

Canlıdan organ naklinde ruhsal değerlendirme

M. Ayşın NOYAN,^{1,2} Özen ÖNEN SERTÖZ,² Hayriye ELBİ,³ Özgül ÇETİN^{3,4}

ÖZET

Canlıdan organ nakli immünoşüpresan ilaçlar ve cerrahi yöntemlerdeki gelişmelerle alıcıların yaşam sürelerinde belirgin uzamaya yol açmasına karşın, canlı vericilere ilişkin uzun dönem ruhsal ve fiziksel veriler henüz yoktur. Bu alandaki en önemli konu vericinin sağlığının güvenliği olmasına karşın, vericilerin değerlendirilmesinde iki ana noktada eksiklikler bulunmaktadır. Birincisi, nakil öncesi verici seçiminde tüm merkezlerce ortak olarak kabul edilmiş, üzerinde anlaşılmış hiçbir standart ölçüt olmamasıdır. İkincisi, vericileri nakil sonrası düzenli olarak izleyen herhangi bir merkezin ve güvenilir bir veri tabanının olmamasıdır. Bu yazıda canlıdan organ nakli uygulamasındaki sorunlara ve canlı vericilerin ruhsal değerlendirilmelerinde dikkat edilmesi gereken noktalara değinilecektir. Canlı verici değerlendirilmesinde kapı ölçütleri öncelikle vericinin ruhsal açıdan sağlıklı ve medeni haklarını kullanabilir olması ile vericinin gönüllüğüdür. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:84-89)

Anahtar sözcükler: Canlı verici, canlıdan organ nakli, nakil öncesi ruhsal değerlendirme, psikososyal değerlendirme, gönüllülük, özerklik

Psychiatric assesment in living donation

ABSTRACT

Although the success of living organ donation continues to grow with improved survival, immuno-suppression and surgical technical advancement, the long-term physical and psychological consequences are not established for living donors. Living donors are confronted with major operation without any potential health benefit in liver transplantation. Despite the importance of donor safety, neither the international pre-transplant guidelines, standards about the living liver donor selection, nor post-transplant donor database are not available. We have tried to recommend a donor selection criteria in liver transplantation. These were firstly to ensure donor's psychological healthy and competence and to ensure voluntarism. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2011; 12:84-89)

Key words: living donor, living donation, pre-transplantation psychological assessment, psychosocial evaluation, voluntarism, autonomy

GİRİŞ

Organ yetmezliği yaşamı tehdit eden, yaşam/ölüm kavramlarını öne çıkaran bir durumdur. Günümüzde bu durumun sağaltımında kullanılan yöntemlerden biri organ naklidir. Hastaya nakledilen organ/organlar iki ana kaynaktan

karşılanmaktadır. Bunlar beyin ölümü gerçekleşmiş bireyler (cadaveric donor) ve yaşayan sağlıklı bireylerdir (living donor).

Canlıdan organ nakli, beden, ruh ve akıl sağlığı yerinde ve organını vermeye gönüllü bir bireyden bir organ veya organ parçasının alınarak

¹ Doç.Dr. Ege Üniv. Tıp Fak. Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi Konsültan Psikiyatristi, İzmir

² Doç.Dr. ³ Prof.Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyeron Bilim Dalı, İzmir

⁴ Uzm.Psikolog, Ege Üniv. Tıp Fak. Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi, İzmir

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Doç.Dr. M. Ayşın NOYAN, Ege Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyeron Bilim Dalı, Bornova/İzmir

E-mail: aysin.noyan@ege.edu.tr

Geliş tarihi: 14.05.2010, **Kabul tarihi:** 08.11.2010

Anatolian Journal of Psychiatry 2011; 12:84-89

yetmezliği olan hastaya takılmasıdır. Bu ameliyatların en önemli nedeni yeterli kadavra vericinin olmaması, bu nedenle bekleme listesinde yer alan hasta sayısının hızla artması ve bu hastaların bekleme süreci içerisinde kaybedilmesi. Diğer nedenler ise, canlı vericiden alınan organın kadavradan alınan organa göre daha yüksek işlevsel kapasiteye sahip olması; daha iyi doku uyumu sağlaması ve hastanın yaşam kalitesi üzerine daha olumlu etki yapmasıdır.¹ Ülkemizde kan bağı ve/veya yakın akraba olanlar yanı sıra, akraba olmayan yakınlar ve alıcı ile duygusal yakınlığı bulunanlar, maddi hiçbir karşılık almamak koşulu ile canlı verici olabilmektedir.² Başlıca dört çeşit canlı verici tipi vardır.³

1. Kan bağı olan veya yakın akraba olanlar (living-related donor), örneğin, anne baba ve kardeşler.
2. Kan bağı olmayan yakınlar (living-unrelated donor), örneğin, eşler.
3. Kan bağı olmayan ancak duygusal olarak yakınlığı olan vericiler (emotionally-related living donor), yakın arkadaşlar.
4. Akrabalık ilişkisi veya duygusal hiçbir yakınlığı olmayan altruistik yabancılar (altruistic strangers).

Bunların dışında nadir olarak uygulanan çapraz nakil (cross-over donation) olguları da vardır.⁴ Burada kendisine uygun verici bulamayan alıcıların vericileri, karşılıklı olarak anlaşarak, diğer alıcıya organlarını vermektedir.

CANLIDAN ORGAN NAKLİ

Kadaverik organ sayısındaki yetersizliğe bağlı olarak yaygınlaşan canlıdan organ naklinin en sık uygulandığı iki organ böbrekler ve karaciğerdir. Böbrek nakli ilk kez 1954 yılında uygulanmıştır. İzleyen yıllarda böbrek vericilerinin nakil sonrası kendilerini daha iyi hissettiklerini (well-being) ve kendilik değerlerinin arttığını ileri süren araştırma sonuçları ses getirmiş ve canlıdan organ naklinin desteklenmesine katkıda bulunmuştur.^{5,6} Bu araştırmalar vericilerin nakil sonrası sağlık ve aile ilişkileri alanlarında hiçbir olumsuzluk yaşamadıklarını,⁷ genel popülasyondan daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduklarını ileri sürmektedir.⁸

Karaciğer nakli ilk kez 1990 yılında uygulanmaya başlanmış ve ilk araştırmalar tıbbi sorunlar üzerine odaklanmıştır. Vericilerin nakil sonrası psikososyal alanlarına ilişkin araştırmalar oldukça yeni olup daha çok vericilerin karar verme süreçleri, verme nedenleri, nakil sonrası sosyal

ve iş alanlarındaki yaşam kaliteleri üzerine yoğunlaşmaktadır. Yaşam kalitesi araştırmalarının ortak sonuçları nakil sonrası sosyal ve iş etkinliği alanlarında hiçbir değişikliğin olmaması ve vericilerin verdikleri karardan (alıcıların öldüğü durumlar hariç) pişmanlık dile getirmemeleridir.^{9,10} Ancak vericilerin önemli bir kısmının lobektominin yaşamlarını olumsuz etkilediği ve komplikasyonlarla başa çıkmada güçlük çektiklerini bildiren sonuçlar da vardır.¹¹

CANLIDAN KARACİĞER NAKLİNDE ÖNEMLİ SORUNLAR

Karaciğer nakli birçok açıdan böbrek naklinden farklıdır. Son dönem böbrek yetmezliği hastaları diyaliz gibi alternatif sağaltım seçeneğine sahip olmalarına karşın, son dönem karaciğer hastaları için tek seçenek organ naklidir ve öncelikli seçenek sınırlı organ kaynaklarından dolayı canlıdan karaciğer naklidir. Diğer farklılık ise, karaciğer naklinin böbrek nakline göre daha yeni bir yöntem olmasından dolayı lobektominin uzun dönem izleme sonuçlarının kesinleşmemiş olmasıdır. Nakil öncesi vericilerin değerlendirilmeleri, kaydedilmesi; nakil sonrası ise maruz kalınan riskleri araştırarak standart, bilimsel bir yollar/kılavuzlarda da henüz ortak bir görüş oluşturulamamıştır. Bu sorunların güncel karaciğer literatüründe göz ardı edildiği ve az sayıda yazar tarafından dile getirildiği gözlenmektedir.¹²⁻¹⁴

Nakil sonrası çok sayıda tıbbi morbidite ve mortalite belirten yayınlara karşılık, karaciğer lobektomisinin ruhsal durum üzerine etkilerini araştırarak araştırma sayısı azdır. Özellikle nakil sonrası vericilerin ruhsal güçlükler yaşadığını ortaya koyan araştırmaların sayısındaki azlık daha da dikkat çekicidir.^{11,15,16} Gerçekte, nakil sonrası vericilerin ruhsal değerlendirilmeleri oldukça güçtür. Olguların önemli bir kısmının ameliyat sonrası ağrı ve komplikasyonlar nedeniyle güç zamanlar geçirdiği, günlük yaşama dönüşün uzadığı durumlarda ekonomik ve sosyal sıkıntıların da bunlara eklendiği bilinmektedir. Böyle olgularda vericinin verdiği karardan hala memnun olmasını beklemek oldukça zordur. Ancak konu doğası gereği öylesi ikileme sahiptir ki, verici verdiği karardan memnuniyetsizlik ve pişmanlığını dile getirirse, yaptığı son derece altruistik ve anlamlı özverisini yok sayacak ve kendilik değerini zedeleyecek; öte yandan kararından memnuniyet dile getirirse, nakil sonrası yaşadığı tıbbi, sosyal ve bazen ekonomik güçlükleri göz ardı etmek durumunda kalacaktır.¹⁷

‘VERİCİ ADAYI OLMAK’ NE DEMEKTİR?

Son dönem karaciğer hastalığı olan ve nakil önerilen bir hasta, ‘kazan-kaybet’ durumu ile karşılaşmasına karşın; organ bağışlamaya karar vermiş bir verici adayı ‘kaybet-kaybet’ durumu ile karşı karşıyadır. Verici adayı bu ‘canlı hediye’yi verirken kendi sağlığı için bir yarar sağlamayan ve önemli bir sağlık riski taşıyan büyük bir ameliyatı kabul eder. Bu dönemde toplumun bireyden beklentileri, ahlaksal ve geleneksel zorunluluklar, başka bir tedavi seçeneğinin olmaması verici üzerinde baskı oluşturmakta ve onun kararını etkilemektedir.¹⁷ Bazı yazarlar bu durumu ‘normal baskı’ olarak tanımlamaktadır.¹⁸

Sonuçta ister uzun süre düşünerek, isterse hiç düşünmeden karar vermiş olsun organ nakli merkezine ‘organ bağışlama kararı’ ile başvuran sağlıklı bireyler verici adayı olarak kabul edilir ve değerlendirilmeleri başlar. Bu dönem verici adayının ameliyat, riskler (alıcının ve kendisinin ölüm riski dahil) hakkında yoğun bilgilendirilme gereksiniminin başladığı dönemdir. İlk bilgilendirme ve temel tıbbi tetkikler sonrasında verici adayının ilk ruhsal değerlendirilmesi yapılmalıdır. Amaç, verici adayının ruhsal açıdan ‘kapı ölçütleri’ni karşılayıp karşılamadığının belirlenmesi ve karşılamayan olguların ayıklanarak ekonomik maliyeti oldukça yüksek ileri tetkikleri sürdürüp sürdürmeme kararının belirlenmesidir.

VERİCİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Vericilerin psikiyatrik değerlendirilmesinde iki kapı ölçütü vardır. Bunlardan biri, bireyin hiçbir baskı/zorlama altında kalmaksızın özgürce karar vererek (özerklik) organ bağışlamaya gönüllü olması, diğeri bireyin bu kararı vermesine yetecek düzeyde akıl ve ruh sağlığına sahip olmasıdır (yetkinlik). Kapı ölçütleri karşılandıktan sonra şu alanlar değerlendirilmelidir:^{9,17-22}

1. Bireyin özerkliğinin korunmuş olması: Bireyin zorlanma veya baskı altında (coersion) kalmadan organ bağışlama kararını vermiş olması ve her zaman kararından vazgeçme hakkına sahip olduğunu bilmesi zorunludur.
 2. Süreç hakkındaki bilgi düzeyi, gerekirse bilgilendirme yapılması ve bilginin kontrol edilmesi: Organ verme ile ilgili tüm risklerin (olası komplikasyonlar ve ölüm riski dahil) sorulduğunda söyleyebilecek düzeyde bilgi sahibi olunmasıdır.
- Ruhsal değerlendirme sırasında bilgi düzeyi araştırılmalı, eksik kalan bilgiler tamamlanmalıdır. Kapı ölçütlerini karşılayan verici adaylarına aldığı bilgileri yeniden düşünmesi ve kararını

yeniden gözden geçirmesi için zaman verilmelidir (Soğuma zamanı).²¹ Aday kendisi ve alıcısı ile ilgili tüm risk, yarar ve tedavi seçeneklerini bilmeli ve bunları kendi ailesi içinde de tartışmış olmalıdır.²² Kararını değiştirme hakkına sahip olduğu, kararından vazgeçtiği takdirde kendisine saygı gösterileceği, vazgeçme kararının tedavi ekibi tarafından gizli tutulacağı, kendisinin her koşulda korunacağı vurgulanmalıdır.

Değerlendirmeler sırasında alıcı ve verici eşit düzeyde korunmak durumundadır. İki tarafın haklarının eşit düzeyde korunabilmesi için alıcı ve verici çiftinin farklı hekimlerce değerlendirilmesinde yarar vardır.^{20,23}

KAPI ÖLÇÜTLERİ: GÖNÜLLÜLÜK VE YETKİNLİK

Canlı verici adayı olmanın ilk koşulu gönüllülüktür.^{17,18,20,21,23} Gönüllülüğün özgürce veya baskı altında oluştuğunun açıklığa kavuşturulması zorunludur. Gönüllülük yalnız kişinin beyanına dayalı bir karar olup, özerkliğin korunması zorunludur, değerlendirilmesi en güç ve en önemli alandır. Baskı ve para ilişkisinin varlığı kesin dışlama nedenidir.

Koşulsuz, baskı altında ve altruistik gönüllülük olarak farklı gönüllülük tipleri belirtilmiştir.^{24,25} Koşulsuz gönüllülükte bireyin tek amacı aile üyesinin yaşamını korumak, motivasyonu alıcıya karşı duyduğu sevgi duygusudur. İkincil motivasyon düzenin korunması olabilir (örneğin, anne-babadan çocuğa, çocuktan anne-babaya nakil). Baskı altında gönüllülük ise, verici adayının dışsal (bir aile bireyi, transplant ekibinden hekim, alıcı ve yakınları tarafından organın talep edilmesi) veya iç nedenlerle (en önemlisi suçluluk duygusudur ve ‘Ona bir şey olursa, yaşamım boyunca suçluluk duyayım’ ifadesi buna örnektir) kendisini baskı altında hissederek gönüllü olmasıdır. Değerlendirme sırasında, verici adayının herhangi bir şekilde belirttiği korku, endişe, kararsızlık ifadelerinin varlığında gönüllülüğün bu temada geliştiği düşünülmelidir.^{24,25}

Olası gönülsüzlük ya da baskıya maruz kalmış olmayı düşündüren bulgular

- Görüşmeler sırasında bilgilerde tutarsızlık ve maddi bir kazancın olmayacağını tekrar tekrar belirtilmesi,
- Görüşmeler sırasında kararsızlık, tereddüt ve tedirginlik,
- Göz ilişkisi kurmaktan, konuşmaktan kaçınma,
- Nakil sürecine, sağlık personeline söylenme, öfke, randevuları unutma.

Özerk olarak verilmiş gönüllülük kararı, mevcut psikiyatrik durumun değerlendirilmesini de

gerektirir. Bu amaçla verici adayından öğrenilmesi gereken bilgiler Çizelge 1'de özetlenmiştir.

Çizelge 1. Nakil öncesi değerlendirme gereken alanlar

Verici olma ile ilgili riskleri bilme, anlama

- Şu andaki psikiyatrik muayene bulguları
- Daha önceki psikiyatrik semptomları ya da psikiyatri başvurusu öyküsü
- Eski veya şimdiki psikotrop ilaç kullanımı
- Psikiyatrik hospitalizasyon(lar) tarih, tanı ve belirtiler
- Geçmişteki ve şu anki psikoterapileri, sıklığı
- Özkiyım veya kendine zarar verici (self-desruptive) davranışlar var mı?
- Alerji veya başka psikosomatik hastalık veya yakınma var mı?
- Somatizasyon veya somatik yakınma var mı? Varsa yerleri ve nitelikleri?
- Şu anki yaşam konumu?
- Yaşam olayları ile baş etme şekilleri ve kişilik özellikleri
- Ameliyat sonrası dönemde kendisine kimin bakacağı? (Ameliyat sonrası kişisel bakım, çocuk varsa onlara kim bakacak, ev işlerini, alışverişi kim yapacak, kimler yardım edecek gibi)
- Madde kullanımları (Varsa, öykü, miktar)
- Daha önceki suçları, aldığı cezalar; cezaevine girip girmediği? (Kişilik bozukluklarını tanımada yardımcı bir veri olarak sorulması gereklidir)

Sanrıları aktif halde olan şizofreni, mani veya depresif dönemdeki bipolar bozukluk hastaları ancak medeni haklarını kullanabilecek düzeydeki iyilik dönemlerinde verici adayı olabilir. Bu bireylerde, her olgu onu özgü ele alınmalı ve psikiyatrik bozukluğu olanların psikotrop ilaç kullandığı/kullanacağı unutulmamalıdır.^{23,26}

Teknik olarak 'ruhsal olarak sağlıklı' ve medeni haklarını kullanabilir olmalarına karşın, dikkatle ele alınması gereken diğer bir bozukluk grubu kişilik bozukluklarıdır. Birçok kişilik bozukluğunda bir sakınca yokmuş gibi görünmesine karşın, bağımlı/kaçıngan/şizoid kişilik bozukluklarında, birey her tür etkiye (içten veya dıştan) kolayca maruz kalabilmesi ve bunu dile getirememesinden dolayı kendi bedenini, sağlığını koruyamayabilir. Benzer şekilde sınır ve antisosyal kişilik bozukluklarında da bireyin kendine zarar verici eğilimleri olduğu unutulmamalı ve organ vermenin bu amaca hizmet edip etmediği, uzun dönemde verici adayının bir engelle karşılaştığında kendisine ve/veya alıcı/alıcının yakınları ve tedavi ekibine gösterebileceği davranışsal sorunlar dikkatle araştırılmalıdır.²⁷

Depresyon ve anksiyete belirtileri klinik tanı konacak şiddette olmadığı sürece nakle engel değildir. Klinik olarak bu tanıların konduğu vericilerde, nakil sonrası erken dönemde deliryum, sonrasında da mevcut ruhsal bozukluğun şiddetinde artış olabileceği ve iyileşmenin gecikebileceği unutulmamalıdır. Çünkü her cerrahi girişim bedende HPA (hipotalamo-pituiter-adrenal) aksı

(kortizol, sitokinler ve katekolaminler) harekete geçirici özelliğe sahiptir. Batının açılması organizma üzerinde oluşturduğu etkiler açısından ortadan ağıra doğru bir stres oluşturur. Karaciğer rezeksiyonu 'çok geniş ve riskli operasyon' sınıfında ele alınmaktadır. Bu nedenle alıcının genel tıbbi durumu uygunsa, verici adayının ruhsal bozukluğunun tedavi edilmesi, daha sonra organ alınması önerilir. Ek olarak nakil öncesi psikotrop ilaç kullanımı beden işlevlerini ve iyileşme sürecini de olumsuz etkileyebileceğinden kullanılan psikotrop ilacın azaltılarak kesilmesi önemlidir.²⁶

Verici adaylarının geçmiş yaşam öyküsüne mutlaka bakılmalıdır. Yaşam öyküsü zorluklar ve kriz anlarında bireyin nasıl davrandığına ilişkin tüm bilgileri sunar. Hastanın erken çocukluk yaşantısındaki anne-baba kayıpları ve kayıp yaşantıları (göç, boşanma, hastalıklar, çocuk ölümü, iflas), bunların nasıl karşılandığı, sonrasında yaşamın nasıl sürdürüldüğü, kendine-bedenine-hastalıklarına nasıl baktığı, kişilerarası ilişkileri, sosyal destekleri, kendini cezalandırma eğilimlerinin olup olmadığı (madde kullanımı, yasal cezalar) bu bilgilerden görülebilir.^{28,29}

Alerji veya başka psikosomatik hastalık varlığı duygu ve düşüncelerini beden diliyle anlatma eğilimi olan bireylerin tanınması açısından önemlidir. Beden dilini kullanan olgularda gönüllülük daha ayrıntılı araştırılmalı, bireyin açıkça olmasa bile dolaylı yoldan bir baskı ve zorlanma duygusunun olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yetkinlik, bireyin başına gelebilecek olayları ve sonuçlarını anlayıp muhakeme edebilecek düzeyde akıl ve ruh sağlığına sahip olmasını gösterir. Birey kendi hakkında karar verebilme yetisine sahip olup medeni haklarını kullanmada 'tam eylem yeterliliği'ne (18 yaş üstü, kısıtlılığı olmayan ve ayırt etme gücü tam) sahip olmalıdır.³⁰ Verici kendi bedeni hakkında verdiği karar ile nakil cerrahisini, bu ameliyatın risklerini, olası komplikasyonları, alacağı riskleri bilmeli ve anlamalıdır.^{18,20-22,27,28}

BİLGİLENDİRİLMİŞ SÜRECİ VE VERİLEN BİLGİNİN KONTROL EDİLMESİ

Nakil kararının verilmesi bir kriz anı oluşturur. Kriz zamanlarında bireyler kendilerine söylenen sözleri seçici olarak duyar. Bu nedenle bilgilendirme yapan ekibin sözel bilgilendirme sonrasında, bilgiyi yazılı olarak da vermesi ve adayın bunlardan ne anladığını kontrol etmesinde yarar bulunmaktadır. Verilen bilginin kontrol edilmesi sürecinde adayın bilmesi ve sorulduğunda söyleyebilmesi beklenen bilgiler Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 2. Verici adayının bilmesi ve değerlendirilme süreci boyunca sorulduğunda söylemesi gereken bilgiler

- Yara izinin tarifi
- Ameliyatın süresi, içeriği ve kendisine neler olacağı
- Ameliyat sonrası seyir ve komplikasyonlar hakkında neler bildiği?
- Bu ameliyata ilişkin ölüm riskinin olup olmadığı ve varsa oranı
- Nakil sonrası iyileşme süresi ve ne zaman taburcu olacağı
- Ameliyat sonrası ne kadar süre çalışmayacağı
- Organ reddi olasılığının ne oranda olduğu
- Eğer verdiği organ çalışmaz ya da yarar sağlamaz ise ne hissedeceği
- Bağışlayacağı organa bir gün bir yakınının ihtiyacı olduğunda bir daha organ verip veremeyeceği,
- Erkekler için, bu ameliyatın askerliğe engel olup olmadığı

Alıcının hastalığını anlama

- Alıcının hastalığının nedeni, ameliyat öncesi ve sonrası hangi risklere sahip olduğu
- Şu anda organ nakline ihtiyaç duyulmasının ana nedeni
- Başka tedavi seçenekleri olup olmadığı
- Kadavradan nakil şansının olup olmadığı
- Akrabalık yoksa, yakın akrabadan nakil olasılığının olup olmadığı ve neden yakın akrabaların verici adayı olmadıkları
- Arkadaşlığına ve yakınlığına bağlı olarak organ verme zorunluluğu hissedip hissetmediği
- İlişki dinamikleri

Peki, ya alıcılar?

Canlıdan organ naklinde en önemli ilke 'vericinin güvenliği' olduğundan alıcılar genellikle değerlendirilmez. İdeal koşullarda alıcı, vericisinin maruz kalacağı risklerin yanı sıra, kendisinin uzun dönem risklerini de bilmekle yükümlüdür. Örneğin, uzun süreli immunosupresan tedavinin böbreklerde %20 oranında işlev kaybına yol açabileceği, kalp-damar hastalıkları veya maligniteye bağlı sorunlar yaşayabileceği bilgilerini bilerek organ almalıdır.³¹ Alıcının ruhsal değerlendirilmesindeki kapı ölçütü 'aldığı organa iyi bakıp bakamayacağı' olarak özetlenebilir.^{29,32}

SONUÇ

Canlı organ vericisi için hiçbir sağlık avantajı sağlamayan 'canlıdan organ nakli' etik açıdan tartışmalı bir klinik durumdur. Tartışmanın temel noktası bu sağaltım yönteminin tıp eğitiminin **Anatolian Journal of Psychiatry 2011; 12:84-89**

temel ilkesi olan 'önce zarar verme' (primum nil nocere) ilkesine ters düşmesidir. Sağaltım yöntemi 'başka birinin yaşamını kurtarmak, uzatmak veya yaşam kalitesini artırmak için sağlıklı bir insanın sağlığını bozmak' üzerine kurulu olup, alıcı için birden çok kazancı olmasına karşın, verici için bir yakınının yaşamının sürmesi veya korunması dışında bir kazanç görünmemektedir. Bu yönüyle, canlıdan organ nakli tıptaki tek ayrık durumdur. Sağlık ekibi, bir hastanın yaşam süresini uzatmaya ve yaşam kalitesini artırmaya çalışırken, sağlıklı bir bireyi riske attığını unutmamalıdır.

Canlıdan organ naklinde en önemli nokta 'vericinin sağlığının korunması ve güven altına alınması'dır. Bu nedenle her canlı verici adayının psikososyal yönden değerlendirilmesi zorunludur. Bu değerlendirmede psikiyatristin görevi, vericinin 'avukatlığı yapmak' ve 'haklarını korumak' olmalıdır. Psikiyatrist bu görüşmeler sıra-

sırasında verici adayını süreç hakkında dikkatli bir şekilde eğitmeli, organ verme kararını yeniden gözden geçirmesi için vericiyi yüreklendirmeli ve vericinin her kararına saygı duymalıdır.

Organ nakli, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin çalışma alanlarından biri olup ülkemizde bu alanda çalışan uzman sayısı oldukça azdır. Canlı organ vericilerinin değerlendirilmesi, heki-

min tıp bilgileri, klinik uygulamaları, psikiyatrik deneyimi, yaşam/ölüm süreçlerine bakışı, omnipotent duyguları, hasta ile ilgili sınırları (nerede başlayıp nerede biter) kavramlarına meydan okuyan bir durumdur. Bu nedenlerden dolayı bu alanda çalışacak hekimlerin tanımlanmış süreçlerle ve yapılandırılmış bir eğitim ve süpervizyon alması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Sutherland DER. Presidential address to The Transplantation Society: Accomplishments, ethics, and scientific perspectives. *Transplantation* 2005; 79:1000-1007.
2. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr>
3. Daar AS. Strangers, intimates, and altruism in organ donation. *Transplantation* 2002; 74:424-426.
4. Kranenburg LW, Visak T, Weimar W, Zuidema W, de Klerk M, Hilhorst M, et al. Starting a crossover kidney transplantation program in the Netherlands: Ethical and psychological considerations. *Transplantation* 2004; 78:194-197.
5. Simmons RG, Anderson CR. Related donors and recipients: Five to nine years post-transplant. *Transplant Proc* 1982; 14:9-12.
6. Sharma VK, Enoch MD. Psychological sequel of kidney donation: a 5-10 years follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75:264-267.
7. Schrover L, Streem S, Boparai N, Duwiak K, Noeick AC. The psychosocial impact of donating a kidney: long-term follow-up from urology based centre. *J Urol* 1997; 157:1596-1601.
8. Johnson EM, Anderson JK, Jacobs C, Suh G, Humar A, Suhr BD, et al. Long-term follow-up of living kidney donors: quality of life after donation. *Transplantation* 1999; 67:717-721.
9. Papachristou C, Walter M, Dietrich K, Danzer G, Klupp J, Klapp BF, et al. Motivation for living-donor liver transplantation from donor's perspective: An in-depth qualitative research study. *Transplantation* 2004; 78:1506-1514.
10. Miyagi S, Kawagishi N, Fujimori K, Sekiguchi S, Fukumori T, Akamatsu Y, et al. Risk of donation and quality of donors' life after living donor liver transplantation. *Transplant Int* 2004; 18:47-51.
11. Lee SH, Jeong JS, Ha HS, No MJ, Hong JJ, Kwon JS, et al. Decision-related factors and attitudes toward donation in living related liver transplantation: Ten-year experience. *Transplantation Proc* 2005; 37:1081-1084.
12. Cronin DC, Siegler M. Ethical issues in living donor transplantation. *Transplantation Proc* 2003; 35:904-905.
13. Neuberger J, Price D. Role of living liver donation in United Kingdom. *BMJ* 2003; 327:676-679.
14. Abougergi MS, Rai R, Cohen CK, Montgomery R, Solga SF. Trends in adult-to-adult living donor liver transplant organ donation: the Johns Hopkins experience. *Prog Transplant* 2006; 16:28-32.
15. Walter M, Papachristou C, Pascher A, Danzer G, Neuhaus P, Klapp BF, et al. Impaired psychosocial outcome of donors after living donor transplantation: A qualitative case study. *Clin Transplant* 2006; 20:410-415.
16. Trotter JF, Hill-Callahan MM, Gillespie BW, Nielsen CA, Saab S, Shrestha R, et al. Severe psychiatric problems in right hepatic lobe donors for living donor liver transplantation. *Transplantation* 2007; 83:1506-1508.
17. Miller CM. Ethical dimensions of living donation: experience with living liver donation. *Transplant Rev* 2008; 22:206-209.
18. Beresford TP. Living donor grafts in liver transplantation: where are psychiatric issues? *Curr Opin Organ Transplant* 2004; 9:437-440.
19. Erim Y, Malago M, Valentin-Gamazo C, Senf W, Broelsch CE. Guidelines for the psychosomatic evaluation of living liver donors: Analysis of donor exclusion. *Transpl Proceeding* 2003; 35:909-910.
20. The Authors for Live Organ Donation Concensus Group. Consensus statement on the live organ donor. *JAMA* 2000; 284:2919-2926.
21. Jowsey SG, Schneekloth TD. Psychosocial factors in living organ donation: clinical and ethical challenges. *Transplant Rev* 2008; 22:192-195.
22. Knibbe M, Verkerk M. Making sense of risk. Donor risk communication in families considering living liver donation to a child. *Med Health Care Philos* 2010; 13:149-156.
23. Noyan MA. Donor kararında psikiyatrik değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci Gastroenterohepatoloji* 2006; 2(51)(Supp):32-37.
24. Fujita M, Slingsby BT, Akabayashi A. Three patterns of voluntary consent in the case of adult-to-adult living related liver transplantation in Japan. *Transplant Proc* 2004; 36:1425-1428.
25. Walter W, Papachristou C, Danzer G, Kalpp BF, Frommer J. Willingness to donate: an interview study before liver transplantation. *J Med Ethics* 2004; 30:544-550.
26. Huyse FJ, Touw DJ, van Schijdel RS, de Lange JJ, Slaets JP. Psychotropic drugs and the perioperative period: a proposal for a guideline in elective surgery. *Psychosomatics* 2006; 47:8-22.
27. Shrestha R. Psychosocial assessment of adult living liver donors. *Liver Transpl* 2003; 9(10 Suppl): S8-S11.
28. Dew MA, Jacobs CL, Jowsey SG, Hanto R, Miller C, Delmonico FL. Guidelines for the psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States. *Am J Transplant* 2007; 7:1047-1054.
29. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, et al. Rates and risk factors for non-adherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation* 2007; 83:858-873.
30. Sercan M. Yurttaşlık hukukunda (medeni hukuk) adli psikiyatri. M Sercan (Ed.), *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. TPD Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:5, Ankara, 2007, s.80-88.
31. McCashland TM. Controversies in liver transplantation. *Liver Transpl* 2005; 11:S1.
32. Noyan A, Sertöz ÖÖ. Kalp pili, ICD ve transplantasyon yapılan hastalarda psikiyatrik sorunlar ve tedavisi. *Türk Kardioloji Seminerleri* 2009; 9:94-103.