

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ VE  
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE ORGAN NAKLINE BAKIŞ  
AÇILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. ÖZGÜR AYTAŞ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. ŞÜKRÜ KARTALCI**

**MALATYA – 2010**

**T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ VE  
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE ORGAN NAKLINE BAKIŞ  
AÇILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. ÖZGÜR AYTAŞ  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. ŞÜKRÜ KARTALCI**

## İÇİNDEKİLER

1. Giriş	1-2
2. Genel Bilgiler	
2.1. Organ Nakli	
2.1.1. Giriş	3
2.1.2. Organ Bağışı	3-4
2.1.3. Organ Bağışı Tarihi	4
2.1.4. Organ Bağışı ve Naklinde Yaşanan Sorunlar	5-7
2.1.5. Organ Bağışı ve Naklinin Etik Boyutu	7-8
2.1.6. Organ Bağışı ve Naklinin Dini Boyutu	8
2.1.7. Organ Bağışı ve Naklinin Yasal	9-10
2.1.8. Organ Bağışında Hemşirelerin Rolü	11
2.2. Tükenmişlik	12-17
3. Gereç ve Yöntemler	
3.1. Örneklem	18
3.2. Veri Toplama Araçları	18
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	18
3.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	19
3.2.3. Organ Nakline İlişkin Görüş Değerlendirme Formu	19
3.3. İstatistiksel Yöntem	19
4. Bulgular	20-27
5. Tartışma	28-34
6. Sonuç ve Öneriler	35-36
7. Özet	37-38
8. Summary	39-40
9. Kaynaklar	41-46
10. Ekler	47-50

## **ÇİZELGELER DİZİNİ**

Tablo 1: Çalışanların Sosyodemografik Verileri

Tablo 2: Çalışılan Birimlere Göre Dağılım Tablosu

Tablo 3: Organ Bağışı İle İlgili Düşünceler Tablosu

## Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini

Ameliyathaneler Birimi	AB
Acil Servisler Birimi	ASB
Cerrahi Servisler Birimi	CSB
Dâhili Servisler Birimi	DSB
Duyarsızlaşma	DYS
Duygusal Tükenme	DT
Kişisel Başarı	KB
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	MTÖ
Poliklinikler Birimi	PB
PPM	Bir milyon nüfusa düşen sayı
Turgut Özal Tıp Merkezi	TÖTM
UNOS	United Network for Organ Sharing
Yoğun Bakımlar Birimi	YBB

## TEŐEKKÜR

Asistanlık eğitimimin sonlarına yaklaőtım bu günlerde geęmiőime baktığımda, sıkıntısı ve zorluğu ile birlikte ömrümün en güzel yıllarını beraber geğirdiğim biręok kimsenin olduğunu fark ettim. Özellikle Tıp Fakóltesi ve uzmanlık eğitimi ile devam eden bu uzun süreçteki tüm destekçilerime, arkadaşlarıma ve hocalarıma, sürekli yanımda olup beni gözeten anne, babam, kardeşlerim ve eőime, eğitim hayatımdaki tüm hocalarıma, uzmanlık eğitimimin her aşamasında bulunan ve sürekli hayranlıkla izleyip örnek almaya çalıştım ve çok őey öğrendiğim Prof. Dr. Süheyla Ünal ve Doç. Dr. Rifat Karlıdağ hocalarıma, beraber eğitim aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve hastane çalışanlarımıza, tez yazımında danışmanım Yrd. Doç.Dr. şükrü Kartalcı ve yardımlarından dolayı Zehra Hanım'a, hayatıma anlam kazandıran eőim İrem ve oğlum Ahmet Eren'e çok teőekkür ederim. Herkesin, bilerek veya bilmeyerek yapmıő olduğum yanlışlarımı tecrübesizliğime ve gençliğime atfedip hakkını helal etmesini isterim.

## 1. GİRİŞ

Bilim dünyasındaki yenilikler ile teknolojik olarak geline seviyenin bir sonucu olarak, hayat kalitesi artmaya ve insan ömrü uzamaya başlamıştır. Bu gelişmeler ile hastalıklar daha anlaşılır olmuş, hasta ve yakınlarına, yeni ve farklı tedavi ve müdahale seçenekleri sunulmaya başlanmıştır. Tıp alanındaki bu değişimler ve insan ömrünün uzaması beraberinde yeni sorunlar da getirmeye başlamıştır. Sağlık alanında ortaya çıkan bu yeni sorunlar ve sorunların çözüm yolları, tıp ve hukuk alanlarını karşı karşıya getirmiş, ciddi tartışmalara ve karışıklıklara neden olmuş ve olmaktadır (1, 2, 3, 4, 5).

Günümüzde sürekli konuşulup tartışılan önemli konulardan biri, organ yetmezliği ya da kaybı nedeni ile yaşamı tehdit altında olan bireylerin hayatlarını kurtarmak, yaşam sürelerini ve kalitesini artırmak amacıyla yapılan organ nakilleridir. Organ nakli konusunda yeterli tecrübe ve önemli gelişmeler sağlanmış olmasına rağmen, nakledilecek organın temini karşımızdaki en önemli sorun olarak durmaktadır (6, 7).

Organ bağışındaki yetersizliği gidermek ancak kadavra kaynaklı vericilerin sayıca artırılması ile mümkündür. Kadavradan organ sağlanmasında yaşanan sorunlar birçok dünya ülkesinde tartışılan, çözüm yolları araştırılan bir konudur. Ülkemizde bu sorun daha da önem kazanmakta ve nakillerin önündeki en önemli engel olarak durmaktadır. Avrupa Ülkelerinde organ vericilerinin %80'i kadavra, %20'si canlı kaynaklı iken Türkiye'de tam tersine organ vericilerinin %75'i canlı, %25'si kadavra kaynaklıdır (8, 9, 10).

Literatürde de belirtildiği gibi organ bağışının yasal, dini, etik, sosyal, ekonomik ve hukuki yönleri, gerekli organların temininde güçlükler yaşanmasına neden olmaktadır (11).

Sonuç olarak nakil için yeterli organ temin edilememekte, bununla birlikte ihtiyaç duyulan organ sayısı gün geçtikçe artmaktadır (8). Beyin ölümü gerçekleşmiş hastaların organ verici aday olabilmeleri, organ teminindeki açığı kapatabilecek gibi görünmektedir. Ancak nakiller; hasta ve yakınlarının yanlış düşünce ve tutumları nedeniyle istenen seviyeye çıkarılamamıştır. Kişilerin bu yanlış düşünce ve tutumlarının, yapılacak bilgilendirme ve yönlendirme ile değişebileceği bilinmektedir (12).

Sağlık çalışanlarından özellikle hemşire ve sağlık memurları, hasta ve hasta yakınları ile olan yakın ilişkilerinden dolayı organ bağışının artırılması çalışmalarında anahtar rol oynamaktadırlar. Özellikle bu çalışanların organ nakli ile ilgili sahip oldukları bilgi, inanç ve tutumların bir sonucu olarak, hasta ve yakınlarına yaptıkları bilgilendirme ve yönlendirmenin, uygulamanın sonuçlarını belirgin şekilde değiştirebileceği düşünülmektedir (13, 14, 15, 16). Ölümcül hastalara hizmet verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek olma, yetersiz ücret, yoğun iş yükü gibi zorlayıcı nedenler sağlık çalışanlarında gerginlik ve tükenmişliğe yol açmaktadır. Bunun sonucunda kişilerde zihinsel, duygusal ve fiziksel yorgunluk oluşmakta ve iş verimi düşmektedir. Oluşan bu tablo da, sağlık çalışanlarının organ nakli konusuyla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olsalar dahi, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme ve yönlendirme görevini gereğince yapamamasına neden olmaktadır (7, 17, 18).

Organ bağışlarının arttırabilmesi ve organ nakil hastalarının maruz kaldığı uygunsuz tutum ve davranışların düzeltilebilmesi için, sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bunun için de, sağlık çalışanlarının görevlerini yapmalarını olumsuz etkileyip, tükenmişlik ve gerginliğine neden olan faktörlerin belirlenerek, sorunların giderilmesi gerekmektedir (7, 19, 20, 21, 22, 23).

Bu çalışmada, bir grup hemşirede, organ nakline bakış açısını etkileyebilecek sosyodemografik özellikler ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir.



## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Organ Nakli**

#### **2.1.1 Giriş**

Vücutta görev yapamayacak kadar hasta ve hatta bedene zararlı hale gelen bir organın bir yenisini ile değiştirilmesi düşüncesi çok eski zamanlardan beri insanların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Organ yetmezliği ya da kaybı nedeni ile yaşamı tehdit altında olan bireylerin hayatlarını kurtarmak, yaşam sürelerini ve kalitelerini artırmak, çoğu zaman organ nakli ile mümkün olmaktadır (1). Bu işlem günümüzde birçok kronik organ hastalığında uygulanan rutin, geçerli ve ileri bir tedavi yöntemidir ( 6, 7). Organ nakli, en basit tanımıyla; vücutta görevini yapamayan bir organın yerine canlı bir vericiden veya ölüden alınan sağlam ve aynı görevi üstlenecek bir organın nakledilmesi işlemidir (11). Günümüzde kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, pankreas, ince barsak, kemik iliği, kan, deri, kornea gibi pek çok organın nakli gerçekleştirilebilmektedir (6, 7).

Organ ve doku naklinin yasal, etik, medikal, sosyal, psikolojik, teknolojik ve ekonomik birçok yönü bulunmaktadır. Tüm bunların bir sonucu olarak gereksinim duyulan organların temini ve kişisel haklar arasında yasal ve etik dengelerin kurulması ve yerleşmesi, sistemin tam ve ideal olarak işlemesi, en gelişmiş toplumlarda bile istenen düzeye ulaşamamıştır (24, 25).

#### **2.1.2 Organ Bağışı**

Organ bağışı kişi hayatta iken serbest iradesi ile (tıbben yaşamı sona erdikten sonra) doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesidir.

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanuna göre organ ve doku alınabilmesi için kişinin on sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olması

gerekmektedir. Vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur (26).

Canlıdan organ ve doku nakli, alıcının dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil) yakınlarından yapılabilir. Bu kapsam dışında kalan organ ve doku verici adaylarının durumları, ilgili organ ve doku nakli merkezindeki yerel etik kurullar tarafından değerlendirilir, uygun bulunması halinde nakil gerçekleştirilir. Kemik iliği, kök hücre ve kordon kanı nakillerinde ise hısımlık bağı şartı aranmaz (25).

### **2.1.3 Organ Bağışı Tarihi**

Modern cerrahinin en karmaşık ve en sorunlu alanlarından biri olan organ nakli, tarih öncesi çağlardan bu yana güncelliğini korumuş ve tıp bilim adamlarının başlıca ilgi odaklarından birisi olmuştur.

Modern tıp ile böbrek naklinin, Macar cerrahı Dr. Ulman tarafından Viyana’da 1902 yılında hayvanlar üzerinde gerçekleştirildiği bilinmektedir (27, 28). Dünya’da insandan insana ilk başarılı böbrek nakli 1954’te gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde ilk solid organ nakline 1969 yılında kalp nakli ile başlanmış, fakat başarısız olunmuştur. Akrabanlar arası başarılı böbrek nakli 21 yıl sonra Dr. Haberal ve ekibi tarafından 12 yaşında bir erkek hastaya annesinin böbreği nakledilerek gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde ilk kadavra böbrek nakli ise Avrupa Transplantasyon Birliği’nden getirilen kadavra böbrek ile yapılmıştır. Nakil yine aynı ekip tarafından 10 Ekim 1978’de yapılmıştır. Nihayet 2238 sayılı Yasa’nın çıkarılmasından sonra 27 Temmuz 1979’da trafik kazasında ölen bir vatandaşımızın böbreği alınarak ilk yerli kadavra böbrek nakli yine Dr. Haberal ve ekibi tarafından Hacettepe Hastanesi Transplantasyon Ünitesinde yapılmıştır (25, 27, 28).

En son 1982 tarihli 2594 sayılı yeni organ nakli yasasında aşağıda belirtildiği şekilde değişiklik yapılmıştır.

Kaza, doğal afet sonucu vücudun uğradığı ağır hasar sonucu yaşamı sona eren kişinin yanında eşi, reşit çocukları, anne-babası, kardeşlerinden biri yoksa sağlam doku ve organlarının hekimler kurulu raporu ile belgelenmesi koşulu ile ivedilik ve tıbbi zorunluluk bulunan durumlarda vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku nakli yapılabilir. Türkiye’de organ nakli ile ilgili organizasyon 01.06.2000 tarih ve 24066 sayılı resmi gazetede yayınlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ve Ocak 2001’de yayınlanan Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi’ne göre yapılmaktadır (29).

#### 2.1.4 Organ Bağışı ve Naklinde Yaşanan Sorunlar

Organ nakli konusunda ileri olduğu kabul edilen ülkelerde bile, organ nakli istenilen düzeyde değildir. Dünya’da ve Türkiye’de organ naklinin önündeki en büyük engel, kadavra kaynaklı organ azlığıdır. Diğer bir ifadeyle, bugün dünyada doku ve organlarının tümünü kadavradan sağlayan bir ülke henüz yoktur. Ancak gelişmiş ülkelerde organ vericilerinin %80’i kadavra, %20’si canlı kaynaklı iken, ülkemizde bu oran tam tersidir. Ülkeler arasında nakil için ortalama bekleme süreleri farklılıklar göstermektedir. Bekleme sürelerindeki farklılıklar, organ nakli koordinasyon sisteminin başarısı ile ilgilidir. Bu sistemin başarılı işlemesi, ancak profesyonel koordinatörlerin görev yaptığı organ nakil merkezlerinin varlığı ve merkezi yönetimin tam desteği ile sağlanabilir. Uluslararası tüm veriler, potansiyel donör sayısının aktif donör sayısından daha fazla olduğunu göstermektedir. Organ sağlama ve organ naklinin ayrı olarak değerlendirildiği klinik modellerin daha başarılı olduğu gözlenmektedir. Bunun en iyi örneği İspanya olup, donör bulma oranı 1999 yılında 33,6/pmp (Bir milyon nüfusa düşen sayı) şeklinde hesaplanmıştır. Bu oran, yine iyi organizasyona sahip Eurotransplant’ta (Hollanda merkezli) 14,2/pmp, İngiltere’de 13/pmp’dir. Türkiye’de ise bu oran 2001 yılında bu oran 1,2/pmp gibi çok düşük düzeydedir. Organizasyonların amacı, nakilde kullanılacak organın temini ve bu organların en uygun alıcıya nakledilmesidir. Bu durum organ paylaşımını ve organ uyumlandırılmasını da gerekli kılmaktadır. Nitekim organ bulmada görev yapan Avrupa’da Eurotransplant ve ABD’de UNOS (United Network for Organ Sharing) gibi güçlü organizasyonlar, organ paylaşımında da aktif görev yapmaktadır (8).

Türkiye’de organizasyon, 01.06.2000 tarih ve 24066 sayılı resmi gazetede yayınlanan ‘Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği’ ve Ocak 2001’de yayınlanan Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi’ne göre yapılmaktadır (6, 7, 29).

Şu an için ülkemizde başarısı görülmüş Akdeniz Üniversitesi Modeli ön planda uygulanabilecek gibi görünmektedir. Bu modele göre;

Organ Nakli Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi oluşturulmalıdır. Organ nakliyle ilgili tüm hizmetler merkezin sorumluluğuna verilmelidir. Biri sosyal hizmet uzmanı diğeri doktor olan iki organ nakli koordinatörü sosyal ve tıbbi koordinatör olarak görevlendirilmeli ve koordinatörler yurt içi yada yurt dışında eğitim süreçlerine tabi tutulmalıdır. Organ nakli konusunda kısa, orta ve uzun vadeli hedefler belirlenmelidir.

Kısa vadeli hedefler olarak hastane yoğun bakım ve diğer disiplinlerin koordinasyonu sağlanmalıdır. Hastane alt yapısı nakiller açısından uygun hale getirilmeli ve gerekli

donanımlar ve laboratuvar şartları sağlanmalıdır. Nakillerde görev alıp, özveri ile çalışacak eğitimli personeller yetiştirilmeli ve organ nakil hastaları için servisler oluşturulmalıdır. Her bildirilen beyin ölümü sonrasında ölen kişinin yakınları ile yakın görüşmeler sürdürülmelidir. Orta vadeli hedefler için, nakil yapılan hastanenin bulunduğu bölgedeki hastaneler arası koordinasyon sağlanmalıdır. Hastane başhekimleri, yoğun bakım üniteleri sorumlu hekimleri başta olmak üzere, ilgili hekimler ile görüşmeler yapıp, yakın ilişki içinde bulunulmalı; hekimlerin konu ile ilgili eğitimini sağlamak amacı ile tabib odaları ile ortak eğitim toplantıları düzenlenmelidir.

Uzun vadeli hedefler olarak, toplumun eğitilmesi amaçlanmalıdır. Organ bağış kampanyaları düzenlenerek, konu gündemde tutulmalıdır. Bu amaçla, görsel ve yazılı medyadan yardım alınmalıdır. Kişileri organ bağışına özendirerek çeşitli posterler hazırlanarak, hastanelerde ve şehir içinde çeşitli yerlerde bu posterlerin asılması sağlanmalıdır. İl Eğitim Müdürlüğü ve Valilik oluru ile bölgedeki tüm orta öğretim okullarına konferanslar verilip, broşür dağıtılarak bilgilendirme yapılmalıdır.

Yapılan yoğun çalışmalar sonrası 2001 yılında Antalya yöresinde kadavradan organ sağlama oranı her bir milyon insan başına (pmp) 11'dir. Bu değer Eurotransplant'ta belirtilen 14,2/pmp'a yakın olup 2001 yılı itibari ile 1,2/pmp olan Türkiye geneli ortalamasının çok üstüne çıkmıştır. Bu multidisipliner ekip çalışması ve sağlıklı yürüyen bir koordinasyon sistemi ile sağlanan başarıların daha ileriye gideceği beklenmektedir (8, 9, 10).

Literatürde de belirtildiği gibi, organ bağışında yaşanan yetersizliğin yasal, dinsel ve eğitim gibi birçok nedeni olduğu bildirilmektedir (11). Ortadoğu ve Asya ülkelerinin çoğunda dini inançlar ya da geleneklerin yarattığı toplumsal direnç, kadavra organı sağlanmasını çok güçleştirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar, organ nakillerinde dini inançların belirleyici olduğunu ve bu nedenle din adamlarının, organ nakli ve bağış konusunda öncülük etmesi gerektiğini göstermiştir (24, 30).

Kadavradan organ almanın yarattığı etik sorunların da sıkça tartışıldığı Ortadoğu ve Asya toplumlarındaki ekonomik dengesizlikler, organ temininin bir ticari pazar oluşturmasına zemin hazırlamaktadır. Yoksul kişilerin gerek kendi ülkelerinde gerekse uluslararası alanda sorunlar yaşamaması için, organ aktarımının etik kurallar çerçevesinde ve bilimsel doğrular eşliğinde yapılması gerekmektedir (31).

Organ nakli ve bağışı konusunda ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; konuya ilişkin organizasyon eksikliği yanında, toplumsal ve bireysel bilgi eksikliği ve duyarsızlık sonucu, organ bağışının yeterli bir seviyeye ulaşamadığı görülmektedir (19, 20, 24, 32, 33). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada; sağlık çalışanlarının %82,2'si, organ bağışı ve organ nakli konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir (30). Koşar çalışmasında hekimlerin %79'u organ bağışı ve organ nakli konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir (20).

Sağlık personellerinin de dâhil olduğu çalışmalarda, organ bağış oranının en fazla %16,5 olması gerek sağlık çalışanlarında gerekse toplumun diğer kesimlerinde organ bağışının yetersiz olduğunu göstermektedir (19, 20, 30, 32, 33, 34).

Sağlık çalışanlarının toplumu bilgilendirme, yönlendirme ve örnek olmak gibi görevleri bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı, sağlık çalışanlarının organ nakli ve bağışı konusunda toplumun diğer tüm kesimlerinden ve diğer meslek gruplarından daha bilgili olması ve bu konuya daha duyarlı olması oldukça önemlidir (19, 20, 24, 32, 33).

### **2.1.5 Organ Bağışı ve Naklinin Etik Boyutu**

Organ nakli ile ilgili çıkan yasalar, her ne kadar olayı sistematize edip kontrol altında tutmaya çalışsa da, bu konu sağlık camiasında sürekli tartışılmakta ve nakil ekibine etik bir sorumluluk yüklemektedir (18, 25). Nakiller için en büyük organ kaynağı halen birçok ülkede canlı donörlerdir. Canlı donörlerden organ ve dokuların alınıp başka kişilere nakledilmesi, insanın fizik bütünlüğünü bozan bir eylem olması; tartışmalara ve etik sorunlara ayrı bir boyut kazandırmaktadır (25, 35). Transplantasyon ile ilgilenen sağlık çalışanları, canlıdan organ alınmasının alıcı için olumlu, donör için olumsuz yönlerini iyi tespit etmeli; alıcı, donör ve ailelerini tam olarak bilgilendirmelidir.

Canlı donörden organ alınmasında etik yönden kesinlikle uyulması gereken 4 koşul bulunmaktadır:

1. Donöre yüklenecek riskin, alıcının zorunlu ihtiyaç durumu ile karşılaştırılması; yani, kadavra kaynaklı organ şansının hiç olmaması ya da bekleme süresinin belirsiz olması,
2. Donörün onay vermeden önce, operasyon ve operasyon sonrası dönemde karşılaşılabileceği sıkıntı ve riskler konusunda ayrıntılı bir biçimde ve açıkça aydınlatılması,
3. Donörün onay belgesini maddi veya psikolojik etki ve baskı altında kalmadan vermesi; kararından vazgeçmesi durumunda, aile ve toplum içindeki itibarının zedelenmesini önlemek amacıyla medikal bir neden oluşturulup yardımcı olunması,

4. Organ verme karşılığında hiçbir maddi çıkarın söz konusu olmaması; bu konuda herhangi bir kanıt ya da kuşku varsa hekimin operasyonu iptal etmesi (25).

### **2.1.6 Organ Bağıışı ve Naklinin Dini Boyutu**

Organ bağıışının dini yönden herhangi bir sakıncası bulunmadığı kabul edilmektedir. Hıristiyanlık, Müslümanlık ve Musevilik dinleri, paylaştıkları ortak menşei sebebiyle yaratılışa, maddeye ve ruha ve ayrıca yaşam ve ölümün kutsallığına dair benzer inanışlar içermektedir. Canlı ya da kadavra kökenli organ bağıışı ve beyin ölümü ölçütlerine dayanarak insan bedenlerinin değerlendirilmesi, her üç din tarafından da kabul görmüştür (36).

Türkiye Cumhuriyeti Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu, 6.3.1980 tarih ve 396 sayılı kararı ile organ naklinin uygun olduğunu bildirmiştir. Bu karar ile organ bağıışı, insanın insana yapabileceği en büyük yardım olarak nitelendirilmekte ve nakil sonrası organ alıcısının yaptığı iyilik ve fenalıklardan kendisi sorumludur denilmektedir (8). Diyanet İşleri Başkanlığı, canlıdan canlıya ve ölüden canlıya yapılacak organ nakilleri için ayrı ölçütler ortaya koymaktadır. Diyanet İşleri Başkanlığı, verilecek organ veya doku karşılığında ücret alınmamasını da şart koşmaktadır.

Canlıdan canlıya yapılacak organ nakillerinde, alınacak organın hayati bir organ olmaması gerekmektedir. Vericinin maddi veya manevi bir baskı altında olmaması ve bu durumun sağlığına tehdit oluşturmaması gerekmektedir. Hastanın hayatını veya hayati bir uzvunu kurtarmak için başka bir çarenin olmaması, hastalığın bu yolla tedavi edilebileceğine kanaat getirilmiş olunmalıdır. Organ bağıışında bulunan kişi tasarruf ehliyetine sahip olmalı ve organının alınmasına rıza göstermiş olmalıdır.

Ölüden canlıya yapılacak organ veya doku naklinde ise; hastanın hayatını veya hayati bir uzvunu kurtarmak için bundan başka çarenin olmaması gerekmektedir. Organ veya dokusu alınacak kişinin, işlemin yapıldığı esnada ölmüş olması, ölmeden önce organlarının bağıışlanmasını istemiş olması veya hayattayken aksine bir beyanı olmaması şartıyla, yakınlarının buna razı olması gerekmektedir (8).

### 2.1.7 Organ Bağışı ve Naklinin Yasal Boyutu

Ülkemizde 1979 tarihine kadar organ nakli konusundaki kurallar, meslek örgütlerince belirlenerek uygulanmıştır. 1979 yılında çıkarılan organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli'ne ilişkin 2238 sayılı yasaya göre uygulamalar yapılmaktadır. Yürürlükte bulunan sağlık yasaları, tüzükleri, yönetmelikleri ve tıbbi deontoloji kuralları çerçevesince gerçekleştirilmektedir. Otogreftler, saç ve deri alınması, aşılması ve nakli ile kan transfüzyonu bu kanun hükümlerine tabi değildir (37). Bu yasaya göre bir bedel veya başka çıkar amaçlı organ ve doku alınması ve satılması yasaktır. Bilimsel, istatistikî ve haber niteliğindeki bilgi dağıtımı halleri dışında, organ ve doku alınması ve verilmesine ilişkin her türlü reklâm yasaktır. Vericinin yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınması yasaktır (*madde 3, 4, 8*). Yaşayan kişilerden organ ve doku alınması ile ölüden organ ve doku alınması ile ilgili hükümler yasanın 5. ve 11. maddelerinde yer almaktadır.

Türkiye ve birçok ülkede canlı donör organ nakilleri konusunda, donörün haklarını güvence altına alan, konunun istismarını önleyen ve organ ticaretini engelleyen organ nakli yasaları vardır. Bu konuda ilk yasa 1947 yılında Fransa'da, organ ticaretini yasaklayan ilk yasa da 1967'de İtalya'da yürürlüğe girmiştir.

Ülkemizde ise nakiller 29 Haziran 1979'da kabul edilen 2238 sayılı yasa ile düzenlenmiştir. Bu yasaya göre; ancak 18 yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden, en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın, bir hekim tarafından onaylanması ile organ alınabilir. Donöre uygun bir biçimde ve ayrıntıda, organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi verilmelidir. Organ ve doku naklinin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında donörü aydınlatmak gereklidir. Donörün evli olması halinde eşinin, donörün kararından haberi olup olmadığını öğrenmek ve bunu bir tutanakla tespit etmek gereklidir. Donörün yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınmasından kaçınılmalıdır. Donör açısından olabilecek tehlikeleri azaltmak amacıyla, gerekli tıbbi inceleme ve tahlillerin yapılması ve sonucunun bir rapor ile açıklanması gereklidir (20, 38).

Kadavradan organ ve dokuların alınması da aynı şekilde yasalarla düzenlenmiştir. Avrupa ülkelerinin bir kısmındaki yasalar (Avusturya, Belçika, Portekiz, Fransa) adli vakalar hariç, hayatta iken aksine bir durumu belgelememiş olan herkesi donör adayı olarak kabul edebilmektedir. Bu sistemde donör adayının ailesi veya yakınlarından izin alınması gerekmemektedir (28).

Ülkemizde kadavradan organ ve doku alınması ise, 2238 ve 2594 sayılı kanunlarla düzenlenmiştir. Tıbbi ölüm halinin saptanması koşulu ile organ alımına izin veren yasaya göre bu durum; kardiyolog, nörolog, beyin cerrahisi uzmanı ve anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan bir kurul tarafından tutanak ile belirlenmelidir.

Yasaya göre, alıcının hekimi ve nakli gerçekleştirecek olan cerrah bu kurulda yer almamalıdır. Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını bağışladığını resmi ve yazılı olarak belirtmiş ve bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamış olmalıdır. Aksi halde sırasıyla; ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, anne, baba ya da kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının izniyle ölüden organ ve doku alınabilir (39).

1982 yılında yasanın 14. maddesinin içeriği değiştirilmiş, yeni bir fıkra eklenerek yeniden yapılandırılmıştır. 1982 tarihli 2594 sayılı yeni organ nakli yasasında aşağıda belirtildiği şekilde değiştirilmiştir:

‘Kaza veya doğal afet sonucu yaşamı sona eren kişinin yanında eşi, reşit çocukları, anne-babası, kardeşlerinden biri yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının izniyle, sağlam doku ve organları alınabilir. Bu durum hekimler kurulu raporu ile belgelenmesi koşulu ile ivedilik ve tıbbi zorunluluk bulunan durumlarda vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku nakli yapılmasını sağlamıştır.’ Yasa, organlarını bağışlayan kişiye maddi olarak herhangi bir yük getirmemektedir (39, 40).



### **2.1.8 Organ Bağışında Hemşirelerin Rolü**

Organ bekleyen hastaların sayısının her geçen gün arttığı ülkemizde, toplumun organ nakli konusunda bilinçlenmesini sağlamak, bu konuda çalışmalar yapmak zorunlu hale gelmiştir. Sağlık alışanları, hastalar ve hasta yakınları ile olan iletişimlerinden dolayı, organ bağışının artırılması çalışmalarında anahtar rol oynarlar (13, 14, 15, 16). Sağlık alışanları organ bağışı ile ilgili olarak, kendi hastaneleri bünyesinde yapılan çalışmalara destek verebilirler ya da ulusal çapta yapılan çalışmalarda yer alabilirler. Potansiyel donörleri saptayarak, hem onların hem ailelerinin organ bağışına katkıda bulunmalarını sağlayabilirler. rnek olması açısından kendileri donör olabilirler (15). Ancak, sağlık çalışanlarının organ bağışı çalışmalarına katkılarının yeterli düzeyde olmadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (41, 42, 43). Hemşirelerin organ bağışı konusuna yaklaşımları ve bunları etkileyen faktörlerin bilinmesi ile bu alanlardaki etkinliklerini artırmak mümkün gibi görünmektedir.

## 2.2 Tükenmişlik

Tükenmişlik, daha çok insana hizmet veren mesleklerde ortaya çıkan bir olgudur (44). İnsanlarla birebir ilişki içinde olmayı gerektiren meslekleri yürütenlerde sık görülen tükenmişlik sendromu, bu yönüyle hemşirelik mesleği için de risk oluşturmaktadır (45, 46).

Tükenmişlik sözlükte; çok sıkıntı çekmek, yorulmak, gücünü yitirmiş olmak, bitmişlik ve çok hırpalanmak olarak tanımlanmaktadır (45, 47). Tükenmişlik kavramı ilk kez Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında tanımlanmış olup; uzun dönemde karşılanmamış iş ile ilişkili stresin ardından gelişen, zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi ile karakterize bir terim olarak kabul edilmektedir (48). Son 20–30 yıl içinde çalışma hayatına giren bu kavram, bireylerin işleri gereği insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı duygularının azalmasını tanımlamaktadır (45, 49).

İncelemeler, tükenmişliğin bireysel düzeyde yaşanan bir olgu olduğunu, olumsuz bir duygusal yaşantıyı içerdiğini ve kronik, kesintisiz süren bir duyguya dayandığını göstermektedir (50). Bunun yanı sıra tükenmişlik, çalışma hayatındaki aşırı strese karşı verilen tepki (51) ve insanları etkileyen olumsuz koşullar sonucunda gelişebilen, fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumu olarak da tanımlanmaktadır (47, 52). Süreğen ve ağır strese tepki olarak gelişen tükenme, iş doyumunda ve üretkenlikte azalmaya, bireyin mesleğine, bakım verdiği bireye karşı duyarsızlaşmasına yol açar. Bireylerde tükenme; ‘duygusal tükenme, kişisel başarı eksikliği ve duyarsızlaşma’ olarak ortaya çıkmaktadır (53). Sağlık bakım çalışanları tükenmişlik, rol çatışması ve iş memnuniyetsizliği konusunda yüksek riskli bir grup olarak bilinmektedir (18).

İş doyumunu, tükenmeyi etkileyen önemli bir etkidir ve bireylerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden birisidir (54). Yaptığı işten doyum sağlama; kendini gerçekleştirme ve statünün önemli bir kaynağıdır. İş, doyumsuzluğa neden oluyorsa, bireyin mental ve fiziksel durumu olumsuz olarak etkilenecek ve tükenmişlik ortaya çıkacaktır (55).

İşlerinde doyum bulamayan bireylerin psikosomatik rahatsızlıklar (bulantı, yorgunluk, nefes darlığı, baş ağrısı, terleme, iştahsızlık) yaşadığı, işi yavaşlatma, iş yerinden uzaklaşma, yakınma, eleştirme, düşük iş verimi gibi davranışsal tepkiler gösterdikleri saptanmıştır (55, 56, 57, 58).

İş doyumunu; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi bireysel özellikler ile birlikte yapılan işin içeriği, ücret politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenler etkilemektedir. Üretimde düşme, işe gelmemede artma ve hızlı personel değişimi, iş doyumsuzluğunun pahalı sonuçlarıdır (57, 59, 60).

Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, bu yüzden çok dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle, sağlık alanında çalışanlarda iş doyumunun önemli olduğu açıktır (56). Sürekli özveri gerektiren hemşirelik mesleğinde iş doyumunu, meslek dışı yaşamı doğrudan etkilemektedir (57). Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin düşük olması, sık personel değişimi, işe devamsızlık, şikâyetlerin artması, iş kazaları, düşmanlık, yaratıcılıkta azalma ve düşük moral gibi sonuçlara neden olacağı için; sağlık bakım ekibinin verimli ve etkili çalışmasını potansiyel olarak tehdit edecektir (61).

Doyumsuzluk düzeyinin artması ile birlikte, hemşire veya çalışan ya iş yeri değiştirme ya da meslekten tamamıyla ayrılma davranışı da gösterebilir.

Hemşirelerin iş doyum düzeyinin yüksek olması performansın, kaliteli hasta bakımının ve düşük maliyetin önemli bir göstergesidir (56).

Güç, baskı, zor, gerilim gibi anlamlar yüklenmiş olan stres; bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum yaptığı ve dengesini sürdürdüğü, kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreç olarak ifade edilmektedir (62).

İş stresi ise işin insan üzerinde oluşturduğu baskıdır. Ayrıca iş stresi işin gerekleri, çalışanın ihtiyaçları, kapasitesi ya da kaynaklarıyla uyuşmadığı zaman oluşan zararlı fiziksel ve duygusal tepki olarak da tanımlanmaktadır. İş stresi çalışan bireyi üzer, yakın çevresini etkiler, verimini düşürür, sağlık harcamalarını artırır, ifade bozukluğuna neden olur ve enerji düzeyini düşürür. Öte yandan düşük seviyedeki iş stresinin performansı artırdığı da gözlenmiştir (62).

Maslach, tükenmişliği; iş yerindeki stresörlere verilen tepkiyi içeren psikososyal bir sendrom olarak tanımlar (63). Buna karşılık stres, sıklıkla tükenmişlik kavramıyla karıştırılmaktadır. Farber, stres ve tükenmişliğin tanımını ayırmış, tükenmişliğin stresin bir sonucu olduğunu belirtmiştir. Farber'in tanımına göre tükenmişlik, çeşitli negatif stres kaynaklarıyla baş etmede yetersizlik sonucu oluşur (64). Mc Carthy yaptığı tanımda, tükenmişliğin duygusal stresle baş etmede yetersizlik sonucu oluştuğunu belirtmiştir (65). Maslach'a göre duygusal tükenme, çevresel stresörlere yanıt olarak ortaya çıkmaktadır (63).

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir. Yapılan çalışmalar, hastanelerde çalışan hemşirelerdeki yüksek emosyonel tükenmişliğin, iş yerindeki stresle büyük oranda bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (66).

Ullrich ve Fitzgerald, hemşirelerin ölüm ve ölen hasta ile karşılaşma konusunda hekimlerden daha fazla stresli olduğunu bulmuştur (67). Motowidlo ve arkadaşları hemşirelikte en sık görülen ve en fazla stresli olarak algılanan durumların subjektif strese, subjektif stresin ise anksiyete, düşmanlık ve depresyon gibi duygusal durumlara neden olacağını ve iş performansını azaltacağını belirtmiştir (68). Yapılan çalışmalarda, iş yerindeki birçok stresörün, hemşirelerde iş stresine ve işe bağlı gerginliğe yol açtığı belirlenmiştir (54, 69). Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörlerini; yöneticilerle yaşanan çatışmalar, yoğun iş yükü, prognozu kötü olan hastalara bakım verme, işin yapılması sırasında sık kesintiler, karar verme gücünün yokluğu, uykusuzluk, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, ölüm olayına maruz kalma, ekip içi çatışmalar, rol belirsizliği, düş kırıklığı, çalışma koşullarıyla ilgili olarak sık değişen vardiyalar ve nöbetler nedeniyle düzenli olmayan yaşam, malzeme eksikliği, terfi olanağındaki yetersizlikler, sağlık hizmetindeki yetersizlikler ve personelin dengesiz dağılımı olarak belirlemiştir.

Bu ve benzeri olumsuzluklar hemşirelerde iş ile ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (54, 56, 57, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76).

Descamp ve Thomas hemşirelerde strese neden olan faktörleri; iş yükü, hasta ve yakınlarının duygusal ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik, terminal dönemde olan hastaya bakım vermek zorunda olma olarak belirtmektedir (77).

İş ortamından kaynaklanan stresin sürekli olması fiziksel, psikolojik ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır (56). İş doyumunda azalma ve bunun sonucunda işe karşı olumsuzluk, kayıtsızlık, karar verme güçlüğü, çatışma ve işe gecikme gibi belirtilerin yanı sıra yorgunluk, sıkça oluşan ve nedeni anlaşılamayan baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, özgüvende azalma, uyku sorunları, anksiyete, depresyon ve çaresizlik gibi fiziksel ve psikolojik sorunlar iş stresinin neden olduğu bozukluklardır (56, 62, 78, 79). Stresin yoğun olduğu kurumlarda, genellikle performansın düştüğü görülür (56). Sürekli olarak stres dolu bir ortamda çalışma, kurumda çalışanların bağlılığını, tatminini düşürmektedir. Bu gibi durumların devamında olarak bireyler çalışma ortamlarından, bağlı buldukları kurumlardan uzaklaşma isteği duyarlar, iş doyumsuzluğu, tükenme sendromu ve işe devamsızlık göstermeye başlarlar (66, 79). Tükenmişlik, aşırı iş stresi ve doyumsuzluğa tepki olarak, işe

ilişkin tutum ve davranışlarda hizmet alanına ilginin kaybı ve bitkinlik gibi negatif değişiklikler gösterme yanı sıra, artan hayal kırıklığı ile bireyin işine motivasyonunun, bağlılığının azalmasını, yaratıcılığını kaybetmesini sağlayan bir olgu olarak tanımlamaktadır (45, 51, 55, 80, 81, 82).

Maslach ve Jackson, tükenmişlik kavramını fiziksel yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları, öz güvenin azalması, negatif bir benlik kavramının gelişmesi ile bireyin iş, yaşam ve hizmet götürdüğü insanlarla ilgilenmemesi ile belirginleşen fiziksel, mental ve duygusal bir tükenme hali olarak tarif etmiştir (83). Tükenmişliğin bireyin sağlığını bozup, mesleki etkinliğini ve iş performansını da negatif yönde etkileyen bir durum olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (83, 84, 85, 86).

Perlman ve Hartman, tükenmişliğin, emosyonel ve fiziksel yorgunluk, düşük iş üretkenliği ve aşırı duyarsızlaşmaya tepki olarak gelişen kronik emosyonel strese cevap olarak geliştiğini belirtmiştir (87).

Tükenmişlikle ilgili en son tanım, Shirom tarafından yapılmıştır. Ona göre tükenmişlik bireysel kaynaklar, esneklik ve duygusal enerjide azalma olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre, tükenmişliğin ana teması, bireyin enerji kaynaklarının bitmesi durumu olarak açıklanmaktadır (88).

Maslach ve Jackson (1981) tükenmişliği üç faktörlü bir yapı olarak ele almaktadır. Bunlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı şeklinde ifade edilmektedir (83).

**Duygusal Tükenme:** Bireyin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, açık şekilde gözlenebilen, merkez ve en önemli bileşenidir (80, 89). Duygusal tükenme enerji eksikliği ve duygusal kaynakların kullanılmasıyla karakterizedir. Düş kırıklığı, sinirlilik, depresif duygulanım, ümitsizlik, hayal kırıklığı, benlik saygısında azalma, işe adapte olamama, enerji eksikliği, bireysel dikkat ve iş yerindeki diğer insanlarla etkileşimde azalma duygusal tükenmişliğin belirtilerindedir. Sonuç olarak, birey başkalarına karşı kayıtsızdır ve kendini işten uzaklaşmış hisseder (90, 91).

**Duyarsızlaşma:** Çalışanların hizmet verdikleri bireylere birer insan yerine nesne gibi davranmalarıyla kendini gösterir (50, 84). İnsanlarla ilişkilerin azaldığı evredir. Bireyin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içermektedir. Duyarsızlaşan bireyler, saldırgan dil kullanmaya ve iş yaşamını sürekli sert bir dille eleştirmeye başlarlar. Bu kişiler uzun dinlenme molaları vermekte, işe gitmek

istememekte veya işe geç gitmekte ve sık rapor almaktadır (75, 80, 90, 91, 92). Bu bireyler iş ve yaşamı arasında keskin sınırlar oluşturur, bu da iç çatışma ve bireylikten uzaklaşmasına neden olmaktadır (91).

**Kişisel başarı:** Tükenmişliğin alt boyutlarından bir diğeri de, kişisel başarı boyutudur. Kişisel başarı, işteki yeterlilik ve başarı duygularını tanımlamaktadır. Bunun da kişilerin çalışma alanlarında bilgili ve deneyimli olmaları ve aldıkları eğitimin yeterli, alana dönük ve uygulamaya ağırlık verecek şekilde olması ve sonrasında da hizmet içi eğitimlerle konunun güncelliğinin korunması ile mümkün olduğu bilinmektedir

Kişisel başarıda azalma, bireyin kendini negatif değerlendirme eğilimi olarak tanımlanır. Birey, iş başarısı ve yeteneğinde azalma hisseder. İşe bağlı motivasyonu düşmüştür, kontrol eksikliği ve çaresizlik vardır. Birey kendisi hakkında “başarısız” hükmü verir. Kendini kimsenin sevmediğine inanma ve kendini değersiz görme, tükenmişliğin bu boyutunda görülen belirtilerdendir (45, 91).

Toplumda meydana gelen değişikliklerin iş stresini, iş stresinin de tükenmişlik düzeyini artıran bir etmen olduğu bilinmektedir (32, 93).

Bireylerin mesleklerinde vardiyalı çalışmaları veya çalışma yerlerinin sık aralıklarla değişmesi gibi nedenler de tükenme düzeyini artıran faktörler arasındadır (93).

Bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları, çocukların bakımı, ev içi sorumluluklar ve ev yaşamındaki stres gibi zor durumlar, iş yerindeki stres ile birleşerek bireylerin “tükenme” düzeylerinde artışa neden olmaktadır (94).

Kişisel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik olarak yapılan eğitim etkinliklerinin stres ve tükenme düzeylerini azalttığı belirtilmektedir. Kişisel yeterliliğin, en önemli anti-stres kaynaklarından birisi olduğu vurgulanmıştır (95).

Tükenmişliği; fiziksel, duygusal ve zihinsel bulgu ve belirtiler bazında değerlendirmek gerekmektedir.

Fiziksel tükenmişlik belirtileri; kronik yorgunluk, güçsüzlük, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara karşı daha hassas olma, sık baş ağrıları, bulantı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi değişik sorun ve yakınmaları içerir.

Duygusal tükenmişlik bulguları; depresif duygulanım, desteksiz, güvensiz hissetme, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışma artışı, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış, nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma içermektedir.

Zihinsel tükenmişlik bulguları da doyumsuzluk, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumlar içerebilir (7, 21, 45, 91).

Sağlık hizmeti veren personelin tükenme düzeylerinin yüksek olmasının hastalar açısından da önemi bulunmaktadır. Personelin 'tükenmiş'; bir başka ifadeyle hastalar tarafından algılandığı biçimiyle 'mutsuz', 'sağlıksız' olması, onların birincil derecede sorumlu oldukları 'hastalar' ya da 'hizmet almak için başvuranların ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamalarına neden olabilir. Böylece kişiden beklenen performans izlenememektedir. Özellikle sağlık hizmeti verilen bir alanda çalışılıyor ise, hasta ve yakınlarına gereken ilgi gösterilmemekte ve gerekli destek ve yönlendirme yapılamamaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin, sağlık açısından tam bir iyilik halinde olmaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğinin üzerinde önemle durulmalıdır (7, 21).

Tükenmişliğin, yukarıda söz edilen sonuçları düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarında olumsuz tutum ve davranışlara yol açabileceği görülmektedir. Yapılan işle ilgili birçok alanda performans düşüklüğü olacağı, dolayısı ile gerekli yönlendirme ve bilgilendirmeleri yapamayacakları düşünülebilir.

Bizde bu konudan yola çıkarak, hemşirelerin sosyodemografik verileri ile tükenmişlik düzeylerinin organ nakline bakış açısına nasıl bir etkisi olduğu araştırmak amacıyla bu çalışmayı planladık.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1 Örneklem**

Araştırma, Haziran 2009 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastanemizde çalışmakta olan 500 hemşire çalışmaya alınmıştır. Tüm katılımcılara çalışmanın konusu, amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; Sosyodemografik Veri Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Organ Nakline İlişkin Görüş Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Tüm katılımcılara veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı yüz yüze görüşmeler ile anlatılmış, katılımcıların formları doldurması için beklenen 3 ile 5 günlük zaman periyodu sonrası tekrar geri alınmıştır. Toplamda 500 kişiye ulaşılmasına rağmen sadece 201 kişi anket formunu tam olarak doldurup iade etmiştir. Anketler çalışmayı yapan hekim tarafından değerlendirilmiştir.

#### **3.2 Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu:**

Form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu form çalışmanın amaçlarına yönelik olarak, organ nakline bakış açısını etkileyebileceği düşünülen değişkenlere ait soruları içermektedir. Bu değişkenler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadıkları kimseler, eğitim durumu, sahip oldukları çocuk sayısı, aylık gelir düzeyleri yanı sıra kişilerin çalışmakta olduğu birim/ünite, meslekte çalıştıkları süre, haftalık çalışma saatleri, gece nöbeti tutma durumları, yapmakta oldukları ek işler, kronik hastalığa sahip olma durumları ele alındı.



### **3.2.2 Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ):**

Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılan ölçek, her birinde beş basamaklı yanıt seçenekleri olan 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB), duyarsızlaşma (DYS) olmak üzere üç alt boyutu vardır. DT ve DYS boyutları olumsuz, KB boyutu olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından, tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır (83).

### **3.2.3 Organ Nakline İlişkin Görüş Değerlendirme Formu:**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcıların organ nakli ile ilişkili bilgi, düşünce, tutum ve davranışlarını araştırmaya yönelik 10 sorudan oluşmaktadır.

### **3.3 İstatistiksel Yöntem**

İstatistiksel analizde SPSS 12.00 programı kullanılmıştır. Nitel grupların karşılaştırmalarında Ki-Kare test istatistiği, ikiden çok gruba ait sayısal puanların karşılaştırmasında ise ANOVA test istatistiği kullanılmıştır.

MTÖ'deki Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma Alt Ölçeklerinden alınan puanlar ile organ bağışlama düşüncesi arasında ilişki ANOVA test istatistiği ile incelenmiştir.

Bir yakınının beyin ölümü tablosuna girmesi durumunda, yakınının organlarını bağışlama düşüncesinin, çalışılan birim ile ilişkisi Ki-Kare test istatistiği ile değerlendirilmiştir.

Yine, hasta ve yakınlarına organ vericisi olma ile ilgili bilgilendirme yapmanın, çalışılan birim ile ilişkisi Ki-Kare testi araştırılmıştır.

Çalışılan birim ile organ nakli ilgili sahip olunan bilgi ve organ bağışlama düşüncesi arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında Ki-Kare test istatistiği kullanılmıştır.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, akademik eğitim seviyesi, aylık gelir durumu, gençlik ve çocukluğun yaşandığı yer, çalışılan birim, meslekte çalışılan süre, haftalık çalışma süresi, nöbet tutma durumu, her hangi bir hastalığa sahibi olma gibi değişkenler ile organ bağışlama düşüncesi arasındaki ilişki Ki-Kare test istatistiği ile incelenmiştir. Eğitim seviyesi, dini inançlar ve organ nakli ile ilgili bilgi seviyesi ile organ nakli ile ilişkili düşünceler arasındaki ilişki de Ki-Kare test istatistiği ile incelenmiştir.

## 4. BULGULAR

TÖTM’inde çalışan 500 hemşire çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek formlar dağıtılmış, ortalama 3 ile 5 günlük bekleme süresi sonrasında doldurulmuş anket formları geri alınmıştır. Çalışmaya ancak 201 kişi gibi az sayıda çalışanın katılımı olmuştur. Katılımcıların %87,6’sı (176 kişi) bayan ve %12,4’ü (25 kişi) erkek idi.

Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1: Çalışanların Sosyodemografik Verileri**

		Kişi sayısı	Yüzde
Yaş aralıkları	22–29 arası	118	58,7
	30–39 arası	66	32,8
	40 ve üstü	17	8,5
Medeni durum	Evli	120	59,7
	Bekâr	79	39,3
	Boşanmış veya eşinden ayrı	2	1,0
Eğitim durumu	Lise	29	14,4
	Üniversite	124	61,7
	Ön lisans	48	23,9
Gelir dağılımı	2000 TL nin altı	160	79,6
	2000 TL ve üzeri	41	20,4
Gençlik Dönemine Kadar Yaşanan Yer	Köy / kasaba	59	29,4
	Kent	142	70,6
Meslekte Çalışılan süre	5 yıldan az	104	51,7
	6–10 yıl arası	55	27,4
	11 yıl ve üstü	42	20,9
Haftalık Çalışma Saati	40 saat	157	78,1
	45 ve üstü	44	21,9
Nöbet Durumu	Evet tutuyor	148	73,6
	Hayır	53	26,4

Elde edilen verileri daha rahat değerlendirmek ve birimler arasında karşılaştırma yapabilmek amacıyla, çalışılan birimlere bakılmıştır. Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2: Çalışılan Birimlere Göre Dağılım Tablosu**

<b>alışılan Birim</b>	<b>Kişi sayısı</b>	<b>Yzde</b>
<b>Yoğun Bakımlar</b>	<b>56</b>	<b>27,9</b>
<b>Cerrahi Servisler</b>	<b>31</b>	<b>15,4</b>
<b>Dâhili Servisler</b>	<b>64</b>	<b>31,8</b>
<b>Poliklinikler</b>	<b>19</b>	<b>9,5</b>
<b>Ameliyathane</b>	<b>20</b>	<b>10,0</b>
<b>Acil servisler</b>	<b>11</b>	<b>5,5</b>
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların tkenmişliklerini değerlendirmede Maslach Tükenmişlik lği kullanılmıştır. Tükenmişliğin sosyodemografik veriler ile ilişkisi, ANOVA Test İstatistiği ile incelenmiştir. Maslach Tükenmişlik lği’nin alt ölçekleri olan Duygusal Tükenmişlik ve Kişisel Başarı puanları, tüm yaş gruplarında benzer bulunmuştur.

40 yaş üstü olan katılımcılarda Duyarsızlaşma Puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (F:3,082 p=0,048).

Bayanların Duygusal Tükenmişlik Puanlarının daha yüksek olduğu (t:-2,087 p=0,038) izlenmiştir.

Bayanlarda Kişisel Başarı Puanlarının daha düşük olduğu izlenmiştir (t:2,249 p=0,026).

Cinsiyet ile Duyarsızlaşma Puanları arasında istatiksels anlamlı bir ilişki izlenmemiştir.

Haftada 45 saat ve üstü çalışanların daha fazla Duygusal Tükenmişlik Puanına (t:2,661 p=,008) ve daha fazla Duyarsızlaşma Puanına (t:2,506 p=0,013) sahip oldukları izlenmiştir.

Haftalık alışma saatinin Kişisel Başarı puanlarına etkisi izlenmemiştir.

Katılımcıların MT’nin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile sağlık durumu, medeni durum, evde beraber yaşadıkları kimseler, akademik eğitim seviyesi, sahip olunan ocuk sayısı, aylık gelir düzeyi, gençlik dönemine kadar yaşanan yer, hastanede çalışılan birim ve ek iş durumu arasında istatiksels anlamlı bir ilişki izlenmemiştir.

Katılımcıların organ bağıışı ile ilgili düşünceleri Tablo 3'te belirtilen sorular ile incelenmiştir.

**Tablo 3: Organ Bağıışı İle İlgili Düşünceler Tablosu**

Düşünceler		Kişi sayısı	Yüzde
Organ bağıışı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	80	40
	Hayır	32	15.8
	Kararsızım	89	44.2
Organlarınızı bağıışlamayı düşünüyor musunuz?	Evet	84	42
	Hayır	41	20
	Kararsızım	76	38
Sizce dini inançlar organ nakli için engel midir?	Evet	41	20.5
	Hayır	100	49.5
	Kararsızım	60	30
Organ bağıışlamayı düşünmüyorsanız nedenlerini lütfen belirtiniz	Kişisel tercihim	99	49.1
	Dini ve geleneksel nedenler	25	12.4
	Tıbbi ekibe güvenemiyorum	14	7
	Cesede eziyet olur	7	3.5
	Diğer	56	28
Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına, hastanın organ verici adayı olması ile ilgili olarak bilgilendirme ve yönlendirme yapıyor musunuz?	Evet	44	22
	Hayır	157	78
Madde bağıımlılığı, alkol ve bunun gibi isteyerek kendine zarar vererek yetmezliğe giren hastalara organ nakli yapılmalı mıdır?	Evet	101	50
	Hayır	44	22
	Kararsızım	56	28
Bir hastalığınız nedeniyle beyin ölümü tablosuna girer iseniz, organlarınızın bağıışlanmasını ister misiniz?	Evet	93	46
	Hayır	32	16
	Kararsızım	76	38
Bir yakınınızın beyin ölümü gerçekleşir ise organlarını bağıışlar mısınız?	Evet	64	32
	Hayır	46	23
	Kararsızım	91	45
Sizce organ nakilleri nasıl artırılabilir?	Toplumun eğitimi	80	39.8
	Hasta ve yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme	10	5
	Din adamlarının açıklama ve yönlendirmesi	17	8.5
	Konunun her düzey eğitimde, müfredata konulması	2	1
	Yasal düzenlemeler ile beyin ölümü gerçekleşenlerden, organların alınması	2	1
Düşüncesi veya önerisi yok	90	44.8	

Katılımcıların %40'ı organ nakli konusu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu, %15,8'i yeterli bilgiye sahip olmadığını, %44,2'si kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %42'si organlarını bağışlamayı düşündüğünü, %20'si bağışta bulunmak istemediğini ve %38'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Organ nakli ile ilgili düşüncelerin sosyodemografik veriler ile ilişkisinin incelenmesinde: evli olanların bekârlara kıyasla daha yüksek oranda organlarını bağışlamayı düşündüğü izlenmiştir ( $\chi^2=10,813$  p=0,029).

Organ bağışlama düşüncesinin; cinsiyet, aylık gelir durumu, gençlik ve çocukluğun yaşandığı yer, çalışılmakta olan birim, meslekte çalışılan süre, haftalık çalışma süresi, nöbet tutma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı görülmüştür.

Her hangi bir hastalığı olmayanların, hastalık sahibi olanlara kıyasla daha yüksek bir oranda organ bağışına evet dediği görülmüştür ( $\chi^2=8,308$  p=0,016).

Dini inançlar ile organ bağışlama düşüncesi arasında ilişki izlenmiştir ( $\chi^2=45,226$  p=0,000).

Dini inançların organ nakline engel olduğuna inananların %33'ü organlarını bağışlamayı düşünür iken, dini inançların organ nakline engel olmadığını inananların %57'sinin organlarını bağışlamayı düşündüğü izlenmiştir.

Organlarını bağışlamak istemeyen veya bağış için karar vermemiş olanların %49,1'i kişisel tercih, %12,4'ü dini ve geleneksel nedenler, %7'si operasyonu yapacak tıbbi ekibe güvenmeme, %3,5'i ise cesede eziyet olacağı düşüncesi, %28'i ise belirtmediği nedenlerden dolayı organlarını bağışlamayacağını veya bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %22'sinin beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına, hastanın organ verici adayı olması ile ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeyi yaptığı izlenmiştir. Bu görevi de çoğunlukla erkek çalışanların yaptığı görülmüştür (t:9,486 p=0,002). Diğer sosyodemografik veriler ile yönlendirme ve bilgilendirme görevi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Madde bağımlılığı, alkol ve benzeri nedenlerden dolayı organ yetmezliğine giren kimselere; katılımcıların %50'si nakil yapılabileceğini düşünür iken, %22'si nakil yapılmaması gerektiğini, %28'i ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Sosyodemografik verilerden sadece meslekte çalışılan süre ( $\chi^2=11,918$  p=0,018), çocukluk ve ergenlik döneminin geçirildiği yer (F=12,314 p=0,015) ile madde bağımlılığı, alkol ve benzeri nedenlerden dolayı organ yetmezliğine giren kimselere organ nakli yapılması ile ilgili düşünce arasında ilişkisi görülmüştür.

Meslek hayatı 5 yıldan az olan çalışanların %59,2'si, 6–10 yıl olan çalışanların %30,8'i, 11 yıl ve üstü olan çalışanların %52,5'i bu kişilere nakil yapılmasını uygun bulmuştur. Çocukluk ve gençlik dönemini kırsal bölgede geçirenlerin %71,1'i bu kişilere nakil yapılmasını uygun bulur iken kentte yaşamış olanlarda bu oran %44,9 olarak izlenmiştir.

Beyin ölümü tablosuna girme durumunda ise katılımcıların %46'sı organlarının bağışlanmasını, %16'sı organlarının bağışlanmamasını istemiş, %37'si ise konuyla ilgili kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Sosyodemografik verilerin bu düşüncenin şekillenmesinde etkisi izlenmemiştir.

Beyin ölümü tablosuna bir yakınının girmesi durumunda ise katılımcıların sadece %32'si yakınlarının organlarını bağışlayabileceğini, %23'ü bağışlamayacağını, %45'i konuyla ilgili kararsız olduğunu belirtmişlerdir. Bu düşünce ile sosyodemografik veriler arasında da ilişki bulunmamıştır.

Maslach Tükenmişlik alt ölçeklerinden alınan puanlar ile organ nakline ilişkin görüşler arasındaki ilişkiler aşağıdaki şekilde incelenmiştir.

Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeği, Duyarsızlaşma Alt Ölçeği'nden alınan puanlar ile organ bağışlama düşüncesi arasında bir ilişki izlenmemiştir.

Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan puanların artması ile organ bağışlama düşüncesinin arttığı izlenmiştir (F=6,153 p=0,003).

Dini inançların organ nakline engel olmadığını düşünenlerin, Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu izlenmiştir (F=5,396 p=0.005). Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma Alt Ölçeklerinden alınan puanlar ile dini inançlar arasında ilişki olmadığı izlenmiştir.

Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına yapılan bilgilendirme ve yönlendirmenin, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Ölçeklerinden alınan puanlar ile ilişkisi izlenmemiştir.

Madde bağımlılığı veya alkol gibi isteyerek kendine zarar vererek yetmezliğe giren hastalara organ nakli yapılması ile ilgili düşünceler ile Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Ölçeklerinden alınan puanlar arasında ilişki izlenmemiştir.

Katılımcıların Kişisel Başarı Alt Ölçeklerinden aldıkları puan arttıkça, kendi beyin ölümlerinin gerçekleşmesi durumunda da daha yüksek bir oranda organlarının bağışlanmasını istedikleri görülmüştür (F=4,747 p=0,010).

Beyin ölümü tablosuna girme durumunda kendi organlarının bağışlanmasını isteme düşüncesi ile Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma Alt Ölçeklerinden alınan puanlar arasında ilişki izlenmemiştir.

Katılımcıların Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, bir yakınının beyin ölümü durumunda daha fazla oranda organlarını bağışlayacağı düşüncesine sahip olduğu izlenmiştir (F=6.130 p=0.003).

Bir yakınının beyin ölümü sonrasında organlarını bağışlama düşüncesi ile Duyarsızlaşma Alt Ölçeğinden alınan puan arasında ilişkisi izlenmemiştir. Katılımcıların Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeğinden aldıkları puan azaldıkça bir yakınının beyin ölümü durumunda daha fazla oranda organlarını bağışlayacağı düşüncesine sahip olduğu izlenmiştir (F=3,150 p=0.045).

Katılımcılardan organ nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin daha yüksek bir oranda organ bağışına evet dediği görülmüştür ( $\chi^2=0,169$  p= 0,019).

Organ nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin daha yüksek oranda nakledilebilir organ bildikleri izlenmiştir ( $\chi^2=-0,241$  p= 0,001).

Kişinin nakli yapıldığını bildiği organ sayısı arttıkça daha yüksek oranda organ bağışına evet dediği izlenmiştir ( $\chi^2=-0,281$  p= 0,000).

Organ nakline evet diyenlerin bildikleri nakil edilecek organ sayısı, ortalama 3 ve üstü iken, organ nakline hayır diyenlerin içerisinde bu sayı ortalama 2 ve altı olarak tespit edilmiştir.

‘Organ nakilleri nasıl arttırılabilir ?’ şeklinde açık uçlu bir soruya katılımcıların;

- % 39,8’i toplumun eğitilmesini, bunun da özellikle görsel ve yazılı basın aracılığıyla yapılması gerektiğini,
- %5’i organ nakli için verici aday olabilecek hastalar ve bunların yakın akrabalarına ulaşarak organ nakli konusunda bilgilendirme ve yönlendirme yapılmasını,
- %8,5’u din adamlarının organ nakli ile ilgili net açıklamalar yapıp, toplumu bu konuda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi gerektiğini,
- %1’i organ nakli konusunun her düzey eğitimde müfredata konulmasını,
- %1’i beyin ölümü gerçekleşmiş kimselerden, hiç kimseye sorulmadan yasal düzenlemeler ile ihtiyaç duyulan organların alınmasını önermiştir.
- %44,8’ i konuyla ilgili herhangi bir düşünce veya öneri sunmamıştır.

Sonuç olarak;

40 yaş üstü olanlarda duyarsızlaşma puanlarının daha az olduğu izlenmiştir.

Bayanların erkelere oranla Duygusal Tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Erkeklerin Kişisel Başarı Puanlarının bayanlara oranla daha yüksek olduğu izlenmiştir. Haftada 45 saat ve üstü çalışanların daha fazla Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma puanlarına sahip oldukları izlenmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %42'si organlarını bağışlamayı düşündüğünü, %20'si bağışta bulunmak istemediğini ve %38'i ise konuyla ilgili kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Evli olanların, bekârlara kıyasla daha yüksek oranda organ bağışına evet dediği izlenmiştir.

Her hangi bir fiziksel veya ruhsal hastalığı olmayanların, daha yüksek bir oranda organ bağışına evet dediği izlenmiştir.

Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan puanların artması ile organ bağışlama düşüncesinin arttığı izlenmiştir.

Dini inançların organ nakline engel olduğuna inananların %33'ü organlarını bağışlamayı düşünür iken, dini inançların organ nakline engel olmadığına inananların %57'sinin organlarını bağışlamayı düşündüğü izlenmiştir.

Dini inançların organ nakline engel olmadığını düşünenlerin, Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu izlenmiştir.

Katılımcıların çok az bir kısmının (%22), beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına, hastanın organ verici aday olması ile ilgili bilgilendirme ve yönlendirme yaptığı izlenmiştir. Çoğunlukla bu görevi erkek çalışanların yaptığı izlenmiştir.

Hastaların yakınlarına yapılan bilgilendirme ve yönlendirmede, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Ölçeklerinden alınan puanların etkisi izlenmemiştir.

Madde bağımlılığı, alkol ve benzeri nedenlerden dolayı organ yetmezliğine giren kimselere nakil yapılabileceği düşüncesi ile sosyodemografik verilerden, meslekte çalışılan süre ve çocukluk ile ergenlik döneminin geçirildiği yer arasında ilişki görülmüştür.

Beyin ölümü tablosuna girme durumunda ise katılımcıların %46'sı organlarının bağışlanmasını, %16'sı organlarının bağışlanmamasını, %37'si ise konuyla ilgili kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Sosyodemografik verilerin bu düşüncenin şekillenmesinde etkisi görülmemiştir. Bu düşüncenin katılımcıların Kişisel Başarı Alt Ölçeklerinden aldıkları puan ile ilişkili olduğu izlenmiştir.

Beyin ölümü tablosuna bir yakınının girmesi durumunda, yakınının organlarını bağışlama düşüncesi ile sosyodemografik veriler arasında ilişki bulunmamıştır.



Bir yakınının beyin ölümü sonrasında organlarını bağışlama düşüncesinin, Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden ve Duygusal Tükenmişlik Alt Ölçeğinden alınan puan ile ilişkili olduğu izlenmiştir.

Katılımcılardan, organ nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin daha yüksek bir oranda organ bağışına evet dediği ve daha yüksek bir oranda nakledilebilir organ bildikleri izlenmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Organ bağışında ve özellikle kadavra kaynaklı organ temininde şu ana kadar istenen düzeeye çıkılamamıştır. Organ bağış konusundaki en önemli sorunlar, toplumun bu konudaki bilgisizliğı ve olumsuz tutumu gibi görünmektedir.

Sağık alışanlarının bu konudaki düşüncelerinin değerlendirilmesi, daha sonra bu konuda strateji belirlenebilmesi için önemlidir. Hemşirelerin organ nakline bakış açıları ve bu bakış açılarını etkileyen faktörleri değerlendiren araştırmalar bulunmaktadır (13, 96, 97, 98, 99, 100). Fakat sosyodemografik veriler ve tükenmişlik düzeylerinin bu bakış açısını nasıl etkilediğini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %42'sinin organlarını bağışlamayı düşündüğü, kalan %20'nin ise bağışta bulunmak istemediğı ve %38'inin kararsız olduğu görüldü.

Bağışta bulunmayı düşünenlerin içerisinde, resmi bir başvuru ile organlarını bağışlayanların çok daha az olduğu, konuyla ilgili yapılmış diğer çalışmalarda gösterilmiştir.

Eskişehir'de sağık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %13,4'ünün resmi bir başvuru ile organlarını bağışladığı görülmektedir (30).

Koşar'ın 200 hekim üzerinde yaptığı araştırmada ise hekimlerin %16,5'inin resmi bir başvuru ile organlarını bağışladığı saptanmıştır (20).

Sarıtaş'ın Malatya Sağık Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %4,2'sinin resmi bir başvuru ile organ bağışında bulunduğu görülmüştür (24).

Bal ve olak'ın Eskişehir ilinde toplum üzerinde yaptığı bir çalışmada; araştırmaya katılan bireylerin %2'lik bir kısmının organlarını bağışladığı görülmüştür (32).

Bu çalışmalar gösteriyor ki; organ bağışlama düşüncesi yüksek olsa bile, organ bağışlama oranı %2 ile %16,5 gibi düşük bir aralıkta değişmektedir (19, 20, 30, 32, 33). Sağlık personellerinin de dâhil olduğu çalışmalarda, organ bağış oranının en fazla %16,5 olması, gerek sağlık çalışanlarında gerekse toplum diğer kesimlerinde organ bağışının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda da katılımcıların %39'u organ nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtirken, %61'i kısmen bilgi sahibi olduğunu veya yeterli bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir.

Organlarını bağışlamak istemeyen veya bağış için karar vermemiş olanların % 49,1'i kişisel tercih, %28'i ise belirtmediği nedenlerden dolayı organlarını bağışlamayacağını veya bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Organlarını bağışlamak istemeyenlerin %77,9'unun net bir neden gösteremediği veya kişisel tercihi olduğunu ifade ederek organlarını bağışlamadığı görülmüştür.

Yapılmış bir çalışmada, organ bağışında bulunmayanlara nedenleri sorulduğunda %32,5'i bu konuyu hiç düşünmediğini, %28,5'i kendini hazır hissetmediğini ifade etmiştir (30).

Koşar' ın çalışmasında ise 'hiç düşünmedim' diyenlerin oranı %25 olarak izlenmiştir (20).

Yapılan diğer birçok çalışmada da konuyu hiç düşünmediklerini ifade edenlerin yüksek olması organ nakli konusunda toplumun yeterli farkındalık ve duyarlılığa sahip olmadığını göstermektedir (20, 30, 102).

Çalışmamızda ve yapılmış benzeri çalışmalarda organ bağışı konusunda sağlık personelinin de yeterli bilgiye ve duyarlılığa sahip olmadığı görülmektedir (96, 97, 98, 99, 100, 101).

Çalışmamızda katılımcıların organ nakli ile ilgili bilgi seviyesinin bir göstergesi olarak, sayabildikleri nakledilebilen organ sayısına bakılmıştır. Akademik eğitim seviyesinden bağımsız olarak, organ nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin, daha yüksek bir oranda nakledilebilen organ bildiği ve bu kişilerin de daha yüksek oranda organ bağışına evet dediği görülmüştür.

Nitekim organ bağışlamayı düşünenlerin sayabildikleri nakledilebilir organ sayısı çoğunlukla 3 ve üstü olarak izlenmiştir. Oysaki organ bağışlamayı düşünmeyenlerin sayabildikleri nakil edilecek organ sayısı, çoğunlukla 2 ve altı olarak izlenmiştir.

Başka bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %82,2'si organ bağıışı ve organ nakli konusunda, yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir. Bu kişilerden %48,5'i mesleksi eğitimde bu konuyla ilgili bilgilendirilmediklerini, %50,5'i yeterli hizmet içi eğitimin yapılmadığını, %38,6'ı nereden bilgi alabileceklerini bilmedikleri için yeterli bilgiye sahip olamadığını bildirmiştir (30). Koşar, çalışmasında hekimlerin %79'unun organ bağıışı ve organ nakli konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Yetersizliğin nedeni olarak %79,6'sı meslekte hizmet içi eğitim yetersizliğini, %73,7'si mesleksi eğitimde konu ile ilgili yetersiz bilgi verilmesini göstermiştir.

Sonuç olarak, akademik eğitim seviyesinden bağımsız olarak; organ nakli ile ilgili bilgi seviyesinin, organ bağıışı ile ilgili düşünceleri şekillendirdiği ve konu ile ilgili duyarlılığı etkilediği izlenmiştir (30). Ayrıca sağlık çalışanlarının konu ile ilgili mesleksi eğitimleri sırasında yeterli düzeyde bilgilendirilmesi gerektiği ve mezuniyet sonrasında da hizmet içi eğitimlerle konunun güncellenmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (30, 103).

Çalışmamızda, evli olanların bekârlara kıyasla daha yüksek bir oranda organlarını bağışlama düşüncesine sahip olduğu görülmüştür. Bu fark, evli olanların konuya daha duyarlı ve organ bekleyen hastalara daha empatik olabilmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Her hangi bir hastalığı olmayanların daha yüksek bir oranla organ bağıışına evet dediği izlenmiştir. Nitekim yapılmış bir başka çalışmada, organ bağıışında bulunmayanlar içinde %10,1 sağlık şartlarının uygun olmadığını ifade ederek, organ bağıışlamak istememiştir. Bu veriler, kişinin kendi sağlığı ile ilişkili kaygılara sahip olmasının, organ verici aday olmasını etkilediğini göstermektedir (30).

Çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği temel alınarak yapılan değerlendirme sonucu; Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan puanların artması ile organ bağışlama düşüncesinin arttığı izlenmiştir. Kişisel başarı, işteki yeterlilik ve başarı duygularını tanımlamaktadır. Bunun da kişilerin çalışma alanlarında bilgili ve deneyimli olmaları ve aldıkları eğitimin yeterli, alana dönük ve uygulamaya ağırlık verecek şekilde olması ve sonrasında da hizmet içi eğitimlerle konunun güncelliğinin korunması ile mümkün olduğu bilinmektedir (104).

Kişisel başarıda azalma, bireyin kendini negatif değerlendirme eğilimi olarak tanımlanır. Böyle bir birey, iş başarısında ve yeteneğinde azalma hisseder. Bu kişilerin iş motivasyonlarında düşme izlenir (45, 91).

Kişisel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik olarak yapılan eğitim etkinliklerinin stres ve tükenme düzeylerini azalttığı belirtilmektedir. Kişisel yeterliliğin, en önemli anti-stres kaynaklarından birisi olduğu vurgulanmıştır (95).

Sağlık hizmeti veren personelin tükenme düzeylerinin yüksek olması, onların birincil derecede sorumlu oldukları hastaların ve hizmet almak için başvuranların ihtiyaçlarına, yeterince cevap verememelerine neden olabilir. Böylece kişiden beklenen performans izlenememekte, hasta ve yakınlarına gereken ilgi gösterilememekte ve gerekli destek ve yönlendirme yapılamamaktadır. Sonuç olarak, sağlık politikalarında hedeflenen amaçlara ulaşılamamaktadır. Bu nedenlerden dolayı, sağlık personellerinin tam bir iyilik hali içerisinde olması gerekmektedir (7, 21).

Katılımcıların %51'lik bir kısmı dini inançlarının organ nakline engel olduğunu ifade etmiştir. 'Dini inançlar organ nakline engeldir' diyenlerin %33'ünün organlarını bağışlamayı düşündüğü,

'Dini inançlar organ nakline engel değildir' diyenlerin %57'sinin organlarını bağışlamayı düşündüğü saptanmıştır.

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada katılımcılara 'Organ nakli ve bağışı konusunda, din adamları bilgi vermeli ve öncülük etmeli midirler?' şeklinde soru yöneltilmiş, katılımcıların %39'u, din adamlarının öncülük etmesi gerektiği yönünde görüş bildirmiştir (30).

Sarıtaş'ın çalışmasında ise öğrencilerin %77,4'ü din adamlarının öncülük etmesi gerektiğini bildirmiştir (24).

Çalışmamızda, 'Sizce organ nakilleri nasıl artırılabilir?' sorusuna %8,5'lik bir katılımcı grubu, işinde yetkin dini otoritelerin organ nakli ile ilgili açıklamalar yapıp, toplumu bu konuda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi gerektiğini savunmuştur.

Beyin ölümünü gerçek bir ölüm olarak kabul etmenin organ bağışını etkilediği bildirilmektedir (105, 106).

Sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada, beyin ölümünün gerçek bir ölüm olduğunu düşünenlerin %75,7'si organlarını bağışlamaya evet derken; beyin ölümünü gerçek bir ölüm olarak görmeyenlerin %24,3'ü organ bağışına evet demiştir.

Beynin bir daha çalışmayacak şekilde durmasını gerçek ölüm olarak kabul edenler arasında, yakınlarının organlarını bağışlama konusunda istekli olanların daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (107).

Türkiye Cumhuriyeti Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu kadavradan organ alınabilmesi için vericinin tamamen ölmüş olmasını şart koşmaktadır. Oysaki organ alınabilmesi için beyin ölümünden hemen sonra kalp durmadan yani dolaşım devam ediyor iken organ alınması gerekmektedir (8).

Bu çelişkili durum nakillerin önünde önemli bir engel olarak durmaktadır.

Dini otoritelerin organ nakli ve bağış konusunda net olmayan çelişkili mesajları insanların zihnindeki çelişkilerin ve kafa karışıklığın artmasına neden olmuştur. Bu nedenlerle bu otoritelerin daha net ve güvenilir mesajlar ile toplumu bilgilendirip rehberlik etmesinin nakillerin arttırılmasında olumlu yönde katkılar sağlayacağını göstermiştir.

Normal şartlarda beyin ölümü gerçekleştikten bir süre sonra kalp ve solunum da durmaktadır. Ancak teknolojik gelişmelerin sağladığı yaşam desteği imkânları bu sürenin uzatılabilmesini sağlamaktadır. İnsanlar beyin ölüp, beden yaşamını cihazlar aracılığı ile sürdürmeye devam ettiğinde ne yapılacağına karar vermekte güçlük çekmektedirler (5). Böyle bir durumda organ nakli açısından ailenin vereceği karar oldukça önemlidir. Bu kararda dini inançlar, kültürel özellikler ve beyin ölümü kararını veren tıbbi gruba güven oldukça önem taşımaktadır (108). Sağlık personelinin beyin ölümü ve organ bağış konusundaki bilgi (13, 109) ve tutumları böyle bir durumdaki ailenin vereceği karara da yansıtacaktır (99, 110, 111).

Çalışmamızda beyin ölümü tablosuna kendisi girmesi durumunda katılımcıların %46'sı organlarının bağışlanmasını isterken, bir yakınının girmesi durumunda %32'si yakınlarının organlarını bağışlayabileceğini belirtmiştir.

Her iki durumda da Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan puan arttıkça kişilerin daha yüksek oranda organ bağışlamayı düşündüğü izlenmiştir. Bu durum kişilerin işinde yeterli ve başarılı, alanında bilgili ve deneyimli olmalarının önemini göstermektedir (104).

Çalışmamız bir yakınının beyin ölümü sonrasında organlarını bağışlama düşüncesinin, Duygusal Tükenmişlik ile ters orantılı olduğunu göstermiştir. Bireyin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olması, başkalarına karşı kayıtsız ve kendini işten uzaklaşmış hissetmesine neden olmaktadır (90, 91).

Çalışmamızda özellikle duygusal tükenmişlik açısından bayanların erkeklere oranla daha ciddi risk altında olduğunu göstermiştir.

Aynı şekilde haftalık mesai saati 45 saat ve üstü olanların daha ciddi risk altında olduğu görülmüştür.

Kadınların sosyal rol ve yükümlülüklerinin fazlalığı da çalışma saatlerinin fazlalığına benzer şekilde bireyin tükenmesine zemin hazırlıyor olabilir.

‘Yakınınızın beyin ölümü tablosuna girmesi durumunda organlarını bağışlar mısınız?’ sorusunu doktora tezinde Yılmaz (30) sağlık çalışanlarına sormuş;

Çalışmaya katılanların %45,8’i ‘evet’ derken, %54,2’si ‘hayır’ cevabını vermiştir.

Hayır diyenlerin nedenleri sorulduğunda;

%68,6’sı ‘bu konuda başkasının sorumluluğunu almak istemediğini’,

%10,2’si ‘organ bağışını doğru bulmadığını’,

%12,2’si ‘yanlış anlaşılabilirliğini düşündüğünü’,

%9’u ‘kendisinin yerine bir başka sağlık çalışanının bu konuda daha etkili olabileceğini düşündüğünü’ ifade etmiştir (30).

Yumak’ın çalışmasında ise benzer soruya katılımcıların %30,9’u ‘evet’ derken, %69,1’i ‘hayır’ şeklinde cevap vermiştir. Hayır diyenlerin %74,3’ü ‘kendisi vermek istemeyebilirdi’ şeklinde görüş bildirmişlerdir (102).

Sonuç olarak; ölen kişinin verici adayı olabilmesi için yakınlarının onayı gerektiğinden, kişinin hayatta iken organlarını bağışlamış olmasının yeterli olmadığı, kararıyla ilişkili olarak aile yakınlarını da haberdar etmiş olmasının mutlak gerekliliği ortaya çıkmıştır (112).

Çalışmamızda beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına, hastanın organ verici adayı olması ile ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeyi sağlık memuru ve hemşirelerden çok az bir kısmının (%22) yaptığı izlenmiştir.

Yönlendirme ve bilgilendirmeyi ise çoğunlukla konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen ve Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden yüksek puan alan erkeklerin yaptığı görülmüştür. Bu durum konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmanın önemini bir kez daha göstermiştir.

Madde bağımlılığı, alkol ve benzeri nedenlerden dolayı organ yetmezliğine giren kimselere katılımcıların %50’si nakil yapılabileceğini düşünürken, %22’si nakil yapılmaması gerektiğini, %28’i ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Meslekte 5 yıldan daha az süredir ya da 11 yıldan fazla süredir çalışıyor olmanın, çocukluk ve gençlik dönemini kırsal bölgede geçirmiş olmanın, bu kararı olumlu yönde etkilemesi dikkate değer bulgulardandır.

Meslekte acemilik ya da ustalık, hasta bireylerle empatiyi kolaylaştıran bir etkiye sahip olabilir. Kimliğin ve değer yargılarının olduğu çocukluk ve gençlik dönemlerini kırsal bölgede geçirmiş olmak da, bireyselleşmenin kenttekine oranla daha az gerçekleşmiş olması, toplumsallığın korunmuş olmasıyla ilişkili olarak bu kararı etkileyebilir.

‘Sizce organ nakilleri nasıl arttırılabilir?’ şeklinde açık uçlu bir soru sorulduğunda katılımcıların yarısı toplumu bilgilendirme önerisini getirmekteyken, yarıya yakın diğer bölümü konuyla ilgili herhangi bir düşünce veya öneri sunmamıştır. Her eğitim seviyesinde, konuyla ilgili olarak herhangi bir düşüncesi veya önerisi olmayanların büyük çoğunlukla bulunması dikkat çekici olmuştur.

Doku ve organ nakli, bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren sağlık alanındaki en önemli ölçütlerden biridir.

Organ nakli ve bağışı konusundaki bilgi eksikliği, toplum tüm kesimlerinde olduğu gibi, sağlık çalışanlarında da belirgin şekilde izlenmiştir. Yetersiz bilgi ve konuyla ilgili duyarsızlığın bir sonucu olarak hemşire ve sağlık memurları topluma örnek olamamakta, hasta ve yakınlarına yönlendirme ve bilgilendirmeyi tam olarak yapamamaktadır.

Bu sonuç önemli bir sorun olan organ nakli konusunun, eğitimde yeteri kadar yer almadığı, basın yayın görsel medyada düzenli gündem oluşturmadığını göstermektedir. Organ naklinde istenen hedefe ulaşmanın organ bağışı sayısının arttırılması ile olacağı, bunun da ancak iyi bir organizasyon ve ekip çalışması ile sağlanacağı ortaya çıkmıştır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Organ naklindeki sorunlar tartışmalara neden olmuş olsa da, aslında sağlık personellerinin de dâhil olduğu toplumun her kesiminde göz ardı edilmiş ve edilmektedir. Çalışmamızda bu konuya yönelik olarak şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Organ bağıışı konusunda sağlık personeli net bir görüşe ve yeterli bilgiye sahip değildir.
2. ‘Konuyu hiç düşünmediklerini’ ifade edenler ile çalışmamızdaki ‘kişisel tercihim’ diyerek veya neden göstermeden organ bağıışına hayır diyenlerin oranının yüksek olması, organ nakli konusunda toplumun yeterli duyarlılığa sahip olmadığını göstermektedir.
3. Konuyla ilişkili yeterli eğitim ve bilgilendirme yapılmamış ve konunun basın yayın ve görsel medyada düzenli gündeme getirilmemiş olması, toplumun duyarlılık kazanamamasında önemli bir etken olmuştur.
4. Organ nakli ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmamasının bir sonucu olarak, insanların zihinlerinde yanlış düşünce ve inançlar olduğu görülmüştür.
5. Din adamlarının organ nakli ve bağıışı konusunda topluma rehberlik edip, zihinlerdeki çelişkileri giderecek tarzda bilgi vermesinin olumlu yönde katkılar sağlayacağı görülmüştür.
6. İş yaşantısında kişisel başarının artması ile organ bağıışlama oranlarının artacağı izlenmiştir. Kişisel başarı, işteki yeterlilik ve başarı duygularını tanımlamaktadır. Kişilerin alanlarında bilgili ve deneyimli olmaları ise aldıkları eğitimin yeterli, alana dönük ve uygulamaya ağırlık verecek şekilde olması ve sonrasında da hizmet içi eğitimlerle güncelliğinin korunması ile mümkündür.

7. Mesleksel eğitimde konu ile ilgili yeterli bilgilendirilmenin ve mezuniyet sonrası, hizmet içi eğitimin yapılmasının önemi ortaya çıkmıştır.
8. Beyin ölümü gerçekleşen kişinin, verici adayı olabilmesi için, yakınlarının onayı gerektiğinden; kişinin hayatta iken organlarını bağışlamış olmasının yeterli olmadığı, kararıyla ilişkili olarak aile yakınlarını da haberdar etmiş olmasının mutlak gerekliliği ortaya çıkmıştır.
9. Organ nakli için verici adayı olabilecek hastalar ve bunların yakın akrabalarına ulaşılarak, organ nakli konusunda bilgilendirme ve yönlendirme yapılmasının gerekliliği görülmüştür.
10. Organ verici adayı olmak açısından yönlendirme ve bilgilendirmeyi, çoğunlukla konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin yapması, yeterli bilgiye sahip olmanın önemini göstermiştir.
11. Akademik eğitim seviyesinden bağımsız olarak, organ nakli ile ilgili bilgi seviyesinin, organ bağıışı ile ilgili düşünceleri şekillendirdiği ve konu ile ilgili duyarlılığı etkilediği izlenmiştir.
12. Toplumun eğitilmesinde özellikle görsel ve yazılı basın ile bilgilendirme ve bilinçlendirme ile yapılmasının gerekliliği görülmüştür.
13. Organ nakli konusunun her düzeydeki eğitimde müfredata konulmasının gerekliliği görülmüştür.
14. Organ naklinde istenen hedefe ulaşmanın organ bağıışı sayısını arttırılması ile olacağı, bunun da ancak iyi bir organizasyon ve ekip çalışması ile sağlanacağı ortaya çıkmıştır.

## 7.ÖZET

### HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE ORGAN NAKLINE BAKIŞ AÇILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

#### **Amaç:**

Son yıllardaki gelişmelere rağmen kadavra kaynaklı organ temininde istenen seviyelere ulaşamamıştır. Bu konuda özellikle hasta yakınlarını bilgilendirip ve yönlendiren hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Bu görevde hemşirelerin organ nakline bakış açılarından etkilenmektedir. Hemşirelerin organ nakli konusunda yeterli yönlendirme yapamadıkları görülmektedir. Bu konuyu değerlendiren birkaç çalışma bulunmakla birlikte tükenmişlik düzeylerinin etkilerini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Hemşirelerin bu konudaki görüşlerine etkisi olan faktörler belirlenebilirse organ teminindeki sorunların da kısmen düzelebileceği düşünülebilir.

Biz de bu nedenle hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve sosyodemografik verilerinin organ nakli ile ilgili düşüncelerini nasıl etkilediğini tespit etmek amacıyla bu çalışmayı planladık.

#### **Gereç ve Yöntem:**

Çalışmaya, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan 201 hemşire alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Veri Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Organ Nakline İlişkin Görüş Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

#### **Bulgular:**

Katılımcıların; %61'i organ nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %42'si, organlarını bağışlamayı düşündüğünü ifade etmiştir. Evli olanların ve sağlıklı olanların daha yüksek oranda organ bağışlama düşüncesine sahip olduğu izlenmiştir. Beyin ölümü durumunda katılımcıların %46'sı organlarının bağışlanmasını istemiştir. Katılımcıların %32'si beyin ölümü durumunda yakınlarının organlarını bağışlayabileceğini belirtmiştir. Dini inançların organ nakline engel olduğuna inananların %33'ü organlarını bağışlamayı düşünmektedir. Dini inançların organ nakline engel olmadığına inananların %57'sinin organlarını bağışlamayı düşündüğü izlenmiştir. Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına, hastanın organ verici adayı olması ile ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeyi konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen çok az sayıda sağlık çalışanının (%22) yaptığı belirlenmiştir.

Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden alınan puanların artması ile organ bağışlama düşüncesinin arttığı izlenmiştir. Katılımcıların; nakli yapıldığını bildiği organ sayısı ve organ nakli ile ilgili sahip olduğu bilgi seviyesine paralel olarak organ bağışına evet dediği görülmüştür. Organ nakillerinin arttırılması ile ilgili olarak katılımcıların %39,8'i toplumun eğitilmesinin ve bununla özellikle görsel ve yazılı basın aracılığıyla bilgilendirme ve bilinçlendirme ile yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %44,8'i konuyla ilgili herhangi bir düşünce veya önerisi bulunmadığını belirtmiştir.

### **Sonuç:**

Bu çalışmada organ bağışu konusunda hemşirelerin yeterli duyarlılığa sahip olmadığı görülmüştür. Konu ile ilgili bilgi seviyesi ve dini inançların, organ bağışu ile ilgili düşünceleri şekillendirmede başlıca rol oynadığı anlaşılmıştır. İştaki başarı ve yeterliliğin bir göstergesi olan kişisel başarı düzeyi de hemşirelerin organ bağışu ile ilgili görüşlerinde etkili bulunmuştur. Sonuç olarak; organ nakli konusunda hemşirelerin yönlendirici görev üstlenebilmeleri için bu konuda alacakları eğitimin yeterli, alana dönük ve uygulamaya ağırlık verecek şekilde olmasının gerekliliği anlaşılmaktadır. Ayrıca bu konuda görevlendirilecek hemşirelerin kişisel başarı düzeyi yüksek bireylerden seçilmesi daha uygun olacaktır.

### **Anahtar Kelimeler:**

Hemşire, Organ Nakli, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Sosyodemografik Veri Formu

## 8. SUMMARY

The Relationship Between the Perspectives upon Organ Donation and Sociodemographic Data and Level of Burn Out in Nurses

### **Aim**

Thanks to the organ transplantations emerging as a consequence of the innovation in science and technology, life span and the quality of life have been advancing in individuals having life-threatening conditions because of organ failure or loss. Adequate organ donation cannot be ensured as a result of religious, ethical, social, economical and legal aspects of the circumstance and the misconceptions and misconducts of the patients and their relatives; meanwhile need for organ donation increases day by day.

The cognizance, belief and attitude of health care personnel can evidently change the results of the administration, as they are quite efficient in instructing and guiding the patients and their relatives who are candidates for organ transplantation or donation.

We aimed to find out how the sociodemographic data and level of burn out in nurses affected their considerations (perspectives) upon organ donation.

### **Method**

201 nurses working in İnönü University Medical Faculty, Turgut Özal Medical Center were included in the study. Sociodemographic Data Form, Maslach Burn Out Inventory and Sentiments Evaluation form Upon Organ Donation were used as data collection tools.

### **Results**

61% of the participants expressed that they didn't have enough information about organ transplantation and, 42% expressed that they considered their organs. Married and healthy participants were observed to be prone to donate their organs.

46% of the participants stated that they would favor to donate their organs in case of brain death. 32% of the participants stated that they might donate their relatives' organs in case of brain death. While 33% of the participants who believe that their religions believes hinder organ transplantation consider organ donation, 57% of the ones who believe that their religions believes do not hinder organ transplantation consider organ donation. It was observed that only a few of the participants (22%) who thinks that they have enough information about the issue, gave the instructions and the guidance to the relatives of the patients who had experienced brain death about being a candidate for organ donation. It was observed that the consideration of organ donation increased as the Personnel (Individual) Success Subscale score increased. Consideration of the organ donation among the

participants seemed to increase in parallel with their levels of cognizance related to organ donation and with the number of organ transplantation which they know as being performed successfully. 39,8% of the participants stated that the education of the society via press agencies should be performed in order to increase the organ donation rates and, 44,8% stated that they did not have any opinions or suggestions concerning the issue.

### **Conclusion**

We identified that the nurses and the health care personnel did not have definite opinions or adequate sensitivity upon organ donation. Level of information and religious beliefs together with the sense of exhaustion seemed to shape the opinions related to organ donation. Eventually, it appears that reaching the desired level in organ transplantation necessitates the increase in the number of donated organs which also requires a good organization and a teamwork.

### **Keywords:**

Nurse, Organ Transplantation, Maslach Burn Out Inventory, Sociodemographic Data

## 9. KAYNAKLAR

1. Özdağ N. Organ Nakli Ve Bağışına Toplumun Bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2001;5:46–54.
2. Tokalak i, Karakayalı H, Haberal M. Doku Ve Organ Naklinin Sosyal Yönü. Aktüel Tıp Dergisi 2003;Sayı 12:36–43.
3. Rosner F. The definition of death in Jewish law. In: Youngner S.J, Arnold R.M, Schapiro R, eds. The definition of death: Contemporary controversies Baltimore: Johns Hopkins University Pres 1999;210–221.
4. Morioka M. Cross-cultural Approaches to the Philosophy of Life in the Contemporary World. From Bioethics to Life Studies- In Margaret Sleeboom eds; 2004.
5. Hughes JJ. Brain Death and Technological Change. Personal Identity, Neural Prostheses and Uploading Second International Symposium on Brain Death. Havana Cuba;1995.
6. Yılmaz Z. Hastanelerde Organ Ve Doku Bağışı Hizmetleri. Erciyes Üniversitesi Yayınları Kayseri 1993.
7. Edirne T. Türkiye’de Organ ve Doku Nakli Uygulamaları Sonuç Ve Strateji Önerileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004;24:261–61.
8. Organ Nakli ve Organ Bağışı www.akdeniz.edu.tr, Erişim tarihi: 15. 07. 2009.
9. Kolovos NS, Webster P, Bratton SL. Donation after cardiac Death İn Pediatric. Critical Care Pediatr Crit Care Med 2007 Jan;8(1):76–77.
10. Kent B.C. International Journal of Nursing Studies 2004;41:273–284.
11. Yüceetin L, Keçecioglu N, Ersoy F. Türkiye’de Organ Bağışı Ve Nakline Bir Bakış. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık Dergisi 2003;14(2):115–118.
12. Abaan S. Ötanazi: Hastalarımıza borcumuz mu? Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi 1997;5(2):92–96.
13. Akgün, HS, Bilgin, N Tokalak ve ark. Organ Donation. A Cross Survey Transplantation Proceedings 2003;35(4):1273–6.
14. Smith J. Organ Donation: What Can We Learn From North America? Nurs Crit Care 2003;8(4):172–8.
15. Tamburi LM. The Role Of Critical Care Nurses in The Organ Donatıon Breakthrough Collaborative. Critical Care Nurse 2006;26(2):20–22.
16. Williams MA, Lipsett P, Rushton C.H. ve ark. The Physician’s Role in Discussing Organ Donation With Families. Critical Care Medicine 2003;31(5).
17. Sandström A, Rhodin NR, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired Cognitive Performance in Patients with Chronic Burnout Syndrome. Biological Psychology 69 2005;271-279.
18. Piko BF, Burnout, Role Conflict. Job Satisfaction and Psychosocial Health Among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey. International Journal of Nursing Studies, Article in Press (Available online at www.sciencedirect.com) (Access date: June 27,2005.
19. Doğan N, Hamarat B. Afyon Kocatepe Üniversitesi Öğrencilerinin Organ Bağışı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. 5. Ulusal Biyoistatistik Kongresi Bildiri Kitabı, Eskişehir 2000;358.

20. Koşar N. Organ Nakli Organizasyonları ve Organ Nakli, Organ Bağışı Hakkında Bilgi Davranış Araştırması (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı İstanbul; 1994.
21. Rose M. 'Good Deal, Bad Deal? Job Satisfaction in Occupations'. Work Employment and Society 2003;Vol:17(3):s.506.
22. Burra P, De Bona M, Canova D, D'Aloiso MC, Germani G, Rumiati R, Ermani M, Ancona E. Changing attitude to organ donation and transplantation in university students during the years of medical school in Italy. Transplant Proc 2005 Mar;37(2):547-50.
23. Chernenko SM, Jensen L, Newburn-Cook C, Bigam DL. Organ donation and transplantation: a survey of critical care health professionals in nontransplant hospitals. Prog Transplant 2005 Mar;15(1):69-77.
24. Sarıtaş S. Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Algıları (Yüksek Lisans Tezi). Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Eskişehir 2005.
25. Tokalak İ, Emiroglu R, Başaran Ö, Karakayalı H, Bilgin N, Haberal M. Organ Bağışı ve Transplantasyonun Etik, Dinsel ve Yasal Yönü. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık Dergisi Ocak-Haziran 2002;13;1-7.
26. Resmi Gazete, 3 Haziran 1979, Sayı 16655.
27. Haberal M. Dünden Bugüne Organ Transplantasyonları, Doku ve Organ Transplantasyonları Ankara 1993:3-8.
28. Haberal M. Dünden bu güne organ transplantasyonu. Aktüel Dergisi 1996.
29. Erem-Toroslu Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler Ankara 2000;s 334.
30. Yılmaz E. Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli Ve Bağışına İlişkin Düşünceleri Eskişehir 2006.
31. Naçar M, Çetinkaya F, Kanyılmaz D, Tokgöz B, Utas C. Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Açılı. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2001.
32. Bal C, Çolak E. Eskişehir İlinde Organ Bağışı Hakkındaki Tutum ve Davranışlar. Biyoistatistik Sempozyumu Adana 1998.
33. Çan G, Torun P, Gürpınar SS. Trabzon İl Merkezinde Halkın Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni Ankara 1997.
34. Özerkan K. Allojenik Kemik İliği Transplantasyonu. Doku ve Organ Transplantasyonları Ankara 1993;539-550.
35. Oğuz Y. Tıp etiği açısından ötenazi. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4(3):5-8.
36. Elçioğlu/Gündüz/Köşgeroğlu. Tıp, Hukuk ve Etik Açısından Eutanasia. Tıbbi Etik 1994.
37. Sayın S, Gürkan A. SSK İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinin Organ Nakli, Bağışı ve Koordinatörlüğü Konusunda ki Görüşlerin İncelenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı Ordu 2005.
38. www.onkod.org 24.06.2006.
39. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 29.5.1979 Tarih ve 2238 No'lu ve 1982 Tarih 2594 Nolu Yasalar.



40. İnceoğlu S. Hemşirelerinin organ bağıışı ile ilgili düşünceleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007.
41. Ağartan ve ark. Hemşireler Organ Ve Doku Bağıışı Konusunda Yeterince Duyarlımı. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Şanlıurfa 2006.
42. Hannah S. Increasing Awareness Of Tissue Donation: İn The Non-Heart Beating Dono, Intensive Critical Care Nurs 2004;20(5):292–8.
43. Schroeter K, Taylor J.G. Ethical Considerations İn Organ Donation For Critical Care Nurses. Crit Care Nurse 1999;19:60–69.
44. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing 2001;34(3):383–396.
45. Aras Z. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları. M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2005.
46. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7(2):100–108.
47. Demir A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(1):71–80.
48. Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. Psychother Psychosom Med Psychol 2003 May;53(5):213–22.
49. Ebrinç S, Eroglu B, Başoğlu C, Yesiltaş Z, Köksal Ö. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Ve İş Doyumunun Bireysel Ve Mesleki Özellikler Boyutunda Değerlendirilmesi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı Antalya 2000.
50. Torun A. Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri 1995.
51. Çam O. Tükenmişlik nedir? Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993;9(1):51–53.
52. Kızılcı S, Baser G. Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. XVI. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Bildiri Özetleri İzmir 1999; s.285.
53. Serinken M, Ergör A, Çımrın AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos 2003;18(4):293–299.
54. Canbaz S, Sünter TA, Dabak S, Öz H, Pesken Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu Ve İşe Bağlı Gerginlik. Hemşirelik Forumu, İstanbul 2005.
55. Sever A. Hemşirelerin İş Stresi ile Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi İstanbul 2007.
56. Aydın R. Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışmalara Olan Etkisi İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2000.
57. Sünter AT, Canbaz S, Dabak S, Öz H, Pesken Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyum düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006.
58. Yüksel İ. Hemşirelerin iş doyum düzeyini ayırt edici iş doyum öğelerinin diskriminant analiziyle belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2002;3(1):67–78.

59. Çetinkaya A, Özbaşaran F. Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;20(1):57–76.
60. Ünal S, Karlıdağ R ve Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi. Klinik Psikiyatri 2001.
61. İpek H. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Denetim Odakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ankara 2003.
62. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. International Journal of Nursing studies 2003;40(8):807–827.
63. Maslach C. Job burnout: New directions in researc and intervention.American Psychological Society 2003;12(5):189.
64. Farber AB. Understanding and treating burnout in a changing culture. Psychotherapy in Practice 2000;56(5):589–594.
65. McCarthy. Burnout in psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing 1985;10(4):305–310.
66. Schmitz N, Numan W, Oppermann R. Stres, burnout and locus of control in german nurses. International Journal of Nursing Studies 2000;37(3):95–99.
67. Ullrich A, FitzGerald P. Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. Social Science & Medicine 1990;31(9):1013–1022.
68. Motowidlo SJ, Packard JS, Manning MR. Occupational stress: Its causes and consequences for job performance. Journal of Applied Psychology 1986;71(4):618.
69. Alimoglu MK, Dönmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a üniversity hospital. International Journal of Nursing Studies 2005;42(5):549–555.
70. Aslan H, Aslan RO, Kesepara C, Alparslan N, Ünal M. Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumunu. Toplum ve Hekim Dergisi 1997;12(82):24–29.
71. Badir A. Koroner yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin oryantasyonu ve sürekli eğitimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 1999;3(2):47–51.
72. Beckstead WJ. Confirmatory factor analysis of the maslach burnout inventory among florida nurses. International Journal Of Nursing Studies 2002;39(8):785–792.
73. Burrows GD, McGrath C. Stress and mental health professionals. Stress Medicine 2000;16:269–270.
74. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. Journal of Advanced Nursing 2000;32(2):454–464.
75. Sayıl I, Haran S, Ölmez S, Özgüven HD. Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. Kriz Dergisi 1997;5(2):71–77.
76. Elloy DF, Terpening W, Kohls J. A causal model of burnout among selfmanaged work team members. The Journal of Psychology 2001;135(3):321- 334.

77. Descamp KD, Thomas CC. Buffering nursing stress through play at work. *Western Journal of Nursing Research* 2000;15:619–627.
78. Halbesleben JRB, Buckley MR. Burnout in organizational life. *Journal of Management* 2004;30(6):859–879.
79. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın S. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;5:13–23.
80. Şanlı S. Adana İlinde Çalışan Polislerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Ç. Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Adana 2006.
81. Tümkaya S. Akademik tükenmişlik ölçeği'nin geliştirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2000;19:128–133.
82. Cherniss C. *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: sage Publ 1980.
83. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2(2):99–113.
84. Özyurt A. İstanbul hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. M.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2003.
85. Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün S. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007.
86. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7(1):71–80.
87. Perlman B, Hartman AE. Burnout: Summary and future research. *Human Relations* 1982;35(4):283–305.
88. Shirom A. Reflections on the study of burnout. *Work & Stress* 2005;19(3):263–270.
89. Gündüz B. İlköğretim öğretmenlerinde tükenmişlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2005;1(1):152–166.
90. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;68(1):29–32.
91. Kızılcık D. The Influence Of Burnout On Job Performance With The Moderating Effect Of Organizational Commitment In Call Center Enviroment. M.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2004.
92. Lacouides A, Fountoulakis K, Moysidov C, Lerodiakonou C. Burnout in nursing staff: A clinical syndrome rather than a psychological reaction?. *General Hospital Psychiatry* 1997;19(6):419–428.
93. Dağdelen M. Üretim ve Hizmet Sektöründe Çalışan İşçilerde Ruhsal Sağlık Düzeyi, Ruhsal Belirti Dağılımı, Algılanan sağlık, İş Doyumu, Yaşam Doyumu Ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi İnönü Üniversitesi Malatya 2008.
94. Editorial. *Annals of Internal Medicine*. March 2002;136(5):391–393.
95. Güven K. *Kişilik hakları ve ötanazi*. Ankara: Nobel Yayın, yayın no:10, 2000.

96. Aktekin M. Organ Donation: Dilemma Of Health Personel. Dial Transplant Burn 1994;7(3):56–62.
97. Ingram JE, Buckner EB, Rayburn AB. Critical Care Nurses Attitudes And Knowledge Related To Organ Donation. Dimensions of Critical Care Nursing 2002;21(6):249–255.
98. Çelebi F, Balik A.A, Yilmaz I, Polat KY. What the people think about organ donation in East Anatolia? (Article in Turkish). T Klin J Med Ethics, Law and History 2002;10(34),38.
99. Pugliese MR, Degli Esposti D, Venturoli N, Mazzetti Gaito P, Dormi A, Ghirardini A, Costa AN, Ridolfi L. Hospital attitude survey on organ donation in the Emilia Romagna region, Italy. Transpl Int. 2001;Dec;14(6):411–9.
100. Akgün HS, Bilgin N, Tokalak I, Kut A, Haberal M. Organ donation: a cross-sectional survey of the knowledge and personal views of Turkish health care professionals. Transplantation Proceedings 2003;35,1273–1276.
101. Kim JR, Fisher MJ, Elliott D. Undergraduate nursing students knowledge and attitudes towards organ donation in Korea: Implications for education. Nurse Educ Today. 2006 Aug;26(6):465–74. Epub 2006 Mar 15.
102. Yumak AK. Organ Nakli ve Bağışı Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı Ankara 1994.
103. Özmen ve ark. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Organ Bağışına İlişkin Bilgi ve Görüşleri 2007.
104. Gökçekan Z. Psikolojik Danışmanlarda Tükenmişlik Sendromu, Nedenleri Ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi Ocak 2003 – Yöret Postası 19.
105. Kim JR, Elliott D, Hyde C Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation. Int J Nurs Stud 2004 Mar;41(3):299–307.
106. Singh P, Kumar A, Pandey CM, Chandra H. Evel of awareness about transplantation, brain death and cadaveric organ donation in hospital staff in India. Prog Transplant 2002 Dec;12(4):289–92.
107. Unal S, Elyas Z, Kaya Y, Ozcan C. Sağlık Personelinin Beyin Ölümü ve Organ Bağışıyla İlgili İnanç Ve Tutumları İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D 2008.
108. Neil M. Lazar, Sam Shemie, George C. Webster, Bernard M. Dickens. Bioethics for clinicians: 24. Brain death CMAJ 2001;164(6): 833–6
109. DuBois JM, Anderson EE. Attitudes toward death criteria and organ donation among healthcare personnel and the general public Prog Transplant 2006 Mar;16(1):65–73.
110. Siminoff LA, Arnold RM, Caplan AL Healthcare professional attitudes toward donation: effect on practice and procurement J Trauma 1995 Sep;39(3):553–9.
111. Kennedy HB, Farrand L. Attitudes of emergency nurses toward organ and tissue donation. J Emerg Nurs 1996 Oct;22(5):393–7.
112. Vatanoğlu E E. Türkiye’de Yasal Ve Etik Boyutuyla Organ Nakli Hakkında Anket Araştırması Ve Sonuçları 2007.

## 10. EKLER

### EK – 1

#### Sosyodemografik Veri Formu

1. Ad, Soyad;
2. Yaş  
a)22–29 yaş arası b)30–39 yaş arası c)40 yaş üstü
3. Cinsiyet  
a) Erkek b) Kadın
4. Medeni Durumunuz  
a) evli b) bekâr c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e) dul
5. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?  
a) yalnız b) sadece eşinizle c) eş ve çocuklar d) anne ve baba e) diğer
6. Eğitim düzeyiniz,  
a) lise b) üniversite c) ön lisans d) diğer..
7. Sahip olduğunuz çocuk sayısı nedir?
8. Gelir düzeyiniz nedir?  
a) 500 ile 1000 TL arasında b) 1000–2000 TL arası c) 2000 TL ve üzeri
9. Çocukluk ve gençlik dönemizi nerede geçirdiniz?  
a) kent b) kırsal bölge c) diğer
10. Çalışmakta olduğuz birim\ ünite...
11. Meslekte çalıştığınız süre nedir?  
a) 5 yıldan az b) 6–10 yıl arası c) 11 yıl ve üzeri

12. Haftalık çalışma süreniz nedir?

a) ortalama 40 saat    b) ortalama 45 saat ve üstü

13. Gece nöbeti tutuyor musunuz?

a) evet    b) hayır

14. Yapmakta olduğunuz ek bir işiniz var mı?

a) evet    b) hayır

15. Kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

a) evet ise lütfen belirtiniz... b) hayır

16. Kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

a) evet ise lütfen belirtiniz... b) hayır

**EK- 2****Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

**Hiçbir zaman**      **Çok nadir**      **Bazen**      **Çoğu zaman**      **Her zaman**

- 1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.
- 2.İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.
- 3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.
- 4.Hastalarımın ne hissettiğini hemen anlarım.
- 5.Bazı hastalara sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.
- 6.Bütün hastalarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.
- 7.Hastaların sorunlarına en uygun çözüm yolunu bulurum.
- 8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.
- 9.Yaptığım iş sayesinde hastaların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.
- 10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı setleştim.
- 11.B u işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.
- 12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.
- 13.İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.
- 14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.
- 15.Hastalara ne olduğu umurumda değil.
- 16.Doğrudan doğruya hastalarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.
- 17.Hastalarla aramda rahat bir hava yaratıyorum.
- 18.Hastalarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum.
- 19.Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.
- 20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.
- 21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.
- 22.Hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.

### EK- 3

#### Organ Nakline İlişkin Görüş Değerlendirme Formu

- Organ bağışısı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- Ülkemizde yapılabildiğini bildiğiniz nakillerinden hatırlayabildiklerinizi lütfen sıralayınız.
- Organlarınızı bağışlamayı düşünüyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
- Sizce dini inançlar organ nakli için engel midir?  
a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum
- Organ bağışlamayı düşünmüyorsanız nedenlerini lütfen belirtiniz?  
a) Kişisel tercihim  
b) Dini ve geleneksel nedenler  
c) Tıbbi ekibe güvenemiyorum  
d) Cesede eziyet olur  
e) Diğer..
- Beyin ölümü gerçekleşen hastaların yakınlarına, hastanın organ verici adayı olması ile ilgili olarak bilgilendirme ve yönlendirme yapıyor musunuz?  
a)Evet b)Hayır
- Madde bağımlılığı, alkol ve bunun gibi isteyerek kendine zarar vererek yetmezliğe giren hastalara organ nakli yapılmalı mıdır?  
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
- Bir hastalığınız nedeniyle beyin ölümü tablosuna girer iseniz, organlarınızın bağışlanmasını ister misiniz?  
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
- Bir yakınınız beyin ölümüne girdiğinde organlarını bağışlar mısınız?  
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
- Sizce organ nakilleri nasıl arttırılabilir?  
Düşüncelerinizi lütfen sıralayınız