T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ORGAN NAKLİ PLANLANAN HASTALARDAKİ PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR İLE UMUTSUZLUK DÜZEYİ, BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Dr. Esma Ulya AŞIK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Halil ÖZCAN

YARDIMCI DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI

ERZURUM-2026

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKULTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Esma Ulya AŞIK	**Sınav tarihi:** ..15... / ..01.. / 2026...
Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Halil Özcan	
Tezin Konusu : Organ Nakli Planlanan Hastalardaki Psikiyatrik Bozukluklar İle Umutsuzluk Düzeyi, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 5. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☐ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Halil Özcan	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Fatma Tuygar Okutucu	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Serap Sarı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 29.11.2024 tarihli 8 numaralı oturumunda, "Organ Nakli Planlanan Hastalardaki Psikiyatrik Bozukluklar İle Umutsuzluk Düzeyi, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" başlıklı tezin, araştırma görevlisi Dr. Esma Ulya Aşık tarafından, Prof. Dr. Halil Özcan danışmanlığında yürütülmesine karar verilmiştir. Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.11.2024 tarihli, B.30,2.ATA.0,01.00 /657 sayılı yazısı ile 46 numaralı kararına istinaden etik uygunluk onayı almıştır.

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **viii**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xii**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Son Dönem Organ Yetmezliği 4
2.2. Organ Nakli 5
2.3. Türkiye'de Organ Nakli Uygulamaları ve Sorunları 6
2.4. Organ Nakli Sürecinde Yaşanan Psikososyal Zorluklar 7
2.4.1. Bekleme Süreci ve Bekleme Süresi 8
2.4.2. Tedavi Sürecine Bağlı Zorluklar 8
2.4.3. Kimlik ve Rol Kaybı 9
2.4.4. Ekonomik Zorluklar 11
2.4.5. Sosyal İzolasyon ve Destek 12
2.4.6. Psikiyatrik Hastalıkların Rolü 13
2.4.7. Kadavradan ve Canlı Vericiden Organ Bekleyen Hastalarda Suçluluk Hissi ile Dini ve Kültürel Kaygılar 15
2.4.8. Posttransplant Dönemi ile İlgili Psikososyal Zorluklar ve Kaygılar 16
2.5. Organ Nakli Bekleyen Hastalarda Somatik Semptomlar 17
2.6. Organ Nakli Bekleyen Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar 19
2.6.1. Depresif Bozukluklar 19
2.6.2. Anksiyete Bozuklukları 22
2.6.3. Uyum Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu 24
2.6.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 25
2.6.5. Uyku Bozuklukları 27
2.6.6. Cinsel İşlev Bozuklukları 28
2.6.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk 29

2.6.8. Madde Kullanım Bozukluğu 30
2.6.9. Psikotik Bozukluklar 31
2.6.10. Bipolar Bozukluk 32
2.6.11. Nörobilişsel Bozukluklar 34
2.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük 35
2.8. Umutsuzluk 37
2.9. İntihar Düşüncesi 39
3. GEREÇ VE YÖNTEM 41
3.1. Araştırmanın Örneklemi 41
3.2. Dahil Edilme Ve Dışlanma Kriterleri 42
3.3. Veri Toplama Gereçleri 42
3.3.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu 43
3.3.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, SCID-5) 43
3.3.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) 43
3.3.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği 44
3.3.5. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği 44
3.3.6. Beck Umutsuzluk Ölçeği 45
3.3.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 45
3.4. Etik Kurul Onayı 46
3.5. İstatistiksel Analiz 47
4. BULGULAR 48
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 48
4.2. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması 50
4.3. Organ Nakli Bekleyen Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı 52
4.4. Psikiyatrik Bozuklukları Olan Hastalarda Tedavi Durumu 55
4.5. Organ Nakli Adaylarında Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkili Faktörler 55
4.6. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Analiz Modeli 57
4.7. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizi 57
4.8. Psikiyatrik Bozuklukların ve Sosyodemografik Değişkenlerin Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisi 58
5. TARTIŞMA 67

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi . 67
5.2. Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. 72
5.2.1. Depresif Bozukluklar ... 74
5.2.2. Anksiyete Bozuklukları ... 75
5.2.3. Uyku Bozuklukları ... 76
5.2.4. Uyum Bozukluğu ... 79
5.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ... 80
5.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ... 82
5.2.7. Diğer Nadir Psikiyatrik Tanılar ... 84
5.2.8. Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluklar ... 85
5.3. Ölçek Bulgularının Genel Değerlendirmesi ve Literatürle Karşılaştırılması ... 86
5.4. Ölçeklerin Korelasyonunun Tartışılması ... 95
5.5. Çalışmanın Güçlülükleri ve Kısıtlılıkları ... 97
5.6. Klinik Çıkarımlar ve Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler ... 99
6. SONUÇ ... 103
KAYNAKÇA ... 104
EKLER ... 125
EK 1- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU ... 125
EK-2. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D) 127
EK-3. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A) . 131
EK-4. BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (BSSI) ... 134
EK-5. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BHS) ... 138
EK 6. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ KISA FORM (BTÖ-12) ... 141

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAASIS	Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (İmmünsupresif İlaç Uyum Değerlendirme Ölçeği)
BAI	Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory)
BDI	Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)
BHS	Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck Hopelessness Scale)
BiPAP	Bilevel Positive Airway Pressure (İki Düzeyli Pozitif Hava Yolu Basıncı)
BSSI	Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (Beck Scale for Suicidal Ideation)
BT	Belirsizliğe Tahammülsüzlük
BTÖ-12	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu (Intolerance of Uncertainty Scale – Short Form)
CKD	Chronic Kidney Disease (Kronik Böbrek Hastalığı)
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı)
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)
DSM-5-TR	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı, Metin Revizyonu
ED	Erektil Disfonksiyon
EY	Zihinsel/Entelektüel Yetersizlik
G-CSF	Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör
GA	Güven Aralığı
GBD	Global Burden of Disease (Küresel Hastalık Yükü)
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı

GHQ-12 Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire-12)

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)

HAM-A Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale)

HAM-D Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)

HBS Huzursuz Bacaklar Sendromu

ICD-10 Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, 10. Revizyon (International Classification of Diseases, 10th Revision)

IQ Intelligence Quotient (Zeka Bölümü)

IRLSSG International Restless Legs Syndrome Study Group (Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu)

ISI İnsomnia Şiddet İndeksi (Insomnia Severity Index)

IUS-12 Intolerance of Uncertainty Scale – Short Form (Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form)

KBY Kronik Böbrek Yetmezliği

KDS Klinik Destek Sistemleri

KOAH Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme)

MARS Molecular Adsorbent Recirculating System (Moleküler Adsorban Resirkülasyon Sistemi)

MELD Model for End-Stage Liver Disease (Son Dönem Karaciğer Hastalığı Modeli)

MOCI	Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OPTN	Organ Procurement and Transplantation Network (Organ Temini ve Transplantasyon Ağı)
OR	Odds Oranı (Odds Ratio)
OSFED	Other Specified Feeding or Eating Disorder (Diğer Belirlenmiş Yeme Bozukluğu)
PSQI	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Pittsburgh Sleep Quality Index)
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder (Travma Sonrası Stres Bozukluğu)
SA-45	Sorun Tarama Ölçeği (Symptom Assessment-45)
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SCID-5	DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders)
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SF-36	Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36 Health Survey)
SS	Standart Sapma
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
URR	Üre Azalma Oranı (Urea Reduction Ratio)
USRDS	United States Renal Data System (ABD Böbrek Veri Sistemi)
β	Beta katsayısı

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri 50
Tablo 2. Grupların Psikiyatrik Bozukluk Durumuna Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 51
Tablo 3. Organ nakli bekleyen hastalarda (N=170) psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve psikiyatrik bozuklukların genel nüfus prevalansı 55
Tablo 4. Organ nakli adaylarında psikiyatrik bozukluk varlığı ile bağımsız olarak ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon ile analizi 56
Tablo 5. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri 57
Tablo 6. Ölçekler Arası Spearman Korelasyon Katsayıları 58
Tablo 7. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin HAM-D puanı ile ilişkisi 59
Tablo 8. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin HAM-A puanı ile ilişkisi 61
Tablo 9. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin BHS (Umutsuzluk) puanı ile ilişkisi 63
Tablo 10. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin BSSI (İntihar düşüncesi) puanı ile ilişkisi 64
Tablo 11. Doğrusal Regresyon analizi ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin Psikiyatrik Bozukluklar ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi 66

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde bilgi, deneyim ve rehberliğiyle bana yol gösteren, her aşamada desteğini hissettiren tez danışmanlarımdan Dr. Öğr. Üyesi Serap Sarı'ya; resmi tez sorumluluğunu üstlenerek sürecin ilerlemesine katkı sağlayan Prof. Dr. Halil Özcan'a; araştırma süreci boyunca fikir, yönlendirme ve dostane desteğiyle yanımda olan tez konusunun belirlenme sürecinden etik başvuru ve yazım aşamalarına kadar her adımda birlikte çalıştığım, dostluğunu ve akademik desteğini her zaman hissettiğim kliniğimizden asistan arkadaşım Dr. Sevim Burcu Demirkol Paltacı'ya, beni bu zor süreçte her zaman güldüren her zor anımda yanımda olan Dr.Tuğba Nur Saylan'a gönülden teşekkür ederim.

Hasta bulma, yönlendirme ve iletişim süreçlerinde büyük özveriyle destek veren sekreterlerimiz Serdar Dumanlı ve Neşe Mertcan'a içtenlikle teşekkür ederim. Onların sabrı ve yardımı sayesinde, bu araştırmanın saha süreci sorunsuz ilerledi.

Araştırmanın klinik aşamalarında iş birliği ve katkılarıyla çalışmamın ilerlemesine destek sağlayan değerli Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Organ Nakli Ekibindeki Prof. Dr. Gürkan Öztürk ve Doç. Dr. Necip Altundaş'a, Figen Yeşilyurt'a ve Muhammed İkbal Kocaman'a teşekkür ederim. Ayrıca çalışmama gönüllü olarak katılan tüm hastalara ve bu süreçte desteğini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma minnettarlığımı sunarım.

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan beni destekleyen, yön gösteren, emek harcayan istatistiksel analiz sürecinde bilgi ve emeğini esirgemeyen, metinlerin her birini titizlikle gözden geçirerek bana yol gösteren, en zor zamanlarda yanımda olup moral desteğini hiç eksik etmeyen canım ablam Dr. Öğr. Üyesi Büşranur Söylemez Karakoç'a en derin şükranlarımı sunarım.

Hayatım boyunca sevgisini, duasını ve desteğini hep yanımda hissettiğim annem ve babama, bu süreçte sabır ve anlayışlarıyla en büyük gücüm olan eşim Süleyman'a; tez sürecinde onlardan fedakârlık yaparak ayrı kaldığım zamanlarda bile sevgileriyle beni ayakta tutan çocuklarım Agah ve İnci'ye içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Esma Ulya AŞIK

ÖZET

Organ Nakli Planlanan Hastalardaki Psikiyatrik Bozukluklar İle Umutsuzluk Düzeyi, Belirsizliğe Tahammülsüzlükle İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde değerlendirilen organ nakli bekleme listesinde yer alan hastalarda psikiyatrik morbidite sıklığının, dağılımının ve psikometrik ölçeklerle ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu araştırmaya, organ nakli öncesi psikiyatrik değerlendirme sürecine dâhil edilen 170 hasta katılmıştır. Katılımcılar DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) ile değerlendirilmiş; Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) uygulanmıştır. Elde edilen veriler sosyodemografik değişkenler ve psikiyatrik tanılarla karşılaştırılmış, çok değişkenli istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların %44,7'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk saptandı. En sık görülen tanı depresif bozukluk (%18,2) olup bunu anksiyete bozuklukları (%15,9), uyku bozuklukları (%11,8), uyum bozukluğu (%5,9) ve obsesif-kompulsif bozukluk (%4,1) izledi. Çok değişkenli analizde kadın cinsiyet (OR=3,04), psikiyatrik bozukluk öyküsü ve karaciğer nakli beklentisi psikiyatrik bozukluk varlığıyla bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Psikiyatrik tanı konulan hastalarda tüm ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti. Belirsizliğe tahammülsüzlük (BTÖ-12 ort.=30,94±12,95), psikiyatrik bozukluk varlığıyla güçlü ve bağımsız biçimde ilişkili bulundu (β=16,39; p<0,001). Depresif bozukluk intihar düşüncesi riskini 19,00 kat, uyum bozukluğu 17,96 kat, uyku bozukluğu ise 12,67 kat artırdı. Sigara kullanımı daha yüksek depresif belirti şiddetiyle (OR=4,09), alkol kullanımı ise artmış intihar düşüncesiyle (OR=3,15)

ilişkilendirildi. Tüm ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar saptandı; en güçlü ilişki HAM-D ile HAM-A arasında gözlemlendi (r=0,85).

Sonuç: Organ nakli bekleme süreci; belirsizlik, kontrol kaybı ve ölüm kaygısı gibi stresörler nedeniyle psikiyatrik bozukluklar açısından yüksek risk taşımaktadır. Bu süreçte düzenli psikiyatrik değerlendirme yapılması, hem ruhsal iyilik hâlinin korunması hem de tedavi ve nakil uyumunun artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Organ nakli, psikiyatrik bozukluklar, belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk, intihar düşüncesi, konsültasyon-ilişki psikiyatrisi

ABSTRACT

Examining the Relationships Between Psychiatric Disorders, Hopelessness, Intolerance of Uncertainty, and Suicidal Ideation in Patients Awaiting Organ Transplantation

Objective: This study aimed to determine the prevalence and distribution of psychiatric morbidity and its relationship with psychometric scale scores among patients on the organ transplant waiting list who were evaluated at the Atatürk University Research Hospital Department of Psychiatry.

Methods: This cross-sectional study included 170 patients undergoing pre-transplant psychiatric evaluation. Psychiatric diagnoses were made using the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5). All participants were assessed with the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Beck Hopelessness Scale, Beck Scale for Suicide Ideation, and Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12). Sociodemographic and clinical variables were analyzed, and multivariate analyses were performed to identify predictors of psychiatric morbidity.

Results: At least one psychiatric disorder was identified in 44.7% of participants. The most common diagnosis was depressive disorder (18.2%), followed by anxiety disorders (15.9%), sleep disorders (11.8%), adjustment disorder (5.9%), and obsessive-compulsive disorder (4.1%). In multivariate analysis, female sex (OR=3.04), a history of psychiatric disorder, and awaiting liver transplantation were independently associated with the presence of a psychiatric disorder.

Patients with a psychiatric diagnosis had significantly higher scores on all scales. Intolerance of uncertainty (IUS-12 mean=30.94±12.95) was strongly and independently associated with psychiatric diagnosis (β=16.39; $p<0.001$). Depressive disorder increased the risk of suicidal ideation 19.00-fold, adjustment disorder 17.96-fold, and sleep disorder 12.67-fold. Cigarette smoking was associated with greater depressive symptom severity (OR=4.09), while alcohol use was associated with increased suicidal ideation (OR=3.15). Significant positive correlations were found

among all scales, with the strongest association observed between HAM-D and HAM-A (r=0.85).

Conclusion: The pre-transplant period represents a psychologically vulnerable phase characterized by uncertainty, loss of control, and death anxiety. Routine psychiatric evaluation and follow-up are essential to support mental well-being, strengthen treatment adherence, and improve post-transplant outcomes.

Keywords: Organ transplantation, psychiatric morbidity, intolerance of uncertainty, suicidal ideation, hopelessness, consultation-liaison psychiatry

1. GİRİŞ

Son dönem organ yetmezliği bir organın işlevini büyük ölçüde kaybettiği ve genellikle organ nakli veya yaşam destekleyici tedavilerin gerekli olduğu; gerekli tedaviler sağlanmazsa ölümcül olabilen bir durumdur (1). En yaygın görülen son dönem organ yetmezlikleri arasında böbrek, karaciğer, akciğer, pankreas, kalp yetmezliği bulunur. Bu hastalar için çok kısıtlı tedavi imkanları olup organ nakli tek kesin tedavi biçimidir ve hastaların yaşam kalitesini ve yaşam süresini önemli ölçüde iyileştirmiştir (1,2).

Organ nakli kadavradan ve canlıdan olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Karaciğer ve böbrek nakli kadavra ve canlıdan yapılabilirken, kalp ve akciğer nakli sadece kadavradan yapılmaktadır. Ülkemizde kadavradan organ nakli bekleyen hasta sayısının çok olması, buna karşın organ bağış sayısının yetersizliği, organ nakli sürecindeki zorlukları artırmaktadır (3).

Hastalar bu süreçte fiziksel ve ruhsal açıdan önemli sıkıntılarla karşılaşabilmektedir. Bu süreç somatik değişiklikler ve fizyolojik kısıtlılıklar kadar; duygusal, bilişsel ve sosyal değişikliklerin eşlik ettiği zorlu bir süreçtir. Bu psikososyal değişiklikler hastalığın fiziksel parametreleri ve somatik semptomları kadar önemlidir (1). Kronik bir hastalığa sahip olmak, bu hastalığın getirdiği ağrı, uyuşma, kaşıntı gibi somatik semptomlarla baş etmeye çalışmak, kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için diyalizin getirdiği ek semptomlar, uyku sorunları hastaları fiziksel olarak zorlamaktadır. Bunun yanı sıra kronik bir hastalığa sahip olduğunu kabullenmek, hastalığın getirebileceği risklerin farkına varmak, bir organının işlevini büyük ölçüde kaybettiğini anlamak kişinin hem kendisi hem de ailesi için sarsıcı olabilmektedir. Kişiler uyum sürecinde hastalığı kabullenmekte zorlanabilmekte, duygusal dalgalanmalar, öfke patlamaları, isyan duyguları yaşayabilmektedir. Sürecin ilerleyen aşamalarında umutsuzluk, çökkünlük, endişe, hiçbir şeyden keyif alamama (anhedoni), gerginlik, psikomotor huzursuzluk, uyku bozukluğu, iştah azalması gibi çeşitli psikiyatrik semptomlar gelişebilmektedir (4).

Organ nakli adayları nakil listesine alınmadan önce birçok bölüm tarafından nakle uygunluk açısından değerlendirilmektedir. Psikiyatrik değerlendirme hastanın

psikososyal açıdan değerlendirilmesini içerir. Psikososyal değerlendirmede organ nakli adaylarının önceki psikiyatrik hastalık öyküsü titizlikle değerlendirilmelidir; depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, uyum bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, kişilik bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ayrıntılı sorgulanmalıdır. Ayrıca mental retardasyon ve diğer nörogelişimsel bozukluklar, kişinin bilişsel işlevleri ve muhakemesi, süreci ve tedaviye uyum sağlama kapasitesi ayrıntılı değerlendirilmelidir. Şahsın geçmişte veya mevcut olan madde ve alkol bağımlılığı gibi konular postoperatif sürecin seyrini etkileyebileceğinden detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Aynı zamanda kişinin sosyal durumu ve aile desteği, sosyoekonomik faktörlerin incelenmesi de psikososyal değerlendirmenin parçasıdır (5). Bu şekilde bütüncül bir yaklaşım nakle uygun bireylerin belirlenmesinde, bireyin nakil sonrası prognozunun iyileştirilmesinde ve tedavi ihtiyacı olan bireylere uygun terapötik ya da medikal tedavinin sağlanmasında kritik rol oynayacaktır (2).

Tüm dünyada ve ülkemizde transplantasyon ve ilişkili sorunlar giderek artmaktadır. Transplantasyon olgularının artması ile birlikte hastaların bu süreçlerini ruhsal açıdan değerlendirmek ve gerekirse desteklemek önem kazanmaktadır. Biz bu çalışmada organ nakli bekleyen hastalar ile ilgili önemli bir alanı vurgulamak istedik.

Bu bağlamda hipotezlerimiz;

H1. Organ nakli için sıra bekleyen hastalarda psikiyatrik hastalık görülme sıklığı genel nüfusa göre daha fazladır.

H2. Organ nakli için sıra bekleyen hastalarda depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu sık görülen psikiyatrik hastalıklardır.

H3. Sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum vb.) ve psikososyal değişkenler (bekleme süresi, ekonomik faktörler) organ nakli adaylarında psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir.

H4. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara göre depresyon, anksiyete, belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve intihar düşüncesi riski daha yüksektir.

H5. Sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum vb.) ve psikososyal değişkenler (bekleme süresi, ekonomik faktörler) organ nakli adaylarında depresyon, anksiyete, belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkilidir.

Bu araştırma, organ nakli bekleyen hastalarda psikiyatrik bozuklukların yalnızca sıklığını değil, bu bozukluklarla belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkileri de inceleyerek alanyazına çok değişkenli bir perspektif kazandırmaktadır. Literatürde, söz konusu psikolojik değişkenlerin bu hasta grubunda birlikte değerlendirildiği çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ayrıca çalışmada, yalnızca semptomatoloji düzeyinde değerlendirme yapılmamış; bireyin sosyal desteği, ekonomik yükü ve bekleme süresi gibi klinik açıdan önemli bağlamsal değişkenler de dikkate alınmıştır. Bu yönüyle çalışma, psikiyatrik belirtilerin organ nakli sürecindeki psikososyal etmenlerle olan ilişkisini çok boyutlu olarak ele almakta ve alana özgün bir katkı sunmaktadır. Organ nakli adayı hastaların etik açıdan hassasiyet içeren yapısı da göz önüne alındığında, bu çalışma hem klinik uygulamalar hem de ileri araştırmalar için yol gösterici niteliktedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Son Dönem Organ Yetmezliği

Son dönem organ yetmezliği, bir organın temel işlevlerini sürdüremeyecek düzeyde kalıcı hasar görmesiyle ortaya çıkan, organın doğal işlevlerini yerine getirmesinin artık mümkün olmadığı bir süreçtir ve hasta organ nakli ya da sürekli yaşam destek tedavileri olmadan hayatta kalamaz. Akut organ yetmezliği ani ortaya çıkabilir ve bazen geri dönüşlüdür, ancak kronik organ yetmezliği zamanla ilerler ve genellikle kalıcıdır. Kronik organ yetmezliği süreci genellikle sinsi başlangıçlıdır; zamanla organ rezervinin tükenmesiyle semptomatik hâle gelir. Bu evreye gelene kadar hasta çoğu zaman süreçten habersizdir (6).

Klinik uygulamada son dönem organ yetmezliğine en sık neden olan tablolar; kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, ileri kalp yetmezliği ve ileri evre akciğer hastalıklarıdır. Her bir organ için bu evrenin tanımlanmasında farklı kriterler kullanılmaktadır. Örneğin, son dönem böbrek yetmezliği tanısı genellikle glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 15 ml/dk/1.73 m²'nin altına düşmesiyle konur ve bu durumda hasta diyaliz ya da böbrek nakli için değerlendirilir (7). Karaciğer yetmezliğinde MELD (Model for End-Stage Liver Disease) skoru, kalp yetmezliğinde ejeksiyon fraksiyonundaki düşüş gibi ölçütler klinik yol haritasını belirler (8).

Son dönem organ yetmezliği tanısı alan bireylerde, organ nakli en etkili ve kalıcı tedavi seçeneği olmakla birlikte, nakil süreci öncesinde veya nakil dışı durumlarda çeşitli destekleyici ve yaşamı uzatıcı tedaviler uygulanmaktadır. Örneğin, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda hemodiyaliz ve periton diyalizi, kanın toksinlerden arındırılmasını sağlayan başlıca tedavi yöntemleridir; bazı hastalarda ise diyaliz yerine konservatif belirti yönetimi tercih edilebilmektedir (7).

Karaciğer yetmezliği tedavisinde hepatik ensefalopati, asit ve varis kanamaları gibi komplikasyonlara yönelik medikal yaklaşımlar temel olmakla birlikte, bazı destekleyici yöntemler de özellikle akut dekompansasyon durumlarında kullanılmaktadır. Moleküler adsorban geri dönüşümlü sistem (MARS) gibi albümin bazlı destek cihazları, akut-on-kronik karaciğer yetmezliğinde semptom kontrolü

amacıyla uygulanabilirken; plazmaferez ve yüksek hacimli plazma değişimi gibi ekstrakorporeal yöntemler de sınırlı fayda sağlayabilmektedir (9). Ancak bu tedavilerin mortalite üzerine etkisi net değildir ve istikrarlı kronik karaciğer hastalarında yaygın olarak kullanılmaz. Hepatosit nakli, yardımcı karaciğer nakli ve granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF) gibi rejeneratif yaklaşımlar ise hâlen deneysel düzeydedir ve uygulamaları teknik ve lojistik nedenlerle sınırlıdır (10).

Akciğer yetmezliği olan bireylerde ise uzun süreli oksijen tedavisi, noninvaziv mekanik ventilasyon (BiPAP/CPAP) ve pulmoner rehabilitasyon gibi yaklaşımlar kullanılmakta, özellikle KOAH ve interstisyel akciğer hastalığı gibi durumlarda hastanın solunum kapasitesi desteklenmektedir (11). Bu tedavi yöntemleri, organ yetmezliği ilerlemiş bireylerin yaşam kalitesini artırmayı ve organ nakli sürecine kadar geçen süreyi yönetilebilir kılmayı amaçlamaktadır.

Son dönem organ yetmezliğinde uygulanan destekleyici tedaviler, semptomların hafifletilmesi, yaşam süresinin uzatılması ve komplikasyonların önlenmesi açısından çok önemlidir. Ancak bu yaklaşımlar, organın kaybedilen işlevlerini tamamen geri kazandırmamaktadır; bu nedenle birçok hasta için nihai ve en etkili tedavi seçeneği organ naklidir. Organ nakli, yalnızca organ fonksiyonlarını yeniden kazandırmakla kalmayıp, aynı zamanda yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme sağlayabilen tek yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu noktada nakil, klinik süreçte bir dönüm noktası niteliğinde olup, multidisipliner değerlendirme, zamanlama ve uygun aday seçimi açısından kapsamlı bir hazırlık süreci gerektirmektedir (5).

2.2. Organ Nakli

Organ nakli, işlevini yitirmiş bir organın yerine, canlı veya kadavradan alınan sağlıklı bir organın cerrahi olarak yerleştirilmesi işlemidir. Bu işlem, çoğu zaman hastanın yaşam süresini uzatmakla kalmaz; aynı zamanda yaşam kalitesini belirgin şekilde artırır. Organ nakli tıpta en karmaşık müdahalelerden biri olmakla birlikte, multidisipliner yaklaşım gerektiren, biyolojik, etik ve psikososyal boyutları olan bir süreçtir (2,5).

Kalp, akciğer, karaciğer ve böbrek gibi yaşamsal organların geri dönüşümsüz hasar görmesi durumunda hayatı sürdürebilmek için organ nakli gerekir. Kalp nakli medikal veya cerrahi tedaviye yanıtsız ileri kalp hastalığı, çeşitli kardiyomiyopatiler; akciğer nakli en sık olarak KOAH, idiyopatik pulmoner fibrozis ve kistik fibroz gibi hastalıklar nedeniyle gerçekleştirilmekte olup; alfa1-antitripsin eksikliği, pulmoner hipertansiyon gibi diğer endikasyonlar da mevcuttur. Karaciğer naklinin temel nedeni sirozdur; bu durum dekompansasyonla birlikte ciddi komplikasyonlara yol açar. Altta yatan nedenler arasında viral hepatitler, alkolik siroz, otoimmün hepatit, kolestatik ve metabolik hastalıklar, maligniteler ve vasküler bozukluklar sayılabilir. Son yıllarda alkolsüz steatohepatit sıklığı artmaktadır. Böbrek yetmezliği genellikle diyabet, hipertansiyon, glomerülonefrit ve konjenital anomalilere bağlı olarak gelişir; tedavisinde diyaliz ve böbrek nakli seçenekleri yer alır (2).

Solid organ nakilleri arasında en sık gerçekleştirilen işlem böbrek naklidir; bunu sırasıyla karaciğer, kalp ve akciğer nakilleri izlemektedir. Kalp ve akciğer gibi organların yalnızca kadavradan temin edilebilmesi, bu organların nakil oranlarını sınırlamaktadır (12). 2023 yılı itibarıyla dünya genelinde toplam 172.409 organ nakli gerçekleştirilmiştir; bu sayı 2022 yılına kıyasla %9,5 oranında artışa işaret etmektedir (13). 2023 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam 40,588 organ nakli gerçekleştirilmiştir. Bu nakillerin büyük çoğunluğu kadavra vericilerden sağlanmıştır. Aynı yıl içinde 16.335 kadavra donör tespit edilmiş; bu donörlerden 21.477 böbrek, 9.910 karaciğer, 4.596 kalp ve 3.016 akciğer nakli gerçekleştirilmiştir. Ayrıca toplam 28.142 böbrek nakli yapılmış ve bu sayı ABD tarihinde böbrek naklinde bir rekor olarak kaydedilmiştir. Bu artışta özellikle kadavra donörlü nakillerdeki yükseliş etkili olmuştur (14).

2.3. Türkiye’de Organ Nakli Uygulamaları ve Sorunları

Türkiye’de organ nakli uygulamaları, dünya genelinden farklı olarak büyük oranda canlı verici temelli yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre, 2023 yılı içerisinde Türkiye genelinde toplam 5.084 organ nakli gerçekleştirilmiştir. Bu nakillerin 3.399’u böbrek, 1.630’u karaciğer, 39’u kalp, 15’i akciğer ve 1’i ince bağırsak naklidir. En sık nakledilen organ böbrek olup, bu nakillerin büyük çoğunluğunun canlı vericiden gerçekleştirildiği bildirilmiştir (15). 2002–2023 yılları

arasında ülkede toplam 74.704 organ nakli yapılmış olup bunun 52.258'i böbrek, 20,671'i karaciğer ve 1.210'u kalp naklidir (16).

Türkiye'de kadavradan organ bağış oranlarının düşük kalmasında toplumsal farkındalık eksikliği, beyin ölümü kavramının yeterince anlaşılamaması, dini ve kültürel hassasiyetler, vücut bütünlüğünü koruma eğilimi ve bağış sürecinde yaşanan iletişim eksiklikleri etkili olmaktadır. Diyanet İşleri Başkanlığı'nın organ bağışının dini açıdan uygun olduğunu belirtmesine rağmen, dini çekincelerin halk arasında devam ettiği görülmektedir (17). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde bildirilen beyin ölümü vakalarının yalnızca yüzde 18,7'sinde aile onayı alınarak bağış gerçekleştiği bildirilmiştir (18). Türkiye'de bir üniversite hastanesinde 2015–2017 yılları arasında beyin ölümü tanısı konulan 113 olgunun geriye dönük olarak incelenmesiyle gerçekleştirildiği bir çalışmada; beyin ölümü bildirilen olguların yalnızca %25,7'sinde organ bağışının gerçekleştiği, %74,3'ünde ise aile onayı alınamadığı belirlenmiştir. Beyin ölümüne en sık serebrovasküler hastalıkların ve travmaların yol açtığı, organ bağışında bulunan olguların yaş ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu anlamda profesyonel eğiticiler tarafından organ bağışçısı olma konusunda halkın aydınlatılmasının büyük önem arz ettiği ve kadavradan organ nakli uygulamasının Türkiye'de artırılması gerektiği öngörülmektedir (19).

2.4. Organ Nakli Sürecinde Yaşanan Psikososyal Zorluklar

Organ nakli süreci, hastaların yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda yoğun psikolojik zorluklarla da mücadele etmelerini gerektiren karmaşık bir süreçtir. Organ yetmezliğine bağlı işlevsellik kaybı, çalışma yaşamının hem fiziksel güç kaybı hem de tedavi gerekliliği nedeniyle aksaması, buna bağlı ekonomik güçlükler ve aile içi rollerin değişmesi gibi etkenler, sürecin psikososyal yükünü artırmaktadır (20,21). Tedavi gereksinimi nedeniyle şehir veya ülke değiştirememe, kaşıntı, ağrı, terleme, nefes darlığı, diyaliz seansları arasında gelişen ödem gibi somatik şikâyetlerin günlük yaşamda sürekli varlık göstermesi de hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (22). Sürecin ne kadar süreceğinin belirsiz olması, özellikle karaciğer, kalp ve akciğer yetmezliği bulunan hastalarda ölüm kaygısını artırmakta, bazı hastaların cihazlara bağımlı olarak yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaları ise psikolojik yükü daha da ağırlaştırmaktadır (23,24). Ayrıca sosyal desteğin zamanla azalması, bu dönemde

hastaların yalnızlık ve umutsuzluk duygularını pekiştirebilmektedir (25). Tüm bu zorluklar, organ nakli sürecinde hastaların karşılaştığı başlıca psikososyal sorun alanlarını oluşturmaktadır. Bu bölümde, söz konusu zorluklar alt başlıklar halinde detaylı biçimde ele alınacaktır.

2.4.1. Bekleme Süreci ve Bekleme Süresi

Organ yetmezliği tanısı alan bireyler, tanının ardından gelişen akut uyum sürecini takiben, yaşamlarını sürdürebilmek amacıyla çeşitli tedavi seçeneklerine yönelmektedir (2). Böbrek yetmezliği olan hastalar, diyaliz tedavileri ile belirli bir süre yaşamlarını devam ettirebilmekte iken; kalp, karaciğer ve akciğer yetmezliği bulunan hastalarda uygulanan medikal ve mekanik destek tedavileri çoğunlukla geçici/köprü yaşam desteği sağlamakta, kalıcı bir çözüm sunamamaktadır (7,10). Bu nedenle, özellikle kalp, karaciğer ve akciğer yetmezliği olan hastalar için organ nakli süreci, tedavi sürecinin nihai hedefi ve yaşama tutunma umudu haline gelmektedir. Naklin gerçekleşmesi, sık aralıklarla uygulanan tedavilerin, hastalığın yol açtığı kısıtlılıkların ve bakım verme yükünün sona ereceği beklentisini oluşturmakta ve bu durum, bekleme sürecinde hastalar için önemli bir motivasyon kaynağı olmaktadır (26).

Bununla birlikte, canlı donörden nakil gerektiren durumlarda aile bireylerinden uygun donör bulunamaması veya yakın çevrenin donör olmayı kabul etmemesi, hastalarda hayal kırıklığı, değersizlik ve yalnızlık hislerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (27). Kadavradan organ nakli bekleyen hastalarda ise süreç daha karmaşık bir hal almakta, ülkedeki donör yetersizliği nedeniyle bekleme süresi uzamakta ve uygun organ bulma olasılığı belirsizleşmektedir. Süreç ilerledikçe bir yandan nakil umudu canlı tutulmaya çalışılırken, diğer yandan belirsizlik ve ölüm kaygısı giderek artmakta ve psikolojik yük derinleşmektedir (24).

2.4.2. Tedavi Sürecine Bağlı Zorluklar

Organ yetmezliği olan hastaların her birinin, yetmezliğin türüne ve tedavi gereksinimlerine bağlı olarak kendine özgü zorlukları bulunmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği bulunan hastalar için bu süreç, diyaliz tedavileri ve diyalize bağlı gelişen zorluklarla şekillenmektedir. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, genellikle

haftada en az üç gün diyaliz merkezine gitmek zorunda kalmakta; özellikle kırsal bölgelerden ilçe veya şehir merkezlerine ulaşım, hastaların zamanlarının büyük bir bölümünü almakta ve günlük yaşam düzenlerini ciddi şekilde kısıtlamaktadır (7).

Periton diyalizi uygulayan hastalar ise her ne kadar tedavilerini evde sürdürebilme imkanına sahip olsalar dahi, sürekli karın kateteri ile yaşamak zorunda olmak, beden algısında bozulma, enfeksiyon riskine dair sürekli bir kaygı taşımak ve banyo, giyinme gibi günlük aktiviteleri yerine getirirken yaşanan zorluklar nedeniyle sosyal yaşamdan uzaklaşabilmektedir. Ev ortamına bağımlı kalmak, sosyal ortamlara katılımın azalması ve sürekli tedavi yükü altında yaşamak, bazı hastaların kendilerini kısıtlanmış ve yetersiz hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu durum, hastaların kendilerini zaman zaman engelli bireyler gibi hissetmelerine ve sosyal yaşamdan geri çekilmelerine yol açabilmektedir (28).

Araştırmalar, periton diyalizi hastalarının ‘düşük özsaygı, endişe ve azalmış sosyalleşme’ gibi psikososyal sıkıntılar yaşadığını belirtmekte; bu hastaların ‘duygusal ve sosyal destek ihtiyacı’ özellikle önem taşımaktadır. Hemodiyaliz hastalarında da sosyal destek eksikliği, daha yüksek mortalite riski, tedaviye uyumda düşüş ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilendirilmektedir (29).

2.4.3. Kimlik ve Rol Kaybı

Organ yetmezliği süreci, bireylerin kimlik algılarında ve sosyal rollerinde belirgin değişimlere yol açabilmektedir. Örneğin, ailede ekonomik sorumluluğu üstlenen ve geçim sağlayan bir baba, hastalık süreciyle birlikte üretken rolünden uzaklaşarak kendisini bakım ihtiyacı olan bir birey konumunda bulabilmektedir. Benzer şekilde, aile içinde bakım veren ve günlük yaşamın idaresini sağlayan bir anne, hastalık nedeniyle temel sorumluluklarını yerine getiremez hale gelebilmekte; çiftçilik veya fiziksel güç gerektiren işlerde çalışan bireyler, çalışma yaşamından kopmak zorunda kalmaktadır. Düzenli iş yaşamı olan bireylerin işe devam edememesi, sosyal hayattan ve üretken rollerden uzaklaşmalarıyla sonuçlanmakta; böylece hasta, ev içinde bakım alan bir konuma geçebilmektedir.

Toplumda geçmişte aktif, üretken ve saygın bir konumda olan bireyler, hastalık sürecinde çevresi tarafından korunması gereken veya acınan bir birey olarak görülmeye başlanabilmekte; bu durum, bireylerin kendilerini değersiz, işlevsiz ve toplumsal açıdan yetersiz hissetmelerine yol açabilmektedir (30). Hastalar, ailelerine ve çocuklarına yük olduklarına dair inançlar geliştirebilirken, sosyal ortamlardan uzaklaşma eğilimi gösterebilmekte ve sosyal izolasyon riski artmaktadır. Özellikle genç yaşlarda organ yetmezliği tanısı alan bireylerde, üretkenlik ve bağımsızlık rollerinin kaybı, kimlik algısında bozulmalara ve süreci kabullenmede güçlük yaşanmasına neden olabilmektedir (31).

Organ yetmezliği süreci, yalnızca hastanın değil, bakım veren bireylerin de kimlik algılarında ve sosyal rollerinde önemli değişimlere neden olabilmektedir. Hastalık sürecinde aile içindeki eş, ebeveyn veya çocuk gibi yakınlar, mevcut rollerine ek olarak bakım verme sorumluluğunu üstlenmek durumunda kalmakta; bu durum, özellikle eşler arasındaki ilişki dinamiklerini dönüştürerek, eşlik rolünün zamanla bakım veren rolüne evrilmesine yol açabilmektedir. Örneğin, eşi hasta olan bir kadın, eşlik rolünden uzaklaşarak hastasının günlük bakım ve tedavi süreçlerini yönetmek, randevulara eşlik etmek ve tedavi uyumunu sağlamak gibi sorumluluklar üstlenmek durumunda kalabilmektedir. Bu durum, bakım veren birey için hem fiziksel hem de duygusal açıdan zorlayıcı bir sürece dönüşebilmektedir (32).

Bakım verme sorumluluğu, bireylerin sosyal yaşamlarına katılımını sınırlayabilmekte ve iş-yaşam dengesi üzerinde baskı oluşturarak sosyal izolasyon riskini artırabilmektedir. Ayrıca bakım veren bireylerin, hastanın duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken kendi psikolojik iyi oluşlarını geri planda bırakmaları, zamanla tükenmişlik, çaresizlik ve yalnızlık duygularının gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir. Bu süreçte bakım verenler, hem fiziksel olarak bakım yükü ile baş etmeye çalışmakta hem de hastalığın getirdiği psikososyal etkilerle başa çıkma sorumluluğunu taşımaktadır. Sonuç olarak organ nakli bekleme süreci, yalnızca hastalar için değil, bakım veren bireyler için de kimlik ve rol değişimlerinin yaşandığı, psikososyal yükün belirgin şekilde arttığı bir dönem olarak öne çıkmaktadır (33).

2.4.4. Ekonomik Zorluklar

Klinik gözlemlerimizde hastaların, organ nakli bekleme sürecinde devlet tarafından bazı tedavi giderlerinin ve ulaşım masraflarının belirli ölçüde karşılanabilmesine rağmen, süreç boyunca ciddi bir iş gücü kaybı yaşayabildiği görülmüştür. Hastalar, tedaviye bağlı sık hastane randevuları, diyaliz seansları ve fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle işlerini sürdürmekte güçlük çekebildiğini bu durumun bazı hastaların işten ayrılmasına veya işten çıkarılmasına yol açabildiğini bildirmiştir. Literatürde organ nakli bekleyen şahısların tedaviyi ve yaşamlarını sürdürebilmek için ek yardıma ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir (20).

Tedavi sürecinde kullanılan ilaçların bir kısmı devlet tarafından karşılanmakla birlikte, bazı ilaçların maliyetinin hastalar tarafından karşılanması gerekebilmektedir. Ayrıca hastaların beslenme düzeninin hastalığın gerekliliklerine göre düzenlenmesi, protein, tuz ve sıvı kısıtlamaları nedeniyle özel besin ihtiyaçlarını ortaya çıkarabilmekte; bu besinler genellikle maliyeti yüksek gıdalardan oluşabilmekte ve aile bütçesi üzerinde ek yük oluşturabilmektedir. Ulaşım açısından, diyaliz ve hastane kontrollerine giderken hastalar genellikle servis hizmetinden yararlansa da bazı hastalar postdiyaliz hipotansiyon ve kramplar nedeniyle özel araç kullanmayı tercih etmekte ve bu durum ek ulaşım maliyetleri doğurabilmektedir (7).

Organ yetmezliği sürecinde hastaların yalnızca kendileri için değil, bakım veren bireyler açısından da ek ekonomik yükler oluşabilmektedir. Tedavi sürecinde oksijen tüpü, CPAP/BiPAP cihazları, aspiratör, nebulizatör, hasta bezi, kateter ve benzeri sarf malzemeleri gibi tıbbi destek ekipmanlarına ihtiyaç duyulabilmekte; bu ekipmanların temini yüksek maliyetler doğurabilmektedir. Evde bakım sürecinde hastaların hareket kısıtlılığı nedeniyle hasta yatağı, tekerlekli sandalye ve yürüme destek ekipmanlarının kullanılması gerekebilmekte, bu durum da aile bütçesi üzerinde ek bir yük oluşturabilmektedir. Nakil öncesinde yapılan tetkikler, şehir dışına transfer ve konaklama masrafları, bu süreçte hastaya eşlik eden refakatçinin maliyetleri de sürecin ekonomik boyutunu artıran unsurlar arasında yer almaktadır. Nakil sonrası dönemde ise immünsüpresif tedaviler, destekleyici ilaçlar ve sık kontroller nedeniyle ek maliyetler ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca nakil sonrası iyileşme sürecinde hastanın

iş gücüne dönmesinin zaman alması nedeniyle geçici bir gelir kaybı yaşanabilmektedir (20).

Tüm bu süreçlerde bakım veren bireylerin hastaya eşlik etmesi ve günlük bakımını üstlenmesi gerekebilmekte; bakım verenin çalışıyor olması durumunda ise işini bırakması veya çalışma saatlerini azaltması gerekebilmektedir. Bu durum, yalnızca hastanın değil, bakım verenin de iş gücü kaybına uğramasına ve ailede ekonomik dengenin bozulmasına neden olabilmektedir. Sonuç olarak, organ yetmezliği ve nakil bekleme süreci yalnızca tıbbi bir süreç değil, hasta ve ailesi için çok boyutlu ekonomik zorlukları da beraberinde getiren bir dönem olarak öne çıkmaktadır (20,21,32).

2.4.5. Sosyal İzolasyon ve Destek

Organ yetmezliği ve nakil bekleme süreci, hastaların sosyal yaşamdan giderek uzaklaşmalarına ve yalnızlık hissinin artmasına neden olabilmektedir. Tedavi gereklilikleri, sık hastane kontrolleri, diyaliz merkezlerinde geçirilen uzun saatler, tedaviye bağlı sürekli yorgunluk hissi ve fiziksel kısıtlılıklar, hastaların iş yaşamından kopmasına, sosyal aktivitelerden geri çekilmelerine ve eve bağımlı hale gelmelerine yol açabilmektedir. Bu süreçte, hastalar yakın akrabalarından yeterli duygusal ve pratik destek göremeyebilir ve bu durum sosyal izolasyonu pekiştirebilir (34).

Hastalık sürecinde uygulanan beslenme ve sıvı kısıtlamaları, özel diyet gereklilikleri ve yaşam tarzı kısıtlamaları, sosyal ortamlara katılımı sınırlandırabilmekte; eğlence ve sosyal etkinliklerde yemek kısıtlamaları nedeniyle ortak yemek paylaşımlarına dahil olamamak, hastaların kendilerini sosyal olarak dışlanmış hissetmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca, kateter gibi görünür tıbbi ekipmanların kullanımı, hastaların toplu ibadet alanlarına ve kamusal alanlara katılımını kısıtlayabilmekte; çevredeki kişilerin meraklı veya acıyan bakışlarından kaçınma eğilimi, cami, kahvehane ve benzeri toplumsal alanlara katılımın azalmasına yol açabilmektedir. Bu durum, sosyal damgalanma ve mahremiyet kaygısını artırarak hastaların sosyal etkileşimlerden geri çekilmesine katkıda bulunmaktadır (34).

Klinik gözlemlerimizde özellikle genç organ yetmezlikli hastalar için sosyal medya, bir yandan sosyal bağlantıda kalma aracı olurken, diğer yandan akranlarının aktif ve sosyal yaşamlarını görmeleriyle birlikte kendi kısıtlı yaşam koşullarını daha yoğun şekilde fark etmelerine yol açabildiği gözlenmiştir.

Literatürde genç bireylerin sosyal medyada karşılaştıkları "mükemmel" yaşam imgeleri ile kendi yaşamlarını kıyasladıklarında, yetersizlik ve başarısızlık duyguları geliştirebildiği, hayatın kendilerine adaletsiz davrandığı düşüncesiyle diğer insanlardan geri kalmışlık hissi yaşayabildiği bildirilmiştir (35).

Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde, sosyal destek eksikliği, sosyal ortamlardan uzaklaşma ve sosyal dışlanma hissi, yalnızlık ve değersizlik duygularını artırmakta; halihazırda süregiden depresif belirtilerin şiddetlenmesine ve sosyal izolasyon depresyon kısır döngüsünün derinleşmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak, organ yetmezliği sürecinde sosyal izolasyon, yalnızlık, sosyal damgalanma ve sosyal destek yetersizliği, hastaların psikolojik iyi oluşlarını olumsuz etkileyen ve sürece uyumlarını zorlaştıran önemli etkenler arasında yer almaktadır (34,36).

2.4.6. Psikiyatrik Hastalıkların Rolü

Organ nakli bekleyen hastalarda, genel topluma kıyasla psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü bilinmektedir (37,38). Bu durumun oluşumunda hem kronik hastalıkların biyolojik etkileri hem de hastalığın yarattığı psikososyal yük önemli rol oynamaktadır. Kronik organ yetmezliğinde inflamasyon hipotezi kapsamında sitokin düzeylerindeki artışın depresyon ve anksiyete belirtilerini tetikleyebileceği belirtilmektedir, klinik olarak uykusuzluk, anhedoni ve içe çekilme bu biyopsikososyal yükün tipik göstergeleridir (39). Bununla birlikte hastalığın kronikleşmesi, kişinin yaşamında sürekli bir belirsizlik ve kayıp duygusu yaşamasına neden olmakta; umutsuzluk, kaygı ve zaman zaman ölüm düşünceleri ortaya çıkabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, yaşamlarının devamının bir anlamı olup olmadığına dair sorgulamalar yapabilmekte ve hayatta kalmanın kendileri için bir değer taşımadığını düşünebilmektedir (40).

Mizaç, baş etme becerileri ve kişinin hayata karşı genel tutumu organ nakli bekleme sürecinde önemli olmakla birlikte, öncesinde anksiyöz veya depresif mizaç özellikleri bulunan bireyler için bu süreç daha da zorlayıcı hale gelmektedir. Özellikle negatif emosyonellik/anksiyöz eğilim gibi mizaç özellikleri bulunan bireylerde, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi daha yüksek olup anksiyete ve depresif belirtilerin yoğunlaşması beklenir. Anksiyete eğilimi olan hastalarda kaygı belirtileri yoğunlaşmakta, birçok alanda endişe duymaya başlamakta ve bedensel belirtileri sürekli dinleyerek her an kötü bir şey olabileceği düşüncesiyle baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Depresif mizaç özellikleri olan bireyler için ise süreç, mevcut eğilimleri tetikleyerek depresif belirtilerin artmasına yol açabilmektedir (26,41).

Tedavi sürecinin zorluğu, hastane randevuları ve bekleme sürecinin belirsizliği nedeniyle hemen hemen her hastada uyum bozukluğu ve uyku problemleri görülebilmekte, buna ek olarak çoğu zaman cinsel işlev bozuklukları da eşlik edebilmektedir. Bazı hastalar bu süreçte ölüm korkusu ve kaygı ile baş etmek amacıyla ya da bu duyguları bastırma isteğiyle madde veya alkol kullanımına başlayabilmekte, mevcut bağımlılık öyküsü olan hastalarda ise kullanımın arttığı gözlenebilmektedir (5,24).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda ise süreç daha farklı bir zorluk taşımaktadır. Özellikle lityum tedavisine bağlı gelişen nefropati nedeniyle nakil sürecine giren hastalar, bu durumdan kendilerini veya tedaviyi düzenleyen hekimlerini sorumlu tutabilmekte, suçluluk veya öfke duyguları yaşayabilmekte ve hızlı bir şekilde depresif döneme geçebilmektedirler (42). Ayrıca obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük, kontrol edememe duygusu ve belirsizlik süreci nedeniyle belirtilerin artabileceği; travma öyküsü bulunan bireylerde ise hastalık sürecinin yeni bir stres kaynağı olarak travma ile ilişkili belirtileri tetikleyebileceği bildirilmektedir (43).

Psikiyatrik hastalıkların organ nakli bekleyen hastalarda sık görülmesi sadece yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, aynı zamanda tedavi uyumunu bozarak hastalık sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bunun yanı sıra, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların artması, kardiyovasküler riskin yükselmesine, inme ve diğer tıbbi komplikasyonların gelişme riskinin artmasına zemin

hazırlayabilmektedir (44). Bu nedenle, "ilaç vermeyelim" kaygısıyla bu hastalıklara müdahale edilmemesi ya da görmezden gelinmesi, intihar gibi ölümcül sonuçlara kadar varabilen ciddi riskler doğurabilmektedir (45). Organ nakli bekleyen hastalarda psikiyatrik belirtilerin dikkatle izlenmesi, gerektiğinde uygun müdahalelerin yapılması hem sürecin sağlıklı yürütülmesi hem de mortalite ve morbiditenin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır (40).

2.4.7. Kadavradan ve Canlı Vericiden Organ Bekleyen Hastalarda Suçluluk Hissi ile Dini ve Kültürel Kaygılar

Kadavradan organ nakli bekleyen hastalar, çoğunlukla canlı vericisi bulunmayan veya yakın çevresindeki kişilerin organ verme konusunda uyumlu olmaması ya da bu durumu kabul etmemesi nedeniyle kadavradan nakil sürecine yönlendirilmektedir. Klinik gözlemlerimizde bazı diyaliz hastalarının, başkasından organ almanın dini açıdan uygun olmadığını veya günah olduğunu düşündüğü bu nedenle organ naklini tamamen reddedebildiği görülmüştür. Hatta bazı hastalar kan transfüzyonu gibi tıbbi uygulamaları dahi "vücut bütünlüğünün ihlali" olarak değerlendirerek kabul etmemektedir, bu durum tedavi süreçlerini karmaşıklaştırabilmektedir.

Kadavradan organ bekleme sürecinde, uygun organın temini bir başka bireyin ölümü ile mümkün olduğundan, hastalar bekleme süresince "birinin ölümünü beklemek" düşüncesi ile yüzleşmek durumunda kalmaktadır. Bu durum, özellikle empatik özellikleri belirgin bireylerde suçluluk, ikilem ve ahlaki çatışma duygularına yol açabilmekte, depresif belirtileri tetikleyebilmektedir. Literatürde bu süreç "recipient guilt" veya "survivor guilt" kavramları ile tanımlanmakta olup, bekleme süresi uzadıkça bu duyguların şiddeti artabilmektedir (30).

Benzer şekilde, canlı vericiden organ nakli planlanan hastalarda da psikososyal açıdan belirgin zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Hastalar, canlı verici olan yakınlarının sağlığına zarar gelme ihtimali nedeniyle kaygı yaşamakta ve "benim iyileşmem için yakınım sağlık riski aldı" düşüncesiyle sürekli bir sorumluluk ve suçluluk duygusu hissedebilmektedir. Özellikle anne, baba veya kardeş gibi yakın akrabalardan alınan organlarda, hastalar nakil sonrası dönemde ömür boyu borçlu

hissetme eğilimi gösterebilmekte ve yaşam tarzlarını donöre karşı sorumluluk duygusuyla düzenleme davranışları sergileyebilmektedir. Literatürde bu durum "donor-related guilt" ve "recipient indebtedness" kavramları ile tanımlanmakta ve nakil sürecinde psikososyal değerlendirmenin önemli bir bileşeni olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (27,46).

Öte yandan, bazı hastalar akrabalarından canlı verici bulabildikleri için kendilerini şanslı ve desteklenmiş hissederken, canlı vericisi olmayan hastalar kendilerini şanssız, yalnız ve sosyal destekten yoksun hissedebilmektedir. Bu durum, sosyal karşılaştırma süreçleri üzerinden umutsuzluk ve yalnızlık duygularını artırabilmekte, nakil bekleme sürecinde psikolojik yükü ağırlaştırabilmektedir (47).

Posttransplant dönemde ise bazı hastalar, organın alındığı kişiyle sanki bir etkileşim içerisindeymiş gibi hissetme, organın "emanet" olduğu düşüncesiyle sorumluluk duygusunu yoğun yaşama gibi deneyimler bildirmektedir (48). Bu durum, kaybedilen donör ile sembolik bir bağ kurma, bazen donörün özelliklerini kendi davranışlarına yansıtma veya donörün yaşamını kendi yaşamında sürdürmeye çalışma gibi davranışlarla kendini gösterebilmektedir (49).

2.4.8. Posttransplant Dönemi ile İlgili Psikososyal Zorluklar ve Kaygılar

Nakil sonrası döneme ilişkin kaygılar, organ türüne ve mevcut tedavi alternatiflerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Karaciğer, kalp ve akciğer nakli bekleyen hastalar için organ nakli, yaşamı sürdürebilmek adına zorunlu bir tedavi seçeneğidir. Buna karşın kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda, organ nakli yerine diyaliz tedavileri ile yaşamın belirli bir süre daha sürdürülebilmesi mümkündür. Bu durum, böbrek nakli adaylarının nakil kararı alırken tereddüt yaşamalarına neden olabilmektedir.

Özellikle canlı vericiden böbrek nakli planlanan hastalar, naklin başarısız olması durumunda, alınan böbreğin ziyan olacağı ve vericiye boşuna zarar verilmiş olacağı endişesi taşıyabilmektedir. Kadavradan nakil planlanan hastalarda ise nakil sonrası organın tutmaması, immünsüpresif tedaviye bağlı komplikasyonlar, enfeksiyon gelişmesi nedeniyle uzun hastane yatışlarının gerekmesi ve ameliyat

sürecinin getirdiği ek zorluklar hastalarda önemli bir kaygı kaynağı oluşturabilmektedir. Ayrıca nakil sonrası dönemde immünsüpresif tedavi kullanmanın getirdiği sorumluluklar ve yan etki korkusu ile birlikte, tüm sürecin başarısızlıkla sonuçlanma ihtimali, hastalarda "tüm bu çabanın boşa gitmesi" endişesini tetiklemektedir (50).

Nakil sonrası süreç, hastalar için yalnızca fiziksel iyileşme değil, aynı zamanda psikososyal uyum gerektiren karmaşık bir dönemi de beraberinde getirmektedir. Bu dönemde bazı hastalar, yaşadıkları zorlu süreci bir dönüşüm fırsatı olarak görmekte, posttravmatik büyüme kavramı çerçevesinde hayatın değerini yeniden keşfetmekte ve önceki yaşamlarına kıyasla daha olgun bir bakış açısı geliştirebilmektedir. Ancak bazı hastalar için nakil sonrası süreç, kaybettikleri sosyal kimlik ve rollerine hiçbir zaman tam anlamıyla geri dönemeyecekleri, yaşamdan eskisi kadar keyif ve mutluluk alamayacakları yönündeki endişelerin belirginleştiği bir dönem olabilmektedir. Bu düşünceler, hastaların uyum süreçlerini zorlaştırmakta, kendilerini yetersiz ve başarısız hissetmelerine yol açmakta ve sosyal izolasyon eğilimlerini artırabilmektedir (51).

2.5. Organ Nakli Bekleyen Hastalarda Somatik Semptomlar

Organ nakli bekleyen hastalarda yaşam kalitesini ve psikolojik durumu etkileyen en önemli unsurlardan biri somatik semptomlardır. Organ yetmezliğinin türüne bağlı olarak hastaların yaşadığı sıkıntılar belirgin şekilde farklılık göstermektedir. Böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren hastalarda, tedaviye rağmen çeşitli sekonder problemler sıklıkla ortaya çıkmaktadır (22). Bu hastalar, özellikle geceleri artan ve duş almakla geçmeyen kaşıntılardan yakınmakta, huzursuz bacak sendromu, kramp, kaşıntı nedeniyle uykularının sık sık bölündüğünü ifade etmektedirler. Ağızda metalik tat, iştahsızlık ve sabah bulantıları, beslenme düzenini olumsuz etkilemekte, sürekli üşüme ve kas krampları ise günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilmektedir (36,52).

Diyaliz öncesinde vücutta ödem, diyaliz sonrasında ise baş ağrısı ve halsizlik gelişebilmektedir. Ayrıca sıvı alımının kısıtlanması gerekliliği, hastalarda sürekli bir susuzluk hissine ve sosyal yaşamda kısıtlanma duygusuna yol açabilmektedir. Kilo

kaybı, eklem ağrısı, diyaliz sürecinde vücut dengelerini bozarak fiziksel dayanıklılığı azaltmakta, hastaların hareket kapasitesini ve yaşam kalitesini düşürmektedir (25).

Karaciğer nakli bekleyen hastalarda literatürde en sık bildirilen semptomlar arasında kaşıntı, ciltte ve gözlerde sarılık, karında sıvı birikmesine bağlı şişlik ve buna eşlik eden nefes darlığı yer almaktadır (53). Karındaki sıvı birikmesi hastaların hareket kabiliyetini kısıtlayabilmekte ve günlük aktivitelerini zorlaştırabilmektedir. Kaşıntının özellikle gece saatlerinde arttığı, duş almakla geçmediği ve bu nedenle uykuyu böldüğü, ertesi gün yorgunluk ve halsizlik hissine yol açtığı bildirilmektedir (54).

Kalp nakli bekleyen hastalarda ise nefes darlığı, çabuk yorulma, ayaklarda şişlik ve çarpıntı sık görülen semptomlar arasındadır. Basit günlük aktivitelerde dahi nefes nefese kalabilmekte, bu durum hastaların hareket alanını kısıtlayarak bağımsızlık hissini olumsuz etkileyebilmektedir. Gece yatarken nefes almakta güçlük yaşadıkları için yastık sayılarını artırarak veya oturarak uyumayı tercih ettikleri belirtilmektedir. Bu durum, hastalarda sürekli halsizlik ve sosyal aktivitelerden geri çekilme eğilimine yol açabilmektedir (55). Kalp nakli bekleyen hastalar, ileri kalp yetmezliği bulguları nedeniyle genellikle evde sınırlı aktivite ile yaşamlarını sürdürmekte, sık poliklinik kontrollerine gitmekte ve ilaç tedavileri ile takip edilmektedir.

Akciğer nakli bekleyen hastalarda ise en belirgin semptom nefes darlığıdır. Hastalar hareket ettiklerinde nefes almakta zorlandıklarını, sık sık dinlenme ihtiyacı duyduklarını ifade etmektedir. Oksijen desteğine bağlı yaşamak, günlük yaşamı planlamada zorluklara ve dışarıda uzun süre kalamama gibi kısıtlılıklara yol açabilmektedir. Kronik öksürük ve balgam şikâyetleri de sık görülebilmekte, nefes darlığının artması kaygı düzeyini yükselterek huzursuzluk hissine neden olabilmektedir. Sürekli hava açlığı hissi, hem fiziksel hem psikolojik açıdan yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (23). İleri evre solunum yetmezliği nedeniyle akciğer nakli bekleyen bazı hastalar, yaşamlarını tamamen cihaz desteğine bağlı olarak sürdürmek zorunda kalmaktadır. Sürekli oksijen desteği veya ECMO gibi cihazlara bağlı kalmak, uyku düzenini bozmakta, hastaneye bağımlı hale getirmekte ve gündelik yaşam aktivitelerini zor hale getirmektedir (46,54,56).

2.6. Organ Nakli Bekleyen Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar

2.6.1. Depresif Bozukluklar

Depresyon, organ nakli bekleyen hastalarda sık görülen ve mortaliteyi artırabilen önemli bir psikiyatrik bozukluktur (57). Kronik hastalık hipotezi, sürekli inflamasyon, fiziksel kısıtlılık, nefes darlığı, kaşıntı ve yorgunluk gibi somatik yüklerin depresyonu tetikleyebileceğini göstermektedir (58). Hastaların, bu süreçte özellikle uykusuzluk, keyif alamama, içe çekilme ve yaşamdan uzaklaşma gibi belirtileri ortaya çıkabilmekte, anhedoni ve uyku bozuklukları süreci derinleştirerek depresif belirtileri pekiştirmektedir. Bu nedenle depresyon, yalnızca psikososyal zayıflıkla değil, kronik hastalığın fizyolojik ve biyolojik ağırlığı ile de ilişkili olup, organ nakli bekleme sürecinde görünmeyen ama kritik bir yük olarak varlığını sürdürmektedir.

Depresyonun ayırıcı tanısında, kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkabilen bazı semptomların yanı sıra, daha spesifik ve tanı koydurucu bazı belirtiler ön plana çıkmaktadır. Çökkün duygudurum, ilgi ve zevk kaybı, düşüncelerde yavaşlama, değersizlik ve suçluluk duyguları, intihar düşünceleri ile birlikte giden iştahsızlık ve kilo kaybı gibi belirtiler depresyon tanısında belirleyici özellik taşımaktadır. Özellikle kronik hastalık sürecinde sık görülebilen halsizlik, uyku bozukluğu ve cinsel işlev kaybı gibi belirtiler tek başına depresyon tanısı koydurmazken, yukarıda belirtilen özgül belirtilerin varlığı depresyonun saptanmasında klinik olarak önemli bir yol gösterici olmaktadır (59).

Organ yetmezliği olan hastalarda depresif belirtiler değerlendirilirken, DSM-5-TR'de tanımlanan 'başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk' tanısı da göz önünde bulundurulmalıdır (60). Bu tanı, depresif belirtilerin doğrudan organ yetmezliğinin fizyolojik etkileri (ör. üremi, hipoksi, endokrin/metabolik bozukluklar, inflamatuvar süreçler) ile ilişkili olduğu durumlarda konur (61). Buna karşılık, hastanın yaşadığı sosyal izolasyon, işlev kaybı veya nakil sürecine dair belirsizlikler sonucu ortaya çıkan depresif belirtiler daha çok majör depresif bozukluk ya da uyum bozukluğu kapsamında değerlendirilir (62). Dolayısıyla klinik pratikte, depresif

belirtilerin biyolojik-fizyolojik mekanizmalarla mı yoksa psikososyal yükle mi ilişkili olduğunun ayırt edilmesi, doğru tanı ve tedavi yaklaşımı için kritik önem taşımaktadır.

Bari Üniversitesi çalışmasında kalp nakli bekleyen hastalarda yapılan ölçek temelli çalışmalarda depresyon prevalansı %33, anksiyete bozukluğu %40, somatizasyon bozukluğu %55 ve uyku bozukluğu %33 olarak bildirilmiştir (63). Türkiye'de hemodiyaliz hastalarında yapılan özbildirim ölçekli bir çalışmada depresyon oranı %30-50 arasında bulunmuş, depresyon düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesinde belirgin düşüş olduğu saptanmıştır (64). Akciğer nakli bekleyen hastalarda Parekh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikiyatrik tanılar, DSM kriterlerine dayalı yapılandırılmış klinik görüşme ile belirlenmiş, ayrıca özbildirim ölçekleri kullanılmış olup depresyon ve/veya anksiyete prevalansı %25 olarak bildirilmiş, bu grupta yaşam kalitesinin düşük ve nefes darlığının %60 oranında olduğu belirtilmiştir (65).

ABD'de ulusal idari verilerine dayanan geniş çaplı bir çalışmada, karaciğer nakli adayı 274.252 hasta arasında depresyon ve/veya anksiyete %12,5, ciddi ruhsal hastalıklar %3 oranında saptanmış ve ruhsal hastalığı olan hastalarda nakil oranı %1,1-2,0 arasında kalırken, ruhsal hastalığı olmayanlarda bu oran %3,8 olarak belirlenmiştir (37).

Hastalarda depresyon sıklığı, kullanılan değerlendirme yöntemine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Klinik görüşme ile tanı konan çalışmalar, özbildirim ölçeklerine dayanan çalışmalara kıyasla daha düşük fakat daha güvenilir oranlar bildirmektedir. Hedayati ve arkadaşlarının (2006) ABD'de gerçekleştirdiği çalışmada, hemodiyaliz hastalarında depresyon tanısı psikiyatrist tarafından yapılan yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile konulmuştur. Çalışmada herhangi bir depresif bozukluk oranı %26,5, majör depresyon oranı ise %17,3 olarak saptanmıştır (66). Benzer şekilde, Tomita ve arkadaşlarının (2016) Japonya'da yürüttüğü araştırmada, hemodiyaliz hastaları ve sağlıklı kontroller SCID kullanılarak değerlendirilmiş, hemodiyaliz hastalarında majör depresif epizot prevalansı %12,1 olarak bulunmuştur (67).

Palmer ve arkadaşlarının (2013) kronik böbrek hastalarında yaptığı sistematik derleme ve meta-analizde, 55.982 hastayı içeren 249 çalışmanın verileri incelenmiştir.

Meta-analiz sonuçlarına göre, klinik görüşme ile tanımlanan depresyon prevalansı %22,8 iken, özbildirim veya klinisyen tarafından uygulanan derecelendirme ölçekleriyle ölçülen depresif semptomların prevalansı %39,3 olarak bulunmuştur. Bu farkın, üremiye bağlı fiziksel belirtilerin depresyon semptomlarıyla örtüşmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (68).

Bu bulgular, hemodiyaliz hastalarında depresyonun yaygın olduğunu, ancak tanı yöntemi olarak klinik görüşme kullanıldığında oranların tarama ölçeklerine göre daha düşük seyrettiğini göstermektedir.

Dew ve arkadaşlarının yürüttüğü kapsamlı bir meta-analizde, farklı organ nakli türlerini kapsayan çoğu ölçek temelli 20 çalışmanın verileri incelenmiş ve nakil öncesi depresyon varlığının nakil sonrası mortalite riskini %65 oranında artırdığı (RR: 1.65; %95 GA: 1.34-2.05) gösterilmiştir. Bu bulgu, depresyonun nakil sonrası dönemde tedavi uyumunu bozabileceğini ve immünosupresyon süreçlerini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir (69).

Lentine ve arkadaşlarının 72.054 böbrek nakli hastasını içeren geniş bir kohort çalışmasında idari kayıt verisine dayalı inceleme yapılmış olup nakilden önce antidepresan kullanan hastalarda nakil sonrası bir yıllık mortalitenin %39 daha yüksek olduğu (aHR: 1.39; %95 GA: 1.18-1.64) belirlenmiş, ayrıca nakil sonrası ilk yıl antidepresan kullanımının ikinci yıl mortaliteyi yaklaşık iki kat artırdığı (aHR: 1.94; %95 GA: 1.60-2.35) bildirilmiştir (38). Bu bulgular gözlemsel çalışmalara dayandığından nedensellik çıkarılamaz; antidepresan kullanımı depresyon şiddetinin ve eşlik eden komorbid durumların bir göstergesi olabilir (38,69).

Smith ve arkadaşlarının akciğer nakli yapılan 132 hastayı beş yıl boyunca takip ettiği çalışmada, yüksek depresyon düzeylerinin nakil sonrası beş yıllık mortalite riskini %31 oranında artırdığı (aHR: 1.31; %95 GA: 1.06-1.61) bulunmuştur (56). Rosenberger ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise akciğer nakli sonrası psikiyatrist görüşmesi ile depresyon tanısı alan hastalarda mortalite riskinin %65 oranında arttığı (HR: 1.65; %95 GA: 1.01-2.71) saptanmıştır (54). Tüm bu veriler, depresyonun organ nakli sürecinde yalnızca yaşam kalitesini düşürmekle kalmadığını,

aynı zamanda mortaliteyi anlamlı derecede artıran bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmalardaki yöntemsel farklılıklar ve incelenen organ türlerine bağlı olarak, depresyonun organ nakli bekleyen hastalarda %12,5-50 arasında değişen sıklıkta görüldüğünü, yaşam kalitesini düşürdüğünü ve nakil sonrası mortaliteyi %31-65 oranında artırabildiğini göstermektedir. Bu nedenle erken tanı, uygun tedavi ve psikososyal desteğin sağlanması, organ nakli sürecinde yaşam kalitesinin artırılması ve mortalitenin azaltılması açısından kritik öneme sahiptir (37,38,64).

2.6.2. Anksiyete Bozuklukları

Organ nakli bekleyen hastalarda kaygı, süreçteki belirsizlik, ölüm korkusu ve tedaviyle ilgili endişeler nedeniyle sıkça gözlenen bir durumdur ve zamanla farklı anksiyete bozukluklarına dönüşebilir. Organ yetmezliği tanısı almak, bireyin yaşamında hem fiziksel hem de psikolojik anlamda önemli bir dönüm noktasıdır. Ölüm, insan için en temel bilinmezliklerden biridir ve inanç sistemleri bu kaygıyı bir ölçüde azaltabilse de ölüm düşüncesi çoğu zaman huzursuzluk yaratır. En yaşlı bireylerde dahi ciddi bir hastalık tanısı alındığında ölüm korkusu ortaya çıkabilir. Nakil bekleyen hastalar yalnızca ölümün kendisinden değil, nasıl öleceklerinden, ölüm sonrası süreçten, geride bırakacaklarından ve çocuklarının geleceğinden endişe duyarlar. Bu süreçte birçok hasta yaşamını gözden geçirir; kimileri memnuniyet hissederken, kimileri pişmanlık ve hayal kırıklığı yaşayabilir (5,63).

Organ nakli bekleyen hastalarda belirsizlik ve ölüm kaygısı, çeşitli bilişsel ve duygusal süreçleri tetikleyebilmektedir. Klinik gözlemlerimizde hastaların, ölüm şekline ilişkin endişeler (boğulma, ameliyat sırasında komplikasyonlar, yoğun bakımda mekanik desteğe bağımlı kalma gibi), nakil sonrası komplikasyonlar (organ reddi, yeniden yetmezlik gelişmesi) ve nakil sürecine dair belirsizlikler (organ bulunamaması, naklin iptal edilmesi, tıbbi hata olasılığı) konusunda yoğun kaygı yaşayabilmekte olduğu gözlenmiştir.

Ayrıca hastalar, ölüm sonrası süreçlere ilişkin endişeler (cenaze düzenlemeleri, mali yükümlülükler) ve geride bırakacakları aile üyelerinin geleceği konusunda da

belirgin kaygi duyabilmektedir. Bu kaygılar, özellikle aile bağları güçlü olan bireylerde daha belirgin olarak gözlenmektedir (70–72).

Bekleme süresinin uzaması, başkalarına organ çıkarken kendisine çıkmaması gibi ihtimaller ile ilgili kaygılar çaresizlik duygusunu artırabilmektedir. Sosyal rollerin kaybı, bağımsızlığın yitirilmesi, başkalarına yük olma korkusu, ekonomik kaygılar, tedavi ve ilaç masraflarını sürdürememe endişesi özellikle genç ve aktif hastalarda belirgin olabilir. Bu kaygılar uykuya dalma güçlüğü, sık uyanma, huzursuzluk, yorgun uyanma, irritabilite, odaklanma güçlüğü ve sosyal geri çekilme ile kendini gösterebilir. Kronik hastalığın yarattığı nefes darlığı, ağrı, kaşıntı, halsizlik gibi belirtiler kaygı semptomlarını artırabilir ve psikofizyolojik bir döngü oluşturabilir (24,26).

Organ nakli bekleme sürecinde yaşanan kaygıların zamanla farklı anksiyete bozukluklarına dönüşebildiği literatürde bildirilmektedir (4). Literatürde, bazı hastalarda ani çarpıntı, nefes darlığı ve terleme gibi otonomik belirtilerle karakterize panik atakların tekrarlayıcı hale gelebildiği ve panik bozukluk tablosunun gelişebildiği; atak geçirme korkusu ve bu korku nedeniyle diyaliz merkezi, hastane veya kalabalık ortamlar gibi belirli yerlerden kaçınma davranışlarının ise agorafobi ile sonuçlanabildiği rapor edilmiştir (73).

Klinik gözlemlerimizde başlangıçta hastalık ve ölüm tehdidiyle sınırlı olan kaygıların, süreç ilerledikçe finansal sorunlar, aile içi ilişkiler ve gelecek planları gibi alanlara yayılarak yaygın anksiyete bozukluğu tablosuna dönüşebildiği, ayrıca hastaların bedensel duyumlarını (örneğin hafif bir göğüs sıkışması, yorgunluk veya baş dönmesi) yanlış yorumlayarak felaketleştirdiği ve bunun sağlık anksiyetesinin artmasına neden olduğu gözlenmiştir.

Bazı hastalarda tedavi uyumu, hijyen kuralları veya kontrol davranışları etrafında gelişen tekrarlayıcı düşünce ve davranışların obsesif kompulsif belirti örüntüsü şeklinde ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Uzun süre yoğun bakımda kalan, ani tıbbi krizler yaşayan veya ölümle yakın karşılaşma deneyimi geçiren hastalarda ise travma sonrası stres bozukluğu gelişme riski bulunmaktadır; bu tabloda kabuslar, istemsiz travmatik anıların zihinsel yeniden yaşanması (flashback), tıbbi ortam ve prosedürlerden kaçınma ve aşırı tetikte olma (hypervigilance) gibi belirtiler

gözlenebilmektedir. Ayrıca hastaların varoluşsal sorgulamalar içine girmelerinin mevcut anksiyete belirtilerini derinleştirebileceği öne sürülmüştür. Tüm bu anksiyete bozuklukları, organ nakli bekleyen hastalarda yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren, tedavi sürecine uyumu zorlaştıran ve psikososyal yükü artıran klinik durumlar olarak değerlendirilmektedir (5,20,21,74).

Huang ve arkadaşlarının (2021) kronik böbrek hastalarında yaptığı sistematik derleme ve meta-analizde, 61 çalışma değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların 9'unda (n=1071) anksiyete bozukluğu tanısı klinik görüşme ve DSM ölçütlerine göre konulmuş, 52'sinde (n=10,739) ise anksiyete semptomları özbildirim veya klinisyen tarafından uygulanan derecelendirme ölçekleriyle ölçülmüştür. Meta-analiz sonuçlarına göre, klinik görüşmeye dayalı anksiyete bozukluğu prevalansı %19, ölçek temelli anksiyete semptomu prevalansı ise %43 olarak bulunmuştur (75).

Çin merkezli araştırmacılar Dai ve arkadaşları tarafından 2025 yılında yayımlanan ve 2023 tarihine kadar yapılan çalışmaları içeren kapsamlı bir meta-analizde, karaciğer nakli hastalarında nakil öncesi anksiyete insidansının %52 (%95 GA: 38-66) ve depresyon insidansının %47 (%95 GA: 34-60) olduğu saptanmıştır. Nakil sonrası ise anksiyete oranı %3 (%95 GA: -5 ila 12) ve depresyon oranı %42 (%95 GA: 38-46) olarak bulunmuş, özellikle nakilden sonraki ilk üç ayda psikolojik belirtilerde anlamlı iyileşme gözlemlenmiştir (76).

2.6.3. Uyum Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu

Uyum bozukluğu, DSM-5 tanı kriterlerine göre, belirgin bir stresör veya yaşam olayı sonrası gelişen, stresöre orantısız ve işlevselliği bozucu duygusal veya davranışsal belirtilerle karakterize bir durumdur. Tanı için belirtilerin stresörün başlamasından itibaren üç ay içinde ortaya çıkması, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bozulma yaratması ve bu belirtilerin başka bir psikiyatrik bozukluğun kriterlerini karşılamaması gerekmektedir. Belirtiler genellikle stresör ortadan kalktıktan sonra altı ay içinde geriler, ancak stresör devam ediyorsa persistan seyredebilir (60,77).

Akut stres bozukluğu ise daha kısa süreli ve travmatik bir olay sonrası gelişen, travmatik anıların tekrarı, dissosiyasyon ve aşırı uyarılmışlık gibi özgün belirtilerle seyreden bir durumdur. Belirtiler genellikle travma sonrası ilk bir ay içinde ortaya çıkar ve tedavi edilmediğinde posttravmatik stres bozukluğuna dönüşebilir (60,78).

Organ nakli bekleyen hastalarda, özellikle akut organ yetmezliği tanısı alan hastlarda psikososyal stres çok yüksektir. Bu nedenle hastaların gösterdiği duygusal ve davranışsal tepkiler çoğunlukla yaşadıkları stresin gerçek şiddetiyle orantılıdır ve normal adaptasyon süreçleri kapsamında değerlendirilebilir. Bu durum, uyum bozukluğu tanısı koymayı zorlaştırmaktadır (79).

ASB, travmatik olay sonrası yeniden yaşantılama, kaçınma, olumsuz duygular/bilişler, dissosiyasyon ve artmış uyarılmışlık kümelerindeki belirtilerin travma sonrası 3 gün ile 1 ay arasında var olduğu, kısa süreli bir psikiyatrik bozukluktur. Öte yandan, anksiyete, depresyon ve davranış ile ilgili belirtiler stresörün başlamasından itibaren en geç 3 ay içinde gelişiyor, başka bir psikiyatrik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayamıyor, stresöre bağlı olarak ortaya çıkan duygusal ve davranışsal bu tepkiler sosyal ve mesleki işlevselliği bozuyorsa, bu durum uyum bozukluğu olarak adlandırılır (78). Ancak akut organ yetmezliği gibi stresörlerin devam ettiği durumlarda, stresörün ortadan kalkmaması nedeniyle klasik uyum bozukluğu tanı kriterlerinin tam olarak uygulanması güçleşir. Bu nedenle, stresör devam etse dahi, belirtilerin şiddeti ve işlevsellik üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak uyum bozukluğu veya uyum sorunları kapsamında klinik değerlendirme yapılmalıdır.

Klinik uygulamada, belirtilerin başlangıç süresi, niteliği ve şiddeti, yaşanan stresin gerçekliği ve bireysel işlevsellik durumu titizlikle değerlendirilmelidir. Ayrıca, hastaların belirtilerinin zaman içindeki seyri izlenmeli ve gerektiğinde multidisipliner ekip tarafından değerlendirilmelidir (79).

2.6.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kişinin ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel saldırı gibi aşırı ve beklenmedik travmatik bir olaya doğrudan ya da dolaylı

maruz kalması sonucunda ortaya çıkan, travmatik anıların istemsiz, rahatsız edici ve canlı şekilde tekrar yaşanması (flashback), bu anılarla ilişkili uyaranlardan kaçınma, negatif bilişsel ve duygusal değişiklikler ve aşırı uyarılmışlık belirtileriyle karakterize kronik bir psikiyatrik bozukluktur (60,80).

Organ nakli hastaları, süreç boyunca yoğun ve birden fazla travmatik deneyime maruz kalmaları nedeniyle psikiyatrik açıdan yüksek risk grubunu oluşturur. Özellikle kalp, akciğer ve karaciğer yetmezliği olanlar, tedavi seçeneklerinin sınırlılığı nedeniyle ölümle doğrudan ve yakın bir şekilde yüzleşebilirler. Solunum yetmezliği korkusu ve sık sık yoğun bakım desteği gerekliliği, bu hastaların yaşadığı psikolojik stresi artırmakta ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişme riskini yükseltmektedir. Öte yandan, kronik böbrek yetmezliği hastalarının diyaliz gibi tedavi imkânı bulunmakla birlikte, haftada üç gün düzenli olarak diyalize gitmeleri, her seferinde yaşamlarını tehdit eden durumla yeniden yüzleşmek zorunda kalmaları anlamına gelir. Bu durum, sürekli bir psikososyal stres kaynağı oluşturarak, yoğun anksiyete ve travmatik stres tepkilerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Bu nedenle, organ nakli bekleyen hastalar, fizyolojik zorlukların yanı sıra ağır bir psikososyal stres altında bulunmakta olup özellikle yoğun bakımda tedavi görenlerde TSSB gelişme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (81).

Literatürde organ nakli hastalarında tanı alma anı, yoğun bakım ve ameliyat süreciyle ilişkili travmatik anıların rüyalarda tekrarladığı ve istem dışı, rahatsız edici flashbackler şeklinde yaşanabildiği bildirilmektedir. Bunun yanı sıra, hastalarda hastane veya yoğun bakım ortamından kaçınma davranışları gelişebilmektedir. Ayrıca, TSSB kriterlerine göre aşırı irkilme, irritabilite ve sürekli tetikte olma gibi uyarılmışlık belirtileri de bu hasta grubunda görülebilmektedir (81,82).

Organ nakli hastalarında tam TSSB tanı kriterlerini tam karşılamasa bile, eşik altı TSSB belirtileri görülebilir. Bu belirtiler; ara sıra travmatik anıların akla gelmesi, hafif kaçınma, uyku bozuklukları ve irritabilite gibi semptomları içerir. Kronik stres nedeniyle bu durumlar yaygın olup, zamanla tam TSSB'ye dönüşme riski taşır (81,83).

2.6.5. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları, organ nakli bekleyen hastalarda sık karşılaşılan bir sorundur ve hem sekonder hem de izole olarak ortaya çıkabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar diyaliz sonrası yoğun bir yorgunluk ve uyku ihtiyacı hissedebilirken, tüm nakil adaylarında hastane yatışları, tedavi düzenindeki değişiklikler ve somatik semptomlar uyku düzenini bozabilmektedir. Uyku bozukluğu, hali hazırda halsiz ve yorgun hisseden bu hastaların işlevselliklerini daha da azaltarak yaşam kalitelerini düşürmektedir (84).

Literatürde böbrek nakli bekleyen hastaların %40-60'ında, karaciğer nakli bekleyenlerin ise %60'ında uyku bozukluklarının bildirildiği belirtilmiştir (74,85,86). Bu hasta grubunda en sık insomnia, huzursuz bacak sendromu ve obstrüktif uyku apnesi, ayrıca gündüz aşırı uyuklama görülmektedir (74). Huzursuz bacaklar sendromu (HBS), özellikle diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ve uykuya geçişi engelleyerek gece uykusunu bölen önemli bir sorundur. Hemodiyaliz hastalarında HBS sıklığı serilerde %12 ile ~%40–%45 arasında değişmekle birlikte, bazı çalışmalarda %27 – %40 düzeyinde bildirilmiştir (86–88). Türkiye'de yakın zamanda yapılan bir çalışmada HBS sıklığı %12 olarak bildirilmiş ve Beck depresyon skorlarının anlamlı düzeyde yükselttiği ve genel sağlık algısını düşürdüğü gösterilmiştir. Çalışmada HBS'nin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin, depresyon gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (80). Bu hastalarda serum ferritin ve transferrin satürasyonu değerlendirilmelidir. Eksiklik varsa intravenöz demir replasmanı yapılabilir. Uyku hijyeni, diyaliz süresinin düzenlenmesi ve kafein/alkol kısıtlaması tedavinin ilk basamağını oluşturur. Gerektiğinde düşük doz dopamin agonistleri veya gabapentin/pregabalin başlanabilir (82). HBS'nin tanınması ve tedavisi, hastanın uyku düzenini iyileştirerek psikososyal uyumuna katkı sağlar (90).

Hastaların uyku problemlerinin detaylı psikiyatrik muayene ile değerlendirilmesi önemlidir. Uykuyu başlatmadaki zorlukların, gece uyanıp tekrar uyuyamamanın, sabah erken uyanıp uyuyamamanın veya gündüz-gece döngüsünde bozulmanın olup olmadığı dikkatle sorgulanmalıdır. Ayrıca hastanın uyuyamamasının kaygılar, ağrılar veya diğer somatik semptomlarla ilişkili olup olmadığı

belirlenmelidir. Gerekirse melatonin veya diğer farmakolojik tedavi seçenekleri gündeme alınmalı; bazen yalnızca uyku düzeninin sağlanmasıyla kaygı ve depresif belirtilerde belirgin bir düzelme sağlanabileceği unutulmamalıdır. Bu, antidepresan veya anksiyolitik tedavi başlanmadan önce değerlendirilmesi gereken pratik bir yaklaşımdır.

Diyaliz ve tedavi saatlerinin düzenlenmesi, hastane yatışlarında personelin gereksiz müdahalelerle hastanın uykusunu bölmemesi önemlidir. Hastalara uyku hijyeni önerileri anlatılmalı; gün içi şekerlemelerin kısa tutulması, gün ışığına maruziyetin artırılması ve gece karanlık ortamda uykunun desteklenmesi teşvik edilmelidir. Uyku hijyeni eğitiminin kronik hastalıklarda uykuya dalma süresi, gece uyanmaları ve gündüz işlevselliğini anlamlı şekilde iyileştirdiği gösterilmiştir (84). Bu nedenle nakil bekleyen hastalarda uyku bozukluklarının erken fark edilmesi ve yönetilmesi, hem psikiyatrik semptomların kontrol altına alınmasını hem de organ nakli sürecindeki yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlayabilir.

2.6.6. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları, kronik böbrek yetmezliği ve organ nakli bekleyen hastalarda sık bildirilen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sorundur. Diyaliz tedavisi, üremik toksin birikimi, hormonal değişiklikler, anemi, kronik hastalık stresi ve kullanılan bazı ilaçlar cinsel işlevde bozulmalara neden olabilmektedir. Literatürde diyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu prevalansının %40-50'lere kadar çıktığı, böbrek nakli sonrasında hormonal ve fiziksel iyileşmeye bağlı olarak kısmen düzeldiği, ancak sorunun tamamen ortadan kalkmadığı bildirilmektedir (92,93).

Erkeklerde cinsel işlev bozuklukları daha çok erektil disfonksiyon (ED) , libido azalması ve ejakülasyon bozuklukları şeklinde ortaya çıkarken, kadınlarda ise libido azalması, vajinal kuruluk, dyspareuni (ağrılı cinsel ilişki) ve orgazm bozuklukları daha sık bildirilmektedir (93).

2021 yılında Payne ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede, transplant alıcılarında erektil disfonksiyon (ED) prevalansının genel popülasyondan anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. Karaciğer transplant alıcılarında %39,8–86,2,

böbrek transplant alıcılarında %54–66, kalp transplant alıcılarında %71–78 ve eş zamanlı pankreas-böbrek transplant alıcılarında %79 oranında ED saptandığı belirtilmiştir. Çalışmada, böbrek transplant alıcılarında fosfodiesteraz-5 inhibitörlerinin tedavide %80'e kadar etkili olduğu, intrakavernözal enjeksiyon tedavilerinin kalp ve böbrek transplant alıcılarında %60–70 oranında başarı sağladığı ve penil protezlerin transplant alıcılarında güvenle kullanılabildiği ifade edilmiştir (94).

2.6.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyonlar, kişinin istemi dışında aklına gelen, rahatsız edici, tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, imgeler, dürtüler veya isteklerdir ve genellikle yoğun kaygıya neden olurlar. Kompulsiyonlar ise, kişinin bu obsesyonlara yanıt olarak kaygısını azaltmak ya da her şeyin "tam" olduğu hissine ulaşmak için yapmak zorunda hissettiği, katı kurallara uygun şekilde gerçekleştirilen yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (95).

Obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığı altında obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu) ve deri yolma bozukluğu yer almaktadır. Organ nakli bekleyen hastalarda ise sürecin belirsizliği ve kontrol kaybı yaşantısı, kontrol etme gereksinimini artırabilmektedir. Bu durum; ilaç alımını tekrar tekrar kontrol etme, diyaliz hastalarında sıvı ve beslenme düzenini sürekli izleme, temizlik ve hijyen konularında aşırı zihinsel uğraş ve davranışlar gibi obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (96). Kişinin bir şeyleri kontrol altında tuttuğuna dair geliştirdiği davranışlar, kaygıyı azaltmaya yönelik geçici bir rahatlama sağlasa da, uzun vadede obsesif-kompulsif semptomların pekişmesine katkıda bulunabilmektedir (97).

López-Navas ve arkadaşlarının (2010) karaciğer nakli bekleyen hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %54'ünde Sorun Tarama Ölçeği (SA-45) ile obsesif kompulsif semptomların belirgin olduğu saptanmıştır. En sık bildirilen semptomlar arasında "işleri doğru yaptığından emin olmak için yavaş yapmak zorunda hissetme" (%30), "yapılan işleri tekrar tekrar kontrol etme" (%17), "karar vermede güçlük" ve

“zihnin boşalması” (%8) yer almıştır. Ancak bu bulgular semptom düzeyini göstermekte olup, DSM kriterlerine göre konmuş klinik OKB tanısı anlamına gelmemektedir (43).

Nakil bekleyen hastalarda obsesif-kompulsif belirtiler çoğu zaman eşik altı düzeyde seyredebilmektedir. Bu hastalar, kullandıkları çok sayıdaki ilacı düzenli alıp almadıklarını kontrol etme, enfeksiyonlardan korunmak amacıyla temizlik ve hijyen konularına dikkat etme gibi davranışlar sergilemektedir. Bu davranışlar, nakil sürecinde hayati öneme sahip olabildiği için belirli bir düzeye kadar işlevseldir ve hastaların tedavi uyumunu destekleyebilir. Ancak, bu davranışların kontrol etme ihtiyacının aşırı hale gelmesi, kaygının artmasına ve işlevselliğin bozulmasına yol açabileceğinden, klinisyenlerin obsesif-kompulsif belirtilerin patolojik boyuta ilerlemesine karşı dikkatli olmaları önem taşımaktadır (96). Hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ve belirtilerin şiddetlenmesi halinde psikiyatrik destek sağlanması, hem tedavi sürecini hem de yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

2.6.8. Madde Kullanım Bozukluğu

DSM-5’e göre madde kullanım bozuklukları, kullanılan maddenin türüne göre (alkol, tütün, uyarıcılar, opioidler, sedatifler vb.) sınıflandırılmaktadır (60). Organ nakli bekleyen hastalar arasında en sık karşılaşılan madde tütün (sigara) olmuştur. Hastaların büyük bir kısmının uzun yıllar süren sigara kullanımına rağmen, diyaliz süreci ya da tedavi aşamalarında ailelerinin ve hekimlerinin yönlendirmesiyle bu alışkanlığı bıraktığı gözlenmiştir (98,99). Tütün kullanım bozukluğu, psikiyatri kliniği açısından transplantasyon için mutlak bir kontrendikasyon olarak değerlendirilmemekle birlikte, organ nakli konseyinin karar sürecinde dikkate alınması gereken önemli bir sağlık davranışı olarak ele alınmalıdır.

Sigara içmenin nakil sonrası zayıf greft fonksiyonuna, kardiyovasküler hastalığa ve sekonder malignitelerin gelişimine katkıda bulunabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (99,100). Bu nedenle, tütün kullanım öyküsünün transplantasyon sürecine etkisinin, organ nakli konseyince multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesi önerilmektedir (99). Hastalar sigara içmeyi bırakmış olsalar bile, nakil sonrası tekrar başlama riski açısından düzenli olarak izlenmelidirler. Bu süreçte,

sigarayı bırakma sürecinde zorlanan hastalara destek sağlanmalı; gerektiğinde nikotin replasman tedavileri veya bupropion gibi farmakolojik tedavi seçenekleri sunulmalıdır (98).

Alkole bağlı karaciğer yetmezliği, dünya genelinde ve ülkemizde karaciğer nakli endikasyonları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bu gruptaki hastalarda organ nakli süreci, hem alkol kullanımının biyolojik etkileri hem de relaps riskinin yüksekliği nedeniyle etik ve klinik açıdan tartışmalı bir alandır (101). Geleneksel olarak, alkol kullanımına bağlı karaciğer yetmezliği gelişen hastalarda transplantasyon endikasyonu için en az altı aylık kanıtlanmış alkol bırakma süresi talep edilmekte; bu süre, hastanın iyileşme olasılığını artırmak ve relaps riskini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (101,102).

Bununla birlikte, bazı merkezlerde bu süre şartı yerine, hastanın sosyal desteği, içgörüsü, bağımlılık tedavisine uyumu ve relaps riskine ilişkin çok boyutlu değerlendirmelerin esas alındığı bireyselleştirilmiş karar modelleri de uygulanmaktadır (103). Ancak ülkemizde, donör kaynaklarının sınırlılığı göz önüne alındığında, özellikle kadavra donörlerde alkol kullanım öyküsü bulunan bireylerde daha katı değerlendirme ölçütlerinin kullanılması gerektiği düşünülmektedir (101,102).

2.6.9. Psikotik Bozukluklar

Organ transplantasyonu sürecinde psikotik bozukluklar, uzun yıllar boyunca mutlak kontrendikasyonlar arasında yer almıştır. Bunun temelinde, hastaların gerçeği değerlendirme yetilerinin bozulmuş olması, tedaviye uyumsuzluk riski ve psikososyal destek ağlarının zayıf olabileceği düşüncesi yer almaktadır. Ancak son yıllarda bu yaklaşım sorgulanmış, psikotik bozukluğu olan bireylerin transplantasyona erişimde sistematik olarak dışlandıkları ve bunun etik dışı olabileceği tartışılmaya başlanmıştır. Bu tartışmalar, adalet ve yararlılık ilkeleri arasındaki dengeye odaklanmış; ruhsal hastalık temelli dışlamaların tıbbi endikasyon yerine önyargıya yaslanmaması gerektiği vurgulanmıştır (104).

Organ transplantasyonu sürecinde psikotik bozukluğu olan bireylerin değerlendirilmesi, yalnızca tanı üzerinden değil, yaşam koşulları ve tedavi uyumu gibi birçok parametre üzerinden yapılmalıdır. Yalnız veya evsiz yaşayan bireylerde immünosupresif tedaviye uyumsuzluk riski belirgin biçimde artarken, aile desteği olanlarda bu risk anlamlı biçimde düşük bildirilmiştir (105,106). Ayrıca, psikotik epizodun üzerinden geçen sürenin de önemli olduğu, özellikle son epizoddan bu yana bir yıldan fazla zaman geçmiş olan hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladığı ifade edilmektedir (106).

Coffman ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada, negatif semptomların baskın olduğu şizofreni hastalarının, pozitif semptomları (örneğin halüsinasyon, sanrı) baskın olanlara kıyasla tedaviye daha yüksek oranda uyum sağladığını göstermiştir. Bununla birlikte, şizofreni hastalarının genel olarak immünsüpresif ilaçlara uyumu, bipolar bozukluk hastalarına göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, transplantasyondan önceki yıl içinde psikotik semptom yaşayan bireylerde intihar girişimi oranları anlamlı derecede yüksekken (%35'e yakın), bu dönemde semptom göstermeyen bireylerde bu oran %6 civarında seyretmiştir (106). Özellikle yüksek doz kortikosteroidler ve takrolimus gibi ajanlara duyarlı bireylerde bu tedaviler hastalarda psikotik alevlenmeleri tetikleyebilir; yakın psikiyatrik izlem bu nedenle kritik önemdedir (107).

Bu nedenle psikotik bozukluğu olan bireylerin transplantasyon için uygunluk değerlendirmesi yapılırken sadece tanı kategorisine değil; hastanın güncel işlevselliğine, içgörüsüne, tedaviye uyum potansiyeline ve sosyal destek sistemine odaklanılmalıdır (104). Hastanın psikotik bir atak yaşaması durumunda yakın çevresinden destek alıp alamayacağı, gerekirse hastane yatışı gibi akut müdahalelerin mümkün olup olmayacağı, tedavisini düzenli sürdürebilecek bir bakım vereninin bulunup bulunmadığı gibi birçok değişken, sürece doğrudan etki etmektedir.

2.6.10. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde organ transplantasyonu süreci, hastalığın doğası ve tedavide kullanılan farmakoterapötik ajanların potansiyel etkileri nedeniyle dikkatli ve çok boyutlu bir değerlendirme gerektirir. Bipolar bozukluk,

transplantasyon açısından tek başına mutlak bir kontrendikasyon oluşturmamakla birlikte; tedaviye uyum, içgörü düzeyi, geçirilmiş epizod öyküsü ve eşlik eden psikotik belirtiler gibi değişkenlerin hasta özelinde göz önünde bulundurulması gereklidir.

Bu çerçevede, lityum tedavisi özel bir öneme sahiptir. Lityum, bipolar bozukluk tedavisinde uzun yıllardır altın standart olarak kullanılmakta ve etkinliği çok sayıda çalışma ile desteklenmektedir (108). Uzun süreli lityum kullanımı, özellikle böbrek fonksiyonları üzerinde kümülatif ve kimi olgularda geri dönüşsüz etkilere yol açabilir (109). Eski kohortlarda son dönem böbrek hastalığı riski binde 3–8 arasında bildirilmişken, modern tedavi yaklaşımları ve sık laboratuvar izlemiyle bu riskin belirgin biçimde azaldığı düşünülmektedir (108–110).

Nielsen ve arkadaşlarının (2018) yaptığı kapsamlı derlemede, önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında daha güncel verilerde bu oranın benzer olduğu, bazı erken dönem çalışmalarda bildirilen binde 5,3 oranına yakın kaldığı görülmüştür (109). Yazarlar, böbrek sonuçlarındaki bu iyileşmenin, günümüzde böbrek fonksiyonlarının daha yakından izlenmesi ve özellikle riskli hastalarda serum lityum düzeylerine daha sık odaklanılması ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (109,110).

Öte yandan, bipolar bozukluk tanılı bireylerde transplantasyon değerlendirmesi sırasında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, lityum tedavisinin hem mevcut böbrek fonksiyonları üzerindeki etkisi hem de tedavi kesilse dahi nefrotoksisitenin devam edebilme olasılığıdır. Uzun süreli kullanım böbrek fonksiyonlarında düşüşe yol açabilir; bazı hastalarda ilerleme lityum sonlandırıldıktan sonra da bir ölçüde sürebilirken, diğerlerinde kesilmesini takiben düşüş yavaşlayabilir veya kısmen düzelebilir. Bu nedenle, karar süreci hasta bazında nefroloji-psikiyatri ortak izlemiyle yürütülmelidir (108,110–112). Bipolar hastalarda, duygudurum stabilitesinin korunmasında lityumun yeri çok kıymetli olduğundan, tedavinin kesilmesi bazı olgularda manik ya da depresif atakların tetiklenmesine neden olabilmektedir. Nitekim, literatürde transplantasyon sonrası yeniden lityum başlanmasını gerektiren olgular bildirilmiştir (113).

Kerckhoffs ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, lityuma bağlı son dönem böbrek yetmezliği gelişen 10 bipolar bozukluk hastası ile yapılan görüşmelerde, üç

hastanın lityum tedavisine devam ettiği veya yeniden başladığı, yedi hastanın ise tedaviyi sonlandırdığı bildirilmiştir. Lityumu kesen hastalardan biri manik nüks yaşamış, ancak alternatif tedaviyle stabilize olmuştur. Beş hasta yeni tedavi altında nüks yaşamamış, iki hasta ise psikotrop ilaçsız izlenmiştir (112). Katılımcıların çoğu, lityum tedavisine başlanırken yeterince bilgilendirilmediklerini, alternatiflerin sunulmadığını ve seçim hakkı tanınmadığını ifade etmiştir. Ayrıca, lityuma bağlı böbrekler ile ilgili riskler konusunda bilgilendirmenin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, hasta merkezli karar süreçlerinin güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir (112).

2.6.11. Nörobilişsel Bozukluklar

Organ transplantasyonu öncesi değerlendirme sürecinde bilişsel kapasite, tedaviye uyum ve karar verme yeterliliği temel öneme sahiptir. Klinik gözlemlerimizde, başvuran hastalar arasında en sık karşılaşılan psikiyatrik durumların başında zihinsel yetersizlikler yer almaktadır. Bu durum, özellikle çocukluk döneminde başlayan kronik böbrek yetmezliğine (KBY) sahip bireylerde daha belirgindir (114). KBY'nin erken yaşta başlaması, bilişsel gelişimi olumsuz etkileyebilmekte; nöronal maturasyon süreci, metabolik dengesizlikler, yetersiz beslenme, sık hospitalizasyon ve okul devamsızlığı gibi faktörler bilişsel yetilerde geri kalmaya neden olabilmektedir. Literatürde, çocukluk döneminde başlayan KBY'ye sahip bireylerde hafif-orta derecede zihinsel yetersizlik görülme oranlarının anlamlı şekilde arttığı bildirilmektedir (115).

Zihinsel/entelektüel yetersizliği (EY) hastalar için organ nakli konusu, tartışma konusu olmuştur ve olmaya devam etmektedir (116). Literatürde, Veneto Bölgesi'nin bir dönem uyguladığı politikada IQ<50'nin mutlak, IQ<70'in göreceli dışlama ölçütü olarak benimsendiği rapor edilmiştir; ancak bu uygulama, sonraki etik değerlendirmelerde güçlü biçimde eleştirilmiştir (117). Benedetti ve arkadaşlarının (1998) tek merkezli çalışmasında EY olan hastaların sağkalım oranlarının nakilden 1 yıl sonra %100, nakilden 3 yıl sonra ise %90 olduğu bildirilmiştir. Bu oranlar EY'den etkilenmeyen hastaların oranlarına benzerdir (1 yıllık ve 3 yıllık sağkalım: sırasıyla %95 ve %90) (118). Genel olarak, hastalar aile üyelerinden veya ilgili bakıcılardan destek aldıklarında yeterli nakil sonrası ilaç uyumu bildirilmiştir (116,118).

Yargıç Anthony Kennedy'nin ifadesiyle, "İnsanlar bir sayıya indirgenemez." (119). Transplantasyon değerlendirme süreci yalnızca klinik ölçütlere indirgenemeyecek kadar çok boyutludur; her birey, bilişsel düzeyi ne olursa olsun, bütüncül ve adil bir değerlendirmeyi hak etmektedir. Bu nedenle etik ilkeler gereği, her hastanın kendi bağlamı içinde ele alınması, sosyal destek sistemleri, klinik izlem potansiyeli ve bakım olanakları da dikkate alınarak çok yönlü değerlendirme yapılması temel bir yaklaşımdır (116).

2.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Belirsizlik, yaşamın değişmez bir parçasıdır. İnsan, her yeni güne hangi olaylarla karşılaşacağını bilmeden başlar; kimi zaman sıradan bir gün yaşamı dönüştüren bir tanıya, ani bir kayba veya beklenmedik bir krize evrilebilir. Bu belirsizliğin psikolojik etkisi, bireyin mizaç yapısına, yaşam deneyimlerine, sosyokültürel çevresine ve dünyayı anlamlandırma biçimine bağlı olarak farklılaşabilir. Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT), bireyin öngörülemeyen, kontrol edilemeyen ya da belirsiz durumlara karşı geliştirdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin yoğunluğu ve şekliyle tanımlanır. BT, bireyin stresli yaşam olaylarına verdiği psikolojik yanıtların biçimini ve şiddetini belirleyen temel kişilik boyutlarından biridir (70,71). Özellikle organ nakli süreci gibi öngörülemezliği yüksek, uzun süreli ve pasif bekleyiş gerektiren durumlarda bu özellik ön plana çıkmaktadır.

Son yıllarda yapılan araştırmalar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün (BT) yalnızca bilişsel bir eğilim olmadığını, aynı zamanda nörobiyolojik düzeyde izlenebilen bir kırılganlık faktörü olduğunu ortaya koymuştur. BT, gerçek bir tehdit olmasa dahi, belirsizliğin birey tarafından tehdit edici biçimde algılanmasına yol açabilir. BT düzeyi yüksek bireylerde, ön insula ve amigdala gibi tehdit algısı ve içsel uyarılma süreçlerinden sorumlu beyin bölgelerinde artmış aktivite gözlemlenmiştir (120–122). Ayrıca, ödül ve hata işleme sistemlerinde değişiklikler, güvenlik öğrenmesinde eksiklikler ve irkilme-refleks yanıtlarında düzensizlik gibi fizyolojik bulgular da tanımlanmıştır (121–123). Bu bulgular, BT'nin yalnızca psikolojik işleyişi değil, aynı zamanda duygu düzenleme, bilişsel kontrol ve stres yanıt sistemleriyle kurduğu karmaşık ilişki ağını da yansıttığını göstermektedir (124). Bu nedenle BT'nin,

depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların gelişiminde ve sürdürülmesinde biyolojik düzeyde etkili bir risk faktörü olabileceği öne sürülmektedir (71,72).

Buhr ve Dugas (2002) tarafından geliştirilen ve psikometrik özellikleri kapsamlı biçimde değerlendirilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS), bu kavramı çok boyutlu değerlendirmiştir. Çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük; belirsiz durumların stresli ve tehdit edici bulunması, bireyin karar almasını ve eyleme geçmesini engellemesi, belirsizliğin olumsuzlukla özdeşleştirilmesi ve adaletsiz algılanması gibi farklı boyutlarda ele alınmıştır. Ayrıca bu ölçek, özellikle kaygı, depresyon ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yalnızca soyut bir kavram değil, ölçülebilir ve klinik yansıması olan bir özellik olduğunu göstermektedir (71,125).

Çalışmalar, BT düzeyi yüksek bireylerin organ yetmezliği sürecini daha kaygılı, daha depresif ve daha umutsuz geçirdiğini göstermektedir (71). BT düzeyi yüksek bireylerde sürecin kontrol edilemiyor oluşu büyük bir huzursuzluk yaratmakta; sonuçların netleşmesini isteme, doktorlarla sık temas kurma, olasılıkları hesaplama, hatta vasiyet yazma ya da mezar yeri ayırtma gibi ileri düzey kontrol davranışları gelişebilmektedir (126,127). Bu durumlar, belirsizliği tolere edememe halinin davranışsal düzeydeki yansımalarıdır.

Buna karşılık BT düzeyi düşük olan bireylerde, süreç genellikle daha uyumlu karşılanmakta; bireyler tedaviye katılım gösterebilmekte, günlük yaşamlarını sürdürebilmekte ve sosyal ilişkilerini koruyabilmektedir. Bu bireyler genellikle kaygı düzeyi düşük, duygudurumları daha stabil ve yaşamdan aldıkları anlam duygusu daha yüksektir. Diyalize devam ederken çalışmayı sürdürebilen, ailesinden sosyal ve duygusal destek alan, süreci yaşamın doğal bir parçası olarak gören bireylerde BT'nin düşüklüğü, psikolojik dayanıklılığın da bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (25,29).

Yaş faktörü de BT üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Özellikle orta yaş ve üzerindeki bireylerde, yaşamın geçiciliğine dair farkındalık daha gelişmiş, kriz ve kayıplara dair baş etme repertuarı daha zengin hale gelmiştir. Bu yaş grubundaki

bireylerde sıklıkla gözlenen “hayatın kendi akışı” içinde anlam üretme çabası, belirsizlik karşısında daha az bilişsel çatışma yaşanmasına neden olmaktadır (128).

Mizaç, bireyin çevresel uyaranlara verdiği duygusal ve davranışsal tepkilerin doğuştan gelen temel bir belirleyicisidir. Araştırmalar, özellikle yüksek düzeyde negatif emosyonellik (nörotisizm) ve düşük dışadönüklük gibi mizaç özelliklerinin, ileri yaşlarda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini artırdığını göstermektedir. Bu bulgular, BT’nin yalnızca mevcut stresörlere verilen geçici bir tepki değil, kişilik temelli ve gelişimsel kökenli bir eğilim olduğunu ortaya koymaktadır (129). Anksiyöz mizaç yapısına sahip bireylerde, kaygı yalnızca kendi sağlık durumlarına değil; çocuklarının geleceği, ekonomik belirsizlikler ve sosyal güvenlik gibi konulara da yayılım gösterebilmektedir (129).

Özellikle obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine sahip kişilerde düzen ve kontrol ihtiyacı ön plandadır (41). Belirsizliğin yalnızca bir dışsal durum değil; bireyin içsel yapısıyla etkileşim içinde şekillenen bir stres kaynağı olduğunu vurgulamak gerekir (130).

Sonuç olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük; kişilik yapısı, yaşam tecrübesi, sosyo-kültürel bağlam ve bireyin yaşamla kurduğu anlam ilişkisiyle şekillenen çok boyutlu bir olgudur. Bu özelliğin değerlendirilmesi, özellikle organ nakli gibi uzun ve zorlu tıbbi süreçlerde bireye özgü destek yaklaşımlarının belirlenmesinde kritik önem taşımaktadır.

2.8. Umutsuzluk

Umut, insan yaşamının sürdürülebilirliği açısından temel bir psikolojik kaynaktır. Geleceğe dair olumlu beklentiler, bireyin zorlu yaşam koşullarıyla başa çıkma kapasitesini artırmakta ve yaşamla kurduğu bağın devamlılığını desteklemektedir (131). Buna karşılık, umutsuzluk yalnızca bir duygudurum hali değil; bireyin geleceğe yönelik beklentilerinin, hedeflerinin ve kontrol algısının sistematik olarak zayıfladığı çok boyutlu bir bilişsel yapıdır (131,132).

Beck’in Umutsuzluk Kuramı’na göre; birey gelecekte olumlu gelişmelerin olmayacağına inanırsa, bu durumu değiştirme gücünü kendisinde bulamazsa ve

sonuçların kendi kontrolü dışında geliştiğini düşünürse, umutsuzluk duygusu ortaya çıkar (132,133). Bu yapı, özellikle depresyon ve intihar düşüncesi açısından güçlü bir risk faktörüdür (132–134).

Genç hastalarda umutsuzluk daha farklı bir düzlemde seyretmektedir. Bu bireyler, henüz tamamlanmamış gelişimsel görevler (eğitim, meslek edinimi, sosyal roller, aile kurma gibi) nedeniyle geleceğe dair güçlü beklentiler barındırmakta; ancak hastalık süreci bu beklentileri belirsizleştirmekte ya da ertelemektedir. Okula devam edememek, yaşıtlarıyla aynı yaşam evrelerinden geçememek, evlilik ve ebeveynlik gibi yaşamsal beklentilerin erişilemez ya da korkutucu hale gelmesi, genç hastalarda umutsuzluğu beslemekte ve yaşamla kurdukları bağı zayıflatmaktadır (128,129,135). Bu grupta gözlenen yüksek umutsuzluk düzeyleri, yalnızca ruhsal sıkıntının bir belirtisi değil; doğrudan müdahale gerektiren bir kırılganlık alanıdır.

Yaşlı hastalarda ise umutsuzluk daha çok geçmiş yaşam deneyimlerinin değerlendirilmesi, kayıplar, yalnızlık ve yaşamsal anlamla ilişkilidir. Bazı bireyler çocuklarının mürüvvetini görmeyi, torunlarının doğumunu yaşamayı umut ederek yaşam motivasyonunu sürdürürken; diğerleri yaşamlarını tamamlanmış kabul etmekte, kendilerini sadece ölüm sürecini bekleyen bireyler olarak tanımlamaktadır. Uzun süren hastane yatışları, artan fiziksel bağımlılık ve sosyal rollerin kaybı, bu bireylerde yaşamın anlamını sorgulamaya yol açmakta; umutsuzluk çoğu zaman depresyon belirtilerinden bağımsız şekilde, varoluşsal bir boşluk olarak ortaya çıkmaktadır (136). Yaşlı bireylerde yalnızlık hissi, depresyon ve umutsuzlukla yakından ilişkilidir. Cacioppo ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada, yalnızlık yaşayan bireylerin %43'ünde belirgin depresif belirtiler saptanırken, yalnızlık hissetmeyenlerde bu oran %11 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, yalnızlık düzeyinin Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarını anlamlı şekilde yükselttiği gösterilmiştir (137). Bu bulgular, yaşlı hastalarda umutsuzluğun yalnızca yaşa ya da fiziksel hastalıklara değil, sosyal izolasyon ve duygusal yalnızlığa da bağlı olarak geliştiğini göstermektedir (138).

Organ türü de umutsuzluk düzeyini etkileyen önemli bir değişkendir. Literatürde kalp, karaciğer ve akciğer gibi yaşamsal öneme sahip organları bekleyen hastalarda, böbrek nakli bekleyen bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde umutsuzluk gözlenmiştir (127). Bu hastalar sıklıkla fiziksel olarak daha kısıtlı, yaşamı doğrudan

tehdit eden semptomlarla baş etmeye çalışan bireylerdir. Sürekli yorgunluk, nefes darlığı ya da sistemik komplikasyonlar; sadece geleceğe dair umutları değil, mevcut yaşama dair bağlılığı da zayıflatmaktadır. Bu hastalar çoğu zaman kendilerini ailelerine yük olarak görmekte, yaşamlarının anlamını ve değerini sorgulamakta ve tedavi kadar psikososyal desteğe de ihtiyaç duymaktadırlar (127,139).

Sonuç olarak, organ nakli bekleyen hastalarda umutsuzluk; bireysel, gelişimsel, sistemik ve medikal faktörlerin kesişiminde ortaya çıkan çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle umut duygusunun yeniden inşası, yalnızca bireysel değil; ailesel, kültürel ve profesyonel destek sistemlerinin birlikte devreye girdiği bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir.

2.9. İntihar Düşüncesi

İntihar düşüncesi, organ nakli bekleyen hastalarda hem psikiyatrik değerlendirme hem de etik sorumluluk açısından özel bir yere sahiptir. Literatürde, özellikle son dönem organ yetmezliği yaşayan bireylerde depresyon, umutsuzluk ve ölüm düşüncesinin daha sık gözlendiği; intihar düşüncesi riskinin de bu değişkenlerle birlikte arttığı bildirilmiştir. Bu hastalarda sosyal izolasyon, fiziksel bağımlılık, ekonomik yük ve yaşamın kontrol edilemezliği gibi faktörlerin, intihar düşüncesini tetikleyebileceği öne sürülmüştür (45,59,140).

Chen ve ark. (2010) tarafından yürütülen çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören son dönem böbrek yetmezliği olan 200 hastada depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Katılımcıların %35'inde depresyon belirtileri saptanırken, %21,5'i son bir ay içinde intihar düşüncesi bildirmiştir. Depresyon, düşük vücut kitle indeksi ve eşlik eden fiziksel hastalık sayısıyla anlamlı ilişki göstermiştir (141).

Zerbinati ve arkadaşları tarafından 2024 yılında yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, hemodiyaliz tedavisi gören 1259 hastayı içeren 12 kesitsel çalışma incelenmiştir. Bu çalışma, hemodiyaliz hastalarında intihar riskinin yaygınlığını ortaya koymayı amaçlamış ve genel popülasyona kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek bir risk saptamıştır. Ortalama intihar riski prevalansı %20,6 olarak bildirilmiş, bu oran düşük

gelirli ülkelerde %33,5'e kadar çıkmıştır. Ayrıca intihar riskinin yaş, cinsiyet ve diyabet varlığı gibi değişkenlerden bağımsız olduğu, buna karşılık psikolojik stresörler, özerklik kaybı, sosyal izolasyon ve yaşam kalitesindeki ciddi düşüşlerin etkili olduğu vurgulanmıştır (142).

Gradus ve ark. (2020) tarafından yapılan Danimarka temelli bir büyük ölçekli çalışmada, kalp, karaciğer, akciğer ve böbrek nakli yapılan bireylerde intihara bağlı ölüm oranının, nakil yapılmayan bireylere kıyasla yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (5.6'ya karşı 2.8/1000 kişi-yılı). Ölümcül olmayan intihar girişimi oranlarında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışma, sadece organ nakli bekleme sürecinde değil, nakil sonrasında da intihar riskinin devam ettiğini göstermektedir. Fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra bağışıklık baskılayıcı tedaviye bağlı zorluklar ve psikiyatrik yükler, bu riskin sürmesine katkı sağlayabilir. Bulgular, nakil öncesi kadar nakil sonrası dönemde de psikiyatrik izlemin önemine işaret etmektedir (140).

Organ nakli bekleyen hastalarda, tedavi sürecinin belirsizliği, uzun bekleme süreleri, diyalize bağlı yaşam kısıtlılıkları, fiziksel yorgunluk, iştahsızlık, uyku problemleri, ağrı ve kaşıntı gibi somatik şikâyetler ile sosyal izolasyon ve umutsuzluk duygusu birleşerek intihar düşüncesi riskini artırabilir. Nakil sonrası dönemde ise immünsüpresif tedavilere bağlı yan etkiler, enfeksiyon riski, organ reddi korkusu, yaşam kalitesinde beklenen düzeye ulaşılamaması ve psikososyal uyum güçlükleri bu riski sürdürebilir. Bu bulgular, hem nakil öncesi hem de sonrası dönemde hastaların psikiyatrik açıdan ayrıntılı değerlendirilmesi ve gerektiğinde müdahale edilmesi gerektiğini güçlü biçimde ortaya koymaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma, kesitsel tasarıma sahip bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini, 01.09.2024 – 01.09.2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'ne başvuran ve psikiyatrik değerlendirme amacıyla Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine yönlendirilen, çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan, çalışma ile ilgili bilgilendirilen, sözlü ve yazılı onam veren ve tanısal görüşmeleri ve ölçekleri tamamlayan organ nakli bekleyen 170 hasta oluşturdu.

Tüm hastalar, çalışmanın yürütücüsü olan psikiyatri araştırma görevlisi tarafından yapılan klinik görüşme ve DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders – SCID-5) ile psikiyatrik tanı açısından değerlendirildi. Psikiyatrik tanı alan ve almayan tüm hastalara ayrıca belirlenen psikometrik ölçekler uygulandı. Böylece, tanı durumlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve intihar düşüncesi düzeyleri karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

Bu çalışmada, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığını değerlendirmek amacıyla gerekli örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplandı. Analizlerde anlamlı fark saptanabilmesi için %90 istatistiksel güç (1–β=0,90) ve %5 anlamlılık düzeyi (α=0,05) esas alındı. Hamilton Depresyon Ölçeği'nin eşik değerleri temel alınarak yapılan hesaplamada, depresyon tanılı grupta en az 13, depresyon tanısı olmayan grupta ise 65 katılımcı olmak üzere toplam 78 kişilik bir örneklem gerektiği belirlendi. Hamilton Anksiyete Ölçeği için yapılan benzer analizde ise, anksiyete bozukluğu tanısı alan grupta 8, almayan grupta 40 kişi olmak üzere toplamda 48 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu belirlendi. Böylece depresyon ve anksiyete bozukluğu için gereken toplam minimum örneklem sayısı 126 olarak tespit edildi.

Ancak bu çalışmada yalnızca depresyon ve anksiyete bozukluklarının değil; aynı zamanda obsesif kompulsif bozukluk (OKB), akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), uyum bozukluğu, uyku bozuklukları ve cinsel işlev

bozukluklarının da değerlendirilmesi planlandı. Literatürde bu bozuklukların daha düşük prevalansla görüldüğü göz önünde bulundurularak örnekleme çeşitliliğini artırmak ve tüm tanı grupları için yeterli sayıya ulaşmak amacıyla örneklem büyüklüğüne yaklaşık %35 oranında genişleme uygulanarak hedef sayı 170 katılımcı olarak belirlendi.

Bu örneklem büyüklüğü, olası dışlamalar, eksik veriler ve tanı çeşitliliği göz önünde bulundurularak hesaplanmış olup, çalışmanın istatistiksel geçerliliğini ve genellenebilirliğini destekleyecek niteliktedir.

3.2. Dahil Edilme Ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya katılma ölçütleri:

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Erzurum Atatürk Üniversitesine başvuran ve solid organ nakli planlanan veya listeye alınan hastalar arasında olmak
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek ve yazılı onam vermek

Çalışma için dışlama kriterleri:

- İletişim kurulamayan bireyler: İşitme engeli, ciddi afazi veya bilinç bulanıklığı nedeniyle sağlıklı iletişimin kurulamadığı durumlar.
- Türkçe bilmeyen ya da Türkçe anlama becerisi yetersiz olan bireyler: Ölçeklerin kavramsal içeriğini anlayamayan, bu nedenle geçerli veri sağlaması mümkün olmayan katılımcılar.
- Zihinsel yetersizliği bulunan bireyler (Mental Retardasyon): SCID-5 görüşmesi ve psikometrik ölçeklerin uygulanmasını engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizlik gösteren hastalar.

3.3. Veri Toplama Gereçleri

1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu
2. SCID-5 (The Structured Clinical Interview for DSM-5)
3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)
5. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI)
6. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BHS)
7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form (BTÖ- 12)

3.3.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

Araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, yaşanılan yer, aylık gelir düzeyi, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi temel sosyodemografik değişkenleri kayıt altına alan bir formdur. Ayrıca, katılımcıların organ nakli bekleme süresi, mevcut psikiyatrik tanı öyküsü, bu tanının organ nakli sürecinden önce mi yoksa sonra mı konulduğu, alkol, madde ve sigara kullanımı gibi klinik ve yaşam tarzı değişkenleri de değerlendirme formuna dâhil edilmiştir.

3.3.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, SCID-5)

DSM-5'te yer alan psikiyatrik bozuklukların tanısının klinisyenlerce güvenilir olarak konulmasını sağlayan SCID-5, First ve arkadaşları tarafından 2015 yılında DSM-5'e dayanarak geliştirilmiş bir yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzudur. SCID-5'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2018 yılında Ömer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (143).

3.3.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ilk olarak 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş olup, depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçme aracı, 17 maddeden oluşur ve 5'li Likert tipi puanlama sistemi ile değerlendirilir (144). Maddelerin çoğu 0 ile 4 arasında puanlanırken; uykuya dalmada güçlük, gece uyanmaları, sabah erken uyanma, bazı somatik ve cinsel belirtiler, kilo kaybı ve içgörü gibi belirli maddeler 0 ile 2 arasında derecelendirilir. Ölçekte, bireyin son bir hafta içerisinde yaşadığı depresif semptomlar sorgulanır (145).

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE), 17 maddelik bu ölçeğe göre depresyon düzeylerini şu şekilde sınıflandırmıştır: 0–7 puan arası

depresyon yok, 8–13 puan arası hafif, 14–18 arası orta, 19–22 arası şiddetli ve 23 üzeri çok şiddetli depresyon. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 52 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146,147).

3.3.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, ilk olarak 1959 yılında Hamilton ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, anksiyete belirtilerinin şiddetini ve dağılımını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış yarı yapılandırılmış bir araçtır. Günümüzde anksiyete bozukluklarına yönelik yapılan klinik araştırmalarda, anksiyete düzeyini ölçmek için en yaygın kullanılan değerlendirme araçlarından biridir.

Bu ölçek, bireyin son üç gün içinde yaşadığı anksiyete belirtilerini temel alarak, 14 maddelik bir yapı ile semptomları sorgular. Her bir madde, görüşmeyi yapan kişi tarafından 0 (yok) ile 4 (çok şiddetli) arasında puanlanır ve toplam puan bireyin anksiyete düzeyini gösterir. Maddelerin bazıları, hem anksiyete hem de depresyon gibi başka psikopatolojilerde gözlenebilecek ortak belirtileri de içermektedir (148).

Matza ve arkadaşlarının sınıflamasına göre toplam puan aralıkları; 0–7 puan arası anksiyete yok ya da minimal düzeyde, 8–14 arası hafif, 15–23 arası orta düzeyde ve ≥24 puan şiddetli anksiyeteyi göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmış ve psikometrik açıdan uygun bulunmuştur (149).

3.3.5. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, bireylerin intihar düşüncelerini sistematik şekilde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir özbildirim formudur (150). Ölçek, intihar düşüncesinin farklı yönlerini değerlendiren toplam 21 madde grubundan oluşur. Her madde grubu, üç farklı cümle içerir ve bu cümleler kişinin içinde bulunduğu duruma göre 0 ile 2 arasında puanlanır. Bu doğrultuda ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 38 arasında değişir (151).

Ölçeğin ilk beş maddesi, değerlendirme günü dâhil olmak üzere son bir haftada yaşanan intihar düşüncelerini taramak amacıyla kullanılır. Özellikle 4. ve 5. maddeler, aktif ya da pasif intihar düşüncesinin varlığını belirlemek açısından önemlidir. Eğer bu iki maddeden herhangi birinde 1 ya da 2 puan verilirse, birey sonraki 14 maddeyi de yanıtlamaya yönlendirilir. Ancak her iki maddeye de 0 puan verilmişse, 6 ile 19. maddeler arasındaki sorular atlanır. Ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2014 yılında gerçekleştirilmiştir ve uygun psikometrik özellikler gösterdiği saptanmıştır (152).

3.3.6. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır. Öz bildirime dayalı ve 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Ölçekte ters puanlanmış maddeler bulunmaktadır. Ölçeğin 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. sorularında her "hayır" yanıtı için birer puan verilirken diğer sorularda ise her "evet" yanıtı için birer puan verilir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse kişinin umutsuzluk düzeyi o kadar yüksek kabul edilir (153).

Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. 0–3 arası değerler normal; 4–8 arası hafif; 9–14 arası orta ve 14 üzeri ciddi umutsuzluk düzeyi olarak değerlendirilmektedir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (133). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (154). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 bildirilmiştir. Türkçe formunun geçerlilik güvenirlilik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,86 olarak bildirilmiştir.

3.3.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- 12 (BTÖ-12), bireylerin belirsizlik karşısında verdikleri bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri değerlendirmek amacıyla Carleton, Norton ve Asmundson tarafından geliştirilmiştir (155). Türkçe'ye uyarlama çalışması Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça tarafından gerçekleştirilmiştir (156). Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı, bireyin belirsizlik içeren durumlarda kaygı düzeyinin artması, kontrol hissini yitirmesi ve bu tür durumları tehdit olarak

algılaması ile ilgilidir. Özellikle kaygı bozuklukları, depresif belirtiler ve karar verme süreçleri gibi çeşitli psikiyatrik ve psikolojik alanlarda önemli bir değişken olarak değerlendirilir (155).

BTÖ-12, toplam 12 maddeden oluşmaktadır ve her maddeye 1 (bana hiç uygun değil) ile 5 (bana tamamen uygun) arasında puan verilen beşli Likert tipi bir yapıdadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmekte olup, puan arttıkça bireyin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi de artmaktadır.

Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır: "İleriye yönelik kaygı" ve "engelleyici kaygı." İleriye yönelik kaygı, gelecekte karşılaşılması muhtemel belirsiz olaylara yönelik endişeyi yansıtırken; engelleyici kaygı, bireyin belirsizlik karşısında davranışlarını sınırlamasını ya da karar vermekte zorlanmasını ifade eder. İlk yedi madde ileriye yönelik kaygı alt boyutunu, son beş madde ise engelleyici kaygı alt boyutunu oluşturmaktadır (155).

BTÖ-12'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, ölçeğin psikometrik açıdan yeterli olduğunu göstermiştir (156). Çeşitli klinik ve toplumsal örneklemlerle yapılan çalışmalarda, ölçeğin hem iç tutarlılığı hem de yapısal geçerliği uygun bulunmuştur. Bu nedenle BTÖ-12, bireylerin belirsizlik karşısındaki duyarlılıklarını değerlendirmek üzere hem klinik pratikte hem de araştırma ortamlarında sıklıkla tercih edilen bir ölçüm aracıdır.

3.4. Etik Kurul Onayı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 29.11.2024 tarihli 8 numaralı oturumunda, "Organ Nakli Planlanan Hastalardaki Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi ile İlişkisi" başlıklı tezin, araştırma görevlisi Dr. Esma Ulya Aşık tarafından, Prof. Dr. Halil Özcan danışmanlığında yürütülmesine karar verilmiştir. Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.11.2024 tarihli, B.30,2.ATA.0,01.00 /657 sayılı yazısı ile 46 numaralı kararına istinaden etik uygunluk onayı almıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 25.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirildi.

Tanımlayıcı İstatistikler: Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri, histogram, skewness ve kurtosis değerleri ile değerlendirildi.

Gruplar Arası Karşılaştırmalar: Sürekli değişkenler için Student t testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanıldı.

Regresyon Analizleri: Psikiyatik bozukluk varlığı ile ilişkili faktörler çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi ile değerlendirildi. HAM-D, HAM-A, BHS ve BSSI puanları klinik kesim noktalarına göre kategorize edilerek ordinal lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Proportional odds (orantılı odds) varsayımı test edildi ve sağlandığı görüldü. BTÖ-12 puanları sürekli değişken olarak ele alınarak çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendi.

Korelasyon Analizleri: Ölçekler arası ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi.

Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

.

4. BULGULAR

Araştırmamıza; Ocak 2024 ile Eylül 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Organ Nakli Merkezi ve Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, organ nakli bekleme listesinde yer alan gönüllü 170 hasta dâhil edildi. Katılımcılarla yapılan klinik değerlendirme ve yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre en az bir psikiyatrik bozukluğu bulunan hastalar (n=76) ile bu bozukluklardan etkilenmemiş hastalar (n=94) olmak üzere iki grup oluşturuldu.

Çalışma sürecinde toplam 206 organ nakli adayı değerlendirildi. Değerlendirilen adaylardan 4'üne psikiyatrik gerekçelerle organ nakli onayı verilmedi ve bu hastalar çalışma kapsamı dışında tutuldu. Geriye kalan 202 hastadan 32'si dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılamaması nedeniyle çalışmaya alınmadı. Dışlama kriterleri arasında zihinsel yetersizlik (n=5), dil bariyeri (Türkçe bilmeyen hastalar, n=6), işitme ve/veya konuşma engeli (n=3) ile yaş veya bilişsel kapasiteye bağlı olarak ölçek yönergelerini anlayamama ve ölçekleri geçerli biçimde tamamlayamama (n=18) yer almaktadır. Sonuç olarak, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve tüm değerlendirme sürecini tamamlayan 170 hasta örnekleme dahil edildi.

Çalışma grubunda klinik ve sosyodemografik açıdan dikkat çeken bazı olgular yer aldı. İki hasta ikinci kez böbrek nakli başvurusu yapmıştı. Bir hasta karaciğer nakli sonrası, bir diğeri ise kanser tedavisi sonrası immünsüpresif kullanıma bağlı gelişen böbrek yetmezliği nedeniyle çalışmaya dahil edildi.

Bu çalışmanın yapıldığı hastanede 2025 yılında 10 karaciğer (6 kadavra, 4 canlı), 16 böbrek (8 kadavra 8 canlı) nakli yapilmis olup 69 karaciger nakli ve 540 böbrek nakli bekleyen hasta bulunmaktaydı. Böbrek ve karaciğer dışında başka solid organ transferi yapilmamaktaydı.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 46,52 ± 12,97 olup, yaş aralığı 19 ile 72 yıl arasında değişmekteydi. Katılımcıların 74'ü kadın (%43,5), 96'sı erkek (%56,5) idi (Tablo 1).

Medeni durum açısından 117 kişi (%68,8) evli, 37 kişi (%21,8) bekâr, 8 kişi (%4,7) boşanmış ve 8 kişi (%4,7) duldu. Katılımcıların ortalama çocuk sayısı 2,89 ± 2,27 olarak saptandı. Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde 28 kişi (%16,5) okuma-yazma bilmemekte, 69 kişi (%40,6) ilkokul, 29 kişi (%17,1) ortaokul, 24 kişi (%14,1) lise ve 20 kişi (%11,8) üniversite veya üzeri eğitim düzeyine sahipti (Tablo 1).

Çalışma durumu açısından 39 kişi (%22,9) aktif olarak çalışmakta, 111 kişi (%65,3) çalışmamakta, 20 kişi (%11,8) emekliydi. Gelir düzeyine göre 99 katılımcı (%58,2) düşük gelir grubunda, 56 katılımcı (%32,9) düşük-orta gelir grubunda, 15 katılımcı (%8,8) orta ve üstü gelir grubundaydı (Tablo 1).

Yerleşim yeri açısından 40 kişi (%23,5) Erzurum şehir merkezinde, 65 kişi (%38,2) diğer illerin şehir merkezlerinde, 39 kişi (%22,9) ilçede ve 26 kişi (%15,3) köyde ikamet etmekteydi. Buna göre katılımcıların toplam %61,8'i şehir merkezlerinde yaşamaktaydı (Tablo 1).

Organ bekleme süresi ortalaması 32,25 ± 34,95 ay olup, en kısa bekleme süresi 0 ay, en uzun bekleme süresi 120 ay olarak saptandı. Katılımcıların büyük çoğunluğu böbrek nakli bekleme listesinde yer almaktayken (161 kişi; %94,7), küçük bir kısmı ise karaciğer nakli adayıydı (9 kişi; %5,3) (Tablo 1).

Sigara kullanımı 91 katılımcıda hiç yokken (%53,5), katılımcıların 47'si sigarayı bırakmış (%27,6) ve 32'si halen günlük olarak kullanmaktaydı (%18,8). Buna göre toplam 79 kişi (%46,5) yaşamının bir döneminde sigara kullanmıştı. Alkol kullanımı açısından 139 kişi (%81,8) hiç alkol kullanmadığını, 26 kişi (%15,3) geçmişte kullandığını ancak bıraktığını, 5 kişi (%2,9) halen alkol kullanımı olduğunu bildirdi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişken	**N (%) / Ort ± SS**	**Değişken**	**N (%) / Ort ± SS**
Yaş (yıl)	46,52 ±12,97	**Çocuk sayısı**	2,89 ± 2,27
Organ bekleme süresi (ay)	32,25 ±34,95	**Bekleme süresi** (Min–Maks ay)	0–120
Cinsiyet		**Medeni durum**	
• Kadın	74 (43,5)	• Evli	117 (68,8)
• Erkek	96 (56,5)	• Bekâr	37 (21,8)
		• Boşanmış	8 (4,7)
		• Dul	8 (4,7)
Eğitim düzeyi		**Çalışma durumu**	
• Okuma-yazma bilmiyor	28 (16,5)	• Çalışıyor	39 (22,9)
• İlkokul	69 (40,6)	• Çalışmıyor	111 (65,3)
• Ortaokul	29 (17,1)	• Emekli	20 (11,8)
• Lise	24 (14,1)	**Gelir düzeyi**	
• Üniversite+	20 (11,8)	• Düşük	99 (58,2)
Yerleşim yeri		• Düşük-Orta	56 (32,9)
• Erzurum şehir merkezi	40 (23,5)	• Orta ve Üstü	15 (8,8)
• Diğer il merkezleri	65 (38,2)	**Organ türü**	
• İlçe	39 (22,9)	• Böbrek	161(94,7)
• Köy	26 (15,3)	• Karaciğer	9 (5,3)
Sigara kullanımı		**Alkol kullanımı**	
• Hiç Kullanmamış	91 (53,5)	• Hiç Kullanmamış	139 (81,8)
• Bırakmış	47 (27,6)	• Bırakmış	26 (15,3)
• Halen Kullanıyor	32 (18,8)	• Halen Kullanıyor	5 (2,9)

Not: Değerler ortalama ± standart sapma veya frekans (yüzde) olarak verilmiştir.

4.2. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Anksiyete bozukluğu, depresyon, uyum bozukluğu, uyku bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bipolar bozukluk, şizofreni ve yeme bozukluğu tanılarından en az birine sahip olan hastalar (n=76) “psikiyatrik bozukluğu olan grup”, bu bozukluklardan hiçbirine sahip olmayan hastalar (n=94) ise “psikiyatrik bozukluğu olmayan grup” olarak tanımlandı.

Tablo 2'de görüldüğü üzere, her iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu veya okuryazarlık düzeyinde eğitime sahip olduğu ve çoğunluğun herhangi bir işte çalışmadığıydı. İki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir, yerleşim yeri ve organ bekleme süresi açısından anlamlı fark saptanmadı. Gruplar arasındaki tek anlamlı fark, geçmiş psikiyatrik tanı öyküsünde görüldü; psikiyatrik bozukluğu olan grupta geçmiş psikiyatrik tanı oranı anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001).

Tablo 2. Grupların Psikiyatrik Bozukluk Durumuna Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	Psikiyatrik Bozukluk Var (n=76)	**Psikiyatrik Bozukluk Yok (n=94)**	**P**
Yaş	45.39 ± 12.45 (Min:19- Max: 66)	47.43 ± 13.37 (Min: 20- Max: 72)	0.31[a]
Cinsiyet			
Erkek	38 (%50.00)	58 (%61.70)	0.13[b]
Kadın	38 (%50.00)	36 (%38.30)	
Medeni durum			
Bekar	19 (%25.00)	18 (%19.15)	0.79[b]
Evli	51 (%67.11)	66 (%70.21)	
Boşanmış	3 (%3.95)	5 (%5.32)	
Dul	3 (%3.95)	5 (%5.32)	
Eğitim durumu			
Okuma Yazma Bilmiyor	12 (%15.79)	16 (%17.02)	0.72[b]
İlkokul	28 (%36.84)	41 (%43.62)	
Ortaokul	16 (%21.05)	13 (%13.83)	
Lise	10 (%13.16)	14 (%14.89)	
Üniversite ve ustu	10 (%13.16)	10 (%10.64)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	21 (%27.63)	18 (%19.15)	0.42[b]
Çalışmıyor	47 (%61.84)	64 (%68.09)	
Emekli	8 (%10.53)	12 (%12.77)	
Organ bekleme süresi (ay)	29.32 ± 32.32 (Min: 0 – Max:120)	34.57 ± 36.90 (Min: 0 – Max: 120)	0.32[a]

Tablo 2. (Devamı)

Organ			
Böbrek	74 (%97.37)	87 (%92.55)	0.19[c]
Karaciğer	2 (%2.63)	7 (%7.45)	
Psikiyatrik tanı öyküsü			
Var	23 (%30.26)	5 (%5.32)	**<0.001[b]**
Yok	53 (%69.74)	89 (%94.68)	
Sigara kullanımı			
Hiç kullanmadı	38 (%50.00)	53 (%56.38)	0.18[b]
Bıraktı	19 (%25.00)	28 (%29.79)	
Kullanıyor	19 (%25.00)	13 (%13.83)	
Alkol kullanımı			
Hiç kullanmadı	59 (%77.63)	80 (%85.11)	0.22[c]
Bıraktı	13 (%17.11)	13 (%13.83)	
Kullanıyor	4 (%5.26)	1 (%1.06)	

Notlar: Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir. a Student t testi, b Ki-kare testi, c Fisher'in kesin testi. İstatistiksel olarak anlamli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.3. Organ Nakli Bekleyen Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı

Bu çalışmada değerlendirilen 170 hastanın 76'sında (%44,7) en az bir psikiyatrik bozukluk saptandı. Örneklemde en sık görülen bozukluk depresyondu (n=31; %18,2). Depresif bozukluk başlığı, DSM-5'te yer alan tüm depresif bozukluk alt tiplerini (majör depresif bozukluk, başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk ve tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk) kapsamaktaydı (Tablo 3).

Depresif bozuklukları anksiyete bozuklukları (n=27; %15,9) izlemekteydi. Bunu uyku bozukluğu (n=20; %11,8) ve uyum bozukluğu (n=10; %5,9) takip etmekteydi. Daha düşük sıklıklarla obsesif-kompulsif bozukluk (n=7; %4,1), travma sonrası stres bozukluğu (n=3; %1,8), yeme bozuklukları (n=2; %1,2), bipolar bozukluk (n=1; %0,6) ve psikotik bozukluk/şizofreni (n=1; %0,6) görüldü (Tablo 3).

Depresif bozukluk tanısı konan 31 hastanın DSM-5 alt tanılara göre dağılımı değerlendirildiğinde, hastaların büyük çoğunluğu (n=22, %71) majör depresif bozukluk tanısı alırken, bir kısmında genel tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk (n=6,

%19) ve başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk (n=3, %10) saptandı. Dört hastada aktif intihar düşünceleri tespit edildi.

Depresif bozukluk tanısı konan 31 hastanın önemli bir bölümünde ek psikiyatrik bozukluklar da saptandı. Bu hastaların 6'sına anksiyete bozukluğu, 7'sine uyku bozuklukları, 2'sine travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), 2'sine obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), 1'ine yeme bozukluğu eşlik ettiği belirlendi. Ayrıca bir hastada anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluğu ek olarak bulunmaktaydı. Depresif bozukluklu hastaların 12'sinde ek psikiyatrik bozukluk tespit edilmedi.

Anksiyete bozukluğu tanısı konan 27 hastada en sık yaygın anksiyete bozukluğu (n=15, %56) görülürken, bunu panik bozukluk (n=5, %19), spesifik fobi (n=4, %15) ve sosyal anksiyete bozukluğu (n=3, %11) izledi.

Toplam 27 hastanın 17'sinde ek psikiyatrik bozukluk tespit edilmedi, 10 hastada ise en az bir ek psikiyatrik bozukluk saptandı. Komorbid tanıların dağılımına bakıldığında, altı hastada depresif bozukluk, bir hastada uyku bozukluğu, bir hastada travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve bir hastada obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) bulunduğu görüldü. Ayrıca bir hastada ek olarak depresif bozukluk ve uyku bozukluğu saptandı.

Uyku bozukluğu tanısı konan 20 hastanın DSM-5 alt tanılara göre dağılımı şu şekildeydi: 9'u (%45) sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozukluğu (gecikmiş faz tipi), 6'sı (%30) huzursuz bacaklar sendromu (HBS) ve 5'i (%25) primer insomnia tanısı aldı. Çalışmamızda uykuya ilişkin yakınmalar yaygın olmakla birlikte; DSM-5 tanı kriterlerini karşılayan uyku bozukluğu yalnızca 20 hastada (%11,8) saptandı. Bu hastaların yedisinde depresif bozukluk, birinde anksiyete bozukluğu, bir hastada hem anksiyete bozukluğu hem depresif bozukluk ve birinde uyum bozukluğu eşlik etmekteydi. 10 hastada (%50) ise başka bir ruhsal bozukluk olmaksızın izole uyku bozukluğu tanısı konuldu. HBS saptanan olguların yarısında eşzamanlı sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozukluğu (gecikmiş faz tipi) tespit edildi.

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) saptanan üç hastanın (%1,8) hiçbirinde travmatik olay organ nakli süreci veya tıbbi komplikasyonlarla ilişkili

değildi; bu hastaların tamamında TSSB tanısı organ nakli sürecinden bağımsız yaşam olaylarına (aile içi şiddet, trafik kazası vb.) sekonder olarak gelişmişti.

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve ilişkili bozukluklar tanısı konan 7 hastanın (%4,1) altısında OKB, birinde trikotillomani saptandı. OKB'li hastaların üçünde bulaş obsesyonları, ikisinde ilaç kullanımıyla ilişkili şüphe obsesyonları ve kontrol davranışları, birinde dini içerikli obsesyonlar tespit edildi.

Uyum bozukluğu tanısı konan 10 hasta (%5,9), organ nakli tanısını yeni almış veya bekleme listesine yeni eklenmiş bireylerden oluşmaktaydı. Bu hastaların tamamında belirtiler, stresörün (organ nakli başvurusu/tanı alma) başlamasından sonraki ilk üç ay içinde ortaya çıkmıştı.

Yeme bozukluğu tanısı konan iki hastanın (%1,2) biri kaçıngan kısıtlı yeme bozukluğu tanısı mevcuttu ve majör depresif bozukluk ile eş tanı göstermekteydi, diğer olgu DSM-5 sınıflandırmasına göre Diğer Belirlenmiş Yeme Bozukluğu (OSFED) kapsamında değerlendirildi.

Bipolar bozukluk (n=1, %0,6) ve psikotik bozukluk (n=1, %0,6) tanısı alan iki hasta, her ikisi de remisyonda olup düzenli psikiyatrik tedavi ve takip almaktaydı. Bu hastaların organ nakli öncesi psikiyatrik stabilitesi, içgörü düzeyi ve ilaç uyumu değerlendirilmiş ve nakil için uygun bulundu (Tablo 3).

Cinsel işlev bozuklukları hakkında yapılandırılmış ölçekler ve klinik görüşmelerde hastaların bu konuda bilgi vermek istememeleri nedeniyle veri toplanamadı.

Tablo 3'te güven aralıkları, standart hatalar ve bağlamsal karşılaştırma amacıyla literatürde bildirilen global yaygınlıklar birlikte verildi. Dünya prevalansları, yalnızca literatürdeki genel psikiyatrik hastalık yükünü gösteren referans değerlerdir; bu çalışma kapsamında bu oranlarla doğrudan istatistiksel bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Tablo 3. Organ nakli bekleyen hastalarda (N=170) psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve psikiyatrik bozuklukların genel nüfus prevalansı

	Örneklemdeki Olgu sayısı ve Yüzdesi	Örneklemin 95% Güven Aralığı	Örneklemde Standart Hata	Dünya Prevelansı
En az bir psikiyatrik Bozukluk	76 (%44,7)	0.37 – 0.53	0.04	%12
Anksiyete Bozuklukları	27 (%15,9)	0.11 – 0.22	0.03	%4-5
Depresif Bozukluklar	31 (%18,2)	0.13 – 0.25	0.03	%4
Uyum Bozukluğu	10 (%5,9)	0.03 – 0.11	0.02	–
Uyku Bozuklukları	20 (%11,8)	0.07 – 0.18	0.02	–
Bipolar Bozukluk	1 (%0,6)	0.00 – 0.03	0.01	%0.5-1.5
Psikotik Bozukluk	1 (%0,6)	0.00 – 0.03	0.01	%0.3-0.7
OKB ve ilişkili bozukluklar	7 (%4,1)	0.01 – 0.08	0.01	%3-4
TSSB	3 (%1,8)	0.01 – 0.06	0.01	%3-4
Yeme Bozuklukları	2 (%1,2)	0.00 – 0.04	0.01	%1-3

Not: Çalışma örneklemine ait oranlar n (%) olarak verilmiş, %95 güven aralıkları oransal veriler için kullanılan standart formülle (p(1−p)/n) hesaplanmıştır. Dünya oranları Global Burden of Disease (GBD) 2019 raporlarından alınmıştır (157,158).

4.4. Psikiyatrik Bozuklukları Olan Hastalarda Tedavi Durumu

Hastaların 31'ine (%40,8) yeni tanı konulmuş ve bu tanılar doğrultusunda tedavi başlandığı görüldü. Beş hastanın (%6,6) daha önce mevcut tanı ve tedavisinin olduğu, ancak kısmi remisyon nedeniyle tedavisinin düzenlendiği saptandı. Dokuz hastanın (%11,8) daha önce kullandığı tedaviden fayda gördüğü ve bu nedenle mevcut tedavisinin aynı şekilde devam ettirildiği belirlendi. Buna karşılık, 18 hastanın (%23,7) yeni tanı almasına rağmen tarafımızca tedavi önerilmesine karşın tedaviyi reddettiği gözlendi.

On üç hastada (%17,1) ise klinik olarak farmakolojik müdahale gerektirmeyen durumlar (özellikle hafif düzeyde uyum bozukluğu gibi) nedeniyle tedavi başlanmamış olup bu hastalarda psiko-eğitim ve izlem ile takip planlandığı belirlendi.

Toplamda 76 hastanın %59,2'si aktif tedavi sürecine (yeni başlanan + düzenlenen + devam edilen) dâhil olurken, %23,7'si tedaviyi reddetmiş, %17,1'inde ise tedavi klinik gerekçelerle hiç başlanmadığı tespit edildi.

4.5. Organ Nakli Adaylarında Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkili Faktörler

Organ nakli adaylarında psikiyatrik bozukluk varlığını belirleyen sosyodemografik ve klinik etmenler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelendi.

Analizde cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, organ türü, organ bekleme süresi, sigara ve alkol kullanımı modele dâhil edildi.

Analiz sonucunda kadın cinsiyetin, psikiyatrik bozukluk varlığı açısından anlamlı bir risk faktörü olduğu saptandı (OR=3.04; %95 GA: 1.26–7.33; p=0.014). Buna göre kadınlarda psikiyatrik bozukluk görülme olasılığı erkeklere kıyasla yaklaşık üç kat daha yüksekti (Tablo 4).Ayrıca çalışmama durumu, psikiyatrik bozukluk varlığı ile negatif yönde ilişkili bulundu (OR=0.43; %95 GA: 0.16–0.99; p=0.048).

Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, organ türü (böbrek/karaciğer), organ bekleme süresi, sigara ve alkol kullanımı ile psikiyatrik bozukluk varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4. Organ nakli adaylarında psikiyatrik bozukluk varlığı ile bağımsız olarak ilişkili faktörlerin çoklu lojistik regresyon ile analizi

Değişken	**β katsayisi**	**Standart Hata**	**P**	**Exp (β) (OR)**	**Exp β %95 GA**
Cinsiyet (Kadın)	1.111	(0.448)	**0.014**	3.04	1.26 – 7.33
Organ (Karaciğer)	-1.019	(0.899)	0.26	0.36	0.06 – 2.13
Yaş	-0.001	(0.020)	0.96	1.00	0.96 – 1.04
Medeni durum (Evli)	0.340	(0.452)	0.45	1.41	0.58 – 3.42
Çocuk sayısı	-0.188	(0.116)	0.12	0.83	0.66 – 1.05
Eğitim: İlkokul	-0.278	(0.505)	0.59	0.76	0.28 – 2.07
Eğitim: Ortaokul	0.133	(0.687)	0.85	1.14	0.30 – 4.32
Eğitim: Lise	-0.490	(0.720)	0.50	0.61	0.14 – 2.55
Eğitim: Üniversite ve üzeri	-0.312	(0.819)	0.70	0.73	0.15 – 3.54
Çalışma durumu (Çalışmıyor)	-0.842	(0.506)	**0.048**	0.43	0.16 – 0.99
Çalışma durumu (Emekli)	-0.723	(0.678)	0.30	0.49	0.13 – 1.89
Gelir (Düşük-Orta)	-0.381	(0.466)	0.40	0.68	0.27 – 1.69
Gelir (Orta ve üstü)	-0.192	(0.543)	0.72	0.83	0.29 – 2.37
Organ bekleme süresi (ay)	-0.041	(0.061)	0.50	0.96	0.85 – 1.09
Sigara kullanımı	0.665	(0.431)	0.12	1.95	0.83 – 4.55
Alkol kullanımı	0.744	(0.502)	0.14	2.10	0.78 – 5.63

Not: Bağımlı değişken psikiyatrik bozukluk varlığıdır (var/yok). Analiz çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi ile yapılmıştır. Referans kategoriler: erkek, böbrek nakli, bekâr, okuma-yazma bilmeyen, çalışan, düşük gelir grubu, sigara ve alkol kullanmayanlar. OR: odds ratio; GA: güven aralığı. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.6. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Analiz Modeli

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ortalaması 11,51±9,91 olup, örneklemin genelinde hafif düzeyde depresif belirtilerin bulunduğunu göstermekteydi.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ortalaması 10,49±9,00 olup, genel olarak hafif düzeyde anksiyete varlığına işaret etmekteydi.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BHS) ortalaması 3,78±3,87 olup, hafif umutsuzluk düzeyine karşılık gelmekteydi. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI) ortalaması 1,17±2,09 olup dağılımın aşırı sağa çarpık olduğu (skewness=3,20) görüldü.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu (BTÖ-12) ortalaması 30,94±12,95 olup, ölçeğin orta düzeyine karşılık gelmekteydi. (Bkz. Tablo 5)

Tablo 5. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri

n=170	Ortalama±Standart sapma	Min–Max	Skewness
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	11.51 ± 9.91	1 – 49	1.39
Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)	10.49 ± 9.00	0 – 52	1.32
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI)	1.17 ± 2.09	0 – 13	3.20
Beck Umutsuzluk Ölçeği (BHS)	3.78 ± 3.87	0 – 18	1.50
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form (BTÖ-12)	30.94 ± 12.95	12 – 60	0.36

4.7. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizi

Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre tüm ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar saptandı ($p<0.001$).

Tüm ölçekler arasında pozitif ve anlamlı korelasyonlar saptandı ($p<0.001$). En güçlü korelasyon HAM-D ile HAM-A arasındaydı (r=0,85). HAM-D, BHS (r=0,67), BTÖ-12 (r=0,65) ve BSSI (r=0,59) ile de güçlü korelasyonlar gösterdi (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçekler Arası Spearman Korelasyon Katsayıları

n=170	HAM-D	HAM-A	BSSI	BHS	BTÖ-12
HAM-D	1.0000				
HAM-A	0.8499	1.0000			
BSSI	0.5888	0.5561	1.0000		
BHS	0.6689	0.5817	0.5686	1.0000	
BTÖ-12	0.6477	0.5897	0.5047	0.4986	1.0000

Not: *Spearman korelasyon analizi uygulandı. Tüm korelasyonların istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi p<0,001 olarak bulundu. r > 0.80: Çok güçlü = 0.60-0.80: Güçlü= 0.40-0.60: Orta; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği; BHS: Beck Umutsuzluk Ölçeği; BSSI: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği; BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12*

4.8. Psikiyatrik Bozuklukların ve Sosyodemografik Değişkenlerin Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisi

Tablolar 7-11, psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan hastaların psikolojik ölçek puanlarındaki farklılıklarını çok değişkenli modeller üzerinden göstermektedir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BHS) ve Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI) puanlarının dağılımları sağa çarpık (pozitif skewness) özellik gösterdiğinden söz konusu değişkenler için sıralı lojistik regresyon (ordinal logistic regression) modeli tercih edildi. Buna karşılık, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu (BTÖ-12) normal dağılıma yakın bir yapı sergilediğinden, bu değişkenin analizinde doğrusal regresyon (linear regression) yöntemi kullanıldı.

Analizlerde psikiyatrik bozukluk tanıları için herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan hastalar referans grup olarak kabul edildi. Her modelde, ilgili ölçek bağımlı değişken olarak ele alındı ve psikiyatrik tanı alt türlerinin etkisini, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre düzeltilmiş odds oranları (OR) veya beta katsayıları (β) ile ortaya koyuldu.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanları kategorik değişkene dönüştürülerek (0-7: Normal, 8-13: Hafif, 14-18: Orta, 19-22: Şiddetli, ≥23: Çok şiddetli) sıralı lojistik regresyon analizi uygulandı. Analiz sonuçları Tablo 7'de sunulmuştur.

Tanı grupları incelendiğinde, depresif bozuklukları olan hastalarda HAM-D kategorisinin daha yüksek olma olasılığı tanı olmayanlara göre 86,42 kat daha fazla bulundu (OR=86,42, %95 GA: 23,54-317,26, p<0,001). Benzer şekilde, uyku bozuklukları olanlar 19,79 kat (OR=19,79, %95 GA: 6,17-63,47, p<0,001), anksiyete bozuklukları olanlar 15,67 kat (OR=15,67, %95 GA: 4,76-51,56, p<0,001) ve uyum bozukluğu tanısı olanlar 6,70 kat (OR=6,70, %95 GA: 1,62-27,73, p=0,009) daha yüksek depresyon kategorisinde yer alma riskine sahipti.

Çalışmayan hastalar çalışanlara göre daha düşük depresyon kategorisinde bulunma eğilimindeydi (OR=0,20, %95 GA: 0,06-0,64, p=0,006). Emekli hastalar da benzer şekilde daha düşük kategorilerde yer alma olasılığına sahipti (OR=0,19, %95 GA: 0,04-0,87, p=0,033). Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yerleşim yeri değişkenlerinin HAM-D kategorisi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmadı (Tablo 7).

Klinik özellikler değerlendirildiğinde, sigara kullanan hastaların kullanmayanlara göre daha yüksek depresyon kategorisinde yer alma olasılığı 4,09 kat daha fazla bulundu (OR=4,09, %95 GA: 1,68-9,96, p=0,002). Organ bekleme süresi, alkol kullanımı ve organ türünün (karaciğer) HAM-D kategorisi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanmadı (Tablo 7).

Tablo 7. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin HAM-D puanı ile ilişkisi

Değişken	OR	Standart Hata	P	%95 GA
Tanı Grupları				
Anksiyete bozuklukları	15,67	9,55	<0,001	4,76-51,56
Depresif bozukluklar	86,42	57,07	<0,001	23,54-317,26
Uyum bozukluğu	6,70	4,86	0,009	1,62-27,73
Uyku bozuklukları	19,79	11,75	<0,001	6,17-63,47
Sosyodemografik Özellikler				
Cinsiyet (Kadın)	2,08	1,00	0,127	0,81-5,31
Yaş	0,98	0,02	0,360	0,93-1,03
Medeni durum (Evli)	0,54	0,27	0,222	0,20-1,45
Çocuk sayısı	1,20	0,16	0,169	0,93-1,54

Tablo 7. (Devamı)

Eğitim Durumu				
İlkokul	0,88	0,51	0,826	0,28-2,73
Ortaokul	1,48	1,14	0,613	0,32-6,70
Lise	1,99	1,62	0,397	0,40-9,85
Üniversite ve üstü	0,53	0,50	0,502	0,08-3,40
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	0,20	0,12	**0,006**	0,06-0,64
Emekli	0,19	0,15	**0,033**	0,04-0,87
Gelir Düzeyi				
Düşük-Orta	1,30	0,62	0,584	0,51-3,34
Orta ve üstü	0,50	0,32	0,282	0,14-1,76
Yerleşim Yeri				
Kasaba	0,65	0,34	0,412	0,23-1,82
Köy	0,49	0,36	0,340	0,11-2,11
İlçe	0,89	0,43	0,814	0,35-2,30
Klinik Özellikler				
Organ bekleme süresi (ay)	0,88	0,07	0,093	0,75-1,02
Sigara kullanımı	4,09	1,86	**0,002**	1,68-9,96
Alkol kullanımı	0,97	0,50	0,960	0,35-2,68
Organ türü (Karaciğer)	4,25	3,37	0,068	0,90-20,08

Not: OR: Odds Ratio (Olasılık Oranı), GA: Güven Aralığı. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanları kategorik değişkene dönüştürülerek sıralı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (0-7: Normal, 8-13: Hafif, 14-18: Orta, 19-22: Şiddetli, ≥23: Çok şiddetli). Referans kategoriler: Cinsiyet (Erkek), Medeni durum (Bekar), Eğitim (Okur-yazar değil), Çalışma durumu (Çalışıyor), Gelir (Düşük), Yerleşim (Şehir), Organ türü (Böbrek). İstatistiksel olarak anlamlı değerler kalın ile gösterilmiştir (p<0,05).

Tablo 8'de Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ham puanları kategorik değişkene dönüştürülerek (0-17: Hafif, 18-24: Hafif-orta, 25-30: Orta-şiddetli) sıralı lojistik regresyon analizi uygulandı.

Tanı grupları incelendiğinde, depresif bozuklukları olan hastalarda HAM-A ham puanının daha yüksek kategoride olma olasılığı tanı olmayanlara göre 127,79 kat daha fazla bulundu (OR=127,79, %95 GA: 19,96-818,62, p<0,001). Uyku bozuklukları olan hastalar 49,42 kat (OR=49,42, %95 GA: 9,41-259,67, p<0,001) ve anksiyete bozuklukları olan hastalar 36,51 kat (OR=36,51, %95 GA: 5,26-253,49, p<0,001) daha yüksek anksiyete kategorisinde yer alma riskine sahipti. Uyum bozukluğu tanısının HAM-A ham puanı kategorisi ile anlamlı ilişkisi saptanmadı (OR=6,39, %95 GA: 0,43-95,81, p=0,179) (Tablo 8).

Sosyodemografik değişkenler arasında medeni durum ve çalışma durumunun HAM-A ham puanı kategorisi ile anlamlı ilişkisi bulundu. Evli olan hastalar bekarlara göre daha düşük anksiyete kategorisinde bulunma eğilimindeydi (OR=0,21, %95 GA: 0,05-0,92, p=0,038). Çalışmayan hastalar çalışanlara göre belirgin şekilde daha düşük anksiyete kategorisinde yer alma olasılığına sahipti (OR=0,15, %95 GA: 0,03-0,76, p=0,022). Emekli hastalarda da benzer bir eğilim gözlense de bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (OR=0,11, %95 GA: 0,01-1,18, p=0,068). Cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi değişkenlerinin HAM-A ham puanı kategorisi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmadı (Tablo 8).

Klinik özellikler değerlendirildiğinde, karaciğer nakli bekleyen hastaların böbrek nakli bekleyenlere göre daha yüksek anksiyete kategorisinde yer alma olasılığı 11,01 kat daha fazla bulundu (OR=11,01, %95 GA: 1,34-90,59, p=0,026). Organ bekleme süresi, sigara kullanımı ve alkol kullanımının HAM-A ham puanı kategorisi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin HAM-A puanı ile ilişkisi

Değişken	OR	Standart Hata	P	%95 GA
Tanı Grupları				
Anksiyete bozuklukları	36,51	36,08	<0,001	5,26-253,49
Depresif bozukluklar	127,79	121,07	<0,001	19,96-818,62
Uyum bozukluğu	6,39	8,82	0,179	0,43-95,81
Uyku bozuklukları	49,42	41,82	<0,001	9,41-259,67
Sosyodemografik Özellikler				
Cinsiyet (Kadın)	1,57	1,07	0,508	0,41-6,01
Yaş	0,96	0,04	0,252	0,89-1,03
Medeni durum (Evli)	0,21	0,16	**0,038**	0,05-0,92
Çocuk sayısı	1,18	0,22	0,380	0,82-1,69
Eğitim Durumu				
İlkokul	1,59	1,29	0,564	0,33-7,76
Ortaokul	0,69	0,72	0,718	0,09-5,28
Lise	0,54	0,66	0,615	0,05-5,84
Üniversite ve üstü	0,33	0,46	0,427	0,02-5,14
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	0,15	0,12	**0,022**	0,03-0,76
Emekli	0,11	0,13	0,068	0,01-1,18

Tablo 8. (Devamı)

Gelir Düzeyi				
Düşük-Orta	1,88	1,32	0,370	0,47-7,42
Orta ve Üstü	0,24	0,24	0,145	0,03-1,63
Klinik Özellikler				
Organ bekleme süresi (ay)	0,95	0,10	0,607	0,77-1,16
Sigara kullanımı	1,52	0,94	0,497	0,45-5,09
Alkol kullanımı	1,14	0,83	0,855	0,27-4,73
Organ türü (Karaciğer)	11,01	11,85	**0,026**	1,34-90,59

Not: Tüm OR değerleri çok değişkenli modele göre düzeltilmiş odds oranlarını temsil etmektedir. OR: Odds Ratio (Olasılık Oranı), GA: Güven Aralığı. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ham puanları kategorik değişkene dönüştürülerek sıralı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (0-17: Hafif, 18-24: Hafif-orta, 25-30: Orta-şiddetli). Referans kategoriler: Cinsiyet (Erkek), Medeni durum (Bekar), Eğitim (Okur-yazar değil), Çalışma durumu (Çalışıyor), Gelir (Düşük), Organ türü (Böbrek). İstatistiksel olarak anlamlı değerler kalın ile gösterilmiştir (p<0,05).

Tablo 9'da Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları kategorik değişkene dönüştürülerek (0-3: Minimal/yok, 4-8: Hafif, 9-14: Orta, ≥15: Şiddetli) sıralı lojistik regresyon analizi uygulandı.

Tanı grupları incelendiğinde, depresif bozuklukları olan hastalarda umutsuzluk düzeyinin daha yüksek kategoride olma olasılığı tanı olmayanlara göre 26,52 kat daha fazla bulundu (OR=26,52, %95 GA: 7,49-93,97, p<0,001). Uyku bozuklukları olan hastalar 15,03 kat (OR=15,03, %95 GA: 4,21-53,67, p<0,001) ve uyum bozukluğu tanısı olan hastalar 13,71 kat (OR=13,71, %95 GA: 2,64-71,29, p=0,002) daha yüksek umutsuzluk kategorisinde yer alma riskine sahipti. Anksiyete bozuklukları olanların umutsuzluk düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanmadı (Tablo 9).

Sosyodemografik değişkenler arasında yaş ve çocuk sayısının umutsuzluk düzeyi ile anlamlı ilişkisi bulundu. Yaş arttıkça daha düşük umutsuzluk kategorisinde bulunma eğilimi gözlendi (OR=0,94, %95 GA: 0,89-0,99, p=0,031). Çocuk sayısı arttıkça daha yüksek umutsuzluk kategorisinde yer alma olasılığı arttı (OR=1,31, %95 GA: 1,00-1,71, p=0,049). Kadın cinsiyette anlamlılığa yakın bir eğilim görülse de istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (OR=2,74, %95 GA: 0,93-8,13, p=0,069). Medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinin umutsuzluk düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmadı.

Klinik özellikler değerlendirildiğinde, organ bekleme süresi, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve organ türünün (karaciğer) umutsuzluk düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin BHS (Umutsuzluk) puanı ile ilişkisi

Değişken	OR	Standart Hata	P	%95 GA
Tanı Grupları				
Anksiyete bozuklukları	2,50	1,74	0,187	0,64-9,81
Depresif bozukluklar	26,52	17,14	<0,001	7,49-93,97
Uyum bozukluğu	13,71	11,53	**0,002**	2,64-71,29
Uyku bozuklukları	15,03	9,76	<0,001	4,21-53,67
Sosyodemografik Özellikler				
Cinsiyet (Kadın)	2,74	1,52	0,069	0,93-8,13
Yaş	0,94	0,03	**0,031**	0,89-0,99
Medeni durum (Evli)	0,52	0,29	0,238	0,18-1,54
Çocuk sayısı	1,31	0,18	**0,049**	1,00-1,71
Eğitim Durumu				
İlkokul	1,72	1,22	0,446	0,43-6,95
Ortaokul	3,05	2,76	0,218	0,52-17,99
Lise	0,22	0,26	0,201	0,02-2,24
Üniversite ve üstü	0,46	0,55	0,515	0,04-4,76
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	0,44	0,27	0,184	0,13-1,48
Emekli	1,03	0,78	0,966	0,23-4,55
Gelir Düzeyi				
Düşük-Orta	1,55	0,86	0,430	0,52-4,61
Orta ve üstü	1,37	0,91	0,631	0,38-5,03
Klinik Özellikler				
Organ bekleme süresi (ay)	0,94	0,08	0,518	0,79-1,13
Sigara kullanımı	1,80	0,93	0,254	0,66-4,93
Alkol kullanımı	1,75	1,03	0,342	0,55-5,58
Organ türü (Karaciğer)	4,57	4,34	0,109	0,71-29,98

Not: OR: Odds Ratio (Olasılık Oranı), GA: Güven Aralığı. Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları kategorik değişkene dönüştürülerek sıralı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (0-3: Minimal/yok, 4-8: Hafif, 9-14: Orta, ≥15: Şiddetli). Referans kategoriler: Cinsiyet (Erkek), Medeni durum (Bekar), Eğitim (Okur-yazar değil), Çalışma durumu (Çalışıyor), Gelir (Düşük), Organ türü (Böbrek). İstatistiksel olarak anlamlı değerler kalın ile gösterilmiştir (p<0,05).

Tablo 10'da Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI) sıralı değişken olarak analiz edildi. Psikiyatrik tanılar arasında depresif bozuklukların varlığının intihar düşüncesi riskini en güçlü biçimde artırdığı saptandı (OR=19.00, %95 GA: 5.22-69.25, p<0.001). Uyum bozukluğu olan hastalarda intihar düşüncesi riskinin yaklaşık 18 kat arttığı tespit edildi (OR=17.96, %95 GA: 3.47-92.99, p=0.001). Benzer şekilde uyku bozuklukları olan hastalarda da intihar düşüncesi riski anlamlı düzeyde yüksek bulundu (OR=12.67, %95 GA: 3.51-45.74, p<0.001). Anksiyete bozuklukları tanısı ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 10).

Sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında yalnızca alkol kullanımı intihar düşüncesi ile anlamlı ilişki gösterdi (OR=3.15, %95 GA: 1.05-9.41, p=0.040). Alkol kullanan hastalarda intihar düşüncesi riskinin yaklaşık 3 kat arttığı bulundu. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, organ bekleme süresi, sigara kullanımı ve organ türü ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 10. Psikiyatrik tanı alt türlerinin ve sosyodemografik özelliklerin BSSI (İntihar düşüncesi) puanı ile ilişkisi

Degisken	**OR**	**Standart Hata**	**P**	**95% GA**
Anksiyete bozuklukları	2.06	1.36	0.272	0.57,7.48
Depresif bozukluklar	19.00	12.54	**<0.001**	5.22,69.25
Uyum bozukluğu	17.96	15.07	**0.001**	3.47,92.99
Uyku bozuklukları	12.67	8.30	**<0.001**	3.51,45.74
Kontrol Degiskenleri	**OR**	**Standart Hata**	**P**	**95% GA**
Cinsiyet: Kadın	1.38	0.70	0.522	0.51,3.74
Yaş	0.96	0.02	0.077	0.91,1.00
Medeni durum: Evli	0.78	0.41	0.638	0.28,2.18
Çocuk sayısı	1.17	0.15	0.240	0.90,1.51
Eğitim: İlkokul	1.82	1.11	0.323	0.55,6.00
Eğitim: Ortaokul	1.20	0.97	0.817	0.25,5.86
Eğitim: Lise	2.52	2.05	0.258	0.51,12.45
Eğitim: Üniversite+	1.24	1.22	0.827	0.18,8.55

Tablo 10. (Devamı)

Çalışmıyor	0.48	0.28	0.202	0.16,1.48
Emekli	0.53	0.41	0.408	0.12,2.39
Gelir: Düşük-Orta	0.76	0.41	0.614	0.27,2.18
Gelir: Orta ve üstü	0.57	0.36	0.377	0.17,1.97
Organ bekleme süresi	1.03	0.07	0.693	0.89,1.18
Sigara kullanıyor	1.11	0.54	0.834	0.43,2.89
Alkol kullanıyor	3.15	1.76	**0.040**	1.05,9.41
Organ türü: Karaciğer	2.38	1.85	0.266	0.52,10.94

Not: *BSSI: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği; OR: Odds Ratio (Olasılıklar Oranı); GA: Güven Aralığı. Bağımlı değişken BSSI kategorileri (0=yok, 1-5=hafif, ≥6=klinik anlamlı) şeklinde sıralı değişken olarak analiz edilmiştir. Sıralı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Referans kategoriler: Cinsiyet (Erkek), Medeni durum (Bekâr/Boşanmış/Dul), Eğitim (Okur-yazar değil), Çalışma durumu (Çalışıyor), Gelir (Düşük), Sigara (Kullanmıyor), Alkol (Kullanmıyor), Organ türü (Böbrek). Kalın değerler istatistiksel olarak anlamlı sonuçları göstermektedir (p<0.05).*

Psikiyatrik tanıların tamamı BTÖ-12 puanlarında anlamlı artışla ilişkili bulundu: anksiyete bozuklukları (β=18.63; p<0.001), depresif bozukluklar (β=17.20; p<0.001), uyum bozukluğu (β=15.23; p<0.001) ve uyku bozuklukları (β=12.26; p<0.001). Kontrol değişkenleri arasında evli olmanın (β=–4.74; p=0.028) ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmanın (β=–8.98; p=0.027) belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını anlamlı şekilde azalttığı görüldü. Buna karşılık düşük-orta (β=5.23; p=0.018) ve orta ve üstü gelir düzeyi (β=6.77; p=0.009), düşük gelir grubuna kıyasla BTÖ-12 puanlarında anlamlı artışla ilişkiliydi. Diğer sosyodemografik ve klinik değişkenlerin BTÖ-12 puanlarıyla anlamlı bir ilişkisi saptanmadı. Modelin açıklayıcılığı R^2=0.478'ydi (Tablo 11).

Tablo 11. Doğrusal Regresyon analizi ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin Psikiyatrik Bozukluklar ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

Değişken	**β katsayısı**	**Standart Hata**	**t**	**P**	**95% GA**
Anksiyete bozuklukları	18.63	2.87	6.50	**<0.001**	12.96 - 24.30
Depresif bozukluklar	17.20	2.67	6.45	**<0.001**	11.92 - 22.47
Uyum bozukluğu	15.23	3.64	4.18	**<0.001**	8.03 - 22.43
Uyku bozuklukları	12.26	2.60	4.71	**<0.001**	7.12 - 17.41
Kontrol Değişkenleri	**β katsayısı**	**Standart Hata**	**t**	**P**	**95% GA**
Cinsiyet: Kadın	–1.75	2.06	–0.85	0.398	–5.82 - 2.33
Yaş	–0.08	0.10	–0.78	0.436	–0.27 - 0.12
Medeni durum: Evli	–4.74	2.14	–2.22	**0.028**	–8.96 - –0.51
Çocuk sayısı	0.05	0.53	0.10	0.921	–0.99 - 1.10
Eğitim: İlkokul	–0.36	2.45	–0.15	0.884	–5.21 - 4.49
Eğitim: Ortaokul	–4.43	3.31	–1.34	0.183	–10.97 - 2.12
Eğitim: Lise	–1.58	3.39	–0.47	0.641	–8.28 - 5.12
Eğitim: Üniversite+	–8.98	4.02	–2.24	**0.027**	–16.92 - –1.04
Çalışmıyor	3.82	2.39	1.60	0.111	–0.89 - 8.54
Emekli	1.98	3.16	0.63	0.531	–4.27 - 8.23
Gelir: Düşük-Orta	5.23	2.19	2.39	**0.018**	0.91 - 9.56
Gelir:Orta ve üstü	6.77	2.54	2.67	**0.009**	1.75 - 11.80
Organ bekleme süresi	–0.13	0.29	–0.44	0.659	–0.71 - 0.45
Sigara kullanıyor	1.64	1.98	0.83	0.407	–2.27 - 5.56
Alkol kullanıyor	1.97	2.38	0.83	0.409	–2.73 - 6.66
Organ türü: Karaciğer	–0.97	3.62	–0.27	0.788	–8.13 - 6.19

Not: Model doğrusal regresyon ile kurulmuştur. Tanısız grup referans kategorisidir. GA: %95 güven aralıklarını göstermektedir. . p<0,05, anlamlı kabul edilmiştir. Referans kategorileri: psikiyatrik bozukluklar için sağlıklılar, organ için Böbrek, medeni durum için Bekâr, eğitim durumu için okuma-yazma bilmeyenler, çalışma durumu için çalışanlar, gelir grubu için düşük gelirliler, sigara ve alkol kullanımı için kullanmayanlardır. R^2*= 0.478.*

5. TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmamıza Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Merkezi ve Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, organ nakli bekleme listesinde yer alan toplam 170 gönüllü hasta (9'u karaciğer, 161'i böbrek nakli alıcı adayı) dahil edilmiştir. Katılımcıların %56,5'u erkek, %43,5'u kadındı. Bu oran, böbrek nakli bekleme listelerinde erkeklerin daha yüksek oranda yer aldığını bildiren literatürle uyumludur; erkek cinsiyetin kronik böbrek yetmezliği prevalansında ve nakil başvurularında baskın olduğu bir çalışmada benzer şekilde gösterilmiştir (159).

Ülkemizin Sağlık Bakanlığı Klinik Destek Sistemleri (KDS) verilerine göre 2025 yılı itibarıyla Türkiye'de en sık gerçekleştirilen solid organ nakli böbrek naklidir. KDS "nakil bekleyen hastalar" panelinde, böbrek nakli bekleyen hasta sayısı 2025 yılı boyunca 13.000–14.000 bandında seyretmiş, Temmuz 2025'te 13.300 aktif hasta kaydı bildirilmiştir. Aynı dönemde karaciğer nakli bekleyen hasta sayısı Ağustos ayında 708, Eylül ayında 692 kişi olarak kaydedilmiştir. Bekleme listelerindeki bu farklılık, karaciğer naklinde canlı vericili işlemlerin yaygın olması ve yüksek mortalite nedeniyle bekleme listesinin kısa süreli dalgalanmalar göstermesiyle ilişkili olabilir. Bu ulusal dağılımla paralel olarak, bizim örneklemimizde de böbrek nakli adayı hastalar büyük çoğunluğu (%94,7) oluşturmaktadır, karaciğer nakli adayları ise daha sınırlı bir gruptur (%5,3) (160).

Yapılan nakil sayıları incelendiğinde, 2025 yılı Ocak–Ekim döneminde Türkiye'de 2.695 böbrek nakli, 1.415 karaciğer nakli, 41 kalp nakli ve 17 akciğer nakli gerçekleştirilmiştir (KDS, erişim: 17.10.2025). Böbrek nakillerinde canlı verici oranı halen yüksektir; karaciğer nakillerinde de benzer biçimde canlı vericili işlemler baskındır. Sistemin halka açık sürümünde bekleme listeleri cinsiyet kırılımı ile raporlanmadığından, ulusal düzeyde kadın ve erkek bekleyen hasta sayıları ayrı olarak bildirilememektedir. Bu bulgular, Türkiye'nin organ nakli sisteminin canlı vericili nakiller ağırlıklı bir yapıda olduğunu; böbrek bekleme listesinin kalabalık, karaciğer

bekleme listesinin ise klinik dinamizm nedeniyle daha az hasta sayısına sahip olduğunu göstermektedir (161).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, OPTN (Organ Procurement and Transplantation Network) verilerine göre 17 Ekim 2025 itibarıyla bekleme listesinde 107.733 aday bulunmaktadır. Bu adayların 93.328'i böbrek, 9.072'si karaciğer, 3.859'u kalp ve 950'si akciğer nakli beklemektedir (162).

Organ nakli bekleyen hastaların medeni durum dağılımı incelendiğinde, katılımcıların 117'si evli (%68,8), 37'si bekâr (%21,8), 8'i boşanmış (%4,7) ve 8'i duldur (%4,7). Bu oranlar, literatürde bildirilen genel böbrek nakli bekleme listesi verileriyle kıyaslandığında benzer düzeydedir (163).

Transplant aday değerlendirmesinde tıbbi uygunluk kadar psikososyal etmenler de belirleyicidir. Bu bağlamda "evlilik/sosyal destek" değişkeni, özellikle bekleme listesine kabul ve listeden nakle geçiş olasılığı açısından önem taşır. ABD ulusal veritabanı (USRDS) üzerinde yapılan geniş ölçekli bir analizde Khattak ve ark., hiç evlenmemiş/dul hastalarla karşılaştırıldığında, evli (HR≈1,54; $p<0,001$) ve boşanmış/ayrı yaşayan (HR≈1,55; $p<0,001$) hastaların böbrek nakli bekleme listesine alınma olasılığının daha yüksek olduğunu; listeye alındıktan sonra da evli hastaların nakil olma olasılığının arttığını göstermiştir (HR≈1,28; $p=0,033$). Bulgular, yaş, cinsiyet, ırk, diyabet ve donör tipi gibi alt gruplarda da tutarlı bulunmuştur. Yazarlar bu farkı, evlilikle ilişkili daha iyi bakım veren desteği, düzenli klinik takip ve potansiyel olarak daha yüksek tedavi uyumu gibi psikososyal avantajlarla açıklamaktadır (163).

Eğitim düzeyi dağılımı örneklemimizde belirgin biçimde düşük seyretmektedir. Katılımcıların 28'i (%16,5) okuma-yazma bilmemekte, 69'u (%40,6) ilkokul, 29'u (%17,1) ortaokul, 24'ü (%14,1) lise ve 20'si (%11,8) üniversite veya üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Özet olarak hastaların yarıdan fazlası (%57,1) ilkokul ve altı eğitim düzeyindedir. Bu durum, çalışmanın yürütüldüğü Erzurum merkezli bölgenin sosyoekonomik koşullarıyla ilişkili olabilir. Hastaların önemli bir kısmı çevre illerden (Ağrı, Kars, Iğdır, Bingöl, Erzincan) yönlendirilmekte olup bu bölgelerde eğitim süresi ve sağlık okuryazarlığı Türkiye ortalamasının altındadır

(164). Ayrıca okuma-yazma bilmeyen bazı hastalarla karşılaşılmış, bu durum ölçek uygulamalarında kısıtlılık oluşturmuş ve bazı katılımcıların dışlanmasına neden olmuştur.

Literatürde düşük eğitim düzeyinin organ nakli bekleme sürecinde bilgiye erişim, hastalık yönetimi, bilgilendirilmiş onam ve tedaviye uyum açısından olumsuz etkiler yarattığı bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde lise ve üzeri eğitim oranları %70'in üzerindeyken, düşük eğitim düzeyi transplantasyon öncesi danışmanlık süreçlerinde eksik bilgilendirme, yanlış inanışlar ve randevu takibinde güçlüklerle ilişkilendirilmiştir (165).

Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların yalnızca 39'u (%22,9) aktif olarak çalışmakta, 111'i (%65,3) çalışmamakta ve 20'si (%11,8) emeklidir. Bu bulgu, organ nakli bekleyen bireylerde iş gücü katılımının sınırlı olabileceğini göstermektedir. Bu durum yalnızca sosyoekonomik etmenlerle değil, aynı zamanda hastalığın doğasıyla da ilişkili olabilir.

Organ yetmezliği olan bireylerde efor kapasitesinde azalma, yorgunluk ve günlük işlevsellikte kısıtlanma sık görülmekte; özellikle diyaliz tedavisi alan hastalarda tedavi sıklığı ve seanslar sonrası gelişebilen halsizlik gibi durumlar düzenli çalışma yaşamını sürdürmeyi güçleştirebilmektedir. Literatürde de benzer şekilde kronik böbrek yetmezliği hastalarında iş gücüne katılım oranlarının %20–30 aralığında olduğu, diyaliz sıklığı ve tedavi yükünün çalışma kapasitesi üzerinde önemli kısıtlamalar yarattığı bildirilmektedir.

Çalışmamız nicel bir tasarıma sahip olup veriler yapılandırılmış sosyodemografik form ve standart ölçekler aracılığıyla toplanmıştır. Bu kapsamda katılımcıların çalışma durumu "çalışıyor/çalışmıyor/emekli" başlıkları altında değerlendirilmiş; çalışma biçimlerinin niteliğine ilişkin ayrıntılı değişkenler yapılandırılmış olarak ele alınmamıştır.

Değerlendirme sürecinde, "çalışıyor" olarak sınıflanan bazı katılımcıların esnek çalışma koşullarına sahip olduğuna ilişkin klinik gözlemler edinilmiş olmakla birlikte, bu bilgiler yapılandırılmış veri kapsamında sistematik olarak toplanmadığı

için analiz edilmemiş ve nicel bir bulgu olarak sunulmamıştır. Bu nedenle söz konusu gözlemler çalışmanın yorumuna dahil edilmemiş, yalnızca metodolojik sınırlılık kapsamında değerlendirilmiştir .

Gelir düzeyi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların 99'unun (%58,2) düşük, 56'sının (%32,9) düşük- orta gelir düzeyi ve 15'inin (%8,8) orta ve üstü gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu dağılım, çalışma durumu bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde, çalışma grubunda sosyoekonomik kısıtlılığın belirgin olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyi, hane halkı toplam gelirinden ziyade katılımcıların bireysel aylık gelir beyanlarına göre sınıflandırılmıştır. Gelirin aile içi paylaşımı, birlikte yaşama durumu veya aile desteğinin niteliğine ilişkin ayrıntılı veriler yapılandırılmış olarak toplanmamıştır.

Yerleşim yeri dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun (%61,7) şehir merkezlerinde (Erzurum ve diğer iller), %22,9'unun ilçelerde, %15,3'ünün ise köylerde ikamet ettiği görülmektedir. Bu dağılım, Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nin Doğu Anadolu Bölgesi'nin geniş bir bölümüne hizmet veren referans hastanesi olmasının doğal bir sonucudur. Çalışma grubundaki hastaların önemli bir kısmı, Ağrı, Kars, Iğdır, Bingöl, Muş ve Erzincan gibi çevre illerden yönlendirilmiştir.

Kırsal bölgelerde veya çevre illerde yaşayan hastalar, şehir merkezindekilere kıyasla tedaviye erişim açısından belirgin dezavantaj taşıyabildiği gözlenmiştir. Literatürde, transplant merkezlerine uzak bölgelerde yaşayan hastalarda düzenli diyaliz seanslarına katılım, psikiyatrik takip ve tedaviye uyum oranlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (166). Ancak çalışmamızda ikamet yerinin tedaviye erişim, psikososyal stres ya da tedavi uyumu üzerindeki etkileri yapılandırılmış değişkenler olarak değerlendirilmediğinden, bu yönde karşılaştırmalı analiz yapılmamıştır.

Örneklemde 161 hasta (%94,7) böbrek, 9 hasta (%5,3) karaciğer nakli adayıdır. Bu dengesiz dağılımın iki temel nedeni vardır: Birincisi, kronik böbrek yetmezliği toplumda son dönem karaciğer hastalığına kıyasla daha sık görülür; dolayısıyla bekleme listesine giren böbrek hastası sayısı yapısal olarak yüksektir. İkincisi,

karaciğer yetmezliği kısa dönemde daha yüksek mortaliteyle seyrettiğinden, nakil olamayan hastalar listede daha kısa süre kalmakta ve "kesit" alınan herhangi bir zamanda gözlemlenen aday sayısı görece düşük görünmektedir.

Organ bekleme süresi ortalaması 32,23±34,93 ay (min: 0, maks: 120) olup, dağılımın genişliği bekleme listesine giriş zamanlarındaki heterojenliği ve klinik öncelik farklılıklarını yansıtmaktadır. Literatürde, diyaliz tedavisinin erken döneminde belirsizlik algısı ve yaşam düzenindeki ani değişikliklerin nakil başvurusunu artırabildiği; uzun süreli diyaliz tedavisi alan hastalarda ise tedaviye alışma ve uyum süreçlerinin nakil başvurusuna yönelik motivasyonu azaltabildiği bildirilmektedir (167). Ancak bu çalışmada söz konusu süreçler doğrudan değerlendirilmediğinden, bekleme süresi ile bu değişkenler arasında nedensel bir ilişki kurulmamıştır.

Sigara kullanımına bakıldığında, katılımcıların %53,5'inin hiç sigara kullanmadığı, %27,6'sının geçmişte kullandığı ancak bıraktığı, %18,8'inin ise hâlen sigara içtiği saptanmıştır. Buna göre toplamda hastaların yaklaşık yarısı (%46,5) yaşamlarının bir döneminde sigara kullanmıştır. Literatürde böbrek ve karaciğer nakli bekleyen hastalarda sigara kullanım oranları %30–50 arasında bildirilmiştir (168). Bizim örneklemimizdeki oran bu aralığın üst sınırına yakın olup, sigara kullanımının bu hasta grubunda hâlen önemli bir sağlık riski olmaya devam ettiğini göstermektedir.

Nikotin bağımlılığı, anksiyete, irritabilite ve stres döngüsünü derinleştirerek psikolojik yükü artırmaktadır (169). Transplant adaylarında bu durum yalnızca psikiyatrik iyi oluşu değil, aynı zamanda kardiyovasküler riskleri, enfeksiyon yatkınlığını ve greft sağkalımını da olumsuz etkileyebilir (166,167).

Bu nedenle, organ nakli adaylarının sigara bırakma sürecinde sadece farmakolojik değil, aynı zamanda psikolojik destek programlarına da yönlendirilmesi önemlidir. Sigara bırakma sürecine yönelik psiko-eğitim, gevşeme egzersizleri, farkındalık temelli yaklaşımlar ve gerektiğinde nikotin replasman tedavileri veya bupropion/vareniklin gibi farmakoterapötik seçenekler, transplant ekibiyle koordineli olarak planlanmalıdır (168,169).

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%81,8) hiç alkol kullanmadığını, %15,3'ü geçmişte kullandığını ancak bıraktığını, yalnızca %2,9'u hâlen düzenli alkol kullandığını bildirmiştir. Bu oran, organ nakli adaylarında bildirilen alkol kullanım yaygınlığı (%10–40) ile karşılaştırıldığında belirgin biçimde düşüktür. Özellikle Batı ülkelerinde karaciğer nakli bekleyen hastalarda alkol kullanım öyküsü oldukça yaygındır; karaciğer yetmezliği olgularının %25–50'sinin etiyolojisinde kronik alkol kullanımı rol oynamaktadır (170). Yıldız ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı çalışmada alkol tüketiminin hane halkı büyüklüğü ile ters yönde ilişkili bulmuştur (171). Bizim örneklemimizdeki düşük aktif alkol kullanım oranı (%2,9) Doğu Anadolu Bölgesindeki insanların geniş aile yapısı ve ebeveynlik rolleriyle ilişkili olabilir. Bununla birlikte, alkol öyküsü olan hastalarda bırakma davranışının yüksekliği (%15,3), transplant öncesi dönemde motivasyonel farkındalığın ve sağlık sorumluluğunun arttığını gösteriyor olabilir.

Böbrek ve karaciğer nakli adaylarında alkolün yalnızca fizyolojik toksisitesi değil, aynı zamanda etik ve uygunluk açısından da belirleyici bir rolü vardır. Özellikle alkole bağlı karaciğer yetmezliği olgularında aktif alkol kullanımı transplantasyon için mutlak kontrendikasyon kabul edilmektedir. Bu nedenle merkezler genellikle en az altı aylık abstinens (tam bırakma) süresi şartı arar ve bu dönemde hastanın dürtü kontrolü, tedaviye bağlılık ve motivasyonel yeterliliği değerlendirilir (171).

Bu nedenle, alkol kullanımı saptanan veya geçmişte alkol bağımlılığı öyküsü bulunan nakil adaylarında yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda psikiyatrik izlem, motivasyonel görüşme ve bağımlılık danışmanlığı süreçlerinin yürütülmesi gereklidir. Özellikle bırakma sürecinde relaps riskinin yüksek olduğu gruplarda, motivasyonel görüşme temelli yaklaşımlar, bilişsel-davranışçı destek ve grup terapileri gibi yöntemlerin etkili olduğu bildirilmektedir (172).

5.2. Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, organ nakli bekleme listesinde yer alan 170 hastanın %44,7'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bu oran, pre-transplant dönemde bildirilen geniş yaygınlık aralığıyla uyumludur; zira literatürde, adaylarda

anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar başta olmak üzere psikiyatrik belirti ve bozuklukların sıklığı çalışmanın tasarımına ve ölçüm aracına bağlı olarak yaklaşık %30–%60 bandında rapor edilmiştir (105,173). Bu geniş aralık, kullanılan yöntemin (tarama ölçeği puan kesitleri veya DSM ölçütlerine dayalı klinik görüşme), hedef bozukluğun (belirti şiddeti veya tanı) ve örneklem özelliklerinin (organ türü, eşlik eden tıbbi durumlar) değişkenliğini yansıtıyor olabilir.

Organ nakli adaylarında psikiyatrik morbiditenin bu düzeyde yüksek olması beklenen bir durumdur çünkü bu hasta grubunda, "genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar" kapsamında değerlendirilen ve kronik organ yetmezliği sürecinde gelişen metabolik değişiklikler, nöroinflamatuar yanıtlar ve nöroendokrin dengesizlikler, doğrudan duygudurum ve anksiyete belirtilerini tetikleyebilmektedir. Buna ek olarak, nakil bekleme süreci; belirsizlik, kontrol kaybı, fiziksel bağımlılık ve ölüm kaygısı gibi yoğun stresörleri de beraberinde getirmekte, bu da ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Dolayısıyla bu hasta grubunda psikiyatrik bozukluk prevalansının genel popülasyondan yüksek olması hem biyolojik hem psikososyal süreçlerin birleşik etkisinin bir sonucudur (174).

Literatürde bu alanda yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri, De Pasquale ve arkadaşları (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar, 2006–2018 yılları arasında yayımlanmış 62 çalışmayı sistematik olarak incelemiş ve böbrek nakli hastalarında görülen psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların dağılımını değerlendirmiştir (175). Derlemede yer alan çalışmaların genel bulgularına göre, böbrek nakli hastalarının yaklaşık %30–60'ında en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En sık görülen bozukluklar depresif bozukluklar (%25–40) ve anksiyete bozuklukları (%20–35) olup, bu sonuçlar depresyonun nakil sürecinde en baskın psikiyatrik tablo olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmacılar, sınır ve obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin posttransplant sosyal uyum ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebildiğini, depresif belirtilerin ise immünsüpresif tedaviye uyumu azalttığını belirtmişlerdir (175).

5.2.1. Depresif Bozukluklar

Bizim çalışmamızda DSM-5 ölçütlerine göre 170 hastanın 31'inde (%18,2) depresif bozukluk saptanmıştır. Çalışmamızda depresyon tanısı yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile konmuş, yalnızca ölçek puanlarına dayalı değerlendirmeler kullanılmamıştır. Literatürdeki birçok çalışma ise kesme puanı esaslı tarama ölçekleri (ör. BDI, HADS) üzerinden prevalans bildirdiği için oranlar genellikle daha yüksek raporlanmıştır.

Palmer ve arkadaşlarının (2013) kronik böbrek hastalarında yaptığı sistematik derleme ve meta-analizde, 55.982 hastayı içeren 249 çalışmanın verileri incelenmiştir. Meta-analiz sonuçlarına göre, klinik görüşme ile tanımlanan depresyon prevalansı %22.8 iken, özbildirim veya klinisyen tarafından uygulanan derecelendirme ölçekleriyle ölçülen depresif semptomların prevalansı %39.3 olarak bulunmuştur (68).

Bizim SCID temelli yaklaşımımız, somatik yükün (yorgunluk, uykusuzluk, iştah değişikliği vb.) yüksek olduğu bu popülasyonda ölçeklerin yanlış pozitiflik üretme olasılığını azaltarak daha özgül ama görece düşük prevalans tahmini vermiş olabilir. Ayrıca örneklem bağlamı da önemlidir: Çalışmamız pre-transplant izlem altındaki adayları içerirken, literatürdeki pek çok çalışma hemodiyaliz ünitelerinden heterojen örneklemler bildirmektedir. Bekleme listesinin sağladığı yakın takip ve geleceğe ilişkin umut gibi koruyucu etmenler, depresyon oranlarının görece düşük çıkmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle, bulgularımızın klinik görüşme temelli alt grup verileriyle uyumlu, ölçek temelli tahminlerden ise daha düşük olması yöntem ve bağlam açısından tutarlıdır.

Endreddy ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, hemodiyalize giren 50 hastanın %80'inde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En sık görülen bozukluklar majör depresif bozukluk (%54), distimi (%14) ve anksiyete bozukluğu (%12) olarak bildirilmiştir (176).

Benzer biçimde, 2021 yılında Türkiye'de Cerrahpaşa'da gerçekleştirilen bir kesitsel çalışmada da kadavradan böbrek nakli bekleme listesinde yer alan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya toplam 200 katılımcı

dâhil edilmiş; 100'ü son dönem böbrek yetmezliği tanısıyla nakil bekleme listesinde, 100'ü ise sağlıklı kontrol grubunda yer almıştır. Araştırmada Beck Depresyon Ölçeği ile Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Bulgulara göre, bekleme listesindeki hastaların hem depresyon hem de anksiyete puanları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (177).

5.2.2. Anksiyete Bozuklukları

Stasiak ve arkadaşları (2014), Brezilya'da 155 diyaliz hastasını kapsayan çalışmalarında psikiyatrik semptomları farklı ölçüm araçlarıyla değerlendirerek ölçek seçiminin prevalans tahminleri üzerindeki belirleyici etkisini açıkça ortaya koymuştur. Araştırmacılar hastaların bir bölümüne Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAI), diğer bölümüne ise Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) uygulamıştır. Hemodiyaliz grubunda depresyon oranı BDI ile %22,6 iken HADS ile %9,3'e, anksiyete oranı ise BAI ile %25,7 iken HADS ile %11,7'ye gerilemiştir; periton diyalizi grubunda da benzer yönde farklılıklar gözlemlenmiştir (178).

Bu belirgin tutarsızlığın temelinde ölçeklerin yapısal özellikleri yatmaktadır. BDI ve BAI, hastanın kendi beyanına dayanan semptom temelli araçlardır; hem duygusal hem de bedensel belirtileri birlikte puanladıklarından, kronik böbrek hastalığının doğal seyri içinde zaten var olan çarpıntı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi somatik bulgular skoru yapay biçimde yükseltebilmektedir. HADS ise tam da bu sorunun üstesinden gelmek amacıyla tasarlanmış; hastane ortamındaki fiziksel belirtileri değerlendirme kapsamı dışında bırakarak daha seçici bir ölçüm sunmaktadır.

Bu bağlamda mevcut çalışmamızda SCID-5 ile saptanan %15,9'luk anksiyete bozukluğu prevalansının ölçek temelli çalışmalara kıyasla görece düşük kalması şaşırtıcı değildir. Yapılandırılmış klinik görüşme, tanıyı yalnızca semptomlara değil, DSM-5 ölçütlerinin bütünüyle karşılanmasına dayandırmaktadır; bu sayede somatik belirtilerin doğrudan psikiyatrik tabloya atfedilmesinin önüne geçilmekte ve elde edilen prevalans tahminleri daha özgül, dolayısıyla klinik açıdan daha geçerli bir nitelik kazanmaktadır.

Bu durum, transplantasyon öncesi dönemde yapılan psikiyatrik değerlendirmenin yalnızca semptom sıklığını değil, tanısal doğruluğu da gözetmesi gerektiğini göstermektedir. Primer anksiyete tanısı alan hastaların yaklaşık yarısı (%56,25) aktif tedavi sürecine alınmış, ancak dikkate değer bir alt grup (%31,25) önerilen tedaviyi reddetmiştir. Bu bulgu, nakil öncesi dönemde anksiyete bozukluklarının klinik önemine rağmen bazı hastalarda ruhsal belirtilerin ikincil planda algılandığını, farmakolojik tedaviye yönelik çekincelerin varlığını ve tedavi gereksinimine ilişkin farkındalık eksikliğini düşündürmektedir. Hastaların dikkat ve motivasyonunun büyük ölçüde somatik hastalığa ve nakil sürecine odaklanmış olması, psikiyatrik tedaviyi erteleme ya da reddetme eğilimini artırmış olabilir.

5.2.3. Uyku Bozuklukları

Çalışmamızda uyku bozukluğunun hastaların yaklaşık yarısında başka bir psikiyatrik tanıya eşlik etmeksizin izole biçimde seyretmesi, bu bozukluğun organ nakli adaylarında bağımsız klinik önem taşıdığına işaret etmektedir.

Uyku bozukluğu tanısı alan hastalar alt gruplara ayrıldığında, yaklaşık %45'inin sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozukluğu (gecikmiş faz tipi), %30'unun huzursuz bacaklar sendromu ve %25'inin primer insomnia tanısı aldığı görülmüştür. Tanısal dağılımın bu şekilde şekillenmesi, böbrek yetmezliğinin kendine özgü fizyopatolojik yüküyle doğrudan bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Diyaliz seanslarının ardından ortaya çıkan yoğun postdiyalitik yorgunluk, akşam saatlerinde belirginleşen kas krampları ve metabolik stresin nokturnal amplifikasyonu, hastaların gündüz saatlerinde istem dışı uykuya meyletmesine yol açmakta; buna karşın gece uyku başlangıcını sistematik biçimde sekteye uğratmaktadır. Sonuç olarak gündüz uykululuğu ile gece uykusuzluğunun iç içe geçtiği kısır bir sirkadyen döngü oluşmakta ve bu tablo gecikmiş faz bozukluğunun en sık görülen alt grup olarak öne çıkmasını açıklamaktadır.

Diyaliz sürecinin, üremi, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, anemi, prurit ve kullanılan ilaçların etkileri gibi fizyolojik mekanizmaların yanı sıra, davranışsal ve çevresel faktörler üzerinden de uyku düzenini bozabildiği literatürde bildirilmektedir. Diyaliz hastalarında özellikle seanslar sonrasında gündüz aşırı uyku hali ve gece

uykusuna dalmada güçlük şeklinde bir uyku-uyanıklık örüntüsünün sık görüldüğü; bu örüntünün, gecikmiş uyku fazı ile uyumlu olabilecek sirkadiyen ritim kaymalarıyla ilişkili olabileceği literatürde rapor edilmiştir (179).

Klinik görüşmeler sırasında uykuya dalma ve uyku sürdürme güçlüğüne ilişkin yakınmaların oldukça yaygın olduğu dikkat çekmiştir. Bununla birlikte, söz konusu yakınmaların büyük bölümü DSM-5'in insomnia bozukluğu için öngördüğü tanı eşiklerini karşılamamıştır; semptomlar ya haftada üç gecenin ya da üç aylık süre ölçütünün altında kalmış, ya da günlük işlevsellikte klinik açıdan anlamlı bir bozulmaya yol açmamıştır. Bu nedenle insomnia bozukluğu tanısı, tüm DSM-5 ölçütlerini eksiksiz karşılayan sınırlı sayıda olguyla kısıtlı tutulmuştur. Eşik altında kalan olgularda ise uyku yakınmaları, bağımsız bir psikiyatrik bozukluk olarak değil, kronik böbrek yetmezliğinin fizyopatolojik seyrine bağlı nonspesifik semptomlar olarak değerlendirilmiş ve buna uygun şekilde raporlanmıştır.

Çalışmamızda altı hastaya huzursuz bacak sendromu (HBS) tanısı konulmuştur. Bu tablo, diyaliz hastalarında sık görülen demir eksikliği, anemi, üremik toksin birikimi ve periferik nöropati gibi faktörlerle açıklanabilir. HBS saptanan hastaların yarısında eşzamanlı sirkadiyen faz kayması da gözlendi; bu durum, HBS'nin akşam saatlerinde şiddetlenmesiyle birlikte diyaliz sonrası yorgunluk ve gündüz uykulamalarının gece uykusunu ötelemesi sonucunda gelişmiş olabilir.

Çalışmamızda uyku bozukluğu tanısı alan hastalarda psikometrik ölçek puanlarının tüm alt boyutlarda belirgin biçimde yükseldiği saptanmıştır. Çok değişkenli regresyon analizlerinde uyku bozukluğunun varlığı; depresif belirti şiddeti (HAM-D), anksiyete düzeyi (HAM-A), umutsuzluk (BHS) ve intihar düşüncesi (BSSI) ile bağımsız ve anlamlı bir ilişki sergilemiştir. Bunların yanı sıra belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin (BTÖ-12) de uyku bozukluğu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmüştür.

Bu örüntü, uyku bozukluğunun transplantasyon sürecindeki psikiyatrik tabloya yalnızca eşlik eden bir belirti olarak değil, mevcut psikiyatrik yükü hem yansıtan hem de aktif biçimde besleyen bir etken olarak işlev gördüğünü düşündürmektedir. Nitekim literatür de bu çift yönlü ilişkiyi destekler niteliktedir. Kronik böbrek yetmezliği olan

hastalarda uyku bozuklukları ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkinin tek yönlü bir nedensellikle açıklanamayacağı; uyku bozukluğunun duygudurum ve anksiyete belirtilerini derinleştirirken, bu belirtilerin de uyku kalitesini ve sürekliliğini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (180). Söz konusu kısır döngü, organ nakli bekleme sürecinin yarattığı kronik stres ortamında daha da pekişmekte ve psikiyatrik tablonun seyrini karmaşık bir hal almaktadır.

Freeman ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, böbrek, karaciğer, kalp, akciğer ve pankreas nakli yapılan 143 hastanın %41'inin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) puanına göre "kötü uyuyan" grubunda yer aldığı, %36'sının son bir ay içinde uyku ilacı kullandığı, %15'inde obstrüktif uyku apnesi ve %4'ünde huzursuz bacak sendromu (HBS) öyküsü bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca aktigrafi ölçümlerinde hastaların %69'unda düşük uyku etkinliği, %32'sinde 30 dakikadan uzun uykuya dalma süresi ve %25'inde altı saatten kısa uyku süresi saptanmıştır. Araştırmacılar obezite ve psikotrop ilaç kullanımının, kötü uyku kalitesiyle bağımsız olarak ilişkili olduğunu vurgulamıştır (181).

Vietnam'da (2025) hemodiyaliz hastalarında insomnia çalışması 175 Askeri Hastane'de yürütülen bir kesitsel araştırmada 216 son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastasında (hemodiyaliz) insomnia prevalansı %48,1 bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarında insomnianın yaygın olduğu, diyabet, gündüz uykulaması ve çevresel faktörlerin (gürültü/ışık) önemli belirleyiciler olduğu bildirilmekte ve nefroloji-psikiyatri işbirliğiyle tarama ve tedavi yaklaşımlarının güçlendirilmesini önerilmektedir (182).

Organ nakli adaylarında uyku bozukluklarının sistematik biçimde sorgulanması, hem tedavi uyumunu hem de genel psikiyatrik iyilik hâlini desteklemek açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, hastalarda uyku kalitesi düzenli olarak değerlendirilmelidir. Uyku hijyeni eğitimi, seans sonrası aşırı gündüz uykusunun önlenmesi, sirkadiyen ritmi destekleyen davranışsal düzenlemeler (örneğin sabit yatma-kalkma saatleri, gün ışığına maruziyet) mutlaka önerilmelidir. Belirgin işlev kaybı veya inatçı uykusuzluk durumlarında ise, farmakoterapi seçenekleri dikkatle değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, uyku bozukluklarının erken fark edilmesi ve bütüncül bir yaklaşımla yönetilmesi, hem psikiyatrik hem tıbbi iyilik hâlini artırmada kritik bir basamaktır.

5.2.4. Uyum Bozukluğu

Organ nakli bekleme süreci, fiziksel ve psikososyal açıdan son derece yoğun bir stres yükü barındıran, kendine özgü dinamikleri olan bir klinik dönemdir. Hastalarımızın bir bölümü, organ yetmezliği tanısını yeni almış ve ilk kez nakil listesine başvurmuş bireylerden oluşmaktaydı. Bu erken dönemde hastalar, hem ağır bir tanıyı kabullenme hem de sonu belirsiz bir bekleme sürecine uyum sağlama gibi eş zamanlı ve birbiriyle çatışan psikolojik görevlerle yüzleşmek durumundadır. Bu tablonun uyum bozukluğu belirtilerinin daha belirgin biçimde ortaya çıkmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda 10 hastada (%5,9) uyum bozukluğu tanısı konmuştur. DSM-5'e göre uyum bozukluğu, belirgin bir stresöre verilen orantısız duygusal veya davranışsal tepkilerle tanımlanmakta; belirtiler genellikle stresörün başlamasından sonraki ilk üç ay içinde ortaya çıkmaktadır.

Literatür bu bulguyu destekler niteliktedir. Rocca ve arkadaşları (2003), karaciğer nakli adaylarını kapsayan çalışmalarında psikiyatrik bozuklukların öngörücülerini lojistik regresyon modelleriyle incelemiş ve en sık saptanan tanının uyum bozukluğu (%33) olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar, bu tablonun özellikle bekleme listesinin ilk aylarında başvuran hastalarda belirginleştiğini vurgulayarak söz konusu dönemi, tanı alma şoku ve varoluşsal belirsizlikle eş zamanlı baş etme gerekliliği nedeniyle psikolojik açıdan en kırılgan evre olarak tanımlamıştır (183).

Almanya'da yürütülen kapsamlı KTx360° çalışmasında (2022) ise 727 böbrek nakli alıcısı yapılandırılmış klinik görüşmelerle değerlendirilmiş; katılımcıların %27,5'inde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En sık görülen tablolar duygudurum bozuklukları (%9,9) ve anksiyete bozuklukları (%7,4) olurken, uyum bozukluğunun da dahil olduğu stresle ilişkili bozukluklar grubunun oranı %7,7 olarak

bildirilmiş; alt analizlerde uyum bozukluğuna özgü oranın yaklaşık %5 düzeyinde seyrettiği belirtilmiştir (184).

Çalışmamızda saptanan %5,9'luk oran, KTx360° çalışmasında bildirilen bu değerle dikkat çekici bir uyum içindedir. Bununla birlikte, örneklemimizin yapısal heterojenliğinin bu oranın yorumlanmasında göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hasta grubumuz; tanıyı yeni almış ve nakil listesine henüz eklenmiş bireylerden, yıllardır kronik böbrek yetmezliğiyle yaşayıp hastalık ve tedavi sürecine uyum sağlamış deneyimli hastalar da dahil olmak üzere geniş bir klinik yelpazeyi kapsamaktaydı. Kronik sürece uyum sağlamış bu hastaların örnekleme dahil edilmesinin, uyum bozukluğu prevalansını görece baskılamış olabileceği düşünülmektedir. Buna karşın elde edilen oranın, yalnızca pretransplant dönemi kapsayan çalışmalarla karşılaştırıldığında dahi literatürle tutarlı bir seyir izlemesi, bulgularımızın geçerliliğini desteklemektedir. SCID-5 ile yürütülen yapılandırılmış değerlendirme yönteminin tanı eşiğini karşılamayan subklinik belirtileri dışlaması ise saptanan prevalansın gerçek klinik tabloyu yansıtmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuş olabilir.

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, pretransplant dönemde uyum bozukluğunun yalnızca geçici bir tepki olarak değil, klinik açıdan anlamlı ve müdahale gerektiren bağımsız bir psikiyatrik tablo olarak ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu nedenle nakil öncesi rutin psikiyatrik taramalarda uyum bozukluğunun sistematik biçimde sorgulanması, erken müdahale fırsatlarının değerlendirilmesi ve transplantasyon ekiplerinin bu konuda duyarlılığının artırılması önem taşımaktadır.

5.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Çalışmamızda DSM-5 ölçütlerine göre OKB ve ilişkili bozukluklar tanıları, yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile yedi hastada (%4,1) saptanmıştır. Bu hastalardan ikisi aynı zamanda depresif bozukluk, biri anksiyete bozukluğu tanısı ve biri uyum bozukluğu tanısı da taşımaktadır. Bu bulgu, transplant adaylarında OKB'nin bağımsız olarak görülebileceği gibi, bazı olgularda diğer tanılarla eş zamanlı seyredebileceğini göstermektedir.

Olguların dağılımı incelendiğinde, bir hastada trikotillomani (depresif bozukluk eşlik eden hasta), altı hastada OKB (üç hastada kontaminasyon obsesyonları, bir hastada dini içerikli obsesyonlar, kalan iki hastada ise ilaç kullanımıyla ilişkili (şüphe obsesyonları ve kontrol davranışları) saptanmıştır. İlaç kullanımına dair obsesyonlar, genellikle "İlacı doğru aldım mı?", "Dozunu karıştırdım mı?", "Acaba birini unuttum mu?" biçiminde yineleyici düşüncelerle kendini göstermektedir. Bu tablo, nakil sürecinin doğası gereği bireyin kontrol alanını daraltan bir süreç olmasıyla yakından ilişkili olabilir. Tedavinin gidişatı, ilaçların dozları, laboratuvar değerleri ve bekleme listesi gibi birçok değişken hasta tarafından yönetilemediği için, kişiler sıklıkla başka alanlarda kontrol duygusunu yeniden kurma eğilimi gösterebilmektedir. Bu durum, özellikle kontrol ve kesinlik ihtiyacının yüksek olduğu obsesif yapılı bireylerde, ilaç kullanımı, hijyen veya tıbbi takip gibi alanlarda kompulsif davranışların artmasına yol açmış olabilir.

Genel popülasyonda OKB'nin yaşam boyu prevalansı %2–3 civarındadır. Kronik böbrek hastalığı olan çocuklar üzerinde yapılan vaka-kontrol çalışmalarında OKB belirtilerinin sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında anlamlı biçimde daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir (185).

Purohit ve ark. (2017), böbrek nakli için değerlendirilen son dönem böbrek yetmezliği olan 45 hastada psikiyatrik morbiditeyi incelemiş ve Genel Sağlık Anketi (GHQ-12) sonrası ICD-10 ölçütlerine göre tanı koymuşlardır. Çalışmada hastaların %77,78'inde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En sık görülen tanılar sırasıyla depresif bozukluk (%20), uyum bozukluğu (%17,78), yaygın anksiyete bozukluğu (%15,56), distimi (%13,33), panik bozukluğu (%8,9) ve OKB (%2,22) olmuştur (186).

Lyros ve ark. (2010), hemodiyaliz hastalarında obsesif-kompulsif belirtilerin sıklığını araştırdıkları vaka-kontrol tasarımlı bir çalışmada, hasta grubunu sağlıklı bireylerle karşılaştırmıştır. Araştırmada Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI) kullanılmış ve hemodiyaliz hastalarının hem toplam puanda hem de kontrol etme, temizlik ve kuşku alt ölçeklerinde sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede yüksek skorlar aldığı gösterilmiştir. Hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri de kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir. MOCI toplam puanının kreatinin

düzeyiyle pozitif, üre reduksiyon oranıyla (URR) negatif ilişkili olması, böbrek fonksiyonlarının bozulmasının obsesif belirtilerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Yazarlar, hemodiyaliz sürecinin doğası gereği yoğun kontrol kaybı, bedensel bağımlılık ve tedaviye sürekli maruz kalma gibi etkenlerin, hastalarda obsesif düşünce ve davranış örüntülerini tetikleyebileceğini vurgulamışlardır. Bu sonuçlar, kronik hastalık yönetiminde obsesif-kompulsif belirtilerin göz ardı edilmemesi gerektiğine işaret etmektedir (187).

5.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çalışmamızda DSM-5 ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı üç hastada (%1,8) saptanmıştır.

Literatürde, organ nakli bekleme sürecinde yaşanan ağır klinik komplikasyonların ve ölüm tehdidi içeren tıbbi deneyimlerin, bazı hastalarda travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Bunun yanı sıra, deneyimlerde ve literatürde diyaliz arkadaşlarının ölümü ya da nakil bekleme listesinde kayıplara tanıklık edilmesi gibi dolaylı ölüm teması içeren yaşantıların da travmatik stres tepkilerine katkıda bulunabileceği ileri sürülmüştür (188).

Organ nakli deneyimi farklı çalışmalarda hem klinik tanı düzeyinde TSSB'yi (ör. %1–16) hem de belirgin semptom düzeyinde daha yüksek oranları (ör. %20'nin üzerinde) içerebilecek bir psikolojik risk faktörü olarak bildirilmiştir. TSSB semptomları sadece ameliyat sonrası değil, karaciğer veya böbrek gibi farklı organ transplantı alıcılarında da gözlemlenmiştir; yoğun bakım deneyimi, transplant bekleme süreci ve pre-transplant stres gibi faktörler bu ilişkiyi güçlendirmektedir (189).

Organ nakli bekleme sürecinin travmatik stres belirtileriyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, Gonca Yıldırım ve Seda Bayraktar (2017), yaşamı tehdit eden organ yetmezliği tanısı almış ve nakil bekleme listesinde bulunan 100 hastayı değerlendirmiştir. Araştırma, International Journal of Social Sciences and Education Research'te yayımlanmış olup, veri toplama sürecinde Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular, hastaların travma sonrası stres belirti düzeylerinin klinik olarak anlamlı düzeyde olduğunu ve bu belirtilerin hastalık süreciyle ilişkili değişkenlere göre farklılaştığını göstermiştir. Ayrıca ölüm kaygısı düzeylerinin yüksek olduğu ve işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerinin daha fazla travmatik stres belirtisiyle ilişkili bulunduğu bildirilmiştir. Çalışma, organ nakli bekleme sürecinin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik açıdan da travmatik özellikler taşıyabileceğini ortaya koymakta; bu nedenle nakil adaylarında ruhsal değerlendirme ve psikososyal desteğin tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır (190).

Annema ve ark. 2017de yaptığı prospektif kohort çalışmasında karaciğer transplantı öncesi dönemde olası tam veya kısmi TSSB için prevalansın %10.5 ve %6.3 olduğu bildirilmiş; semptomlar en çok transplant bekleme, ameliyat stresi ve hastanede olma deneyimleriyle ilişkilendirilmişti (191). Birkefeld ve ark. (2022), böbrek nakli sonrası alıcılarda yapılan çalışmada, tanısal görüşmeyle TSSB prevalansının %0,6 ve yaşam boyu oranının %1,2 düzeyinde olduğunu bildirmiştir (192).

Organ nakli sürecinde değerlendirilen hastalarda travmatik yaşantıların yalnızca geçmişteki olaylarla sınırlı olmayabileceği; yaşamı tehdit eden organ yetmezliği tanısı, uzun soluklu bekleme süreci, diyaliz arkadaşlarının kaybına tanıklık etme ve yoğun bakım deneyimi gibi tıbbi sürecin bizzat kendisine özgü stresörlerin de travmatik nitelik taşıyabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızda SCID-5 ile değerlendirilen 170 hasta arasında üç hastada (%1,8) TSSB tanısı saptanmıştır. Ancak çalışmamızda SCID-5 ile değerlendirilen 170 hasta arasında TSSB tanısı saptanan üç hastanın (%1,8) tamamında travmatik yaşantının tıbbi süreçle değil, geçmiş yaşam olaylarıyla ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Bu oran, Birkefeld ve ark.'nın (2022) böbrek nakli alıcılarında tanısal görüşmeyle bildirdiği %0,6'lık prevalansın üzerinde olmakla birlikte, Annema ve ark.'nın (2017) karaciğer transplantı öncesi dönemde tanımladığı %10,5'lik olası TSSB oranının altında kalmaktadır. Söz konusu farklılıklar; çalışmaların yöntemsel yaklaşımları, değerlendirme zamanlaması ve hasta popülasyonlarındaki heterojenlik ile açıklanabilir. Bulgularımız, organ nakli adaylarında ruhsal değerlendirmenin ve psikososyal desteğin tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınması gerektiğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

5.2.7. Diğer Nadir Psikiyatrik Tanılar

Çalışmamızda DSM-5 ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile iki hastada (%1,2) yeme bozukluğu saptanmıştır. Bu olguların biri majör depresif bozukluk ile eş tanı gösteren kaçıngan kısıtlı yeme bozukluğu olgusu iken, diğer olgu DSM-5 sınıflandırmasına göre Diğer Belirlenmiş Yeme Bozukluğu (OSFED) kapsamında değerlendirilmiştir. Bu bulgu, organ nakli adaylarında yeme davranışına ilişkin bozulmaların nadir olmakla birlikte klinik açıdan dikkate değer olabileceğini göstermektedir.

Literatürde, kronik böbrek hastalığı ve diyaliz hastalarında üremik toksinler, inflamasyon ve hormonal değişikliklere bağlı gelişen biyolojik kökenli iştahsızlığın (üremik anoreksi) sık görülebildiği bildirilmektedir (193).

Kronik böbrek yetmezliği ve organ nakli bekleme süreci boyunca hastaların neredeyse tamamı, sodyum, potasyum, fosfor ve sıvı alımı açısından katı diyet kısıtlamalarına tabidir (194). Literatürde, diyet kısıtlamalarının hastalarda yeme eylemine yönelik zevki azalttığı, bunun da depresif belirtileri ve yaşam doyumunu olumsuz etkileyebildiği gösterilmiştir. Bu durum, biyolojik iştah kaybının psikolojik süreçlerle etkileşime girdiği bir tablo olabileceğini düşündürmektedir (195).

Çalışmamızda cinsel işlev alanı hastaların cinsel işlevlerine dair kendilerine yöneltilen sorulara cevap vermek istememeleri nedeniyle değerlendirilememiştir. Bu nedenle cinsel işlev bozukluklarına ilişkin veriler sistematik biçimde analizlere dahil edilmemiştir. Klinik görüşmelerde sınırlı sayıda hastada depresif bozukluğa eşlik eden cinsel işlev sorunları saptanmış olup, bu olgular depresif bozukluklar başlığı altında değerlendirilmiştir.

Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde cinsel işlev bozuklukları oldukça yaygın bir seyir izlemektedir. Erkek hastalarda erektil disfonksiyon oranları %40–60 civarında seyrederken (196), kadın hastalarda ise cinsel isteksizlik, anorgazmi veya disparoni gibi semptomlar %50'ye varan oranlarda bildirilmektedir(197). Bu alandaki verilerin çalışmamızda sınırlı kalması, kültürel etkenler, mahremiyet algısı ve özbildirime dayalı bilgi toplamanın güçlükleriyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda organ nakli adaylarının hiçbirinde aktif madde veya alkol kullanım bozukluğu sigara hariç saptanmamıştır.

Çalışmada kişilik bozukluğu tanısı konmamıştır. Bunun temel nedeni, kişilik bozukluklarının güvenilir biçimde değerlendirilebilmesi için uzun süreli izlem ve çok boyutlu değerlendirme gerektirmesidir.

Çalışma örnekleminde otizm spektrum bozukluğu veya özgül öğrenme bozukluğu gibi diğer nörogelişimsel bozukluklara rastlanmamıştır.

5.2.8. Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluklar

Çalışmamızda DSM-5 ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile bipolar bozukluk tanısı bir hastada (%0,6), psikotik bozukluk ise bir hastada (%0,6) saptanmıştır. Bu oranlar, organ nakli adayları arasında ağır psikiyatrik bozuklukların düşük prevalansla görüldüğünü bildiren aşağıdaki çalışmaların bulgularıyla uyumludur.

Zhu ve ark. (2025) İsveç Böbrek Kayıtları'ndan 32.943 KBH hastasını kapsayan ulusal çalışmada, ağır psikiyatrik bozukluk (APB) prevalansı %7,3 olarak saptanmış; bu oran genel popülasyonun %56 üzerindedir. Alt gruplarda şizofreni %0,5, bipolar bozukluk %2,1 ve majör depresif bozukluk %5,6 oranında bildirilmiştir. Her üç tanı da artmış mortaliteyle ilişkili bulunmuş; bipolar bozukluk aynı zamanda daha hızlı eGFR düşüşüyle ilişkilendirilmiştir. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda renal replasman tedavisine başlama oranının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir (198).

Butler ve ark. (2017), 1986–2013 yılları arasında yapılan 3000 renal transplant hastasının verilerini incelemiş; alıcıların %0,5'inde bipolar bozukluk, %0,2'sinde şizofreni öyküsü bulunduğunu bildirmiştir. Bu iki hasta grubunda, yaşam süresi, greft sağkalımı, greft fonksiyonu, akut rejeksiyon sıklığı ve hastanede yatış süresi açısından genel transplant popülasyonuna kıyasla anlamlı fark saptanmamıştır (199). Bu bulgu, stabil seyirli ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin de uygun koşullar sağlandığında organ naklinden güvenle yararlanabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu hasta grubunda immünsüpresif ilaç etkileşimleri, tedavi uyumsuzluğu, paranoid

düşünceler ve içgörüde dalgalanmalar nedeniyle post-transplant dönemde psikiyatri takibinin zorunlu olduğu vurgulanmaktadır (199).

Molnar ve ark. (2018) de yaptığı çalışmada 3.680 ABD'li veteran renal transplant alıcısında psikoz/mani öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırılmış; mortalite, greft kaybı, rejeksiyon riski ve immünsüpresif ilaç uyumu açısından hiçbir anlamlı fark saptanmamıştır (200).

Nitekim klinik pratikte bu seçim sürecinin ne denli kritik olduğu, bizzat çalışmamızın yürütüldüğü merkezde de gözlemlenmiştir; pretransplant psikiyatrik değerlendirme sürecinde karşılaşılan dört ağır ruhsal bozukluk hastasından ikisi, yetersiz hastalık kontrolü ve tedavi uyumsuzluğu gerekçesiyle nakil listesine alınmamıştır. Çalışmaya dahil edilen psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı iki hasta ise değerlendirme sürecinde remisyon döneminde olup tedavilerini düzenli sürdürmekteydi. Bu durum, psikiyatrik tanının tek başına bir dışlama kriteri olarak kullanılmaması gerektiğini desteklemekte; pretransplant psikiyatrik değerlendirmede asıl belirleyicinin tanı kategorisi değil, hastalığın seyri, tedaviye uyum ve psikososyal destek sistemi olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

5.3. Ölçek Bulgularının Genel Değerlendirmesi ve Literatürle Karşılaştırılması

Bu çalışmada, organ nakli bekleme listesindeki hastalarda kullanılan ölçeklerin betimsel analizine göre, genel olarak hafif düzeyde depresif (HAM-D=11.51±9.91) olarak değerlendirilmiştir. Türkiye'de Dicle Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada 24 SAPD hastasında Hamilton Depresyon İndeksi (HAM-D) ortalaması 9 ± 6 olarak bildirilmiştir (201).

Depresif bozukluk tanısı beklenebileceği şekilde HAM-D puanlarını en güçlü artıran değişken olmakla birlikte, uyku bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve uyum bozukluğu gibi tanıların da bağımsız biçimde depresif belirti şiddetini artırması, pretransplant dönemde depresif yükün çoğu zaman saf bir depresyon tablosundan ziyade çok boyutlu bir stres ve kırılganlık örüntüsü içinde ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Sigara kullanan hastalarda, kullanmayanlara göre daha yüksek HAM-D şiddet kategorisinde olma olasılık oranı 4.09 kat daha yüksek bulunmuştur (OR=4.09, p=0.002, %95 GA: 1.68-9.96).

Sigara kullanan hastalarda HAM-D puanlarının daha yüksek saptanması, nikotin kullanımına ve bağımlılık döngüsüne eşlik eden anhedoni, uykusuzluk, huzursuzluk ve depresif duygudurum ve bu semptomların HAM-D'nin değerlendirdiği belirtilerle örtüşmesi, sigara kullanan hastalarda daha yüksek ölçek puanlarının saptanmasına katkıda bulunmuş olabilir (202).

Böbrek transplant alıcılarında aktif sigara kullanımının mortalite riskini %100'ün üzerinde, greft kaybı riskini ise yaklaşık %50 oranında artırdığı gösterilmiştir (203). Ayrıca kalp nakli bekleyen hastalarda transplantasyon öncesinde depresyon ve anksiyete öyküsü bulunan bireylerin, transplantasyon sonrası sigara kullanımına yeniden başlama oranlarının %42,1 olduğu bildirilmektedir (204). Bu denli ciddi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bilinen bir davranışın sürdürülmesi, sigara kullanımının yalnızca tıbbi risk farkındalığı ile açıklanamayabileceğini; davranışın psikolojik ve psikiyatrik etmenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmama durumu koruyucu faktör olarak bulundu. Çalışmayanlar (OR=0.20, p=0.006) ve emekliler (OR=0.19, p=0.033) çalışanlara göre yaklaşık 5 kat daha düşük depresyon şiddetine sahipti. Literatürde kronik hastalığı olan ve organ nakli bekleyen bireylerde çalışma durumu ile depresif belirtiler arasındaki ilişki heterojen olarak bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda, çalışıyor olmanın artmış işlevsel yük, rol sorumlulukları ve performans baskısı ile ilişkili olarak depresif semptom şiddetini artırabildiği gösterilmiştir (205). Diğer bazı çalışmalarda ise çalışmanın sosyal katılım, yapılandırılmış günlük yaşam ve ekonomik güvence sağlayarak depresif belirtiler üzerinde azaltıcı veya koruyucu bir etki gösterebildiği bildirilmiştir (206).

Bulgumuz, organ nakli bekleyen hastalarda çalışma hayatını sürdürme çabasının artmış rol sorumlulukları ve performans baskısıyla ilişkili olarak ek stres kaynağı oluşturabileceğini düşündürebilir. Bu nedenle çalışma durumu, organ nakli adaylarında tek yönlü bir risk ya da koruyucu faktör olarak değil, bireysel baş etme

kapasitesi, hastalık şiddeti ve klinik bağlama bağlı olarak etkisi değişebilen çok yönlü bir değişken olarak ele alınmalıdır.

Çalışmamızda anksiyete şiddeti HAM-A=10,49 ± 9,00 olup ortalama düzey hafiftir. Drzyzga ve arkadaşlarının (2017) bir çalışmasında, son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda HAM-A ortalaması 12,72 ± 9,19 olarak bildirilmiştir. Bu değer, hastaların önemli bir kısmında hafif–orta düzey anksiyete bulunduğunu göstermektedir (207). Bizim çalışmamızda da HAM-A ortalaması 10,49 ± 9,00 olup, literatürde bildirilen düzeylerle yakın ve paralel seyretmektedir.

Depresif bozuklukları olan hastalarda HAM-A şiddetinin yüksek bulunması, depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının yüksek komorbidite oranıyla açıklanabilir. Çalışmamızda depresif bozukluklar tanısı olan hastaların %61.3'ünde komorbid psikiyatrik bozukluk mevcuttu ve bunların 6'sında anksiyete bozukluğu eşlik etmekteydi. Bu çalışmada HAM-A puanlarını etkileyen faktörler incelendiğinde, depresif bozukluk tanısının anksiyete şiddetini en güçlü biçimde artıran değişken olması, organ nakli adaylarında duygudurum ve anksiyete belirtilerinin yüksek düzeyde örtüştüğünü göstermektedir. Bu bulgu, depresyon ve anksiyetenin bu hasta grubunda bağımsız sendromlar olarak değil, ortak bir negatif duygulanım ve stres reaktivitesi zemini üzerinde birlikte seyrettiğini düşündürmektedir.

Depresif bozukluğu takiben anksiyete bozukluğu tanısının HAM-A puanlarını güçlü biçimde artırması, ölçeğin ölçtüğü yapıyla uyumludur; ancak çalışmamızda uyku bozuklukları ve uyum bozukluğunun da bağımsız belirleyiciler olarak öne çıkması, anksiyetenin yalnızca primer anksiyete tanılarıyla sınırlı olmadığını göstermektedir. Özellikle uyku bozuklukları ile anksiyete arasındaki güçlü ilişki, literatürde sıkça vurgulanan uyku–anksiyete–belirsizlik döngüsü ile örtüşmektedir. Organ nakli bekleme sürecinde uyku düzeninin bozulması, gece artan ruminasyonlar ve bedensel duyumlara odaklanma, anksiyete belirtilerini hem tetikleyen hem de sürdüren bir mekanizma olarak işlev görebilmektedir.

Karaciğer nakli bekleyen hastalarda anksiyete düzeyleri anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (OR=11.01, p=0.026). Bu bulgu, karaciğer yetmezliğinin dalgalı

seyri ve yüksek mortalite algısının anksiyete belirtilerini güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Literatürde karaciğer transplant adaylarında anksiyete prevalansının %20-50 arasında olduğu bildirilmektedir (208).

2017 de yapılan prospektif bir çalışmada karaciğer transplant adaylarının %49'unda klinik düzeyde anksiyete saptanmıştır (209). Transplant sonrası dönemde de karaciğer alıcılarının %30'unda anksiyete görülürken, bu oran böbrek alıcılarında %20'dir (210).

Karaciğer hastalığının altta yatan nedenleri (alkol, viral hepatit) ile ilişkili stigma ve suçluluk duygularının da psikolojik yükü artırdığı bildirilmektedir. Böbrek yetmezliğinde ise diyaliz tedavisi ile hastalık yönetilebilirken, karaciğer yetmezliğinde transplant dışında etkin tedavi seçeneğinin sınırlı olması, hastaların belirsizlik ve ölüm korkusu yaşamasına neden olmaktadır (211).

Buna karşılık evli olmanın, çalışmıyor veya emekli olmanın anksiyete şiddetiyle ters yönde ilişkili bulunması, klinik açıdan önemli bir örüntüye işaret etmektedir. Evli bireylerde sosyal destek ve bakım paylaşımının, anksiyete belirtilerini tamponlayıcı bir rol oynadığı düşünülebilir. Çalışmayan ya da emekli hastalarda ise iş yükü, performans beklentisi ve üretkenlik baskısının azalması, bekleme sürecinin yarattığı kaygıyı sınırlayabilir.

Patel ve arkadaşlarının (2025) kronik böbrek hastalarında yürüttüğü geniş örneklemli çalışmada, katılımcıların %84,4'ünde hafif düzeyde anksiyete ve %50'sinde hafif–orta düzeyde depresyon saptanmıştır (212). Çalışmada, anksiyete ve depresyon puanlarının yaşam kalitesi (SF-36) ile anlamlı ve ters yönlü ilişkili olduğu, ileri evre böbrek yetmezliği ve düşük yaşam kalitesi değişkenlerinin daha yüksek anksiyete ve depresyon olasılığıyla ilişkili bulunduğu bildirilmiştir. Bizim örneklemimizde de HAM-A (10,49 ± 9,00) ve HAM-D (11,51 ± 9,91) ortalamaları "hafif" aralığında olup, duygusal belirtilerin yaşam kalitesiyle negatif ilişkisi literatürde bildirilen eğilimle örtüşmektedir. Patel ve arkadaşlarının vurguladığı gibi, düzenli psikiyatrik değerlendirme ve erken müdahale, bu hasta grubunda hem psikolojik iyi oluşu hem de tedaviye uyumu belirgin şekilde artırma potansiyeline sahiptir (212).

Örneklemimizde Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalaması 3,78 ± 3,87 olup genel olarak düşük–orta düzeydedir. Organ spesifik olmayan kohortlarda Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalaması çoğunlukla orta düzeylere yakındır: Ercan ve arkadaşlarının Ankara'da 320 hastada ortalama Beck Umutsuzluk Ölçeği 9,63 ± 5,56 bildirmiş ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin yaş, çocuk sayısı ve diyaliz süresiyle pozitif korele olduğunu göstermiştir (213). Yakaryılmaz ve arkadaşlarının (2022) yaşlı ve daha genç hasta gruplarını kıyaslamış; yaşlı grupta fonksiyonellik ve uyku daha kötü olsa da Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarında grup farkı saptamamış, Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin depresyonla pozitif ilişkili olduğunu bildirmiştir (214).

Çalışmamızda depresif bozukluklar, uyku bozuklukları ve uyum bozukluğunun Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarını anlamlı şekilde artırdığı, ancak anksiyete bozukluklarının anlamlı etki göstermediği saptanmıştır. Umutsuzluk düzeylerinin anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmaması, buna karşılık depresif bozukluklarda belirgin biçimde artmış olması, umutsuzluğun anksiyeteden ziyade depresyonun temel bilişsel bileşenlerinden biri olduğunu gösteren literatürle uyumludur. Umutsuzluk, depresif bozuklukların temel özelliklerinden biri olup, bilişsel kırılganlık ile depresif bozukluklar arasında köprü oluşturan yapı olarak tanımlanmaktadır (40,134).

Anksiyete bozukluklarında belirsizlik ve tehdit algısı ön plandayken, depresyonda geleceğe yönelik olumsuz beklentiler, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının daha belirgin olduğu bilinmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz ve transplant hastalarında umutsuzluk, intihar düşüncesi ve depresyon semptomları açısından fark bulunmadığı, her iki grupta da %2'sinin orta-yüksek umutsuzluk gösterdiği bildirilmiştir. Transplant alıcılarında umutsuzluğun en sık görülen depresif belirti olduğu, hastaların %20'sinde umutsuzluk semptomlarının bulunduğu rapor edilmiştir (215).

İleri yaşın umutsuzluk düzeyini azalttığı bulgusu, literatürdeki yaşla birlikte artan olgunluk, deneyim ve başa çıkma becerilerinin gelişimi ile açıklanabilir. Literatürde yaşlı hastalarda yaşam deneyimlerinin stresle baş etme kapasitesini artırdığı ve sorunlara daha olgun yaklaştıkları bildirilmektedir (216). Ayrıca organ transplant bekleyen ileri yaş grubundaki hastalarda, beklentilerin daha gerçekçi olması ve yaşam perspektifinin değişmesi umutsuzluk düzeyini azaltmış olabilir. Genç

hastalarda ise hastalığın kariyer, sosyal yaşam ve gelecek planları üzerindeki yıkıcı etkisi daha fazla umutsuzluğa neden olabilmektedir. Çocuk sayısının artması ile umutsuzluk düzeyinin artması organ transplant bekleyen hastalarda çocuklarına bakmaktan sorumlu olma yükü, mali kaygılar ve ebeveynlik sorumluluklarını yerine getirememe endişesi umutsuzluk duygusunu artırmış olabilir. Literatürde kronik hastalığı olan ebeveynlerde çocuklarına yük olma korkusu, geleceklerini görememe ve onlara bakamama endişesinin psikolojik distresi artırdığı bildirilmiştir (217). Çocuk sahibi olmanın sosyal destek sağlaması beklense de, ciddi hastalık durumunda tersine bir stres kaynağına dönüşebilir.

Bu sonuçlar, organ nakli adaylarında umutsuzluğun özellikle genç bireylerde yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BSSI) ortalaması 1.17 ± 2.09 olarak bulunmuştur. Dağılımın belirgin şekilde sağa çarpık olması (Skewness = 3.20) örneklemdeki hastaların büyük çoğunluğunun intihar düşüncesi bildirmediğini, yalnızca küçük bir grubun (yaklaşık %4–5) anlamlı düzeyde puan aldığını göstermektedir. Lojistik regresyon analizinde ise psikiyatrik bozukluk varlığının BSSI puanlarıyla güçlü biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır ($\beta = 2.756$; $p < 0.001$). Bu bulgu, depresif bozukluklar ya da anksiyete bozuklukları saptanan hastalarda intihar düşüncelerinin belirginleştiğini, ancak genel popülasyonda düşük kaldığını göstermektedir.

Literatürde, diyaliz veya pretransplant hasta gruplarında intihar düşüncesi sıklığı %10–25 aralığında bildirilmiştir. Örneğin, Dicle Üniversitesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde yapılan bir çalışmada SAPD hastalarının %25'inde farklı düzeylerde intihar düşüncesi saptanmış ve bu durumun yüksek HAM-D skorlarıyla güçlü korelasyon gösterdiği rapor edilmiştir ($r = 0.77$, $p < 0.0001$) (218). Buna karşılık, bizim örneklemimizde oran belirgin biçimde daha düşük bulunmuştur.

Son yayınlanan bir sistematik derleme ve meta-analizde (2025), 12 çalışma ve toplam 1259 hemodiyaliz hastası değerlendirilmiş; intihar riski prevalansı %20,6 olarak bildirilmiştir (aralık: %4,0–57,3). Bu oran, ortalama ölçek puanlarını değil,

çalışmalarda kullanılan intihar değerlendirme ölçeklerinde klinik olarak anlamlı kabul edilen kesme puanlarının üzerinde kalan bireylerin oranını ifade etmektedir.

Çalışmamızda saptanan düşük ortalama intihar düşüncesi düzeyi, nakil bekleme listesinin sunduğu umut ve geleceğe yönelik beklentinin yanı sıra sosyokültürel faktörlerle ilişkili olabilir.

Nitekim Birleşik Krallık'ta ulusal temsili örneklemle yürütülen bir çalışmada (n = 7.403), dini aidiyete sahip bireylerde son 12 ayda intihar düşüncesi prevalansının daha düşük olduğu (%3,2'ye karşı %5,4) ve dini inancın hem intihar düşüncesi hem de yaşam boyu intihar girişimi açısından anlamlı derecede daha düşük olasılıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (OR = 0,71–0,83) (219). Türkiye genelinde yürütülen, tabakalı örnekleme dayalı geniş örneklemli sosyolojik araştırmalarda Doğu Anadolu Bölgesi'nde öznel dindarlık bildirimi ve dini pratiklerin sürekliliğinin ülke ortalamasının üzerinde olduğu raporlanmıştır (220).

Çalışmamızda depresif bozukluklar, uyum bozukluğu ve uyku bozukluklarının intihar düşüncesi riskini anlamlı derecede artırdığı saptanmıştır. Depresif bozukluklar intihar düşüncesi riskini 19.00 kat ($p<0.001$), uyum bozukluğu 17.96 kat ($p=0.001$) ve uyku bozuklukları 12.67 kat ($p<0.001$) artırmaktadır. İntihar düşüncesinin duygudurum bozuklukları ve umutsuzluk ile pozitif ilişkili olduğu bilinmektedir. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği'nin depresyon, umutsuzluk ve daha önce yapılmış intihar girişimleri ile yüksek korelasyon gösterdiği bildirilmişti. (221)

Karaciğer transplant alıcılarında %58.82'sinde psikiyatrik hastalık bulunduğu ve bu durumun İntihar Düşüncesi Ölçeği skorlarını anlamlı şekilde artırdığı ($p=0.032$), major depresyon tanısı olan hastaların daha düşük tedavi uyumu ($p\leq0.001$) ve artmış kronik red riski ($p=0.011$) gösterdiği saptanmıştır (222).

Hemodiyaliz ve transplant hastalarında intihar düşüncesi prevalansının %4-6 arasında olduğu, her iki grupta da benzer oranlarda gözlendiği rapor edilmiştir (223). Çalışmamızda anksiyete bozukluğunun intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmaması, daha önce umutsuzluk bulgularında da gözlendiği gibi, intihar düşüncesinin depresyon

ve umutsuzluk ile doğrudan ilişkili bilişsel yapıların bir parçası olduğunu göstermektedir

Çalışmamızda alkol kullanan hastalarda intihar düşüncesi riskinin 3.15 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.040). Literatürde alkol kullanımı ile intihar düşüncesi arasında karmaşık ve çift yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Alkol kullanımının, özellikle akut dönemde dürtü kontrolünü zayıflatması, problem çözme becerilerini bozması ve negatif duygulanımı derinleştirmesi yoluyla intihar düşüncesini tetikleyebildiği; prospektif çalışmalar ve meta-analizlerde alkol kullanımının intihar düşüncesi ve girişimi için anlamlı bir risk faktörü olarak öne çıktığı gösterilmiştir (224). Öte yandan, intihar düşüncesi bulunan bireylerin anksiyete, umutsuzluk ve ruminatif düşüncelerle başa çıkma amacıyla alkol kullanımına yönelebileceği, bu durumun alkol kullanımını sürdürücü ve ağırlaştırıcı bir rol oynayabileceği de bildirilmektedir. Bu bağlamda, alkol kullanımı intihar düşüncesi için daha çok tetikleyici bir risk faktörü olarak değerlendirilebilirken, intihar düşüncesinin alkol kullanımını sürdürerek karşılıklı bir kısır döngü oluşturabileceği düşünülmektedir (225).

Bu sonuçlar, organ nakli adaylarında intihar riskinin yalnızca depresyonla sınırlı olmadığını; uyum güçlüğü, uyku bozukluğu ve alkol kullanımı gibi klinik durumların özellikle dikkatle izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) ortalaması 30,94 ± 12,95 olarak bulunmuş ve bu değer, organ nakli bekleme listesinde yer alan hastalarda belirsizliğe ilişkin belirgin bir hassasiyet olduğunu göstermiştir. Puanların geniş bir aralıkta dağılması, bekleme sürecinin hastalar tarafından oldukça farklı algılandığını ve örneklem içinde belirgin bir klinik heterojenlik bulunduğunu düşündürmektedir. Çok değişkenli analizlerde herhangi bir psikiyatrik bozukluk varlığı, BTÖ-12 puanlarıyla güçlü ve bağımsız biçimde ilişkili bulunmuştur ($\beta = 16,391$; $p < 0,001$); bu bulgu, belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikiyatrik bozukluklarla ortak bir alanı yansıttığını desteklemektedir.

Çalışmamızda evli olan hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Organ nakli bekleme süreci, yüksek

düzeyde belirsizlik içeren ve bireyin kontrol alanını ciddi biçimde sınırlayan kronik bir stresör niteliğindedir. Bu süreçte evlilik, yalnızca bir sosyal statü olarak değil; bakımın paylaşılması, karar verme süreçlerine ortaklık ve duygusal yükün bölüşülmesi açısından işlevsel bir destek kaynağı olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda evli bireylerde belirsizliğin daha tolere edilebilir hale gelmesi, bekleme sürecinin öznel algısının ilişkisel düzeyde düzenlenmesiyle ilişkili olabilir.

Literatürde evlilik statüsünün belirsizliğe tahammülsüzlük üzerindeki etkisini doğrudan inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, algılanan eş desteğinin belirsizliğe tahammülsüzlüğü anlamlı biçimde azalttığı gösterilmiştir (174). Bu bulgu, güçlü sosyal desteğin belirsizliğin psikolojik yükünü hafiflettiğini ve bireylerin belirsiz durumlarla baş etme kapasitesini artırabileceğini düşündürmektedir. Bu çerçevede, çalışmamızda evli hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin daha düşük bulunması, evliliğin sağladığı ilişkisel ve duygusal desteğin belirsizlik algısını düzenleyici bir rol üstlenmesiyle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişim, süreci araştırma ve tıbbi belirsizlikleri bilişsel olarak yapılandırma konusunda daha aktif olmalarıyla ilişkili olabilir. Literatürde eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını artırdığı ve bireylerin hastalık sürecine ilişkin belirsizlikleri daha iyi anlamlandırmalarına olanak sağladığı bildirilmektedir (226). Ayrıca belirsizlik algısının, bireyin mevcut bilgi düzeyi ve bilgiyi organize edebilme kapasitesiyle yakından ilişkili olduğu; aktif bilgi arama davranışının belirsizliğin psikolojik yükünü azaltabildiği gösterilmiştir (227). Bu çerçevede, çalışmamızda üniversite mezunu hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin daha düşük bulunması, sürecin daha iyi anlaşılması ve öngörülebilir hale getirilmesiyle ilişkili olabilir.

Savsar ve ark. (2025), 117 karaciğer nakli alıcısında İUS-12 ortalamasını 41,04 ± 13,11 olarak bildirmiş ve özellikle genç alıcılarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün daha yüksek olduğunu göstermiştir (228). Böbrek nakli bekleyen hastaların yaşam deneyimini “sürekli alarm hâli”, “askıda kalmışlık” ve “geleceğini planlayamama” üzerinden tanımladıklarını, yani belirsizliğin benlik algısı ve zaman duygusunu

bozduğu gösterilmiştir (229). Böbrek nakli bekleyen hastalarda yapılan çalışmalarda da, özellikle bekleme süresi uzadıkça ve prognoz öngörülemez hale geldikçe, belirsizliğin umut düzeyi ve psikolojik iyi oluş üzerinde belirleyici olduğu bildirilmiştir. Menekli ve Şentürk'ün (2023), böbrek nakli bekleyen 355 hastada yaptığı çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük kısa ölçek ortalaması 53,03 ± 5,11 saptanmıştır; yazarlar, nakil bekleyen hastalarda belirsizliğin doğrudan kaygı yükünü besleyen temel süreç olduğunu vurgulamaktadır (230).

Bu verilerle birlikte değerlendirildiğinde, çalışmamızda saptanan BTÖ-12 düzeyleri ve psikiyatrik bozukluk varlığı ile olan güçlü ilişkisi, organ nakli adaylarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikiyatrik değerlendirmelerde bir hedef alan olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Transplant öncesi psikiyatrik değerlendirmenin, yalnızca depresyon ve anksiyete tanılarına odaklanmak yerine, belirsizlikle baş etme becerilerini güçlendirmeye yönelik bilgilendirme, yapılandırılmış izlem ve psikoeğitim müdahalelerini de içermesi klinik açıdan önem taşımaktadır.

5.4. Ölçeklerin Korelasyonunun Tartışılması

Spearman korelasyon analizi sonuçları, çalışmada kullanılan tüm ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. En güçlü korelasyon HAM-D ile HAM-A arasında saptanmış ve bu ilişki "çok güçlü" düzeyde değerlendirilmiştir. Bu bulgu, depresyon ve anksiyetenin organ nakli bekleme sürecinde büyük ölçüde birlikte seyrettiğini ve iki yapının bu hasta grubunda belirgin bir örtüşme gösterdiğini desteklemektedir. Literatürde de depresyon ve anksiyetenin yüksek komorbidite oranıyla birlikte görüldüğü ve özellikle kronik hastalık süreçlerinde negatif duygulanım ile stres reaktivitesi gibi ortak bir zeminde şekillendiği bildirilmektedir. Pretransplant dönemde belirsizlik, kontrol kaybı ve ölüm kaygısının eş zamanlı olarak devrede olması, bu iki duygulanım boyutunun ayrışmasını güçleştirmekte ve klinik tablonun karma bir örüntü sergilemesine zemin hazırlamaktadır (206).

HAM-D'nin BHS ve BTÖ-12 ile güçlü düzeyde korelasyon göstermesi, depresif belirti şiddetinin umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlükle yakından

ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Bu ilişki, depresyonun bilişsel modelleriyle uyumludur; söz konusu modellerde umutsuzluk, depresif sürecin hem belirtisi hem de sürdürücü mekanizması olarak tanımlanmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon şiddetiyle bu denli güçlü ilişkili bulunması ise özellikle organ nakli bekleme sürecinin doğasıyla örtüşmektedir: Donörün ne zaman çıkacağının belirsizliği, bekleme listesindeki sıranın öngörülememesi ve hastalığın seyrine ilişkin kontrol edilemeyen değişkenler, depresif belirtileri hem tetikleyen hem de derinleştiren bilişsel bir kırılganlık zemini oluşturabilmektedir (41,134).

HAM-D ile BSSI arasındaki orta-güçlü korelasyon, intihar düşüncesinin depresif belirti şiddetiyle doğrusal bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, intihar düşüncesinin bu örneklemde bağımsız bir klinik küme oluşturmaktan ziyade depresif sürecin bir parçası olarak ortaya çıktığını düşündürmekte ve depresif belirti şiddeti arttıkça intihar riskinin de yakından izlenmesi gerektiğini klinik açıdan vurgulamaktadır. BHS ile BSSI arasındaki korelasyon da umutsuzluğun intihar düşüncesiyle olan bilinen ilişkisini desteklemekte; Beck'in bilişsel modelinde umutsuzluğun intihar riskinin temel aracı değişkeni olduğu görüşüyle örtüşmektedir (222).

BTÖ-12'nin diğer ölçeklerle orta düzeyde korelasyon göstermesi, belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon, anksiyete ve umutsuzlukla ilişkili olmakla birlikte onlardan bağımsız bir yapı olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgu, BTÖ-12'nin tezin temel hipotezlerinden birini destekler nitelikte olup belirsizliğe tahammülsüzlüğün pretransplant psikiyatrik değerlendirmede bağımsız bir hedef alan olarak ele alınmasını meşrulaştırmaktadır (227). Nitekim belirsizliğe tahammülsüzlük, hem anksiyete hem de depresyonun transdiagnostik bir risk faktörü olarak tanımlanmakta; ancak bu yapılarla tam örtüşmemesi, kendi başına klinik bir müdahale hedefi oluşturabileceğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, tüm ölçekler arasındaki pozitif ve anlamlı korelasyon örüntüsü, organ nakli bekleme sürecindeki psikolojik yükün tek boyutlu olmadığını; depresif belirtiler, anksiyete, umutsuzluk, intihar düşüncesi ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün birbiriyle ilişkili ve karşılıklı olarak besleyen bir yapı içinde yer aldığını göstermektedir. Bu bulgu, pretransplant psikiyatrik değerlendirmenin tek bir

ölçekle sınırlı tutulmaması ve boyutsal bir yaklaşımla yürütülmesi gerektiğini klinik açıdan desteklemektedir.

5.5. Çalışmanın Güçlülükleri ve Kısıtlılıkları

Bu çalışma, organ nakli bekleyen hastalarda psikiyatrik bozuklukların ve ilişkili psikolojik değişkenlerin çok boyutlu değerlendirilmesine olanak sağlaması açısından önemli bazı güçlü yönlere sahiptir. Öncelikle, örneklem tek merkezli olmakla birlikte nispeten geniş bir hasta grubundan (n=170) oluşmaktadır ve tüm katılımcılar pretransplant dönemde yüz yüze görüşme ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) ile değerlendirilmiş olması, psikiyatrik tanıların güvenilirliğini artıran önemli bir metodolojik üstünlüktür. Bunun yanı sıra, çalışmada yalnızca psikiyatrik bozuklukların sıklığı değil; belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve intihar düşüncesi gibi psikolojik değişkenler de birlikte incelenmiş ve çok değişkenli istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Bu yönüyle çalışma, organ nakli adayı hastalarda birden fazla psikolojik boyutu aynı anda değerlendiren sınırlı sayıdaki ulusal araştırmalardan biri olarak alana özgün bir katkı sunmaktadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ilk olarak, araştırma tek merkezli, kesitsel ve gözlemsel bir tasarıma sahiptir. Bu nedenle sonuçlar yalnızca Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'ne başvuran hastaları yansıtmaktadır; farklı bölgelerdeki sosyoekonomik, kültürel ve klinik farklılıklar göz önüne alındığında genelleme yapılırken dikkatli olunmalıdır. Ayrıca kesitsel tasarım, psikiyatrik bulgularla biyolojik veya klinik değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü göstermemekte, yalnızca eşzamanlı birliktelikleri tanımlamaktadır.

İkinci olarak, örneklem dağılımı organ türleri açısından dengesizdir. Çalışmaya dahil edilen 170 hastanın %94,7'si böbrek, yalnızca %5,3'ü karaciğer nakli adayıdır. Bu nedenle karaciğer yetmezliği hastalarına özgü psikiyatrik örüntüler, sayısal yetersizlik nedeniyle ayrı alt grup analizlerinde değerlendirilememiştir.

Üçüncü olarak, katılımcıların eğitim düzeyinin düşük ve sağlık okuryazarlığının sınırlı veri toplama sürecinde önemli bir zorluk oluşturmuştur.

Ölçekleri anlama güçlüğü yaşayan katılımcılarda ölçek yönergeleri yakınları tarafından okunmuş, bazı yanıtlar onların aracılığıyla verilmiştir. Bu durum özbildirim doğruluğunu etkileyebilecek bir dolaylı yanıt yanlılığı yaratmıştır.

Dördüncü olarak, kişilik bozuklukları, nörokognitif işlevler ve nörogelişimsel bozukluklar yalnızca bir oturumluk klinik görüşmeye dayalı olarak değerlendirilmiş; yapılandırılmış test veya uzun süreli gözlem temelli ölçümler uygulanamamıştır. Bu alanlar, özellikle kronik hastalık sürecinde işlevselliği belirleyen önemli değişkenler olmasına rağmen, görüşme süresinin sınırlı olması ve ölçeklerin uygulanabilirliğinin düşük olması nedeniyle net olarak değerlendirilememiştir.

Beşinci olarak, bazı değişkenlerde —özellikle cinsel işlev, intihar düşünceleri, alkol veya madde kullanımı gibi konularda— sosyal beğenirlik yanlılığı ve kültürel çekingenlik belirgindir. Mahremiyet, inanç ve kültürel normlar gereği bu temaların açıkça dile getirilmemesi, bazı olguların gözden kaçmasına veya olduğundan düşük bildirilmesine yol açmış olabilir.

Altıncı olarak, zeka geriliği, işitme ve konuşma engeli, Türkçe bilmeme gibi nedenlerle iletişim kurulamayan hastalarda psikiyatrik bozukluk sıklığının, belirsizliğe tahammülsüzlük ve umutsuzluk düzeylerinin diğer hastalardan farklı olabilme ihtimali nedeniyle bu hastaların çalışmaya dahil edilememesi kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

Hafif, orta veya ağır düzeyde zihinsel yetersizlik tanısı bulunan ya da klinik değerlendirmede bu düzeyde olduğu saptanan bireyler, yapılandırılmış klinik görüşmeye katılamayacak durumda oldukları için çalışmaya dahil edilmemiştir. Öte yandan, kronik böbrek yetmezliğinin kendisinin de bilişsel işlevleri olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir; uzun süreli hastalık yükü, tekrarlayan hastane yatışları, metabolik bozukluklar ve düşük eğitim düzeyi bu süreci hızlandıran faktörler arasında sayılabilir. Bu nedenle, söz konusu dışlama kriterinin örneklem kapsamını bir ölçüde daraltmış olabileceği ve çalışmamızın kısıtlılıkları arasında değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Ayrıca çalışma yalnızca başvuru dönemindeki tek zamanlı psikiyatrik değerlendirmeyi kapsamaktadır. Hastaların psikiyatrik izlemi, tedaviye yanıtı veya

transplantasyon sonrası süreçteki değişimleri izlenememiştir. Dolayısıyla, bulgular “anlık bir kesit” sunmakta, ruhsal durumun zaman içindeki değişimini göstermemektedir.

5.6. Klinik Çıkarımlar ve Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Bu çalışmanın bulguları, organ nakli bekleme döneminin yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda derin bir psikososyal süreç olduğunu göstermiştir. Nakil bekleyen hastalar, yaşamlarının hem fizyolojik hem de duygusal sınırlarında yaşarlar; belirsizlik, bağımlılık, kontrol kaybı ve ölüm kaygısı iç içe geçmiştir. Bu nedenle bu hasta grubunun değerlendirilmesinde psikiyatrik yaklaşım yalnızca bir "destek hizmeti" değil, sürecin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Bu bağlamda klinik çıkarımlarımız şu şekilde özetlenebilir:

Evli olmanın daha düşük anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile ilişkili bulunması, sosyal destek varlığının transplant sürecindeki koruyucu rolünü desteklemektedir. Bu bulgu, evliliğin sağladığı bakım paylaşımı, karar süreçlerine ortaklık ve duygusal yük bölüşümünün belirsizlik algısını düzenleyici bir rol üstlendiğini düşündürmektedir.

Eğitim düzeyinin artmasıyla belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin azalması, bilgilendirme süreçlerinin hastanın bilişsel ve eğitimsel özelliklerine göre yapılandırılmasının klinik açıdan önemini ortaya koymaktadır. Yüksek eğitimli bireylerin sağlık okuryazarlığı ve süreci bilişsel olarak yapılandırabilme kapasitesinin daha güçlü olduğu değerlendirilmektedir.

Umutsuzluk düzeylerinin depresif bozukluklar, uyum bozukluğu ve uyku bozukluğu ile ilişkili bulunması; anksiyete bozukluğuyla ise ilişkili olmaması, umutsuzluğun bu örneklemde depresyonun temel bilişsel bileşenlerinden biri olduğunu ve transplant adaylarında depresif süreçlerle ilişkili bir klinik gösterge olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Özellikle genç hastalarda ve çocuk sayısı fazla olanlarda umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek seyretmesi, bu alt gruplarda umuda ve geleceğe yönelik terapötik çalışmanın önceliklendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Karaciğer transplantasyonu bekleyen hastalarda anksiyete düzeylerinin diğer organ gruplarına kıyasla belirgin biçimde yüksek saptanması, bu hasta grubunda daha ayrıntılı ve sık psikiyatrik değerlendirmenin gerekliliğine işaret etmektedir.

Çalışmayan ve emekli hastalarda psikiyatrik bozukluk şiddetinin daha düşük bulunması, transplant sürecinde yalnızca istihdam durumunun değil; çalışma koşulları, iş yükü ve rol çatışmalarının da psikososyal risk faktörleri olarak bütüncül biçimde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışma durumu tek yönlü bir risk ya da koruyucu faktör olarak değil, bireysel baş etme kapasitesi ve klinik bağlama göre etkisi değişen çok boyutlu bir değişken olarak ele alınmalıdır.

Tanıdan bağımsız olarak HAM-D, HAM-A, BHS, BSSI ve BTÖ-12 gibi boyutsal ölçekler bekleme sürecinde düzenli aralıklarla taranmalı ve izlenmelidir. Çoklu eksenlerde yüksek yük gösteren hastalar psikiyatri izlemi kapsamında öncelikli gruba alınmalıdır.

Umutsuzluk ve intihar düşüncesi puanları yüksek olan olgularda sistematik güvenlik planı oluşturulmalı ve yakın klinik izlem sağlanmalıdır. İntihar düşüncesi riskinin yalnızca depresyonla sınırlı olmadığı; uyum güçlüğü, uyku bozukluğu ve alkol kullanımının da bağımsız risk faktörleri olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikiyatrik bozukluklarla güçlü ve bağımsız biçimde ilişkili bulunması, bu yapının transplant sürecindeki psikolojik stresin çekirdeğinde yer aldığını göstermektedir. Bilişsel-davranışçı psiko-eğitim, bilişsel yeniden çerçeveleme ve planlanabilir kontrol alanları oluşturmaya yönelik müdahaleler tüm tanı gruplarında yararlı olabilir.

Psikiyatrik tanı alan hastaların yaklaşık dörtte birinin önerilen farmakolojik tedaviyi reddetmesi, transplant sürecinde psikiyatrik farkındalık, psiko-eğitim ve tedaviye yönelik bilgilendirme süreçlerinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sigara kullanım oranlarının yüksek, bırakma oranlarının düşük bulunması, sigara kullanımının yalnızca tıbbi riskler üzerinden değil, davranışsal ve psikososyal boyutlarıyla da ele alınması gereken bir alan olduğunu ortaya koymaktadır.

Önceden psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunan hastalarda transplant sürecinde yeni veya yineleyici psikiyatrik sorunların daha sık görülmesi, bu hasta grubunda önleyici psikiyatrik izlemin önemini vurgulamaktadır.

Organ nakli adaylarının psikiyatrik açıdan sistematik olarak değerlendirilmesi zorunludur. Bu değerlendirme, yalnızca başvuru sırasında bir "uygunluk kontrolü" olarak değil; bekleme, nakil ve posttransplant dönemi kapsayacak şekilde süreklilik içinde yürütülmelidir. Çünkü depresyon, anksiyete, uyum bozuklukları ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi ruhsal etkenler, yalnızca hastanın duygusal iyilik halini değil, aynı zamanda tedaviye uyumunu, immünsüpresif ilaç kullanımını ve greft sağkalımını da doğrudan etkileyebilmektedir.

Transplant ekiplerinde psikiyatristin aktif bir üye olarak yer alması, sürecin hem klinik hem de etik açıdan daha güvenli yürütülmesini sağlar. Özellikle kortikosteroid veya kalsinörin inhibitörü kullanan hastalarda tedaviye bağlı duygudurum değişikliklerinin erken fark edilmesi, hasta güvenliği ve ekip uyumu açısından kritik önem taşımaktadır. Bu çerçevede psikiyatri değerlendirmesi yalnızca tanı koymak değil; riskleri önceden öngörmek, gerekli koruyucu önlemleri almak ve tedavi planlarını bütüncül biçimde koordine etmek anlamına gelir.

Bu çalışmanın yürütüldüğü bölgenin sosyo-kültürel yapısı dikkate alındığında, kültürel olarak duyarlı yaklaşımların gerekliliği belirginleşmiştir. Türkçe anlama güçlüğü yaşayan, okuma-yazması olmayan veya formu kendi dolduramayan hastalar için görsel anlatım destekleri, sözlü bilgilendirme ve sadeleştirilmiş materyaller kullanılmalıdır. Bu yalnızca veri kalitesini değil, hastaların sürece katılımını da artıracaktır.

Organ nakli bekleyen hastalarda uyku bozuklukları, yeme davranışı değişiklikleri ve tedaviye uyum sorunları sık görülmektedir. Bu nedenle psikiyatrist, diyetisyen ve hemşire iş birliğiyle hazırlanmış yaşam tarzı müdahaleleri tedavi protokollerine entegre edilmelidir. Uyku hijyeni, stres yönetimi ve beslenme alışkanlıkları üzerine yapılacak basit müdahaleler ruhsal iyilik halini anlamlı biçimde güçlendirebilir.

Gelecekte yapılacak çalışmaların boylamsal izlem tasarımlarıyla yürütülmesi, hastaların ruhsal durumundaki değişimlerin zaman içindeki dinamiklerini daha iyi ortaya koyacaktır. Uzunlamasına çalışmalar, özellikle nakil sonrası dönemde psikiyatrik izlemin tedaviye uyum, greft sağkalımı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini açıklamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Ayrıca ağır ruhsal hastalık öyküsü (bipolar bozukluk, şizofreni vb.) bulunan adaylarda "psikiyatrik stabilite" kavramının objektif ölçütlerle tanımlanması gerekmektedir. Remisyon süresi, içgörü düzeyi ve ilaç uyumu gibi parametrelerin standardize edilmesi, nakil ekibi kararlarında tutarlılığı ve adaleti sağlayacaktır.

Son olarak bu çalışmanın bulguları, belirsizliğe tahammülsüzlüğün transplantasyon sürecindeki merkezi rolünü açıkça ortaya koymuştur. Pretransplant psikiyatrik değerlendirmelerde belirsizliğe tahammülsüzlük, ruhsal dayanıklılığın bir göstergesi olarak dikkate alınmalı; bilgilendirme ve psikoeğitim süreçleri bu alana odaklanmalıdır.

6. SONUÇ

Bu çalışma, organ nakli bekleme listesinde yer alan hastalarda psikiyatrik morbiditenin yaygın, çok boyutlu ve klinik olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Bulgular, depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının en sık görülen bozukluklar olduğunu, ancak uyum bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozukluğu gibi farklı psikiyatrik durumların da azımsanmayacak sıklıkta görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, organ nakli sürecinin bireyin yalnızca bedensel değil, ruhsal sınırlarını da zorlayan bir yaşam dönemi olduğunu desteklemektedir.

Psikiyatrik belirtiler, tıbbi sürecin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilmekte; tedaviye uyumu, yaşam kalitesini ve nakil başarısını doğrudan etkileyebilmektedir. Bu nedenle, nakil adaylarının değerlendirilmesinde psikiyatri, etik ve tıbbi karar süreçlerinin merkezinde yer almalıdır. Hastaların ruhsal dayanıklılığı, belirsizlikle başa çıkma becerileri, sosyal destek düzeyleri ve inanç sistemleri, yalnızca bireysel değil, klinik sonuçları da belirleyen temel unsurlardır.

Katılımcıların büyük bölümünde saptanan düşük umutsuzluk düzeyleri ve intihar oranları, bölgesel dayanışma kültürü, güçlü inanç sistemi ve aile desteğinin koruyucu etkisini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, organ nakli süreci yalnızca bir cerrahi işlem değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğün yeniden kurulma sürecidir. Bu bütünlük ancak multidisipliner bir yaklaşımla korunabilir. Psikiyatrik değerlendirmenin rutinleştirilmesi, erken tanı ve uygun müdahale protokollerinin oluşturulması, hem hasta iyilik halini hem de organ nakli başarısını artıracaktır.

KAYNAKÇA

1. Schulz KH, Kroencke S. Psychosocial challenges before and after organ transplantation. TRRM. 04 Ağustos 2015;7:45-58. doi:10.2147/TRRM.S53107
2. Scheuher C. A Review of Organ Transplantation: Heart, Lung, Kidney, Liver, and Simultaneous Liver-Kidney. Crit Care Nurs Q. 2016;39(3):199-206. doi:10.1097/CNQ.0000000000000115 PubMed PMID: 27254636.
3. Aydemir İ. ORGAN NAKLİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 01 Haziran 2015;(5):5.
4. Pascazio L, Nardone IB, Clarici A, Enzmann G, Grignetti M, Panzetta GO, vd. Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. Transplant Proc. Kasım 2010;42(9):3586-90. doi:10.1016/j.transproceed.2010.08.056 PubMed PMID: 21094820.
5. Bailey P, Vergis N, Allison M, Riddell A, Massey E. Psychosocial Evaluation of Candidates for Solid Organ Transplantation. Transplantation. Aralık 2021;105(12):e292. doi:10.1097/TP.0000000000003732
6. Cleveland Clinic [İnternet]. [a.yer 17 Haziran 2025]. Organ failure. Erişim adresi: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24679-organ-failure
7. Wouk N. End-Stage Renal Disease: Medical Management. Am Fam Physician. 01 Kasım 2021;104(5):493-9. PubMed PMID: 34783494.
8. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, vd. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology. Şubat 2001;33(2):464-70. doi:10.1053/jhep.2001.22172 PubMed PMID: 11172350.
9. Saliba F. The Molecular Adsorbent Recirculating System (MARS) in the intensive care unit: a rescue therapy for patients with hepatic failure. Crit Care. Şubat 2006;10(1):118. doi:10.1186/cc4825 PubMed PMID: 16542471; PubMed Central PMCID: PMC1550821.
10. Nyberg SL, Misra SP. Hepatocyte liver-assist systems--a clinical update. Mayo Clin Proc. Ağustos 1998;73(8):765-71. doi:10.4065/73.8.765 PubMed PMID: 9703304.
11. Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, vd. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Eur Respir J. Ağustos 2017;50(2):1602426. doi:10.1183/13993003.02426-2016 PubMed PMID: 28860265.
12. Meng F, Zhu C, Zhu C, Sun J, Chen D, Ding R, vd. Epidemiology and pathogen characteristics of infections following solid organ transplantation. J Appl Microbiol. 02 Aralık 2024;135(12):lxae292. doi:10.1093/jambio/lxae292 PubMed PMID: 39567858.
13. GODT [İnternet]. [a.yer 26 Haziran 2025]. Home. Erişim adresi: https://www.transplant-observatory.org/

14. Lentine KL, Smith JM, Lyden GR, Miller JM, Booker SE, Dolan TG, vd. OPTN/SRTR 2023 Annual Data Report: Kidney. Am J Transplant. Şubat 2025;25(2S1):S22-137. doi:10.1016/j.ajt.2025.01.020 PubMed PMID: 39947805.

15. Türkiye Organ Nakli Vakfı - Hayat Devam Etsin [İnternet]. [a.yer 27 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.tonv.org.tr/

16. Türkiye'de Organ Bağışı Bilinci ve Nakil Sayıları Umudu Artıyor [İnternet]. [a.yer 26 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-100635/turkiyede-organ-bagisi-bilinci-ve-nakil-sayilari-umudu-artiyor.html?utm_source=chatgpt.com

17. Oliver M, Woywodt A, Ahmed A, Saif I. Organ donation, transplantation and religion. Nephrology Dialysis Transplantation. 01 Şubat 2011;26(2):437-44. doi:10.1093/ndt/gfq628

18. Gulsoy Z, Ozdemir Kol I, Yildirim G. Evaluation of Reasons for Not Giving Donor Consent by Families of Patients With Brain Death: A Retrospective, Mixed-Method Study. Exp Clin Transplant. Ocak 2024;22(1):63-70. doi:10.6002/ect.2021.0295 PubMed PMID: 34763631.

19. Karagülle E, Türk E, Yıldırım E, Erdoğan H, Karakoç F, Kırnap M, vd. The Number of Patients Diagnosed with Brain Death and Organ Donation Rates at the Başkent University Konya Hospital: 6-Year Experience. Exp Clin Transplant. Ocak 2020;18(Suppl 1):60-3. doi:10.6002/ect.TOND-TDTD2019.P1 PubMed PMID: 32008497.

20. Wang V, Vilme H, Maciejewski ML, Boulware LE. The Economic Burden of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease. Semin Nephrol. Temmuz 2016;36(4):319-30. doi:10.1016/j.semnephrol.2016.05.008 PubMed PMID: 27475662.

21. Chadban S, Arıcı M, Power A, Wu MS, Mennini FS, Álvarez JJA, vd. Projecting the economic burden of chronic kidney disease at the patient level (Inside CKD): a microsimulation modelling study. eClinicalMedicine. 01 Haziran 2024;72. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102615

22. Parfrey PS, Vavasour HM, Henry S, Bullock M, Gault MH. Clinical features and severity of nonspecific symptoms in dialysis patients. Nephron. 1988;50(2):121-8. doi:10.1159/000185141 PubMed PMID: 3065660.

23. Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JM, Wouters EF. Symptoms, Comorbidities, and Health Care in Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Chronic Heart Failure. Journal of Palliative Medicine. Haziran 2011;14(6):735-43. doi:10.1089/jpm.2010.0479

24. Ceyhan Y, Soylu D. Moderator Effect of Transplant Waiting Time on the Relationship Between Hopelessness and Death Anxiety in Patients Waiting for Organ Transplant. Omega (Westport). Şubat 2024;88(3):785-806. doi:10.1177/00302228231208389 PubMed PMID: 37853600.

25. Unruh ML, Hess R. Assessment of health-related quality of life among patients with chronic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis. Ekim 2007;14(4):345-52. doi:10.1053/j.ackd.2007.07.011 PubMed PMID: 17904501.

26. Li PKT, Chu KH, Chow KM, Lau MF, Leung CB, Kwan BCH, vd. Cross sectional survey on the concerns and anxiety of patients waiting for organ transplants. Nephrology. 2012;17(5):514-8. doi:10.1111/j.1440-1797.2012.01615.x

27. Zimmermann T, Pabst S, Bertram A, Schiffer M, de Zwaan M. Differences in emotional responses in living and deceased donor kidney transplant patients. Clin Kidney J. Haziran 2016;9(3):503-9. doi:10.1093/ckj/sfw012 PubMed PMID: 27274840; PubMed Central PMCID: PMC4886908.

28. Sitjar-Suñer M, Suñer-Soler R, Masià-Plana A, Chirveches-Pérez E, Bertran-Noguer C, Fuentes-Pumarola C. Quality of Life and Social Support of People on Peritoneal Dialysis: Mixed Methods Research. International Journal of Environmental Research and Public Health. Ocak 2020;17(12):12. doi:10.3390/ijerph17124240

29. Untas A, Thumma J, Rascle N, Rayner H, Mapes D, Lopes AA, vd. The Associations of Social Support and Other Psychosocial Factors with Mortality and Quality of Life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. Ocak 2011;6(1):142. doi:10.2215/CJN.02340310

30. Doi S, Sekiguchi M, Motoya R, Kanazawa J, Sato M, Harada H, vd. Associations Between Recipients' Feelings of Guilt for Donor and Depressive Symptoms Before Living Kidney Transplantation. Transplant Proc. Nisan 2022;54(3):622-6. doi:10.1016/j.transproceed.2021.10.033 PubMed PMID: 35307190.

31. de la Cuesta-Benjumea C, Hernádez-Ibarra LE, Arredondo-González CP. Living normally without being oneself: A qualitative study on the experience of living with advanced chronic kidney disease. PLoS One. 2023;18(12):e0295506. doi:10.1371/journal.pone.0295506 PubMed PMID: 38128051; PubMed Central PMCID: PMC10734919.

32. Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant. Aralık 2008;23(12):3749-51. doi:10.1093/ndt/gfn577 PubMed PMID: 19028759.

33. Tong A, Sainsbury P, Craig JC. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant. Aralık 2008;23(12):3960-5. doi:10.1093/ndt/gfn415 PubMed PMID: 18658178.

34. Sosyal Destek ve Kronik Böbrek Hastalığı: Bir Güncelleme - ScienceDirect [İnternet]. [a.yer 30 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1548559507000614

35. ResearchGate [İnternet]. [a.yer 30 Haziran 2025]. How Does Social Media Exacerbate Feelings of Inadequacy and Social Comparison Among Young Adults: A Literature Review. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/380537495_How_Does_Social_Medi

a_Exacerbate_Feelings_of_Inadequacy_and_Social_Comparison_Among_Young_Adults_A_Literature_Review

36. Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol. Haziran 2009;4(6):1057-64. doi:10.2215/CJN.00430109 PubMed PMID: 19423570; PubMed Central PMCID: PMC2689883.

37. Waqar U, Khan MMM, Woldesenbet S, Munir MM, Endo Y, Katayama E, vd. Disparities in Liver Transplantation Rates and Outcomes Among Adults with and without Mental Illnesses. Journal of Gastrointestinal Surgery. 01 Kasım 2023;27(11):2434-43. doi:10.1007/s11605-023-05814-6

38. Lentine KL, Naik AS, Ouseph R, Zhang Z, Axelrod DA, Segev DL, vd. Antidepressant medication use before and after kidney transplant: implications for outcomes - a retrospective study. Transpl Int. Ocak 2018;31(1):20-31. doi:10.1111/tri.13006 PubMed PMID: 28771882; PubMed Central PMCID: PMC6334638.

39. Berk M, Williams LJ, Jacka FN, O'Neil A, Pasco JA, Moylan S, vd. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? BMC Med. 12 Eylül 2013;11(1):200. doi:10.1186/1741-7015-11-200

40. Andrade SV, Sesso R, Diniz DH de MP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. J Bras Nefrol. 2015;37(1):55-63. doi:10.5935/0101-2800.20150009 PubMed PMID: 25923751.

41. McEvoy PM, Mahoney AEJ. To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. Behav Ther. Eylül 2012;43(3):533-45. doi:10.1016/j.beth.2011.02.007 PubMed PMID: 22697442.

42. Azab AN, Shnaider A, Osher Y, Wang D, Bersudsky Y, Belmaker RH. Lithium nephrotoxicity. Int J Bipolar Disord. 05 Haziran 2015;3(1):13. doi:10.1186/s40345-015-0028-y

43. López-Navas A, Ríos A, Riquelme A, Martínez-Alarcón L, Pons JA, Ramírez P, vd. Obsessive-compulsive psychological symptoms of patients on the liver transplant waiting list. Transplant Proc. Ekim 2010;42(8):3153-5. doi:10.1016/j.transproceed.2010.05.060 PubMed PMID: 20970633.

44. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. Nat Rev Cardiol. Mart 2017;14(3):145-55. doi:10.1038/nrcardio.2016.181 PubMed PMID: 27853162.

45. Serpico S, Parsikia A, Goodarzi A, Manikath James R, Koizumi N, Ortiz J. Suicide amongst transplant recipients: Trends and unique risk factors. Clin Transplant. Haziran 2022;36(6):e14669. doi:10.1111/ctr.14669 PubMed PMID: 35398909.

46. Shemesh Y, Peles-Bortz A, Peled Y, HarZahav Y, Lavee J, Freimark D, vd. Feelings of indebtedness and guilt toward donor and immunosuppressive medication adherence among heart transplant (HTx) patients, as assessed in a

cross-sectional study with the Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAASIS). Clin Transplant. Ekim 2017;31(10). doi:10.1111/ctr.13053 PubMed PMID: 28696505.

47. Bourkas S, Achille M. The psychosocial adjustment of kidney recipients across donation contexts. J Health Psychol. Eylül 2023;28(11):1011-23. doi:10.1177/13591053221149780 PubMed PMID: 36688379; PubMed Central PMCID: PMC10492421.

48. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study. Clin Transplant. Aralık 2002;16(6):455-60. doi:10.1034/j.1399-0012.2002.02080.x PubMed PMID: 12437627.

49. Achille MA, Ouellette A, Fournier S, Vachon M, Hébert MJ. Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. Clin Transplant. 2006;20(3):301-6. doi:10.1111/j.1399-0012.2005.00478.x PubMed PMID: 16824145.

50. Uyar B. The analysis of immunosuppressant therapy adherence, depression, anxiety, and stress in kidney transplant recipients in the post-transplantation period. Transpl Immunol. Aralık 2022;75:101686. doi:10.1016/j.trim.2022.101686 PubMed PMID: 35961441.

51. Gangeri L, Scrignaro M, Bianchi E, Borreani C, Bhoorie S, Mazzaferro V. A Longitudinal Investigation of Posttraumatic Growth and Quality of Life in Liver Transplant Recipients. Prog Transplant. Eylül 2018;28(3):236-43. doi:10.1177/1526924818781569 PubMed PMID: 29945480.

52. Flythe JE, Powell JD, Poulton CJ, Westreich KD, Handler L, Reeve BB, vd. Patient-Reported Outcome Instruments for Physical Symptoms Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. Am J Kidney Dis. Aralık 2015;66(6):1033-46. doi:10.1053/j.ajkd.2015.05.020 PubMed PMID: 26210069; PubMed Central PMCID: PMC4658252.

53. Ltd HP. HealthMatch [İnternet]. 2023 [a.yer 03 Temmuz 2025]. End-Stage Liver Disease: Symptoms Before Death. Erişim adresi: https://healthmatch.io/liver-disease/end-stage-liver-disease

54. Rosenberger EM, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Bermudez CA, Pilewski JM, Toyoda Y, vd. Psychiatric Predictors of Long-term Transplant-Related Outcomes in Lung Transplant Recipients. Transplantation. Ocak 2016;100(1):239-47. doi:10.1097/TP.0000000000000824 PubMed PMID: 26177087; PubMed Central PMCID: PMC4684444.

55. Ekman I, Cleland JGF, Andersson B, Swedberg K. Exploring symptoms in chronic heart failure. European Journal of Heart Failure. 2005;7(5):699-703. doi:10.1016/j.ejheart.2005.07.003

56. Smith PJ, Snyder LD, Palmer SM, Hoffman BM, Stonerock GL, Ingle KK, vd. Depression, social support, and clinical outcomes following lung transplantation: a single-center cohort study. Transpl Int. Mayıs 2018;31(5):495-502. doi:10.1111/tri.13094 PubMed PMID: 29130541.

57. Dai Y, Li L, Guan S. Meta-analysis of Anxiety and Depression in Liver Transplant Patients Before and After Transplantation. Transplantation Proceedings. Haziran 2025;57(5):891-904. doi:10.1016/j.transproceed.2025.03.030 PubMed PMID: 40300903.

58. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. Nat Rev Neurosci. Ocak 2008;9(1):46-56. doi:10.1038/nrn2297

59. Rodin G. Depression in patients with end-stage renal disease: psychopathology or normative response? Adv Ren Replace Ther. Ekim 1994;1(3):219-27. doi:10.1016/s1073-4449(12)80004-5 PubMed PMID: 7614325.

60. DSM Library [Internet]. [a.yer 03 Ekim 2025]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | Psychiatry Online. Erişim adresi: https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787

61. Levassort H, Boucquemont J, Lambert O, Liabeuf S, Laville SM, Teillet L, vd. Urea Level and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. Toxins. Temmuz 2024;16(7):326. doi:10.3390/toxins16070326

62. Rodin G. Depression in patients with end-stage renal disease: psychopathology or normative response? Adv Ren Replace Ther. Ekim 1994;1(3):219-27. doi:10.1016/s1073-4449(12)80004-5 PubMed PMID: 7614325.

63. De Santis S, Ladisa V, Giovannico L, Fischetti G, Parigino D, Savino L, vd. Psychological assessment of patients on the heart transplant waiting list: A single center experience. Clinical Transplantation. 2024;38(5):e15328. doi:10.1111/ctr.15328

64. Erbay E, Arslan K, Hatipoğlu E, Yildirim T. The Quality of Life, Depression Levels and Coping Styles of Patients on Kidney Transplant Waiting List. Social Work in Public Health. 19 Mayıs 2021;36(4):432-47. doi:10.1080/19371918.2021.1903645 PubMed PMID: 33771077.

65. Parekh PI, Blumenthal JA, Babyak MA, Merrill K, Carney RM, Davis RD, vd. Psychiatric disorders and quality of life in patients awaiting lung transplantation. Chest. 01 Kasım 2003;124(5):1682-8. doi:10.1378/chest.124.5.1682

66. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. Kidney Int. Mayıs 2006;69(9):1662-8. doi:10.1038/sj.ki.5000308 PubMed PMID: 16598203.

67. Tomita T, Yasui-Furukori N, Sugawara N, Ogasawara K, Katagai K, Saito H, vd. Prevalence of major depressive disorder among hemodialysis patients compared with healthy people in Japan using the Structured Clinical Interview for DSM-IV. Neuropsychiatr Dis Treat. 30 Eylül 2016;12:2503-8. doi:10.2147/NDT.S106817 PubMed PMID: 27757034; PubMed Central PMCID: PMC5053379.

68. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, vd. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-

analysis of observational studies. Kidney International. 01 Temmuz 2013;84(1):179-91. doi:10.1038/ki.2013.77

69. Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Posluszny DM, vd. Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Transplantation. Mayıs 2016;100(5):988. doi:10.1097/TP.0000000000000901

70. Carleton RN, Norton MAPJ, Asmundson GJG. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. J Anxiety Disord. 2007;21(1):105-17. doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.014 PubMed PMID: 16647833.

71. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Rev. Ağustos 2011;31(6):923-33. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.001 PubMed PMID: 21664339.

72. Miller ML, McGuire JF. Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. J Affect Disord. 15 Kasım 2023;341:283-95. doi:10.1016/j.jad.2023.08.132 PubMed PMID: 37657623.

73. Grzyb C, Du D, Mahesh B, Nair N. Mental Health and Substance Use Disorders in Transplant Waitlist, VAD, and Heart Transplant Patients: A TriNetX Database Analysis. J Clin Med. 28 Mayıs 2024;13(11):3151. doi:10.3390/jcm13113151 PubMed PMID: 38892862; PubMed Central PMCID: PMC11172532.

74. Merlino G, Piani A, Dolso P, Adorati M, Cancelli I, Valente M, vd. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. Nephrol Dial Transplant. Ocak 2006;21(1):184-90. doi:10.1093/ndt/gfi144 PubMed PMID: 16144846.

75. Huang CW, Wee PH, Low LL, Koong YLA, Htay H, Fan Q, vd. Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2021;69:27-40. doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.12.003 PubMed PMID: 33516963.

76. Dai Y, Li L, Guan S. Meta-analysis of Anxiety and Depression in Liver Transplant Patients Before and After Transplantation. Transplant Proc. Haziran 2025;57(5):891-904. doi:10.1016/j.transproceed.2025.03.030 PubMed PMID: 40300903.

77. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. Int J Environ Res Public Health. 16 Temmuz 2019;16(14):2537. doi:10.3390/ijerph16142537 PubMed PMID: 31315203; PubMed Central PMCID: PMC6678970.

78. Cardeña E, Carlson E. Acute stress disorder revisited. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:245-67. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502 PubMed PMID: 21275643.

79. Bachem R, Baumann J, Köllner V. ICD-11 Adjustment Disorder among Organ Transplant Patients and Their Relatives. Int J Environ Res Public Health. 21 Ağustos 2019;16(17):3030. doi:10.3390/ijerph16173030 PubMed PMID: 31438589; PubMed Central PMCID: PMC6747135.

80. Herringa RJ. Trauma, PTSD, and the Developing Brain. Curr Psychiatry Rep. 19 Ağustos 2017;19(10):69. doi:10.1007/s11920-017-0825-3 PubMed PMID: 28823091; PubMed Central PMCID: PMC5604756.

81. Davydow DS, Lease ED, Reyes JD. Posttraumatic stress disorder in organ transplant recipients: a systematic review. General Hospital Psychiatry. 01 Eylül 2015;37(5):387-98. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.05.005

82. Rosenberger EM, Dew MA, Crone C, DiMartini AF. Psychiatric disorders as risk factors for adverse medical outcomes after solid organ transplantation. Curr Opin Organ Transplant. Nisan 2012;17(2):188-92. doi:10.1097/MOT.0b013e3283510928 PubMed PMID: 22277955; PubMed Central PMCID: PMC4470498.

83. Franklin CL, Raines AM, Chambliss JL, Walton JL, Maieritsch KP. Examining various subthreshold definitions of PTSD using the Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5. J Affect Disord. Temmuz 2018;234:256-60. doi:10.1016/j.jad.2018.03.001 PubMed PMID: 29550742.

84. Al Naamani Z, Gormley K, Noble H, Santin O, Al Maqbali M. Fatigue, anxiety, depression and sleep quality in patients undergoing haemodialysis. BMC Nephrol. 28 Nisan 2021;22(1):157. doi:10.1186/s12882-021-02349-3 PubMed PMID: 33910523; PubMed Central PMCID: PMC8080199.

85. Marques DM, Teixeira HRS, Lopes ARF, Martins-Pedersoli TA, Ziviani LC, Mente ÊD, vd. Sleep Quality Assessment and Daytime Sleepiness of Liver Transplantation Candidates. Transplant Proc. Eylül 2016;48(7):2356-60. doi:10.1016/j.transproceed.2016.06.030 PubMed PMID: 27742297.

86. Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs AZ, Zoller R, vd. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. Nephrol Dial Transplant. Mart 2005;20(3):571-7. doi:10.1093/ndt/gfh654 PubMed PMID: 15671074.

87. Liu Y, Du Q, Jiang Y. Prevalence of restless legs syndrome in maintenance hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med. Şubat 2024;114:15-23. doi:10.1016/j.sleep.2023.11.1138 PubMed PMID: 38147712.

88. Tuncel D, Orhan FO, Sayarlioglu H, Isık IO, Utku U, Dinc A. Restless legs syndrome in hemodialysis patients: association with depression and quality of life. Sleep Breath. Eylül 2011;15(3):311-5. doi:10.1007/s11325-010-0382-z PubMed PMID: 20593280.

89. Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, Ondo WG, Walters AS, Winkelman JW, vd. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria--history, rationale, description, and significance. Sleep Med. Ağustos 2014;15(8):860-73. doi:10.1016/j.sleep.2014.03.025 PubMed PMID: 25023924.

90. Al-Jahdali HH, Al-Qadhi WA, Khogeer HA, Al-Hejaili FF, Al-Ghamdi SM, Al Sayyari AA. Restless legs syndrome in patients on dialysis. Saudi J Kidney Dis Transpl. Mayıs 2009;20(3):378-85. PubMed PMID: 19414938.

91. Gupta CC, Sprajcer M, Johnston-Devin C, Ferguson SA. Sleep hygiene strategies for individuals with chronic pain: a scoping review. BMJ Open. 02 Şubat 2023;13(2):e060401. doi:10.1136/bmjopen-2021-060401 PubMed PMID: 36731933; PubMed Central PMCID: PMC9896248.

92. Tjahjodjati T, Steven S. Better renal replacement therapy to improve sexual function in female patients with end-stage renal disease: A cross-sectional study. Current Urology. Eylül 2024;18(3):232. doi:10.1097/CU9.0000000000000195

93. Ali S, Dave NN. Sexual Dysfunction in Women With Kidney Disease. Adv Chronic Kidney Dis. Kasım 2020;27(6):506-15. doi:10.1053/j.ackd.2020.07.005 PubMed PMID: 33328067.

94. Payne K, Popat S, Lipshultz LI, Thirumavalavan N. The Prevalence and Treatment of Erectile Dysfunction in Male Solid Organ Transplant Recipients. Sex Med Rev. Nisan 2021;9(2):331-9. doi:10.1016/j.sxmr.2019.10.002 PubMed PMID: 31859242.

95. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, vd. Obsessive–compulsive disorder. Nat Rev Dis Primers. 01 Ağustos 2019;5(1):52. doi:10.1038/s41572-019-0102-3

96. Aguglia A, Signorelli MS, Albert U, Maina G. The Impact of General Medical Conditions in Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatry Investig. Mart 2018;15(3):246-53. doi:10.30773/pi.2017.06.17.2 PubMed PMID: 29475243; PubMed Central PMCID: PMC5900370.

97. Koran LM. QUALITY OF LIFE IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. Psychiatric Clinics of North America. 01 Eylül 2000;23(3):509-17. doi:10.1016/S0193-953X(05)70177-5

98. Liebman SE, Lamontagne SP, Huang LS, Messing S, Bushinsky DA. Smoking in Dialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Mortality and Cardiovascular Morbidity. Am J Kidney Dis. Ağustos 2011;58(2):257-65. doi:10.1053/j.ajkd.2011.03.025 PubMed PMID: 21664017; PubMed Central PMCID: PMC3247014.

99. Ehlers SL, Rodrigue JR, Widows MR, Reed AI, Nelson DR. Tobacco use before and after liver transplantation: A single center survey and implications for clinical practice and research. Liver Transplantation. Mart 2004;10(3):412. doi:10.1002/lt.20087

100. Pungpapong S, Manzarbeitia C, Ortiz J, Reich DJ, Araya V, Rothstein KD, vd. Cigarette smoking is associated with an increased incidence of vascular complications after liver transplantation. Liver Transpl. Temmuz 2002;8(7):582-7. doi:10.1053/jlts.2002.34150 PubMed PMID: 12089709.

101. Mathurin P, Moreno C, Samuel D, Dumortier J, Salleron J, Durand F, vd. Early Liver Transplantation for Severe Alcoholic Hepatitis. New England Journal of Medicine. 10 Kasım 2011;365(19):1790-800. doi:10.1056/NEJMoa1105703

102. Singal AK, Chaha KS, Rasheed K, Anand BS. Liver transplantation in alcoholic liver disease current status and controversies. World J Gastroenterol. 28 Eylül 2013;19(36):5953-63. doi:10.3748/wjg.v19.i36.5953 PubMed PMID: 24106395; PubMed Central PMCID: PMC3785616.

103. Shenoy A, Salajegheh A, Shen NT. Multimodal multidisciplinary management of alcohol use disorder in liver transplant candidates and recipients. Transl Gastroenterol Hepatol. 25 Temmuz 2022;7:28. doi:10.21037/tgh.2020.02.22 PubMed PMID: 35892051; PubMed Central PMCID: PMC9257538.

104. McCulloch A, O'Leary C. Should Psychotic Experience Contraindicate Organ Transplant? A Narrative Review. Illness, Crisis & Loss. 01 Ocak 2024;32(1):37-47. doi:10.1177/10541373221116748

105. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, vd. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation. 15 Nisan 2007;83(7):858-73. doi:10.1097/01.tp.0000258599.65257.a6 PubMed PMID: 17460556.

106. Coffman KL, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. Current Opinion in Organ Transplantation. Aralık 2002;7(4):385.

107. Nogueira JM, Freire MJ, Nova VV, Jesus G. When Paranoia Comes with the Treatment: Psychosis Associated with Tacrolimus Use. Case Rep Nephrol Dial. 04 Ağustos 2021;11(2):241-6. doi:10.1159/000515048 PubMed PMID: 34595211; PubMed Central PMCID: PMC8436620.

108. Tredget J, Kirov A, Kirov G. Effects of chronic lithium treatment on renal function. J Affect Disord. Kasım 2010;126(3):436-40. doi:10.1016/j.jad.2010.04.018 PubMed PMID: 20483164.

109. Nielsen RE, Kessing LV, Nolen WA, Licht RW. Lithium and Renal Impairment: A Review on a Still Hot Topic. Pharmacopsychiatry. Eylül 2018;51(5):200-5. doi:10.1055/s-0043-125393 PubMed PMID: 29346806.

110. Aiff H, Attman PO, Aurell M, Bendz H, Schön S, Svedlund J. The impact of modern treatment principles may have eliminated lithium-induced renal failure. J Psychopharmacol. 01 Şubat 2014;28(2):151-4. doi:10.1177/0269881113516202

111. Bora SS, Madan R, Sharma A. A Case of Renal Failure Requiring a Renal Transplant Secondary to Lithium Treatment. Prim Care Companion CNS Disord. 2012;14(1):PCC.11l01283. doi:10.4088/PCC.11l01283 PubMed PMID: 22690362; PubMed Central PMCID: PMC3357574.

112. Kerckhoffs APM, Hartong EGTM, Grootens KP. The perspectives of patients with lithium-induced end-stage renal disease. International Journal of Bipolar Disorders. 02 Haziran 2018;6(1):13. doi:10.1186/s40345-018-0121-0

113. Beasley AK, Larson CC, Garcia-Pittman EC. Lithium rechallenge after renal transplant. Ment Health Clin. 23 Mart 2018;7(2):46-50. doi:10.9740/mhc.2017.03.046 PubMed PMID: 29955497; PubMed Central PMCID: PMC6007664.

114. Harshman LA, Hooper SR. The brain in pediatric chronic kidney disease – the intersection of cognition, neuroimaging, and clinical biomarkers. Pediatr Nephrol. Aralık 2020;35(12):2221-9. doi:10.1007/s00467-019-04417-1 PubMed PMID: 31897717; PubMed Central PMCID: PMC8493603.

115. Hulstijn-Dirkmaat GM, Damhuis IH, Jetten ML, Koster AM, Schröder CH. The cognitive development of pre-school children treated for chronic renal failure. Pediatr Nephrol. Ağustos 1995;9(4):464-9. doi:10.1007/BF00866728 PubMed PMID: 7577410.

116. Greenspan S, Harris JC, Woods GW. Intellectual disability is "a condition, not a number": Ethics of IQ cut-offs in psychiatry, human services and law. Ethics, Medicine and Public Health. 01 Temmuz 2015;1(3):312-24. doi:10.1016/j.jemep.2015.07.004

117. Panocchia N, Bossola M, Vivanti G. Transplantation and mental retardation: what is the meaning of a discrimination? Am J Transplant. Nisan 2010;10(4):727-30. doi:10.1111/j.1600-6143.2010.03052.x PubMed PMID: 20420637.

118. Benedetti E, Asolati M, Dunn T, Walczak D, Papp P, Bartholomew A, vd. Kidney transplantation in recipients with mental retardation: Clinical results in a single-center experience. American Journal of Kidney Diseases. 01 Mart 1998;31(3):509-12. doi:10.1053/ajkd.1998.v31.pm9506689

119. Justia Law [İnternet]. [a.yer 15 Temmuz 2025]. Obergefell v. Hodges, 576 U.S. 644 (2015). Erişim adresi: https://supreme.justia.com/cases/federal/us/576/644/

120. Simmons A, Matthews SC, Paulus MP, Stein MB. Intolerance of uncertainty correlates with insula activation during affective ambiguity. Neurosci Lett. 10 Ocak 2008;430(2):92-7. doi:10.1016/j.neulet.2007.10.030 PubMed PMID: 18079060; PubMed Central PMCID: PMC2692473.

121. Morriss J, Christakou A, van Reekum CM. Intolerance of uncertainty predicts fear extinction in amygdala-ventromedial prefrontal cortical circuitry. Biol Mood Anxiety Disord. 10 Temmuz 2015;5:4. doi:10.1186/s13587-015-0019-8 PubMed PMID: 26161254; PubMed Central PMCID: PMC4496864.

122. Morriss J, Christakou A, van Reekum CM. Nothing is safe: Intolerance of uncertainty is associated with compromised fear extinction learning. Biol Psychol. Aralık 2016;121(Pt B):187-93. doi:10.1016/j.biopsycho.2016.05.001 PubMed PMID: 27178640; PubMed Central PMCID: PMC5154327.

123. Nelson BD, Shankman SA. Does Intolerance of Uncertainty Predict Anticipatory Startle Responses to Uncertain Threat? Int J Psychophysiol. Ağustos 2011;81(2):107-15. doi:10.1016/j.ijpsycho.2011.05.003 PubMed PMID: 21619900; PubMed Central PMCID: PMC3139737.

124. Intolerance of uncertainty is associated with heightened responding in the prefrontal cortex during cue-signalled uncertainty of threat | Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience [İnternet]. [a.yer 06 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://link.springer.com/article/10.3758/s13415-021-00932-7?utm_source=chatgpt.com

125. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. Behav Res Ther. Ağustos 2002;40(8):931-45. doi:10.1016/s0005-7967(01)00092-4 PubMed PMID: 12186356.

126. Fetzner MG, Asmundson GJG, Carey C, Thibodeau MA, Brandt C, Zvolensky MJ, vd. How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? Cogn Behav Ther. 2014;43(3):262-74. doi:10.1080/16506073.2014.929170 PubMed PMID: 24961385.

127. Stewart KE, Hart RP, Gibson DP, Fisher RA. Illness apprehension, depression, anxiety and quality of life in liver transplant candidates: Implications for psychosocial interventions. Psychosomatics. 2014;55(6):650-8. doi:10.1016/j.psym.2013.10.002 PubMed PMID: 24360533; PubMed Central PMCID: PMC3983175.

128. Basevitz P, Pushkar D, Chaikelson J, Conway M, Dalton C. Age-related differences in worry and related processes. Int J Aging Hum Dev. 2008;66(4):283-305. doi:10.2190/AG.66.4.b PubMed PMID: 18507331.

129. Hawes MT, Farrell MR, Cannone JL, Finsaas MC, Olino TM, Klein DN. Early childhood temperament predicts intolerance of uncertainty in adolescence. J Anxiety Disord. Mayıs 2021;80:102390. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102390 PubMed PMID: 33857835.

130. Pinciotti CM, Riemann BC, Abramowitz JS. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. J Anxiety Disord. Haziran 2021;81:102417. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102417 PubMed PMID: 33991818.

131. Atilla G, Yıldırım G. UMUDUN YAŞAM DOYUMU VE OLUMLU GELECEK BEKLENTİSİ ÜZERİNE ETKİSİ. MAKU IIBFD. 29 Mart 2023;10(1):1. doi:10.30798/makuiibf.1097548

132. Balsamo M, Carlucci L, Innamorati M, Lester D, Pompili M. Further Insights Into the Beck Hopelessness Scale (BHS): Unidimensionality Among Psychiatric Inpatients. Front Psychiatry. 31 Temmuz 2020;11:727. doi:10.3389/fpsyt.2020.00727 PubMed PMID: 32848911; PubMed Central PMCID: PMC7411257.

133. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. Aralık 1974;42(6):861-5. doi:10.1037/h0037562 PubMed PMID: 4436473.

134. Wetzel RD, Margulies T, Davis R, Karam E. Hopelessness, depression, and suicide intent. J Clin Psychiatry. Mayıs 1980;41(5):159-60. PubMed PMID: 7372577.

135. Allen T, Reda S, Martin S, Long P, Franklin A, Bedoya SZ, vd. The Needs of Adolescents and Young Adults with Chronic Illness: Results of a Quality Improvement Survey. Children (Basel). 02 Nisan 2022;9(4):500. doi:10.3390/children9040500 PubMed PMID: 35455544; PubMed Central PMCID: PMC9025253.

136. Barg FK, Huss-Ashmore R, Wittink MN, Murray GF, Bogner HR, Gallo JJ. A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older

Adults. The Journals of Gerontology: Series B. 01 Kasım 2006;61(6):S329-39. doi:10.1093/geronb/61.6.S329

137. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. Psychol Aging. Haziran 2010;25(2):453-63. doi:10.1037/a0017216 PubMed PMID: 20545429; PubMed Central PMCID: PMC2922929.

138. Kandola A, Solmi F, Ajnakina O, Ingram E, Iob E, Lee S, vd. The role of loneliness in the association between chronic physical illness and depressive symptoms among older adults: A prospective cohort study. Journal of Affective Disorders. 01 Ağustos 2023;334:220-6. doi:10.1016/j.jad.2023.04.072

139. Byrne CJ, Toukhsati SR, Toia D, O'Halloran PD, Hare DL. Hopelessness and cognitive impairment are risk markers for mortality in systolic heart failure patients. J Psychosom Res. Haziran 2018;109:12-8. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.03.008 PubMed PMID: 29773147.

140. Gradus JL, Horváth-Puhó E, Jiang T, Rosellini AJ, Lash TL, Sørensen HT. Rates Of Suicide And Non-Fatal Suicide Attempts Among Persons Undergoing Organ Transplantation In Denmark From 1995 Through 2015. Clin Epidemiol. 18 Kasım 2019;11:1011-3. doi:10.2147/CLEP.S228091 PubMed PMID: 31819654; PubMed Central PMCID: PMC6873955.

141. Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, vd. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. Psychosomatics. 2010;51(6):528-528.e6. doi:10.1176/appi.psy.51.6.528 PubMed PMID: 21051686.

142. Zerbinati L, Caccia F, Baciga F, Belvedere Murri M, Esposito P, Caruso R, vd. Suicide risk in patients undergoing hemodialysis: a systematic review and meta-analysis of prevalence. Ren Fail. 47(1):2521453. doi:10.1080/0886022X.2025.2521453 PubMed PMID: 40571671; PubMed Central PMCID: PMC12203703.

143. (PDF) DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2 Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. ResearchGate. doi:10.5080/u23431

144. Jb W. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of general psychiatry. Ağustos 1988;45(8). doi:10.1001/archpsyc.1988.01800320058007 PubMed PMID: 3395203.

145. Mk P, M D, Ma B, Kb W. A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. Journal of psychiatric research. 1990;24(4). doi:10.1016/0022-3956(90)90005-b PubMed PMID: 2090831.

146. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği | TOAD [İnternet]. [a.yer 27 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://toad.halileksi.net/olcek/hamilton-depresyon-derecelendirme-olcegi-2/

147. Ulusal Sağlık Bilimleri – Süreli Yayınlar Veritabanı [İnternet]. [a.yer 27 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://turkmedline.net/detay/hamilton-depresyon-derecelendirme-olcegi-hddonin-gecerliligi-guvenilirligi-ve-klinikte-kullanimi/d47d334013bb72b/tr/51

148. Ls M, R M, C S, K M, D F. Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. International journal of methods in psychiatric research. Aralık 2010;19(4). doi:10.1002/mpr.323 PubMed PMID: 20718076.

149. Perin Y. Hamilton anksiyete değerlendirme öiçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması [Internet]. 1998 [a.yer 27 Temmuz 2025]. s. 114-7. Erişim adresi: https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/6110

150. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1979;47(2):343-52. doi:10.1037/0022-006X.47.2.343

151. (PDF) Assessment of suicidal intention: The Scale of Suicide Ideation. ResearchGate [İnternet]. [a.yer 27 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/22673360_Assessment_of_suicidal_intention_The_Scale_of_Suicide_Ideation

152. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI) [İnternet]. [a.yer 23 Temmuz 2025]. Erişim adresi: http://psychiatry-psychopharmacology.com/en/the-reliability-and-validity-of-the-turkish-version-of-the-beck-scale-for-suicide-ideation-turkish-bssi-13168?utm_source=chatgpt.com

153. Beck Hopelessness Scale. Içinde: Wikipedia [Internet]. 2025 [a.yer 10 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Beck_Hopelessness_Scale&oldid=1305784497

154. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. UMUTSUZLUKÖLÇEĞİ: GEÇERLİLİK VEGÜVENİRLİĞİ. Kriz Dergisi. 01 Haziran 1993;1(3):3. doi:10.1501/Kriz_0000000045

155. Carleton RN, Norton MAPJ, Asmundson GJG. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. J Anxiety Disord. 2007;21(1):105-17. doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.014 PubMed PMID: 16647833.

156. Sariçam H. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ (BTÖ-12) TÜRKÇE FORMU: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. ressjournal. 01 Ocak 2014;1(3):148-148. doi:10.17121/ressjournal.109

157. World Mental Health Report [Internet]. [a.yer 20 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report

158. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. [a.yer 20 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd

159. Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, Jager KJ. Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol. Mart 2018;14(3):151-64. doi:10.1038/nrneph.2017.181 PubMed PMID: 29355169.

160. TTDISKDS KAMU [İnternet]. [a.yer 17 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/WL_Kidney_Last12.aspx

161. TTDISKDS KAMU [İnternet]. [a.yer 24 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://organkds.saglik.gov.tr/DSS/PUBLIC/PublicDefault2.aspx

162. OPTN: Organ Procurement and Transplantation Network - OPTN [İnternet]. [a.yer 17 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://optn.transplant.hrsa.gov/

163. Khattak MW, Sandhu GS, Woodward R, Stoff JS, Goldfarb-Rumyantzev AS. Association of marital status with access to renal transplantation. Am J Transplant. Aralık 2010;10(12):2624-31. doi:10.1111/j.1600-6143.2010.03318.x PubMed PMID: 21070605.

164. veriportali.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2024-53937 [İnternet]. [a.yer 23 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/53937

165. Huang S, Xia X, Lai W, Hao X, Wu Y, Lv K, vd. Effects of recipient education disparity on living donor kidney transplant outcomes across different ethnic groups: a retrospective study in the United States. Transl Androl Urol. 31 Temmuz 2023;12(7):1137-54. doi:10.21037/tau-23-288 PubMed PMID: 37554528; PubMed Central PMCID: PMC10406545.

166. Axelrod DA, Guidinger MK, Finlayson S, Schaubel DE, Goodman DC, Chobanian M, vd. Rates of solid-organ wait-listing, transplantation, and survival among residents of rural and urban areas. JAMA. 09 Ocak 2008;299(2):202-7. doi:10.1001/jama.2007.50 PubMed PMID: 18182602.

167. Akgün Çıtak E, Uçgun T, Günay A, Karahan A. Between uncertainty and hope: A meta-ethnographic synthesis of patients awaiting kidney transplantation. Transplantation Reviews. 01 Aralık 2025;39(4):100961. doi:10.1016/j.trre.2025.100961

168. Anis KH, Weinrauch LA, D'Elia JA. Effects of Smoking on Solid Organ Transplantation Outcomes. The American Journal of Medicine. 01 Nisan 2019;132(4):413-9. doi:10.1016/j.amjmed.2018.11.005

169. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette Smoking and Depression Comorbidity: Systematic Review & Proposed Theoretical Model. Addiction. Mart 2017;112(3):401-12. doi:10.1111/add.13604 PubMed PMID: 27628300; PubMed Central PMCID: PMC5296249.

170. Ntandja Wandji LC, Ningarhari M, Lassailly G, Dharancy S, Boleslawski E, Mathurin P, vd. Liver Transplantation in Alcohol-related Liver Disease and Alcohol-related Hepatitis. J Clin Exp Hepatol. 2023;13(1):127-38. doi:10.1016/j.jceh.2022.06.013 PubMed PMID: 36647412; PubMed Central PMCID: PMC9840078.

171. Wolters Kluwer and AASLD announce publishing collaboration [Internet]. [a.yer 24 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://www.wolterskluwer.com/en/news/aasld-collaboration

172. EASL vision and mission. EASL-The Home of Hepatology. [Internet]. [a.yer 24 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://easl.eu/easl/

173. Depression and Kidney Transplantation | Request PDF [İnternet]. [a.yer 24 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/259349383_Depression_and_Kidney_Transplantation

174. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. Eylül 1985;98(2):310-57. PubMed PMID: 3901065.

175. De Pasquale C, Pistorio ML, Veroux M, Indelicato L, Biffa G, Bennardi N, vd. Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2020;11:106. doi:10.3389/fpsyt.2020.00106 PubMed PMID: 32194453; PubMed Central PMCID: PMC7066324.

176. Endreddy AR, Chennareddy LR, Shaik S. Assessment of quality of life and psychiatric morbidity in patients undergoing hemodialysis at a tertiary care center. Archives of Mental Health. 01 Ocak 2021;22(1):57-62. doi:10.4103/amh.amh_60_20

177. Abdullah S, Akıncı O, Altuntaş Abdullah E. Anxiety and Depression in Patients Waiting for a Kidney Transplantation. Cerrahpaşa Medical Journal. 23 Ağustos 2021;45(3):192-6. doi:10.5152/cjm.2021.21025

178. Stasiak CES, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AFM, Baroni G. Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. J Bras Nefrol. 2014;36(3):325-31. doi:10.5935/0101-2800.20140047 PubMed PMID: 25317615.

179. Koch B, Nagtegaal E, Kerkhof G, ter Wee P. Circadian sleep-wake rhythm disturbances in end-stage renal disease. Nature reviews Nephrology. 01 Ağustos 2009;5:407-16. doi:10.1038/nrneph.2009.88

180. Maung SC, El Sara A, Chapman C, Cohen D, Cukor D. Sleep disorders and chronic kidney disease. World J Nephrol. 06 Mayıs 2016;5(3):224-32. doi:10.5527/wjn.v5.i3.224 PubMed PMID: 27152260; PubMed Central PMCID: PMC4848147.

181. Reilly-Spong M, Park T, Gross CR. Poor sleep in organ transplant recipients: self-reports and actigraphy. Clin Transplant. 2013;27(6):901-13. doi:10.1111/ctr.12255 PubMed PMID: 24118416; PubMed Central PMCID: PMC3855625.

182. Tran NMH, Dinh VNN, Dang TK, Hoang BB. Insomnia Among Patients with End-Stage Kidney Disease on Hemodialysis: Prevalence and Associated Factors - A Cross-Sectional Study in Vietnam. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2025;18:243-53. doi:10.2147/IJNRD.S538153 PubMed PMID: 40861375; PubMed Central PMCID: PMC12375356.

183. Rocca P, Cocuzza E, Rasetti R, Rocca G, Zanalda E, Bogetto F. Predictors of psychiatric disorders in liver transplantation candidates: logistic regression models. Liver Transpl. Temmuz 2003;9(7):721-6. doi:10.1053/jlts.2003.50133 PubMed PMID: 12827559.

184. Prevalence of Mental Disorders in a German Kidney Transplant Population: Results of a KTx360°-Substudy | Journal of Clinical Psychology in Medical Settings | Springer Nature Link [İnternet]. [a.yer 24 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-022-09861-0

185. Yousefichaijan P, Sharafkhah M, Rafeie M, Salehi B. Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCV-CI) to Evaluate Obsessive Compulsive Disorder in Children With Early Stages of Chronic Kidney Disease: A Case Control Study. Nephrourol Mon. 09 Ocak 2016;8(1):e34017. doi:10.5812/numonthly.34017 PubMed PMID: 26981501; PubMed Central PMCID: PMC4779309.

186. Gaur V, Chopra G, Purohit G. Prevalence of Psychiatric Morbidity in Renal Recipient Candidates: A Tertiary Care Hospital-based Study. Journal of Mahatma Gandhi University of Medical Sciences and Technology. Nisan 2018;3(1):31-3. doi:10.5005/jp-journals-10057-0063

187. Lyros E, Messinis L, Dendias G, Siavelis C, Triantafyllou A, Papathanasopoulos P. Increased Self-Report of Obsessive-Compulsive Behaviors Among Hemodialysis Patients: A Case-Control Study. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(3):PCC.09m00841. doi:10.4088/PCC.09m00841blu PubMed PMID: 20944772; PubMed Central PMCID: PMC2947539.

188. Supelana C, Annunziato R, Kaplan D, Helcer J, Stuber M, Shemesh E. PTSD in solid organ transplant recipients: Current understanding and future implications. Pediatr Transplant. Şubat 2016;20(1):23-33. doi:10.1111/petr.12628 PubMed PMID: 26648058; PubMed Central PMCID: PMC4769648.

189. Davydow DS, Lease ED, Reyes JD. Posttraumatic stress disorder in organ transplant recipients: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(5):387-98. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.05.005 PubMed PMID: 26073159; PubMed Central PMCID: PMC4558384.

190. International Journal of Social Sciences and Education Research » Submission » Investigation of variables related to posttraumatic stress symptoms in patients waiting for organ transplant [İnternet]. [a.yer 25 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/ijsser/article/322371?utm_source=chatgpt.com

191. Annema C, Drent G, Roodbol PF, Metselaar HJ, Van Hoek B, Porte RJ, vd. A prospective cohort study on posttraumatic stress disorder in liver transplantation recipients before and after transplantation: Prevalence, symptom occurrence, and intrusive memories. J Psychosom Res. Nisan 2017;95:88-93. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.01.012 PubMed PMID: 28185646.

192. Birkefeld K, Bauer-Hohmann M, Klewitz F, Kyaw Tha Tun EM, Tegtbur U, Pape L, vd. Prevalence of Mental Disorders in a German Kidney Transplant Population: Results of a KTx360°-Substudy. J Clin Psychol Med Settings. Aralık 2022;29(4):963-76. doi:10.1007/s10880-022-09861-0 PubMed PMID: 35195827; PubMed Central PMCID: PMC9636294.

193. Carrero JJ, Stenvinkel P, Cuppari L, Ikizler TA, Kalantar-Zadeh K, Kaysen G, vd. Etiology of the protein-energy wasting syndrome in chronic kidney disease: a consensus statement from the International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). J Ren Nutr. Mart 2013;23(2):77-90. doi:10.1053/j.jrn.2013.01.001 PubMed PMID: 23428357.

194. Kronik Böbrek Hastalığında Beslenme Konusunda Güncellenmiş 2020 KDOQI Klinik Uygulama Kılavuzları | Kan Arındırma | Karger Yayınları [İnternet]. [a.yer 03 Mart 2026]. Erişim adresi: https://karger.com/bpu/article-abstract/50/4-5/667/52512/The-2020-Updated-KDOQI-Clinical-Practice

195. Muxunov A, Almazan J, Kalinina D, Kuanshaliyeva Z, Gaipov A, Makhadiyeva D, vd. Health-related quality of life in chronic kidney disease patients in low- and lower-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. Qual Life Res. 2026;35(2):28. doi:10.1007/s11136-025-04154-z PubMed PMID: 41511643; PubMed Central PMCID: PMC12789224.

196. Papadopoulou E, Varouktsi A, Lazaridis A, Boutari C, Doumas M. Erectile dysfunction in chronic kidney disease: From pathophysiology to management. World J Nephrol. 06 Temmuz 2015;4(3):379-87. doi:10.5527/wjn.v4.i3.379 PubMed PMID: 26167462; PubMed Central PMCID: PMC4491929.

197. Strippoli GFM, Collaborative Depression and Sexual Dysfunction (CDS) in Hemodialysis Working Group, Vecchio M, Palmer S, De Berardis G, Craig J, vd. Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol. Haziran 2012;7(6):974-81. doi:10.2215/CJN.12601211 PubMed PMID: 22490876; PubMed Central PMCID: PMC3362315.

198. Zhu N, Faucon AL, Kuja-Halkola R, Landén M, Xu H, Carrero JJ, vd. Prevalence of Severe Mental Illness and Its Associations With Health Outcomes in Patients With CKD: A Swedish Nationwide Study. Am J Kidney Dis. Mayıs 2025;85(5):577-588.e1. doi:10.1053/j.ajkd.2024.12.004 PubMed PMID: 40010484.

199. Butler MI, McCartan D, Cooney A, Kelly PO, Ahmed I, Little D, vd. Outcomes of Renal Transplantation in Patients With Bipolar Affective Disorder and Schizophrenia: A National Retrospective Cohort Study. Psychosomatics. 2017;58(1):69-76. doi:10.1016/j.psym.2016.08.010 PubMed PMID: 27887740.

200. Molnar MZ, Eason JD, Gaipov A, Talwar M, Potukuchi PK, Joglekar K, vd. History of psychosis and mania, and outcomes after kidney transplantation - a retrospective study. Transpl Int. Mayıs 2018;31(5):554-65. doi:10.1111/tri.13127 PubMed PMID: 29405487; PubMed Central PMCID: PMC5903964.

201. Yılmaz ME, Kara İH, Altındağ A. SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE TREATED BY CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.

202. Devresse A, Gohy S, Robert A, Kanaan N. How to manage cigarette smoking in kidney transplant candidates and recipients? Clin Kidney J. Kasım 2021;14(11):2295-303. doi:10.1093/ckj/sfab072 PubMed PMID: 34754426; PubMed Central PMCID: PMC8572985.

203. Weinrauch LA, Claggett B, Liu J, Finn PV, Weir MR, Weiner DE, vd. Smoking and outcomes in kidney transplant recipients: a post hoc survival analysis of the FAVORIT trial. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2018;11:155-64. doi:10.2147/IJNRD.S161001 PubMed PMID: 29760559; PubMed Central PMCID: PMC5937486.

204. Basile A, Bernazzali S, Diciolla F, Lenzini F, Lisi G, Maccherini M, vd. Risk factors for smoking abuse after heart transplantation. Transplant Proc. Nisan 2004;36(3):641-2. doi:10.1016/j.transproceed.2004.02.054 PubMed PMID: 15110618.

205. Rodrigue JR, Dimitri N, Reed A, Antonellis T, Hanto DW, Curry M. Quality of life and psychosocial functioning of spouse/partner caregivers before and after liver transplantation. Clin Transplant. 2011;25(2):239-47. doi:10.1111/j.1399-0012.2010.01224.x PubMed PMID: 20184628.

206. Heinrich TW, Marcangelo M. Psychiatric issues in solid organ transplantation. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(6):398-406. doi:10.3109/10673220903463259 PubMed PMID: 19968454.

207. Ćwiek A, Czok M, Kurczab B, Kramarczyk K, Drzyzga K, Kucia K. Association between depression and hemodialysis in patients with chronic kidney disease. Psychiatr Danub. Eylül 2017;29(Suppl 3):499-503. PubMed PMID: 28953816.

208. DiMartini A, Crone C, Fireman M, Dew MA. Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. Crit Care Clin. Ekim 2008;24(4):949-81, x. doi:10.1016/j.ccc.2008.05.001 PubMed PMID: 18929948; PubMed Central PMCID: PMC2629351.

209. Grover S, Sarkar S. Liver transplant-psychiatric and psychosocial aspects. J Clin Exp Hepatol. Aralık 2012;2(4):382-92. doi:10.1016/j.jceh.2012.08.003 PubMed PMID: 25755459; PubMed Central PMCID: PMC3940381.

210. Saracino RM, Jutagir DR, Cunningham A, Foran-Tuller KA, Driscoll MA, Sledge WH, vd. Psychiatric Comorbidity, Health-Related Quality of Life, and Mental Health Service Utilization Among Patients Awaiting Liver Transplant. J Pain Symptom Manage. Temmuz 2018;56(1):44-52. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.03.001 PubMed PMID: 29526612; PubMed Central PMCID: PMC6360091.

211. Patients Awaiting Liver Transplants′ Use of Mental Health Services [İnternet]. [a.yer 09 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://www.hilarispublisher.com/open-access/patients-awaiting-liver-transplantsprime-use-of-mental-health-services-96853.html?utm_source=chatgpt.com

212. Patel NM, Kataria LR, Sarvaiya DC, Joshi HK, Jain A, Kalathiya PM. Prevalence, psychosocial, and medical correlates of anxiety and depression in patients with chronic kidney disease. Ind Psychiatry J. 2025;34(3):421-7. doi:10.4103/ipj.ipj_80_25 PubMed PMID: 41180052; PubMed Central PMCID: PMC12574720.

213. Ercan F, Demir S. Hopelessness and Quality of Life Levels in Hemodialysis Patients. Gazi Medical Journal [Internet]. 30 Haziran 2018 [a.yer 05 Kasım

2025];29(3). Erişim adresi: https://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/1484

214. Yakaryılmaz FD, Pembegül İ, Yakaryılmaz FD, Pembegül İ. Sleep Quality, Depression, Hopelessness, and Quality of Life in Elderly Hemodialysis Patients. European Journal of Geriatrics and Gerontology. 13 Haziran 2022. doi:10.4274/ejgg.galenos.2022.2022-1-4

215. Şeker E, Çürük GN, Karayurt Ö. Peertechz Publications [Internet]. Peertechz Publications; 2025 [a.yer 09 Şubat 2026]. https://www.medsciencegroup.us/abstracts/ANPC-11-167.php?utm_source=chatgpt.com. Erişim adresi: https://www.medsciencegroup.us/abstracts/ANPC-11-167.php?utm_source=chatgpt.com

216. Duggleby W, Hicks D, Nekolaichuk C, Holtslander L, Williams A, Chambers T, vd. Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. J Adv Nurs. Haziran 2012;68(6):1211-23. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x PubMed PMID: 22221185.

217. Güven Baysal Ş, Çorabay S. Caregiver Burden and Depression in Parents of Children with Chronic Diseases. Turk Arch Pediatr. Ocak 2024;59(1):70-7. doi:10.5152/TurkArchPediatr.2024.23126 PubMed PMID: 38454263; PubMed Central PMCID: PMC10837583.

218. Yavuz D, Yurt OF, Balakbabalar APD, Demirag MD. Depression and suicidal ideation in hemodialysis patients. Annals of Medical Research. 18 Mart 2022;29(3):286-9. Located at: R: Dec 05, 2021; A: Mar 03, 2022

219. The association of religiosity with suicidal ideation and suicide attempts in the United Kingdom - Jacob - 2019 - Acta Psychiatrica Scandinavica - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 08 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12972?utm_source=chatgpt.com

220. KONDA İnteraktif [İnternet]. [a.yer 08 Şubat 2026]. Erişim adresi: https://interaktif.konda.com.tr/rapor/2018-matris/6?utm_source=chatgpt.com

221. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology [İnternet]. 1979. s. 343-52. Erişim adresi: http://psychiatry-psychopharmacology.com/en/the-reliability-and-validity-of-the-turkish-version-of-the-beck-scale-for-suicide-ideation-turkish-bssi-13168 language = {tr}, urldate = {2025-07-23}, doi:10.1037/0022-006X.47.2.343

222. Errichiello L, Picozzi D, de Notaris EB. Prevalence of psychiatric disorders and suicidal ideation in liver transplanted patients: a cross-sectional study. Clin Res Hepatol Gastroenterol. Şubat 2014;38(1):55-62. doi:10.1016/j.clinre.2013.07.010 PubMed PMID: 24051064.

223. Andrade SV, Sesso R, Diniz DH de MP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. J Bras Nefrol. 2015;37(1):55-63. doi:10.5935/0101-2800.20150009 PubMed PMID: 25923751.

224. Rahoof FV, Cherian AV, Kandasamy A, Ezhumalai S, Dhanasekara RP. Suicidal Ideation among Persons with Alcohol Use Disorder: A Cross-Sectional Study. J Psychosoc Well Being. 2021;2(2):30-41. doi:10.55242/jpsw.2021.2206 PubMed PMID: 35372801; PubMed Central PMCID: PMC8970573.

225. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, vd. Suicidal behavior and alcohol abuse. Int J Environ Res Public Health. Nisan 2010;7(4):1392-431. doi:10.3390/ijerph7041392 PubMed PMID: 20617037; PubMed Central PMCID: PMC2872355.

226. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. Aralık 2008;67(12):2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050 PubMed PMID: 18952344.

227. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image J Nurs Sch. 1990;22(4):256-62. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x PubMed PMID: 2292449.

228. Savsar A, Karayurt Ö, Kiliç M, Kul GA. Investigation of Sleep Quality and Intolerance of Uncertainty in Liver Transplant Recipients: A Cross-Sectional Study. Nurs Health Sci. Mart 2025;27(1):e70029. doi:10.1111/nhs.70029 PubMed PMID: 39833657; PubMed Central PMCID: PMC11752167.

229. Burns T, Fernandez R, Stephens M. The experience of waiting for a kidney transplant: A qualitative study. J Ren Care. Aralık 2017;43(4):247-55. doi:10.1111/jorc.12209 PubMed PMID: 28636137.

230. Menekli T, Şentürk S. The Relationship between the intolerance of uncertainty and the fear of COVID-19 in patients awaiting kidney transplantation during the pandemic. Nurs Commun. 2023;7(0):e2023003. doi:10.53388/IN2023003

EKLER

EK 1- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hasta Bilgi Formu

Kişisel Bilgiler

1. Adı Soyadı:
2. Cinsiyet:

- ☐ 1: Erkek
- ☐ 2: Kadın

3. Yaş:
4. Medeni Durum:

- ☐ 1: Bekar
- ☐ 2: Evli
- ☐ 3: Boşanmış
- ☐ 4: Dul

5. Çocuk Sayısı:

6. Eğitim Durumu:

- ☐ 1: Okuryazar Değil
- ☐ 2: İlkokul (4 yıl)
- ☐ 3: Ortaokul (8 yıl)
- ☐ 4: Lise (12 yıl)
- ☐ 5: Üniversite (16 yıl)
- ☐ 6: Lisansüstü (16 yıl ve üstü)

7. Çalışma Durumu:

- ☐ 1: Çalışıyor
- ☐ 2: Çalışmıyor
- ☐ 3: Emekli

8. Aylık Gelir (TL):

- ☐ 1: 0 – 17000 (asgari ücret ve altı)
- ☐ 2: 17001 – 34000 (orta düzey memur maaşı)
- ☐ 3: 34001- 68000 (yüksek düzey memur maaşı)
- ☐ 34: 68001 ve üstü (çok yüksek)

9. Yaşadığı Yer:

- ☐ 1: Erzurum Şehir Merkezi
- ☐ 2: İlçe
- ☐ 3: Köy
- ☐ 4:Diğer:
- ☐ ☐ 5: Diğer iller şehir merkezi
-

10. Bekleme Süresi (Organ Nakli İçin):

- ☐ 1: 0 - 6 Ay
- ☐ 2: 6 - 12 Ay
- ☐ 3: 1-5 yıl arası
- ☐ 4: 5 yıl ve üzeri

11. Sigara Kullanımı:

- ☐ 1: Hiç Kullanmadım
- ☐ 2: Bıraktım
- ☐ 3: Günlük Kullanım (belirtiniz): _____

12. Alkol Kullanımı:

- ☐ 1: Hiç Kullanmadım
- ☐ 2: Bıraktım
- ☐ 3: Günlük Kullanım (belirtiniz): _____

13. Daha önce psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi?

- ☐ 1: Evet (ne zaman, kullandığınız ilaçları belirtin): _____
- ☐ 2: Hayır
- Organ Nakli süreci başlamadan Önce mi Sonra mı?
  - ☐ 1: Önce
  - ☐ 2: Sonra

EK-2. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

Hastanın son bir hafta içindeki durumunu değerlendiriniz.

1. DEPRESYON DUYGULANIM (Hüzün, umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik duyguları)

0 = Yok

1 = Bu duyguları yalnızca sorulduğunda belirtiyor

2 = Bu duyguları sözel olarak kendiliğinden belirtiyor

3 = Bu duygulanım durumunu sözel olarak değil ama yüz ifadesi, duruş, ses tonu ve ağlam eğilimi ile kendiliğinden belirtiyor

4 = Hasta bu duygulanım durumlarını kendiliğinden sözel olarak ve sözel olmayan iletişiminde neredeyse yalnızca bu duygulanım durumlarını belirtiyor

2. SUÇ DUYGUSU

0 = Yok

1 = Kendini suçluyor, insanları hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyor

2 = Geçmişteki hatalar veya kötü davranışlar ile ilgili suçluluk duyguları var

3 = Şu andaki hastalığı bir ceza olarak görüyor. Suçluluk sanrıları var

4 = Suçlayıcı ve/veya korkutucu işitsel varsanılar var ve/veya tehdit edici görsel varsanılar var

3. İNTİHAR

0 = Yok

1 = Yaşamın yaşamaya değer olmadığını hissediyor

2 = Ölmeyi istiyor ya da herhangi bir ölüm düşüncesi var

3 = İntihar düşünceleri veya jestleri var

4 = İntihar girişimleri (her bir ciddi girişim 4 puan olarak derecelendirilir)

4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ (İnsomnia-erken)

0 = Güçlük yok

1 = Ara sıra uykuya dalmada güçlük var, yani yarım saatten fazla

2 = Her gece uykuya dalmada güçlük var

5. GECE ORTASINDA UYANMA (İnsomnia-orta)

0 = Güçlük yok

1 = Gece boyunca huzursuz ve rahatsız uyku

2 = Gece ortasında uyanıyor (yataktan her kalktığında 2 puan, sadece tuvalete gitmek için kalktığında hariç)

6. SABAH ERKEN UYANMA (İnsomnia-geç)

0 = Güçlük yok

1 = Sabah erkenden uyanıyor ama tekrar uykuya dalıyor

2 = Uyanınca tekrar uykuya dalamıyor

7. ÇALIŞMA VE UĞRAŞILAR

0 = Güçlük yok

1 = Aktiviteler, ilgi alanları veya iş konusunda kendini yetersiz hissediyor

2 = Aktivitelere, uğraşılara veya işe ilgide azalma (doğrudan hasta tarafından bildirilmiş veya isteksizlik, kararsızlık ve tereddüt yoluyla dolaylı olarak bildirilmiş)

3 = Aktivitelerle geçirilen zamanda azalma veya üretkenlikte azalma

4 = Mevcut hastalık nedeniyle çalışmayı bırakmış

8. YAVAŞLAMA (Düşünce ve konuşmada yavaşlama, konsantrasyon güçlüğü, motor aktivitede azalma)

0 = Normal konuşma ve düşünce

1 = Görüşme sırasında hafif yavaşlama

2 = Görüşme sırasında belirgin yavaşlama

3 = Görüşme güç ilerliyor

4 = Tam stupor

9. AJİTASYON

0 = Yok

1 = Huzursuzluk

2 = "El oynama, saç karıştırma vb. hareketler"

3 = Sürekli hareket ediyor, yerinde duramıyor

4 = El ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma

10. PSİŞİK ANKSİYETE

0 = Güçlük yok

1 = Subjektif gerginlik ve irritabilite

2 = Önemsiz şeyler hakkında endişelenme

3 = Endişeli tutum, yüz ve konuşmada belirgin

4 = Doğrudan sorulmadan korku ifadeleri

11. SOMATİK ANKSİYETE (Ağız kuruluğu, gaz, hazımsızlık, ishal, kramplar, geğirme, çarpıntı, baş ağrısı, hiperventilasyon, sık idrara çıkma, terleme)

0 = Yok

1 = Hafif

2 = Orta

3 = Şiddetli

4 = İş göremez hale getiren

12. GASTROİNTESTİNAL SOMATİK SEMPTOMLAR

0 = Yok

1 = İştah kaybı ama personel ısrarı olmadan yiyor. Gıda alımında ağırlık hissi

2 = Yemek yemede güçlük, personel ısrarı olmadan. Gastrointestinal semptomlar için ilaç veya barsak düzenleyicisi gereksinimi

13. GENEL SOMATİK SEMPTOMLAR

0 = Yok

1 = Ağırlık hissi, uzuvlarda, sırtta veya başta ağrılar. Baş ağrısı, kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk

2 = Herhangi bir net semptom 2 puan

14. GENİTAL SEMPTOMLAR (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi)

0 = Yok

1 = Hafif

2 = Şiddetli

15. HİPOKONDRİ

0 = Yok

1 = Bedene karşı aşırı ilgi

2 = Sağlık ile aşırı uğraşma

3 = Sık şikayetler, yardım istekleri vb.

4 = Hipokondrikal sanrılar

16. KILO KAYBI

A) Öyküden değerlendirildiğinde:

0 = Kilo kaybı yok

1 = Muhtemelen hastalıkla ilişkili kilo kaybı

2 = Kesin kilo kaybı (hastaya göre)

B) Gerçek kilo ölçümleri ile değerlendirildiğinde (haftalık):

0 = Haftada 0,5 kg'dan az kilo kaybı

1 = Haftada 0,5 kg'dan fazla kilo kaybı

2 = Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı

17. İÇGÖRÜ

0 = Depresyon hastası olduğunu kabul ediyor

1 = Hastalığı kabul ediyor ancak bunu soğuk algınlığı, kötü yemek, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı vb. nedenlerle açıklıyor

2 = Hasta olduğunu tamamen reddediyor

TOPLAM PUAN: _____ / 52

PUANLAMA:

0-7: Normal (Depresyon yok)

8-13: Hafif depresyon

14-18: Orta şiddette depresyon

19-22: Şiddetli depresyon

≥23: Çok şiddetli depresyon

EK-3. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A)

Hastanın son üç gün içindeki durumunu değerlendiriniz.

Her madde 0-4 arasında puanlanır:

0 = Hiç yok

1 = Hafif

2 = Orta

3 = Şiddetli

4 = Çok şiddetli

1. ANKSIYÖZ DUYGUDURUM

Endişeler, en kötüsünün olacağından korkma, korku duygusu, kolay irritabilite

Puan: ____

2. GERGİNLİK

Gerginlik duygusu, yorgunluk, sıçrama tepkisi, kolay ağlama, titreme, huzursuzluk duygusu, yerinde duramama

Puan: ____

3. KORKULAR

Karanlıktan, yabancılardan, yalnız kalmaktan, hayvanlardan, kalabalıktan, trafikten korkma

Puan: ____

4. UYKU BOZUKLUKLARI

Uykuya dalmada güçlük, bölük pörçük uyuma, uyku doyurucu değil ve uyanınca yorgunluk hissi, kabuslar, gece terörü

Puan: ____

5. ENTELEKTÜELİTE (BİLİŞSEL İŞLEVLER)

Konsantrasyon güçlüğü, hafıza zayıflığı

Puan: ____

6. DEPRESIF DUYGUDURUM

İlgi kaybı, geçmişteki uğraşlardan zevk alamama, depresyon, sabah erken uyanma, gün içi duygudurum dalgalanmaları

Puan: ____

7. SOMATİK (KAS-İSKELET SİSTEMİ)

Ağrılar, sızılar, seğirmeler, katılık, myoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, sesi titreme, artmış kas tonusu

Puan: ____

8. SOMATİK (DUYUSAL)

Tinnitus (kulak çınlaması), bulanık görme, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük hissi, batma hissi

Puan: ____

9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR

Taşikardi, çarpıntı, göğüs ağrısı, damarların zonklaması, baygınlık hissi, nabızda düşme

Puan: ____

10. SOLUNUM SİSTEMİ SEMPTOMLARI

Göğüste baskı veya sıkışma hissi, boğulma hissi, iç çekme, nefes darlığı

Puan: ____

11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR

Yutkunma güçlüğü, gaz, dispepsi (ağrı, yanma, şişkinlik, bulantı, kusma, karında boşluk hissi, hazımsızlık veya mide yanması), barsak hareketlerinde artma, ishal, kilo kaybı, kabızlık

Puan: ____

12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR

Sık veya acil idrar yapma, amenore, menoraji, soğukluk (cinsel isteksizlik), erken boşalma, ereksiyonun kaybı, empotans

Puan: ____

13. OTONOMİK SEMPTOMLAR

Ağız kuruluğu, kızarma, solma, terleme, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçlarda diken diken olma (tüylerin dik durması)

Puan: ____

14. GÖRÜŞME SIRASINDA DAVRANIŞ

Sinirli, huzursuz, elleri sıkma, parmak oynama, el sıkma, mendil parçalama gibi hareketler, titreme, kaşları çatma, gergin yüz ifadesi, iç çekme veya hızlı solunum, yüz solukluğu, yutkunma vb.

Puan: ____

TOPLAM PUAN: _____ / 56

PUANLAMA:

0-7: Anksiyete yok veya minimal

8-14: Hafif anksiyete

15-23: Orta düzeyde anksiyete

≥24: Şiddetli anksiyete

EK-4. BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (BSSI)

Son bir hafta içindeki düşüncelerinizi göz önünde bulundurarak aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanı işaretleyiniz.

TARAMA SORULARI (1-5):

1. Yaşama İsteği

0 = Orta derecede-güçlü

1 = Zayıf

2 = Hiç yok

2. Ölme İsteği

0 = Hiç yok

1 = Zayıf

2 = Orta derecede-güçlü

3. Yaşamak ya da Ölmek için Sebepler

0 = Yaşamak için sebepler ölmek için sebeplerden daha ağır basar

1 = Eşit

2 = Ölmek için sebepler yaşamak için sebeplerden daha ağır basar

4. Aktif İntihar Girişimi Arzusu

0 = Hiç yok

1 = Zayıf

2 = Orta derecede-güçlü

5. Pasif İntihar Girişimi Arzusu

0 = Canımı kurtarmak için gerekli önlemleri alırdım

1 = Yaşam ya da ölüm şansına bırakırdım

2 = Yaşamımı korumak için gerekli önlemleri almazdım

NOT: 4. ve 5. sorulardan en az birinde 1 veya 2 puan alındıysa,

6-19. sorular da cevaplanmalıdır.

6. İntihar Düşüncesinin Süresi

0 = Kısa süreli (birkaç saniye-birkaç dakika)

1 = Uzun süren dönemler (saat-günler)

2 = Sürekli veya neredeyse sürekli

7. İntihar Düşüncesinin Sıklığı

0 = Nadiren, ara sıra

1 = Çok sık olmasa da

2 = Sürekli veya neredeyse sürekli

8. İntihar Düşüncelerini Kabul Etme/Reddetme

0 = Bunları reddetmeye çalışırım

1 = Kabul de etmem, reddetmeye de çalışmam

2 = Kabul ederim

9. İntihar Düşüncesinin Kontrolü

0 = Kontrol sahibi hissediyorum

1 = Biraz kontrol sahibi hissediyorum

2 = Kontrol edemiyorum

10. İntiharı Engelleme Sebepleri (ör: aile, din, geri dönüşü olmama)

0 = Kesinlikle engeller

1 = Biraz muhtemelen engeller

2 = Kesinlikle engellemez

11. İntihar Etmek için Sebepler

0 = Hiçbiri

1 = Birkaçı, belirgin değil

2 = Çoğu, belirgin

12. İntihar Planının Özelliği

0 = Hiçbir detay düşünülmedi/düşünülemedi

1 = Detaylar üzerinde düşünüldü ancak tam olarak formüle edilmedi

2 = İyi formüle edilmiş ve ayrıntılı

13. İntihar Planını Uygulama Fırsatı/Yeteneği

0 = Hiçbir fırsat yok; yöntem yok; hiçbir yetenek yok

1 = Fırsat ya da yöntem yok ama bunları gelecekte mümkün olabilir

2 = Fırsat ya da yöntem var; ya da gelecekte mümkün olabilecek yetenek var

14. Planın Uygulanabilirlik Duygusu/Yetenek Duygusu

0 = Uygulanamaz, cesaret yok

1 = Belirsiz

2 = Kesinlikle uygulayabilirim

15. Planı Uygulama Beklentisi/İsteği

0 = Hayır

1 = Belirsiz

2 = Evet

16. Hazırlık

0 = Hiçbiri

1 = Kısmen (ör: para biriktirme)

2 = Tamamlanmış veya neredeyse tamamlanmış

17. İntihar Mektubu

0 = Hiçbiri

1 = Düşündüm veya yarıda bıraktım

2 = Tamamladım

18. Son Hazırlıklar (vasiyetname, sigorta vb.)

0 = Hiçbiri

1 = Düşündüm, bazı düzenlemeler yaptım

2 = Kesin olarak plan yaptım veya tamamladım

19. Gizli-Açık İletişim

0 = Açıkça planları açıkladım

1 = Belirsiz olarak bildirdim

2 = İntihar planları ya da düşünceleri ile ilgili hiçbir şey bildirmedim

20. Gerçek İntihar Girişiminin Olasılığı

(Görüşmecinin değerlendirmesi)

0 = Düşük

1 = Orta

2 = Yüksek

TOPLAM PUAN: _____ / 38

EK-5. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BHS)

Aşağıdaki cümleleri okuyunuz ve her biri için size uygun olan cevabı (Evet veya Hayır) işaretleyiniz.

1. Geleceğe umutla bakıyorum.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

2. İstediğim şeyleri elde edemeyeceğim için hiçbir şey yapmamın bir anlamı yok.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

3. Her şey çok kötü gittiğinde gelecekte işlerin daha iyi olacağını bilmek beni rahatlatıyor.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

4. Gelecekle ilgili pek iyimser olamıyorum.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

5. Geleceğim bana karanlık görünüyor.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

6. Benim için önemli olan şeyleri gerçekleştirme konusunda yeterli zamana sahip olacağım.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

7. Gelecekte benim için en önemli olan şeyleri elde edeceğimi ummaktayım.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

8. Gelecek bana belirsiz görünüyor.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

9. Gelecekte iyi günlerden çok kötü günler beklemekteyim.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

10. Benim için önemli olan şeyleri elde edemiyorum, dolayısıyla gelecekte de elde edemeyeceğim.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

11. Gelecek deneyimleri, geçmiş deneyimlerimden daha iyi olamaz.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

12. Gerçekten istediğim şeyleri asla elde edemeyeceğim.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

13. Gelecekte gerçek bir mutluluğa erişebileceğime inanıyorum.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

14. İşler asla istediğim şekilde yürümeyecek.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

15. Geleceğe çok güvenim var.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

16. Arzuladığım şeyleri hiçbir zaman elde edemeyeceğim; dolayısıyla bir şey istemek saçmadır.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

17. Gelecekte gerçek bir tatmine erişme olasılığım çok düşüktür.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

18. Gelecek bana belirsiz ve kafa karıştırıcı görünüyor.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

19. Gelecekte kötü günlerden çok iyi günler beklemekteyim.

□ Evet (0) □ Hayır (1)

20. Sıkıntılarımdan kurtulmaya çalışmanın bir anlamı yok, çünkü bundan bir fayda göremiyorum.

□ Evet (1) □ Hayır (0)

TOPLAM PUAN: _____ / 20

NOT: Puanlama ters kodlanmış sorular dikkate alınarak yapılmalıdır.

Ters puanlanan sorular: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19

EK 6. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ KISA FORM (BTÖ-12)

Aşağıda bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen her ifadenin size ne derece uygun olduğunu 1'den 5'e kadar olan ölçekte belirtiniz.

1 = Bana hiç uygun değil

2 = Bana çok az uygun

3 = Bana biraz uygun

4 = Bana oldukça uygun

5 = Bana tamamen uygun

1. Belirsizlik benim tam olarak işlev göstermemi engelliyor.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Her an ne olacağını, ne yapacağımı ve ne hissedeceğimi bilmeliyim.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Belirsizlik beni rahatsız ediyor, endişelendiriyor veya strese sokuyor.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Beklenmedik olaylar beni çok rahatsız eder.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Belirsiz durumlar karşısında hayal kırıklığına uğrarım.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

6. Belirsizlik bir şeyler yapmama engel olur.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

7. Bir şeyleri organize edebilmem için her şeyin belli bir şekilde olması gerekir.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. Belirsizlik yaşadığım zaman iyi bir şekilde işlev gösteremem.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

9. Belirsiz bir durum karşısında üstesinden gelemem.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

10. Hayatımda beklenmedik bir şey olabileceğini düşünmek beni huzursuz eder.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

11. Gelecekte olabilecek küçük bir olay bile beni rahatsız edebilir.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

12. Belirsizliğe katlanamam.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

TOPLAM PUAN: _____ / 60

ALT BOYUTLAR:

İleriye Yönelik Kaygı (1-7. maddeler): _____ / 35

Engelleyici Kaygı (8-12. maddeler): _____ / 25

NOT: Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Tüm maddeler doğrudan puanlanır. Yüksek puan yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini gösterir.

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen bilimsel bir araştırmadır. Çalışmanın amacı, organ nakli bekleyen hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığını ve belirsizliğe tahammülsüzlük, umutsuzluk ve intihar düşüncesi gibi psikolojik değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu araştırma, organ nakli bekleme sürecinde bulunan hastalarda ruhsal sağlık durumunu değerlendirmek ve bu süreçte yaşanan psikolojik zorlukları daha iyi anlayabilmek amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek bulgular, organ nakli bekleyen hastaların psikiyatrik destek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda uygun müdahale programlarının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILIM SÜRECİ

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda;

1. Sizinle yapılandırılmış bir klinik görüşme (SCID-5) yapılacaktır. Bu görüşme yaklaşık 45-60 dakika sürmektedir.

2. Size yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgilerinizi ve hastalığınızla ilgili bilgileri içeren bir form uygulanacaktır.

3. Ruhsal durumunuzu değerlendirmek amacıyla aşağıdaki ölçekler uygulanacaktır:

- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
- Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği
- Beck Umutsuzluk Ölçeği
- Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form

Toplam görüşme ve ölçek uygulaması yaklaşık 60-90 dakika sürecektir. Görüşme ve ölçek uygulaması esnasında kendinizi yorgun veya rahatsız hissederseniz, istediğiniz zaman ara verebilir veya çalışmayı sonlandırabilirsiniz.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışmaya katılımınız nedeniyle herhangi bir fiziksel risk bulunmamaktadır. Ancak görüşme ve ölçeklerin uygulanması sırasında duygusal olarak etkilenebilir, bazı sorular sizi rahatsız edebilir.

Böyle bir durumda görüşmeyi istediğiniz zaman durdurabilir veya çalışmadan çekilebilirsiniz. Gerekli durumlarda size uygun psikolojik destek sağlanacaktır.

OLASI FAYDALAR

Bu çalışmaya katılımınızın size doğrudan bir faydası olmayabilir. Ancak görüşme sırasında ruhsal durumunuzla ilgili bir sorun tespit edilirse, size uygun tedavi ve destek hizmetleri hakkında bilgilendirme yapılacak ve gerekli yönlendirmeler gerçekleştirilecektir. Ayrıca çalışma sonuçları, gelecekte organ nakli bekleyen hastaların ruhsal sağlık hizmetlerine daha iyi erişimini sağlamaya yardımcı olabilir.

GİZLİLİK VE KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

Çalışma kapsamında elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde paylaşılmayacak, yalnızca araştırma ekibi tarafından erişilebilir olacaktır. Verileriniz kod numarası ile kaydedilecek ve hiçbir yayında isminiz kullanılmayacaktır. Tüm veriler 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun olarak saklanacaktır.

Çalışma sonuçları bilimsel dergi veya kongrelerde yayınlanabilir, ancak kimliğinizi ortaya çıkaracak hiçbir bilgi paylaşılmayacaktır.

GÖNÜLLÜ KATILIM VE ÇALIŞMADAN ÇEKİLME HAKKI

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddedebilir veya kabul ettikten sonra herhangi bir aşamada hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmama veya çalışmadan ayrılma kararınız, size sunulan tıbbi bakım ve tedaviyi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Organ nakli süreciniz ve tedaviniz normal şekilde devam edecektir.

MALİ HUSUSLAR

Çalışmaya katılımınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kapsamında yapılan görüşme ve ölçekler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Çalışma hakkında sorularınız olması veya herhangi bir sorunla karşılaşmanız durumunda aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırma ekibiyle iletişime geçebilirsiniz:

Araştırma Sorumlusu:
Dr. Esma Ulya Aşık
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Serap Sarı
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ONAM

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Çalışma hakkında bana sözlü olarak da bilgi verildi ve sorularım yanıtlandı. Bu çalışmaya katılmayı özgür irademle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.