinden Erişkine Canlı Vericiden Karaciğer Nakli, Güncel Gastroenteroloji, 7(3); 204-8, 2003.
51. Kasapoğlu B, Yalçın KS, Türkay C. Canlı Donörden Karaciğer Transplantasyonu, Güncel Gastroenteroloji, Ankara, 2015.
52. Kaya A, Demir DY. Hemodiyaliz Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Gözden Geçirme, D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(3); 24-8, 2012.
53. Kaya E. Kadavradan Organ Alınması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Tıp Dergisi, 19(3); 217-28, 2002.

54.Koçak A, Aktaş E Ö, Şenol E, Kaya A, Bilgin UE. Öğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Hakkındaki Bilgi Düzeyi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Tıp Dergisi, 49(3); 153-16, 2010.

55.Köroğlu E. Psikiyatri Ders Kitabı. İçinde: Benliğin Savunma Mekanizmaları. HYB Basım Yayın, Ankara, 2012.

56.Kubat F. Halkın Organ Bağışına İlişkin Düşünceleri, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2014.

57.Lopes A, Frode IC, Teixeira L, Almeida M, Dias L, Henriques AC. Quality of Life Assesment in a Living Donor Kidney Transplantation Program: Evaluation of Recipients and Donors, Transplantation Proceedings, 45; 1106-9, 2013.

58.Lopez Navas A, Rios A, Riquelme A, Martinez Alarcon L, Pons JA, Ramirez and Parrilla. Obsessive Compulsive Psychological Symptoms of Patients on the Liver Transplant Waiting List, Transplantation Proceedings, 42;3153-5, 2010.

59.Lopez-Navas A, Rios A, Riquelme A, Martinez-Alarcon L, Pons JA, Miras M, Sanmartín A, Febrero A, Ramis A, Ramírez P. Psychological Characteristics of Patients on the Liver Transplantation Waiting List With Depressive Symptoms. Transplantation Proceedings, 43(1);158-60, 2011.

60.Lopez-Navas A, Rios A, Riquelme A, Martínez-Alarcón L, Miras M, Ramirez P, Parrilla P. Transplant Proceedings, 42(8); 3149-52, 2010.

61.Mai F. Somatization Disorder: A Practical Review, Canadian Journal of Psychiatry, 49; 652-62, 2004.

62.Marco S, Cecilia F, Patrizia. Neurologic Complications After Solid Organ Transplantation, European Society for Organ Transplantation 22;269-78, 2009.

63.Mete EH. Kronik Hastalık ve Depresyon, Klinik Psikiyatri, 11(3); 3-18, 2008.

64.Mollaoğlu M. Perceived Social Support, Anxiety and Self Care Among Patients Receiving Hemodialysis, Dialysis, Transplantation, 35(3); 144-55, 2006.

65.Murray KF, Carithers RL. AASLD Practice Guideline, Evaluation of The Patient for Liver Transplantation, Hepatology, 41(6); 1407-32, 2005.

71.Mızrak D, İdilman R. Karaciğer Nakli, Hasta Seçimi, Gelişen Endikasyonlar, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2(1); 22-7, 2009.

66.Nickel R, Wunsch A, Egle UT, Lohse AW, Otto G.The Relevanse of Anxiety, Depression, and Coping Patients After Liver Transplantation, Liver Transplantation, 8(1); 63-71, 2002.

67.Nurten Ö. Organ Nakli ve Bağışına Toplumun Bakışı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2); 46-54, 2001.

68.Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(4); 287-92, 2007.

69.Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS, Utaş C. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7(4); 333-7, 2000.

70.Özçetin A, Bicikbahçebaşı Z, Bicikbahçebaşı T, Cinemre H ve Ataoğlu A. Diyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti Dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10;142-50, 2009.

- 71.Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri, Klinik Psikiyatri, 6;225-34, 2003.
- 72.Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri, Türk Psikiyatri Dergisi,14(1); 72-80, 2003.
- 73.Özdağ N. Organ Transplantasyonu ve Bağışına Toplumun Bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 5;46-55, 2001.
- 74.Özdaş T, Olgun N. Kemik İliği Nakli Planlanan Hataların Umutsuzluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(1); 12-21, 2015.
- 75.Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1;57-72, 2013.
- 76.Özgüven DH, Tuncer TH. Uyum Bozukluğu, Kriz Dergisi, 5(2); 87-94, 1997.
- 77.Özşaker E. Organ Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi. E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3); 166-72, 2012.
- 78.Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İçinde: Ertuğrul, A. Davranışın Nörobiyolojik Temelleri, 12. Baskı, Pelin Ofset Matbabacılık, Ankara, 2014.
- 79.Pürlüsoy G, Sunay D, Şengezer T, Yalçıntaş A. Diyaliz Hastalarının Bakıcılarında Bakım Yüğü ve Depresyon. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 15(1): 17-23; 2011.
- 80.Raiz L, Davies EA, Ferguson RM, Sexual Functioning Following Renal Transplantation, Health Soc Work, 28; 264-7,2003.

81.Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(1); 22-31, 2006.

82.Sarıgöl Y. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.

83.Sayar K, Ak I. The Predictors of Somatization, A Review, Clinical Psychopharmacology Bulletin, 11; 266-71, 2011.

84.Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliği, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3);139-42, 2008.

85.Sever MŞ. Kronik Böbrek Hastalığında Konservatif Tedavi, <http://www.istanbul.edu.tr>. Erişim Tarihi:01.07.2015.

86.Sezer S, Yavuz D, Böbrek Nakli Öncesi Alıcı Adayının Değerlendirilmesi, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, 17;9-16, Ankara, 2008.

87.Sharkey C, Gourishankar S. Transplant Friend: An Interactive Education Program For Patiens Awating Kidney, Transplantation Proceedings, 35; 2405-6, 2003.

88.Süleymanlar G. Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojileri, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci; 3(38); 1-7, 2007.

89.Şahin AF, Cihan A, Akgül K, Demir Ö, Gürkan A, Çelik A, Can E ve Esen AA. Erkek Hastalarda Böbrek Nakli Sonrası Cinsel İşlevler, Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology, 35(1); 23-7, 2009.

- 90.Şelimen D. Transplantasyonda Hemşirelik Yaklaşımları, Ed: Titiz İ, Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım, 5.Basım, Habitat Yayıncılık, İstanbul,2010.
- 91.Şenol V, Yıldırım C, Sözüer E, Öztürk Y. An Epidemiology of Homicide and Suicide Cases in Emergency Department. Turk J Emerg Med. 2(2); Abstract:1, 2002.
- 92.Şentürk E. Yoğun Bakımda Karaciğer Destek Tedavisi, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi; 6(1); 14-20, 2008.
- 93.Sonsuz A. Karaciğer Sirozunda Hasta Takibi Ve Klinik Sorunlar, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II. Sempozyum Dizisi 58; 99-112, 2007.
- 94.Tanrıverdi MH, Karadağ A ve Hatipoğlu EŞ. Kronik Böbrek Yetmezliği, Konuralp Tıp Dergisi, 2(2); 27-32, 2010.
- 95.Telles Correia D, Barbosa A, Mega I, Monteiro E. Importance of Depression and Active Coping in Liver Transplant Candidates' Quality of Life, Progress in Transplantation, BMC Gastroenterology, 19(1);85-9,2009.
- 96.Titiz Mİ. Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım. 3.Basım, Ağustos, Habitat Yayıncılık, İstanbul, 2010.
- 97.Tuncer M, Yakupoğlu G. Böbrek Transplantasyon Hazırlığı (Alıcı, Canlı ve Kadavra Vericiler),Türkiye Klinikleri J Nephrol, 1(1); 5-11, İstanbul, 2003.
- 98.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
- 99.Tüzer V. Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımı, Klinik Psikiyatri, Ankara, 2001.

100.Üstündağ H, Gül A, Zengin Neriman, Aydın M, Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6);117-26, 2007.

101.Yalçın AU, Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği. <http://www.tsn.org.tr>. Erişim Tarihi: 01.04.2015.

102.Yalçın K. Karaciğer Hastalıklarında Semptomlar. İçinde: Değertekin H, Yalçın K, editörler, Karaciğer Hastalıklarına Klinik Yaklaşım, 1. Baskı, İstanbul: Pars Yayıncılık, 2009.

103.Yalçın K. Kronik HBV İnfeksiyonlu Hastalara Yaklaşım. İçinde: Değertekin H, Yalçın K, editörler. Karaciğer Hastalıklarına Klinik Yaklaşım. 1. Baskı. Pars Yayıncılık, İstanbul, 2009.

104.Yatkın I, Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon. Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ABD (Uzmanlık Tezi), İstanbul; 2009.

105.Yeksan M, Tonbul ZH. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Mekanizması. In: Harrison İç Hastalıkları Prensipleri 2. Ed: Sağlık Y. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 2004.

106.Yenicesu M. Kronik Böbrek Yetmezliği, Böbrek Transplantasyonu. In Ed. Arık N. Nefroloji,1. Baskı, Deniz Matbacılık, İstanbul, 2001.

107.Yenicesu M. Sıvı-Elektrolit Metabolizması Bozuklukları, <http://www.tsn.org.tr>. (Erişim Tarihi:05.06.2015).

108.Yıldız E. Kronik Böbrek Yetmezliği. 1. Basım Sinem Matbaacılık, Ankara, 2006.

109.Yılmaz Ö, Kasap E, Yüceyar H. 4 Yıllık Kronik Karaciğer Hastalıklı Olgularımızda Diyabetes Melitus İle Birlikteliğın Değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 11(1); 18-23, 2012.

110.Yılmaz N. Hepatik Transplantasyon. İçinde: Değertekin H, Yalçın K, Editörler. Karaciğer Hastalıklarına Klinik Yaklaşım. 1. Baskı. İstanbul: Pars Yayıncılık, 2009.

111.Zühtü T. Sorularla Hemodiyaliz, Kronik Böbrek Hastalığı, Kronik Böbrek Hastalığında Hemodiyaliz, Hemodiyaliz Araç Gereç ve Prensipleri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013.

EKLER

EK:1 ANKET FORMU (HASTALAR İÇİN)

1.Cinsiyet: 1-Kadın 2-Erkek

2. Yaş:.....

3.Medeni durum: 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış/Eşi Ölmüş

4.Eğitim durumu

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.Lise 4. Önlisans 5.Lisans 6. Lisans üstü

5.İş/meslek:.....

6.Gelir düzeyi

1- Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5- Çok kötü

7.Aile tipiniz;

1- Çekirdek aile 2- Geniş aile 3- Parçalanmış aile

8.Organ naklini gerektiren hastalığınızın süresi;

9. Nakil ihtiyacı doğan organ

1- Böbrek 2-Karaciğer 3-Diğer

10. Organ nakli gerçekleştirilme biçiminin nasıl olmasını istersiniz;

1-Canlı vericiden nakil (Nedeni:.....)

2-Kadavradan nakil (Nedeni:.....)

3-Farketmiyor

11. Organ nakli sürecine ilişkin sağlık personeli tarafından bilgilendirildiniz mi?

1- Evet 2- Hayır

**Yanıtınız evetse ne kadar yeterli oldu?

1- Yeterli 2- Kısmen yeterli 3- Yetersiz

12. Organ nakli sürecinde psikolojik yardıma/ desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

** Yanıtınız evetse nedeni;

ANKET FORMU (HASTA YAKINLARI İÇİN)

1.Cinsiyet: 1-Kadın 2-Erkek

2.Yaş:.....

3.Medeni durum: 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış/Eşi Ölmüş

4.Eğitim durumu

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.Lise 4. Önlisans 5.Lisans 6. Lisans üstü

5.İş/meslek:.....

6.Gelir düzeyi

1- Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5- Çok kötü

7.Aile tipiniz;

1- Çekirdek aile 2- Geniş aile 3- Parçalanmış aile

8.Hastaya yakınlık durumu;.....

9.Hastanızın organ nakli gerçekleştirilme biçiminin nasıl olmasını istersiniz;

1-Canlı vericiden nakil (Nedeni:.....)

2- Kadavradan nakil (Nedeni:.....)

3-Farketmiyor

10.Organ nakli sürecine ilişkin sağlık personeli tarafından bilgilendirildiniz mi?

1- Evet 2- Hayır

****Yanıtınız evetse ne kadar yeterli oldu?**

1- Yeterli 2- Kısmen yeterli 3- Yetersiz

11. Organ nakli sürecinde psikolojik yardıma/ desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

**** Yanıtınız evetse nedeni;**

EK: 2 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir.Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

Sizin için uygun mu?

EVET**HAYIR**

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltmediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		

14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK:3 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K.0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK:4 BTÖ

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz

	1	2	3	4	5
	Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni Kısmen Tanımlıyor		Beni Tam olarak Tanımlıyor
		Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Kısmen Tanımlıyor	Beni Tam olarak Tanımlıyor	
1- Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor.....	1	2	3	4	5
2- Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir.....	1	2	3	4	5
3- Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor.....	1	2	3	4	5
4- Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur.....	1	2	3	4	5
5- Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz.....	1	2	3	4	5
6- Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor.....	1	2	3	4	5
7- Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor.....	1	2	3	4	5
8- İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor.....	1	2	3	4	5
9- Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor.....	1	2	3	4	5
10- Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır.....	1	2	3	4	5
11- Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacak bir durum her şeyi bozabilir.....	1	2	3	4	5
12- Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor.....	1	2	3	4	5
13- Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösterir.....	1	2	3	4	5
14- Emin olmadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum.....	1	2	3	4	5

- 15- Emin olamadığım zaman
çok iyi iş çıkartamıyorum..... 1 2 3 4 5
- 16- Benim aksime, diğer insanlar ne
yapacaklarından emin gözükyorlar. 1 2 3 4 5
- 17- Belirsizlik beni kırılğan,
mutsuz ya da hüzünlü kılıyor. 1 2 3 4 5
- 18- Geleceğin benim için neler getireceğini
her zaman bilmek isterim 1 2 3 4 5
- 19- Beklenmedik olaylara katlanamıyorum. 1 2 3 4 5
- 20- En ufak bir şüphe bile harekete
geçmemi engelliyor..... 1 2 3 4 5
- 21- Her şeyi önceden organize edebilmeliyim.. 1 2 3 4 5
- 22- Emin olamamam,
güvensiz olduğum anlamına gelir. 1 2 3 4 5
- 23- Başkalarının kendi geleceklerinden
eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir. 1 2 3 4 5
- 24- Belirsizlik derin uyumamı engelliyor..... 1 2 3 4 5
- 25- Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım..... 1 2 3 4 5
26. Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor. . . 1 2 3 4 5
27. Geleceğimle ilgili kararsız
olmaya katlanamıyorum..... 1 2 3 4 5

EK:5


T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 / 302.08.01 - 267
Konu: Mümine YANAR-Anket Çalışması

24.09.2014

MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mümine YANAR'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hasta ve Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastaneniz Organ Nakli Ünitesi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.


Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür V





Tel: (0212) 453 49 10
Faks: (0212) 531 75 55
Web: www.medipol.edu.tr
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083
Unkapanı/İSTANBUL

EK-6

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 213
Konu: Etik Kurulu Kararı

09/09/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük , umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No: 19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hasta ve yakınlarının belirsizliğe tahammülsüzlük , umutsuzluk ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

EK:7 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mümine	Soyadı	YANAR
Doğum Yeri	TOKAT	Doğum Tarihi	12.11.1987
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	44122344802
E-mail	mmineyanar@rocketmail.com	Tel	(554)391-76-16

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	-
Lisans	Trakya Üniversitesi	2011
Lise	Akşemsettin Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Organ Transplantasyonu Takip Hemşiresi	Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi	2014/2015
2.	Genel Yoğun Bakım	Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi	2012/2014
3.	Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım	Bezmi Alem Üniversite Hastanesi	2011/2012

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	65,933	62,539	55,463

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office Programları	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikalari/Ödülleri/Diğer