

## Organ Transplantasyonu Sürecinde Donör Eğitimi ve Hemşirelik Bakımı

Hande GÜLEN<sup>1</sup>, Anita KARACA<sup>2</sup>

### ÖZ

Organ transplantasyonu, son dönem organ yetmezliklerinin tedavi seçeneği olarak tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaya başlanmış bir cerrahi tedavi girişimidir. Ülkemizde beyin ölümü gerçekleşmiş kadavralardan yapılan transplantasyon sayısı organ transplantasyonuna gereksinimi olan hasta sayısından daha azdır. Bu durum organ transplantasyonu için canlı donörleri gündeme getirmiş ve giderek canlı donörlerden yapılan transplantasyon sayısının artmasına yol açmıştır. Donörler herhangi bir sağlık problemi olmayan sağlıklı bireylerdir. Bu nedenle ameliyat sonrası donörlerin yaşadıkları bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar donörlerin yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Donöre transplantasyon öncesi ve sonrası uygun nitelikte hemşirelik bakımı ve eğitiminin verilmesi donörde komplikasyonların önlenmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve sürdürülmesinde oldukça önemlidir. Hemşireler donörlerin gereksinim duyduğu eğitimin tüm aşamalarında büyük rol oynayarak bireyin yeniden fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmeleri ve evdeki bakımı sürdürmeleri için gerekli olan bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmalarına yardımcı olabilir. Böylece, hemşireler bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere uyumlarını kolaylaştırarak kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlayabilirler. Bu derlemede, transplantasyon sürecinde donörlerin yaşam kalitelerinin artırılmasında ve komplikasyonların önlenmesinde donör eğitiminin ve hemşirelik bakımının önemi açıklanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Transplantasyon; donör; eğitim.

### Donor Training and Nursing Care in Transplantation Process

### ABSTRACT

Organ transplantation is a surgical treatment initiative that has begun to be widely employed worldwide as a treatment option for end-stage organ failure. The number of transplants made from brain-dead cadavers in Turkey is less than the number of patients who need organ transplant. This brought live donors into the spotlight for organ transplant and led to a progressively increasing number of transplants made from live donors. Donors are healthy individuals without any health problems. Therefore, the physical, mental and social problems experienced postoperatively by donors may have implications on their quality of life adversely. Providing high-quality nursing care and education for a donor during the pre-transplant and post-transplant period is effective in preventing complications in donors, improving and maintaining the quality of life in donors. Nurses play a major role in every stage of the education of donors which is crucial to acquire the knowledge, skills, attitudes, and behaviors for becoming self-sufficient in the physical, psychological and social life and for maintaining the care at home. Thus, nurses may also help individuals to maintain their quality of life by enabling them to adapt to any changes in their lives. The purpose of this review is to explain the importance of education and nursing care for donors in increasing their quality of life and prevention of complications in transplantation process.

**Keywords:** Transplantation; donor; training.

### GİRİŞ

Tedavisi mümkün olmayan hastalıklardan dolayı görev yapamayacak derecede hasar görmüş ve hatta bazen insan vücuduna zarar verebilecek organların yerine, canlı veya ölüden alınan yeni, sağlam organın nakledilerek hastanın tedavi edilmesine organ nakli ya da organ transplantasyonu denir. Organ veya doku, ölü veya canlı bir insandan başka bir insana, bir insanın kendi vücudundan yine kendisine nakledilebilir (1,2).

<sup>1</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

<sup>2</sup> İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Transplantasyon, günümüzde birçok kronik organ hastalıklarında uygulanan rutin, geçerli ve ileri bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Organ transplantasyonu, bazı organların işlevlerini yerine getiremeyecek duruma geldiğinde ve başka hiçbir tıbbi çözüm olmadığına karar verildiğinde yapılması zorunlu olan tedavi seçeneğidir. Hastanın yaşama döndürülmesi için kronik, sonradan kaybedilmiş ve sağlıklı durumuna kavuşturulamayacak şekilde hastalanmış organların yerine sağlıklı organların transplantasyonu dışında, günümüzde başka tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Organ transplantasyonunda öncelikli sorun, temin edilen organ sayısının mevcut gereksinime göre çok yetersiz olmasıdır. Günümüzde kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, yüz, kol ve bacak, pankreas, ince bağırsak, kemik iliği, kan, deri, kornea gibi yaşamsal önemi olan pek çok organ ve doku transplantasyonu gerçekleştirilebilmektedir. Nakil türüne göre organ transplantasyonunda kaynak canlı veya ölü (kadavra) olabilmektedir (3).

### **Kadavradan Organ Transplantasyonu**

Kadavradan organ transplantasyonu, ancak beyin ölümünün kesin tespit edilmesinden ve yakınlardan izin alınmasından sonra mümkündür (2). Ülkemizde kadavradan organ ve doku alınması 2238 ve 2594 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun ile düzenlenmiştir. Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinin birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının izniyle ölüden organ veya doku alınabilir. Beyin ölümü gerçekleşmiş birey, sağlığında kendi ölümünden sonra organ ve doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişse organ ve doku alınmaz. Doğal afetler ve trafik kazasında aniden ölüp de yakını olmayanların cesetlerinden o anda diğer bir hayatı kurtarmak için vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku transplantasyonu yapılabilir (2,4). 01.02.2012 tarih ve 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ile beyin ölümü tanısı için gereken asgari şartlar ortaya konmuştur (5). 18.01.2014 28886 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile tıbbi ölümün gerçekleştiğine, biri nörolog veya beyin cerrahı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliği ile karar verilir hükmü getirilmiştir (6). Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve tüm beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümü olmayan dönülmez şekilde kaybolduğu ve mutlak ölümlü sonuçlanan bir süreçtir. Organ transplantasyonu için beyin ölümü tanısında gerekli olan tüm ön koşulların sağlanmış olması gerekir (7,8).

### **Canlıdan Organ Transplantasyonu**

Kadavradan elde edilen organ sayısının, organ transplantasyonuna gereksinim duyan hasta sayısına göre yetersiz olması, canlı donörlerden (vericilerden) elde edilen organların kullanılmasını gündeme getirmiştir (9). Canlıdan organ transplantasyonu, organını vermeye gönüllü, sağlıklı bireyden organ veya organ parçasının

alınarak organ yetmezliği olan hastaya nakledilmesini içerir. Bu sürecin altındaki en önemli nedenlerden biri yeterli kadavra donörün olmamasıdır. Bu nedenle bekleme listesindeki hasta sayısı artmakta, uzun bekleme listeleri oluşmasına neden olmaktadır. Uzun bekleme süreci ise, hastalardaki riskleri artırmakta, hastaneye yatışları sıklaştırmakta ve bu durum hastaların bekleme süreci içerisinde kaybedilmesine yol açmaktadır (10). Canlı donör, 4. dereceye kadar akraba veya eş olabilir. Tam doku uygunluğu olan donörler tercih edilir ancak doku uygunluğu olmayan donörler de tercih edilebilmektedir (11). Kadavradan organ temini sıkıntısı, uzun bekleme listeleri, süreç boyunca meydana gelen ölümler ve canlı donör transplantasyonundan alınan başarılı sonuçlar canlı donör transplantasyon sayısını hızla artırmıştır (12).

Donör seçiminde önemli olan, donörün tıbbi ve fizyolojik olarak organ bağışına uygun olmasıdır. Donörün transplantasyon hakkındaki yarar/riskleri hakkında iyi bilgilendirilmesi ve hiç bir etki altında kalmadan otonom bir karar vermesinden emin olmak önemlidir (13). Canlıdan organ ve doku alınabilmesi için ön şart donörün 18 yaşını doldurmuş ve akli dengesinin yerinde olmasıdır. Ergin ve ayırt etme gücü olan kişinin en az iki tanık önünde, bilinçli ve etkiden uzak, yazılı ve imzalı olarak organ veya doku verme kararını açıklaması, bunun bir tutanakla tespit edilmesi ve donör tarafından onaylanması gerekir. Ayrıca, bu belgenin bir hekim tarafından da onaylanması gerekmektedir. Verilen izin her zaman geri alınabilir (14).

Donörleri bilgilendirme kısmında, donörlere ne anlatılacağı konusunda farklı fikirler vardır. Vancouver Forum Etnik Grubu'na göre donör şu konularda bilgilendirilmelidir:

- Dünya geneli ve prosedürün uygulanacağı merkezdeki ölüm riski,
- Sağlık ve organ fonksiyonundaki değişiklikler,
- Sigorta edilebilirlik ve işte çalışabilirlik üzerine etkileri,
- Aile ve sosyal hayat üzerine potansiyel etkiler,
- Organ bağışlama ve bağışlamamanın psikolojik etkileri,
- Değerlendirme sürecinde yeni tespit edilen tıbbi durumlar (HIV, TBC veya diğer bulaşıcı hastalıklar) olması durumunda donörün bireysel, sağlık ve sosyal sorumluluğu,
- Bağış kararını etkileyebilecek alıcının herhangi bir özel durumu. Ancak alıcıdan izin alınmadığı takdirde potansiyel donöre herhangi bir bilgi verilemez.
- Alıcı için tahmini transplantasyon sonucu (olumlu ve olumsuz),
- Alıcı için ölü organ transplantasyonu dahil diğer alternatif tedavi seçenekleri,
- Donör ve alıcının durumları hakkında kesin olmayan kısıtlı bilgilerin varlığıdır (15).

Canlı vericiden organ nakliyle ilgili belki de tek önemli klinik sorun vericinin güvenliğidir. Dünyadaki ölüm oranlarını bilmek çok zordur, çünkü bildiriye zorunlu değildir. Bildirilen ölümlere göre, karaciğer canlı vericilerdeki ölüm riski oranı %0.2-%0.5'tir (16). Böbrek vericilerindeki ölüm oranı olan %0.013 ile karşılaştırıldığında bu oran oldukça yüksektir. Bu yüzden karaciğer vericilerindeki (hepatotomideki) ölüm riski böbrek vericilerinin (nefrotomi) ölüm riski ile karşılaştırıldığında en az 15-20 kat daha fazladır. Bu durum canlı karaciğer vericisi olmanın açıkça risk

taşıdığını göstermektedir. Tüm bu nedenlerle “yaşayan bireyden organ alımı” önemli yasal düzenleme ve kısıtlılıkları gerektiren bir süreçtir (17).

Başlıca dört çeşit canlı verici kullanılmaktadır. Bunlar:

- Kan bağı olan veya yakın akraba olanlar (living-related donor) Örn: anne, baba, kardeş, amca, yeğen vb.,
- Kan bağı olmayan yakınlar (living-unrelated donor) Örn: eşler,
- Kan bağı olmayan, duygusal olarak yakınlığı olan vericiler (emotionally-related living donor) Örn: arkadaşlar,
- Fiziksel, duygusal hiçbir yakınlığı olmayan altruistik yabancılar (altruistic stranger)
- Nadir olarak uygulanan çapraz nakil (cross-over donation) olgularıdır (18,19).

Avrupa ülkelerinde, canlı verici havuzuna çeşitli düzeylerde kısıtlama getirilmiştir. Fransa’da yalnızca genetik olarak yakınlığı saptanmış vericilere izin verilmekte, acil koşullar altında yalnızca eşlere izin verilmektedir. Almanya, İtalya, İngiltere, İsveç, Polonya’da kan bağı olanlar verici olabilmekte, genetik olarak yakınlığın saptanamadığı durumlarda duygusal olarak ilişkisi olan vericilere izin verilmekte, altruistik yabancıların verici olmasını yasaklamaktadır. Diğer bir grup, yeni bir akım olarak hiç kısıtlamasız ülkelerdir. Bunlar Avusturya, İspanya, Hollanda, Norveç ve İsviçre’dir. Bu ülkelerde altruistik yabancılar ve çapraz nakil uygulanabilmektedir (18).

Türk Dil Kurumu’na göre altruizm (özgecilik) “çıkar gözetmeksizin başkalarının iyiliği için özveride bulunmayı bir ilke olarak benimseyen ahlak tutum ve görüş” olarak belirtilmiştir (20). Bir başka tanıma göre altruizm; yardım etme, sorumluluk üstlenme, bağışta bulunma gibi birçok olumlu sosyal davranışı içermekte olup herhangi bir biçimde ödül beklentisi olmaksızın bir yardım etme davranışıdır. Organ bağışlama altruistik davranışlar arasında yer almaktadır (21,22). Ciddi oranda donör eksikliği, günümüzde transplantasyonun önündeki en büyük engellerden biridir. Bu ciddi sorunun umut verici bir yaklaşımı, genetik olarak ilişkisi olmayan canlı organ vericilerinin kullanımını artırmaktır (23). Spital (23)’in Amerika Birleşik Devletleri’nde, arkadaşlar ve altruistik yabancılar tarafından yapılan böbrek bağıışı ile ilgili halkın tutumlarını belirlediği çalışmasında; katılımcıların %90’dan fazlası yakın arkadaşları tarafından, %80’i de altruistik vericiler tarafından yapılan böbrek bağıışının kabul edilebilir bir uygulama olduğuna inanmaktadır. Ayrıca araştırmaya katılanların çoğu (%76) böbrek yetmezliği olan yakın bir arkadaşına, %24’ü de altruistik bir yabancıya donör olabileceğini belirtmiştir. Aynı çalışmada, etik tartışmalarla birlikte elde edilen sonuçların iyi olması nedeniyle, arkadaşlar ve altruistik yabancılar tarafından yapılan böbrek bağıışının, eşlerin birbirine donör olması kadar kabul edilebilir bir uygulama olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Daar (19)’ın çalışmasında da donör olarak düşünülen altruistik yabancılar da görülen risk düzeyinin akraba ve arkadaşlar ile aynı olduğunu ve potansiyel donöre karar verme sürecinin yakınlık seviyesine göre değil, bireysel risk düzeyine dayanması gerektiği belirtilmiştir.

Alıcı ve donör arasında genetik uyumsuzluk transplantasyon başarısını olumsuz etkilemektedir. Canlı

donörlü transplantasyonlarda alıcı ve donör arasında doku antijenleri arasında mükemmel uyum olması transplantasyon başarı şansını artırmaktadır. Organ transplantasyonu öncesi donör ve alıcı arasında kan grubu uyumu, doku grubu uyumu aranır ve çeşitli laboratuvar testleri ve konsültasyonlar gerçekleştirilir (24-26). Organ transplantasyonun verici açısından kontrendike olduğu durumlar Tablo 1’de gösterilmiştir (25).

**Tablo 1.** Organ transplantasyonunun verici açısından kontrendike olduğu durumlar\*

#### **Kesin Kontrendikasyonlar**

- Akli dengesi yerinde olmamak
- 18 yaşından küçük olmak
- Metastatik veya tedavi edilmemiş aktif kanser
- HIV, HCV gibi bulaşıcı hastalık varlığı
- Son dönem organ yetmezliği olan hastalar (böbrek, kalp, karaciğer vb.)
- Anestezi almasında ciddi risk taşıyanlar
- Hamilelik

#### **Böbrek nakline özel kontrensikasyonlar**

- Üriner sistemde hastalık veya anormallik (polikistik böbrek hastalığı, atnalı böbrek vb.)
- Böbrek fonksiyonlarında azalma (GFR<80 ml/dk) ya da proteinüri

#### **Karaciğer nakline özel kontrensikasyonlar**

- HBV varlığında
- 40-50 yaş üstü
- Obezite (BMI>27-28)

#### **Göreceli Kontrendikasyonlar**

##### **Böbrek naklinde vericideki göreceli kontrendikasyonlar**

- Sınırdaki hipertansiyon
- Sınırdaki Tip II diabetes mellitus
- Obezite
- 65 yaş üstü
- Tekrarlamayan ve bir zarar meydana getirmemiş taş varlığı

\* Yücecin L. Canlı vericili nakil. Çevik Ö, Özyürek P, editörler. Organ nakli hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 55-6 (uyarlanmıştır)

#### **Organ Transplantasyonu Öncesi Hazırlık Dönemi**

Transplantasyon öncesi değerlendirme disiplinlerarası çalışmayı gerektirir. Değerlendirme ölçütleri, transplantasyon merkezlerine göre farklılık gösterebilir. Transplantasyon merkezlerinde transplantasyon kararını verecek bir ekip bulunur. Transplantasyon ekibi; transplantasyon cerrahları, transplantasyon konusunda uzmanlaşmış hepatoloji, gastroenteroloji, nefroloji, anestezi, radyoloji, psikiyatri, plastik cerrahi, patoloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve hemşirelerden oluşmaktadır. Transplantasyon kararı verildikten sonra alıcı ve donör, ameliyat öncesi dönemde tedavi ve bakım gereksinimleri nedeniyle transplantasyondan birkaç gün önce kliniğe yatırılabilir gibi birkaç hafta önce de yatırılabilir. Son yıllarda, transplantasyon öncesi hazırlıkların dışardan yapılması ve transplantasyondan bir gece önce alıcı ve donörün kliniğe yatırılması önerilmektedir. Bu nedenle transplantasyon işlemi için hazırlık kliniğe gelmeden önce

de başlayabilir. Alıcı ve donörün transplantasyon öncesi dönem hazırlığı ve bakımı 4 açıdan ele alınmalıdır. Bunlar; psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, fizyolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitimidir (27).

#### **Organ Transplantasyonu Öncesi Psikolojik Hazırlık**

Ameliyat korkusu, birçok bireyde önemli bir sorundur ve ameliyat öncesi süreçte giderilmelidir. Hemşireler güven verici bir iletişim başlatarak alıcı ve donörün korku ve kaygılarını açıklamasına fırsat vermeli, ameliyatla ilgili gerekli açıklamaları yaparak bilinmeyenlere bağlı anksiyete ve korkusunu azaltmada yardımcı olmalıdır. Hemşireler ayrıca alıcı ve donörle birebir görüşme yapmalı, endişelerini gidermeli ve transplantasyon süreci konusunda bilgilendirerek destek olmalıdırlar (28).

#### **Organ Transplantasyonu Öncesi Fizyolojik Hazırlık**

Ameliyat öncesi alıcı ve donörün sağlık durumu fizyolojik değerlendirme ile belirlenmelidir. Fizyolojik değerlendirme; yaş, beslenme, ağrı, pulmoner, gastrointestinal sistem, kardiyak, endokrin sistem, nörolojik, radyolojik, laboratuvar ve serolojik açısından incelenmeyi içermektedir. Ameliyat öncesi dönemde alıcı ve donör hazırlığının en önemli amacı ameliyat sonrası olası risklerin önlenmesi, alıcı ve donörün genel sağlık durumunun farkında olunması ve en iyi düzeye getirilmesidir. Alıcı, donör ve ailelerine ameliyat yapılmadan önce kendilerinin hastanede ne tür hazırlıklardan geçeceği anlatılmalıdır. Ameliyat öncesinde alıcı ve donörün en üst düzeyde fiziksel rahatlık içinde olması sağlanmalıdır (29).

#### **Organ Transplantasyonu Öncesi Yasal Hazırlık**

Ülkemizde organ transplantasyonu 03.06.1979'da 16655 sayılı resmi gazetede yayımlanan 29.05.1979'da kabul edilen 2238 sayılı yasaya dayandırılarak, 13/02/2012 tarihli 6157 sayılı Organ Nakli Merkezleri Yönergesi'nde, pankreas, kalp, akciğer, böbrek, karaciğer transplantasyonu yapan merkezlerin sahip olması gereken şartlar ile çalışma koşullarına dair usul ve esaslar belirtilmiştir (30). Tıbbi deontoloji kuralları, transplantasyon sürecinde büyük önem taşımaktadır. Alıcı ve donöre ameliyat sırasında ve sonrasında neler ile karşılaşabileceği anlatılarak, yazılı ameliyat onayı alınmalıdır. On sekiz yaşından küçük alıcı hastaları için ise ailesinden ya da yasal olarak bakımından sorumlu kişiden yazılı onay alınması gerekmektedir (31).

#### **Organ Transplantasyonu Sürecinde Donör Eğitimi ve Hemşirelik Bakımı**

Bireyin sağlık sorunlarıyla başa çıkabilecek davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için eğitime, rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır. Sağlık eğitiminde amaç bireyin, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde sürdüreceği bilgi, beceri ve tutumu kazanması ve bunu bir yaşam biçimi olarak benimsemesini sağlamaktır. Sağlık eğitimi disiplinler arası bir ekip çalışmasını gerektirmektedir ve bu süreçte hemşire, hasta/sağlam birey ve ailesiyle sürekli etkileşimde bulunması nedeniyle anahtar rol oynamaktadır (32,33). Hemşireler, eğitimle ilgili etkinliklerde farklı özelliklere, deneyim ve becerilere sahip bireylere; farklı konularda eğitim vermek zorunda olduklarından dolayı farklı yöntemlerden yararlanabilmektedir (34). Bilimsel sorun çözme yaklaşımı, sağlık eğitiminde kullanılan en yaygın yöntemlerden biridir. Bu süreç öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla veri toplama, tanı koyma, planlama,

uygulama, değerlendirme ve kaydetme aşamalarından oluşmaktadır (32).

Eğitim programlarının içeriği ve etkililiği sürekli değerlendirilmelidir (35). Öte yandan hemşirelik uygulamaları, hemşirenin verdiği eğitimi başlangıcından son aşamasına kadar sürekli ve sistematik bir biçimde değerlendirmesini gerektirir. Bu nedenle, eğitim planlanırken değerlendirimin nasıl gerçekleştirileceği de belirlenmelidir. Değerlendirme, planlı öğretim etkinliklerinin önceden belirlenmiş olan hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı hakkında karara varmak amacıyla yapılır. Değerlendirmede kontrol listeleri, gözlem formları, dereceleme ölçekleri-testleri gibi ölçme ve değerlendirme araçlarından yararlanılabilir. Değerlendirme amacıyla yapılan ölçme işlemi ve ölçme yöntemi/araçlarının geçerli-güvenilir ve kullanışlı olması önemlidir. Böylece elde edilen veriler ile eğitimin etkinliği değerlendirilerek eğitim süreci ile ilgili gerekli düzenleme ve değişimlerin yapılmasına karar verilir (32,34).

Organ transplantasyonu sürecinde hemşirenin alıcı ve donöre ameliyat öncesi dönemde diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte, ameliyat ve ameliyat sonrası dönemde yapılacak testler ve uygulamalar, gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgi vermesi gerekir. Alıcı ve donöre ameliyat öncesi derin solunum, öksürük ve ekstremitte egzersizleri, ameliyat sonrası karşılaşılabilecek sorunlar (ameliyat bölgesi, drenleri, kullanılacak ilaçlar, hastanede kalış süresi ile uygulanacak tedavi ve bakım vb.), taburculuk sonrası dikkat etmesi gereken konular anlatılmalıdır (31,36).

Ameliyat sonrası anestezinin bitimi ile bireyin tamamen iyileşip hastaneden çıkabilecek duruma geldiği ana kadar geçen süre "postoperatif dönem" olarak adlandırılır. Bu dönemde hemşire, donörü normal fonksiyonlarına kavuşuncaya kadar koruyup ve destekleyecek, rahat ettirecek, komplikasyonların oluşmasını önleyecek bir bakımı planlayarak, en kısa dönemde donörün günlük yaşamına geri dönmesine yardımcı olur. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyonlar geliştiğinde tedavinin oldukça güç ve zaman alıcı olacağı, genellikle bir komplikasyonun diğer bir komplikasyonu beraberinde getireceği vurgulanmalıdır (37-39). Postoperatif erken dönemde donörün tanılanmasında, monitorizasyonu ve komplikasyonların erken dönemde önlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Erken postoperatif dönemde hemşirelik bakımı; hemodinamik monitorizasyonun sağlanması, nörolojik durumun izlenmesi, ağrı ve kanama kontrolünün sağlanması, laboratuvar bulgularının izlenmesi, yara yerinin tanılanması ve bakımı, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, koruyucu izolasyonun sağlanması, tıbbi tedavinin uygulanması ve yanıtın değerlendirilmesini içermektedir (29).

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta bakımının en önemli hedeflerinden biri de komplikasyonları önlemek, uygun ve yeterli bilgilendirme yaparak bireyi taburculuğa hazırlamaktır. Taburculuğa hazırlık sırasında birey ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk eğitimi planlaması temelde hemşirenin sorumluluğundadır. Taburculuk eğitimi, her hastalıkta olduğu gibi transplantasyon uygulanan bireylerde de transplantasyon öncesi ve sonrası yaşamsal değeri olan, bireyin öz bakım sorumluluğunu

üstlenmesini sağlayan ve yaşam kalitesini artıran önemli bir süreçtir (35). Alıcı ve donörün eğitimi mutlak hekim, hemşire ve diğer ekip üyelerinin iş birliği yanında, birey merkezli yaklaşımı gerektirir. Ancak birey eğitimi şüphesiz diğer sağlık çalışanlarına oranla birey ile direkt ve daha uzun süreli ilişkide olan hemşirelerin sorumluluğudur. Hemşireler donörlerin gereksinimi olan taburculuk eğitimini vererek, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere uyumlarını sağlayarak kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olabilirler (40). Cerrahi süreç içerisinde yer alan hastalar genellikle hastaneden ayrılmadan önce taburculuk aşamasında öz-bakım endişeleri yaşarlar. Pieper ve ark (35) tarafından yapılan çalışmada ameliyat sonrası hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimleri hakkında yaptığı incelemede; en sık karşılaşılan sorun, insizyon/yara bakımı, ağrı yönetimi, aktivite düzeyi, komplikasyonların izlenmesi, semptom yönetimi, eliminasyon ve yaşam kalitesi ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Karşılansınmayan taburculuk gereksinimleri kötü hasta sonuçlarına katkıda bulunacağı için, hemşireler hastaların bilgilendirme gereksinimlerini doğru bir şekilde tanımlamalı ve özellikle yaş, eğitim düzeyi, yetersizlik durumu ve yeni/gelişmiş cerrahi prosedürlerini dikkate almalıdır (35).

## SONUÇ

Transplantasyon sonrası bakım planının en önemli konularından biri olan eğitim, transplantasyon öncesi dönemde başlatılmalı, hastanede kalış süresince devam etmeli ve taburcu edildikten sonra da takip edilmelidir. Eğitim, alıcı ve donörlerin hastane ortamından ev ortamına geçişi kolaylaştırmakta, memnuniyeti artırmakta, ayrıca bakım ve tedavi maliyetini azaltmaktadır. Aynı zamanda, organ transplantasyonu sonrası bakım gereksinimlerini saptamak, kaliteli bakım vermek, bakıma birey ve ailesini katmak, komplikasyonlar açısından izlemek, kullanılacak ilaçlar, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri, enfeksiyondan korunma, izlem hakkında bilgi vermek ve bakımdan memnun olmalarını sağlamak; bireyin tedaviye uyumunu kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Bu nedenle donör hastaneden taburcu edilmeden önce, bağımlı rolden bağımsız duruma geçmesi konusunda yardımcı olmak için eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda taburculuk eğitiminin planlanması gerekir. Bu eğitim sürecinde bireyin davranışlarında daha önce belirlenen öğrenme hedefleri doğrultusunda istendik davranışlara ulaşma derecesinin belirlenmesi önemlidir. Ayrıca hemşirenin eğitim verme rolünü etkin bir şekilde yerine getirebilmesi için kendi öz değerlendirmesini de yaparak güçlü ve geliştirmesi gereken yönlerini araştırması ve eğitim alanı ile ilgili yeterli bilgi, beceri ve deneyime, özellikle etkin iletişim kurma becerisine sahip olması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Andrews PA. Renal transplantation. *BMJ*. 2002; 324(7336): 530-4.
2. Koçak Süren Ö. Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi. *TBB Dergisi*. 2007; 2007(73): 174-95.
3. Elmas İ, Tepehan S. Beyin ölümü kavramı ve organ transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics*. 2016; 2(1): 8-11.

4. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun [Internet]. [Erişim tarihi: 20.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf>.
5. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği [Internet]. [Erişim tarihi: 20.12.2017]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10528/organ-ve-doku-nakli-hizmetleri-yonetmeliği.html>.
6. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun [Internet]. [Erişim tarihi: 20.12.2017]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>.
7. Uludağ Ö. Beyin ölümü tanısının önemi. *Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Derg*. 2015; 1(1): 34-8.
8. Sabancı PA, Karasu A, Karadereler S, Barlas O. Beyin ölümü tanısı. *Sinir Sistemi Cerrahisi Derg*. 2008; 1(2): 81-5.
9. Karasu Z. Canlı vericiden karaciğer transplantasyonu; Dünya'daki ve Türkiye'deki durum. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2006; 2(51): 1-5.
10. Elola-Olaso AM, Gonzalez EM, Diaz JCM, Garcia I, Segurola CL, Usera MA, et al. Short and long term outcomes after living donor liver transplantation. *Transplantation Proc*. 2005; 37(9): 3884-6.
11. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz hekimi el kitabı. Samsun: Ceylan Ofset; 2008.
12. Gotardo DRM, Strauss E, Teixeira MCD, Machado MCC. Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. *Liver International*. 2007; 28(1): 99-106.
13. Robert S, Brown JR. Live donors in liver transplantation. *Gastroenterolog*. 2008; 134(6): 1802-13.
14. Aydın ÇK. Organ veya doku ticareti suçu. *Ankara Barosu Dergisi*. 2011; 2011(1): 129-62.
15. Nadalin S, Malago M, Radtke A, Erim Y, Saner F, Valentin-Gamazo C, et al. Current trends in live liver donation. *Transpl Int*. 2007; 20(4): 312-30.
16. Middleton PF, Duffield M, Lynch SV, Padbury RT, House T, Stanton P, et al. Living donor liver transplantation--adult donor outcomes: a systematic review. *Liver Transpl*. 2006; 12(1): 24-30.
17. Humar A. Donor and recipient outcomes after adult living donor liver transplantation. *Liver Transpl*. 2003; 9(10): 42-4.
18. Kranenburg LW, Visak T, Weimar W, Zuidema W, Klerk M, Hilhorst M, et al. Starting a crossover kidney transplantation program in the netherlands: ethical and psychological considerations. *Transplantation*. 2004; 78(2): 194-7.
19. Daar AS. Strangers, intimates, and altruism in organ donation. *Transplantation*. 2002; 74(3): 424-6.
20. Türk Dil Kurumu [Internet]. [Erişim tarihi: 05.03.2018]. Erişim adresi: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=252785](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=252785).
21. Ümmet D, Ekşi H, Otrar M. Özgeçicilik (Altruizm) ölçeği geliştirme çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*. 2013; 11(26): 301-21.
22. Bal PN, Topuz C. Özgeçiciliği arttırmaya yönelik psikoeğitim programının üniversite öğrencilerinin özgeçicilik düzeylerine etkisi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2015; 4(4): 206-16.

23. Spital A. Public attitudes toward kidney donation by friends and altruistic strangers in the United States. *Transplantation*. 2001; 71(8): 1061-4.
24. Şimşek M. Organ nakli hemşireliği. Çevik Ö, Özyürek P, editörler. *Nakil immünolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 75-81.
25. Yüce L. Canlı vericili nakil. Çevik Ö, Özyürek P, editörler. *Organ nakli hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 51-62.
26. Taşkiran E, Akar H, Yıldırım M, Erbaş O. Karaciğer nakli: Endikasyonlar, kontrendikasyonlar, rejeksiyon ve uzun dönem takip. *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*. 2016; 1(2): 59-66. doi: 10.5606/fng.transplantasyon.2016.011.
27. Smeltzer SC, Bare BG. Assessment and management of patient with hepatic disorders, Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1074-122.
28. Murray KF, Carithers RL. AASLD practice guidelines: evaluation of the patient for liver transplantation. *Hepatology*. 2005; 41(6): 1407-32. doi: 10.1002/hep.20704.
29. Altınbaş Y. Karaciğer nakli ve hemşirelik bakımı. Çevik Ö, Özyürek P, editörler. *Organ nakli hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 149-61.
30. Organ Nakli Merkezleri Yönergesi [Internet]. [Erişim tarihi: 15.12.2017]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11284/organ-nakli-merkezleri-yonergesi.html>.
31. Dontlu Ç. Organ bağıışı ve naklinde etik, dinsel ve yasal yaklaşımlar. *Diyaliz, Transplantasyon ve Yanık*. 2004; 15(2): 69-76.
32. Kaya H. Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2009; 1(1): 19-23.
33. Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(1): 33-43.
34. Taşocak G. Hasta eğitimi. 4. baskı. İstanbul: Kültür Sanat Basımevi; 2017.
35. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, et al. Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33(3): 281-90.
36. Ludwig C, Stoelben E, Olschewski M, Hasse J. Comparison of mortality, 30-day mortality, and long-term survival after pneumonectomy and sleeve lobectomy for nonsmall cell lung carcinoma. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79(3): 968-73.
37. Yılmaz E. Cerrahi hemşireliği ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar ulusal boyut. *Cerrahi bakım ve yaşam kalitesi sempozyumu*; 3-4 Mayıs 2012; Manisa. s.11-8.
38. Eti AF. Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan A, Eti AF, editörler. *Dahili ve Cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s. 345-72.
39. Demir N. Preoperatif hazırlık-postoperatif bakım ve takip. Sabuncu N, Akça AF, editörler. *Klinik beceriler: sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. s. 626-48.
40. Köşgeroğlu N, İlhan H. Transplantasyonda hasta eğitiminin önemi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2000; 3(2): 25-7.