T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CANLI VERİCİDEN KARACİĞER NAKLİ SONRASI VERİCİNİN RUHSAL VE BEDENSEL SAĞLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Sağlık Danışmanlığı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Uzm. Psikolog Özgül ÇETİN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. M. Ayşın NOYAN

İZMİR
(2007)

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CANLI VERİCİDEN KARACİĞER NAKLİ SONRASI VERİCİNİN RUHSAL VE BEDENSEL SAĞLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Sağlık Danışmanlığı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Uzm. Psikolog Özgül ÇETİN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. M. Ayşın NOYAN

İZMİR
(2007)

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı) **(İmza)**

Başkan **:** Yard. Doç. Dr. Ayşın Noyan .....
(Danışman)

Üye **:** Prof. Dr. Hayriye Elbi Mete .....

Üye **:** Prof. Dr. Cahide Aydın .....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: .....

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın planlanmasından sonuçlandırılmasına kadar geçen sürede, her zaman bana destek olan tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Ayşın Noyan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. KLP Bilim Dalı'nda yüksek lisans programının açılmasını sağlayarak, bu alanda eğitim almamızı sağlayan ve destek olan Sayın Prof. Dr. Hayriye Elbi Mete'ye teşekkür ederim.

Araştırmanın önemine inanarak, değerli zamanlarını araştırmaya ayıran tüm karaciğer vericilerine katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Uygulamalar sırasında hastalara ulaşmam konusunda yardımlarını esirgemeyen Organ Nakli Kliniği'nin çalışkan hemşiresi Gülsün Ordu'ya teşekkür ederim. Çalışmaya destek veren tüm karaciğer nakli ekibine teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, tezimle ilgili çalışmalarıma sabırla destek veren eşim Yurday Çetin ile kızlarım Ece ve Ceren'e, destekleriyle her zaman yanımda olan tüm sevgili dostlarıma teşekkür ederim.

İzmir, Ağustos/2007 Özgül Çetin

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ ……..... i

TABLOLAR LİSTESİ ……..... x

BÖLÜM I. GİRİŞ……..... 1

1.1. Araştırmanın Konusu ……..…..... 3

1.2. Araştırmanın Amacı ……..…..... 4

1.3. Hipotezler (Denenceler) ……..... 4

1.4. Sayıtlılar (Varsayımlar) ……..... 5

1.5. Araştırmanın Önemi ……..…..... 5

1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler) …….. 6

1.7. Tanımlar …….……..…..... 6

1.7.1. Anksiyete ……..…..... 6

1.7.2. Depresyon ……..…..... 7

1.7.4. Somatizasyon ……..…..... 7

1.7.5. Yaşam Kalitesi ……..…..... 8

1.7.6. Karardan Pişmanlık .....……..... 8

GENEL BİLGİLER 9

1.8. Canlıdan Organ Nakli ve Etik ……..... 9

1.8.1. Türkiye'de Canlıdan Organ Nakli ……... 11

1.9. Karaciğer Naklinin Tarihsel Gelişimi ……..... 13

1.10. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli ……..... 14

1.10.1. Canlı Vericiden Karaciğer Naklinin Alıcı İçin Avantajları ……..... 15

1.10.2. Ruhsal Değerlendirme ……..……..... 17

1.10.3. Ameliyat Süreci ……. 18

1.11. Karaciğer Canlı Vericileri ile Yapılan Çalışmalar ……..... 19

BÖLÜM II. GEREÇ VE YÖNTEM 23

2.1. Araştırmanın Tipi ……... 23

2.2. Veri Toplama Araçları …… 23

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu ……. 23

2.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu …….. 24

2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği……..... 24

2.2.4. Somatizasyon Alt Ölçeği ……..... 25

2.2.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-S ve STAI-T) 25

2.2.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ……..…….. 26

2.2.7. Karardan Pişmanlık Ölçeği ……..... 27

2.3. Kullanılan Yöntem ……..... 28

2.3.1. İçleme Ölçütleri ……..... 28

2.3.2. Dışlama Ölçütleri ……. 29

2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ……. 29

2.4.1. Araştırmanın Yeri ……..... 29

2.4.2. Araştırmanın Zamanı ……... 30

2.5. Araştırmanın Evreni ……..... 31

2.6. Araştırmada Örneklem ……..... 31

2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi ……..... 31

2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri ……. 32

2.9. Süre ve Olanaklar ……..... 32

2.10. Etik açıklamalar ……..... 33

BÖLÜM III. BULGULAR …….. 34

3.1. Araştırmada Yer Alan Vericilerin Temel Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular ……..... 34

3.2. Vericilerin Ebeveyn Kayıpları ve Yaşadıkları Aile Ortamına İlişkin Bulgular ……..... 39

3.3. Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları …….....……..... 40

3.4. Depresyon, Somatizasyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi Düşük ve Yüksek Olan Vericilere İlişkin Analiz Sonuçları..... 42

3.5. Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları ve Türk Toplumu Puanları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Sonuçları ……..... 44

3.6. Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular ……..... 47

3.7. Ameliyata İlişkin Farklı Yaşam Alanlarında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin, Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular ……..... 47

3.7.1. Ameliyat İzinden Rahatsız Olan ve Olmayan Vericilerin Uygulanan Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları ……. 48
3.7.2. Yeniden Verici Olmayı İsteyen ve İstemeyen Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları 50
3.7.3. Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşamında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları .Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları.... 52
3.7.4. Ameliyat Sonrası İş Kaybı Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları ……..... 54
3.7.5. Ameliyat Sonrası Komplikasyon Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları ……..... 56
3.7.6. Ameliyat Sonrası Pişman Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları..... 58
3.8. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşantılarına İlişkin Değerlendirilmeleri ….....……. 60
3.8.1. Vericilerin Kime Karaciğer Verdikleri ve Kaçıncı Verici Olduklarına İlişkin Değerlendirme Bulguları ……..... 60
3.8.2. Vericilerin Ameliyat Sonrası İyileşme Sürecine İlişkin Değerlendirme Bulguları …… 63

3.8.3. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyon ve Bedensel Yakınmalarına İlişkin Değerlendirme Bulguları ……..... 65

3.8.4. Vericilerin Ameliyatın Sosyal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları ……..... 66

3.8.5. Vericilerin Ameliyatın Ruhsal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları ……..... 69

3.8.6. Vericilerin Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri Ağrı Düzeyi ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeyine İlişkin Bulgular ……..... 72

BÖLÜM IV. TARTIŞMA ……... 74

4.1. Araştırmada Yer Alan Vericilerin Temel Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması …….. 74

4.2. Vericilerin Ebeveyn Kayıpları ve Yaşadıkları Aile Ortamına İlişkin Bulguların Tartışılması ……..... 78

4.3. Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Kesme Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması ……..... 79

4.4. Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları ve Türk Toplumu Puanları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması ……..... 80

4.5. Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması ……..... 83

4.6. Ameliyata İlişkin Farklı Yaşam Alanlarında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması …… 84

4.6.1. Ameliyat İzinden Rahatsız Olan Vericiler ile Olmayanların Uygulanan Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması …… 84

4.6.2. Yeniden Verici Olmayı İsteyen ve İstemeyen Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması …… 85

4.6.3. Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşamında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması…..... 85

4.6.4. Ameliyat Sonrası İş Kaybı Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması..... 86

4.6.5. Ameliyat Sonrası Komplikasyon Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması ……. 86

4.6.6. Ameliyat Sonrası Pişman Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 87

4.7. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşantılarına İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması ……..... 88

4.7.1. Vericilerin Kime Karaciğer Verdikleri ve Kaçıncı Verici Olduklarına İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması 88

4.7.2. Vericilerin Ameliyat Sonrası İyileşme Sürecine İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması ……. 89

4.7.3. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyon ve Bedensel Yakınmalarına İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması ……..... 90

4.7.4. Vericilerin Ameliyatın Sosyal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması ……..... 91

4.7.5. Vericilerin Ameliyatın Ruhsal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması ……. 93

4.7.6. Vericilerin Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri Ağrı Düzeyi ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması ……..... 95

BÖLÜM V. SONUÇ VE ÖNERİLER…… 97

5.1. Sonuç ……..... 97

5.2. Öneriler ……..... 101

ÖZET ……..... 103

ABSTRACT ……..... 105

YARARLANILAN KAYNAKLAR ……..... 107

EKLER LİSTESİ ……..... 116

EK 1 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 116

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu 118

EK 3: Beck Depresyon Ölçeği 122

EK 4: MMPI Somatizasyon Alt Ölçeği 125

EK 5: Kendini Değerlendirme Anketi (STAI-I) 127

EK 6: Kendini Değerlendirme Anketi (STAI-II) 128

EK 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 129

EK 8: Karardan Pişmanlık Ölçeği 132

ÖZGEÇMİŞ ……..... 133

TABLOLAR

Tablo Adı		Sayfa
Tablo 1:	Yıllara Göre Yapılan Kadaverik ve Canlı Karaciğer Nakilleri	15
Tablo 2:	Araştırmada Yer Alan Vericilere İlişkin Temel Demografik Bulgular	38
Tablo 3:	Vericilerin Ebeveyn Kayıpları ve Yaşadıkları Aile Ortamına İlişkin Bulgular	40
Tablo 4:	Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	41
Tablo 5:	Vericilerde Depresyon, Somatizasyon, Durumluk ve Sürekli Kaygının Varlığına İlişkin Bulgular	44
Tablo 6:	Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	45
Tablo 7:	Vericilerin ve Türk Toplumunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	46
Tablo 8:	"Ameliyat İzinden Rahatsız Olan" ve "Olmayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları	49

Tablo 9: "Yeniden Verici Olmayı İsteyen" ve "İstemeyen" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları 51

Tablo 10: "Cinsel Yaşamında Sorun Yaşayan" ve "Yaşamayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları 53

Tablo 11: "İş Kaybı Olan" ve "Olmayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları..... 55

Tablo 12: "Komplikasyon Yaşayan" ve "Yaşamayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları 57

Tablo 13: "Pişman Olan" ve "Olmayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları 59

Tablo 14: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Kime Karaciğer Verdikleri, Kaçıncı Verici Oldukları ve Kimden Organ Almak İstemediklerine İlişkin Bulgular 62

Tablo 15: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Ameliyat Sonrası İyileşme Sürecini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular 64

Tablo 16: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Komplikasyon ve Bedensel Yakınmalarına İlişkin Bulgular 66

Tablo 17: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Ameliyatın Sosyal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları 68

Tablo 18: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Ameliyatın Ruhsal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları 71

Tablo 19: Vericilerin Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulgular 73

Tablo 20: Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrının Kişilerin Kendi İçinde Karşılaştırılması 73

BÖLÜM I

GİRİŞ

Organ yetmezliği hayatı tehdit eden, yaşam/ölüm kavramlarını öne çıkaran bir durumdur. Günümüzde bu durumun sağaltımı organ nakli ile yapılabilmektedir. Organ nakli, son dönem organ yetmezliklerinin tedavi yöntemi olarak tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaya başlanmış bir cerrahi tedavi girişimidir. Bu tedavi yönteminde hastaya nakledilen organ ya da organlar "beyin ölümü gerçekleşmiş bireyler" (cadaveric donor) ve "yaşayan sağlıklı bireyler" (living donor) olmak üzere iki ana kaynaktan karşılanmaktadır.

Kadavradan organ nakli, beyin ölümü gerçekleşmiş ve kanıtlanmış bireylerden, yasada belirtildiği üzere yakınlarının onamı alınarak organların alınması ve bu organların acil bekleme listesindeki hastalara takılması sürecini içerir. Bu amaçla kullanılan organlar kornea, akciğer, kalp, karaciğer, pankreas ve böbreklerdir.

Canlıdan organ nakli; organını vermeye gönüllü, sağlıklı bir bireyden organ veya organ parçasının alınarak organ yetmezliği olan hastaya takılmasını içerir. Bu sürecin altındaki en önemli nedenlerden biri yeterli kadavra vericisinin olmamasıdır. Bu nedenle bekleme listesindeki hasta sayısının hızla artması, uzun bekleme

listelerinin oluşmasına neden olmaktadır. Uzun bekleme süreci ise, hastalardaki riskleri arttırmakta, hastaneye yatışları sıklaştırmakta ve bu hastaların bekleme süreci içerisinde kaybedilmesine yol açmaktadır (Elola-Olaso ve ark., 2005; Wiederkehr ve ark., 2005). Diğer bir neden, canlı vericiden alınan organ kalitesinin kadavradan alınana kıyasla daha yüksek olması, daha iyi doku uyumu sağlaması ve hastanın yaşam kalitesi üzerine daha olumlu etki yapmasıdır (Beresford, 2004).

Canlıdan organ nakli, alıcıya, yaşam süresinin uzaması ve daha kaliteli bir yaşama sahip olması avantajlarını sağlarken, verici için gözle görünür bir kazanç taşımıyor görünmektedir (Rudow ve ark., 2003). Üstelik verici için organ nakli, sağlığın bozulması anlamına gelmektedir. Bu nedenle, bu cerrahi girişimin canlı verici için bir avantajı olup olmadığını araştıran çalışmalar; ağırlıklı olarak batı toplumlarında gerçekleştirilmiş olup, nakil sonrasında vericinin "kendini iyi hissetme" (well-being) ve "kendilik değerinde" (self-esteem) artış olduğunu ileri sürmektedir. Çalışmalarda vericilerin çoğu ne yaşam kalitelerinde bir azalma ne de yaşanılan herhangi bir temel komplikasyon bildirmemişler (Trotter ve ark., 2001; Shiffman ve ark, 2002), ameliyat sonrası birkaç ay içinde işlerine dönebilmişler ve alıcı kişi ile ilişkilerinin ameliyat öncesiyle aynı ya da daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (Samstein ve Emond, 2000). Batı kaynaklı araştırmalarda saptanmış olan iyilik hali veya kendilik değerinde artış, bu alanda çalışan kendi ekibimiz tarafından gözlemlenmemiş, aksine somatik yakınma ve aile ilişkilerinde önceden var olmayan değişikliklerin olduğu, bireyin zaman zaman kendisini kötü hissedebildiği gözlemlenmiştir.

Pek çok ülkede olduğu gibi kadavradan nakillerin yetersiz kaldığı ülkemizde canlıdan organ nakli uygulamasının giderek artığı görülmektedir. Bu cerrahi girişimin canlı vericilerin bedensel ve ruhsal sağlığı üzerine etkilerini araştıran çalışmaların ülkemizde kısıtlı olduğu görülmektedir (Başaran ve ark., 2003). Bu gözlemden yola çıkılarak, Türkiye'nin karaciğer nakil merkezlerinden olan Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nde gerçekleştirilmiş "canlı vericiden karaciğer nakillerinde" ameliyat sonrası vericilerin organ verme ile ilişkili ruhsal ve bedensel sorunlarının değerlendirildiği kesitsel bir çalışmanın yapılmasının ülkemizdeki canlı karaciğer verici uygulamalarına ışık tutacağı düşünülmüştür.

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Son yıllarda canlı vericiden karaciğer nakli uygulamasının giderek artması bu konunun önemini arttırmaktadır. Ülkemizde canlı karaciğer vericileriyle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında genellikle ameliyat süreci ve ameliyat sonrası vericilerin iyileşme süreçleri ile ilgili çalışmaların olduğu (Haberal ve ark., 1998; Tokat ve ark., 2001; Zeytunlu ve ark., 2003), vericilerin yaşam kaliteleri ile ilgili çalışma sayısının ise az olduğu görülmektedir (Başaran ve ark., 2003). Canlı vericileri nakil sonrasında depresyon ve anksiyete açısından değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak somatizasyon, yaşam kaliteleri ve verdikleri karardan pişmanlıklarını değerlendiren çok az sayıda çalışma olmasından dolayı bu araştırmanın yapılması planlanmıştır. Bu araştırmada, nakil sonrası canlı karaciğer vericilerinin ruhsal açıdan ve yaşam kaliteleri açısından nasıl oldukları ve verdikleri organ bağışı kararından pişmanlık düzeylerinin araştırılması hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, canlı vericiden karaciğer nakillerinde vericinin ameliyat sonrasında ruhsal ve bedensel sağlığının incelenmesidir.

Araştırmada bu temel amaç çerçevesinde nakil öncesi ruhsal değerlendirmeleri yapılmış karaciğer canlı vericilerinde:

1. Ameliyat sonrası, depresyon, somatizasyon ve anksiyete düzeyleri belirlenecektir.
2. Ameliyat sonrası yaşam kaliteleri değerlendirilecektir.
3. Organ verme motivasyonları (alıcı veya verici kaynaklı) araştırılacaktır.
4. Nakil sonrası aile dinamikleri araştırılacaktır.
5. Organ verme kararı ile ilgili geriye ve ileriye dönük karar değerlendirmeleri yapmaları istenecektir (pişmanlık ve yeniden verici olma).
6. Ameliyat sonrası yaşadıkları ağrının düzeyini kendi algılarına göre belirlemeleri istenecektir.

1.3. Hipotezler (Denenceler)

1. Canlı vericiler ameliyat sonrası ruhsal ve fiziksel açıdan iyidirler.
2. İyilik tanımlayan bireylerde ameliyat sonrası, organ verme kararı değişmemiş olarak kalır.
3. İyilik tanımlayan bireylerin yaşam kalitesi ölçeği puanı normal düzeydedir.

4. İyilik tanımlamayan kişilerde anksiyete ve depresyon puanları yükselmiştir.
5. İyilik tanımlamayan bireylerde en sık yakınma somatik doğadadır.
6. Pişmanlık yaşayan kişiler ruhsal açıdan kötüdür.

1.4. Sayıtlılar (Varsayımlar) :

Uygulamaların, hasta haklarına ve etik konulara bağlı kalınarak yapıldığı varsayılmıştır. Çalışmanın uygulamalarında da hasta haklarına ve etik konulara dikkat edildiği varsayımından hareket edilmiştir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Canlı vericiden karaciğer nakillerinde cerrahi girişim sonrası vericilerin ruhsal ve bedensel sağlıklarını araştıran çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmaların daha çok cerrahi yöntem ve operasyon sonrası yaşanan komplikasyonlarla ilgili olduğu görülmektedir (Marcos, 2000; Chisuwa ve ark., 2003; Shah, 2005). Ruhsal ve bedensel sağlığı değerlendiren batı kaynaklı sınırlı sayıdaki çalışmada ise ameliyat sonrası vericilerde iyilik hali, kendilik değerinde artış ve yaşam kalitelerinde artma ya da aynılık olduğu bildirilmiştir.

Kadavradan nakillerin yetersiz kaldığı ülkemizde canlıdan organ nakli sayısı giderek artmaktadır. Ancak ülkemizde vericilerin ruhsal ve sosyal sağlığını değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Türkiye'nin karaciğer naklinde gelişmiş bir merkezi olan E.Ü. Organ Nakli Merkezi'nce gerçekleştirilmiş "canlıdan

karaciğer nakli" vericilerinde, uygulanan bu cerrahi girişimin, vericilerin yaşamlarında yaratacağı psikolojik, sosyal ve fiziksel etkilerinin değerlendirildiği çalışmanın ülkemizdeki canlı verici uygulamalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

1. Sınırlılık: Bu araştırmanın dört aylık bir süre içerisinde gerçekleştirilmiş olması sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Uygulamanın daha uzun bir zaman diliminde yapılmasının vericilerin büyük bölümüne ulaşma olasılığını arttıracağı düşünülmüştür.

2. Sınırlılık: Araştırılacak örneklemi, 1999 yılından itibaren Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi tarafından gerçekleştirilmiş karaciğer canlı vericileri oluşturmuştur. Diğer merkezlerdeki vericilerin araştırmaya dahil edilmemiş olması sınırlılık olarak değerlendirilmiştir.

3. Sınırlılık: Özellikle geçmiş yıllarda verici olmuş bireylere ulaşmada güçlük yaşanması araştırmanın bir başka sınırlılığını oluşturmuştur. Bu kişilerin zaman içinde adres ve telefonlarının değişmiş olması onlara ulaşmayı engellemiştir.

1.7. Tanımlar

1.7.1. Anksiyete: Anksiyete, bunaltı karşılığı olarak da kullanılmaktadır. Tüm insanlarda yaygın olarak yaşanan bu his, sıklıkla baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve mide rahatsızlığı gibi otonomik semptomların eşlik ettiği

yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir endişe hali olarak yaşanır. Yaygın anksiyete bozukluğu, DSM-IV'te sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya ya da hastada belirgin strese neden olan, çeşitli somatik belirtilerin eşlik ettiği aşırı ve yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır. Bu kişilerde huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe, kolay yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu, üzüntü sıklıkla görülür (Kaplan ve Sadock, 1995).

1.7.2. Depresyon: Depresyon sözcüğü, günlük yaşamda sıkça mutsuzluk, sıkıntı ve hüzün sözcükleri yerine kullanılır. Depresyon, üzüntülü ve iritabl duygudurum ve bununla bağlantılı, uyku ve iştah değişiklikleri, anhedoni (düzenli ve haz verici etkinliklere olan ilginin kaybı) psikomotor değişiklikler, unutkanlık, yorgunluk, ümitsizlik ve çaresizlik duyguları ve intihar düşünceleri gibi belirtilerle birlikte işlevsellikte bozulmanın olduğu bir dönemdir (Kaplan ve Sadock, 1996). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %15 kadardır. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Hastaların yaklaşık %50'sinde başlangıç yaşı 20-50 yaşları arasındadır (Kaplan ve Sadock, 1995). Depresyon bireyin yaşam kalitesini düşüren ve belirgin morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır.

1.7.4. Somatizasyon: Somatizasyon bozukluğu, çoğul organ sistemlerini tutan, fiziksel muayene ve laboratuar incelemeleriyle yeterince açıklanamayan somatik belirtilerin görüldüğü bir somatoform bozukluktur. Bozukluk kroniktir, psikolojik sıkıntı yoğundur, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma ve aşırıya kaçan tıbbi yardım arama davranışlarıyla ilişkilidir. Somatizasyon bozukluğunu diğer somatoform bozukluklardan ayıran, yakınmaların çokluğu ve çok sayıda organ sisteminin tutulmasıdır (Kaplan ve Sadock, 1996).

1.7.5. Yaşam Kalitesi: Bedensel ve ruhsal hastalıkların yaşamda sosyal, fiziksel ve psikolojik alanlar üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. DSM-IV'te de yaşam kalitesindeki bozulmanın ruhsal bozuklukların gelişimindeki yeri ve tedavi etkinliğindeki önemi vurgulanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Yaşamın niceliksel değerlendirilmesinin aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan bir kavramdır (Akdede ve ark. 2005).

1.7.6. Karardan Pişmanlık: Karar verme, kişilerin kendilerine sunulan seçeneklerin risklerini ve yararlarını düşündükten sonra seçeneklerden birini tercih etmeleridir. Bireyler tercih ettikleri seçeneklerden daha sonra pişman olabilmektedir. Burada bireylerin sağlıklarıyla ilgili verdikleri karardan pişmanlıkları değerlendirmektedir (Brehaut ve ark., 2003).

GENEL BİLGİLER

1.8. Canlıdan Organ Nakli ve Etik

Yaşayan sağlıklı bir bireyden organ alınması halen etik açıdan birçok tartışmayı içermektedir. Bu etik tartışma, "başka birinin yaşamını kurtarmak, uzatmak veya yaşam kalitesini artırmak için sağlıklı bir insanın sağlığını bozmak" üzerine kuruludur. Tıp eğitimi öncelikle; sağlığın korunması, hasta bireyin bakımı, hayatta kalması; eğer hastalık yaşamı tehdit etmiyorsa daha kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlama üzerine kuruludur (Beresford, 2004). Bu yönüyle, canlıdan organ nakli tıptaki tek istisnai durum olup, tıp eğitimi ve süreci içerisinde ilk ilke olan, "önce zarar verme" (primum non nocere) öğretisi ile ters düşmektedir. Bir yandan sağlığı korumaya ve hastayı iyileştirmeye çalışırken, diğer yandan organ bağışlayan sağlıklı bireyler cerrahi prosedür ile karşı karşıya gelmekte, morbidite ve mortalite içeren büyük bir abdominal cerrahi girişim ile karşılaşmaktadırlar. Bu süreçte sağlıklı bir kişi, bir başka kişinin yaşamını kurtarmak amacıyla hasta biri olmaya başlamıştır. Bu durum genellikle kabul edilebilir bir durum gibi gözükse de etik bir ikilem yaratmaktadır (Eghtesad ve ark., 2003; Shapiro ve Adams, 2000; Beresford, 2004).

Canlı vericiden karaciğer nakliyle ilgili belki de tek önemli klinik sorun vericinin güvenliğidir. Dünyadaki ölüm oranlarını bilmek çok zordur, çünkü

bildirimi zorunlu değildir. Bildirilen ölümlere göre, vericilerdeki ölüm riski oranı %02-%05 oranındadır (Middleton, 2006). Böbrek vericilerindeki ölüm oranı olan %0.013 ile karşılaştırıldığında bu oran oldukça yüksektir. Bu yüzden karaciğer vericilerindeki (hepatoktomideki) ölüm riski böbrek vericilerinin (nefroktomi) ölüm riski ile karşılaştırıldığında en az 15-20 kat daha fazladır (Humar, 2003). 1990'dan beri dünyanın farklı yerlerinde en az 12 vericinin öldüğü (ABD'de yedi, Avrupa'da dört ve Mısır'da bir) bildirilmiştir (Esmat ve ark.2005). Bu durum canlı karaciğer vericisi olmanın açıkça risk taşıdığını göstermektedir.

Tüm bu nedenlerle "yaşayan bireyden organ alımı" önemli yasal düzenleme ve kısıtlılıkları gerektiren bir süreçtir. Avrupa ülkelerinde, canlı verici havuzuna çeşitli düzeylerde kısıtlama getirilmiştir. Fransa'da yalnızca genetik olarak yakınlığı saptanmış vericilere izin verilmekte, acil koşullar altında yalnızca eşlere izin verilmektedir. Almanya, İtalya, İngiltere, İsveç, Polonya'da kan bağı olanlar verici olabilmekte, genetik olarak yakınlığın saptanamadığı durumlarda duygusal olarak ilişkisi olan vericilere izin verilmekte, altruistik yabancıların verici olması yasaklamaktadır. Diğer bir grup, yeni bir akım olarak hiç kısıtlamasız ülkelerdir. Bunlar Avusturya, İspanya, Hollanda, Norveç ve İsviçre'dir. Bu ülkelerde altruistik yabancılar ve çapraz nakil uygulanabilmektedir (Kranenburg ve ark., 2004).

1.8.1. Türkiye'de Canlıdan Organ Nakli

Türkiye'de organların bulunması, depolanması ve kullanımı ile ilgili ilk yasa 3 Haziran 1979'da çıkmış, bunu 1982'de yürürlüğe giren ikinci yasa izlemiştir. 2238 sayılı kanuna göre, yaşayan kişilerden doku ve organ alımı:

Madde 5'e göre; onsekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden doku ve organ alınamaz.

Madde 6'ya göre; onsekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur.

Madde 7'ye göre; organ ve doku alacak hekimler:

a) Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek,

b) Organ ve doku verenin alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak,

c) Akli ve ruhi durumu itibariyle kendiliğinden karar verebilecek durumda olmayan kişilerin vermek istedikleri organ ve dokuları almayı reddetmek,

d) Vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığını araştırıp öğrenmek ve öğrendiğini bir tutanakla tespit etmek,

e) Bedel veya başkaca çıkar karşılığı veya insancıl amaca uymayan bir düşünce ile verilmek istenen organ ve dokuların alınmasını reddetmek,

f) Kan veya sıhhi hısımlık veya yakın kişisel ilişkilerin mevcut olduğu durumlar ayrık olmak üzere, alıcının ve vericinin isimlerini açıklamamak,

zorundadırlar (Özmen, 2001).

Türkiye'de ilk canlı verici uygulamaları 1970'lerde deneysel çalışmalarla başlatılmış olmasına rağmen, canlıdan organ alımı ile ilgili henüz çok ayrıntılı bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu durumda, canlı bireylerin organ kaynağı olarak kullanılması, yalnızca o merkezin izlediği ve sürdürdüğü yola bağımlı kalmaktadır. Ülkemizde kan bağı ve/veya yakın akraba olanların yanı sıra, akraba olmayan yakınlar ve duygusal olarak birbiri ile ilişkili yakınlar canlı verici olabilmektedir.

Günümüzde başlıca dört çeşit canlı verici kullanılmaktadır. Bunlar:

a) Kan bağı olan veya yakın akraba olanlar (living-related donor): örneğin anne, baba, kardeş, amca, yeğen vb;
b) Kan bağı olmayan yakınlar (living-unrelated donor): örneğin eşler;
c) Kan bağı olmayan, duygusal olarak yakınlığı olan vericiler (emotionally-related living donor): örneğin arkadaşlar;
d) Fiziksel, duygusal hiçbir yakınlığı olmayan altruistik yabancılar (altruistic stranger) (Daar, 2002);
e) Nadir olarak uygulanan çapraz nakil (cross-over donation) olgularıdır (Kranenburg ve ark., 2004).

1.9. Karaciğer Naklinin Tarihsel Gelişimi

Organ nakliyle ilgili hayvanlar ve insanlar üzerindeki deneysel çalışmalar 18. yy başlamış ancak bilim adamları 20. yy ortalarında organ naklinde başarı elde etmişlerdir. Karaciğer nakli ile ilgili ilk deneysel çalışmalar 1955'te Stuart Welch'in, köpekler üzerinde yaptığı çalışmalar ile başlamıştır. İnsanlarda yapılan dünyadaki ilk başarılı karaciğer nakli, Thomas Starzl tarafından 1963'te Colorado Üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Cerrahi sonrası ilk hasta yaşamamış, diğer ikisi de 7.5 ve 22 gün sonra ölmüştür. Bu ilk girişimlerdeki başarısızlığın nedeni, cerrahi teknikteki zorluklar ve rejeksiyon önleyici etkin ilaçların olmamasıdır (http://www.emedicine.com/med/topic3497.htm). Karaciğer nakli 1980'li yıllarda büyük gelişme göstererek günümüzde son dönem karaciğer yetmezliğinin "tek tedavi seçeneği" haline gelmiştir. "Canlı vericiden karaciğer nakli" ise çocuklar için elde edilebilir kadaverik organ azlığının üstesinden gelmek için ilk olarak 1989 yılında uygulanmaya başlanmış bir yöntemdir. Bu dönemde öncelikle aile üyelerinden canlı verici sağlanmıştır (Broelsch ve ark., 1991). Bir yıl sonra ise yetişkinden-yetişkine karaciğer nakli uygulanmaya başlanmıştır.

Sonraki yıllarda immun-supresan sağaltım ve cerrahi tekniklerdeki gelişme ve karaciğer naklinde deneyim kazanma organ naklinde canlı verici uygulamasına geçişi kolaylaştırmış (Verbesey ve ark., 2005), hastalarda sağ kalım oranı artmıştır. Başlangıçta tüm dünyadaki bir yıllık sağ kalım oranının %30'dan fazla olmamasına karşın (Karakayali ve Haberal, 2005), günümüzde bir yıllık sağ kalım oranı %90'ları geçmektedir. Bu durum karaciğer naklinin tüm dünyada hızla artmasına neden olmuştur. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde yüzün üzerinde merkezde,

Avrupa ve diğer dünya ülkelerinde de pek çok merkezde karaciğer nakilleri başarıyla sürdürülmektedir.

Ülkemizde organ naklinin tarihine baktığımızda, Türkiye'deki ilk canlıdan organ naklinin 1978 yılında başladığı görülmektedir. Bu ilk canlıdan böbrek nakli, Haberal ve arkadaşları tarafından 12 yaşındaki bir kız çocuğuna anneden alınan böbreğin nakli ile gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde ilk "kadaverik karaciğer nakli" yine aynı ekip tarafından 1988 yılında gerçekleştirilmiştir. 1990 yılı mart ayında ise ilk "canlıdan karaciğer nakli" uygulaması başlatılmıştır. Bu ilk canlı karaciğer nakli yetişkinden-çocuğa (anneden on aylık bebeğine) yapılmıştır. Bir ay sonra ise yetişkinden-yetişkine (adult-to-adult) (babadan 22 yaşındaki oğluna) karaciğer nakli başarıyla gerçekleştirilmiştir (Haberal ve ark., 1998).

1.10. Canlı Vericiden Karaciğer Nakli

Geçtiğimiz 15 yılda karaciğer bekleyen hasta sayısı ulaşılabilen organ sayısından çok daha hızlı artmış, buna bağlı olarak uzun bekleme listeleri oluşmuş ve listede beklerken ölen hastaların sayısı yıllar içinde artmıştır (Elola-Olaso ve ark., 2005). Kadaverik organ yetersizliği ve son dönem ölüm oranını azaltmak, canlı vericiden karaciğer naklinde temel motivasyonu oluşturmuş (Papachristou ve ark., 2004) ve bu durum tüm dünyada canlıdan karaciğer naklinin çok daha hızlı artmasına yol açmıştır. 1989'da bildirilen ilk canlı vericiden karaciğer naklinden sonra bu cerrahi yenilik yavaş yavaş literatürde etkin olmuştur (Wiederkehr ve ark., 2005). Sonraki yıllarda yetişkinden-yetişkine canlı vericiden karaciğer nakli çok daha yaygın olarak uygulamaya girmiştir.

Ülkemizde de organ bağışının yetersiz olması canlıdan nakil uygulamasının artmasının en önemli nedenlerinden biri olmuştur. Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nde ilk kez 1999 yılında 12 kadaverik nakil ve 4 canlıdan karaciğer nakli yapılırken, 2006 yılında kadaverik nakil sayısının 29 olduğu ve canlıdan karaciğer naklinin 67'ye yükseldiği görülmüştür. Canlıdan karaciğer nakli oranı %70'lere ulaşmıştır. Merkezimizde 2006 yılı sağ kalım oranı kadavradan nakillerde %90 ve canlıdan nakillerde %92 olarak verilmektedir. Ege Üniversitesi organ nakli merkezinde kadavradan ve canlıdan yapılan karaciğer nakilleriyle ilgili veriler aşağıda Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Yıllara Göre Yapılan Kadaverik ve Canlı Karaciğer Nakilleri

Yıl	**Kadavra**	**Canlı**	**Toplam**
1994	1		1
1995	2		2
1996	1		1
1997	13		13
1998	22		22
1999	12	4	16
2000	14	13	27
2001	19	23	42
2002	30	50	80
2003	41	50	91
2004	43	44	87
2005	31	68	99
2006	29	67	96

1.10.1. Canlı Vericiden Karaciğer Naklinin Alıcı İçin Avantajları

Canlı vericiden karaciğer naklinin alıcı için yararlarından belki de en önemlisi nakil için bekleme süresinin olmamasıdır. Bekleme süresinin azalması,

hastaların ölmeden önce nakil olmalarını sağlamakta ve bekleme listelerinde hastaların kaybedilmesini azaltmaktadır (Trotter, 2000).

Nakil için bekleme zamanının azalmış olması nedeniyle son dönemdeki karaciğer yetmezliğinin komplikasyonları azalmaktadır. Alıcının bedensel olarak tükenmeden, daha iyi durumdayken nakil olmasına imkan tanıması edeniyle ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranı çok büyük oranda azalmaktadır (Parolin ve ark., 2004). Hastalar genel sağlık durumları daha iyi durumdayken nakil oldukları için transplantasyonun başarısı da artmaktadır (Trotter, 2000).

Canlı vericiden karaciğer naklinin bir diğer avantajı, ameliyatın sıklıkla isteğe bağlı doğada yapılmasıdır. Değerlendirme günler içinde yapıldığı için hem alıcı hem de verici için tıbbi şartlar ameliyat öncesi daha stabil olmaktadır (Trotter, 2000).

Bir başka avantaj, canlı vericiden alınan organın kalitesidir. Canlı vericiden alınan karaciğer sağlıklı bir kişiden alındığı için kadaverik organa göre daha kaliteli olmaktadır. Vericiler tıbbi hastalık yönünden testlere tutulmakta ve karaciğer değerlendirilmektedir. Kadaverik verici organı ise ölmekte olan birinden alınmaktadır. Verici günlerce mekanik ventilasyonda kalmakta ve kalp ve dolaşım sistemini destekleyen ilaçlar almaktadır. Ciddi hastalık kadaverik karaciğer fonksiyonlarını kötü yönde etkileyebilmektedir (Trotter, 2000). Canlıdan nakillerde tüm tıbbi incelemelerinin yapılmış olması nakledilen organın fonksiyon bozukluğu insidansını en aza indirmektedir (Parolin ve ark., 2004).

Diğer bir avantaj, canlı vericiden nakillerde soğuk iskemik zamanın minimal düzeyde olmasıdır. Çünkü organ vericiden çıkartılıp hızla alıcıya takılmaktadır. Bu durum organ kalitesinin kadavradan alınana kıyasla daha yüksek olmasını sağlar (Curran, 2005; Trotter, 2000; Beresford, 2004).

Yine alıcıların akrabadan nakil oldukları durumlarda daha az immun supresif kullanımının olması (Zimmerman ve Trotter, 2003), daha iyi doku uyumu sağlaması (Beresford, 2004) canlıdan nakillerin bir başka yararıdır.

Sonuç olarak canlı verici kullanımı bir başka anlamda karaciğer verici havuzuna eklenmekte ve kadaverik karaciğerin canlı vericisi olmayan alıcıya gitmesine izin vermektedir. Bu da kadaverik vericiden karaciğer alan alıcılar için yaşamın düzelmesi ve/veya devamını sağlamaktadır (Trotter, 2000).

1.10.2. Ruhsal Değerlendirme

Günümüzde, alıcıların ruhsal değerlendirilmelerinde ana ilke, alacağı organa iyi bakıp bakmayacağı olmasına karşın, canlı verici programında vericilerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi çok önemlidir. Ölümle yüz yüze olan vericinin çok dikkatli değerlendirilmesi gereklidir. Zorlama ve maddi teşvik dışlama nedenlerindendir (Krahn ve DiMartini, 2005). Cerrahi prosedürde verici olma kavramının "özgür seçim" olduğu düşünülmektedir. Bu seçimin ilk adımı kişinin yapılacak cerrahiye "rızasının olması"dır. Gönüllü olan vericiler, canlı karaciğer vericilerinde cerrahiye bağlı oluşabilecek riskleri ve ölüm olasılığını bilmek zorundadırlar (Beresford, 2004). Vericilere ameliyatın tıbbi riskleri ve ölüm riski

olasılığı doktorlar tarafında anlatılır ve bu konuda aileler bilgilendirilir. Yine oluşabilecek psikolojik ve sosyal sorunlar tartışılır. Verici, kararını vermeden önce yapılacak ameliyatın tıbbi ve psikososyal sonuçlarını biliyor olmalıdır (Broering ve ark.; 2004). Özellikle canlıdan organ nakli yapan merkezlerde alıcı ve verici haklarının eşit düzeyde korunması için, ekip içerisinde yalnızca bu alanda özelleşmiş psikiyatrist/psikolog/sosyal hizmet uzmanının var olması önemlidir. Dünyadaki hemen her merkezde vericilerin psikiyatri tarafından değerlendirilmesi verici değerlendirme prosedürü içinde yer almaktadır (Pascher ve ark. 2002; Trotter, 2000; Erim ve ark., 2003a; Shrestha, 2003).

1.10.3. Ameliyat Süreci

Diğer nakillerden farklı olarak, canlı vericiden karaciğer naklinde karaciğer loblarından biri alınmaktadır. Yetişkinler için genellikle sağ lob kullanılırken çocuklarda sol lob ya da sol lateral segment kullanılmaktadır (Beresford, 2004). Yetişkinden–yetişkine nakillerde karaciğerin %50-60'ı, çocuklarda ise yaklaşık %20'si alınmaktadır.

Ameliyat sürecinde alıcı ve verici aynı zamanlarda ameliyathaneye alınır ve her iki ameliyat birlikte başlar. Vericiden çıkarılan karaciğer lobu yan salondaki alıcıya hemen nakledilir. Vericiler için operasyon zamanı 3.5 saat ile 10 saat (ortalama 6 saat) arasında değişmektedir (Zeytunlu ve ark., 2003). Ameliyat sonrası vericiler bir gün ameliyathane yoğun bakım, bir gün servis yoğun bakımda gözlem altında tutulur. Bu dönemde karşılaşılan sorunların başında ameliyat yerinde ve sırtta yaşanan ağrıdır. Vericiler daha sonra servis odalarına alınır. Herhangi bir sorun

olmadığı sürece 7-10 gün içinde vericiler taburcu edilir. Taburculuk sonrasında herhangi bir sorun yoksa birinci ve üçüncü ayda vericilerin kan değerleri kontrol edilir ve ultrason ile karaciğerin gelişimi izlenir. Ameliyat sonrası süreçte kalan lob ilk on günde en hızlı olmak üzere haftalar ya da aylar içinde kendini yeniler ve eski boyutuna yaklaşır (Beresford, 2004).

1.11. Karaciğer Canlı Vericileri ile Yapılan Çalışmalar

Canlı vericiden karaciğer ameliyatlarında vericilerin takipleri ile ilgili önceki çalışmalara bakıldığında bunların daha çok alıcı ve vericinin tıbbi sonuçları üzerine odaklandıkları görülmektedir. Daha sonraki yıllarda vericilerin, sosyal, psikolojik ve yaşam kalitelerini araştıran çalışmaların yapılmaya başlandığı görülmüştür. Aşağıda bu alanla ilgili yapılmış çalışmalardan bazıları verilmiştir.

Mısır'da Esmat ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada, 2001-2004 yılları arasında ameliyat olmuş, yaşları 20 ile 47 arasında değişen 34 erkek, 16 kadın verici ameliyattan 6 ay sonra değerlendirilmiştir. Vericilerin hastanede kalış süreleri 15.4 ±7.7 gün (10-48) olarak bildirilmiştir. Çalışmada vericilerin %14'nde (7 kişi) orta derecede depresyon bulmuşlardır. Vericilerin beşinde major komplikasyon bildirilmiştir. Tüm vericiler verici olmadan önceki günlük aktivitelerine 6-8 ayda dönmüşlerdir.

Coelho ve arkadaşlarının (2005) canlı vericiden karaciğer nakli sonrası vericilerin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada 32'si birinci ve ikinci derece akraba olan 37 verici 28 soruluk anket ile değerlendirilmişlerdir. Çalışmaya katılan

22 verici (%59) ameliyat sonrası çok ağrısının olduğunu bildirmişlerdir. Vericilerin 21'i günlük aktivitelerine üç aydan önce dönmüşlerdir. 33 (%89) verici ameliyat sonrası yaşamlarında bir kısıtlılık ya da değişiklik olmadığını bildirmişlerdir. 21 vericinin maddi kayıplarının olduğunu bildirmişlerdir. Ameliyatın en fazla olumsuz yanı ağrı ve ameliyat izi olmuştur.

Karlıova ve arkadaşları (2002) Almanya'da yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası vericilerin yaşam kalitelerindeki değişikliklere, kişisel, ailesel ve ekonomik sorunların görülme sıklığına bakmışlardır. Yapılan çalışmada 22 verici (11 erkek, 11 kadın; yaş ort. 40.2) Avrupa'da canlı vericiler için kullanılan bir soru formu ile değerlendirilmiştir ve yaşam kalitesi değerlendirmesinde SF-36 kullanılmıştır. Çalışmanın sonunda, vericilerin hastanede kalma süresi 12.7 gün olarak bulunmuştur. Vericilerin 9 hafta sonra işlerine başladıkları, 13 hafta sonra tamamen iyileştikleri ve %41'inin maddi güçlükler yaşadığı görülmüştür. Sekiz vericide ameliyat sonrası tıbbi komplikasyon bildirilmiştir. Çalışmada vericilerin %91'i yeniden verici olacaklarını belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası yaşam kalitelerini değerlendirip sonuçları Alman ve İtalyan normal popülasyonu ile karşılaştırdıklarında, aralarında anlamlı bir fark bulmamışlardır.

Pascher ve ark. (2002) Almanya'da 2001 yılında yaptıkları çalışmada, 43 (27 kadın, 16 erkek) karaciğer canlı vericinin ameliyat öncesi ve sonrasında altıncı ve onikinci aylarda yaşam kalitesi ölçeği ve öz bildirim ölçeği ile değerlendirilmişlerdir. Bu süreç içinde vericilerde ölen olmamış ve hayatı tehdit eden komplikasyon görülmemiştir. Ameliyat sonrası psikolojik durumla ilgili anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uzun dönem takipte vericilerde sorun izlenmemiş ve normal

aktivitelerine 3.3 ayda dönmüşlerdir. Tüm vericiler yeniden verici olabiliriz demişlerdir. Çalışma bulgularına göre vericilerin yaşam kalitesinde ameliyat sonrasında artma olduğu bulunmuştur.

Miyagi ve arkadaşları (2005) karaciğer nakli sonrası vericilerin yaşam kalitesi ve verici olmanın risklerini açıklamak için 1991-2003 yılları arasında yaptıkları çalışmada, 68 vericiyi (33 erkek, 35 kadın) alınan karaciğer loplarına göre dört gruba ayırmışlardır. Vericilerin yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirilmiştir. Ayrıca yapılandırılmış anket ile veri toplanmıştır. Vericilerin yaş ortalaması 34.7$\pm$ 8.8 olarak bulunmuştur. Sonuçta dört grup arasında hastanede kalma ve karaciğer fonksiyonları açısından bir fark bulunmamıştır. Tüm vericiler bir yıl içinde normal yaşantılarına dönmüşlerdir. Bu çalışmada vericiler kararlarından pişman olmamışlar, sosyal ya da işle ilgili olumsuz yaşantı bildirmemişlerdir. Yaşam kalitesi ölçeğini 48 verici doldurmuş ve SF-36 puanları yayınlanan Japon toplumu normları ile karşılaştırıldığında, vericilerin puanları genel popülasyonla benzer ya da daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi açısından dört verici grubu arasında bir fark bulmamışlardır. Ameliyatla ilgili komplikasyon yaşayan ve yaşamayan vericilerin SF-36 puanları arasında sekiz alt ölçekte de bir fark bulunmamıştır.

Beavers ve arkadaşları (2001) 1996-2000 yılları arasında Kuzey Carolina Üniversitesi'nde yapılan vakaları çalışmalarına almışlardır. Tüm vericilere posta ve telefon yoluyla ulaşılmış, elli maddelik bir anket verilmiştir. Çalışmaya katılan 27 vericinin, yaş ortalaması 35 (18-50) olarak bulunmuştur. Ameliyattan sonra izlem ortalama 20 ay (1.5-48 ay), hastanede kalma süreleri ortalama sekiz gün (3-14 gün), tamamen iyileşme süresi ortalaması 12 hafta (1-52hafta) olarak bulunmuştur.

Yeniden verici olmayı isteme oranı %100 olarak gösterilmiştir. Vericilerin %85'i son zamandaki duygu durumlarının ameliyat öncesine göre aynı ya da çok daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Vericilerin %15'i cinsel aktivitede azalma olduğunu bildirmiştir. Yaşam kaliteleri SF-12 ile değerlendirilmiş ve vericilerin puanları ile ABD genel popülasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Walter ve arkadaşlarının (2003) Berlin'de yaptıkları çalışmada, 28 karaciğer canlı vericisinde ameliyat öncesi ve ameliyattan altı ay sonra yaşam kalitesini WHOQOL-Bref ile değerlendirmişlerdir. Vericilerin beşi (%17.9) ameliyat sonrası komplikasyon bildirmişlerdir. Vericilerden elde edilen veriler Alman toplumu için oluşturulan normlarla karşılaştırılmış ve vericilerin ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanları normal toplumdan daha iyi bulunmuştur. Altı ay sonra fiziksel sağlık ve yaşam koşulları puanları ameliyat öncesine göre düşük bulunmuş, ancak yine de normal toplumdan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada sadece iki vericinin ameliyat sonrası yaşam kalitesi ölçeği puanları düşük bulunmuş ve psikososyal stres ile anksiyöz depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Ameliyat sonrası vericilerin %90'ı çok iyi psikososyal sonuçlar bildirmişlerdir. Vericilerin %10'u ise baş etme stratejilerindeki zorluk nedeniyle psikolojik sorun bildirmişler.

Ülkemizde bu alanda Başaran ve arkadaşlarının (2003) SF-36 ile vericilerin yaşam kalitelerini değerlendirdikleri görülmektedir. Çalışmada 15 vericinin (9 kadın, 6 erkek) yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirilmiş ve sonuçlar kontrol grubunun bulguları ile karşılaştırılmıştır. Fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon ve mental sağlık puanları vericilerde daha yüksek bulunmuştur. Diğer alanlarda kontrol grubu ile aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, canlı vericiden karaciğer nakillerinde vericinin ameliyat sonrasında ruhsal ve bedensel sağlığının incelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada kullanılmış olan veri toplama araçları aşağıda kısaca tanıtılmış ve birer örneği Ekler bölümünde sunulmuştur.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın amacı hakkında bilgi veren ve uygulanacak ölçeklerden söz edilen onay formunda hastanın çalışmaya gönüllü olarak katılması için onayı alınmaktadır. Araştırmada veri toplamanın gizlilik ilkesine sadık kalınarak

gerçekleştirileceği ve elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır. Bilgilendirilmiş Onay Formu Ek 1'de sunulmuştur.

2.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmada 34 maddeden oluşan "Sosyodemografik Bilgi Formu" kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Bilgi Formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi temel sosyodemografik bilgilerin yanı sıra, vericilerin ne zaman ameliyat oldukları, ameliyat sonrası iyileşme süreleri, kime karaciğer verdikleri gibi ameliyat öncesi ve sonrası deneyimlerinin değerlendirildiği maddelerden oluşmaktadır. Sosyodemografik Bilgi Formu Ek 2'de sunulmuştur.

2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin özgün adı "Beck Depession Inventory"dir. Ölçek, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında puan alır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür ve puanın yükselmesi depresyon şiddetinin ya da düzeyinin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde N. Hisli (1989) tarafından geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliğinde r=0.74 olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlik yönteminde ise Beck Depresyon Ölçeği ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon r=0.50 olarak elde edilmiştir (Hisli, 1989). Depresyonu değerlendirmede çok yaygın kullanılması ve

bireyin kendi kendine doldurabilmesi nedeniyle çalışmada bu test seçilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği Ek 3'te sunulmuştur.

2.2.4. Somatizasyon Alt Ölçeği

Somatizasyon Alt Ölçeği, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'nin "Somatizasyon Bozukluğu" ile ilgili olan maddelerinden oluşmuştur. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği bir ölçektir. Ölçek puanlamasında; 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32, ve 33 numaralı maddelere "doğru" yanıtı verildiğinde "1" puan, "yanlış" yanıtı verildiğinde "0" puan; 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30 ve 31 numaralı maddelere "yanlış" yanıtı verildiğinde "1" puan, "doğru" yanıtı verildiğinde "0" puan verilir. Puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar "0 ile 33" değerleri arasında değişmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Şeyda Dülgerler (2000) tarafından yayınlanmamış yüksek lisans tezinde yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.83 olarak saptanmıştır. Ölçeğin birlikte geçerlik yönteminde ise Somatizasyon Alt Ölçeği ile birlikte SCL-90-R somatizasyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon r=0.80 olarak bulunmuştur (Dülgerler, 2000). Somatizasyon Alt Ölçeği Ek 4'te sunulmuştur.

2.2.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-S ve STAI-T)

Özgün adı "State-Trait Anxiety Inventory" olan ölçek, C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R.E. Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. 14 yaş ve üstü

bireylere ve okuduğunu anlayabilecek düzeydeki hastalara uygulanabilen ölçek, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. 1) Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. 2) Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Türkçe'ye uyarlaması N. Öner ve A. LeCompte (1985) tarafından yapılan ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları yeterli düzeyde olup, iki ölçek puanları arasında ortalama .62 civarında ve .01 düzeyinde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlık ve homojenlik katsayıları, sürekli kaygı ölçeği için .34 ile .72, durumluk kaygı ölçeği için .42 ile .85 arasında bulunmuştur. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Ek 5 ve Ek 6'da sunulmuştur.

2.2.6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde yer alan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği J.E. Ware ve C.D. Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. SF-36 kendini değerlendirme ölçeği olup 36 maddeden oluşmaktadır. Özellikle fiziksel hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçek, 8 boyutta yaşam kalitesinin ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçekten tek bir toplam puan elde edilmez. Her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan verilir ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir. "100 puan" iyi sağlık durumunu gösterirken, "0 puan" kötü sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından, İzmir

Atatürk Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran ve romatizmal hastalığı olan 100 hasta ile yürütülmüştür. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.73-0.76 arasında elde edilmiştir. Geçerlik için SF-36 ile birlikte Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullanılmıştır. Geçerlik çalışmasında multitrait-multimethod matriks uygulanmıştır ve korelasyon katsayıları 0.44-0.65 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve ark., 1999). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ek 7'de sunulmuştur.

2.2.7. Karardan Pişmanlık Ölçeği

Brehaut ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olan ölçek, bireylerin sağlıklarıyla ilgili verdikleri tedavi kararından doğan pişmanlığı değerlendirmektedir. Ölçeğin özgün adı "Desicion Regret Scale"dir. Ölçeğin geçerlik çalışması, hormon replasman tedavisi, meme kanseri adjuvan tedavisi, meme kanseri cerrahisi ve prostat kanseri tedavisi almış olan dört hasta grubuyla yapılmıştır. Ölçek iyi bir iç tutarlık göstermiş, hasta grupları arasında Cronbach alfa katsayısı 0.81 ile 0.92 arasında bulunmuştur (Brehaut ve ark., 2003). Bu çalışmada kişilerin karaciğer vericisi olma konusunda verdikleri karardan pişman olup olmadıklarını değerlendirmek amacıyla Karardan Pişmanlık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek ülkemizde ilk kez kullanılacağı için geliştiren merkezden onayı alınmış ve Türkçe'ye tercüme edilmiştir. Türkçe'den tekrar İngilizce'ye tercüme edilip, Türkçe ve İngilizce dil bilgisi çok iyi üç kişi tarafından Türkçe çevirisi üzerinde uzlaşılmıştır. Beşli Likert tipi yanıt formatı olan ölçek, "Kesinlikle katılıyorum", "Katılıyorum", "Ne katılıyorum ne de katılmıyorum", "Katılmıyorum" ve "Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte puanlar 0 ile 100

arasında değişmektedir. “0 puan” pişmanlık yok iken, puan yükseldikçe pişmanlık artmaktadır. Karardan Pişmanlık Ölçeği Ek 8’de sunulmuştur.

2.3. Kullanılan Yöntem

Çalışmanın içleme ve dışlama ölçütlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden vericiler çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın başladığı döneme kadar Ege Üniversitesi Organ nakli Merkezinde toplam 270 karaciğer verici ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Ancak pek çok vericinin adres ve telefonları değişmiş olduğundan tüm vericilere ulaşmakta güçlük yaşanmış ve araştırmacı tarafından vericilerin 134’üne (%49.62) ulaşılmıştır. Ulaşılabilen 134 vericiye çalışmada kullanılan ölçekler posta yoluyla gönderilmiştir. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ederek, testleri doldurup araştırmacıya ulaştırmış olan 71 vericiden elde edilen veriler araştırmada kullanılmıştır.

2.3.1. İçleme Ölçütleri

Hastaların:

a) Çalışmaya katılmak için gönüllü olması,
b) 18-55 yaş grubunda bulunması,
c) En az altı ay önce ameliyat olması,
d) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Organ Nakli Merkezi’nde karaciğer lobektomi ameliyatı olması,
e) Okur-yazar olması,
f) Dışlama ölçütlerinden her hangi birisinin bulunmaması,

özelliklerinde olmaları aranmıştır.

2.3.2. Dışlama Ölçütleri

a) Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,

b) Ameliyat sonrası 6 ayını tamamlamamış olmak,

c) Başka merkezlerde karaciğer lobektomi ameliyatı olmak,

dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir.

2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

2.4.1. Araştırmanın Yeri

Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi, Türkiye'de özellikle karaciğer nakli alanında ilk sırada yer alan organ nakli merkezidir. Merkez 1992 yılında kurulmuş olup, böbrek, karaciğer, kalp, pankreas, kornea nakillerini başarı ile uygulamaktadır. Canlıdan organ nakli, karaciğer ve böbrek olgularında yapılmakta ve merkez Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalı ile düzenli olarak çalışmaktadır.

Hastanemizde canlı vericilerin ruhsal değerlendirmeleri, 1995 yılından itibaren Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültanyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalı'nda çalışan ve bu alanda deneyimli bir uzman tarafından yapılmaktadır. Her hafta değerlendirilen canlı karaciğer vericisi sayısı 6 ile 12 arasında değişmektedir. Organ vermeye gönüllü olan bireylerde; bir ruhsal hastalığın olup olmadığı, bedeni ve yaşamı hakkında karar verme yetisi, alıcının hastalığı ve sağaltımı hakkındaki bilgi düzeyi, alıcının kadavradan organ bulma şansını bilip bilmediği, organ bağışlama kararında herhangi bir zorlamaya maruz kalıp kalmadığı, ameliyat ve sonrasında kendisinde ortaya çıkabilecek riskleri bilme düzeyi değerlendirilmektedir.

Verici adayı olabileceği düşünülen ancak akrabalık ilişkisi olmayan olgularda ise, yukarıdakilere ek olarak, verme motivasyonundaki duygusal neden (emotinally related donors) araştırılmakta ve bu olgular daha sonra üniversitenin etik kurulunca da değerlendirilmektedir. Tüm bu değerlendirmeler süresince, organın para karşılığı alınıp alınmadığı veya maddi bir çıkarın söz konusu olup olmadığı her seferinde kontrol edilmektedir. Ruhsal açıdan sorunlu olan veya gönüllü olmayan bireyler verici olamamaktadır. Bu değerlendirme süreci içinde, her karaciğer verici adayından Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, MMPI Somatizasyon Alt Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurması istenmekte ve bu değerlendirmeler 1999 yılından beri arşivlenmektedir. Ameliyattan sonra ise hem vericiler hem de alıcılar bu alanda çalışan bir psikolog tarafından Organ Nakli Servisinde izlenmektedir.

2.4.2. Araştırmanın Zamanı

Bu çalışma Ağustos-2006 ile Kasım-2006 ayları arasında yürütülmüş, 4 aylık bir süre içinde veri toplama araçları posta yoluyla kişilere ulaştırılmıştır. Uygulamalardan elde edilen verilerin araştırmacı tarafından posta yoluyla kabulüne Şubat 2007 tarihinde son verilmiştir. Bireyler formları ev ortamında doldurmuşlardır. Uygulama yeri “doğal ev ortamı”dır.

2.5. Araştırmanın Evreni

Bu araştırma karaciğer canlı vericileri ile yapılmıştır. Ege Üniversitesi Hastanesi Organ Nakli Merkezinde ameliyat olmuş, vericiler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.6. Araştırmada Örneklem

Araştırmanın örneklemini, Ocak-1999 ile Nisan-2006 yılları arasında Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezinde karaciğer verici ameliyatı olan, yaşları 18 ile 55 arasında değişen, 35 kadın (%49.3), 36 erkek (%50.7), toplam 71 verici oluşturmuştur.

2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veri toplama aşamasında vericilere telefon ve mektupla ulaşılarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya davet edilmişlerdir. Ancak pek çok kişinin İzmir ili dışında yaşaması ya da çalışıyor olması bireylerin E. Ü. Psikiyatri Kliniğine gelmesini zorlaştırmıştır. Bu nedenle çalışma kişilere anketlerin posta yoluyla ulaştırılması ile devam etmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireyler formları doldurarak, araştırmacıya posta yoluyla ulaştırmışlardır. Posta giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Vericilerle bireysel görüşme yapılmamıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekler, sosyodemografik bilgi formu ve gönüllü olur formu yönergeleriyle birlikte bir araya getirilerek, sıra etkisini azaltmak amacıyla aşağıdaki sıra ile vericilere verilmiştir.

1. Gönüllü Olur Formu,
2. Sosyodemografik Bilgi Formu,
3. Beck Depresyon Ölçeği,
4. Somatizasyon Alt Ölçeği,
5. Durumluk-Süreklik Kaygı Ölçeği,
6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
7. Karardan Pişmanlık Ölçeği

Araştırmada kullanılan anket ve testler bireylerin kendi kendilerine doldurabilecekleri formlar olup, bireyin hızına bağlı olarak 20-30 dakika arasında doldurulabilmektedir.

2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi "SPSS 13.0 for Windows" programı ile gerçekleştirilmiştir. Süreksiz verilerin analizinde ki-kare testi, gerektiğinde Fisher Exact düzeltme işlemi uygulanarak kullanılmıştır. Sürekli verilerin analizinde ise t-Testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır.

2.9. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2005 yılı içinde planlanmış ve 2006 yılında uygulamaya geçilmiştir. Planlanan 4 aylık süre içinde veri toplanmıştır. Bu süre içinde toplanan veriler

araştırmada kullanılmış, daha sonra gönderilen materyaller araştırmaya alınmamıştır. Uygulamaların bitiminden sonra elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve yazım aşaması yaklaşık üç ay sürmüştür. Çalışma bir kişi ile yürütülmüştür.

2.10. Etik açıklamalar

Çalışmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi Müdürlüğü ile bireysel görüşme yapılarak, çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve uygulama için onay alınmıştır. Çalışmaya katılan bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olur formunu imzalamışlar, gönüllü olan bireyler çalışmaya katılmışlardır. Araştırma sonuçları toplu olarak değerlendirilmiş, bireysel bilgiler gizli tutulmuştur.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada elde edilen sosyodemografik bulgular ve uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilere ait analiz sonuçları üzerinde durulduktan sonra, anketten elde edilen diğer veriler sunulacaktır.

3.1. Araştırmada Yer Alan Vericilerin Temel Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmada yer alan 71 canlı karaciğer vericisinin %49.3'ü kadın, %50.7'si erkektir. Araştırma bulgularına göre vericilerin yaşları 18 ile 55 yaş arasında değişmektedir. Tüm vericilerin yaş ortalaması 30.29 $\pm$ 8.8 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyete göre bakıldığında erkek vericilerin yaş ortalaması 28.50 $\pm$ 7.44) (18-48), kadın vericilerin ise 32.14 $\pm$ 9.78 (19-55) olarak bulunmuştur. Uygulanan t-testi sonucunda kadınların ve erkeklerin yaş ortalamaları açısından farklılaşmadıkları belirlenmiştir ($t=1.769$; $p>0.05$). Araştırmada yer alan vericilerin yaş dağılımları ile ilgili bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Araştırmada sosyo-ekonomik düzey, kişilerin aylık gelir durumuna göre alt, orta ve üst olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Aylık geliri 500 YTL ve altında olanlar "alt", 500-1500 YTL arası olanlar "orta", 1500 YTL ve üzeri olanlar "üst" sosyo-ekonomik düzeyde yer almışlardır. Yapılan analizler sonucunda, vericilerin %52.1'i alt, % 35.2'si orta ve %12.7'si üst sosyo-ekonomik düzeyden gelmektedir. Sosyo-ekonomik düzey açısından kadınlar ve erkeklerin alt, orta ve üst sosyo-ekonomik düzeylere dağılımı ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve bu iki grubun sosyo-ekonomik düzey açısından farklılaşmadıkları bulunmuştur (χ^2=0.380; p>0.05). Araştırmada yer alan vericilerin sosyo-ekonomik düzeyleri ile ilgili bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Araştırmada vericiler eğitim düzeylerine göre "ilköğretim", "lise" ve "üniversite ve üzeri" olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, vericilerin %60.6'sı ilköğretim, %26.8'i lise ve %17.2'si üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde yer almaktadır. Cinsiyetlere göre vericilerin eğitim düzeyleri arasında fark olup olmadığı uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve eğitim düzeyi açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=3.258; p>0.05). Araştırmada yer alan vericilerin eğitim düzeyleri ile ilgili bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Araştırmada vericiler medeni durumlarına göre, "evli", "bekar" ve "boşanmış veya ayrı" olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Araştırma bulgularına göre, vericilerin %60.6'sı evli, %35.2'si bekar ve %4.2'si boşanmış veya ayrıdır. Yapılan ki-kare testi analizinde medeni durum açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (χ^2=7.044; p<0.05). Elde edilen bulgulara göre erkeklerin %50'si "bekar" iken kadınlarda bu oran %20 olarak bulunmuştur. Araştırmada yer alan vericilerin medeni durum ile ilgili bulguları Tablo 2'de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan vericilerin, %44.9'u SSK'lı, %24.6'sı yeşil kartlı, %11.6'sı Bağ-Kur'lu, %5.8'i emekli sandığı ve %1.4'ünün özel sigortası olup, vericilerin %11.6'sının herhangi bir sağlık sigortası yoktur. Uygulanan ki-kare testi sonucu sağlık sigortaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=2.335; p>0.05). Araştırmada yer alan vericilerin sağlık sigortaları ile ilgili bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan vericiler yaptıkları işe göre; "çalışmıyor", "işçi" ve "masa başı iş" yapanlar olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Çalışmıyor grubunda yer alanlar genellikle ev hanımlarından oluşmuştur. İşçi grubunda yer alanlar beden güçleri ile çalışan, örneğin, inşaat işçisi, kasap, konfeksiyonda çalışan kişilerdir. Masa başı iş yapanlar ise, bankacı, bilgisayar programcısı gibi işlerini masa başında yapan kişilerdir. Vericilerin %42.3'ü çalışmamakta, %39.4'ü işçi olarak çalışmakta

ve %18.3'ü masa başı iş yapmaktadır. Uygulanan ki-kare testi sonucunda meslekler açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür (χ^2=25.588; p<0.001). Kadınların %71.4'ü çalışmazken, erkeklerde bu oran %13.4 olarak saptanmıştır. Çalışan erkeklerin ise ağırlıklı olarak (%63.9) işçi olarak çalıştıkları görülmektedir. Araştırmada yer alan vericilerin meslekleri ile ilgili bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Araştırmada Yer Alan Vericilere İlişkin Temel Demografik Bulgular

		Kadın n=35 (%49.3)	**Erkek** n=36 (%50.7)	**Tüm Grup** n=71 (%100)	**t**	**p**
Yaş	Ortalama	32.14±9.78	28.50±7.44	30.29±8.80	1.769	.081
					χ^2	**p**
Medeni Durum	Evli	26 (%74.3)	17 (%47.2)	43 (%60.6)	7.044	**.030**
	Bekar	7 (%20)	18 (%50)	25 (%35.2)		
	Boşanmış/ Ayrı	2 (%5.7)	1 (%2.8)	3 (%4.2)		
SED	Üst	5 (%14.3)	4 (%11.1)	9 (%12.7)	.380	.827
	Orta	13 (%37.1)	12 (%33.3)	25 (%35.2)		
	Alt	17 (%48.6)	20 (%55.6)	37 (%52.1)		
Eğitim	İlköğretim	24 (%68.6)	19 (%52.8)	43 (%60.6)	3.258	.196
	Lise	6 (%17.1)	13 (%36.1)	19 (%26.8)		
	Üniversite ve üzeri	5 (%14.3)	4 (%11.1)	9 (%12.7)		
Sağlık Sigortası	Emekli sandığı	3 (%8.9)	1 (%2.9)	4 (%5.8)	2.335	.820
	SSK	14 (%41.2)	17 (%48.6)	31 (%44.9)		
	Bağ-Kur	4 (%11.8)	4 (%11.4)	8 (%11.6)		
	Yeşil kart	9 (%26.5)	8 (%22.9)	17 (%24.6)		
	Özel sigorta	0 (%0)	1 (%2.9)	1 (%1.4)		
	Yok	4 (%11.8)	4 (%11.4)	8 (%11.6)		
Meslek	Çalışmıyor	25 (%71.4)	5 (%13.9)	30 (%42.3)	25.588	**.000**
	İşçi	5 (%14.3)	23 (%63.9)	28 (%39.4)		
	Masa başı iş	5 (%14.3)	8 (%22.2)	13 (%18.3)		

3.2. Vericilerin Ebeveyn Kayıpları ve Yaşadıkları Aile Ortamına İlişkin Bulgular

Araştırmada yer alan vericiler ebeveyn kaybına göre "anne sağ", "baba sağ" ve "ebeveynlerden biri ya da ikisi ölmüş" olmak üzere değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, vericilerden %12.7'si annelerini, %25.4'ü babalarını kaybetmişlerdir. Tüm gruba bakıldığında, vericilerin yaklaşık üçte birinde (%31) ebeveyn kaybı (ebeveynlerden biri ya da iki ölmüş) olduğu görülmektedir. Ebeveyn kaybı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı uygulanan ki-kare testi ile saptanmıştır. Vericilerin ebeveyn kayıplarına ilişkin bulgular Tablo 3'de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan vericiler yaşadıkları aile ortamına göre; "eş-çocuklar", "ailesi", "yalnız" ve "çocukları ve ailesi" olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, vericilerin %60.6'sı eşi ve çocukları, %33.8'i ailesi, %2.8'i yalnız ve %2.8'i çocukları ve ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Yaşadıkları aile ortamı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (χ^2=10.038; $p<0.05$). Kadınların %74.3'ü eşi ve çocukları ile yaşarken, erkeklerde bu oran %47.2 olarak saptanmıştır. Erkeklerin %47.2'si ailesi ile yaşarken, kadınlarda bu oran %20 olarak saptanmıştır. Vericilerin yaşadıkları aile ortamına ilişkin bulgular Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3: Vericilerin Ebeveyn Kayıpları ve Yaşadıkları Aile Ortamına İlişkin Bulgular

		Erkek	**Kadın**	**Tüm Grup**	$\chi 2$	p
Anne yaşıyor	Evet	31 (%86.1)	31 (%88.6)	62 (%87.3)	.097	1.000
	Hayır	5 (%13.9)	4 (%11.4)	9 (%12.7)		
Baba yaşıyor	Evet	25 (%35.2)	28 (%39.4)	53 (%74.6)	1.045	.415
	Hayır	11 (%15.5)	7 (%9.9)	18 (%25.4)		
Ebeveynlerden biri yada ikisi ölmüş	Evet	13 (%36.1)	9 (%25.7)	22 (%31.0)	**.**897	.443
	Hayır	23 (%63.9)	26 (%74.3)	49 (%69.0)		
Kiminle birlikte yaşıyor	Eş ve çocuklar	17 (%47.2)	26 (%74.3)	43 (%60.6)	10.038	**.018**
	Aile	17 (%47.2)	7 (%20)	24 (%33.8)		
	Yalnız	2 (%5.6)	0 (%0)	2 (%2.8)		
	Çocukları ve ailesi	0 (%0)	2 (%5.7)	2 (%2.8)		

3.3. Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Puanlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Araştırmada yer alan vericilerin, uygulanan Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeğine ilişkin ortalama puanlar ile ilgili bulgular Tablo 4'de sunulmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilere göre, vericilerin depresyon ölçeği ortalama puanı 4.08 $\pm$ 5.57 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan t-testi analizi sonucu depresyon

ölçeği puanı ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırma bulgularına göre, vericilerin somatizasyon ölçeği ortalama puanı 7.86 ± 5.08 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan t-testi analizi sonucu somatizasyon ölçeği puanı ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4: Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

		N	Ortalama SS	Minimum	Maksimum	t	p
Beck Depresyon Ölçeği	Erkek	33	3.51 ± 5.55	0	27	.828	.410
	Kadın	34	4.64 ± 5.62	0	22		
	Toplam	67	4.08 ± 5.57	0	27		
Somatizasyon Ölçeği	Erkek	35	7.82 ± 5.15	1	27	.067	.946
	Kadın	34	7.91 ± 5.09	0	23		
	Toplam	69	7.86 ± 5.08	0	27		
Durumluk Anksiyete	Erkek	34	30.79 ± 8.53	20	52	.137	.892
	Kadın	33	31.09 ± 9.22	20	54		
	Toplam	67	30.94 ± 8.81	20	54		
Sürekli Anksiyete	Erkek	35	34.65 ± 8.10	20	55	.523	.603
	Kadın	34	35.79 ± 9.89	21	57		
	Toplam	69	35.21 ± 8.98	20	57		

Araştırma bulgularına göre, vericilerin durumluk anksiyete ölçeği ortalama puanı 30.94 ± 8.81 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan t-testi analizi sonucu durumluk anksiyete ölçeği puanı ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırma bulgularına göre, vericilerin sürekli anksiyete ölçeği ortalama puanı 35.21 $\pm$ 8.98 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan t-testi analizi sonucu sürekli anksiyete ölçeği puanı ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

3.4. Depresyon, Somatizasyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi Düşük ve Yüksek Olan Vericilere İlişkin Analiz Sonuçları

Araştırmada yer alan vericiler depresyon ölçeğinden aldıkları puanlara göre "depresyon var" (17 puan ve üzeri) ve "depresyon yok" (16 puan ve altı) olarak iki gruba ayrılmışlardır (Hisli, 1989). Yapılan analizler sonucunda, vericilerin %4.5'inde (n=3) depresyon puanları normal sınırların üzerinde iken, %95.5'sinde (n=64) depresyon puanları normal sınırlarda bulunmuştur. Cinsiyetlere göre depresyonun varlığına bakıldığında, kadınlarda bu oran %5.9 (n=2) bulunurken, erkeklerde %3 (n=1) olarak tespit edilmiştir. Uygulanan ki-kare testi sonucu depresyonun varlığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=.318; p>0.05). Vericilerde depresyonun varlığı ile ilgili bulgular Tablo 5'de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan vericiler, uygulanan somatisazyon ölçeğinden aldıkları puana göre "somatizasyon var" (13 puan ve üzeri) ve "somatizasyon yok" (12 puan ve altı) olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır. Yapılan analizler sonucunda, vericilerin %18.8'inde (n=13) somatizasyon puanları normal sınırların üzerinde iken, %81.2'sinde (n=56) somatizasyon puanları normal sınırlarda bulunmuştur. Cinsiyetlere göre somatizasyonun varlığına bakıldığında, kadınlarda bu oran %23.5

(n=8) iken erkeklerde %14.3 (n=5) olarak tespit edilmiştir. Uygulanan ki-kare testi sonucu, somatizasyonun varlığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=.964; p>0.05). Vericilerde somatizasyonun varlığı ile ilgili bulgular Tablo 5'de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan vericiler durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlara göre "durumluk anksiyete var" (41 puan ve üzeri) ve "durumluk anksiyete yok" (40 puan ve altı) olarak iki gruba ayrılmışlardır. Yapılan analizler sonucunda, vericilerin % 13.4'ünde (n=9) durumluk anksiyete puanları normal sınırların üzerinde görülürken, % 86.6'sında (n=58) anksiyete görülmemiştir. Cinsiyetlere göre durumluk anksiyetenin varlığına bakıldığında, kadınlarda bu oran % 12.1 (n=4) iken erkeklerde % 14.7 (n=5) olarak tespit edilmiştir. Uygulanan ki-kare testi sonucu, durumluk anksiyetenin varlığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=.096; p>0.05). Vericilerde durumluk anksiyetenin varlığı ile ilgili bulgular Tablo 5'de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan vericiler sürekli anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlara göre "sürekli anksiyete var" (43 puan ve üzeri) ve "sürekli anksiyete yok" (42 puan ve altı) olarak iki gruba ayrılmışlardır. Yapılan analizler sonucunda, vericilerin % 24.6'sında (n=17) sürekli anksiyete puanları normal sınırların üzerinde görülürken, % 75.4'ünde (n=52) sürekli anksiyete görülmemiştir. Cinsiyetlere göre sürekli anksiyetenin varlığına bakıldığında, kadınlarda bu oran % 29.4 (n=10) iken erkeklerde % 20 (n=7) olarak tespit edilmiştir. Uygulanan ki-kare testi sonucu, sürekli anksiyetenin varlığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=.823; p>0.05). Vericilerde sürekli anksiyetenin varlığı ile ilgili bulgular Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5: Vericilerde Depresyon, Somatizasyon, Durumluk ve Sürekli Kaygının Varlığına İlişkin Bulgular

	Somatizasyon		**Depresyon**		**Durumluk Anksiyete**		**Sürekli Anksiyete**	
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**
Erkek	5 (%14.3)	30 (%85.7	1 (%3)	32 (%97)	5 (%14.7)	29 (%85.3)	7 (%20)	28 (%80)
Kadın	8 (%23.5)	26 %76.5)	2 (%5.9)	32 (%94.1)	4 (%12.1)	29 (%87.9)	10 (%29.4)	24 (%70.6)
Toplam	13 (%18.8)	56 (%81.2)	3 (%4.5)	64 (%95.5)	9 (%13.4)	58 (%86.6)	17 (%24.6)	52 (%75.4)

3.5. Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları ve Türk Toplumu Puanları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Sonuçları

Araştırmada yer alan vericilerin, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanlarıyla ilgili bulgular Tablo 6'da sunulmuştur. Kadınlar ve erkeklerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçek puanları ortalaması açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları uygulanan t-testi analizi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, kadınların rol güçlüğü fiziksel alt ölçek puanı ortalamalarının erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (t=1.425; p<0.05). Diğer alt ölçek ortalama puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 6: Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği		N	Ortalama - SS	minimum	maksimum	t	p
Fiziksel fonksiyon	Erkek	36	90.97 ± 9.08	60	100	1.425	.159
	Kadın	34	87.20 ± 12.80	50	100		
	Toplam	70	89.14 ± 11.13	50	100		
Rol güçlüğü fiziksel	Erkek	36	87.50 ± 25.00	0	100	2.052	**.044**
	Kadın	34	72.79 ± 34.46	0	100		
	Toplam	70	80.35 ± 30.66	0	100		
Ağrı	Erkek	35	84.97 ± 18.36	31	100	1.731	.088
	Kadın	34	77.38 ± 18.04	31	100		
	Toplam	69	81.23 ± 18.47	31	100		
Genel sağlık	Erkek	34	80.55 ± 15.81	30	100	.272	.787
	Kadın	33	79.48 ± 16.52	45	100		
	Toplam	67	80.02 ± 16.05	30	100		
Vitalite	Erkek	35	76.00 ± 18.30	30	100	.071	.943
	Kadın	34	76.32 ± 19.39	30	100		
	Toplam	69	76.15 ± 18.71	30	100		
Sosyal fonksiyon	Erkek	35	87.50 ± 18.68	12.50	100	.527	.600
	Kadın	33	84.84 ± 22.69	12.50	100		
	Toplam	68	86.21 ± 20.61	12.50	100		
Rol güçlüğü emosyonel	Erkek	36	80.55 ± 30.21	0	100	1.084	.282
	Kadın	33	71.71 ± 37.38	0	100		
	Toplam	69	76.32 ± 33.86	0	100		
Mental sağlık	Erkek	35	78.97 ± 15.56	36	100	.661	.511
	Kadın	34	76.23 ± 18.70	44	100		
	Toplam	69	77.62 ± 17.11	36	100		

Tablo 7: Vericilerin ve Türk Toplumunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Vericiler (ortalama-SS)	Normal Popülasyon (ortalama-SS)	t	p
Fiziksel fonksiyon	89.14 ± 11.13	86.6 ± 25.2	.827	.4086
Rol güçlüğü fiziksel	80.35 ± 30.66	89.5 ± 29.6	2.353	**.0191**
Ağrı	81.23 ± 18.47	86.1 ± 20.6	1.828	.0683
Genel sağlık	80.02 ± 16.05	73.9 ± 17.5	2.661	**.0081**
Vitalite	76.15 ± 18.71	67.0 ± 13.8	4.739	**.0001**
Sosyal fonksiyon	86.21 ± 20.61	94.8 ± 14.2	4.222	**.0001**
Rol güçlüğü emosyonel	76.32 ± 33.86	94.7 ± 20.9	5.965	**.0001**
Mental sağlık	77.62 ± 17.11	75.3 ± 11.6	1.397	.1632

Vericilerin ve Türk toplumunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları uygulanan t-testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ikili karşılaştırmalara bakıldığında, vericilerin fiziksel rol güçlüğü ($t=-2.353$; $p<0.05$), sosyal fonksiyon ($t=-4.222$; $p<0.001$) ve emosyonel rol güçlüğü ($t=-5.965$; $p<0.001$) alt ölçek puanı ortalamalarının, Türk toplumunun ilgili ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Vericilerin, vitalite ($t=4.739$; $p<0.001$) ve genel sağlık ($t=2.661$; $p<0.01$) alt ölçek puanı ortalamalarının ise Türk toplumu ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı ve mental sağlık alt ölçek ortalamalarının iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Vericilerin ve

Türk toplumunun yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları aşağıda Tablo 7'de sunulmuştur.

3.6. Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik çalışmasında maddelerin birbirleriyle olan ilişkisi üzerinde durulmuş ve Cronbach alfa katsayısı 0.28 olarak saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin iç tutarlılığı düşüktür. Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin güvenirlik çalışması için 66 vericiden elde edilen veriler ile çalışılmıştır. Ölçeğin puanlanma yöntemine göre, 35 kişi ölçekten "0" puan almış, 25 kişi iki ve üzerindeki maddelerden puan almış ve 16 kişi ise ölçekte tek maddeden puan almışlardır. Bu nedenle elde edilen veriler bu çalışmada kullanılamamıştır.

3.7. Ameliyata İlişkin Farklı Yaşam Alanlarında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin, Uygulanan Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada vericilerin ameliyattan sonraki yaşadıkları sorunlara ilişkin ankette sorulan soruların ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları sunulmuştur.

3.7.1. Ameliyat İzinden Rahatsız Olan ve Olmayan Vericilerin Uygulanan Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ankette sorulan "Ameliyat izi sizi rahatsız ediyormu?" sorusuna verilen yanıta göre, "**ameliyat izinden rahatsız olan**" ve "**olmayan**" vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları Mann-Whitney U testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ameliyat izinden rahatsız olan vericilerin somatizasyon ($F=-1.998$; $p<0.05$), depresyon ($F=-2.840$; $p<0.01$), durumluk anksiyete ($F=-2.048$; $p<0.05$) ve sürekli anksiyete ($F=-3.487$; $p<0.001$) ortalamalarının ameliyat izinden rahatsız olmayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ameliyat izinden rahatsız olan vericilerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık ($F=-2.561$; $p<0.01$) ve mental sağlık alt ($F=-2.667$; $p<0.01$) ölçek ortalamalarının, ameliyat izinden rahatsız olmayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. İki grup arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğindeki diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ameliyat izinden rahatsız olan ve olmayan vericilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: “Ameliyat İzinden Rahatsız Olan” ve “Olmayan” Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

	Ameliyat izi rahatsız ediyor mu?	N	Ortalama - SS	minimum	maksimum	Z	p
Somatizasyon	Evet	16	10.31 ± 6.10	2	23	-1.998	**.046**
	Hayır	53	7.13 ± 4.54	0	27		
Depresyon	Evet	14	8.57 ± 8.14	0	27	-2.840	**.005**
	Hayır	53	2.90 ± 4.00	0	18		
Durumluk anksiyete	Evet	15	35.60 ± 10.64	20	53	-2.048	**.041**
	Hayır	52	29.59 ± 7.82	20	54		
Sürekli anksiyete	Evet	16	42.68 ± 9.18	23	57	-3.487	**.000**
	Hayır	53	32.96 ± 7.66	20	54		
SF-36 fiziksel fonksiyon	Evet	15	85.00 ± 14.51	50	100	-1.226	.220
	Hayır	55	90.27 ± 9.87	55	100		
SF-36 rol güçlüğü	Evet	15	66.66 ± 43.98	0	100	-1.205	.228
	Hayır	55	84.09 ± 25.16	0	100		
SF-36 ağrı	Evet	15	72.53 ± 23.79	31	100	-1.571	.116
	Hayır	54	83.64 ± 16.15	41	100		
SF-36 genel sağlık	Evet	15	67.53 ± 22.32	30	100	-2.561	**.010**
	Hayır	52	83.63 ± 11.72	60	100		
SF-36 vitalite	Evet	15	68.33 ± 22.73	30	100	-1.660	.097
	Hayır	54	78.33 ± 17.04	40	100		
SF-36 sosyal fonksiyon	Evet	15	83.33 ± 18.70	37.5	100	-1.294	.196
	Hayır	53	87.02 ± 21.22	12.5	100		
SF-36 rol güçlüğü emosyonel	Evet	15	64.44 ± 42.66	0	100	-1.095	.273
	Hayır	54	79.62 ± 30.65	0	100		
SF-36 mental sağlık	Evet	15	65.86 ± 20.66	36	100	-2.667	**.008**
	Hayır	54	80.88 ± 14.59	44	100		

3.7.2. Yeniden Verici Olmayı İsteyen ve İstemeyen Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ankette sorulan "Yeniden verici olur muydunuz?" sorusuna verilen yanıta göre, "**yeniden verici olmak isteyen**" ve "**istemeyen**" vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları Mann-Whitney U testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, yeniden verici olmak istemeyen vericilerin depresyon ortalamalarının yeniden verici olmak isteyen vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($F=-2.321$; $p<0.05$). SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin yalnızca sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalamasının, yeniden verici olmak istemeyen grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ($F=-2.337$; $p<0.05$). İki grup arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğindeki diğer alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Yeniden verici olmak isteyen ve istemeyen vericilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9: “Yeniden Verici Olmayı İsteyen” ve “İstemeyen” Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

	Yeniden verici olur muydunuz?	N	Ortalama - SS	minimum	maksimum	Z	p
Somatizasyon	Evet	58	7.81 ± 5.18	0	27	-.043	.965
	Hayır	10	7.80 ± 4.80	20	14		
Depresyon	Evet	56	3.58 ± 5.67	0	27	-2.321	**.020**
	Hayır	10	6.20 ± 4.44	0	13		
Durumluk anksiyete	Evet	56	30.64 ± 9.02	20	54	-.654	.513
	Hayır	10	31.70 ± 7.88	20	44		
Sürekli anksiyete	Evet	58	34.56 ± 8.72	20	55	-1.447	.148
	Hayır	10	39.00 ± 10.43	21	57		
SF-36 fiziksel fonksiyon	Evet	59	89.91 ± 10.64	55	100	-1.348	.178
	Hayır	10	85.00 ± 13.94	50	95		
SF-36 rol güçlüğü	Evet	59	82.62 ± 28.71	0	100	-.875	.382
	Hayır	10	75.00 ± 33.33	0	100		
SF-36 ağrı	Evet	58	82.81 ± 18.40	31	100	-1.595	.111
	Hayır	10	74.10 ± 17.75	52	100		
SF-36 genel sağlık	Evet	56	80.73 ± 15.12	30	100	-.171	.864
	Hayır	10	77.40 ± 21.52	45	100		
SF-36 vitalite	Evet	58	77.50 ± 18.50	30	100	-1.410	.159
	Hayır	10	69.00 ± 20.11	30	95		
SF-36 sosyal fonksiyon	Evet	57	87.71 ± 21.19	12.5	100	-2.337	**.019**
	Hayır	10	81.25 ± 13.50	50	100		
SF-36 rol güçlüğü emosyonel	Evet	58	79.88 ± 30.55	0	100	-1.134	.257
	Hayır	10	63.33 ± 42.88	0	100		
SF-36 mental sağlık	Evet	58	78.82 ± 17.36	36	100	-1.775	.076
	Hayır	10	70.00 ± 14.99	52	88		

3.7.3. Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşamında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ankette sorulan "Cinsel yaşamınızda ameliyat sonrası sorun yaşadınızmı?" sorusuna verilen yanıta göre, ameliyat sonrası "**cinsel yaşamında sorun yaşayan**" ve **"yaşamayan"** vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları Mann-Whitney U testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ameliyat sonrası cinsel yaşamında sorun yaşayan vericilerin somatizasyon ($F=-2.126$; $p<0.05$), depresyon ($F=-2.126$; $p<0.001$), durumluk anksiyete ($F=-2.990$; $p<0.01$) ve sürekli anksiyete ($F=-2.509$; $p<0.01$) ortalamalarının cinsel yaşamında sorun yaşamayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası cinsel yaşamında sorun yaşayan vericilerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü ($F=-2.773$; $p<0.01$), ağrı ($F=-2.369$; $p<0.05$), genel sağlık ($F=-3.122$; $p<0.01$), vitalite ($F=-2.619$; $p<0.01$), emosyonel rol güçlüğü ($F=-2.647$; $p<0.01$) ve mental sağlık ($F=-2.945$; $p<0.01$) alt ölçek ortalamalarının sorun yaşamayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. İki grup arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ameliyat sonrası cinsel yaşamında sorun yaşayan ve yaşamayan vericilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: "Cinsel Yaşamında Sorun Yaşayan" ve "Yaşamayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

	Cinsel yaşamınızda ameliyat sonrası sorun yaşadınızmı?	N	Ortalama-SS	minimum	maksimum	Z	p
Somatizasyon	Evet	9	11.11 ± 5.44	3	20	-2.126	**.034**
	Hayır	59	7.33 ± 4.92	0	27		
Depresyon	Evet	8	12.75 ± 8.32	0	27	-3.352	**.001**
	Hayır	59	2.91 ± 3.90	0	18		
Durumluk anksiyete	Evet	9	41.00 ± 10.95	21	53	-2.990	**.004**
	Hayır	57	29.14 ± 7.23	20	54		
Sürekli anksiyete	Evet	9	43.22 ± 10.34	24	57	-2.509	**.012**
	Hayır	59	33.93 ± 8.24	20	54		
SF-36 fiziksel fonksiyon	Evet	9	81.66 ± 16.58	50	100	-1.673	.094
	Hayır	60	90.75 ± 9.05	55	100		
SF-36 rol güçlüğü fiziksel	Evet	9	41.66 ± 50.00	0	100	-2.773	**.006**
	Hayır	60	86.25 ± 22.27	25	100		
SF-36 ağrı	Evet	9	64.77 ± 25.21	31	100	-2.369	**.018**
	Hayır	59	84.03 ± 16.04	41	100		
SF-36 genel sağlık	Evet	9	61.33 ± 20.82	30	100	-3.122	**.002**
	Hayır	58	82.93 ± 13.18	45	100		
SF-36 vitalite	Evet	9	60.55 ± 19.43	30	85	-2.619	**.009**
	Hayır	59	78.38 ± 17.72	30	100		
SF-36 sosyal fonksiyon	Evet	9	76.38 ± 24.56	37.5	100	-1.575	.115
	Hayır	58	89.00 ± 17.21	125	100		
SF-36 rol güçlüğü emosyonel	Evet	9	40.74 ± 46.48	0	100	-2.647	**.008**
	Hayır	59	81.92 ± 28.58	0	100		
SF-36 mental sağlık	Evet	9	58.22 ± 20.89	36	88	-2.945	**.003**
	Hayır	59	80.54 ± 14.69	44	100		

3.7.4. Ameliyat Sonrası İş Kaybı Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ankette sorulan "Ameliyat olduğunuz için işinizi kaybettiniz mi?" sorusuna verilen yanıta göre, ameliyat sonrası "**iş kaybı olan"** ve "**olmayan"** vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları Mann-Whitney U testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ameliyat sonrası iş kaybı olan vericilerin durumluk anksiyete ($F=-2.772$; $p<0.05$) ve sürekli anksiyete ($F=-2.036$; $p<0.05$) ortalamalarının iş kaybı olmayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası iş kaybı olan vericilerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık ($F=-2.090$; $p<0.05$) ve mental sağlık ($F=-2.331$; $p<0.05$) alt ölçek ortalamalarının, iş kaybı olmayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. İki grup arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ameliyat sonrası iş kaybı olan ve olmayan vericilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: "İş Kaybı Olan" ve "Olmayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

	Ameliyat olduğunuz için işinizi kaybettiniz mi?	N	Ortalama - SS	minimum	maksimum	Z	p
Somatizasyon	Evet	4	8.75 ± 7.63	4	20	-.123	.902
	Hayır	61	7.93 ± 5.06	0	27		
Depresyon	Evet	3	8.00 ± 12.16	0	22	-.311	.756
	Hayır	61	3.96 ± 5.30	0	27		
Durumluk anksiyete	Evet	4	43.25 ± 10.96	28	53	-2.772	**.023**
	Hayır	59	30.00 ± 8.13	20	54		
Sürekli anksiyete	Evet	4	44.00 ± 5.65	36	48	-2.036	**.042**
	Hayır	61	34.52 ± 8.94	20	57		
SF-36 fiziksel fonksiyon	Evet	4	86.25 ± 12.50	70	100	-.713	.476
	Hayır	62	89.59 ± 10.72	50	100		
SF-36 rol güçlüğü fiziksel	Evet	4	50.00 ± 57.73	0	100	-1.071	.284
	Hayır	62	81.45 ± 28.60	0	100		
F-36 ağrı	Evet	4	61.50 ± 35.81	31	100	-1.140	.254
	Hayır	61	82.14 ± 16.70	41	100		
SF-36 genel sağlık	Evet	4	60.25 ± 21.10	30	77	-2.090	**.037**
	Hayır	60	80.95 ± 15.21	35	100		
SF-36 vitalite	Evet	4	67.50 ± 27.23	30	90	-.686	.493
	Hayır	61	76.88 ± 18.44	30	100		
SF-36 sosyal fonksiyon	Evet	4	68.75 ± 29.75	37.5	100	-1.523	.128
	Hayır	60	88.54 ± 17.72	12.5	100		
SF-36 rol güçlüğü emosyonel	Evet	4	50.00 ± 57.73	0	100	-.952	.341
	Hayır	61	77.04 ± 32.51	0	100		
SF-36 mental sağlık	Evet	4	57.00 ± 19.96	36	76	-2.331	**.020**
	Hayır	61	79.27 ± 16.12	40	100		

3.7.5. Ameliyat Sonrası Komplikasyon Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ankette sorulan "Ameliyat sonrasında komplikasyon yaşadınız mı? " sorusuna verilen yanıta göre, ameliyat sonrası "**komplikasyon yaşayan"** ve **"yaşamayan"** vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları Mann-Whitney U testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ameliyat sonrası komplikasyon yaşayan ve yaşamayan vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ameliyat sonrası komplikasyon yaşayan vericilerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ($F=-2.004$; $p<0.05$) ve sosyal fonksiyon ($F=-1.964$; $p<0.05$) alt ölçek ortalamalarının, komplikasyon yaşamayan vericilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. İki grup arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ameliyat sonrası komplikasyon yaşayan ve yaşamayan vericilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12: "Komplikasyon Yaşayan" ve "Yaşamayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

	Ameliyat sonrasında komplikasyon yaşadınız mı?	N	Ortalama- SS	minimum	maksimum	Z	p
Somatizasyon	Evet	9	7.33 ± 5.89	2	20	-.681	.496
	Hayır	59	7.91 ± 5.04	0	27		
Depresyon	Evet	8	7.87 ± 6.95	0	22	-1.860	.063
	Hayır	59	3.57 ± 5.22	0	27		
Durumluk anksiyete	Evet	9	34.66 ± 10.75	20	53	-1.338	.181
	Hayır	57	30.14 ± 8.34	20	54		
Sürekli anksiyete	Evet	9	35.11 ± 7.91	23	48	-.217	.828
	Hayır	59	35.16 ± 9.25	20	57		
SF-36 fiziksel fonksiyon	Evet	9	88.33 ± 11.45	70	100	-.300	.764
	Hayır	60	89.75 ± 10.59	50	100		
SF-36 rol güçlüğü fiziksel	Evet	9	58.33 ± 46.77	0	100	-1.664	.096
	Hayır	60	83.75 ± 26.76	0	100		
SF-36 ağrı	Evet	9	66.44 ± 27.78	31	100	-2.004	**.045**
	Hayır	59	83.77 ± 15.74	41	100		
SF-36 genel sağlık	Evet	9	76.00 ± 21.66	30	100	-.499	.618
	Hayır	58	80.65 ± 15.15	35	100		
SF-36 vitalite	Evet	9	75.00 ± 21.06	30	100	-.173	.863
	Hayır	59	76.18 ± 18.64	30	100		
SF-36 sosyal fonksiyon	Evet	9	72.22 ± 25.60	37.5	100	-1.964	**.050**
	Hayır	58	89.65 ± 16.41	12.5	100		
SF-36 rol güçlüğü emosyonel	Evet	9	55.55 ± 52.70	0	100	-1.123	.262
	Hayır	59	79.66 ± 29.69	0	100		
SF-36 mental sağlık	Evet	9	75.11 ± 22.69	36	100	-.064	.949
	Hayır	59	77.96 ± 16.46	40	100		

3.7.6. Ameliyat Sonrası Pişman Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Analiz Sonuçları

Ankette sorulan "Bu ameliyatı keşke olmasaydım dediğiniz ve pişmanlık duyduğunuz oldu mu?" sorusuna verilen yanıta göre, ameliyat sonrası "**pişman olan"** ve **"olmayan"** vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve SF-36 yaşam kalitesi puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları Mann-Whitney U testi ile irdelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, ameliyat sonrası pişman olan vericilerin somatizasyon ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur ($F=-2.097$; $p<0.05$). Depresyon, durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ortalamaları açısından pişman olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. İki grup arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ameliyat sonrası pişman olan ve olmayan vericilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13: "Pişman Olan" ve "Olmayan" Vericilerin Somatizasyon, Depresyon, Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puan ve Standart Sapmaları

	Ameliyat sonrasında pişman oldunuz mu?	N	Ortalama - SS	minimum	maksimum	Z	p
Somatizasyon	Evet	3	3.00 ± 1.72	2	5	-2.097	**.036**
	Hayır	66	8.09 ± 5.08	0	27		
Depresyon	Evet	3	4.00 ± 4.00	0	8	-.327	.743
	Hayır	64	4.09 ± 5.66	0	27		
Durumluk anksiyete	Evet	3	30.00 ± 8.88	20	37	-.046	.964
	Hayır	64	30.98 ± 8.88	20	54		
Sürekli anksiyete	Evet	3	34.00 ± 9.64	23	41	-.147	.883
	Hayır	66	35.22 ± 9.02	20	57		
SF-36 fiziksel fonksiyon	Evet	3	95.00 ± 5.00	90	100	-.946	.344
	Hayır	67	88.88 ± 11.27	50	100		
SF-36 rol güçlüğü fiziksel	Evet	3	75.00 ± 25.00	50	100	-.797	.425
	Hayır	67	80.59 ± 31.02	0	100		
SF-36 ağrı	Evet	3	74.33 ± 22.23	61	100	-.851	.395
	Hayır	66	81.54 ± 18.42	31	100		
SF-36 genel sağlık	Evet	3	79.66 ± 28.57	47	100	-.442	.659
	Hayır	64	80.04 ± 15.62	30	100		
SF-36 vitalite	Evet	3	80.00 ± 18.02	65	100	-.133	.894
	Hayır	66	75.88 ± 18.85	30	100		
SF-36 sosyal fonksiyon	Evet	3	83.33 ± 28.86	50	100	-.194	.847
	Hayır	65	86.34 ± 20.45	12.5	100		
SF-36 rol güçlüğü emosyonel	Evet	3	55.55 ± 50.91	0	100	-1.016	.310
	Hayır	66	77.27 ± 33.15	0	100		
SF-36 mental sağlık	Evet	3	77.33 ± 20.52	60	100	-.118	.906
	Hayır	66	77.63 ± 17.12	36	100		

3.8. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşantılarına İlişkin Değerlendirilmeleri

Araştırmada son alarak Bireysel Bilgi Toplama Formu'nda yer alan, vericilerin kime karaciğer verdikleri, ameliyat sonrası iyileşme süreçleri, ameliyat olduğu için yaşadığı ruhsal ve fiziksel şikayetleri ve ameliyatın diğer sosyal etkilerini değerlendirmeleri üzerinde durulmuştur.

3.8.1. Vericilerin Kime Karaciğer Verdikleri ve Kaçıncı Verici Olduklarına İlişkin Değerlendirme Bulguları

Vericilerin alıcı kişi ile olan akrabalık bağları, kaçıncı verici oldukları ve kimden organ almak istemedikleri Bireysel Bilgi Formu'nda yer alan üç soru ile araştırılmıştır:

1. Siz kaçıncı vericiydiniz?
2. Kime karaciğer verdiniz?
3. Size organ gerekseydi kimin organını almak istemezdiniz?

Vericilerin bu üç soruya verdikleri cevaplarla ilgili veriler aşağıda Tablo 14'de sunulmuştur.

Anketteki " Siz kaçıncı vericiydiniz?" sorusunu vericilerin %79.1'i "birinci" olarak yanıtlamıştır. Cinsiyete göre vericilerin kaçıncı verici oldukları uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve kaçıncı verici oldukları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=4.524; p>0.05).

Anketteki "Kime karaciğer verdiniz?" sorusunu vericilerin % 22.5'i "kardeş" %18.3'ü "baba", %18.3'ü "çocuk", %14.1'i "anne", %12.7'si "eş", %12.7'si "yakın akraba" ve %1.4 "tanıdık" olarak yanıtlamıştır. Kime karaciğer verdikleri açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (χ^2=8.586; p>0.05). Ancak eşine karaciğer veren kadınların oranı %22.9 iken, erkeklerde bu oran %2.8 olarak bulunmuştur. Eşe karaciğer verme açısından karşılaştırıldığında, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu bulunmuştur (χ^2=6.464; p<0.014).

Kimden karaciğer almak istemezdiniz sorusuna verilen yanıtlar açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (χ^2=8.175; p>0.05). Vericilerin %30.3'ü kan bağı olmayan kişilerden, %27.3'ü ise çocuklarından organ almak istemediklerini bildirmişlerdir. Ancak çocuklarından organ almak istemeyenler cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. Ancak göreceli olarak çocuklarından organ almayı istemeyen kadınların oranı (%39.4), erkeklerden (%15.2) daha fazladır.

Tablo 14: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Kime Karaciğer verdikleri, Kaçıncı Verici Oldukları ve Kimden Organ Almak İstemediklerine İlişkin Bulgular

		Kadın n=35	Erkek n=36	Tüm Grup n=71	χ^2	p
Siz kaçıncı vericiydiniz?	Birinci	24 (%77.4)	29 (%80.6)	53 (%79.1)	4.524	.210
	İkinci	4 (%12.9)	6 (%16.7)	10 (%14.9)		
	Üçüncü	3 (%9.7)	0 (%0)	1 (%4.5)		
	Dördüncü	0 (%0)	1 (%2.8)	1 (%1.5)		
Kime karaciğer verdiniz?	Anne	5 (%14.3)	5 (%13.9)	10 (%14.1)	8.586	.198
	Baba	6 (%17.1)	7 (%19.4)	13 (%18.3)		
	Çocuk	7 (%20)	6 (%16.7)	13 (%18.3)		
	Kardeş	6 (%17.1)	10 (%27.8)	16 (%22.5)		
	Eş	8 (%22.9)	1 (%2.8)	9 (%12.7)		
	Yakın akraba	3 (%8.6)	6 (%16.7)	9 (%12.7)		
	Tanıdık	0 (%0)	1 (%2.8)	1 (%1.4)		
Size organ gerekseydi kimin organını almak istemez diniz?	Anne	1 (%3)	4 (%12.1)	5 (%7.6)	8.175	.317
	Baba	0 (%0)	1 (%3)	1 (%1.5)		
	Çocuk	13 (%39.4)	5 (%15.2)	18 (%27.3)		
	Kardeş	2 (%6.1)	2 (%6.1)	4 (%6.1)		
	Eş	2 (%6.1)	5 (%15.2)	7 (%10.6)		
	Yakın akraba	4 (%12.1)	4 (%12.1)	8 (%12.1)		
	Tanıdık	9 (%27.3)	11 (%33.3)	20 (%30.3)		
	Kararsız	2 (%3)	1 (%1.5)	3 (%4.5)		

3.8.2. Vericilerin Ameliyat Sonrası İyileşme Sürecine İlişkin Değerlendirme Bulguları

Vericilerin ameliyat sonrası iyileşme sürecine ilişkin değerlendirmeleri dört soru ile değerlendirilmiştir:

1. Ne zaman ameliyat oldunuz?
2. Ameliyat sonrası hastanede kaç gün kaldınız?
3. Ameliyat sonrası bedensel sıkıntınız ne kadar sürdü?
4. Eski sağlığınıza tam olarak ameliyat sonrası kaçıncı ayda kavuştuğunuzu düşünüyorsunuz?

Vericilerin bu dört soruya verdikleri cevaplar aşağıda Tablo 15'de sunulmuştur.

Araştırma bulgularına göre vericilerin ameliyattan sonra geçen zaman ortalamaları 28.05 ± 19.29 ay olarak hesaplanmıştır. Vericiler en az 6 ay en fazla 83 ay önce ameliyat olmuşlardır. Uygulanan t-testi analizi sonucu ameliyattan sonra geçen zaman ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Vericilerin "ameliyat sonrası hastanede kaç gün kaldınız?" sorusuna verdikleri yanıt uygulanan t-testi analizi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin ameliyat sonrası hastanede kalma süresi ortalamaları 14.92 ± 8.77 gün olarak hesaplanmıştır. Vericiler en az 6 gün en fazla 54 gün hastanede kalmışlardır. Kadınlar ve erkekler hastanede kalma süreleri ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir.

Vericilerin "Ameliyat sonrası bedensel sıkıntınız ne kadar sürdü?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan t-testi analizi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin ameliyat sonrası bedensel sıkıntıları ortalama 58.33 ± 73.56 gün devam etmiştir. Vericiler en az 2 gün en fazla 365 gün bedensel sıkıntılarının devam ettiğini bildirmişlerdir. Kadınlar ve erkekler ameliyat sonrası bedensel sıkıntının devam etme süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir.

Tablo 15: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Ameliyat Sonrası İyileşme Sürecini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

		N	Ortalama - SS	minimum	maksimum	t	p
Ne zaman ameliyat oldunuz? (Nakilden sonra geçen süre)	Erkek	36	25.11 ± 17.27	6 ay	83 ay	1.311	.194
	Kadın	35	31.08 ± 21.00	7 ay	65 ay		
	Toplam	71	28.05 ± 19.29	6 ay	83 ay		
Ameliyat sonrası hastanede kaç gün kaldınız?	Erkek	35	13.74 ± 7.44	6 gün	40 gün	1.140	.258
	Kadın	34	16.14 ± 9.92	6 gün	54 gün		
	Toplam	69	14.92 ± 8.77	6 gün	54 gün		
Ameliyat sonrası bedensel sıkıntınız ne kadar sürdü?	Erkek	35	55.80 ± 74.47	7 gün	365 gün	.305	.762
	Kadın	34	61.23 ± 73.82	2 gün	365 gün		
	Toplam	69	58.47 ± 74.16	2 gün	365 gün		
Eski sağlığınıza tam olarak ameliyat sonrası kaçıncı ayda kavuştuğunuzu düşünüyor sunuz?	Erkek	34	4.91 ± 3.30	1 ay	12 ay	.039	.969
	Kadın	34	4.88 ± 2.81	1 ay	12 ay		
	Toplam	68	4.89 ± 3.04	1ay	12 ay		

Vericilerin "Eski sağlığınıza tam olarak ameliyat sonrası kaçıncı ayda kavuştuğunuzu düşünüyorsunuz?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan t-testi analizi ile değerlendirilmiştir. Vericiler ameliyat sonrası eski sağlıklarına ortalama 4.89 $\pm$ 3.04 ay sonra kavuşmuşlardır. Vericiler en az 1 ay en fazla 12 ay sonra eski sağlıklarına kavuştuklarını bildirmişlerdir. Kadınlar ve erkekler ameliyat sonrası eski sağlıklarına kavuşma süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir.

3.8.3. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyon ve Bedensel Yakınmalarına İlişkin Değerlendirme Bulguları

Vericilerin ameliyat sonrası yaşadıkları komplikasyon ve bedensel yakınmalarına ilişkin değerlendirmeleri iki soru ile değerlendirilmiştir:

1. Ameliyat sonrasında komplikasyon yaşadınız mı?
2. Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız bedensel bir sorununuz var mı?

Vericilerin bu iki soruya verdikleri cevaplar aşağıda Tablo 16'da sunulmuştur.

Vericilerin "Ameliyat sonrasında komplikasyon yaşadınız mı?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %12.9'u ameliyat sonrası komplikasyon yaşadıklarını bildirirken, vericilerin %87.1'i herhangi bir komplikasyon yaşamamıştır. Ameliyat sonrası yaşanan komplikasyon açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=.128; p>0.05).

Vericilerin "Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız bedensel bir sorununuz var mı?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %20'si ameliyata bağlı bedensel sorun tanımlarken, vericilerin %80'i bedensel sorun bildirmemiştir. Ameliyat sonrası yaşanan bedensel sorun açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=.1.439; p>0.05).

Tablo 16: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Komplikasyon ve Bedensel Yakınmalarına İlişkin Bulgular

		Kadın	**Erkek**	**Tüm Grup**	χ^2	p
Ameliyat sonrasında komplikasyon yaşadınız mı?	Evet	4 (%11.4)	5 (%14.3)	9 (%12.9)	.128	1.000
	Hayır	31 (%88.6)	30 (%85.7)	61 (%87.1)		
Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız bedensel bir sorununuz var mı?	Evet	5 (%14.3)	9 (%25.7)	14 (%20)	1.439	.331
	Hayır	30 (%85.7)	26 (%74.3)	56 (%80)		

3.8.4. Vericilerin Ameliyatın Sosyal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları

Vericilerin ameliyatın sosyal etkilerine ilişkin değerlendirmeleri beş soru ile değerlendirilmiştir:

1. Eğer çalışıyorsanız, ameliyat sonrası işinize ne zaman başladınız?
2. Ameliyat olduğunuz için işinizi kaybettiniz mi?
3. Karaciğerinizi verdiğiniz kişi hala yaşıyor mu?
4. Karaciğer naklinin hastanıza yararlı olduğuna inanıyor musunuz?
5. Organ verme alıcı kişiyle ilişkinizi nasıl etkiledi?

Vericilerin bu beş soruya verdikleri cevaplar aşağıda Tablo 17'de sunulmuştur.

Vericilerin "Eğer çalışıyorsanız, ameliyat sonrası işinize ne zaman başladınız?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan t-testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin işe başlama süresi ortalaması 5.27 $\pm$ 4.70 ay olarak hesaplanmıştır. Vericilerin işlerine başlama süresi 1 ay ile 12 ay arasında değişmektedir. İşe başlama süresi ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=.869; p>0.05). Vericilerin yaklaşık yarısının (%47.2) ameliyattan sonra 3 ay içinde işlerine döndükleri, %36.1'inin 4-6 ay arasında ve %16.7'sinin 7-12 ay içinde işlerine başladıkları saptanmıştır. Bu aylar arasında işe başlama açısından uygulanan ki-kare testi analizine göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=2.281; p>0.05).

Vericilerin "Ameliyat olduğunuz için işinizi kaybettiniz mi?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile irdelendirilmiştir. Vericilerin %94'ü ameliyat sonrası iş kaybı yaşamamış, sadece %6'sı iş kaybı olduğunu bildirmiştir. Ameliyat sonrası iş kaybı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=1.001; p>0.05).

Vericilerin "Karaciğerinizi verdiğiniz kişi hala yaşıyor mu?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile irdelendirilmiştir. Vericilerin %94.3'ü karaciğerini verdiği kişinin yaşadığını bildirirken, %5.7'si karaciğerini verdiği kişiyi kaybettiğini bildirmiştir. Ameliyat sonrası karaciğerini verdikleri kişinin yaşaması açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=1.061; p>0.05).

Tablo 17: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Ameliyatın Sosyal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları

		Kadın	**Erkek**	**Tüm Grup**	**t**	**p**
Eğer çalışıyorsanız, ameliyat sonrası işinize ne zaman başladınız?	Ortalama SS	4.00 ± 1.51	5.64± 5.23	5.27± 4.70	.869	.391
					χ^2	**p**
	1-3 ay	4 (%50)	13 (%46.4)	17 (%47.2)	2.281	.320
	4-6 ay	4 (%50)	9 (%32.1)	13 (%36.1)		
	7-12 ay	0 (%0)	6 (%21.4)	6 (%16.7)		
Ameliyat olduğunuz için işinizi kaybettiniz mi?	Evet	1 (%3)	3 (%8.8)	4 (%6)	1.001	.614
	Hayır	31 (%97)	32 (%91.2)	63 (%94)		
Karaciğerinizi verdiğiniz kişi hala yaşıyor mu?	Evet	32 (%91.4)	34 (%97.1)	66 (%94.3)	1.061	.614
	Hayır	3 (%8.6)	1 (%2.9)	4 (%5.7)		
Karaciğer naklinin hastanıza yararlı olduğuna inanıyor musunuz?	Evet	33 (%97.1)	35 (%97.2)	68 (%97.1)	.002	1.000
	Hayır	1 (%2.9)	1 (%2.8)	2 (%2.9)		
Organ verme alıcı kişiyle ilişkinizi nasıl etkiledi?	Daha iyi	12 (%36.4)	14 (%40)	26 (%38.2)	1.120	.571
	Aynı	20 (%60.6)	21 (%60)	41 (%60.3)		
	Daha kötü	0 (%0)	1 (%1.5)	1 (%1.5)		

Vericilerin "Karaciğer naklinin hastanıza yararlı olduğuna inanıyor musunuz?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile irdelendirilmiştir. Vericilerin % 97.1'i karaciğer naklinin hastasına yararlı olduğuna inanırken, %2.9'u karaciğer naklinin hastasına yararlı olmadığını bildirmiştir. Ameliyat sonrası

karaciğer naklinin hastasına yararlı olup olmadığına inanma açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=.002; p>0.05).

Vericilerin "Organ verme alıcı kişiyle ilişkinizi nasıl etkiledi?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %38.2'si alıcıyla ilişkisinin eskisine göre daha iyi olduğunu, %60.3'ü aynı olduğunu ve %1.5'si eskisine göre daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. Ameliyat sonrası vericilerin alıcıları ile aralarındaki ilişki açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2=1.120; p>0.05).

3.8.5. Vericilerin Ameliyatın Ruhsal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları

Vericilerin ameliyatın ruhsal etkilerine ilişkin değerlendirmeleri beş soru ile değerlendirilmiştir:

1. Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız ruhsal bir sorununuz var mı?
2. Cinsel yaşamınızda ameliyat sonrası değişiklik oldu mu?
3. Ameliyat izi sizi rahatsız ediyor mu?
4. Yeniden verici olur muydunuz?
5. Bu ameliyatı keşke olmasaydım dediğiniz ve pişmanlık duyduğunuz oldu mu?

Vericilerin bu beş soruya verdikleri cevaplar aşağıda Tablo 18'de sunulmuştur.

Vericilerin "Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız ruhsal bir sorununuz var mı?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile

değerlendirilmiştir. Vericilerin %7'si ameliyat sonrası ruhsal sorun yaşadıklarını bildirirken, %93'ü herhangi bir ruhsal sorun bildirmemiştir. Ameliyat sonrası yaşanan ruhsal sorun açısından cinsiyetler istatistiksel olarak arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Vericilerin "Cinsel yaşamınızda ameliyat sonrası değişiklik oldu mu?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %12.9'u ameliyat sonrası cinsel yaşamında olumsuz yönde değişiklik yaşadıklarını bildirirken, %87.1'i herhangi bir değişiklik bildirmemiştir. Ameliyat sonrası cinsel yaşamda görülen değişiklik açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak kadınların %17.1'i cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu bildirirken, erkeklerde bu oran %8.6 olarak bulunmuştur.

Vericilerin "Ameliyat izi sizi rahatsız ediyor mu?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %22.5'u ameliyat izinden rahatsız olduklarını bildirirken, %77.5'i ameliyat izinden rahatsız olmadıklarını bildirmişlerdir. Ameliyat izinden rahatsız olup olmama açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Vericilerin "Yeniden verici olur muydunuz?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %14.3'ü ameliyat sonrası yeniden verici olmak istemediğini bildirirken, %85.7'i yeniden verici olmak istediklerini bildirmişlerdir. Yeniden verici olup olmamayı isteme açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak kadınlarda verici olmayı istememe oranı %20.6 iken, erkeklerde bu oran %8.3 olarak hesaplanmıştır.

Vericilerin "Bu ameliyatı keşke olmasaydım dediğiniz ve pişmanlık duyduğunuz oldu mu?" sorusuna verdikleri yanıt, uygulanan ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Vericilerin %4.2'si ameliyat oldukları için pişman olurken, %95.8'i pişmanlık duymadıklarını bildirmişlerdir. Ameliyat olduğu için pişman olup olmama açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 18: Araştırmada Yer Alan Vericilerin Ameliyatın Ruhsal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulguları

		Kadın	**Erkek**	**Tüm Grup**	$\chi 2$	p
Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız ruhsal bir sorununuz var mı?	Evet	2 (%5.7)	3 (%8.3)	5 (%7)	.186	1.000
	Hayır	33 (%94.3)	33 (%91.7)	66 (%93)		
Cinsel yaşamınızda ameliyat sonrası değişiklik oldu mu?	Evet	6 (%17.1)	3 (%8.6)	9 (%12.9)	1.148	.477
	Hayır	29 (%82.9)	32 (%91.4)	61 (%87.1)		
Ameliyat izi sizi rahatsız ediyor mu?	Evet	8 (%22.9)	8 (%22.2)	16 (%22.5)	.004	1.000
	Hayır	27 (%77.1)	28 (%77.8)	55 (%77.5)		
Yeniden verici olur muydunuz?	Evet	27 (%79.4)	33 (%91.7)	60 (%85.7)	2.145	.182
	Hayır	7 (%20.6)	3 (%8.3)	10 (%14.3)		
Bu ameliyatı keşke olmasaydım dediğiniz ve pişmanlık duyduğunuz oldu mu?	Evet	2 (%5.7)	1 (%2.8)	3 (%4.2)	.378	.614
	Hayır	33 (%94.3)	35 (%97.2)	68 (%95.8)		

3.8.6. Vericilerin Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri Ağrı Düzeyi ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeyine İlişkin Bulgular

Ankette vericilere yöneltilen, "Ameliyat öncesinde, ameliyat sonrası ne kadar ağrınız olacağını düşünmüştünüz?" ve "Ameliyat sonrası yaşadığınız ağrınızın şiddeti ne kadar?" sorularını kişilerin "0 ile 10" arasında değerlendirmeleri istenmiştir. "0" hiç ağrı yok iken, "10" şiddetli düzeyde ağrıya işaret etmektedir. Vericilerin ameliyattan önce tahmin ettikleri ağrı düzeylerinin ortalama puanı 4.11 $\pm$ 3.42 ve ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı düzeylerinin ortalama puanı 5.45 $\pm$ 3.68 olarak hesaplanmıştır. Uygulanan t-testi (paired t-test) analizi sonucuna göre, vericilerin ameliyat öncesi tahmin ettikleri ağrının düzeyi ile ameliyattan sonra yaşadıkları ağrının düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($t=-2.595$; $p<0.05$). Bu farklılık cinsiyetten etkilenmemiştir. Ameliyat öncesi tahmin edilen ağrı ve sonrasında yaşanılan ağrı düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 19'da sunulmuştur.

Aynı verilere uygulanan Wilcoxon işaretli sıralar testi (Wilcoxon Signed Ranks Test) eşleştirme testi sonucuna göre, vericiler arasında 30 kişinin (%44.8) ameliyat sonrasında yaşadıkları ağrı düzeyinin önceden tahmin ettikleri ağrı düzeyine göre daha fazla olduğu, 19 kişinin (%28.4) ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı düzeyinin önceden tahmin ettikleri ağrı düzeyinden daha az olduğu ve 18 kişinin (%26.9) ise ameliyat öncesi tahmin ettikleri ağrı düzeyi ile sonrasında yaşadıkları ağrı düzeyinin aynı olduğu bulunmuştur. Ameliyat öncesi tahmin edilen ile ameliyat sonrası yaşanılan ağrı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=2.390$; $p<05$). Vericilerin ameliyat öncesi tahmin ettikleri ve sonrasında yaşadıkları ağrının

karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 20'de sunulmuştur. Cinsiyetler arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 19: Vericilerin Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulgular

		N	Ortalama- SS	minimum	maksimum	t	p
Vericilerin ameliyat öncesi ve sonrası ağrı düzeyleri	Ameliyat öncesi	68	4.11 ± 3.42	0	10	2.595	**.012**
	Ameliyat sonrası	68	5.45 ± 3.68	0	10		

Tablo 20: Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrının Kişilerin Kendi İçinde Karşılaştırılması

Ağrı Düzeyleri	**Erkek**	**Kadın**	**Tüm vericiler**	**z**	**p**
Eşit	10 (%29.4)	8 (%24.2)	18 (%26.9)	2.390	**.017**
Ameliyat sonrası yüksek	12 (%35.3)	18 (%54.5)	30 (%44.8)		
Ameliyat sonrası düşük	12 (%35.2)	7 (%21.2)	19 (%28.4)		

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen ve Bulgular Bölümü'nde sunulmuş olan temel bulgular aynı sırada ele alınarak tartışılmıştır.

4.1. Araştırmada Yer Alan Vericilerin Temel Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bulgular Bölümü'nde Tablo 2'de sunulan verilere göre, Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nde ameliyat olan ve çalışmaya katılan karaciğer vericilerinin kadın/erkek oranı eşit düzeydedir (%49.3'ü kadın, %50.7'si erkek). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, bu bulgularla benzerlik gösteren çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir (Elola-Olaso ve ark. 2005; Wiederkehr ve ark. 2005; Broering ve ark. 2004; Karlıova ve ark. 2002; Miyagi ve ark. 2005; Walter ve ark. 2003). Bazı çalışmalarda kadın vericilerin sayısının fazla (Walter ve ark. 2005; Pascher ve ark. 2002; Walter ve ark. 2002a), bazılarında ise erkekler vericilerin sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (Esmat ve ark. 2005).

Araştırmada yer alan vericilerin yaş ortalaması 30.29 (18-55) olarak saptanmış, cinsiyetler arasında yaş ortalamaları açısından farklılaşma görülmemiştir. Konuyla ilgili diğer çalışmalara bakıldığında, bizim çalışmamızla benzer sonuçları olan çalışmalar olmakla birlikte (Elola-Olaso ve ark. 2005; Wiederkehr ve ark. 2005; Broering ve ark. 2004); Trotter ve ark. 2001), bazı çalışmalarda vericilerin yaş ortalamasının 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir (Walter ve ark. 2005; Karlıova ve ark. 2002; Walter ve ark. 2002a); Pascher ve ark. 2002; Walter ve ark. 2003). Yaş ortalamasının daha yüksek olduğu çalışmalarda, verici olma yaşının daha büyük olduğu görülmektedir. Bizim çalışma bulgularımıza göre en yaşlı verici 55 yaşında iken, Walter ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında 67, Walter ve arkadaşlarının (2002a) çalışmasında 66, Pascher ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise 67 yaş üst sınır olarak gösterilmiştir. Canlı karaciğer vericisi olabilmek için üst yaş sınırı merkezlerin kendi verici seçme protokollerince tanımlandığından dolayı çalışmalarda yaşla ilgili farklılıklar görülmektedir. Çalışmamızda vericilerin yaş ortalamasının 30 yaş civarında olması genç vericilerin çoğunlukta olduğuna işaret etmektedir. Bunun nedeni olarak, ebeveynlerine, kardeşlerine ve çocuklarına karaciğer veren kişilerin sayısının grup içinde daha fazla olması olabilir. Yine yaş arttıkça fiziksel hastalıkların görülme olasılığının artması ileri yaştaki kişilerin verici olmasını engelleyen bir durum olarak görülebilir.

Araştırmada yer alan vericilerin yarıdan fazlasının (%60.6) eğitimleri ilköğretim düzeyinde olup, üniversite düzeyinde eğitim alan vericilerin sayısı oldukça azdır (%17.2). Erim ve arkadaşlarının (2006) 42 verici ile yaptıkları çalışmada ise bizim bulgularımızdan farklı olarak üniversite eğitimi alan verici oranı (%40.5) çok daha fazla olarak bildirilmiştir. Vericilerin yarısından fazlasının (%52.1)

alt sosyo-ekonomik yaşam koşullarından geldiği görülmektedir. Ailenin gelir düzeyinin düşük olması, bu ailelerde yetişen bireylerin eğitim alma olanaklarını azaltmış ve eğitim düzeyinin düşük olmasına neden olmuş olabilir. Yine eğitim düzeyinin düşük olması kişilerin meslekleri üzerine de etki etmiş olabilir. Verici grubunda eğitim düzeyinin düşük olmasının nedeni, pek çok ailede özellikle çalışmayan ya da işiyle ilgili sorun yaşamayacak olan bireylerin verici olarak tercih edilmesi olabilir. Aile içinde eğitim düzeyi yüksek olan kişiler genellikle bir meslek sahibi olup, çalıştıkları için ailenin geçiminde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, bu kişiler aile içinde genellikle son seçenek olarak görülmekte, diğer vericiler uygun olmazsa verici olmak için başvurmaktadırlar. Papachristou ve arkadaşlarının (2004) 28 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin seçilme öncesinde ailelerde bazı kurallar olduğu görülmüştür. Sosyal ya da iş yaşamı olan kişilerin aileleri tarafından genellikle verici olmasına izin verilmediği ve bir şekilde korunduğu iletilmiştir.

Araştırmada yer alan vericilerin %42.3'ü çalışmadıklarını bildirirken, %39.4'ü işçi ve %18.3'ü ise maşa başı işlerde çalışmaktadır. Çalışmayan kişilerin büyük bölümünün ev hanımı kadınlar olduğu, erkeklerin ise sadece %13.4'ünün çalışmadığı görülmüştür. Bu sonuçların Türk toplumun genel yapısı ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. Gelişmekte olan ülkemizde kadınların daha az çalıştıkları, erkek rolünün evin geçimini sağlamakla daha fazla sorumlu olduğu görülmektedir. Erim ve arkadaşlarının (2006) sağ hepatoktominin vericiler üzerindeki psikososyal etkilerini araştırdıkları çalışmada, vericilerin %81'nin çalışıyor olduklarını bildirmişlerdir. Walter ve arkadaşları (2003), 28 karaciğer canlı vericisiyle yaptıkları çalışmada ise, vericilerin %67.8'inin çalışıyor olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda çalışan verici oranı %57.7'dir. Bu oranın literatürden biraz düşük olmasının nedeni, kültürel olarak kadınlarımızın çoğunun ev hanımı olması olabilir.

Araştırmadaki bir diğer bulgu, vericilerin sahip oldukları sosyal güvenceleridir. Tablo 2'de görülebileceği gibi araştırmada yer alan vericilerin büyük bölümü (%69.5) SSK'lı ve yeşil kartlıdır. Çalışmamızda yer alan vericilerin yarıdan fazlasının düşük sosyoekonomik yaşam koşullarından gelmiş olduğu düşünülecek olursa, bu bulgunun da sosyoekonomik yaşam koşulları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma bulgularına göre vericilerin %60.6'sı evli, %35.2'si bekar ve %4.2'si boşanmış veya ayrıdır. Erkek vericilerin yaklaşık yarısı bekar iken, kadınların beşte birinin bekar olduğu görülmektedir. Kadınlar ve erkekler arasında medeni durum açısından fark olmasının kültürel özelliklerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Türk toplumunda evlenmemiş olan kadınların daha fazla korunduğu düşünülebilir. Toplumun bazı kesimlerinde ameliyat olmanın "yarım insan" olarak stigmatize edilmesi ve özellikle ameliyat izinin genç kızlarda evlenmeyi güçleştireceği düşüncesi, bekar kadın verici oranın erkeklere göre çok daha az olmasının nedeni olabilir. Walter ve arkadaşlarının (2003) 28 canlı karaciğer vericisi ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %82.1'nin evli, %10.7'sinin bekar ve %7.2'sinin boşanmış olduğu görülmektedir. Erim ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, vericilerin %40.5'inin evli, %40.5'inin bekar, %16.6'sının ayrı ve %2.4'ünün boşanmış olduğunu rapor etmişlerdir. Verbesey ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ise, vericilerin %57.4'ünün evli olduğunu bildirilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda görüldüğü gibi, canlı vericiden karaciğer nakli yapılan ülkeler ve merkezler arasında vericilerin medeni durumlarının oranı farklılık göstermektedir.

4.2. Vericilerin Ebeveyn Kayıpları ve Yaşadıkları Aile Ortamına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre vericilerin yaklaşık üçte birinin (%31) ebeveyn kaybı yaşadığı, ancak cinsiyetler arasında ebeveyn kaybı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Verici olmada ebeveyn kaybının önemli olduğu düşünülmüştür. Bu kişiler tekrar kayıp yaşamamak için verme motivasyonu göstermiş olabilirler. Literatürde Papachristou ve arkadaşlarının (2004) 28 canlı karaciğer vericisi ile yaptıkları çalışmanın bizim bulgumuzu desteklediği görülmektedir. Ameliyat öncesinde karaciğer vericilerinin vericilik motivasyonlarını değerlendirdikleri çalışmada, vericilerin %78.6'sı için verici olmak, yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan alıcıyı kaybetmekten kaynaklanan korkuyu ve anksiyeteyi azaltmanın girişimi olarak görülmüştür. Vericiler, ölüm karşısındaki güçsüzlükleri ve çaresizlik duyguları üzerinde kontrol sağlamayı bu yolla ifade etmişlerdir. Bazı vericilerin ise bu duyguları geçmişte yaşadıkları görülmüştür (örneğin, ebeveyn kaybı). Bu vakalarda (n=10) verici olmanın, geçmiş yaşantılardan etkilendiği, bu girişimin yeniden travmatize olmaktan kaçınma ve bu durum üzerinde kontrol sağlamak için yapıldığı görülmüştür. Literatürde bu konu ile ilgili çalışmanın az olması bundan sonra yapılacak çalışmalarda vericilerde bu durumun araştırılmasında yarar olacağını düşündürmüştür.

4.3. Vericilerin Beck Depresyon Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği Kesme Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada uygulanan Beck Depresyon Ölçeğine göre, vericilerin %4.5'inde depresyon belirtilerinin olduğu görülmüştür. Bu 3 olgunun, 2'si kadın, 1'i erkektir. Ancak vericiler ile klinik görüşme yapılmayıp, verilerin posta yoluyla elde edilmiş olması bu olguların depresyon tanısından kesin olarak söz etmeyi engellemektedir. Bu üç vericiden elde edilen diğer bulgulara bakıldığında, ikisinde somatizasyon puanlarının, üçünde sürekli anksiyete puanlarının, ikisinde durumluk anksiyete puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu üç vericinin kimlere karaciğer verdiklerine bakıldığında, anneye, kardeşe ve eşe karaciğer vermiş oldukları ve alıcılarının yaşadığı görülmektedir. Esmat ve arkadaşları (2005), 50 karaciğer vericisiyle yaptıkları çalışmada, vericilerin %14'de psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirecek orta derecede depresyon bulmuşlardır. Erim ve arkadaşlarının (2006) vericileri ameliyattan altı ay sonra değerlendirdikleri çalışmada, vericilerin %14.3'üçde ruhsal sorun görmüşlerdir. Hepsi kadın olan vericilerin üçünde orta derecede depresyon, ikisinde depresif uyum bozukluğu ve birinde posttravmatik stres bozukluğu olduğunu rapor etmilşlerdir. Verbesey ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) vericilerin % 4.2'sinde klinik depresyon görülmüştür. Fukunishi ve arkadaşlarının (2002) 31 verici ile yaptıkları çalışmada, ameliyattan sonra bir yıl içinde vericilerin %9.7'sinde DSM-4 tanı kriterlerine göre majör depresyon olduğu bildirilmiştir. Kita ve arkadaşları (2001) 56 karaciğer canlı vericisinde ameliyattan sonra bir yıl içinde majör depresyon görülme oranı %7.1 olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ölçek puanına göre, vericilerin %4.5'inde depresyon olduğu

görülmüştür. Ancak bu oran literatürdeki bulgular ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür.

Araştırmada yer alan vericilerin %18.8'inin somatizasyona eğilimli olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kadınların erkeklerden daha fazla somatizasyon puanına sahip olduğu görülmüştür. Kadınların ruhsal sorunları bedensel yakınmalar ile daha fazla ortaya koydukları söylenebilir. Yapılan çalışmalar somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığının kadınlar arasında %0.2 ile %2 arasında, erkeklerde ise %0.2'den daha az olduğunu göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Araştırmada yer alan vericilerin yaklaşın dörtte birinin anksiyetelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu kişiler ameliyat öncesinde de anksiyeteleri yüksek olan kişiler olabilirler. Ancak verici olmayı engelleyeceği düşüncesiyle bunu saklamış olabilirler. Ameliyat sonrasında da olasılıkla yaşanan bazı sorunlar yada gelecekle ilgili endişeler bu kişilerin genel yaşamlarında kaygı düzeylerini arttırmış olabilir. Nitekim, ameliyat izinden rahatsız olan, cinsel yaşamda sorun olan ve iş kaybı yaşayan kişilerin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur.

4.4. Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanları ve Türk Toplumu Puanları ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Karaciğer canlı vericileri herhangi bir tıbbi sorunu olmayan sağlıklı bireylerdir. Bu nedenle ameliyat sonrası vericilerin yaşadıkları bedensel, ruhsal ve sosyal sorunların vericilerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek oldukça önemlidir. Araştırmamızda yer alan vericiler, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları

açısından incelendiğinde, kadın vericilerde fiziksel rol güçlüğü alanında kendilerini daha kötü gösterdikleri saptanmıştır. Bunun nedeni, kadınların fiziksel sağlıklarının bozulması sonucu, işte ya da diğer günlük etkinliklerde daha fazla güçlük yaşadıkları ya da kendilerini kısıtladıkları olabilir.

Araştırmada vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Türk toplumu normları karşılaştırıldığında, vericilerin fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı ortalamalarının, Türk toplumunun ilgili ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında negatif korelasyon olduğu; depresyon, somatizasyon, durumluk ve sürekli anksiyete ölçek puanları yüksek olan vericilerin, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçek puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu durum ruhsal olarak sorun yaşamanın bireylerin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki yarattığını düşündürmüştür. Bu bulgular, yaşadıkları ameliyat deneyiminin vericilerin yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etki yaratabileceğini düşündürmüştür. Ancak bu bulgu, sadece verici olmakla ilgili olmayıp, çalışmada yer alan vericilerin daha çok eğitim düzeyi düşük ve alt sosyoekonomik düzeyden gelen kişiler olmasından da kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Vericilerin vitalite alt ölçek puanı ortalamasının ise Türk Toplumu ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, vericilerin kendilerini sürekli canlı ve enerjik hissettiklerine işaret etmektedir. Bunun bir savunma olarak ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür. Çünkü araştırma bulgularına göre, ameliyat olduğu için pişman olan kişi sayısının oldukça az olmasına rağmen, anksiyete ve

somatizasyon puanları yüksek, ameliyat izinden rahatsız olan ve yeniden verici olmayı istemeyen vericilerin sayısının ise hiçte az olmadığı görülmüştür. Ancak bir diğer bakış açısına göre de, gerçekten organ bağışlayarak bir insanın yaşamını kurtarmış olmak bu kişilere canlılık katmış olabilir.

Karaciğer canlı vericilerinde yaşam kalitesini araştıran diğer çalışmalara bakıldığında, çalışmaların çoğunda vericilerin ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde önemli bir değişiklik bulunmamış, hatta normal popülasyonla karşılaştırıldığında vericilerin sonuçları aynı yada çok daha iyi olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalardan, Karlıova ve arkadaşları (2002) Almanya'da 22 karaciğer canlı vericisi ile yaptıkları çalışmada, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile ameliyat sonrası vericilerin yaşam kalitelerini değerlendirmişlerdir. Vericilerin sonuçları ile normal popülasyonu karşılaştırdıklarında aralarında bir fark bulmamışlardır. Pascher ve arkadaşları (2002) Almanya'da 2001 yılında ameliyat olan 43 canlı karaciğer vericisini ameliyat öncesi ve sonrasında 6. ve 12. aylarda değerlendirmişler ve vericilerin yaşam kalitesinde ameliyat sonrasında bütün alanlarda artma olduğunu ortaya koymuşlardır. Miyagi ve arkadaşları (2005) SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullandıkları çalışmada, 48 canlı karaciğer vericisinden elde ettikleri bulguları Japon toplumu normları ile karşılaştırdıklarında, vericilerin puanlarının genel popülasyonla benzerlik gösterdiğini ya da daha yüksek olduğunu bulunmuşlardır. Beavers ve arkadaşları (2001) 27 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin yaşam kalitesini SF-12 ile değerlendirmişler ve vericilerin puanları ile ABD genel popülasyonu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamışlardır. Trotter ve arkadaşları (2001) 30 vericinin ameliyat sonrası yaşam kalitelerini SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirmişler ve sonuçları ABD genel popülasyonu ile karşılaştırdıklarında

vericilerin puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kim-Schluger ve arkadaşlarının (2002) 30 karaciğer canlı verisiyle yaptıkları çalışmada, vericilerden elde edilen SF-36 yaşam kalitesi ölçeği sonuçları ABD normları ile karşılaştırıldığında, vericilerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde ise, Başaran ve arkadaşları (2003) 15 vericinin yaşam kalitelerini SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirmişlerdir. Elde edilen sonuçlar, kontrol grubunun sonuçları ile karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçek puanlarının vericilerde daha yüksek olduğu, diğer alanlarda kontrol grubu ile vericilerin aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda, vericilerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği vitalite ve genel sağlık alt ölçek ortalamaları genel toplumdan daha yüksek, fiziksel fonksiyon, ağrı ve mental sağlık alt ölçek ortalamaları ise genel toplumla benzer bulunmuştur. Bu bulgular literatürle uyumludur. Ancak bizim vericilerimizin fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçeklerinde kendilerini daha kötü algıladıkları görülmüştür. Bu yönüyle literatürden farklılık göstermiştir.

4.5. Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, Karardan Pişmanlık Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı düşük bulunmuştur. Bu durum seçilen grubun özelliğinden kaynaklanmış olabilir. Daha önce canlı vericiler için ölçek kullanılmamıştır. Vericiler için verdikleri karardan pişman olduklarını sözel olarak ifade etmek çok zor olmuş olabilir, ki ankette sorulan pişmanlık ile ilgili soruya da sadece 3 kişi "evet" yanıtını vermiştir. Bu ölçeğin verici grubu için uygun olup olmadığını kesin söyleyebilmek

için verici grubunda öncelikle ölçeğin test re-test güvenirlik çalışmasının yapılması, daha sonra geçerlik çalışmasının yapılması ve diğer hasta gruplarında geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması gereklidir.

4.6. Ameliyata İlişkin Farklı Yaşam Alanlarında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Uygulanan Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Aşağıda sorun yaşanılan alanlara ilişkin ölçek ppuanları ayrı ayrı tartışılmıştır.

4.6.1. Ameliyat İzinden Rahatsız Olan Vericiler ile Olmayanların Uygulanan Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ameliyat izinden rahatsız olan vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ölçek puanları ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu olgular SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde ise, genel sağlık ve mental sağlık alt ölçeklerinde kendilerini daha kötü olarak değerlendirmişlerdir. Elde edilen bu veriler, ameliyat izinden rahatsız olmanın beklendiği gibi vericilerin ruhsal ve bedensel durumlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

4.6.2. Yeniden Verici Olmayı İsteyen ve İstemeyen Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, yeniden verici olmak istemeyen vericilerin depresyon ölçeği ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, yeniden verici olmak istemeyenlerin daha fazla depresif belirtiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu olguların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde, sosyal fonksiyonlarının daha düşmüş olduğunu belirtmeleri de bunu destekleyen bir durumdur. Yeniden verici olmak istemeyenlerin nakilden ruhsal olarak etkilendikleri ve bu ruhsal etkilenmenin onların yaşamında en belirgin olarak sosyal fonksiyon alanında olduğu söylenebilir. Sosyal fonksiyonları zaten düşük olanların ruhsal sorunlarının da olduğu ve bu nedenle ek stresle karşılaştıklarında artık buna katlamadıkları düşünülebilir. Ancak nakil öncesi yaşam kalitesi ölçeği verilerine sahip olmadığımız için bunu kesin olarak söyleyemeyiz.

4.6.3. Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşamında Sorun Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ameliyat sonrası cinsel yaşamında sorun yaşayan vericilerin somatizasyon, depresyon, durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının, sorun yaşamayan vericilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, bu olguların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alanlarında daha fazla sorun

yaşadıkları ile uyumludur. Ameliyat izinden rahatsız olmak gibi cinsel yaşamda sorun yaşamanında kişilerin ruhsal sağlıklarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. Bu bulgular, bu bireylerin nakil öncesinde de ruhsal sorunlara sahip ya da strese duyarlı olabileceklerini düşündürmüştür. Ancak nakil öncesi veriler olmadığı için bu konuda tartışma mümkün olmamıştır.

4.6.4. Ameliyat Sonrası İş Kaybı Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, ameliyat sonrası iş kaybı olan vericilerin durumluk ve sürekli anksiyete ölçek puanları, iş kaybı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. İş kaybı yaşayan kişiler daha anksiyöz ve ameliyat izinden rahatsız olanlar gibi kendilerini genel sağlık ve mental sağlık olarak daha kötü hissettiklerini, iş kaybının ruhsal yapıyı bozabileceği ve ameliyatın da genel sağlığı bozabileceği olasılıklarını düşündürmektedir. Bu bireyler yüksek anksiyeteye sahip oldukları için yaşam kaliteis ölçeği alt alanlarında da kendilerini daha kötü değerlendirmiş olabilirler.

4.6.5. Ameliyat Sonrası Komplikasyon Yaşayan ve Yaşamayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, ameliyat sonrası komplikasyon yaşamak ruhsal yapıyı bozmamaktadır. Bu bulgu, bizim verici grubumuzda yaşanılan

komplikasyonun ruhsal sağlık üzerine olumsuz etki yaratmadığına işaret etmektedir. Bizim bulgumuzla uyumlu olarak, Walter ve arkadaşlarının (2002b) yaptıkları çalışmada, ameliyat sonrası cerrahi komplikasyon yaşayan ve yaşamayan vericiler arasında algılanan stres açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kita ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise, fiziksel komplikasyon ile psikiyatrik sorun arasında ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir.

Komplikasyon yaşayan vericilerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde ağrı ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası Yaşanılan ağrının komplikasyonla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Miyagi ve arkadaşları (2005) ameliyatla ilgili komplikasyon yaşayan ve yaşamayan vericilerin SF-36 puanlarını karşılaştırdıklarında ise bizim bulgularımızdan farklı olarak 8 alt ölçek arasında bir fark bulmamışlardır.

4.6.6. Ameliyat Sonrası Pişman Olan ve Olmayan Vericilerin Tüm Test Puanları Ortalamaları Açısından Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, ameliyat sonrası pişmanlık yaşayan kişilerin ruhsal sağlıkları ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmemiştir. Hatta bu olguların somatizasyon ölçeği puanları çok daha düşük bulunmuştur. Oysa bizim hipotezimiz pişman olanların ruhsal olarak daha kötü olacakları yönündeydi. Elde edilen bu bulgu pişman olanların duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edebildiklerini ve daha üst düzey savunma mekanizmalarını kullandıklarını düşündürmüştür. Bu nedenle bu kişiler pişmanlıklarını sözel olarak ifade edebilmişlerdir.

4.7. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşantılarına İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Araştırmada son alarak Bireysel Bilgi Toplama Formu'nda yer alan, vericilerin kime karaciğer verdikleri, ameliyat sonrası iyileşme süreçleri, ameliyat olduğu için yaşadığı ruhsal ve fiziksel şikayetler, ameliyatın diğer sosyal etkilerine ilişkin bazı değerlendirme bulguları tartışılmıştır.

4.7.1. Vericilerin Kime Karaciğer Verdikleri ve Kaçıncı Verici Olduklarına İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, vericilerin %73.2'si birinci dereceden kan bağı olan kişilere, en az ise kan bağı olmayan kişilere karaciğer vermişlerdir. Bu bulgunun toplumsal yapı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Araştırmamızdaki bir başka veri olan "kimden organ almak istemezdiniz?" sorusuna verilen yanıtın bu bulguyu desteklediği görülmüştür. Vericilerin yaklaşık üçte biri kan bağı olmayan tanıdık kişilerden organ almak istemediklerini bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sonuçların bizim bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Brown (2003) ABD'deki 86 merkezde, 449 canlı karaciğer vericisiyle yaptığı çalışmasında, verici ve alıcı arasındaki akrabalık ilişkisini araştırmış ve vericilerin %75'inde genetik yakınlık olduğu, diğerlerinin ise %11'inin eş, %14'ünün arkadaş ve %1'inin Good Samaritans vericiler olduğunu bildirmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2005) Kore'de 209 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %33'ü ebeveyn, %17'2'si kardeş, %17'2'si akraba, %15.9'u çocuk, %7'7si eş, %4.8'nin organ değişimi (çapraz nakil) ve %4.3'nün altruistik verici olduğu rapor edilmiştir. Coelho ve

arkadaşları (2005) 37 canlı verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %86.5'nin 1. ve 2. derece akraba olan kişiler olduklarını bildirmişlerdir. Park ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, vericilerin % 68.3'ün alıcıyla kan bağı olduğu gösterilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu, verici eşler karşılaştırıldığında karaciğer veren kadınların sayısı çok daha fazla bulunmuştur. Kadınların daha fazla verici olmalarının nedeni, aile düzeninin bozulmaması, ekonomik ve kültürel faktörler olabilir. Bir başka neden, kadınların çocuklarını daha fazla düşünmeleri olabilir. Bu kadınlar çocuklarının babasız kalmaması için verici olmuş olabilirler. Bunu destekleyen bir başka bulgu da, kadınların üçte birinden fazlasının çocuklarından organ almayı istemezken, erkeklerin yaklaşık yedide biri çocuklarından organ almayı istememektedir. Anneler kendi çocuklarınının verici olmasını istememektedir.

4.7.2. Vericilerin Ameliyat Sonrası İyileşme Sürecine İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, vericiler ameliyattan sonra hastanede ortalama 14.92 gün kalmışlardır. Kadınlar ve erkekler hastanede kalma süreleri ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık göstermemişlerdir. Esmat ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında vericilerin hastanede kalma süreleri ortalama 15.4 gün, Yokoi ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ortalama 15.2 gün, Karlıova ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ortalama 12.7 gün olarak bildirilmiştir. Yukarıda sunulan çalışmalardaki bulgular bizim araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektir. Bu süreden daha kısa süre belirten çalışmalarda vardır. Beavers ve arkadaşları (2001)

vericilerin hastanede kalma sürelerini ortalama 8 gün, Verbesey ve arkadaşları (2005) ise ortalama 8.1 gün olarak daha az bildirmişlerdir.

Araştırma bulgularına göre, vericiler ameliyat sonrası eski sağlıklarına ortalama 4.89 ayda kavuşmuşlardır. Vericilerin eski sağlıklarına kavuşmaları 1 ile 12 ay arasında değişmektedir. Kadınlar ve erkekler arasında eski sağlıklarına kavuşma açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında bizim vericilerimizin eski sağlıklarına daha uzun sürede kavuştuklarını bildirmişlerdir. Beavers ve arkadaşları (2001) vericilerin tamamen iyileşmelerini ortalama 3 ay olarak bildirmişlerdir. Trotter ve arkadaşları (2001) vericilerin tamamen iyileşmelerini ortalama 3.4 ay olarak göstermişlerdir. Karlıova ve arkadaşları (2002) canlı karaciğer vericileri ile yaptıkları çalışmada vericilerin 13 hafta sonra tamamen iyileştiklerini bildirmişlerdir. Pascher ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) vericiler normal günlük aktivitelerine 3.3 ayda dönmüşlerdir. Erim ve arkadaşları (2006) tüm vericilerin eski sağlıklarına kavuşmalarını ortalama 14.41 hafta olarak rapor etmişlerdir.

4.7.3. Vericilerin Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Komplikasyon ve Bedensel Yakınmalarına İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, vericilerin %12.9'u ameliyat sonrası komplikasyon yaşadıklarını bildirmişlerdir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, vericilerde bildirilen komplikasyonların oranının değiştiği görülmektedir. Çünkü bir merkez herhangi küçük bir problemi komplikasyon olarak kabul ederken, başka bir merkez sadece ciddi sorunları komplikasyon olarak kabul

edebilmektedir. Ancak en sık komplikasyon ameliyat sonrası erken dönemde görülmektedir (Humar, 2003). Esmat ve arkadaşları (2005) 50 canlı karaciğer vericisi ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %10'unda (5 kişi) majör komplikasyon bildirmişlerdir. Miyagi ve arkadaşları (2005) 68 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %13.2'sinde komplikasyon rapor etmişlerdir. Broering ve arkadaşları (2004) 165 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %37'sinde (61 kişi) komplikasyon ve 6 vakanın yeniden opere edildiğini bildirmişler. Karlıova ve arkadaşlarının (2002) 24 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %33.3'ünde ameliyat sonrası tıbbi komplikasyon görülmüştür. Walter ve arkadaşlarının (2002b) çalışmasında, vericilerin %25.7'sinde ameliyata bağlı komplikasyon bildirilmiştir. Pascher ve arkadaşları (2002) vericilerin %9'da cerrahi komplikasyon bildirmişlerdir. Kim ve arkadaşları (2003) çalışmalarında vericilerin %16.6'sında ameliyat sonrası komplikasyon görüldüğünü bildirmişlerdir.

Araştırmada vericilerin %20'si ameliyata bağlı bedensel sorun tanımlamışlardır. Ameliyat sonrası yaşanan bedensel sorun açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bizim bulgularımızla benzer olarak, Kim-Schluger ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında vericilerin %26.7'si ameliyatın beden sağlıkları üzerine olumsuz etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

4.7.4. Vericilerin Ameliyatın Sosyal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, vericilerin işe başlama süresi ortalaması 5.27 ay olarak bulunmuştur. Vericilerin yaklaşık yarısı (%47.2) ameliyattan sonra 3 ay içinde

işlerine geri dönmüşlerdir. Vericilerin %6'sı iş kaybı olduğunu bildirmiştir. Karlıova ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, vericiler 9 hafta sonra işlerine başlamışlar, 3 verici işleriyle ilgili sorun yaşamıştır. Erim ve arkadaşlarının (2003b) çalışmasında, vericiler ameliyat sonrası işlerine ortalama 12.8 hafta sonra dönmüşlerdir. Erim ve arkadaşlarının (2006) 42 verici ile yaptıkları bir diğer çalışmada ise tüm vericiler ameliyat öncesi işlerine geri dönmüşlerdir. Bizim vericilerimizin literatürden farklı olarak daha uzun zamanda işlerine başladıklarını bulunmuştur. Bunun nedeni olarak bizim grubumuzda çalışanların daha çok işçi olması ve çalışırken beden güçlerini kullanmaları olabilir. Yine kültürel özellikler bunu etkilemiş olabilir. Toplumda bu kişiler ameliyat oldukları için aileleri tarafından daha fazla korunmuş ve sağlıklarından endişelenildiği için işlerine daha geç başlamaları istenmiş olabilir.

Vericilerin %97.1'i karaciğer naklinin hastasına yararlı olduğuna inandıklarını bildirmiştir. Ameliyat sonrası karaciğer naklinin hastasına yararlı olup olmadığına inanma açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bizim bulgumuza yakın olarak, Trotter ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, tüm vericiler ameliyatın hastalarına yararlı olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, vericilerin %94.3'ünün karaciğerini verdiği kişi yaşamaktadır. Bu olguların %98.5'i alıcıyla ilişkisinin aynı ya da eskisine göre daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Trotter ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışma bulguları bizim bulgumuzla uyumlu görülmüştür. Ameliyat sonrası alıcı ve verici arasındaki ilişkiye baktıklarında, vericilerin %96'sının alıcı kişiyle ilişkisinin aynı ya da daha iyi olduğunu bulmuşlardır.

4.7.5. Vericilerin Ameliyatın Ruhsal Etkilerine İlişkin Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Araştırmada vericilerin %7'si ameliyat sonrası ruhsal sorun yaşadığını bildirmişlerdir. Walter ve arkadaşlarının (2003) çalışması bizim bulgularımızı destelemektedir. Walter ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ameliyat sonrası vericilerin, %10'u baş etme stratejilerindeki zorluk nedeniyle psikolojik sorun bildirmişlerdir. Ruhsal sorun oranını daha fazla bildiren çalışmalarda vardır. Beavers ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında vericilerin %15'i ameliyat öncesine göre ruhsal olarak daha kötü olduklarını bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda ise bizim bulgumuzdan farklı olarak, vericiler ameliyat sonrası ruhsal sorun bildirmemişlerdir. Walter ve arkadaşları (2002a) canlı karaciğer vericilerinde ameliyat sonrası psikososyal sonuçlarını araştırdıkları pilot çalışmada, psikosomatik hastalar ile vericileri karşılaştırdıklarında, vericilerin kendilerini daha fazla işe yarar (self-effective) ve iyimser algıladıklarını ve ameliyat sonrasında bu bulgularda değişme olmadığını saptamışlardır. Pascher ve arkadaşları (2002) 43 vericiyi ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirdiklerinde, ameliyat sonrası vericilerin psikolojik durumlarıyla ilgili anlamlı bir şey bulmamışlardır.

Araştırma bulgularına göre, vericilerde ameliyat izinden rahatsız olma oranı %22.5'tir. Diğer çalışmalarda bu oranın daha fazla olduğu görülmektedir. Beavers ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, vericilerin %37'si ameliyat sonrası beklediklerinden daha büyük bir ameliyat iziyle karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Trotter ve arkadaşları (2001) 24 verici ile yaptıkları çalışmada, vericilerin %42'sinde beden imajlarında değişme olduğunu göstermişlerdir. Kim-Schluger ve

arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, bir kadın verici ameliyat izinin kendisini daha az çekici hissettirdiğini bildirmiştir.

Araştırmamızda yeniden verici olmayı istememe oranı %14.3 bulunmuştur. Kadınların beşte biri verici olmak istememektedir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, sonuçların bizim bulgularımızla uyumlu görülmektedir. Karlıova ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, vericilerinden %9'unun yeniden verici olmayı istemediklerini göstermişlerdir. Erim ve arkadaşları (2003b) 18 vericiden elde ettikleri bulgularda %22'sinin yeniden verici olmak istemediklerini bildirmişlerdir. Erim ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında vericilerin %19.2'si yeniden verici olmak istemediklerini bildirmişler ve %7'si bu soruya yanıt vermemiştir. Ancak literatürdeki bazı çalışmalar bizi desteklememektedir. Kim-Schluger ve arkadaşlarının (2002) 30 vericiyle, Pascher ve arkadaşlarının (2002) 43 vericiyle Beavers ve arkadaşlarının (2001) 27 vericiyle ve Trotter ve arkadaşlarının (2001) 24 vericiyle yaptıkları çalışmalarda, vericilerin tümü yeniden verici olabileceklerini bildirmişlerdir.

Araştırma bulgularına göre, vericilerin %12.9'u ameliyat sonrası cinsel yaşamında sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Literatürde bizim bulgularımızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Beavers ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, vericilerin %15'inde seksüel aktivitede azalma olduğu bildirilmiştir. Kim-Schluger ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, vericilerin %10'nu ameliyatın cinsel fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi olduğunu rapor etmişlerdir.

Vericilerin %4.2'si ameliyat oldukları için pişman olurken, %95.8'i pişmanlık duymadıklarını bildirmişlerdir. Ameliyat olduğu için pişman olup olmama açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Miyagi ve arkadaşlarının (2005) 68 verici ile yaptıkları çalışmada, tüm vericiler ameliyat sonrası vermiş oldukları karardan pişman olmadıklarını bildirmişlerdir. Kim-Schluger ve arkadaşlarının (2002) 30 vericiden elde ettiklere verilerde, tüm vericiler ameliyat sonrası verici olma kararlarından pişman olmamışlardır.

4.7.6. Vericilerin Ameliyat Öncesi Tahmin Ettikleri Ağrı Düzeyi ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan vericilerin %44.8'i ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı düzeyinin, önceden tahmin ettikleri ağrı düzeyine göre daha fazla olduğunu, %28.4'ü ameliyat sonrası yaşadıkları ağrının önceden tahmin ettikleri ağrı düzeyinden daha az olduğunu ve %26.9'u ise ameliyat öncesi tahmin ettikleri ağrı ile sonrasında yaşadıkları ağrının aynı düzeyde olduğunu bildirmiştir. Beavers ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında vericilerin %33'ü, yaşadıkları cerrahi deneyimle ilgili olarak beklediklerinden daha fazla ağrı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Trotter ve arkadaşları (2001) vericilerin %66'sının ameliyat sonrası postop dönemde beklediklerinden daha fazla ağrı yaşadıklarını rapor etmişlerdir. Kim-Schluger ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, vericilerin %53.3'ü ameliyat sonrası beklediklerinden daha kötü ağrı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Coelho ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, vericilerin %59'u ameliyat sonrası çok ağrısının olduğunu bildirmişler ve bu çalışmada vericiliğin en fazla olumsuz yanı, ağrı ve ameliyat izi olarak bildirilmiştir. Literatürdeki bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızdaki %45'lik oran ile

benzerlik göstermektedir. Daha önce hiç ameliyat olmamış sağlıklı vericiler için ağrı beklenmedik bir durumdur. Bunun için ameliyattan önce verici değerlendirme sürecinde vericilere ameliyattan sonra ağrı yaşayacaklarını anlatmak gereklidir.

Bu araştırmanın sonuçların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken gereken bazı sınırlılıklar vardır. Üzerinde durulması gereken ilk sınırlılık, araştırmada yer alan vericilerin ameliyat öncesindeki değerlendirme testlerinin bu tez de kullanılamamış olması, ameliyat öncesi ve sonrası bulguların karşılaştırılmasını engellemiştir. Yine vericiler ile bireysel görüşme yapılamamış olması, sonuçların sadece posta yoluyla gönderilen ve geri alınan ölçeklerden elde edilen bulgulara göre yazılmasını sağlamıştır. Bir başka sınırlılık, ameliyat olan tüm vericilere ulaşılamamış olmasıdır. Araştırmada yer alan vericilerin sadece tek merkezden seçilmiş olması sonçların genellenmesini önlemektedir. Tüm bu sınırlılıklara rağmen bu çalışmanın, ülkemizdeki canlı karaciğer vericilerinde bedensel ve ruhsal sağlığı araştıran ilk çalışma olması nedeniyle canlı verici uygulamalarına yeni bir bakış açısı getirdiği düşünülmektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

V.1. Sonuç

Çalışmadan elde edilen verilere göre;

1. Vericilerin yaş ortalaması 30, kadın erkek oranı eşittir.
2. Vericilerin büyük bölümünün eğitimlerinin ilköğretim düzeyinde olduğu, alt sosyoekonomik çevreden geldikleri, SSK'lı ve yeşil kartlı kişiler oldukları saptanmıştır.
3. Vericilerin yaklaşık yarısı çalışmamakta ve bunların büyük bölümünü kadınlar oluşturmaktadır. Çalışanların ise çoğunluğu işçi olarak çalışmaktadır.
4. Ailelerde genellikle çalışmayan kişilerin ve bekar erkeklerin verici olarak seçildiği görülmüştür. Ailelerde evlenmemiş kadınları koruma eğilimi olduğu görülmüştür.
5. Vericilerin üçte birinde ebeveyn kaybı olduğu ve bu durumun kişilerin vericilik motivasyonu üzerine etkili olabileceği düşünülmüştür.

Vericilerde depresyon, somatizasyon, durumluk ve sürekli anksiyete ve yaşam kalitesi incelendiğinde;

1. Vericilerin %4.5'inde depresif belirtilerin olduğu, ancak diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında bu oranın daha düşük olduğu,
2. Vericilerin %18.8'inin somatizasyona eğilimli olduğu ve kadınların daha fazla somatizasyonu kullandığı,
3. Vericilerin %13.4'ünün durumluk anksiyete ve %24.6'sının sürekli anksiyetelerinin yüksek olduğu saptanmıştır.
4. Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Türk toplumu normları karşılaştırıldığında, vericilerin fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alanlarında kendilerini kötü algıladıkları, diğer alt lanlarda daha iyi ya da benzer oldukları bulunmuştur.

Ameliyat sonrası yaşanılan sorunlar incelendiğinde;

1. Ameliyat sonrası ameliyat izinden rahatsız olan, cinsel yaşamda sorun bildiren ve komplikasyon yaşayan vericilerin, kendilerini daha fazla depresif algıladıkları, somatizasyona eğilimli ve daha anksiyöz oldukları görülmüştür.
2. Yaşam kalitesi ölçeğinde ise ameliyat izinden rahatsız olan olgular genel sağlık ve mental sağlık alanlarında, komplikasyon yaşayan olgular ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarında, cinsel yaşamda sorun bildiren olgular ise sosyal fonksiyon dışında tüm alanlarda kendilerini daha kötü algılamışlardır.

3. Ameliyat sonrası vericilerin yaklaşık yarısı üç ay içinde işlerine başlamışlardır. İş kaybı yaşanların daha anksiyöz oldukları, yaşam kalitesi ölçeğinde ise genel sağlık ve mental sağlık alanlarında kendilerini daha kötü algıladıkları saptanmıştır.
4. Ameliyattan sonra vericilerin %14.3'ü yeniden verici olmak istemediklerini bildirmiştir. Bu olgular kendilerini daha fazla depresif algılamışlar ve yaşam kalitesi ölçeğinde yalnızca sosyal fonksiyon alanında kendilerini daha kötü algılamışlardır.
5. Araştırma bulgularına göre, vericilerin sadece %4.2'si ameliyat oldukları için pişman olmuşlardır. Pişman olmanın vericilerin ruhsal sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki yapmadığı görülmüştür.
6. Vericilerin %14.3'ü yeniden verici olmak istemediklerini bildirmiştir. Bu olgular kendilerini daha depresif göstermişler ve yaşam kalitesi ölçeğinde ise sosyal fonksiyonlarının daha az olduğunu bildirmişlerdir.
7. Vericiler ortalama 5.17 ay sonra işlerine başlamışlardır. Bu olguların yaklaşık yarısı ameliyattan sonra üç ay içinde eski işlerine geri dönmüşlerdir. İş kaybı olan vericilerin daha anksiyöz oldukları, yaşam kalitesi ölçeğin de genel sağlık ve mental sağlıklarını daha kötü algıladıkları bulunmuştur.

Ameliyat sonrası iyileşme süreci ve alıcı kişi ile ilişki incelendiğinde;

1. Vericiler en az 6 ay en fazla 83 ay önce ameliyat olmuşlar, hastanede ortalama 14.92 gün kalmışlar, bedensel sıkıntıları ortalama 58.33 gün devam etmiş, eski sağlıklarına ortalama 4.89 ayda kavuşmuşlardır.
2. Vericilerin %20'si ameliyata bağlı bedensel sorun tanımlamışlardır.

3. Ameliyat sonrası vericilerin %7'si ruhsal sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir.
4. Vericilerin %97.1'i karaciğer naklinin hastasına yararlı olduğuna inandıklarını bildirmiştir.
5. Bir kişi dışında vericilerin hemen hepsi alıcı kişiyle ilişkisinin eskisiyle aynı yada daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.
6. Vericilerin %79.1'inin "birinci" verici olarak ameliyat olmuşlar ve %73.2'si birinci dereceden kan bağı olan kişilere karaciğer vermişlerdir. Verici eşler karşılaştırıldığında karaciğer veren kadınların sayısının çok daha fazla bulunmuştur.
7. Vericilerin daha çok tanıdık ve çocuklarından organ almak istemedikleri bulunmuş ve kadınların çok daha fazla çocuklarından organ almayı istemedikleri bulunmuştur.
8. Vericilerin yaklaşık yarısı ameliyattan sonra yaşadıkları ağrının önceden tahmin ettikleri ağrıdan çok daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Araştırmanın hipotezlerinden;

2. hipotez; İyilik tanımlayan bireylerde ameliyat sonrası, organ verme kararı değişmemiş olarak kalır.

3. hipotez; İyilik tanımlayan bireylerin yaşam kalitesi ölçeği puanı normal düzeydedir.

4. hipotez; İyilik tanımlamayan kişilerde anksiyete ve depresyon puanları yükselmiştir.

Doğrulanmıştır.

V.2. Öneriler

Canlı vericiden karaciğer nakli son dönem karaciğer yetmezliği olan hastalarda yaşamı kurtarmak için alternatif bir yöntemdir. Psikolojik değerlendirme sadece ameliyat öncesinde değil, ameliyattan sonrada çok önemlidir. Bu nedenle canlı vericiden karaciğer nakli yapan tüm merkezlerde bu alanda yetişmiş psikiyatrist, psikolog ve sosyal çalışmacıların olması gereklidir. Ameliyat öncesi dikkatli ruhsal ve sosyal değerlendirme, uygun vericilerin ameliyat olmasına olanak sağlayarak, ameliyat sonrası gelişebilecek ruhsal sorunları en aza indirecektir. Ameliyat sonrası vericilerin izlenmesi ise, olası ruhsal sorunların erken dönemde tanınmasına olanak vererek, ruhsal ya da sosyal sorunların çok daha fazla ağırlaşmadan çözümlenmesine olanak sağlayacaktır. Yine ameliyat sonrası vericilerin psikiyatri tarafından izlenmesi vericiler üzerinde olumlu etki yaratmaktadır. Kişiler ameliyat sonrasında da kendileriyle ilgileniliyor olunmasından büyük memnunluk duymaktadır. Ancak elde edilen bulgularda göstermektedir ki, organ verme süreci oldukça zor ve sıkıntılı bir dönemdir. Ameliyat öncesinde vericilerin oluşabilecek tüm bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar hakkında yeterince bilgilendirilmesi ve bunun vericiler tarafından yeterince anlaşılıp anlamadığının kontrol edilmesi büyük önem taşımaktadır. Yeterli bilgilenme daha sonra oluşabilecek sorunlar ile baş etmeyi kolaylaştırmakta ve herhangi bir ruhsal sorun yaşadıklarında psikiyatri kliniğine başvurmayı kolaylaştırmaktadır.

Araştırma bulguları göstermektedir ki, ameliyat izi bazı vericileri daha sonra rahatsız etmektedir. Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde mutlaka vericilerden ameliyat izini görmeleri istenmelidir. Vericileri değerlendirme sürecinde yapılan

görüşmelerde bazı kişiler özellikle fikirlerinin değişeceği endişesi ile izi görmekten kaçınmaktadır. Ancak bunu görmeleri konusunda ısrarcı olmak daha sonra oluşabilecek hayal kırıklığını en aza indirecektir. Gerçekte kişiler öncesinde sadece alıcının kurtulmasına ve onu kurtarmaya odaklandıkları için kalıcı olan ameliyat iz onlar için önemli olmamaktadır.

Araştırma bulguları göstermiştir ki vericilerin yarısına yakını ameliyattan sonra yaşadıkları ağrının öncesinde tahmin ettikleri ağrıdan çok daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Hiçbir ağrısının olmayacağını düşünerek ameliyata giren vericiler ameliyat sonrası çok fazla ağrı yaşadıklarında endişelenmekte ve bazen "bu kadar ağrı olacağını bilseydim belki de ameliyat olmazdım" diyebilmektedirler. Bu için, vericilere bu ameliyatın insan bedeninin ikinci büyük ameliyatı olduğu ve bu nedenle ameliyat sonrası ağrılarının olacağı ve bu ağrının şiddeti hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir.

ÖZET

Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Sonrası Vericinin Ruhsal ve Bedensel Sağlığının Araştırılması

Bu araştırmada, canlı vericiden karaciğer nakillerinde vericilerin nakil sonrası ruhsal ve bedensel sağlığının araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, yaşam kaliteleri ve verdikleri organ bağışı kararlarından pişmanlık düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Ege Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nde ameliyat olan, yaşları 18 ile 55 arasında değişen, 71 canlı karaciğer vericisi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Vericilere Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, MMPI Somatizasyon Alt Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Karardan Pişmanlık Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada Karardan Pişmanlık Ölçeği Türkçe formunun güvenirliği düşük bulunmuş, ölçek araştırmada kullanılamamıştır.

Vericilerin %4.5'inde depresyon, %18.8'inde somatizasyon, %13.4'ünde durumluk anksiyete ve %24.6'sında sürekli anksiyete puanları yüksek bulunmuştur. Vericilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Türk toplumu puanları karşılaştırıldığında, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları Türk toplumu ortalamalarından daha düşüktür. Diğer alt ölçeklerin daha yüksek ya da benzer olduğu bulunmuştur.

Ameliyat izinden rahatsız olan, cinsel yaşamda sorun bildiren ve komplikasyon yaşayanların, kendilerini daha fazla depresif algıladıkları, somatizasyona eğilimli ve daha anksiyöz oldukları görülmüştür. Yaşam kalitesi ölçeğinde ameliyat izinden rahatsız olanlar genel sağlık ve mental sağlık alanlarında ve komplikasyon yaşayanlar ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarında kendilerini kötü algılamışlardır. Cinsel yaşamda sorun bildirenler sosyal fonksiyon dışında tüm yaşam kalitesi alanlarında daha düşük puan almışlardır.

Vericilerin çoğunluğu, eğitim düzeyi düşük ve alt sosyoekonomik yaşam koşullarından gelmektedir. %73.2'si birinci dereceden kan bağı olan kişilere karaciğer vermişlerdir. %4.2'sinin verici oldukları için pişman oldukları ve %14.3'ünün yeniden verici olmak istemedikleri görülmüştür.

Vericiler hastanede ortalama 14.92 gün kalmışlar ve eski sağlıklarına ortalama 4.89 ay sonra kavuşmuşlardır. %98.5'i alıcı kişiyle ilişkisinin aynı ya da daha iyi olduğunu bildirmiştir. Yaklaşık yarısı yaşadıkları ağrının önceden tahmin ettikleri ağrıdan daha fazla olduğunu bildirmiştir.

ABSTRACT

Research on Mental and Physical Health of Donors After Living Donor Liver Transplantation

In this study, we aimed to examine mental and physical health of donors in living donor liver transplantation after surgery. Quality of life and decision regret level after organ donation was also assessed.

Seventy-one living liver donors, between 18 and 55 years of age, operated at the Organ Transplantation Center of Ege University were included. Socio-economic Data Form, Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, MMPI Somatization Subscale, SF-36 Quality of Life Scale and Decision Regret Scale were utilized. As reliability score of Turkish version of Decision Regret Scale was too low, it was not used in this study.

It was found that depression, somatization, state anxiety and trait anxiety scores were high in 4.5%, 18.8%, 13.4% and 24.6% of donors respectively. In comparison of SF-36 Quality of Life Scale scores of donors with scores of Turkish population, it was found that role limitations due to physical problems, social functioning and role limitations due to emotional problems subscale scores were lower than mean scores of Turkish population. But other subscale scores were found to be higher or similar.

In donors, who were indisposed of their incision scar, mentioned problems in sexual life and suffered from a postoperative complication, it was noted that they

felt themselves more depressive, had a tendency to somatization and were more anxious. The results of Quality of Life Scale indicated that the donors complaining about incision scar perceived themselves bad in general health and mental health status; while the donors suffering from a postoperative complication perceived themselves bad in pain and social function status. The donors who had sexual problems had lower scores in all fields of life quality except social function status.

Great majority of donors were undereducated and members of low socio-economic state. 73.2% of the donors had donated liver for first degree relatives. 4.2% of donors were regretful because of donation and 14.3% did not want to be a donor again if needed.

Donors stayed in the hospital for 14.92 days and reached their preoperative health status after 4.89 months. 98.5% of the donors reported their relationship with the recipients as the same as before or better after surgery. Approximately half of them mentioned the pain as worse than they had thought before.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

Akdede, B.B.K., Alptekin, K., Akvardar, Y., Kitiş, A. (2005). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi, 16(1): 13-19*

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: Köroğlu, E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Başaran, O., Karakayali, H., Emiroğlu, R., ve ark. (2003). Donor Safety and Quality of Life After Left Hepatic Lobe Donation in Living-Donor Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 35: 2768-2769*

Beavers, K.L., Sandler, R.S., Fair, J.H., et al. (2001). The Living Donor Experience: Donor Health Assessment and Outcomes After Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 7(11) (November): 943-947*

Beresford, T.P. (2004). Living Donor Grafts in Liver Transplantaion: Where are the Psychiatric Issues? *Current Opinion in Organ Transplantation, 9: 437-440*

Brehaut, J.C., O'Connor, A.M., et al. (2003). Validation of a Decision Regret Scale, *Medical Decision Making, Jul-Aug, 281-292*

Broelsch, C.E., Whitington, P.F., Emond, J.C., et al. (1991). Liver Transplantation in Children from Living Related Donors, Surgical Techniques and Results, *Ann Surg, 214: 428-437*

Broering, D.C., Wilms, C., Bok, P. et al. (2004). Evolution of Donor Morbidity in Living Related Liver Transplantation: A Single-Center Analysis of 165 Cases, *Ann Surg, 240(6): 1013-1026*

Brown, R.S. (2003). Evaluation of the Potential Living Donor, *Transplantation Proceedings, 35: 915–916*

Coelho, J.C., Parolin M.B., Baretta, G.A., et al. (2005). Donor Quality of Life in After Living Donor Liver Transplantation, *Arq Gastroenterolgy, 42 (2): 83-88*

Chisuwa, H., Hashikura, Y., Mita, A., et al. (2003). Living Liver Donation: Preoperative Assessment, Anatomic Considerations and Long-term Outcome, *Transplantation, 75(10): 670–1676*

Curran, C. (2005). Adult-to-adult Living Donor Liver Transplantation: History, Current Practice and Implications for the Future, *Progress in Transplantation, 15: 36-44*

Daar, A.S. (2002.) Strangers, Intimates and Altruism in Organ Donation, *Transplantation, 74(3): 424-426*

Dülgerler, Ş. (2000). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Eghtesad, B., Jain, A.B., Fung, J.J. (2003). Living Donor Liver Transplantation: Ethics and Safety, *Transplantation Proceedings, 35: 51–52*

Elola-Olaso, A.M., Gonzalez, E. M., Diaz, J.C.M., et al. (2005). Short and Long Term Outcomes After Living Donor Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 37: 3884–3886*

Erim, Y., Malago, M., Valentin-Gamazo, C., et al. (2003a). Guidelines for the Psychosomatic Evaluation of Living Liver Donors: Analysis of Donor Exclusion, *Transplantation Proceedings, 35: 909–910*

Erim, Y., Senf, W., Heitfeld, M. (2003b). Psychosocial Impact of Living Donation, *Transplantation Proceedings, 35: 911–912*

Erim,Y., Mingo-Beckmann, M., Valentin-Gamazo, C., et al. (2006). Quality of Life and Psychiatric Complications after Adult Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 12:1782-1790*

Esmat, G., Yosry, A., El-Serafi, M., et al. (2005). Donor Outcomes in Right Lobe Adult Living Donor Liver Transplantation: Single-Center Experience in Egypt, *Transplantation Proceedings, 37: 3147-3150*

Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., et al. (2002). Association Between Pretransplant Psychological Assessments and Posttransplant Psychiatric Disorders in Living-Related Transplantation, *Psychosomatics, 43: 1; Health & Medical Complete, 49-54*

Haberal, M., Bilgin, N., Karakayalı, H. (1998). Long-Term Follow-Up of Living-Related Partial Liver Donors, *Transplantation Proceedings, 30: 708–709*

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi, 7: 3-13*

Humar, A. (2003). Donor and Recipient Outcomes after Adult Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 9(10): 42-44*

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1995). Klinik Psikiyatri (Çeviri Editörü: Abay, E.). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1996). Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı (Çeviri ve Editör: Büyükkal, B.). Turgut Yayıncılık ve Ticaret A. Ş., İstanbul, 1998.

Karakayalı, H., Haberal, M. (2005). The History and Activities of Transplantation in Turkey, *Transplantation Proceedings, 37:2905–2908*

Karliova, M., Malago, M., Valentin-Gamazo, C., et al. (2002). Living-related Liver Transplantation from the View of the Donor: A 1-year Follow-up Survey, *Transplantation, 73(11): 1799–1804*

Kim, D.G., Na, S.E., Chung, E.S., et al. (2003). Donor Safety in Living Donor Liver Transplantation Using the Right Lobe, *Transplantation Proceedings, 35: 53–54*

Kim-Schluger, L., Florman, S.S., Schiano, T., et al. (2002). Quality of Life After Lobectomy for Adult Liver Transplantation Transplantation, *Transplantation, 73. 1593–1597*

Kita, Y., Fukunishi, I., Harihara, Y., et al. (2001). Psychiatric Disorders in Living-Related Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 33:1350-1351*

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., ve ark. (1999). SF-36'nın Türkçe için Güvenilirliği ve Geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi,12(2): 102-106*

Krahn, L.E., DiMartini, A. (2005). Psychiatric and Psychosocial Aspects of Liver Transplantation, *Liver Transplantation 11(10):1157-1168*

Kranenburg L.W., Visak T., Weimar W., et al. (2004). Starting a Crossover Kidney Transplantation Program in the Netherlands: Ethical and Psychological Considerations, *Transplantation, 78(2): 194-197*

Lee, S.H., Jeong, J.S. Ha, H.S., et al. (2005). Decision-Related Factors and Attitudes Toward Donation in Living Related Liver Transplantation: Ten-Year Experience, *Transplantation Proceedings, 37, 1081–1084*

History of Adult Transplantation: Early History of Liver Transplantation (author: Sat Sharma), http://www.emedicine.com/med/topic3497.htm, (erişim tarihi:15 Mayıs 2007)

Marcos, A. (2000). Right-lobe Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 6(6): 59-63*

Miyagi, S., Kawagishi, N., Fujimori, K., et al. (2005). Risks of Donation and Quality of Donors' Life after Living Donor Liver Transplantation, *Transplant International, 18: 47–51*

Öner, N., LeCompte, A. (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Özmen, R. (2001). Sağlık Mevzuatı. Kanun Metinleri Dizisi 41, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Papachristou, C., Walter, M., Dietrich, K., et al. (2004). Motivation for Living-donor Liver Transplantation from the Donor's Perspective: An In-depth Qualitative Research Study, *Transplantation 78(10): 1506-1514*

Park, J.H., Noh, J.H., Lee, K.W., et al. (2003). Safety of the Donor with Right Hepatic Lobectomy in the Living Donor Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 35: 57–58*

Parolin, M.B., Lazzeretti, C.T., Lima, J.H.F., et al. (2004). Donor Quality of Life After Living Donor Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 36: 912–913*

Pascher, A., Sauer, I.M., Walter, M., et al. (2002). Donor Evaluation, Donor Risks, Donor Outcome and Donor Quality of Life in Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 8(9): 829-837*

Rudow, D.L., Russo, M.W., Hafliger, S., et al. (2003). Clinical and Ethnic Differences in Candidates Listed for Liver Transplantation with and without Potential Living Donors, *Liver Transplantation, 9(3): 254-259*

Samstein, B., Emond, J.C. (2000). Liver Transplants from Living Related Donors, *Ann Rev Med, 52:147-160*

Shapiro, R.S., Adams, M. (2000). Ethical Issues Surrounding Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 6(6): 77-80*

Shah, S.A., Granta, D.R., Greiga, P.D., et al. (2005). Analysis and Outcomes of Right Lobe Hepatectomy in 101 Consecutive Living Donors, *American Journal of Transplantation, 5: 2764–2769*

Shiffman, M.L., Brown, R.S., Olthoff, K.M., et al. (2002). Living Donor Liver Transplantation: Summary of a Conference at the National Institutes of Health, *Liver Transplantation, 8:174-188*

Shrestha, R. (2003). Psychosocial Assessment of Adult Living Liver Donors, *Liver Transplantation, 9(10): 8-11*

Tokat, Y., Yüzer, Y., Karasu, Z., ve ark. (2001). New Frontiers: Adult to Adult Living Donor Liver Transplantation, Single Center Experience From Turkey, *Transplantation Proceedings, 33: 3458–3460*

Trotter, J.F. (2000). Selection of Donors and Recipients for Living Donor Liver Transplantation, *Liver Transplantation, 6(6): 52-58*

Trotter, J.F., Talamantes, M., McClure, M., et al. (2001). Right Hepatic Lobe Donation for Living Donor Liver Transplantation: Impact on Donor Quality of Life, *Liver Transplantation, 7:485-493*

Verbesey, J.E., Simpson, M.A., Pomposelli, J.J., et al. (2005). Living Donor Adult Liver Transplantation: A Longitudinal Study of the Donor's Quality of Life, *American Journal of Transplantation, 5: 2770–2777*

Walter, M., Bronner, E., Pascher, A., et al. (2002a) . Psychosocial Outcome of Living Donors after Living Donor Liver Transplantation: a Pilot Study, *Clinical Transplantation, 16: 339-344*

Walter, M., Papachristou, C., Fliege, H., et al. (2002b). Psychosocial Stress of Living Donors after Living Donor Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 34: 3291-3392*

Walter, M., Damman, G., Papachristou, C., et al. (2003). Quality of Life of Living Donors Before and After Living Donor Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings, 35: 2961-2963*

Walter, M., Dammann, G., Kuchenhoff, J., et al. (2005). Psychosocial Situation of Living Donors: Moods, Complaints and Self-image Before and after Liver Transplantation, *Medical Science Monitoring, 27(11):503-509*

Wiederkehr, J.C., Pereira, J.C., Ekermann, M., et al. (2005). Results of 132 Hepatectomies for Living Donor Liver Transplantation: Report of One Death, *Transplantation Proceedings, 37:1079–1080*

Yokoi, H., Isaji, S., Yamagiwa, K, et al. (2005). Donor Outcome and Liver Regeneration After Right-Lobe Graft Donation, *Transplant International, 18: 915–922*

Zeytunlu, M., İçöz, G., Kılıç, M., ve ark. (2003). Donor Safety in Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation, *Transplantation Proceedings, 35:1430-1432*

Zimmerman, M.A., Trotter, J.F. (2003). Living Donor Liver Transplantation in Patients with Hepatitis C, *Liver Transplantation, 9(11): 52-57*

EKLER

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Ege Üniversitesi Organ Merkezi Karaciğer Grubunca, bir yakınına karaciğer bağışında bulunmuş vericileri kapsayan bir değerlendirme yapılması planlanmıştır. Bu nedenle Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde "Canlı Vericiden Karaciğer Nakli Sonrası Vericinin Ruhsal ve Bedensel Sağlığının İncelenmesi" isimli bir tez çalışması yapılacaktır. Bu çalışmaya 1999 yılından beri karaciğer vericisi olmuş herkes davet edilmiştir. Değerlendirmelerde canlı vericilerin (sizlerin) organ bağışı sonrası, geçmiş ameliyat deneyiminizi nasıl hatırladığınız, ameliyat sonrası ortaya çıkmış ruhsal ve bedensel yakınmalarınızın niteliği, süresi, verdiğiniz karar ile şu anda ne düşündüğünüz gibi alanlarda soruların yer aldığı anketi ve bazı formları doldurmanız istenecektir. Görüşme ve bu formların doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Ülkemizdeki en büyük karaciğer nakli merkezi olması ve en büyük canlı verici sayısına sahip olmasından dolayı bu değerlendirme önemlidir. Çünkü, canlı bireyden organ alma, bir yanıyla sağlıklı bir bireyin sağlığını bozma anlamına gelmekte ve tıbbın temel ilkesine ters düşmektedir. Ülkemizde giderek yaygınlaşmasına karşın, karaciğerini bağışlamış bireylerin uzun dönem sonrasında nasıl olduklarına ilişkin bir veri bulunmamaktadır. Değerlendirme bu anlamıyla ülkemizde ilk olup, sizlerin değerlendirmeye katılması sonucunda toplanacak bilgiler, bundan sonraki zamanlarda karaciğer bağışında bulunmak isteyen verici adaylarını değerlendirmemizde bizlere ve verici adaylarına yarar sağlayacaktır.

Gönüllü katılmayı reddetme veya her hangi bir zamanda ayrılma/vazgeçme hakkına sahiptir. Yine reddetme, vazgeçme durumunda bile sonraki bakımı garanti altında tutulacaktır. Araştırmada yer alacak gönüllü sayısı 40 olarak belirlenmiştir.

Uygulanacak anketler gönüllünün kendisine ve/veya bağlı olduğu sağlık giderlerini karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Çalışma süreci içinde herhangi bir nedenle başvurulacak kişi: Uzm. Psk. Özgül Çetin Telefon: 0.232.390 34 17

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren toplam 1 sayfalık metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. **Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.**

Gönüllünün Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No)/ Tarih :

Velayet Veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli Veya Vasinin Adı, İmzası, Adresi /Tarih: Varsa Telefon No, Faks No) :…….

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı, İmzası / Tarih :
Uzm. Psk. Özgül ÇETİN, İmza:…….. Tarih:…….

Rıza Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı, İmzası, Görevi/ Tarih:

KATILIMCININ:	**ARAŞTIRMACININ:**
Adı Soyadı:……	Adı Soyadı: Uzm. Psk. Özgül ÇETİN
Tarih: ……..	Tel: 0.232.3903417
Telefon: ……	E.Ü. Hastanesi Psikiyatri Anabilim
İmza: ……	Dalı Bornova/ İZMİR

Not: Formu doldurduktan sonra lütfen diğer zarfın içine koyarak gönderiniz.

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adınız Soyadınız: ……..... Tarih: ...../ ..... / .....

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Yaşınız: …….

4. Medeni Durumunuz:

Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış/Ayrı ( ) Dul ( )

5. Eğitim Durumunuz:

( ) Okur-yazar

( ) İlkokul mezunu

( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu

( ) Üniversite mezunu ve üzeri

6. Mesleğiniz nedir? (Lütfen açıkça ne iş yaptığınızı yazın)

……

7. Sosyal güvenceniz nedir?

( )Emekli sandığı ( ) SSK ( ) Bağ-Kur ( ) Yeşil kart ( ) Özel sigorta ( ) Yok

8. Ailenizin aylık toplam geliri ne kadardır?

( ) 500 YTL ve altı

( ) 500 - 1500 YTL arası

( ) 1500 - 2500 YTL arası

( ) 2500 YTL ve üzeri

9. Öz anneniz sağ mı? ( ) Evet

( ) Hayır. Ben …… yaşındayken vefat etti.

( ) Beni …… büyüttü.

10. Öz babanız sağ mı? ( ) Evet

( ) Hayır. Ben …… yaşındayken vefat etti.

( ) Beni …… büyüttü.

11. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

……

12. Herhangi bir hastalığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

(Yanıtınız evet ise aşağıdaki bölümleri doldurunuz.)

a) Bedensel hastalık: …….

Tedavi gördünüz mü? ( ) Evet ( ) Hayır

b) Ruhsal hastalık: ……

Tedavi gördünüz mü? ( ) Evet ( ) Hayır

13. Kime karaciğer verdiniz?

( )Anne ( )Baba ( )Çocuk ( )Kardeş ( )Eş ( )Yakın akraba ( )Tanıdık

14. Siz kaçıncı vericiydiniz? …….

15. Ne zaman ameliyat oldunuz? …….

16. Ameliyat sonrası hastanede kaç gün kaldınız? ……..

17. Ameliyat sonrasında komplikasyon yaşadınız mı? ( )Evet ( )Hayır

Yanıtınız evet ise açıklayınız.

.....

……

18. Ameliyat sonrası bedensel sıkıntınız ne kadar sürdü?

..... hafta ..... ay

19. Eski sağlığınıza tam olarak ameliyat sonrası kaçıncı ayda kavuştuğunuzu düşünüyorsunuz? …..... ay

20. Cinsel yaşamınızda ameliyat sonrası sorun yaşadınız mı?

( )Evet ( )Hayır

21. Eğer çalışıyorsanız, ameliyat sonrası işinize ne zaman başladınız?

…….... ay sonra işime başladım.

22. Ameliyat olduğunuz için işinizi kaybettiniz mi? ( )Evet ( )Hayır

23. Ameliyat öncesinde, ameliyat sonrası ne kadar ağrınız olacağını düşünmüştünüz? Lütfen işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok Aşırı derecede

24. Ameliyat sonrası yaşadığınız ağrınızın şiddeti ne kadar? Lütfen işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok Aşırı derecede

25. Karaciğerinizi verdiğiniz kişi hala yaşıyor mu? ( )Evet ( )Hayır

Yanıtınız hayır ise ameliyattan ne kadar zaman sonra kaybettiniz?

……

26. Organ verme alıcı kişiyle ilişkinizi nasıl etkiledi?

( )Eskisine göre şimdi daha iyi

( )Eskisi gibi/Aynı

( )Eskisine göre şimdi daha kötü

27. Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız bedensel bir sorununuz var mı? ( )Evet ( )Hayır

Yanıtınız evet ise açıklar mısınız? .....

28. Karaciğerinizi vermiş olmanızdan dolayı şu anda yaşadığınız ruhsal bir sorununuz var mı? ( )Evet ( )Hayır

Yanıtınız evet ise açıklar mısınız? ……

29. Ameliyat izi sizi rahatsız ediyor mu? ( )Evet ( )Hayır

30. Karaciğer naklinin hastanıza yararlı olduğuna inanıyor musunuz?

( )Evet ( )Hayır

31. Bu ameliyatı keşke olmasaydım dediğiniz ve pişmanlık duyduğunuz oldu mu?

( )Evet ( )Hayır

32. Yeniden donör olur muydunuz? ( )Evet ( )Hayır

33. Size organ gerekseydi kimin organını almak **istemezdiniz?**

( )Anne ( )Baba ( )Çocuk ( )Kardeş ( )Eş ( )Yakın akraba ( )Tanıdık

34. Neden karaciğerinizi verdiniz?

.....

.....

.....

.....

EK 3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyun. Son bir hafta içindeki (bugün dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
   (b) Kendimi üzgün hissediyorum.
   (c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
   (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. (a) Gelecekten umutsuz değilim.
   (b) Gelecek konusunda umutsuzum.
   (c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
   (d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.

3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
   (b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
   (c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
   (d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.

4. (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum.
   (b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
   (c) Artık hiçbir şeyden gerçek doyum alamıyorum.
   (d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
   (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
   (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
   (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
   (b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
   (c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
   (d) Bazı şeyler için cezalandırıyorum.

7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
   (b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
   (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
   (d) Kendimden nefret ediyorum.

8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
   (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
   (c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
   (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
   (b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
   (c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
   (d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
    (b) Eskisine göre şimdilerde daha fazla ağlıyorum.
    (c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
    (d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
    (b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
    (c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
    (d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
    (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
    (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
    (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
    (b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
    (c) Eskisine göre karar vermekte oldukça zorlanıyorum.
    (d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
    (b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
    (c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
    (d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
    (b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
    (c) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
    (d) Hiç çalışamıyorum.

16. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
    (b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
    (c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
    (d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
    (b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
    (c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
    (d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
    (b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
    (c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
    (d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
    (b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
    (c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
    (d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
    (b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
    (c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
    (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünemiyorum.

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamında dikkatimi çeken bir şey yok.
    (b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
    (c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
    (d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 4

MMPI SOMATİZASYON ALT ÖLÇEĞİ

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre Doğru ya da Yanlış olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.	Doğru	Yanlış
2. İştahım iyidir.	Doğru	Yanlış
3. Başım pek az ağrır.	Doğru	Yanlış
4. Ayda bir iki defa ishal olurum.	Doğru	Yanlış
5. Midemden oldukça rahatsızım.	Doğru	Yanlış
6. Çoğu kez midem ekşir.	Doğru	Yanlış
7. Bazen utanınca çok terlerim.	Doğru	Yanlış
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.	Doğru	Yanlış
9. Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.	Doğru	Yanlış
10. Bazen başımda sızı hissederim.	Doğru	Yanlış
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.	Doğru	Yanlış
12. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir.	Doğru	Yanlış
13. Pek seyrek kabız olurum.	Doğru	Yanlış
14. Ensemde nadiren ağrı hissederim.	Doğru	Yanlış
15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.	Doğru	Yanlış
16. Çabucak yorulmam.	Doğru	Yanlış
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.	Doğru	Yanlış
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.	Doğru	Yanlış
19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.	Doğru	Yanlış
20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.	Doğru	Yanlış
21. Hemen her gün mide ağrılarından Rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.	Doğru	Yanlış
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.	Doğru	Yanlış
24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.	Doğru	Yanlış
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.	Doğru	Yanlış
26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.	Doğru	Yanlış

27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim. Doğru Yanlış
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur. Doğru Yanlış
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim. Doğru Yanlış
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır. Doğru Yanlış
31. Hiç felç geçirmedim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım. Doğru Yanlış
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanımı ateş basar. Doğru Yanlış
33. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissederim. Doğru Yanlış

EK 5

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ (STAI-S)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmakta kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da şu anda nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	**BİRAZ**	**ÇOK**	**TAMAMİYLE**
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 6

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ (STAI-T)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmakta kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HİÇ	**BİRAZ**	**ÇOK**	**TAMAMİYLE**
1. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Genellikle çabuk ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterdim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 7

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

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

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

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

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

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

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

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

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

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

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

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

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

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

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

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

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

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

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

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

EK 8

KARARDAN PİŞMANLIK ÖLÇEĞİ

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

	1	2	3	4	5
1. Doğru karadı	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2. Yaptığım bu seçimden pişmanlık duyuyorum	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3. Eğer tekrar aynı şeyi yapsam gerekse aynı seçimi yapardım	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4. Bu seçim bana çok zarar verdi	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5. Kararım akıllıcaydı pişmanlık duyuyorum	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad-Soyad: Özgül ÇETİN

Uyruk: TC

Doğum Yeri ve Yılı: Afyon, 29.03.1970

Medeni Durumu: Evli, iki çocuklu

Eğitim

1984 – 1988 Ege Üniversitesi, Sağlık Meslek Lisesi

1991–1995 Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

1997–2003 Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, Psikodrama Grup Psikoterapisi Eğitimi

2001–2002 İngilizce Hazırlık – Ege Üniversitesi

2002–2005 Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik (Uygulamalı) Psikoloji Yüksek Lisans

2003–2007 Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı

İş Deneyimi

1988 – 1997 Ege Üniversitesi Hastanesi, Acil Servis (Hemşire)

1997 – Ege Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı (Psikolog)

Katılınan Kurs ve Seminerler

* Transaksiyonel Analiz Semineri (Türk Psikologlar Derneği – 2)
* İngilizce Hazırlık Kursu (Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü)
* Öğretmenlik Formasyon Sertifikası (Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi)

Bilimsel Dergilerde Yayınlanan Makaleler

* Aşkar F.Z., Çetin, H.Y., Kumral E., Çetin Ö., Acarer A., Kosova B., Yağdı T. (2005). Apolipoprotein E 4 allele and neurobehavioral status after on-pump coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiac Surgery*, *Vol. 20 Issue 5, p501-505.*

Kongre Sunumları

Sözel Bildiriler

* Karakula S., Çetin Ö., Noyan A., Seyfioğlu U., Yağcı T.: Kalp Transplantasyonunda Anksiyete. 7. Ulusal Kalp Damar Cerrahisi kongresi (23-27 Ekim 2002, Antalya), Sözel Sunu.

* Aşkar F. Z., Çetin, H.Y., Çetin Ö., Acarer A., Kumral E., Kosova B., Yağdı T.: Does Apolipoprotein E 4 allele affect neurobehavioral status after on-pump coronary artery bypass grafting? Avrupa Kardiyotorasik Anestezistler Kongresi, EACTA 2003, 25-28 Mayıs 2003, Prag, Çek Cumhuriyeti, Sözel Sunu.

* Karakula S., Çetin Ö., Sönmez S., Noyan A., Nalbantgil S., Yağdı T., Engin Ç., Durmaz İ., Özbaran M.: Kalp Transplantasyaonunda Depresyon, Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IV. Kongresi, Transplantasyon 2004, 15-19 Eylül 2004, Kapadokya, Sözel Sunu.

Poster Bildiriler

* Altıntoprak, E., Çetin, Ö., Karabilgin, S., Ö., Çelikkol, A.: Yoğun Bakım ve Yataklı Birim Hizmeti Veren Hemşirelerde Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi (22-27 Ekim 2002, Marmaris), Tam Metin Kitabı, 2002, s.80-81, Marmaris.

* Ahçı, G., Sertöz, Ö.Ö., Çetin, Ö., Duman, S. ve ark. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesi. 23. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Antalya, 2006

Üyesi Olunan Bilimsel Kuruluşlar

* Türk Psikologlar Derneği
* Türk Psikiyatri Derneği