



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON UZMANLARININ BEYİN
ÖLÜMÜ, ORGAN BAĞIŞI VE NAKLİ KONUSUNDAKİ
EĞİLİMLERİNİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. VİLDANIYE MUTLU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. TUĞHAN UTKU

İSTANBUL 2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince gösterdiği yakın ilgi, bilgi ve becerilerimi geliştirmemde sağladığı imkanlar ve paylaştığı bilgi ve tecrübeleri için Anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Fatiş ALTINDAŞ' a

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almayı seçmemde katkısı olan, uzmanlık eğitimimde örnek aldığım, tez çalışma sürecinde kıymetli bilgi, ve tecrübeleriyle, sonsuz hoşgörü ve sabırla bana yol gösterici ve destek olan değerli danışmanım Doç. Dr. Tuğhan UTKU'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaşan, ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocalarım, uzman abi ve ablalarım,

Başta tezimin hazırlanmasında büyük, küçük katkısı olan, birlikte keyifle çalıştığım asistan arkadaşlarım olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, anestezi teknisyeni arkadaşlarıma, ameliyathane ve yoğun bakımlardaki tüm hemşire ve personel arkadaşlarıma, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD çalışanlarına,

Bu günlere gelmemde maddi manevi desteğini esirgemeyen aileme,

Desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim hayatımı paylaştığım eşim Taner Mutlu'ya

Bana anneliği tattıran , kıymetlim, canım kızım Özge'ye

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Vildaniye MUTLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. BEYİN ÖLÜMÜ TANIMI	4
2.1.1. Tüm beyin.....	4
2.1.2. Beyin sapı	4
2.1.3. Yüksek beyin	5
2.2. BEYİN ÖLÜMÜNÜN TARİHÇESİ	5
2.3. BEYİN ÖLÜMÜ TANISI.....	7
2.4. ORGAN NAKLİ TANIMI.....	10
2.5. ORGAN NAKLİ TARİHÇESİ	11
2.6. TÜRKİYE’DEKİ BEYİN ÖLÜMÜ VE ORGAN NAKLİ MEVZUATI.....	12
2.7. KADAVRADAN ORGAN NAKLİ	13
2.7.1. Rıza Modeli	13
2.7.2. İtiraz Modeli	14
2.7.3. Zaruret Modeli.....	14
2.8. CANLI DONÖRDEN ORGAN NAKLİ	14
2.9. BEYİN ÖLÜMÜ VE ORGAN NAKLİ İLE İLGİLİ DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI KARARLARI	15
2.10. ULUSLARARASI ÇEŞİTLİLİK.....	16
3. AMAÇ	18
4. MATERYAL METOD	19
5. BULGULAR.....	21

6. TARTIŞMA.....	91
7. KAYNAKLAR	100
8. EKLER.....	104



TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Sonuçları Etkileyebilecek Durum Göstergeleri.....	24
Tablo 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin Beyin Ölümü ve Organ Nakli ile ilgili Kanaat Verileri	25
Tablo 3. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin Beyin Ölümü ve Organ Nakli ile ilgili Bilgi Verileri.....	29



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No:

- Şekil 1. Dokuz Bölge Koordinasyon Merkezi (BKM)'ne göre gösterilmiş, mezun olunan tıp fakültesi, ihtisas alınan hastane ve çalışılan kurumların dağılımı 22
- Şekil 2. Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı 23



KISALTMALAR

EEG	: Elektroensefalogram
KİB	: Kafa içi basıncı
JAMA	: Journal of the American Medical Association
KPR	: Kardiyopulmoner resusitasyon
PaCO₂	: Arteriyel kanda parsiyel karbondioksit basıncı
PaO₂	: Arteriyel kanda parsiyel oksijen basıncı
pH	: Potential of Hydrogen
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
BT	: Bilgisayarlı tomografi
Dr	: Doktor
SSEP	: Somatosensory evoked potentials
TCD	: Transcranial doppler
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TARD	: Türkiye Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
BKM	: Bölge Koordinasyon Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
RTÜK	: Radyotelevizyon üst kurulu
Ark	: Arkadaşları
EDHEP	: The European Donor Education Programme
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti

ÖZET

Giriş: Mevzuattaki son değişikliklerle, Anesteziyoloji ve Reanimasyon anadal ve yandalı olan Yoğun Bakım uzmanlığı beyin ölümü tanı sürecinde %50 oranında sorumluluk sahibi olan bir branş haline gelmiştir. Çalışmamızda, bu denli başat role sahip bir branşın profesyonellerinin söz konusu alandaki bilgi, kanaat ve eğilimlerini belirleyerek, saptanacak zayıf noktaların iyileştirilebilmesi için temel veri oluşturulması amaçlandı.

Materyal-Metod: Etik Kurul onayı alındıktan sonra yaklaşık 2500 üyesi bulunan Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) yönetim kurulundan gerekli izin alınarak, üyelere belli aralıklarla toplamda 4 kez olmak üzere web üzerinden anket gönderildi. Veriler elektronik ortamda toplandı. Ayrıca toplantılarda (sempozyum, ulusal kongre, seminer, kurs vs.) basılı anket formu şeklinde dağıtılarak veriler tarafımızca elektronik ortama aktarıldı.

Anket toplam 89 sorudan oluşmaktadır.

1-14. sorular demografik verileri,

15-32. sorular durum ve deneyim verilerini (evet/hayır cevaplı),

33-53. sorular kanaat verilerini (5 li Likert testi şeklinde),

54-70. sorular bilgi verilerini,

71-84. sorular eğilim verilerini içermektedir..

Son bölümde yer alan açık uçlu 2 soruda katılımcıların düşünce ve önerileri yer almaktadır.

Bulgular: Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlarının ve yandalı olan Yoğun Bakım uzmanlarının beyin ölümü ve organ bağıışı konularındaki bilgi, kanaat ve eğilimlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmamıza dernek üyeleri evreni içinden 564 (%22.56) katılım sağlanmıştır. Ankete yanıt verenlerin cinsiyet dağılımı 207 (%36,7) kadın, 357(%63,3) erkek , yaş ortalamaları ise 37 ± 7 olarak belirlendi.

Katılımcıların beyin ölümü ve organ nakline yönelik mevzuat hakkında ortalama %70 civarında (min: %37.8- max:%94.1) doğru bilgi sahibi olduğu ve buna paralel düzeyde olumlu tutum sergiledikleri söylenebilir. Eğitim ve çalışma hayatlarını geçirdikleri kurumların transplantasyon veya organ temin merkezi olması, dolayısıyla

beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili eğitim almış ve tecrübe kazanmış olmaları, katılımcıların bilgi düzeyi ve tutumlarını olumlu yönde etkilediği gözlemlendi.

Çalışmamızda mevcut mevzuatın beyin ölümünü tüm beyin ölümü olarak kabul ettiğini % 65,8 oranda katılımcı doğru cevaplamıştır. Beyin ölümü tanısı için 2 aydan küçük ve 1 yaş üzeri çocuk ve erişkinler için gerekli nörolojik muayene intervali sorularının da benzer oranda doğru cevaplandığı gözlenmiştir; sırasıyla: %72,9, %68,8. Ancak apne testi ile ilgili sorular %90 dan fazla doğru olarak bilinmiştir. Hekimler arasında yapılan birçok çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da katılımcılar kadavradan ve canlıdan yapılan organ bağışlarına karşı yüksek oranda olumlu kanaat göstermiş (%93,2 ; %86,5), hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı bulmuşlardır (%97,7).

Beyin ölümü tanılama ve beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarını bilgilendirme, organ nakli öncesi ve sonrası bakım süreci basamaklarından herhangi birinde tecrubesi bulunan katılımcıların, diğerlerine kıyasla beyin ölümü ve organ nakline karşı olumlu tutum sergiledikleri gözlemlendi ($p<0.05$).

Çalışmamız katılımcılarının çoğu beyin ölümü gerçekleştiği takdirde ve gerektiğinde canlı donör olarak yakınlık derecelerine göre değişen oranlarda kendi organlarını bağışlamak istemektedir (çocuğu için %96,7; anne, baba, kardeş için %90,2; eş için %86,1). Ancak yakınlarının organlarını bağışlamasına aynı oranda istekli yaklaşmamakta (%66,1), özellikle kendi çocuklarının organlarını bağışlama konusunda %66,2 oranında olumlu yaklaşmakta, %28 oranında ise kararsızlık göstermektedir.

Çalışmamızda kadavradan organ nakillerini artırmaya yönelik öneriler arasında, halkın okul seviyesinden başlayarak eğitimi (%54,1), din görevlilerinin desteği (%21,4), medya kaynaklarının kullanımı (%25), devlet desteği ve kanun değişiklikleri (%10,1-%7,6), sağlık çalışanlarının eğitimi (%9,4) ilk sıralarda yer almıştır.

Sonuç: Bu grubun konuya ilişkin bilgi düzeylerinin ortalamanın çok üzerinde olması, ilave olarak transplantasyon merkezlerinde eğitim alan ve/veya çalışan hekimlerin bilgi düzeylerinin daha da üst seviyede bulunması, benzer etkinin beyin ölümü tanılama, donör bakımı ve donasyon süreçlerinde aktif yer almış bireylerde de yaşanması, sürekli eğitimin konuya ilişkin bilgi, kanaat ve eğilimleri doğrudan etkilediği görülmektedir.

SUMMARY

Purpose: With the recent changes in the legislation, Anesthesiology and Reanimation, the major and subsidiary ICU specialty, has become a branch with 50% responsibility for brain death diagnosis. In our work, it was aimed to establish the basic data for the improvement of the weak points to be determined by determining the knowledge, opinion and attitudes of the professionals of a branch with such a dominant role.

Material-Method: After the approval of the Ethics Committee, the required approval was obtained from the Board of Turkish Anesthesiology and Reanimation Society (TARD), which had approximately 2500 members, and the questionnaires were sent to the members 4 times over the web at certain intervals. The data was collected electronically. In addition, in the form of a printed questionnaire distributed at the meetings (symposium, national congress, seminar, course, etc.), the lecturers were transferred to the electronic center.

The questionnaire consists of 89 questions.

1-14. questions about demographic data,

15-32. question status and experience data (yes / no answer),

33-53. questioned opinions (in the form of 5 li Likert test),

54-70. questions knowledge,

71-84. questions include attitudes data.

The open-ended 2 questions in the last section include the opinions and recommendations of the participants.

Results: A total of 564 (22.56%) completed questionnaires were returned, which aimed to determine the knowledge, opinions and attitudes of the anesthesiology and reanimation specialists and the prospective ICU specialists regarding brain death and organ donation. The gender distribution of the respondents was 207 (36.7%) female, 357 (63.3%) male, and the mean age was 37 ± 7 .

It can be said that the participants have accurate information about the legislation regarding brain death and organ transplantation the average of 70% (min: 37.8% -max: 94.1%) and have a positive attitude in parallel. It has been observed that

the institutions in which they have education and working lives are the centers of transplantation or organ supply, so they have been educated and gained experience in brain death and organ transplantation and they have positively influenced participants' level of knowledge and attitudes.

In our study, respondents correctly answered that 65.8% of the current legislation accepts brain death as whole brain death. For the diagnosis of brain death, neurological examination interval questions for children and adults over 2 months of age and 1 year were observed to be answered in a similar manner; respectively: 72.9%, 68.8%. However, more than 90% of questions about the apnea test were true. As we have done in many studies among physicians, participants also found that they were highly effective (93.7%, 86.5%) in terms of saving lives (97.7%), showing a high positive response to organ donations made from cadaveric or living donors.

Participants who had experience in any of the pre-and post-organ transplant process steps informing relatives of cases of brain death and brain death diagnosis were observed to have positive attitudes towards brain death and organ donation compared to others ($p < 0.05$).

Most of our participants are willing to donate their organs (96.7% for children, 90.2% for siblings, 86.1% for mothers, siblings, and siblings) when brain death occurs and, if necessary, living donors. However, some participants do not approve of donating their relatives' organs (66.1%), 66.2% of them positively approve their donation of their children's organs and 28% of them are indecisive.

Suggestions for increasing cadaver organ transplants include education (54,1%), religious support (21,4%), use of media resources (25%), state support and law changes (10,1% 7.6%) and education of health workers (9.4%).

Conclusion: The level of knowledge of this group is much higher, additionally the knowledge level of the physicians and / or trained and / or working in transplantation centers are higher, the same effect is experienced in individuals who are active in brain death diagnosis, donor care and donation processes, it seems to directly influence the knowledge, opinion and attitudes related to the topic.

1. GİRİŞ

Geleneksel anlamda ölüm, solunumun durması ile eşdeğer kabul edilirken, steteskopun 1800 lü yılların başlarında keşfedilmesi ile birlikte kalp atımının durması olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Takip eden yıllar içinde, 1950 ve 60'lı yıllarda resusitasyon ve mekanik ventilasyon alanlarındaki gelişmeler ve özellikle[1] 1953 yılında gerçekleşen polio salgını sırasında Björn İbsen öncülüğünde sürdürülen mücadele sonrasında multidisipliner yoğun bakım ünitelerinin kurulmaya başlanması[2], resusitasyonun ve pozitif basınçlı ventilatörlerin gelişimi sonucu beyin işlevlerini kaybetmiş hastaların da solunumu ve dolaşımı sürdürülebilmeleri söz konusu olmaya başlamıştır. Bunun üzerine ölüm tanımına nörolojik kriterlerin de eklenmesi söz konusu olmuştur. Böylelikle ölümün yeni tanımı “*solunum ve dolaşım fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı veya beyin sapı da dahil olmak üzere tüm beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybıdır*” şeklinde değişmiştir[3]. Bryan Jennet'in de açıkça üstünde durduğu gibi “*Beyin ölümü, medikal teknolojinin ölüm süresini uzatması ve doğasını bozması sonucu oluşturduğu artefaktır.*” bakışı gerçek olmakta ve medikal gelişmeler sonucu beyin ölümü konsepti gelişmektedir. 1968'de Harvard Üniversitesinde toplanan *Ad Hoc* komitesinden bir grup seçkin klinisyen ve nörobilimci “*geri dönüşümsüz koma ölümün yeni kriteridir*” şeklinde tanım oluşturdular. Çabaların altında yatan en önemli nedenlerinden biri; iyileşme şansı bulunmayan hastaların belirlenmesi ve bu tip hastalar tarafından yatakları işgal edilen hastanelere karşı olan sorumlulukları ve ilave olarak organ nakli yapılabilmesi için ölümün yeni tanımına gereksinim duyulmasıydı[1].

Dünyada ilk başarılı böbrek nakli 23 Aralık 1954 tarihinde Boston'da Dr. Joseph Murray tarafından 23 yaşındaki tek yumurta ikizleri arasında gerçekleştirilmiştir[4, 5]. Türkiye'de organ nakli 1960'lı yıllarda başarısız sonuçlanan kalp nakilleriyle başlamış, 1975'te ilk başarılı organ nakli bir annenin oğluna böbreğini bağışlamasıyla Dr.Mehmet Haberal tarafından gerçekleştirilmiştir[4, 6]. 3 Haziran 1979 tarih ve 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun” ölümün tespiti ve organ nakli ile ilgili ilk yasal düzenlemedir[4, 7, 8]. Ülkemizde süreç ile ilgili gelişmelere paralel olarak yasal düzenlemelerde zaman zaman değişiklikler yapılmıştır.1 Şubat 2012 tarihinde yapılan son değişiklikler ile birlikte yayımlanan “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği”nde “*Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve*

beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır.” şeklindeki beyin ölümü tanımı ve ayrıntılı “Beyin Ölümü Kriterleri” yer almaktadır. Bununla birlikte Beyin Ölümü gerçekleşmiş olguların tanısının konulmasından, bu olguların yönetilmesinde, organ nakli operasyonu ve nakil olan hastaların postoperatif yoğun bakım takipleri ve tedavisinde, kısaca organ nakli sürecinin her aşamasında aktif görev alan Anesteziyoloji ve Reanimasyon profesyonellerinin mevcut yasal yükümlülükleri, 2238 sayılı yasanın 11. Maddesinin, 18 Ocak 2014 tarihli torba yasadaki *“tıbbi ölümün gerçekleştiğine, biri nörolog veya nöroşirurjiyen, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliğiyle karar verilir”* şeklindeki 41. Maddesi ile değiştirilmesi sonucu ikiye katlanmıştır.

Diğer ülkelerde olduğu gibi, tedavisi sadece organ ve doku nakli ile mümkün olan hastalıklar, ülkemizin de önemli sağlık sorunlarından birisidir. Son dönem organ yetersizliği bulunan bazı hastaların tedavileri ancak organ nakli ile mümkün olmaktadır. Ülkemizde diyaliz tedavisi uygulanan 60.000 üzerinde böbrek hastası mevcuttur. Diyaliz gibi yardımcı tedavileri olmadığı için diğer organ yetersizliği bulunan hastalar (kalp, karaciğer, akciğer gibi) organ nakli olmadıkları takdirde hayatlarını kısa sürede kaybetmektedirler. Son dönem böbrek yetersizliklerinde diyaliz tedavisi yerine, böbrek nakli yapılması ulusal bütçeye daha az maliyet getirdiği gibi, hastanın yaşam süresini ve kalitesini de artırmaktadır. Her yıl bekleme listelerine eklenen hasta sayısındaki artış, yapılan nakillere kıyasla daha fazla olması nedeniyle, hastaların bir kısmı organ beklerken hayatlarını kaybetmektedirler. Organ temini için en etkin yollardan biri beyin ölümü bildirimlerinin ve kadavra organ bağış sayısının artırılmasıdır. Avrupa Konseyi'nin 2014 yılı verilerine göre, kadavra organ bağışı milyonda kişi başına İspanya'da 35.9, Portekiz'de 27.3, Fransa'da 25.3 iken Türkiye'de 5.4 tür. Bu durumun tam tersi olarak canlı donörden bağış milyonda kişi başına İspanya'da 9.4, Portekiz'de 5.6, Fransa'da 8.2 iken Türkiye'de 42.1 dir[9]. Kabaca, sağlıklı bireylerin organlarını severek bağışlamalarına karşın, beyin ölümü gerçekleşmiş yakınlarının organlarını bağışlamadıkları sonucu çıkmaktadır. Kadaverik organ bağışı yetersiz olan birçok ülkede yapılan çalışmalarda organ bağışını olumsuz yönde etkileyen nedenlerden bazıları şu şekildedir sıralanmaktadır;

- Ölen kişinin organ bağışı ile tutumunun yakını tarafından bilinmemesi

- Aile bireyleri arasında anlaşmazlık
- Vücut bütünlüğünün bozulmasını istememe
- Dini nedenler
- Beyin ölümü ile ilgili yetersiz bilgi nedeniyle hastanın iyileşeceği umudu
- Sağlık görevlilerine karşı güvensizlik
- Yetersiz bilgilendirme
- Sağlık görevlilerinin bilgi eksikliği
- Medyanın olumsuz etkisi

Mevzuattaki son değişikliklerle, Anesteziyoloji ve Reanimasyon anadal ve yandalı olan Yoğun Bakım uzmanlığı beyin ölümü tanı sürecinde %50 oranında sorumluluk sahibi olan bir branş haline gelmiştir. Çalışmamızda, bu denli başat role sahip bir branşın profesyonellerinin söz konusu alandaki bilgi, kanaat ve eğilimlerini belirleyerek, saptanacak zayıf noktaların iyileştirilebilmesi için temel veri oluşturulması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BEYİN ÖLÜMÜ TANIMI

Ülkemizde ve birçok ülkede de geçerli olan ve *“beyin sapı fonksiyonları da dahil olmak üzere tüm beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı”* şeklinde tanımlanan beyin ölümü, yitirilen işlevlerle ilişkili beyin bölgeleri temel alınarak farklı şekillerde de tanımlanabilmektedir.

2.1.1. Tüm beyin

Yerel kanunların hazırladığı en yaygın kabul gören formül, tüm beyin formülüdür ve beyin hemisferleri, talamus, hipotalamus ve beyin sapı da dahil olmak üzere tüm ana bileşenlerin klinik fonksiyonlarının kaybedilmesini gerektirir. Bütün beyin formülü, organizmanın bir bütün olarak yaptığı işlevlerin beynin farklı bölgelerine dağıtıldığını kabul eder. Örneğin bilinçli uyanıklık, serebral hemisfer, talamus, hipotalamus ve beyin sapı gerektirirken; solunum ve kan basıncının düzenlenmesi beyin sapında, homeostazı düzenlemek için bilgileri işleyen kontrol sistemi hipotalamusta bulunur.

Ülkemizde de esas alınan beyin ölümü formülasyonu tüm beyin ölümüdür.

2.1.2. Beyin sapı

Birleşik Krallık'ta, büyük oranda nörolog Christopher Pallis'in etkisiyle, beyin sapı ölüm kavramı yaygınlaştı ve kanun haline getirildi. Beyin sapı formülü, tek başına beyin sapı fonksiyonunun kalıcı olarak yokluğunun ölüm için yeterli olduğunu savunmaktadır. Neredeyse tüm beynin inen çıkan yolaklarının beyin sapından geçtiğinden ve beyin sapı, nefes alma, kan basıncı kontrolü ve uyanıklık merkezi olduğu için, kalıcı işlevinin durması ölümü tanımladığını kabul eder. Beyin sapı formülü intrakranyal kan akımı ve EEG gibi beyin ölümünün destekleyici testlerinin kullanılmasını ortadan kaldırır. İntrakranyal kan akışı ve EEG'nin her ikisi de, kafa içi basıncının belirgin şekilde yükselmediği bir primer beyin sapı hasarında devam edebilir.

2.1.3. Yüksek beyin

Yüksek beyin formülasyonunun savunucuları, ölüm için sadece serebral hemisferik ve talamik fonksiyonların kalıcı olarak kesilmesinin yeterli olduğunu savunmaktadır. Dolayısıyla, formülasyonlarının normal anlamda yorumlanması kalıcı vejetatif haldeki hastaları ve anensefali olan bebekleri ölü sayacaktır[10].

2.2. BEYİN ÖLÜMÜNÜN TARİHÇESİ

Günümüzde beyin ölümü olarak tanınan en eski vakalar 19. Yüzyıl sonlarında kayıtlara geçti. 1984'te Horsley serebral hemoraji, beyin tümörü, deprese kafatası kırığı olan hastaların kardiyak yetmezlikten değil de solunum yetmezliğinden öldüğünü tespit etti. 1902 de Cushing ölümcül intrakranial basınç artışında solunum kalpten önce durduğunu, zaman kaybetmeden kalvaryumun geniş bir şekilde açılarak rahatlatılması medüller invazyonu bulunan umutsuz vakalarda hayat kurtarıcı olabileceğini raporladı. 1929'da Berger ilk defa elektroensefalogramı (EEG) keşfetti. 1939'da Crafoord ölümün beyine olan kan akışının kesilmesiyle meydana geldiğini tespit etti. 1950'lerin sonunda nöroradyolog ve beyin cerrahları komadaki hastalarda serebral dolaşımın anjiyografik bulgularını raporladılar. İsviçre'de 1956 da Löfstedt ve Von Reis komadaki 6 hastada serebral dolaşıma kontrast geçişinin olmadığını raporladılar. Otopside serebral arterlerde tıkanıklık saptanmadı ve bu x-ray bulgularına kafa içi basınç (KİB) artışı ve vazospazm kombinasyonunun yol açtığı sonucuna vardılar. 1959 başlarında Wertheimer ve Jouvet "sinir sistemi ölümü"nü tanımladılar ve buna ek olarak resusitatif çaba için yeterli zaman verilmesi (18-24 saat), defalarca hem kortekste hem de diensefalonda EEG aktivitesinin yokluğunun gösterilmesi ve klinik olarak sinir sistemi ölümü tanısı konulması durumunda solunum desteğinin sonlandırılmasını önerdiler. Mollaret ve Goulon, 23 vakaya dayanan makalelerinde, spontan solunumun, reflekslerin olmadığı, poliüri, noradrenalin infüzyonu verilmediği koşullarda hipotansif olan ve EEG'de aktivite bulumayan derin koma halini tanımladılar ve bu duruma "Coma dépassé" (komadan da öte) ismini vermeyi uygun buldular. Herşeye rağmen yine de bu önemli makalede yazarlar, olguları ölü olarak değerlendirmediler. 1963'te Belçika'lı cerrah, Guy Alexandre Harvard komitesi kriterlerine benzer beyin ölümü kriterlerini benimsedi ve beyin ölümü tanısı almış donörden ilk organ naklini gerçekleştirdi. 1968 beyin ölümü konseptinin geliştiği kritik bir yıl oldu. *Journal of the American Medical Association*

(JAMA)'da geri dönüşümsüz komanın tanımı: Harvard tıp okulu Ad Hoc Komitesinin Beyin Ölümü Çalışmaları sonucu oluşturdukları rapor yayınlandı. 5 Ağustos'ta Sydney'de 22. Dünya Tıp Topluluğu buluştu ve ölüme felsefik açıdan yaklaştılar: “Ölüm hücresel düzeyde kademeli bir süreçtir ve dokuların oksijen yokluğuna dayanma kabiliyetine göre değişkenlik gösterir, ve ölüm bir insanın izole hücrelerinde değil kaderinde yatar.” Harvard Raporu çok önemli sonuçları olan ve çığır açan bir gelişime neden oldu, ayrıca nörolojik kriterlerle ölümün tanımı için referans oluşturdu. Harvard Raporundan sonra beyin ölümü geniş çapta kabul edildi[10].

Harvard Kriterleri

- Yanıtsız koma
- Hareketsizlik ve solumama
- Beyin sapı ve spinal reflekslerin bulunmaması
- Postural aktivitenin bulunmaması (deserebrasyon vb)
- EEG'de “düz hat”

Yukarıdaki testler 24 saat sonraki değerlendirmede de değişmemeli

Hipotermi veya MSS depresanlar elenmeli[11]

1971'de iki beyin cerrahı 'Minnesota Kriterleri'ni yayınladı. Harvard Kriterleri'ne benzerdi, ancak EEG atlanmıştı. Tekrarlanan muayene süresi 24 saat yerine 12 saat yapıldı ve Apne testinde ventilatörden ayrı kalma süresi 3 dakika yerine 4 dakika oldu. Ancak Harvard Kriterleri'nden en önemli farkı, hastanın beyin ölümü belirtilerine ek olarak, ' intrakranyal lezyona' sahip olmasıydı. 1976'da Birleşik Krallıklar Kanunu, tekrarlanan muayene gereğini ortadan kaldırdı. Apne Testi için spesifik bir PaCO₂ seviyesine ihtiyaç duyuldu. Birleşik Devletler Ortak Çalışma (1997) kriterleri EEG yi tekrar gündeme aldı. Muayene tekrarı bu sefer 30-60 dakika oldu ancak Apne testi dışlandı. İlk kez, opsiyonel bir test olarak serebral kan akımı eklendi. Başkanlar Komisyonu (1981) Apne Testini yeniden gündeme geri getirdi ve tekrarlanan muayene vurgusu yapıldı; serebral kan akımı tekrar eklendi. Amerikan Nöroloji Kriterleri Akademisi (1995)[11] Apne Testi için ayrıntılı kılavuz hazırladı ve testin beyine daha fazla zarar vermesini önlemek için % 100 oksijen verilmesini de dahil etti.

EEG ve serebral kan akımı yine opsiyonel olarak kaldı. Kanadalı Nöro-Yoğun Bakım Grubu (2000) esasen Amerikan Nöroloji Kriterleri Akademisi kriterlerini benimsedi[1].

2.3. BEYİN ÖLÜMÜ TANISI

Beyin ölümü, temel olarak klinik bir tanıdır ve tüm beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümü olmayan kaybıdır. Tanıdaki koşulların sağlandığından emin olunabilmesi için, tanı sürecini karıştırabilecek olasılıkların ortadan kaldırılması gerekir. Ön koşullar sağlanmadan tanı süreci kesinlikle ilerletilemez.

Ön Şartların Sağlanması

Tanı sürecinin başlatılabilmesi için aşağıdaki ön şartlar mutlaka yerine getirilmiş olmalıdır:

1. Hastada tüm beyin ölümüne yol açabilecek hastalık veya sürecin tanısı kesin olmalıdır.

2. Hastada geri dönüşümü olmayan beyin hasarı, bir görüntüleme yöntemi (beyin bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme) ile mutlaka teyit edilmelidir.

3. Beyin hasarına yol açan hastalıkların ulaşılabilecek bir medikal veya cerrahi tedavisi olmamalı veya tüm olası tedavi girişimlerine yanıtızlık bulunmalıdır.

4. Sistolik kan basıncı yaş grubuna göre normal alt sınırın üstünde olmalı, 18 yaş ve üstü olgular için sistolik kan basıncı ≥ 100 mmHg dir. Kan basıncını sağlamak için vazopressör destek alınabilir.

5. Hipotermi olmamalıdır. Mevzuat ve /veya kılavuzlarda farklı sayısal değerler verilmekle birlikte sıklıkla beklenen santral vücut sıcaklığı değerleri $\geq 32^{\circ}\text{C}$ veya $\geq 35^{\circ}\text{C}$ olarak belirtilmiştir.

6. Klinik tabloyu açıklayabilecek metabolik, elektrolit ve asit-baz bozuklukları olmamalıdır.

7. Hastalar, bilinç düzeyini ve nörolojik muayene bulgularını etkileyebilecek sedatif, analjezik, nöromusküler bloker ilaçlar veya benzeri ilaçların etkisinde olmamalıdır. İlaç düzeyi bakılabilen bir merkezdeki olgularda, ilaç serum düzeyinin

terapötik aralığın altına inmesi beklenmelidir. İlaç düzeyi bakılmıyor ve böbrek ile karaciğer fonksiyonları normal ise ilacın eliminasyon yarı ömrünün 5 katı kadar bir süre geçmesi gerekir. Diğer koşullarda serebral kan dolaşımını değerlendiren destekleyici testlere başvurulması önerilmektedir.

8. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) veya benzeri hipoksik iskemik akut beyin hasarına neden olan olaylarda, beyin ölümünün üç temel klinik muayene bulgusunun (koma, beyi sapı reflekslerinin kaybı, apne testi) değerlendirilebilmesi için en az 24 saat beklenmeli ve muayene bulguları serebral kan dolaşımını değerlendiren testler ile desteklenmelidir. Ayrıca hastalara terapötik hipotermi ve sedasyon tedavilerinin uygulanıp uygulanmadığı sorgulanmalıdır.

Beyin Ölümü Temel Bileşenlerinin Değerlendirilmesi

Beyin ölümü klinik tanısının 3 temel bileşeni geri dönüşümsüz derin koma , beyin sapı reflekslerinin alınamaması ve pozitif apne testidir.

Koma: Glasgow koma skoru 3 olmalıdır. Hastada supraorbital çentik veya temporomandibular ekleme uygulanan ağırlı uyaran benzeri uyaranlara karşı hiç bir yanıt alınmamalıdır.

Tüm Beyin Sapı Reflekslerinin Kaybı: Her iki gözde pupiller orta hatta ve dilate (4-9 mm) olmalı ve parlak ışığa reaksiyon vermemeli, kornea refleksi olmamalı, okülosefalik ve okülovestibüler reflekslerd, öğürme, öksürme, emme ve aranma reflekslerinde tam kayıp olmalıdır. Ancak Organ ve Doku Nakli Yönetmeliği Ek-1 de (1 Şubat 2012 tarih ve 28191 sayılı) belirtilen “*derin tendon refleksleri ve yüzeysel reflekslerin alınması , babinski işaretinin bulunması, spinal refleks (Lazarus v.b.) ve otomatizmaların olması, terleme, kızarma, ateş ve taşikardinin bulunması, Diabetes insipitus olmaması, bunlara ek olarak vazopressör destek olmaksızın normal kan basıncının devam etmesi veya kan basıncında ani iniş çıkışların olması*” beyin ölümü tanısını dışlamaz.

Apne Testi: Kandaki PaCO₂ değerinin yükselmesi ve/veya yükseltilmesi sonucu halihazırda mevcut olmayan spontan soluma çabasının, santral solunum dürtüsünün uyarılmasıyla oluşup oluşmayacağını test edildiği vazgeçilmez bir aşaması olan Apne testi öncesinde normotermi, normotansiyon, normovolemi ön koşullarının sağlanması ve soluma çabasını etkileyebilecek ilaçların hastaya verilmediğinden emin

olunması gereklidir. İlgili mevzuatta belirtilen branşlardan özellikle anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı tarafından bir kez yapılmalıdır. Apne testi öncesi alınan arter kan gazı örneğinde pH ve PaCO₂ değerleri normal sınırlarda olmalıdır. Ancak KOAH ve benzeri akciğer patolojilerinde normal pH ve PaCO₂ değerlerinin sağlanamadığı olgularda, apne testinin pozitif olarak kabul edilmesi için PaCO₂ başlangıç düzeyine göre en az 20 mmHg artış göstermelidir. Teste başlamadan önce PaO₂ > 200 mmHg sağlanabilmesi adına, hasta 5-10 dakika süre ile %100 oksijen ile ventile edilmelidir. Sonrasında hasta mekanik ventilatörden ayrılmalı ve entübasyon/trakeotomi tüpünün içinden karina seviyesine ilerletilen bir sonda yardımıyla 6-8 L/dakika oksijen verilmelidir. Test süresince kalp hızı, kan basıncı ve oksijen saturasyonu sürekli izlenmeli, spontan solunum çabası gözlenmelidir. Hastanın klinik durumu stabil kaldığı sürece hedeflenen PaCO₂ değerlerine ulaşılabilmesi adına, test süresi uzatılarak 2 dakikada bir kan gazı örneği alınmalı ve hedef PaCO₂ düzeylerine ulaşıncaya kadar test sürdürülmelidir. Test sonunda PaCO₂ ≥60 mmHg olmasına veya başlangıç değerine göre ≥20 mmHg artış göstermesine rağmen hastada herhangi bir solunum çabası yoksa, Apne testi pozitif olarak yorumlanır. Apne testi sırasında hastada herhangi bir spontan solunum çabası gözlenirse, test beyin ölümü ile uyumlu değildir (apne testi negatif) ve derhal sonlandırılır. Bunun dışında hastada hemodinamik bozulma veya hipoksemi olması durumunda da test hemen sonlandırılmalıdır. Ancak test sonlandırılmadan hedef PaCO₂ düzeylerine ulaşılmış olma ihtimaline karşın bir kan gazı örneği alınması tavsiye edilir. Hemodinamik bozulma veya başka bir nedenle hedef PaCO₂ değerine ulaşamadığı takdirde apne testi sonuçsuz (tamamlanamamış veya yorumlanamaz) olarak kabul edilir ve uygun koşullar sağlandıktan sonra apne testi tekrar edilmelidir. Apne testi tamamlanamaz veya yorumlanamaz olduğu durumlarda serebral kan dolaşımı değerlendiren destekleyici testlere başvurulur.

Gözlem Süresi: Beyin ölümü temel bileşenlerinin tespit edildiği olgularda mevcut bulguların geri dönüşümsüz olduğunu belirlemek adına, mevzuatımızda yaş gruplarına göre gözlem süreleri: 2 aydan küçük bebeklerde 48 saat, 2 aydan büyük ile 1 yaş arası çocuklarda 24 saat, 1 yaş üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat ve kardiyopulmoner resüsitasyon veya benzeri hipoksik iskemik akut beyin hasarı olgularında 24 saat olarak belirlenmiştir. Gözlem süresi sonunda yapılan ikinci muayenede koma ve beyin sapı reflekslerinin yokluğunun devam ettiğinin tespit edilmesi yeterlidir; apne testinin tekrarlanması zorunlu değildir ve önerilmez. Organ ve

Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği EK-1 (1 Şubat 2012 tarih ve 28191 sayılı) ‘de yer alan “*Klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmaz.*” hükmü ile gözlem süresinin tamamlanmasını bekleme ihtiyacı ortadan kalkmıştır. Bu sayede beyin ölümü sonucu meydana gelen hormonal ve metabolik değişikliklerin neden olduğu organ hasarı minimuma indirgenebilir.

Destekleyici Test : Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek-1 (1 Şubat 2012 tarih ve 28191 sayılı)’de belirtildiği üzere “*klinik olarak beyin ölümü tanısı almış vakalarda, yenidoğan (2 aydan küçük) grubunda iki adet destekleyici test, iki ay ve üzerindeki diğer vakalarda ise hekimler kurulunun uygun göreceği laboratuvar yöntemi ile beyin ölümü tanısı teyit edilir*”. Bahsedilen yöntemler serebral kan dolaşımı veya beyin elektriksel aktivitesi hakkında bilgi veren testler[12] olmakla birlikte, sıklıkla kullanılan yöntemler serebral kan akımının değerlendirildiği testlerdir. Beyin sapı reflekslerinin muayenesinin tam yapılmasına engel bir durum veya muayene konusunda şüphe varlığında, apne testi için önkoşullar sağlanamıyor veya test tamamlanamıyorsa, koma tablosuna sedatif ve benzeri ilaçların katkısı kestirilemiyor veya ilaçların eliminasyon yarı ömrünün 5 katı bir süre beklenemiyorsa, kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası ve benzeri hipoksik iskemik hasar olgularında, 1 yaş ve altındaki olgularda kullanılacak destekleyici test serebral kan akımını değerlendiren; transkraniyal Doppler ultrasonografi, radyonüklid serebral sintigrafi (SPECT), BT anjiyografi ve serebral anjiyografi olarak bildirilir[12]. Bu amaçla transkraniyal Doppler (bilateral orta serebral/ intrakraniyal internal karotid arterler, bilateral intrakraniyal vertebral arterler ve baziler arter insone edilmiş olmalıdır), sintigrafi (tüm beyin sapını da değerlendiren bir inceleme olmalıdır), BT anjiyografi (arteryel ve venöz fazları içermelidir) ve serebral anjiyografidir. İki ay ve altındaki olgularda en az bir tanesi serebral kan dolaşımını değerlendirmeye yönelik olmak üzere, iki adet destekleyici test kullanılmalıdır[11, 13-15].

2.4. ORGAN NAKLİ TANIMI

Organ ve doku nakli, işlevlerini yerine getiremediği için yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve hatta hayati tehlikeye neden olan organ veya dokunun, başka

hiçbir tıbbi çözüm olmadığı için tedavi amaçlı olarak başka bir sağlam organ veya doku ile değiştirilmesi işlemidir[6].

2.5. ORGAN NAKLİ TARİHÇESİ

Tarihte bilinen ilk organ nakli Ocak 1902'de Ulmann tarafından bir köpeğe yapılan renal ototransplantasyondur. 1906'da Jaboulay koyun ve domuz böbreklerini renal yetmezlikten ölmekte olan iki hastanın brakial damarlarına bağlamıştır fakat böbrekler çalışmamasına karşın ilk xenograft organ nakliydi. 1936'da Sovyet cerrah Voronoy, akut böbrek yetmezliği olan bir hastaya insan böbreği nakletmiş fakat major kan grubu uyumsuzluğu bulunduğu için böbrek hiç çalışmamıştır. Voronoy bunun gibi başarısız 6 böbrek nakli yaptı. 1954'te Murray ve ekibinin ikizler arasında yaptığı böbrek nakli ilk başarılı insan organ transplantasyonu oldu. 1962'de Murray ilk kadaverik böbrek naklini gerçekleştirdi. 1963'te Starzl ilk karaciğer naklini, Hardy ilk akciğer naklini başardı. 1966 da Lillehei ve Kelly ilk başarılı pankreas naklini gerçekleştirdi. İmmunsupressif tedavinin gelişmesi akraba olmayan alıcı ve verici arasında başarılı organ nakli girişimlerinde kritik rol oynadı. 1967'de Güney Afrika'da Bernard ilk başarılı kalp naklini gerçekleştirdi. Harvard komitesinin beyin ölümü kriterleri yayınlanmadan yaklaşık 5 yıl önce Guy Alexandre isimli Belçika'lı cerrah *coma dépassé* tanımını temel alarak 3 Temmuz 1963'te beyin ölümü gerçekleşmiş donörden ilk organ naklini gerçekleştirdi. Üstelik donörü mekanik ventilatörden ayırıp kalbinin durmasını beklemediler[10].

Türkiye'de ilk organ nakli teşebbüsü 22 Kasım 1968 tarihinde Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Dr. Kemal Beyazıt ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiş ve ölümü gerçekleşen 14 yaşında bir fırın işçisinin kalbi 41 yaşında, üç çocuk annesi bir kadına nakledilmiştir. Ancak hasta sadece 11 saat yaşamıştır. 25 Kasım 1968'de Dr. Siyami Ersek trafik kazasında ölen 50 yaşındaki bir bekçinin kalbini 26 yaşındaki bir hastaya naklini gerçekleştirmiş ve hasta 39 saat sonra kaybedilmiştir. İlk başarılı organ nakli bir annenin oğluna böbreğini bağışlamasıyla 3 Kasım 1975'te ve yurt dışından getirilen böbrekle ilk kadavra vericili organ nakli, Dr. Mehmet Haberal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. 1979 yılında çıkarılan 2238 sayılı organ nakli kanununu takiben Dr. Tuncer Kopuzoğlu, Türkiye'de yasalara tamamen uygun olarak kadavradan böbrek naklini gerçekleştirmiştir. İlk pankreas nakli 1989'da Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Dr. Fahrettin Alparslan ve ekibi tarafından yapılmıştır. 2003'te Dr. Alp

Gürkan ve ekibi tarafından ilk ince bağırsak nakli yapılmış, 2009'da Dr. Cezmi Karaca ve ekibi tarafından ince bağırsak nakillerinde ilk kök hücre aşılması uygulanmıştır. Son yıllarda kompozit doku nakillerinde atılım meydana gelmiş, Akdeniz Üniversitesi'nden Dr. Ömer Özkan ve ekibi 25 Eylül 2010 tarihinde ilk kol (her iki ekstremiteden birden) naklini, 20 Ocak 2012'de ise ilk yüz naklini gerçekleştirmiştir[16].

2.6. TÜRKİYE'DEKİ BEYİN ÖLÜMÜ VE ORGAN NAKLİ MEVZUATI

Türkiye'de ölümün tespiti ve organ nakliyle ilgili ilk yasal düzenleme, 3 Haziran 1979 tarih ve 2238 sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun" dur[6-8, 16]. Bu tarihe kadar beyin ölümü kavramı Türk Tabipler Birliğinin 18 Nisan 1968 tarihli kararına göre '*beyin işlevinin tamamen yitilmesi ve tüm reflekslerin sona ermesi*' şeklinde belirtilmiştir. Bu kararı daha sonra 24 Kasım 1969 tarihli Yüksek Sağlık Şurası'nın "*beyin ölümü, bugünkü düşüncelerin en kuvvetlisi ve hakim durumda olan beyin fonksiyonunun tamamıyla durması halinin tespiti şeklinde kabul olunmuştur*" kararı takip etmiştir[16].

2238 sayılı yasanın 11. maddesinde, organ nakilleri ile ilgili olarak tıbbi ölüm halinin "*bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulanmak suretiyle, biri kardiolog, biri nörolog, biri beyin cerrahı ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan dört kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile*" belirleneceğini belirtilmiş, ancak ölümün gerçekleşmiş sayılması için gerekli kriterlerin neler olduğu belirtilmemiştir. Hekimlerin farklı uygulamaları ve özellikle organ ve doku nakillerinde tereddütler yaşamamasını engellemek amacıyla Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ Nakli Danışma Kurulu tarafından onaylanan "Beyin Ölümü Kriterleri" 6.8.1990 gün ve 13350 sayılı genelge ile tüm hastanelere bildirilmiştir. Genelgedeki kriterler, 20.8.1993 gün ve 21674 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği" ile yasa hükmü haline getirilmiştir. 01.06.2000 gün ve 24066 sayılı Resmi Gazete ile yayımlanan "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği"nin ek 1. maddesi ile "Beyin Ölümü Kriterleri" ayrıntılı bir şekilde bildirilmiş, beyin ölümünün tanımı; "*Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır.*" şeklinde yapılmıştır[6]. 1 Şubat 2012

tarıhli 28191 sayılı ‘‘Organ ve Doku Hizmetleri Yönetmeliği’’ nin Ek 1. maddesi ile beyin ölümlü ve beyin ölümlü kriterleri son Őeklini almıştır.

Beyin ölümlü gerçekteŐmiŐ olgularda tıbbi desteği kesme kararı 20 Ağustos 1993 tarihli Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği Ek-1 de ‘‘Hasta yakınına beyin ölümlü deklare edildikten sonra organ bağış izni alınamadığında, hastaya uygulanan tıbbi destek kesilir.’’ sonrasında 1 Haziran 2000 tarihli Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliğinde, ‘‘Hasta yakınına beyin ölümlü deklare edildikten sonra hastaya uygulanan tıbbi destekler kesilebilir.Yaşam desteğinin kesildiği durumlar:1- hastanın organ veya organlarının transplantasyon için kullanılmasına hasta yakınıının izin vermesi, 2- hasta yakınıının yaşam desteğinin kesilmesine izin vermesi’’ Şeklinde ifade edilmiştir. 1 Şubat 2012 tarihli son yönetmelikte tıbbi desteği kesmeye engel olabilecek bir ifade yer almamaktadır.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon profesyonelleri organ naklinin her aşamasında görev almaktadır. Organ nakli temini için en önemli kaynak olan beyin ölümlü gerçekteŐmiŐ hastaların tanısı ve transplantasyonun başarılı olabilmesi için donörün bakımı, anesteziyoloji ve reanimasyon profesyonellerinin sorumluluğundadır. Bununla birlikte 2238 sayılı yasanın 11. Maddesi ‘‘tıbbi ölümlü hali,bilimin ölkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulamak suretiyle, biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroŐirürjiyen ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır.’’ ,18 Ocak 2014 tarihli torba yasadaki ‘‘tıbbi ölümlü gerçekteŐtiđine, biri nörolog veya nöroŐirürjiyen , biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliğiyle karar verilir’’ Şeklindeki 41. Maddesi ile deđiŐtirilmiŐ ve mevcut yasal yükümlölükleri ikiye katlanmıştır.

2.7. KADAVRADAN ORGAN NAKLİ

Kadavradan organ alınması konusunda geliŐmiŐ ölkelerde kabul edilen baŐlıca üç model vardır. Bunlar rıza (irade) modeli, itiraz modeli ve zaruret modelidir.

2.7.1. Rıza Modeli

Türk hukukunda rıza modeli benimsenmiŐtir. Bu modele göre, kadavradan organ veya doku alabilmek için ya ölen kişinin sağlığında bu konuda bir irade beyanında

bulunması ya da ölümden sonra yakınlarının nakle onay vermesi gerekir. Organ ve Doku Nakli Kanunu madde 14/ I'de *“Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eği, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinde birisinin; bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınabilir.”* Şeklinde açıkça belirtilmiştir[5].

2.7.2. İtiraz Modeli

İtiraz modeline göre, ölen kişi 2238 sayılı kanunun madde 14/III de belirtildiği üzere ölümünden sonra kendisinden organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmemiş ise veya yakınlarının rızası varsa kadavradan organ alınabilir. Böyle bir itirazı olmadan ölüm gerçekleşmiş ise, organ ve doku bağışı kararı yakınlarına geçer. Organ Nakli Kanunu madde 14/II ile *“Aksine bir vasiyet veya beyan yoksa, kornea gibi ceset üzerinde değişiklik yapmayan dokuların alınabilir.”* hükmü kabul edilmiştir ve bunun için yakınlarının rızası bulunup bulunmaması araştırılmaz[5].

2.7.3. Zaruret Modeli

Zaruret modelinin yer verildiği Organ Nakli Kanun'un 14. maddesinin IV. fıkrasına göre, *“kaza veya tıbbi afetler sonucu vücudunun uğradığı ağır harabiyet nedeniyle hayatını kaybetmiş olan bir kişinin yanında yakınları yoksa, sağlam doku ve organları,tıbbi ölüm halinin alınacak organlara bağlı olmadığı 11 nci maddede belirlenen hekimler kurulunun raporuyla belgelemek kaydıyla, yaşamı organ veya doku nakline bağlı olan kişilere ve naklinde ivedilik ve tıbbi zorunluluk bulunan durumlarda vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku nakli yapılabilir.”*Yaşamı organ nakline bağlı olan hastanın ölen kişinin bulunduğu şehirde, hatta ülkede bile olması şartı aranmamaktadır[5].

2.8. CANLI DONÖRDEN ORGAN NAKLİ

Organ Nakli Kanunu 6. maddesine göre *“On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim*

tarafından onaylanması zorunludur.” Kanunda mümeyyiz olmaktan kasıt,kişinin aklı başında hareket edebilme yetisine sahip olmasıdır. Kanun’un 5. maddesinde on sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden kendisinin veya kanuni temsilcisinin izni olsa dahi organ ve doku alınmasının yasak olduğu belirtilmiştir[5].

2.9. BEYİN ÖLÜMÜ VE ORGAN NAKLİ İLE İLGİLİ DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI KARARLARI

Türkiye’de başarılı ilk organ nakilleri sonrası, ülkemizin kültürel yapısı nedeniyle organ nakilleri önünde engel teşkil eden dini tartışmaları neticelendirmek için Dr. Mehmet Haberal Diyanet İşleri Başkanlığına dilekçe göndermiştir. Din işleri Yüksek Kurulunun yayınlanan fetvasında, organ naklinin dinen caiz olduğu açık bir şekilde ifade edilmiştir[16]. Ayrıca 14 Aralık 2006 tarihli mütaalada organ nakli tekrar gündeme getirilmiş, beyin ölümü gerçekleşen hastaların yaşam destek ünitesinden ayrılması da uygun görülmüştür. Mevcut mütaala aşağıda belirtilmiştir.

“İslâm'a göre kişinin kendi canına kıyması yasak olduğu gibi tıbbî verilere göre yaşama ümidi kalmamış veya şiddetli acılar hisseden bir insanın yaşamına bir başkası eliyle son verilmesi demek olan ötenazi de yasaktır.

Yaşam destek ünitesine bağlı bir kişi;

a) beynin kesin olarak bütün fonksiyonlarını yitirdiğine,

b) bu durumdan geri dönüşün artık imkansız olduğuna uzman tabiplerce karar verilmesi şartıyla yaşam destek ünitesinden çıkarılabilir.

Organ Nakli

Organ nakli, aşağıdaki şartların bulunması halinde caizdir:

a) Hastanın hayatını veya hayatî bir uzvunu kurtarmak için, bundan başka çaresi olmaması,

b) Hastalığın bu yolla tedavi edilebileceğine kanaat getirilmesi,

c) Organ veya dokusu alınacak kişinin, işlemin yapıldığı esnada ölmüş olması; organı alınacak kişi sağ ise alınacak organ veya dokunun hayatî bir organ olmaması,

d) Toplumun huzur ve düzeninin bozulmaması bakımından organ veya dokusu alınacak kişinin ölmeden önce buna izin vermiş olması veya hayatta iken aksine bir beyanı olmamak şartı ile yakınlarının buna razı olması,

e) Alınacak organ veya doku karşılığında menfaat sağlanmaması, ücret alınmaması,

f) Tedavisi yapılacak hastanın buna rıza göstermesi.”

2.10. ULUSLARARASI ÇEŞİTLİLİK

Beyin ölümü tanımından kriterlerine kadar dünyanın birçok ülkesinde farklılıklar göstermektedir. Beyin ölümünü Birleşik Krallık ve sömürgeleri beyin sapı fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı olarak kabul ederken Amerika tüm beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı olarak tanımlar[17]. Yani EEG de kortekste aktivite gözlenen bir hasta Birleşik Krallık ülkelerinde ölü , Amerika’da canlı kabul edilebilir[3].

İrlanda ve bazı Birleşik Krallık sömürgeleri dışında, Avrupa ülkelerinde beyin ölümüyle ilgili yasal mevzuat bulunmaktadır. Avrupa ülkeleri arasında yapılan anket çalışmasında beyin ölümü tanısının klinik muayene ile konulduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanında tüm avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısı için kardinal bulgular olan ağrıya motor cevabın olmadığı koma ve yanıtızlık, beyin sapı reflekslerinin olmaması ve apne olarak tanımlanmıştır. Kornea ve öksürük refleksi her zaman bakılırken diğer beyin sapı reflekslerinden en azından birinin daha muayene edilmesi zorunludur. Apne testi bütün ülkelerde yasa veya profesyonel rehberlerle zorunlu tutulmasına karşın uygulamalarda farklılıklar bulunmaktadır. Avrupa ülkelerinin çoğu genellikle iki olmak üzere birden fazla klinik muayene ile beyin ölümü tanısını onaylamaktadır. Macaristan ve Litvanya, üç ayrı klinik muayene gerektiren istisnai durumdadır: Belçika, Finlandiya, Hollanda, Norveç ve İsviçre, klinik muayene yalnızca bir defa yapılmaktadır, ancak bu şartlar sadece yetişkinler için geçerlidir. Slovenya, yalnızca patolojinin supratentoryal olması ve klinik muayene arasındaki gözlem süresinin en az 24 saat olması durumunda destekleyici test yapılmaksızın klinik tanıya izin verir. Birden fazla klinik muayene isteyen ülkelerde muayene arasındaki gözlem süresi değişkenken, çoğunlukla 2-12 saat arasındadır. En uzun gözlem süresi Yunanistan ve Litvanya’dadır. Danimarka’da ise sadece 1 saattir.

Çoğu ülkede beyin ölümü tansısı için iki doktor onayı gerekiyken, İrlanda'da dört doktor onayı gereklidir. Çoğunlukla beyin ölümünün belirlenmesinde görev alan hekimlerin profesyonel geçmişi yoğun bakım, nöroloji ve nöroşirürji iken, nadiren kardiyoloji ve radyolojidir. Bazı ülkelerde çocuk vakaları için pediatristler zorunlu tutulmaktadır. Klinik ölçütler ülkelerin bazılarında beyin ölümünü teşhis etmek için yeterli olurken diğerlerinde daha fazla yardımcı veya destekleyici test gereklidir. Bazılarında EEG zorunluysen bazılarında serebral kan akımı değerlendirmesi zorunlu tutulmaktadır. Hırvatistan'da ise her ikisini de gerektirmektedir. Danimarka'da, anoksik beyin hasarı vakalarında destekleyici testler gereklidir. Konvansiyonel anjiyografi tercih edilen bir yöntemdir ve onu transkraniyal Doppler sonografi, tomografi (BT) anjiyografi izlemektedir. BT perfüzyon ve manyetik rezonans görüntüleme anjiyografi nadiren kullanılır[18].

Ülkeler arasında konu ile ilgili çeşitlilik dikkat çekerken, ABD olduğu gibi bazı ülkelerde, ülke sınırları içerisinde de çeşitlilikler söz konusu olabilir. ABD de eyaletler arası farklılıklar bu konuya verilebilecek en iyi örneklerdir[19].

Bütün Asya ülkeleri, beyin ölümünü belgelemek için iki veya daha fazla hekime ihtiyaç duymakta ve Hindistan dört doktor istemektedir. Destekleyici testlerin yapılması ihtiyacı da Asya'da büyük farklılıklar göstermektedir. Rutin destekleyici test isteyen ülkeler Çin, Güney Kore ve Japonya'dır. Diğer tüm ülkeler, test gerçekleştirilemez veya klinik test sırasında belirsiz bulgular varsa destekleyici teste başvurur. Bu tür testler genellikle beyin ölümü teşhisinde önlem olarak alınır; ancak, her testte yanlış-pozitif ve yanlış-negatif sonuçlara sahip oldukları için gerçekten doğrulayıcı değildirler. Güney Kore, beyin ölümünü doğrulamak için iki klinik nörolojik muayene sonrasında bir EEG testine gerek olduğunu kabul eder. Japonyada, EEG'nin her klinik muayeneyi izlemesi ve her ikisinin de tekrarlanması gerekir. Çin, üç onaylı destekleyici testten (SSEP'ler, EEG ve TCD) ikisini her klinik muayene sonrasında tekrar etmektedir. Bu nedenle gereksiz maliyetlerin eklenmesine ek olarak, belgelendirme ve dolayısıyla organ nakli yapılabilirliği de ertelenmektedir[20].

Seksen ülke, beyin sapı reflekslerinin kaybını saptamak için aynı kriterleri paylaşmaktadır. En büyük farklılıklar Apne Testinin uygulanışı, teşhisi onaylaması gereken hekimlerin sayısı ve doğrulayıcı testlerin (elektroensefalografi, serebral kan akımı ve uyarılmış potansiyeller) ihtiyacı ve türüdür[19].

3. AMAÇ

Mevzuattaki son değişikliklerle, Anesteziyoloji ve Reanimasyon anadal ve yandalı olan Yoğun Bakım uzmanlığı beyin ölümü tanı sürecinde %50 oranında sorumluluk sahibi olan bir branş haline gelmiştir. Çalışmamızda, bu denli başat role sahip bir branşın profesyonellerinin söz konusu alandaki bilgi, kanaat ve eğilimlerini belirleyerek, saptanacak zayıf noktaların iyileştirilebilmesi için temel veri oluşturulması amaçlandı.



4. MATERİYAL METOD

Anket çalışmamız, 14 Ekim 2014 tarih ve 83045809 numara ile İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul izni alındıktan sonra 08 Aralık 2014 ve 24 Ocak 2017 tarihleri arasında uygulandı. İlgili tarih sürecinde yaklaşık 2500 üyesi bulunan Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) yönetim kurulundan gerekli izin alınarak, üyelere belli aralıklarla toplamda 4 kez olmak üzere *web* üzerinden anket gönderildi. Veriler elektronik ortamda toplandı. Ayrıca belirtilen tarihler arasında gerçekleşen toplantılarda (sempozyum, ulusal kongre, seminer, kurs vs.) basılı anket formu şeklinde dağıtılmış veriler tarafımızca elektronik ortama aktarıldı.

Anket toplam 89 sorudan oluşmaktadır.

1-14. sorular demografik verileri,

15-32. sorular durum ve deneyim verilerini (evet/hayır cevaplı),

33-53. sorular kanaat verilerini (5 li Likert testi şeklinde),

54-70. sorular bilgi verilerini,

71-84. sorular eğilim verilerini içermektedir.

Son bölümde yer alan açık uçlu 2 soruda katılımcıların düşünce ve önerileri yer almaktadır. (Anket formu EK-1 de yer almaktadır.)

Organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması, transplantasyon kurallarının oluşturulması amacıyla 2000 yılında 4594 sayılı onay ile Organ ve Doku Nakli hizmetleri Daire Başkanlığı ve Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi kuruldu. Sistem gereği Ankara merkezde Ulusal Koordinasyon Merkezi ve ülke geneline dağılmış dokuz ayrı bölgede Bölge Koordinasyon Merkezleri yapılandırılmıştır (Ankara, Adana, Antalya, Bursa, İstanbul, İzmir, Diyarbakır, Erzurum, Samsun). Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin mezun oldukları fakülte, ihtisas yaptıkları ve hala çalışageldikleri hastaneler bölge koordinasyon merkezlerini kapsadığı bölgelere göre sınıflandırılarak değerlendirildi.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanılarak bağımsız bir istatistik uzmanı (C. Afacan) tarafından değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (frekans, yüzde) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.



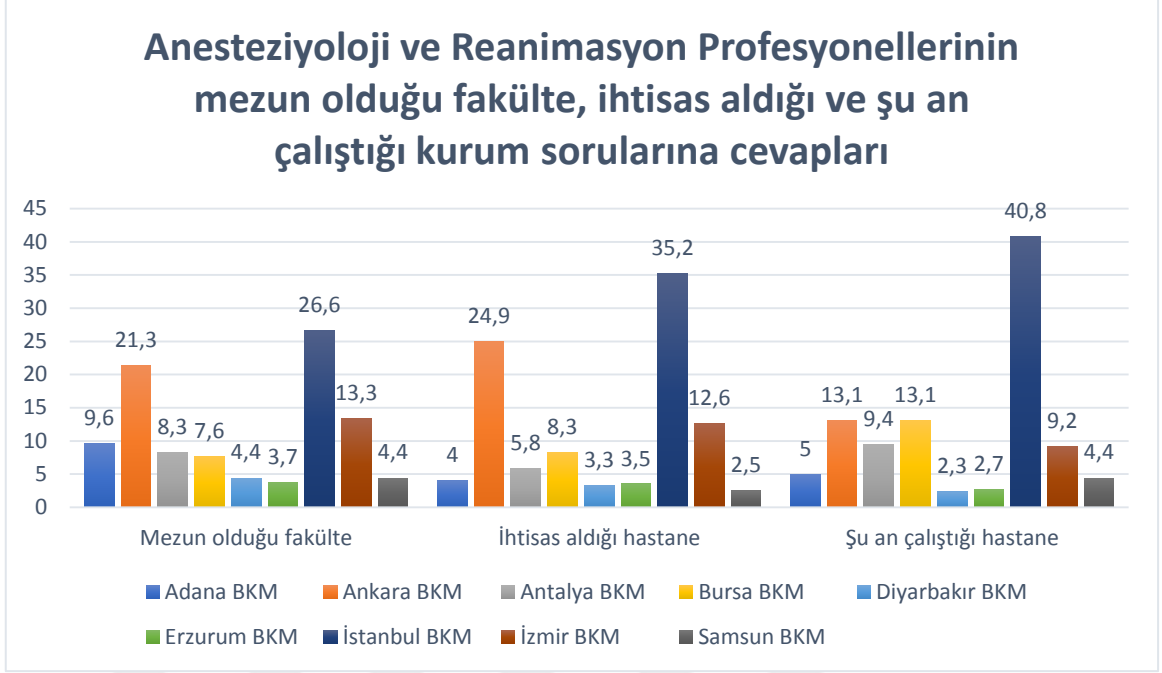
5. BULGULAR

Mevcut mevzuat ile yüksek oranda sorumluluk sahibi konumuna gelen bir branş olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlarının ve yandalı olan Yoğun Bakım uzmanlarının beyin ölümü ve organ bağışi konularındaki bilgi, kanaat ve eğilimlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmamıza dernek üyeleri evreni içinden 564 (%22.56) katılım sağlanmıştır.

08 Aralık 2014 ve 24 Ocak 2017 tarihleri arasında uygulanan çalışmamız, yaklaşık 2500 üyesi bulunan Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) kayıtlı üyelerine belli aralıklarla toplamda 4 kez olmak üzere *web* üzerinden gönderilmesi ve belirtilen tarihler arasında gerçekleşen toplantılarda (sempozyum, ulusal kongre, seminer, kurs vs.) basılı anket formu şeklinde dağıtılmıştır.

Ankete yanıt verenlerin cinsiyet dağılımı 207 (%36,7) kadın, 357(%63,3) erkek olarak belirlendi. Katılımcıların yaş ortalaması 37 ± 7 , yaş gruplarına göre dağılımı; 20-29: %19,3; 30-39:%44,3; 40-49:%27,3; 50 ve üstü: %9,1 olarak belirlendi. Ankete cevaplayan Anesteziyoloji ve Reanimasyon profesyonellerinin çoğunluğunu uzman hekimlerin (%46,6) oluşturduğu görülmekle birlikte, diğer görev dağılımları 38 (%6,7) profesör, 36 (%6,4) doçent, 37 (%6,6) yardımcı doçent ve 2 (%0,4) eğitim ve idari sorumlusu olarak saptandı. Ankete yanıt verenlerin %29,4'ü uzmanlık öğrencisi iken, bu öğrencilerin %48,8'i 0-24 ay, %51,2'si 25-48 ay kıdeminde olduklarını görüldü. Yandal uzmanlık öğrencileri katılımcıların %3,9'unu oluşturmakla birlikte, %81,9'unun uzmanlık alanı Anesteziyoloji ve Reanimasyon iken, geri kalan %18,1'inin uzmanlık alanı, kanunen yoğun bakım ve ağrı yandal eğitimi alabilecek diğer branşlardan (genel cerrahi, iç hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi) oluşmaktaydı. Katılımcıların 20'si yoğun bakım yandal uzmanlık öğrencisi, 4'ü Ağrı yandal uzmanlık öğrencisi olduğu, kıdem dağılımlarının 0-12 ay:%49,9; 13-24 ay:%27,2; 25-36 ay:%22,9 şeklinde olduğu görüldü.

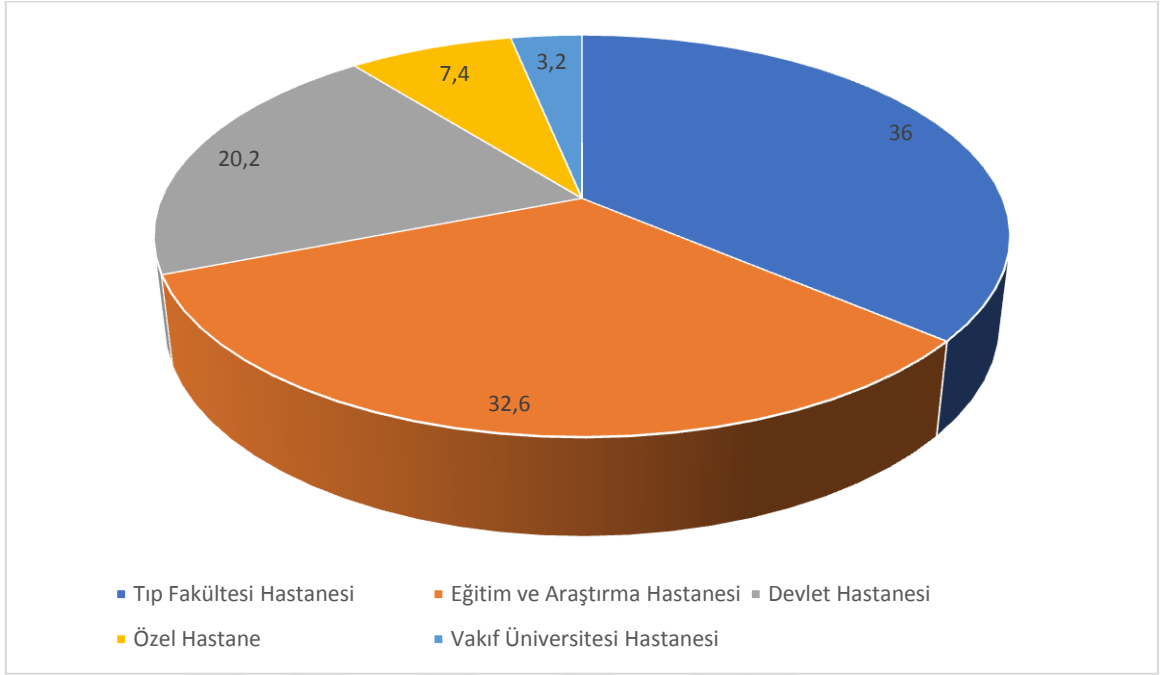
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin mezun oldukları fakülte, ihtisas yaptıkları ve hala çalışageldikleri hastaneler, Bölge Koordinasyon Merkezleri (BKM) sistemine göre dokuz farklı bölgede gösterilmiştir (Şekil-1).



Şekil 1. Dokuz Bölge Koordinasyon Merkezi (BKM)'ne göre gösterilmiş, mezun olunan tıp fakültesi, ihtisas alınan hastane ve çalışılan kurumların dağılımı

Katılımcıların ihtisas aldıkları kurumların dağılımı incelendiğinde nüfus yoğunluğu ile koşut olarak büyük ölçüde metropol şehirlerde olduğu görülmektedir (%72,7), ihtisas alınan kurum en fazla tıp fakültesi olarak (%69,6), çalıştıkları kurum ise söz edilen illerde tıp fakültesi hastaneleri (%36) ve SB Eğitim Araştırma hastaneleri (%32,6) olduğu belirlenmiştir.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon profesyonellerinin Beyin Ölümü ve Organ Bağışı konusundaki tutumlarını etkileyebileceği düşünülen durum göstergelerine bakıldığında; çoğunluğunun organ yetersizliği olan, organ yetersizliği nedeniyle ölen veya organ nakli olan yakınlarının sayıca düşük olduğu, aynı şekilde canlı veya kadaverik donör bağışında bulunan ve organ nakli bekleyen yakınlarının da azınlıkta olduğu görülmektedir (Tablo-1). Katılımcıların mezun oldukları tıp fakültelerinin sırasıyla transplantasyon merkezi (%78) ve organ temin merkezi (%84,2) olma oranlarının yüksek; benzer şekilde ihtisas yaptıkları hastanelerin yüksek oranda transplantasyon merkezi (%70,2) olduğu, çalışmakta oldukları hastanelerin ise %78,4'ünün organ temin merkezi iken %43,4'ünün transplantasyon merkezi olduğu görülmektedir (Tablo-1).



Şekil 2. Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı

Sonuçları etkileyeceği düşünülen deneyim verilerine bakıldığında; beyin ölümü tanısı koyan, Apne testi uygulayan, beyin ölümü gerçekleşmiş olgunun yakınlarına bilgi veren katılımcıların oranları sırasıyla: % 83,3 ; %85,1 ve %75,2 olarak saptandı. Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcı oranı %76,4 iken yoğun bakımda organ nakil hastası takip eden katılımcı oranı %70,6 olarak görüldü. Katılımcıların ancak %65,1'inin organ nakli ile ilgili eğitimlere katıldığı verilen yanıtlardan anlaşılmaktadır. Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanların oranı ise %59,8 olarak saptandı.

Tablo 1. Sonuçları Etkileyebilecek Durum Göstergeleri

	HAYIR		EVET	
	n	%	n	%
Çevrenizde organ yetersizliği olan tanıdıklarınız var mı?	390	69,1	174	30,9
Çevrenizde organ yetersizliği nedeniyle ölen tanıdıklarınız var mı?	382	67,7	182	32,3
Çevrenizde organ nakli olan tanıdıklarınız var mı?	393	69,7	171	30,3
Çevrenizde canlı donör olarak organ bağışında bulunan tanıdıklarınız var mı?	388	68,8	176	31,2
Çevrenizde organ nakli bekleyen tanıdıklarınız var mı?	460	81,6	104	18,4
Çevrenizde beyin ölümü sonrası organ bağışında bulunan yakınlarınız var mı?	515	91,3	49	8,7
Çalışmakta olduğunuz hastane bir transplantasyon merkezi mi?	319	56,6	245	43,4
Çalışmakta olduğunuz hastane bir organ temin merkezi mi?	122	21,6	442	78,4
Mezun olduğunuz tıp fakültesi hastanesi bir transplantasyon merkezi miydi?	124	22,0	440	78,0
Mezun olduğunuz tıp fakültesi hastanesi bir organ temin merkezi miydi?	89	15,8	475	84,2
İhtisas yaptığınız hastane bir transplantasyon merkezi miydi?	168	29,8	396	70,2

Tablo 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin Beyin Ölümü ve Organ Nakli ile ilgili Kanaat Verileri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ülkemizde Mevcut Mevzuatın Beyin Ölümü Tanısı Açısından Yeterli Olduğunu Düşünüyorum	24	4,3	107	19,0	134	23,8	240	42,6	59	10,5
Ülkemizde Mevcut Mevzuatın Organ Bağışı Açısından Teşvik Edici Olduğunu Düşünüyorum	202	35,8	161	28,5	161	28,5	123	21,8	17	3,0
Beyin Ölümü Tanısı İçin Destekleyici Teste Hiçbir Zaman Gereksinim Yoktur	227	40,2	265	47,0	48	8,5	19	3,4	5	0,9
Beyin Ölümü Tanısı İçin Bazı Koşullarda Destekleyici Teste Gereksinim Vardır	22	3,9	46	8,2	29	5,1	260	46,1	207	36,7
Beyin Ölümü Tanısı İle İlgili Mevzuatın Çelişkili Olduğunu Düşünüyorum	35	6,2	109	19,3	245	43,4	132	23,4	43	7,6
Beyin Ölümü Tanısı Konmuş Ve Organ Bağışı Reddedilmiş Olguların Destek Tedavileri Sonlandırılır	31	5,5	78	13,8	68	12,1	205	36,3	182	32,3
Beyin Ölümü Gerçekleşmiş Ve Organ Bağışı Reddedilmiş Olguların Yoğun Bakım Tedavisi Sürdürülmelidir	186	33	168	29,8	98	17,4	80	14,2	32	5,7
Ölüm Saati Beyin Ölümünün Gerçekleştiği Saattir	55	9,8	140	24,8	57	10,1	130	23,0	182	32,3
Ölüm Saati Dolaşım Durmasının Gerçekleştiği Saattir	146	25,9	132	23,4	50	8,9	174	30,9	62	11,0
Böbrek Ve Parsiyel Karaciğer Nakli Gibi Canlı Donör Bağışlarını Destekliyorum	8	1,4	16	2,8	52	9,2	260	46,1	228	40,4
Dini İnanışım Organ Bağışlamaya Engel Değil	7	1,2	2	0,4	28	5,0	167	29,6	360	63,8

Tablo 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin Beyin Ölümü ve Organ Nakli ile ilgili Kanaat Verileri (Devamı)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Organ Bağışının Hayat Kurtarma Açısından Etkili ve Yararlı Olduğunu Düşünüyorum	1	0,2	2	0,4	10	1,8	163	28,9	388	68,8
Organlarımı Bağışladığımı Öğrendiğinde Çevrem Bunu Olumlu Karşılar	8	1,4	26	4,6	176	31,2	222	39,4	132	23,4
Para Karşılığında Organ Bağışı Legal Olsa Yapılmasını Desteklerim	297	52,7	133	23,6	80	14,2	30	5,3	24	4,3
Pasaport, Nüfus Cüzdanı, Sürücü Belgesi v.s. Alırken Kişilere Donör Olmak İsteyip İstemedikleri Sorulmalı	32	5,7	49	8,7	61	10,8	198	35,1	224	39,7
Devlet Beyin Ölümü Sonrası Organ Bağışı Yapan Ailleri Ödüllendirilmeli	30	5,3	61	10,8	94	16,7	192	34,0	187	33,2
İstemediklerine Dair Beyanda Bulunmadıkları Sürece Her Tc Vatandaşı Organ Bağışı Listesine Eklenmeli	69	12,2	126	22,3	132	23,4	117	20,7	120	21,3
Ailelerin Organ Bağışını Reddetmelerinin Nedenlerinden Biri Beyin Ölümünü Ölüm Olarak Kabul Etmemeleridir	9	1,6	35	6,2	34	6,0	260	46,1	226	40,1
Ailelerin Organ Bağışını Reddetmelerinin Nedenlerinden Biri Dini veya Mezhepleri Gereği Uygun Olmadığını Düşünmeleridir	6	1,1	37	6,6	47	8,3	288	51,1	186	33,0
Sosyoekonomik Düzeyi Yüksek Olan Ailelerin Organ Bağışı Oranı, Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelere Kıyasla Daha Fazladır	37	6,6	129	22,9	206	36,5	148	26,2	44	7,8
İhtiyaç Halinde Verici Adayın Ailesinden Bağışın Alınmasında Tabip Dışı Sağlık Personeli, Psikolog, İmam Gibi Gönüllü Kişiler Görevlendirilebilir	17	3,0	44	7,8	67	11,9	279	49,5	157	27,8

Ülkemizdeki mevcut mevzuatın beyin ölümü tanısı açısından yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %53,1 olduğu halde bu mevzuatın çelişkili olduğunu düşünenlerin oranı %31, teşvik edici olarak değerlendirenlerin oranının ise %24,8 olduğu görüldü. Verilen yanıtlarda dikkat çekici nokta, kararsızların özellikle mevzuatın çelişkili olarak değerlendirilme oranlarındaki yüksek payıydı (%43,4) (Tablo-2). Beyin ölümü tanısı konması için destekleyici teste hiçbir zaman gereksinim duymadığını bildirenlerin oranı %4,3'te sınırlı iken bazı koşullarda bu testlerin yapılabileceğini belirtenlerin oranının %87,2 ye çıktığı görüldü (Tablo-2). Beyin ölümü tanısı konmuş ama organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünen katılımcıların oranı %68,6 iken yoğun bakım tedavisinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranının %19,9 olduğu görüldü. Aynı konularda kararsız olduğunu ifade edenlerin oranlarında yoğun bakım tedavisinin sürdürülmesi konusunda artış gözlemlendi (%12,1,%17,4) (Tablo-2). Ölüm saatinin belirlenmesinde beyin ölümünün gerçekleşmesi ya da dolaşımın durmasının dikkate alınması konusunda verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; katılımcıların %55,3'ü beyin ölümünün, %41,9'unun ise dolaşım durmasının dikkate alınması gerektiğini bildirmiş olup, bu konudaki kararsız yanıtların yüzde onlar civarında olduğu görüldü. Katılımcılar büyük kısmı (%97,7) organ bağıışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşündüklerini bildirdiler. Dörtüzyüksensekiz katılımcı (%86,5) canlı organ bağıışlarını desteklediklerini bildirdi. Kadavradan yapılan organ bağıışını destekleyenlerin oranı ise % 93,2 idi. Kendi dini inanışlarının organ bağıışlamaya engel olmadığını düşünen katılımcıların oranının (%93,4) çok yüksek olduğu görüldü. Buna karşın genelde organ bağıışının aileler tarafından reddedilmesinin dini veya mezhep ile ilişkilendirilebilecek nedenlerden dolayı gerçekleştiğini düşünenlerin oranı ise %84,1 idi. Söz edilen aile reddinde beyin ölümünün ölüm olarak kabul edilmemesi gerekçesinin etken olduğunu düşünenlerin oranı %86,2 idi. Vücut bütünlüğünün bozulmasının organ bağıışına olumsuz katkıda bulunduğunu düşünenlerin, kararsız olanların da dahil edilmesiyle birlikte ancak %21,6 düzeyine ulaştığı görüldü. Katılımcılar organlarını bağıışladıkları koşulda çevrelerinin bu durumu olumlu tepki verecekleri konusunda yüksek oranda kararsız olduklarını (%31,2) bildirirken , %62,8'i ise olumlu yanıt vermişlerdir.

Organ bağışı karşılığında ödül olarak para verilmesini destekleyen çok az katılımcıya karşı, kararsızlar (%14,2) da dahil edildiğinde %90,5'lik bir olumsuz bakış açısı olduğu görüldü. Organ bağışlayan ailelerin devlet tarafından ödüllendirilmesi gerektiğini düşünen katılımcı oranı %67,2'ydi. Resmi belgelerin edinilmesi aşamasında organ bağışının sorgulanması yüksek oranda desteklenirken (%74,8), olumsuz beyanda bulunanlar dışında tüm vatandaşların bağışçı listelerine eklenmelerini destekleyenlerin oranı %42 olup %23,4 gibi önemli bir katılımcı bu konudaki kararsızlığını ifade etmektedir (Tablo-2).

Verilen yanıtlardan anlaşıldığı kadarıyla henüz organlarını bağışlamamasına karşın bağışlamayı düşünenlerin oranı %70,9 iken kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda yakınlarının organlarını bağışlamasını isteyenlerin oranı ise %80,7 olarak görüldü. Ailelerinin onayı olmadan organlarını bağışlamayanların oranı %13,7 ile sınırlı bulundu. Anne baba veya kardeşlerin, eşlerin ve çocukların beyin ölümü gerçekleştikten sonra organlarını bağışlamayı düşündüğünü bildirenlerin oranı sırasıyla %69,1, %68,9, %62,4 şeklinde azalma eğilimi göstermekle birlikte, çocuklarla ilgili durum en yüksek oranda (%28) kararsızlık gösterdi. Katılımcılar birinci derece aile üyelerinin canlı bağışçı olması konusunda %66,1 destek ifade ederken %26,8 oranında kararsız olduklarını bildirdiler. Organ yetersizliği gelişmesi durumunda canlı organ bağışına gereksinim duyacak aile fertlerine bağış yapma konusundaki niyetlerini bildirirken yakınlık düzeyinin değiştiği gözlemlendi. Bağış yapma konusundaki olumlu ve kararsız bildirimleri çocuklar; anne, baba, kardeş; eşler için sırasıyla; %96,7: %2,3; %90,2: %8,9; %86,1: %11,7 . Yüzde 62,4 oranında organ bağış ile ilişkili kuruluşlarda gönüllü olarak görev almak isteyeceğini bildiren katılımcılar, bağış kararlarında alıcının kimliğinin kararlarını etkileyebileceği konusunda %21,6 kararsız kalırken %27 oranında olumlu yanıt bildirdikleri gözlemlendi.

Tablo 3. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin Beyin Ölümü ve Organ Nakli ile ilgili Bilgi Verileri

	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün ‘Tüm Beyin Ölümü’ olduğunu kabul eder	371	65,8	193	34,2
Organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.	213	37,8	351	62,2
Organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.	218	38,7	346	61,3
Derin tendon reflekslerinin alınması beyin ölümünü ekarte ettirir	117	20,7	447	79,3
Beyin ölümü tanısı biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulur.	462	81,9	102	18,1
Kornea, aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabilir	500	88,7	64	11,3
Çapraz nakil; canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türüdür	386	68,4	178	31,6
Canlıdan organ nakli alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir	309	54,8	255	45,2
Akraba dışı canlıdan organ nakli, naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirilir	383	67,9	181	32,1
Tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısı aynı kriterlerle konulmaktadır	378	67	186	33
Beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklenir	411	72,9	153	27,1
Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşulları sağlanmalıdır	531	94,1	33	5,9
28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek-1’e göre; Apne testi PaCO ₂ ≥60 mmHg ve/veya PaCO ₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa pozitifdir	523	92,7	41	7,3
Beyin ölümü tanısının konulduğu birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun; 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişmeden devam ettiği gözlenmelidir	450	79,8	114	20,2
Klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmaz	468	83	96	17
Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir	432	76,6	227	40,2

Beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili mevzuat sorularına katılımcıların verdiği cevaplara baktığımızda çoğunluğun mevzuat içeriği hakkında bilgi sahibi olduğu ancak içeriğin hangi kanun ve/veya yönetmelikte yer aldığını bilmedikleri görülmektedir.

Konuyla ilgili mevzuat alt yapısına ait olarak sorulan “Organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve naklinin 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” ve “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorularına verilen yanıştır yanıtı yüksek olarak bulundu (sırasıyla %61,3; %62,2) (Tablo-3). Beyin ölümü tanımı ile ilgili olarak sorgulanan beyin ölümünün klinik bir tanı olması, tüm beyin ölümü olarak kabul edilmesi, hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile tanının teyit edilmesi gerektiği konularındaki sorulara doğru yanıtı verenlerin oranı sırasıyla %83; %65,8; 76,6 olarak saptandı (Tablo-3).

18 Ocak 2014 tarih ve 28886 sayılı kanun değişikliği ile beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %81,9 olarak saptandı.

Katılımcıların %67’si tüm Avrupa ülkelerinde aynı kriterlerle beyin ölümü tanısı konulduğunu düşünmektedir. Beyin ölümü tanısı ile ilgili olarak sorulara verilen yanıtlar çoğunlukla doğru olarak değerlendirildi. “ Derin tendon reflekslerinin alınması beyin ölümünü ekarte ettirmez.” %79,3; “Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi, koşulları sağlanmalıdır.”%94,1; “28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek-1’e göre: Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunum olmaması durumunda pozitif kabul edilir.” %92,7; Birinci nörolojik muayene sonrasında yenidoğan (2 aydan küçük) için 48 saat, 1 yaş ve üzerindeki çocuk ve erişkinler için 12 saat sonra yapılacak ikinci nörolojik muayenede bulguların değişmeden devam etmesi gerektiği sırasıyla %72,9 ve %68,8 oranında doğru olarak bilinmiştir; beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici testin yapılması ve yapılan bu testin beyin ölümü ile uyumlu bulunmasının ikinci nörolojik muayene gerekliliğini ortadan kaldıracığını doğru bilenlerin oranı %79,8 olarak bulundu.

Katılımcılar, korneanın aksi beyan edilmediği sürece aile izni gerekmeksizin alınabileceğini %88,7 oranında doğru yanıtladılar. Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenler %68,4; canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenler %54,8; akraba dışı canlıdan organ naklinin, naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirildiğine doğru yanıtı verenlerin oranı ise %67,9 idi.

Beyin ölümü tanısı açısından ülkemizdeki mevcut mevzuatın yeterliliği

Katılımcıların tümü değerlendirildiğinde mevcut mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin oranının %53,1 olduğu görüldü. Bu kanaatte olan katılımcıların yaş grupları içinde sahip oldukları oran 20-29 yaş grubu için %35,8; 30-39 yaş grubu için %55,2; 40-49 yaş grubu için %55,9; 50<+ yaş grubu %58,6 idi. Yaşla beraber artış gösteren bu kanaat ile birlikte kararsızlığını ifade edenlerin yaşla birlikte azaldığı gözlemlendi (sırasıyla; %41,3; %22; %18,2; 11,8) ($X^2=41,049$: $p<0,05$).

Mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, erkek cinsiyetin kanaatinin daha yüksek kararsızlığının daha düşük olduğu gözlemlendi (E:%58,5; kararsız:%15,9 / K:%49,8; kararsız:%28,3) ($X^2=7,366$: $p<0,05$).

Bu konuda eğitim alan ve beyin ölümü tanı sürecinde aktif rol alan katılımcılar içinde mevcut mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin fazla ve kararsız olanların daha az olduğu görüldü ($p<0,05$). Eğitim alanlar içerisinde mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin %56,4, kararsızların %19,3; eğitim almayanlar içerisinde mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin %46,7, kararsızların %32 ($X^2=13,851$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içerisinde mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %56,4 , kararsızların %19,6; pratiği olmayanlar içerisinde mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %30,1, kararsızların %44,7 ($X^2=28,704$: $p<0,05$) olarak saptandı.

Benzer şekilde, Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin %54,6, kararsızların

%21,2; uygulamamış olanlar içerisinde ise mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %44, kararsızların %38,1 ($X^2=11,967$: $p<0,05$) oranda olduğu görüldü.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin %56,9, kararsızların %18,9; bilgi vermemiş olanlar içerisinde ise mevzuatın yeterli olduğunu düşünenlerin %41,4, kararsızların %38,6 ($X^2=24,385$: $p<0,05$) oranda olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı açısından ülkemizdeki mevcut mevzuatın teşvik ediciliği

Mevcut mevzuatın teşvik edici nitelikte olmadığını düşünenlerin ve kararsızların oranları yüksek olarak bulundu (%46,6; %28,6) .Bu kanatte olan katılımcıların yaş gruplarına göre değerlendirilmesi sonrasında yaşla birlikte olumsuz kanaatte ve kararsızlık oranlarının azaldığı görüldü (20-29 yaş grubu için %58,7 ve kararsız %30,3; 30-39 yaş grubu için %47,2 ve kararsız %30,4; 40-49 yaş grubu için için %44,8 ve kararsız %26; 50<+ yaş grubu için %23,5 ve kararsız % 23,5) ($X^2=38,833$: $p<0,05$).

Bu konuda eğitim alan katılımcılar içinde mevcut mevzuatın teşvik edici nitelikte olmadığını düşünenlerin oranı (%48,3: kararsız %28,1) eğitim almayanlar içerisinde mevzuatın teşvik edici olmadığını düşünenlere (%52,8: kararsız %29,4) oranla düşük bulundu ($X^2=9,947$: $p<0,05$).

Beyin ölümü tanısı açısından ülkemizdeki mevcut mevzuatın çelişkili bulunması

Mevcut mevzuatın çelişkili olduğu konusunda kararsızların oranı yüksek olarak bulundu (%43,4). Katılımcıların yaş gruplarına göre değerlendirilmesi sonrasında yaşla birlikte olumsuz kanaat oranlarının arttığı ve kararsızlık oranlarının azaldığı görüldü (20-29 yaş grubu için %14,7 ve kararsız %63,3; 30-39 yaş grubu için %22,6 ve kararsız %40; 40-49 yaş grubu için için %31,8 ve kararsız %39; 50<+ yaş grubu için %39,2 ve kararsız % 31,4) ($X^2=42,022$: $p<0,05$).

Mevzuatın çelişkili olduğunu düşünenlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın cinsiyetin kararsızlığının daha düşük olduğu gözlemlendi (E:%46,8 / K:%37,7) ($X^2=7,366$: $p<0,05$)

Transplantasyon merkezi olan tıp fakültelerinden mezun katılımcıların içerisinde mevzuatın çelişkili olmadığını düşünenlerin oranı %23,4, kararsızların %45,2;

transplantasyon merkezi olmayan tıp fakültelerinden mezun katılımcılar içerisinde mevzuatın çelişkili olmadığını düşünenlerin oranı %33, kararsızların %37,1 ($X^2=15,755$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Transplantasyon merkezi olan kurumlarda ihtisas yapmış katılımcıların içerisinde mevzuatın çelişkili olmadığını düşünenlerin oranı %24,8, kararsızların %46,2; transplantasyon merkezi olmayan kurumlarda ihtisas yapmış katılımcılar içerisinde mevzuatın çelişkili olmadığını düşünenlerin oranı %27,4, kararsızların %36,9 ($X^2=16,525$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içerisinde mevzuatın çelişkili olduğunu düşünenlerin oranı %25,5 , kararsızların %60,6; pratiği olmayanlar içerisinde mevzuatın çelişkili olduğunu düşünenlerin oranı %32,1, kararsızların %40 ($X^2=15,818$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde mevzuatın çelişkili olduğunu düşünenlerin oranı %33,5, kararsızların %38,4; bilgi vermemiş olanlar içerisinde ise mevzuatın çelişkili olduğunu düşünenlerin oranı %23,6, kararsızların %58,6 ($X^2=17,624$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Bu konuda eğitim alan katılımcılar içinde mevcut mevzuatın çelişkili olmadığını düşünenler %30,8 , kararsızların %36,5; eğitim almamış olanlar içerisinde mevzuatın çelişkili olmadığını düşünenler %52,8, kararsızların %29,4 ($X^2=26,672$: $p<0,05$) oranda olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı için hiçbir zaman destekleyici test gereksinimi olmaması

Beyin ölümü tanısı konması için destekleyici teste hiçbir zaman gereksinim duymadığını bildirenlerin oranı %4,3 bulunmuştur. Bu kanaatte olan katılımcıların, ihtisas aldıkları hastanelerin bağlı olduğu Bölge Koordinasyon Merkezlerine (BKM) göre dağılım oranlarına baktığımızda yüksekten düşüğe doğru sırasıyla Erzurum BKM %31,2; Diyarbakır BKM %7,1; Bursa BKM %4,7; Antalya BKM %4,5; İstanbul BKM %4,1; Ankara BKM %2,7; İzmir BKM %1,7; Samsun BKM %0; Adana BKM %0 ($X^2=56,483$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Benzer şekilde çalıştıkları hastanelerin bağlı olduğu BKM'ye göre dağılım oranlarına baktığımızda yüksekten düşüğe doğru sırasıyla Erzurum BKM %26,7;

Diyarbakır BKM %7,7; İstanbul BKM %4,3; Bursa BKM %4,1; Samsun BKM %4; Antalya BKM %3,8; Ankara BKM %2,7; İzmir BKM %1,9; Adana BKM %0 ($X^2=48,129$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde beyin ölümü için hiçbir zaman destekleyici teste gereksinim olmadığını düşünenlerin %3, kararsızların %9,7; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içerisinde beyin ölümü için hiçbir zaman destekleyici teste gereksinim olmadığını düşünenlerin %8,3, kararsızların %4,5 ($X^2=12,551$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olması

Beyin ölümü tanısı konması için bazı koşullarda destekleyici testlerin yapılabileceğini belirtenlerin oranı %87,2 olarak saptandı. Organ nakli bekleyen yakınları bulunanlar içerisinde bu kanatte olan katılımcıların oranı %81,7, kararsızların %1,9; nakil bekleyen yakınları olmayanlar içerisinde beyin ölümü tanısı konması için bazı koşullarda destekleyici testlerin yapılabileceğini belirtenlerin oranı % 83,1, kararsızların %5,9 ($X^2=9,660$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içerisinde, bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenlerin oranı (%84,5: kararsız %3,4) beyin ölümü tanısı pratiği olmayanlara (%74,5: kararsız %13,8) göre yüksek, kararsızlığı düşük bulundu ($X^2=26,706$: $p<0,05$).

Benzer şekilde, beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenler (%83,6, kararsız %4) Apne testi uygulamamış olanlara oranla yüksek (%78,5, kararsız %11,9) ($X^2=19,982$: $p<0,05$) kararsızlığının ise düşük olduğu saptandı.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenlerin %85,2, kararsızların %3,5; bilgi vermemiş olanlar içerisinde beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenlerin %75,7 kararsızların %10 ($X^2=14,279$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Organ bağışu konusundaki görüşmelere aktif olarak katılmış olan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenlerin oranı %85,4, kararsızların %4,5; görüşmelere katılmamış katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenlerin oranı % 78,9, kararsızların %6,2 ($X^2=9,940$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Bu konuda eğitim alan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenler %82,8, kararsızlar %4,1; eğitim almayanlar içerisinde bazı koşullarda destekleyici test gereksinimi olduğunu düşünenler %82,7, kararsızlar %7,1 ($X^2=13,448$: $p<0,05$) olarak saptandı.

Beyin ölümü tanısı almış ve organ bağışu reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması

Beyin ölümü tanısı almış ve organ bağışu reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın cinsiyetin kanaatinin daha yüksek kararsızlığının daha düşük olduğu gözlemlendi (E:%64,7; kararsız:%12,6 / K:%75,3; kararsız:%11,1) ($X^2=16,036$: $p<0,05$).

Bu kanaate sahip katılımcıların çalıştıkları hastanelerin bağılı olduğu BKM lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük, kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %85,7, kararsız:%10,7; Ankara BKM %63,5, kararsız:%10,8; Antalya BKM %73,6, kararsız:%11,3; Bursa BKM %79,7, kararsız:%5,4; Diyarbakır BKM %38,5, kararsız:%46,2; Erzurum BKM %73,4, kararsız:%6,7; İstanbul BKM %63,5, kararsız:%13,5; İzmir BKM %65,4, kararsız:%15,4; Samsun BKM %88, kararsız:%4) ($X^2=55,702$: $p<0,05$).

Beyin ölümü sonrası organ bağışu bulunan yakınları olan katılımcılar içinde, beyin ölümü tanısı almış ve organ bağışu reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin %69,4, kararsızların %6,1; beyin ölümü sonrası organ bağışu bulunan yakınları olmayan katılımcılar içinde ise destek tedavilerin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin % 68,5, kararsızların %12,6 olduğu saptandı ($X^2=27,096$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , beyin ölümü tanısı almış ve organ bağışu reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin oranı (%71,3), çalıştıkları hastane

transplantasyon için organ temin merkezi olmayanlara (%59) göre yüksek bulundu ($X^2=10,605$: $p<0,05$).

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin oranı (%73,9: kararsız %10,4), beyin ölümü tanısı pratiği olmayanlara (%42,5: kararsız %20,2) göre yüksek, kararsızlığı düşük bulundu ($X^2=43,705$: $p<0,05$).

Benzer şekilde, Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin oranı %72,3, kararsızların %11; uygulamamış olanlar içerisinde ise beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenler %47,6, kararsızların %17,9 ($X^2=29,636$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli operasyonuna katılmış olanlar içinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin %70,5, kararsızların % 62,5; katılmamış olanlar içinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin %62,5, kararsızların %13,5 ($X^2=12,724$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin %73,3, kararsızların %10,6; bilgi vermemiş olanlar içerisinde ise %54,3 kararsızların %16,4 ($X^2=35,214$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmuş katılımcılar içerisinde, beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenler %81,1, kararsızların % 10,8; bulunmamış olanlar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenler %62,7, kararsızların % 15,1 ($X^2=21,449$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağıışı görüşmelerinde aktif görev almış katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin

sonlandırılması gerektiğini düşünenler %73,3, kararsızların % 12,8; görev almamış olanlar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenler %61,7, kararsızların % 11 ($X^2=28,281 : p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı almış ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavilerinin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerin oranı (%75,5: kararsız %9,5), eğitim almamış olanlara (%55,9: kararsız %16,8) kıyasla yüksek, kararsızlığı ise daha düşük bulundu ($X^2=44,685 : p<0,05$).

Beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağıışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi

Beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağıışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın cinsiyetin % 19,3, kararsızlığının %12,6; erkek cinsiyetin %20,2 kararsızlığının % 20,2 olduğu gözlemlendi ($X^2=12,181 : p<0,05$).

Bu kanaate sahip katılımcıların ihtisas aldığı hastanelerin bağıı olduğu BKM lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Adana BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük, Diyarbakır BKM'nin kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %0, kararsız:%26,3; Ankara BKM %27,4, kararsız:%19,5, Antalya BKM %13,7, kararsız:%13,6; Bursa BKM %13,9, kararsız:%9,3; Diyarbakır BKM %14,3, kararsız:%35,7; Erzurum BKM %18,7, kararsız:%6,2; İstanbul BKM %18,9, kararsız:%20,6; İzmir BKM %27,1, kararsız:%5,1; Samsun BKM %15,4, kararsız:%15,4) ($X^2=50,838 : p<0,05$).

Beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağıışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünen katılımcıların çalıştığı hastanelerin bağıı olduğu BKM lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin hem olumlu kanaatinin hem de kararsızlığının en yüksek orana sahip olduğu görüldü (Adana BKM %10,7, kararsız:%14,3; Ankara BKM %28,4, kararsız:%21,6; Antalya BKM %17, kararsız:%13,2; Bursa BKM %24,4, kararsız:%6,8; Diyarbakır BKM %38,5, kararsız:%30,8; Erzurum BKM %13,3, kararsız:%13,3; İstanbul BKM %16,1, kararsız:%22,6; İzmir BKM %23,1, kararsız:%9,6; Samsun BKM %20, kararsız:%12) ($X^2=33,563 : p<0,05$).

Beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünen katılımcıların çalıştığı hastanelerin niteliğine göre dağılım oranlarına bakıldığında özel hastane %21,4, kararsızlık %11,9; devlet hastanesi %29,8, kararsızlık %13,2; eğitim araştırma hastanesi %18, kararsızlık %23,4; tıp fakültesi hastanesi %16,8, kararsızlık 15,8; vakıf üniversitesi hastanesi %9,5, kararsızlık %14,3 olarak saptandı.

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %15,5, kararsızların %16,7; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenler %23,2, kararsızların %17,9 ($X^2=10,605$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranı (%17,2: kararsız %17,4), organ temin merkezi olmayanlara (%29,6: kararsızlar %17,2) ($X^2=18,325$: $p<0,05$) göre daha düşük bulunmuştur.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içerisinde beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranı (%18,1: kararsız %16), beyin ölümü tanısı pratiği olmayanlara (%28,8: kararsız %24,5) ($X^2=43,705$: $p<0,05$) göre daha düşük bulundu.

Benzer şekilde, Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %18,5, kararsızların %16; uygulamamış olanlar içerisinde yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenler ise %27,4, kararsızların %25 ($X^2=20,171$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli operasyonuna katılmış olanlar içinde beyin ölümü gerçekleşmiş ve organ bağışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavilerinin sürdürülmesi gerektiğini düşünenlerin %18,3, kararsızların %16; katılmamış olanlar içinde yoğun bakım

(%58,4: kararsız %9,5), organ temin merkezi olmayanlara (%44,3: kararsızlar %12,3) ($X^2=13,907$: $p<0,05$) göre daha yüksek bulunmuştur.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin oranı (%60,2: kararsız %9,4), beyin ölümü tanısı pratiği olmayanlara (%30,8: kararsız %13,8) ($X^2=35,090$: $p<0,05$) göre daha yüksek, kararsızlığı daha düşük bulundu.

Benzer şekilde, Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin oranı %60, kararsızların %9; uygulamamış olanlar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler ise %28,6, kararsızların %16,7 ($X^2=34,358$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli operasyonuna katılmış olanlar içinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin %59, kararsızların %9,3; katılmamış olanlar içinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin %43,6, kararsızların %12,8 ($X^2=13,855$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin %59,7, kararsızların %8,3; bilgi vermemiş olanlar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler ise %42,2 kararsızların %15,7 ($X^2=20,096$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %58,8, kararsızların % 9,3; bulunmamış olanlar ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %47, kararsızların %12 ($X^2=18,657$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağış görüşmelerinde aktif görev almış katılımcılar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %60,9, kararsızların %8,9 görev almamış olanlar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %47,1, kararsızların %11,9 ($X^2=21,752$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içerisinde ölüm saatinin beyin ölümünün gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin oranı (%65,1: kararsız %9,3), eğitim almamış olanlara (%37,1: kararsız %11,7) ($X^2=50,080$: $p<0,05$) göre daha yüksek bulundu.

Ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olması

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , ölüm saatini dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olarak kabul edenlerin oranı (%39,6: kararsız %8,1), organ temin merkezi olmayanlara (%50: kararsızlar %11,5) ($X^2=12,356$: $p<0,05$) göre daha düşük bulunmuştur.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin oranı (%39,2: kararsız %8,3), beyin ölümü tanısı pratiği olmayanlara (%55,3: kararsız %11,7) ($X^2=19,625$: $p<0,05$) göre daha düşük bulundu.

Benzer şekilde, Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin oranı %39,6, kararsızların %8,1; uygulamamış olanlar içerisinde ölüm saatini dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler ise %54,7, kararsızların %13,1 ($X^2=19,332$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli operasyonuna katılmış olanlar içinde ölüm saatini dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin %39,2, kararsızların %8,6; katılmamış olanlar içinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin %50,4, kararsızların %9,8 ($X^2=17,786$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin %39,1, kararsızların %8; bilgi vermemiş olanlar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler ise %50 kararsızların %11,4 ($X^2=14,311$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %39,7, kararsızların % 9; bulunmamış olanlar ölüm saatinin dolaşım durmasının

gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %46,9, kararsızların % 8,4 ($X^2=15,373$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağışu görüşmelerinde aktif görev almış katılımcılar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %38, kararsızların %8 görev almamış olanlar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenler %47,6, kararsızların %10,1 ($X^2=18,283$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içerisinde ölüm saatinin dolaşım durmasının gerçekleştiği saat olduğunu düşünenlerin oranı (%34,4: kararsız %8,4), eğitim almamış olanlara (%55,8: kararsız %9,6) ($X^2=36,525$: $p<0,05$) göre daha düşük bulundu.

Dini inanışın organ bağışlamaya engel olmaması

Kendi dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünen katılımcıların oranının (%93,4) çok yüksek olduğu saptandı. Bu katılımcılar içerisinde, çevrelerinde canlı donör olarak organ bağışında bulunan tanıdıkları olanların %97,7, kararsızların %1,7; tanıdıkları olmayanların % 91,5, kararsızların %6,4 4 ($X^2=11,784$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Transplantasyon merkezinde çalışanlar içerisinde kendi dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenler %95,5, kararsızlar %3,7; transplantasyon merkezinde çalışmayanlar içerisinde kendi dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenler %91,8, kararsızlar %6 ($X^2=9,990$: $p<0,05$) olarak saptandı.

Transplantasyon için organ temin merkezinde çalışanlar içinde kendi dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenler %93,9, kararsızlar %5; organ temin merkezinde çalışmayanlar içinde kendi dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenler %91,8, kararsızlar %4,9 ($X^2=15,581$: $p<0,05$) olarak saptandı.

İhtisas aldıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içerisinde kendi dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenler %94,2, kararsızların %4,3; ihtisas aldıkları hastane transplantasyon merkezi olmayanlar

içerisinde kendi dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenler %91,7, kararsızların %6,54 ($X^2=10,134$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içerisinde kendi dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranının (%94,5) pratiği olmayan katılımcılardan (%88,3) fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca beyin ölümü tanısı pratiği olmayanların kararsızlık oranının (%10,6) yüksek olduğu görüldü ($X^2=14,374$: $p<0,05$).

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde kendi dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %96, kararsızların %2,8; bilgi vermemiş olanlar içerisinde ise kendi dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin %85,7, kararsızların %11,4 ($X^2=21,047$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde ise kendi dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %94,1, kararsızların %4,2; uygulamamış olanlar içerisinde ise dini inanışları organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin %89,3, kararsızların %9,5 ($X^2=12,173$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %95,7, kararsızların %3; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %87,9, kararsızların %9,6 ($X^2=21,719$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışi konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %96,1, kararsızların %2,4; görüşmelere katılmayanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %89,5, kararsızların %8,8 ($X^2=14,814$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %94,8, kararsızların %3; eğitimlere katılmayanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %90,9, kararsızların %8,6 ($X^2=23,875$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Ailelerin dini ve mezhepleri gereği organ bağışını reddetmeleri

Organ bağışı reddinin, ailelerin dini ve mezhepleriyle ilişkili olduğunu düşünenlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek cinsiyetin kanaatinin daha yüksek kararsızlığının daha düşük olduğu gözlemlendi (E:%87,1; kararsız:%7 / K:%78,7; kararsız:%10,6) ($X^2=9,597$: $p<0,05$)

Organ bağışı reddinin ailelerin dini ve mezhepleriyle ilişkili olduğunu düşünen katılımcıların ihtisas aldıkları hastanelerin bağlı olduğu Bölge Koordinasyon Merkezlerine (BKM) göre dağılım oranlarına baktığımızda yüksekten düşüğe doğru sırasıyla Diyarbakır BKM %92,9; İstanbul BKM %90,6; İzmir BKM %88,2; Erzurum BKM %87,4; Bursa BKM %83,7; Samsun BKM %77; Ankara BKM %76,1; Antalya BKM %75; Adana BKM %52,6 ($X^2=73,81$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde organ bağışı reddinin ailelerin dini ve mezhepleriyle ilişkili olduğunu düşünenlerin oranı %83,7, kararsızların %7,1; eğitimlere katılmayanlar içerisinde organ bağışı reddinin ailelerin dini ve mezhepleriyle ilişkili olduğunu düşünenlerin oranı %84,8, kararsızların %10,7 ($X^2=10,926$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olması

Katılımcıların büyük kısmı (%97,7) organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşündüklerini bildirdiler. Bu kanaate sahip katılımcıların mezun oldukları fakülteleri kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, en yüksek olumlu kanaatin Samsun BKM'de, en yüksek kararsızlığın Antalya BKM'de olduğu görüldü (Adana BKM %98,2, kararsız:%1,9; Ankara BKM %99,2, kararsız:%0,8, Antalya BKM %93,6, kararsız:%6,4; Bursa BKM %97,7, kararsız:%2,3; Diyarbakır BKM %96, kararsız:%0; Erzurum BKM %95,2, kararsız:%4,8; İstanbul BKM %98,6, kararsız:%0,7; İzmir BKM %97,4, kararsız:%2,7; Samsun BKM %100, kararsız:%0; yurtdışı %75, kararsız:%0) ($X^2=97,844$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünenler %99,2, kararsızların %0,4, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünenler %96,6, kararsızların %2,8 ($X^2=9,654$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Mezun oldukları tıp fakültesi organ temin merkezi olan katılımcılar içinde, organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünenler %98,1, kararsızların %1,5; organ temin merkezi olmayanlar içinde organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünenler %95,5, kararsızların %3,4 ($X^2=9,889$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünenlerin oranı %97,8, kararsızların %1,6; eğitime katılmayanlar içerisinde organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünenler %97,5, kararsızların %2 ($X^2=10,913$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Kadavradan yapılan organ naklinin desteklenmesi

Kadavradan yapılan organ bağışını destekleyenlerin oranı % 93,2 olarak tespit edildi. Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde , kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %96,7, kararsızların %0,8, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenler %90,6, kararsızların %7,2 ($X^2=20,909$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %93,5, kararsızların %4,1, organ temin merkezi olmayanlar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenler %92,6, kararsızların %5,7 ($X^2=10,072$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %94,9, kararsızların %2,5; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %89,3, kararsızların %8,9 ($X^2=17,896$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %93,8, kararsızların %3,6; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenler %91,2, kararsızların %7,3 ($X^2=11,722$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı (%94,7; kararsız %3), organ nakli operasyonuna

katılmamış olanlar içinde aynı kanaate sahip katılımcılara (%88,7; kararsız %9) ($X^2=12,435$: $p<0,05$) göre yüksek, kararsızlıkları düşük bulundu.

Benzer şekilde, yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı (%95,2; kararsız %2,5), organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde aynı kanaate sahip olanlara (%88,6; kararsız %9) ($X^2=16,569$: $p<0,05$) göre yüksek, kararsızlıkları düşük bulundu.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içerisinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %93,8, kararsızların %4,2; görüşmelere katılmayanlar içerisinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %92,5, kararsızların %4,8 ($X^2=10,315$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %94,3, kararsızların %3,3; eğitimlere katılmayanlar içerisinde kadavradan yapılan organ naklini destekleyenlerin oranı %91,4, kararsızların %6,6 ($X^2=14,015$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümünün ölüm olarak kabul edilmemesi

Ailelerin beyin ölümünü ölüm olarak kabul etmemeleri nedeniyle organ bağıışını reddettiklerini düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek cinsiyetin kanaatinin daha yüksek kararsızlığının daha düşük olduğu gözlemlendi (E:%89,9; kararsız:%5 / K:%79,7; kararsız:%7,7) ($X^2=17,605$: $p<0,05$).

Beyin ölümü tanısı pratiğı olan katılımcılar içerisinde ailelerin beyin ölümünü ölüm olarak kabul etmemeleri nedeniyle organ bağıışını reddettiklerini düşünenlerin oranı %86,8 , kararsızların %5,3; pratiğı olmayanlar içerisinde ailelerin beyin ölümünü ölüm olarak kabul etmemeleri nedeniyle organ bağıışını reddettiklerini düşünenler %82,9, kararsızların %9,6 ($X^2=11,660$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde ailelerin beyin ölümünü ölüm olarak kabul etmemeleri nedeniyle organ bağıışını reddettiklerini düşünenlerin oranı %86,9, kararsızların %5,4; uygulamamış olanlar içerisinde ailelerin beyin ölümünü ölüm olarak kabul etmemeleri nedeniyle

organ bağışını reddettiklerini düşünenler %87,1, kararsızların %9,5 ($X^2=10,447$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yakın çevrenin şahsın organlarını bağışlamasını olumlu karşılaması

Organlarını bağışladıkları koşulda, çevrelerinin bu duruma olumlu tepki vereceklerini düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda erkek cinsiyetin kararsızlığının daha yüksek olduğu görüldü (E:%63,6; kararsız:%31,4 / K:%61,4; kararsız:%30,9) ($X^2=10,539$: $p<0,05$).

Bu kanaate sahip katılımcıların mezun olduğu tıp fakültelerini kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük, kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %55,5, kararsız:%38,9; Ankara BKM %61,7, kararsız:%30; Antalya BKM %57,5, kararsız:%38,3; Bursa BKM %62,8, kararsız:%32,6; Diyarbakır BKM %44, kararsız:%52; Erzurum BKM %57,2, kararsız:%33,3; İstanbul BKM %73,3, kararsız:%22; İzmir BKM %60, kararsız:%38,7; Samsun BKM %72, kararsız:%16; Yurtdışı %75, kararsız:%25) ($X^2=53,385$: $p<0,05$).

Organlarını bağışladıkları koşulda, çevrelerinin bu duruma olumlu tepki vereceklerini düşünen katılımcılar içinde tıp fakültesi hastanelerinden ihtisas alanların oranı %68,3, kararsızlar %26,7; eğitim araştırma hastanelerinden ihtisas alanların oranı ise %53,8, kararsızlar %37,8 idi.

Beyin ölümü sonrası organ bağışında bulunan yakınları olan katılımcılar içerisinde organlarını bağışladıkları koşulda, çevrelerinin bu duruma olumlu tepki vereceklerini düşünenler %69,4, kararsızlar %22,4; organ bağışında bulunmayan yakınları olan katılımcılar içinde organlarını bağışladıkları koşulda, çevrelerinin bu duruma olumlu tepki vereceklerini düşünenler ise %62,1, kararsızlar %32 olarak saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde organlarını bağışladıkları koşulda, çevrelerinin bu duruma olumlu tepki vereceklerini düşünenlerin oranı %67, kararsızların %27,2; eğitime katılmayanlar içinde organlarını bağışladıkları koşulda, çevrelerinin bu duruma olumlu tepki vereceklerini düşünenlerin oranı %54,8, kararsızların %38,6 ($X^2=14,725$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Para karşılığında organ bağışi legal olsa yapılmasının desteklenmesi

Para karşılığında organ bağışi legal olsa yapılması konusunda katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında her iki cinsiyetin büyük çoğunluğunun bu konuya destek vermediği ancak kadın cinsiyetin olumlu kanaatinin erkek cinsiyete oranla yüksek olduğu görüldü (E:%7,5; kararsız:%16 / K:%13; kararsız:%11,1) ($X^2=13,848$: $p<0,05$).

Devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde, devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenler %68, kararsızların %16,8; organ temin merkezi olmayanlar içinde, devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenler %62,9, kararsızların %15,7 ($X^2=11,126$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %68,1 , kararsızların %16,4; pratiği olmayanlar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenler %62,7, kararsızların %18,1 ($X^2=15,694$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %68,5, kararsızların %15,6; uygulamamış olanlar içerisinde ailelerin devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin %59,6, kararsızların %22,6 ($X^2=13,063$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin oranı (%70,3; kararsız %15,3) bilgi vermemiş olanlara (%57,8; kararsız %20,7) ($X^2=24,385$: $p<0,05$) göre yüksek , kararsızlıkları ise düşük bulundu.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağışi yapan aileleri ödüllendirmesi

gerektiğini düşünenlerin oranı %70,1, kararsızların %13,6; bulunmayan katılımcılar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağış yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %60,2, kararsızların %24,1 ($X^2=16,767$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağış konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağış yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %71,8, kararsızların %14,2; görüşmelere katılmayanlar içerisinde devletin beyin ölümü sonrası organ bağış yapan aileleri ödüllendirmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %60,4, kararsızların %20,3 ($X^2=11,790$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %67,9, kararsızların %14,7; eğitimlere katılmayanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %66, kararsızların %20,3 ($X^2=14,100$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Resmi belgelerin (pasaport, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi v.s.) alınması aşamasında organ bağışının sorgulanması

Çevresinde canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları olan katılımcılar içinde resmi belgelerin alınması aşamasında organ bağışının sorgulanması gerektiğini düşünenlerin oranı (%81,8; kararsız %6,2) canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları olmayanlara (%71,7; kararsız 12,9) ($X^2=11,248$: $p<0,05$) göre yüksek, kararsızlıkları ise düşük bulundu.

İstemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , istemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %43,9, kararsızların %22,6, organ temin merkezi olmayanlar içinde istemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %35,3, kararsızların %26,2 ($X^2=9,718$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde istemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %45,5, kararsızların %21,2;transplantasyon merkezi olmayanlar içinde istemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %33,9, kararsızların %28,6 ($X^2=9,728$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağış konusuındaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içerisinde istemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %46,8, kararsızların %23,7; görüşmelere katılmayanlar içerisinde istemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşının organ bağış listesine eklenmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %34,8, kararsızların %22,9 ($X^2=13,091$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının yüksek olması

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının sosyoekonomik düzeyi düşük ailelere kıyasla daha fazla olduğunu düşünenler %35,2, kararsızlar %34; Apne testi uygulamamış olanlar içerisinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının sosyoekonomik düzeyi düşük ailelere kıyasla daha fazla olduğunu düşünenler %27,3, kararsızlar %51,2 ($X^2=10,482$: $p<0,05$) olarak saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin organ bağış oranına kıyasla daha fazla olduğunu düşünenlerin %36,1, kararsızların %33,7; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içerisinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının sosyoekonomik düzeyi düşük ailelere kıyasla daha fazla olduğunu düşünenlerin %28,9, kararsızların %43,4 ($X^2=14,025$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin organ bağış oranına kıyasla daha fazla olduğunu düşünenlerin %30, kararsızların %36,8; eğitimlere katılmayanlar içerisinde sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin organ bağış oranının

sosyoekonomik düzeyi düşük ailelere kıyasla daha fazla olduğunu düşünenlerin %41,6, kararsızların %36 ($X^2=21,546$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

İhtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebilmesi

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenler %71,9, kararsızların %14,7, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenler %71,5, kararsızların %9,7 ($X^2=9,953$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenlerin oranı %75,8, kararsızların %12,9; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenlerin oranı %80,9, kararsızların %9,5 ($X^2=16,438$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenlerin oranı %79,1, kararsızların %10,9; pratiği olmayanlar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenlerin %68,1, kararsızların %17 ($X^2=10,507$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenler %75,6, kararsızların %12,6; bulunmayan katılımcılar içerisinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenler %81,3, kararsızların %10,2 ($X^2=18,467$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenlerin %77,9, kararsızların %12,3; eğitimlere katılmayanlar içinde ihtiyaç halinde verici adayın ailesinden bağışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli, psikolog, imam gibi gönüllü kişilerin görevlendirilebileceğini düşünenlerin %76,1, kararsızların %11,2 ($X^2=11,742$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organlarını henüz bağışlamamış olup bağışlamayı düşünme

Organlarını henüz bağışlamamış olup bağışlamayı düşünen katılımcıların, mezun olduğu tıp fakültelerini kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük (yurtdışı seçeneğini işaretleyen katılımcı oranının çok düşük olması nedeniyle grup dışı bırakıldığında), kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %63, kararsız: %25,9; Ankara BKM %71,7, kararsız: %11,7; Antalya BKM %72,3, kararsız: %17; Bursa BKM %74,5, kararsız: %16,3; Diyarbakır BKM %52, kararsız: %40; Erzurum BKM %66,6, kararsız: %28,6; İstanbul BKM %79,4, kararsız: %10,7; İzmir BKM %64, kararsız: %25,3; Samsun BKM %76, kararsız: %8; Yurtdışı %25, kararsız: %25) ($X^2=52,074$: $p<0,05$).

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içerisinde organlarını henüz bağışlamamış olup bağışlamayı düşünenlerin oranı (%73,9; kararsız %15), eğitimlere katılmayanlar içerisinde organlarını henüz bağışlamamış olup bağışlamayı düşünenlere (%65,5; kararsız %21,3) ($X^2=11,902$: $p<0,05$) kıyasla yüksek bulundu.

Kendi beyin ölümü gerçekleştiği takdirde yakınlarının organlarını bağışlamasını istemesi

Kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda yakınlarının organlarını bağışlamasını isteyen katılımcıların, mezun olduğu tıp fakültelerini kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük (yurtdışı seçeneğini işaretleyen katılımcı oranının çok düşük olması nedeniyle grup dışı bırakıldığında), kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %79,6, kararsız:%14,8; Ankara BKM %83,4, kararsız:%10; Antalya BKM %74,5, kararsız:%17; Bursa BKM %81,4, kararsız:%16,3; Diyarbakır BKM %56, kararsız:%44; Erzurum BKM %76,2, kararsız:%19; İstanbul BKM %86,6, kararsız:%8;

İzmir BKM %77,3, kararsız:%20; Samsun BKM %88, kararsız:%8; Yurtdışı %50, kararsız:%25) ($X^2=60,132$: $p<0,05$).

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda yakınlarının organlarını bağışlamasını isteyenlerin oranı %82,1, kararsızların %14,1; transplantasyon merkezi olmayanlar kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda yakınlarının organlarını bağışlamasını isteyenlerin oranı %77,4, kararsızların %14,3 ($X^2=11,060$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içinde, kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda yakınlarının organlarını bağışlamasını isteyenlerin oranı (%83,9; kararsız: %11,7), eğitime katılmayanlar içerisinde kendilerinde beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda yakınlarının organlarını bağışlamasını isteyenlere (%74,6; kararsız: %18,8) ($X^2=10,824$: $p<0,05$) kıyasla yüksek bulundu.

Aile onayı olmadan organ bağışında bulunmama

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, ailesinin onayı olmadan organ bağışında bulunmayanlar %13,9, kararsızların %15; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde ailesinin onayı olmadan organ bağışında bulunmayanlar %12,9, kararsızların %19,4 ($X^2=11,809$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde, ailesinin onayı olmadan organ bağışında bulunmayanlar %14,3, kararsızların %15,4; organ temin merkezi olmayanlar içinde, ailesinin onayı olmadan organ bağışında bulunmayanlar %10,1, kararsızların %19,1 ($X^2=16,368$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan ailesinin onayı olmadan organ bağışında bulunmayanların oranı %14,2, kararsızların %13,8; pratiği olmayanlar içerisinde ailesinin onayı olmadan organ bağışında bulunmayanların oranı %10,6, kararsızların %26,6 ($X^2=11,399$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Anne, baba veya kardeşin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlama

Anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünen katılımcıların, mezun olduğu tıp fakültelerini kapsayan BKM'lerin

dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük, kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %59,2, kararsız: %33,3; Ankara BKM %70, kararsız: %21,7; Antalya BKM %63,8, kararsız: %27,7; Bursa BKM %76,8, kararsız:%20,9; Diyarbakır BKM %40, kararsız: %52; Erzurum BKM %71,5, kararsız: %23,8; İstanbul BKM %76,6, kararsız: %18; İzmir BKM %64, kararsız: %30,7; Samsun BKM %84, kararsız: %4; Yurtdışı %50, kararsız: %25) ($X^2=53,673$: $p<0,05$).

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %69,8, kararsızların %24,3; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde , anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %66,9, kararsızların %23,4 ($X^2=10,985$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde, anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %69,9, kararsızların %24,4; organ temin merkezi olmayanlar içinde, anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %65,2, kararsızların %22,5 ($X^2=12,638$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içinde, anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %71,3, kararsızların %23,7; eğitim almayan katılımcılar içinde anne, baba veya kardeşinin beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %65, kararsızların %24,9 ($X^2=9,542$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Kendi eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlama

Eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda erkek cinsiyetin kararsızlığının daha yüksek olduğu görüldü (E:%67; kararsız:%26,9 / K:%72,5; kararsız:%19,8) ($X^2=9,993$: $p<0,05$).

Bu kanaatte olan katılımcıların, mezun olduğu tıp fakültelerini kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en düşük, kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %61,1, kararsız:%29,6;

Ankara BKM %68,3, kararsız:%22,5; Antalya BKM %63,9, kararsız:%27,7; Bursa BKM %72,1, kararsız:%25,6; Diyarbakır BKM %40, kararsız:%52; Erzurum BKM %71,5, kararsız:%23,8; İstanbul BKM %77,3, kararsız:%17,3; İzmir BKM %65,3, kararsız:%32; Samsun BKM %84, kararsız:%4; Yurtdışı %50, kararsız:%25) ($X^2=54,175$: $p<0,05$).

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %68,9, kararsızların %25; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde, eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %69,3, kararsızların %21,8 ($X^2=12,247$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde, eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %69,7, kararsızların %24,6; organ temin merkezi olmayanlar içinde, eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %65,2, kararsızların %22,5 ($X^2=14,703$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağışi konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içerisinde eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %73, kararsızların %22,3; görüşmelere katılmayanlar içerisinde eşinin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %63, kararsızların %27,3 ($X^2=11,254$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Çocuğunun beyin ölümü sonrası organlarını bağışlama

Mezun oldukları tıp fakültesi transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, çocuğunun beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %61,4, kararsızların %30,2; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde, çocuğunun beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %66,1, kararsızların %20,2 ($X^2=27,066$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Birinci derece aile yakınlarının canlı donör olmasını destekleme

Çevresinde canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları olan katılımcılar içinde birinci derece aile üyelerinin canlı bağışçı olmasını destekleyenlerin oranı (%73,8; kararsız %19,3), canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları

olmayan katılımcılara (%62,7; kararsız %30,2) ($X^2=9,639$: $p<0,05$) kıyasla yüksek, kararsızlıkları düşük bulundu.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde birinci derece aile üyelerinin canlı bağışçı olmasını destekleyenlerin oranı %67, kararsızların %24,1; bulunmayan katılımcılar içerisinde birinci derece aile üyelerinin canlı bağışçı olmasını destekleyenlerin oranı %63,9, kararsızların %33,1 ($X^2=14,831$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içinde, birinci derece aile üyelerinin canlı bağışçı olmasını destekleyenlerin oranı %70,1, kararsızların %22,3; eğitim almayan katılımcılar içinde birinci derece aile üyelerinin canlı bağışçı olmasını destekleyenlerin oranı %58,9, kararsızların %35 ($X^2=10,850$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Anne, baba ve kardeşte organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlama

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde anne, baba ve kardeşte organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %90,4 , kararsızların %9,1; pratiği olmayanlar içerisinde anne, baba ve kardeşte organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %89,4, kararsızların %7,4 ($X^2=10,349$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içerisinde anne, baba ve kardeşte organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %91, kararsızların %8,5; uygulamamış olanlar içerisinde anne, baba ve kardeşte organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %85,7, kararsızların %10,7 ($X^2=12,191$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlama

Eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünen katılımcıların, ihtisas aldığı kurumu kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin olumlu kanaatinin en

düşük, kararsızlığının en yüksek olduğu görüldü (Adana BKM %89,5, kararsız:%5,3; Ankara BKM %88,5, kararsız:%10,6; Antalya BKM %88,6, kararsız:%11,4; Bursa BKM %88,4, kararsız:%9,3; Diyarbakır BKM %78,6, kararsız:%21,4; Erzurum BKM %81,3, kararsız:%18,8; İstanbul BKM %84,7, kararsız:%13,2; İzmir BKM %86,5, kararsız:%10,2; Samsun BKM %84,6, kararsız:%0) ($X^2=48,162$: $p<0,05$).

Çevresinde canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları olan katılımcılar içinde eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı (%90,9; kararsız %8), canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları olmayan katılımcılara (%84; kararsız %13,4) ($X^2=13,819$: $p<0,05$) kıyasla yüksek, kararsızlıkları düşük bulundu.

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %85,7, kararsızların %13,9, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin %86,5, kararsızların %10 ($X^2=14,625$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %88,2, kararsızların %11,8, organ temin merkezi olmayanlar içinde eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %82,8, kararsızların %11,5 ($X^2=13,522$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %87,1, kararsızların %11,9; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %84, kararsızların %11,3 ($X^2=11,944$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alan katılımcılar içinde, eşinde organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %87,5, kararsızların %10,6; eğitim almayan katılımcılar içinde eşinde organ

yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %83,8, kararsızların %13,7 ($X^2=12,031$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlama

Çocuğunun beyin ölümlü sonrası organlarını bağışlamayı düşünönlörün katılımönlörün cinsiyet dağılımına baktığımızda erkek cinsiyetin kararsızlığının daha yüksek olduğu göröldü (E:%96,9; kararsız:%2,5 / K:%96,2; kararsız:%1,9) ($X^2=13,064$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımönlörün içinde , çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %97,2, kararsızların %2, organ temin merkezi olmayanlar içinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %94,3, kararsızların %3,3 ($X^2=10,234$: $p<0,05$) olduğu göröldü.

Beyin ölümlü tanısı pratiği olan katılımönlörün içinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %97,4, kararsızların %1,7; pratiği olmayanlar çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %92,5, kararsızların %5,3 ($X^2=18,183$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümlü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımönlörün içinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %97,5, kararsızların %1,9; uygulamamış olanlar içinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı %91,7, kararsızların %4,8 ($X^2=26,200$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümlü gerçökleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımönlörün içinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünönlörün oranı (%98,1; kararsız %1,4) bilgi vermemiş olanlara (%92,2; kararsız %5) ($X^2=16,815$: $p<0,05$) göre yüksek , kararsızlıkları ise düşük bulundu.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içerisinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %98, kararsızların %1,5; bulunmayan katılımcılar içerisinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %93,4, kararsızların %4,2 ($X^2=12,688$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %99,4, kararsızların %0,6; görüşmelere katılmayanlar içerisinde çocuğunda organ yetersizliği meydana geldiğinde canlı donör olarak kendi organlarını bağışlamayı düşünenlerin oranı %92,5, kararsızların %4,8 ($X^2=21,685$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %97,5, kararsızların %1,6; eğitimlere katılmayanlar içerisinde dini inanışlarının organ bağışlamaya engel olmadığını düşünenlerin oranı %95, kararsızların %3,6 8 ($X^2=16,842$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağıışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almayı isteme

Çevresinde canlı donör olarak organ bağıışında bulunan yakınları olan katılımcılar içinde organ bağıışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı %67,6, kararsızların %26,7; canlı donör olarak organ bağıışında bulunan yakınları olmayan katılımcılar içinde organ bağıışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı %60,1, kararsızların %24,2 ($X^2=16,974$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çevresinde organ nakli bekleyen yakınları olan katılımcılar içinde organ bağıışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı (%75; kararsız %20,2), organ nakli bekleyen yakınları olmayan katılımcılara (%59,6; kararsız %26,1) ($X^2=11,246$: $p<0,05$) kıyasla yüksek, kararsızlıkları düşük bulundu.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde organ bağıışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı %65,9, kararsızların %22,4; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde organ bağıışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı %54,2, kararsızların %31,3 ($X^2=20,121$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde organ bağışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı (%70; kararsız %19,6) görüşmelere katılmayanlara kıyasla (%51,1; kararsız %33) ($X^2=34,044$: $p<0,05$) daha yüksek bulundu.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde organ bağışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı %69, kararsızların %19,3; eğitimlere katılmayanlar içinde organ bağışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isteyenlerin oranı %50,2, kararsızların %35,5 ($X^2=35,174$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkilemesi

Alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirten katılımcıların, yaş gruplarına göre değerlendirilmesi sonrasında 30-39 yaş grubunun olumlu kanaatinin, 20-29 yaş grubunun ise kararsızlığının daha yüksek olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %27,6 ve kararsız %39,4; 30-39 yaş grubu için %30 ve kararsız %19,2; 40-49 yaş grubu için için %24 ve kararsız %12,3; 50<+ yaş grubu için %19,6 ve kararsız % 23,5) ($X^2=45,839$: $p<0,05$).

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %27, kararsızların %18,5; pratiği olmayanlar içinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirten katılımcıların oranı %26,6, kararsızların %37,2 ($X^2=18,713$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %26,5, kararsızların %19,6; uygulamamış olanlar içinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %29,7, kararsızların %33,3 ($X^2=11,377$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %26,2, kararsızların %17,9 bilgi vermemiş olanlar içerisinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %29,3, kararsızların %32,9 ($X^2=19,097$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde alıcı kimliğinin organ bağışı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %25,6,

kararsızların %20,4; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde alıcı kimliğinin organ bağışısı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %30,1, kararsızların %24,7 ($X^2=11,129$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışısı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde alıcı kimliğinin organ bağışısı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %24,7, kararsızların %19,9; görüşmelere katılmayanlar içinde alıcı kimliğinin organ bağışısı kararını etkileyeceğini belirtenlerin %30,4, kararsızların %24,2 ($X^2=22,299$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde alıcı kimliğinin organ bağışısı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %24,8, kararsızların %18,8; eğitime katılmayanlar içinde alıcı kimliğinin organ bağışısı kararını etkileyeceğini belirtenlerin oranı %30,9, kararsızların %26,9 ($X^2=18,074$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder

“Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı veren katılımcıların, yaş gruplarına göre değerlendirilmesi sonrasında yaşla birlikte doğru yanıtı verenlerin oranında artış olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %53,2; 30-39 yaş grubu için %65,2; 40-49 yaş grubu için için %74; 50<+ yaş grubu için %70,6) ($X^2=12,86$: $p<0,05$).

Çevresinde organ yetmezliği olan yakınları bulunan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%71,8), organ yetmezliği olan yakınları bulunmayan katılımcılara (%63,1) ($X^2=4,104$: $p<0,05$) kıyasla yüksek bulundu.

Çevresinde organ nakli olmuş yakınları bulunan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %72,5; organ nakli olmuş yakınları olmayan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %62,8 ($X^2=4,944$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çevresinde canlı donör olarak organ bağışısında bulunan yakınları olan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü

olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %73,3; canlı donör olarak organ bağışında bulunan yakınları olmayan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %62,4 ($X^2=6,419$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%70,2) pratiği olmayanlara(%43,6) kıyasla ($X^2=24,615$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %68,3; uygulamamış olanlar “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %51,2 ($X^2=9,333$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %71 bilgi vermemiş olanlar “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %50 ($X^2=20,601$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %69,1; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcutt mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %54,9 ($X^2=9,174$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %70,1; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %55,4 ($X^2=11,213$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %70,3; görüşmelere katılmayanlar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %59 ($X^2=7,688$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %72,2; eğitimlere katılmayanlar içinde “Ülkemizde mevcut mevzuat beyin ölümünün tüm beyin ölümü olduğunu kabul eder.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %53,8 ($X^2=19,280$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir

“Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna yanıt veren katılımcıların, yaş gruplarına göre değerlendirilmesi sonrasında yaşla birlikte doğru yanıtı verenlerin oranında artış olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %20,2; 30-39 yaş grubu için %35,2; 40-49 yaş grubu için %50; 50+ yaş grubu için %51) ($X^2=28,63$: $p<0,05$).

Çevresinde organ nakli bekleyen yakınları bulunan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %35,7; organ nakli bekleyen yakınları olmayan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %47,1 ($X^2=4,742$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %40, organ temin merkezi olmayanlar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %29,5 ($X^2=4,517$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna

doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%40,9) pratiği olmayanlara(%22,3) kıyasla ($X^2=11,420$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%39,8), uygulamamış olanlara (%26,2) kıyasla ($X^2=5,627$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %41,7 bilgi vermemiş olanlar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %25,7 ($X^2=11,508$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %42; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %24,1 ($X^2=13,910$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %40,7; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %30,7 ($X^2=4,965$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %43; görüşmelere katılmayanlar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %30 ($X^2=9,859$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %44,1; eğitimlere katılmayanlar içinde “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %25,9 ($X^2=18,172$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir

“Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna yanıt veren katılımcıların yaş gruplarına göre değerlendirilmesi sonrasında yaşla birlikte doğrudur yanıtı verenlerin oranında artış olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %20,2; 30-39 yaş grubu için %39,2; 40-49 yaş grubu için %46,8; 50<+ yaş grubu için %51) ($X^2=23,24$: $p<0,05$).

“Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna yanıt veren katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda doğrudur yanıtı verenler içinde kadın cinsiyetin daha fazla olduğu görüldü (E:%35/ K:%44,9) ($X^2=5,431$: $p<0,05$).

Çevresinde organ nakli bekleyen yakınları bulunan katılımcılar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %52,9; organ nakli bekleyen yakınları olmayan katılımcılar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %35,4 ($X^2=10,892$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%41,3) pratiği olmayanlara(%25,5) kıyasla ($X^2=8,189$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %42,7, bilgi vermemiş olanlar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli

2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %26,4 ($X^2=11,735$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %42,2; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %30,1 ($X^2=7,222$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışi konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %46,3; görüşmelere katılmayanlar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %27,3 ($X^2=20,602$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %45,8; eğitimlere katılmayanlar içinde “Organ ve Doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %25,4 ($X^2=22,489$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü klinik bir tanıdır

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %85,4, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin %77,4 ($X^2=5,308$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%40,9) pratiği olmayanlara(%22,3) kıyasla ($X^2=11,420$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı (%84,4), uygulamamış olanlara (%75) kıyasla ($X^2=4,449$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %85,4 bilgi vermemiş olanlar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %75,7 ($X^2=6,958$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %86,3; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %72,2 ($X^2=14,368$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %85,9; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %75,9 ($X^2=8,337$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %85,8; görüşmelere katılmayanlar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %78,9 ($X^2=4,575$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir

“Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir.” sorusuna yanıt veren katılımcıların, çalıştığı kurumu kapsayan BKM’lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Erzurum BKM’nin doğrudur yanıtının en düşük olduğu görüldü (Adana BKM %68,8; Ankara BKM %75,8, Antalya BKM %91,3; Bursa BKM %60,6; Diyarbakır BKM %76,9; Erzurum BKM %50; İstanbul BKM %72,9; İzmir BKM %86; Samsun BKM %80) ($X^2=15,482$: $p<0,05$).

“Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir.” sorusuna yanıt veren katılımcıların, ihtisas aldığı kurumu kapsayan BKM’lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Samsun BKM’nin doğrudur yanıtının en düşük olduğu görüldü (Adana BKM %67,9; Ankara BKM %81,1; Antalya BKM %86,8; Bursa BKM %68,9; Diyarbakır BKM %61,5; Erzurum BKM %73,3; İstanbul BKM %76,5; İzmir BKM %88,5; Samsun BKM %60) ($X^2=17,189$: $p<0,05$).

Çevresinde beyin ölümü sonrası organ bağışında bulunan yakınları olan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %89,8; beyin ölümü sonrası organ bağışında bulunan yakınları olmayan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %75,3 ($X^2=5,216$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

İhtisas yaptıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %73,2; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde “Beyin ölümü klinik bir tanıdır; hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir.” sorusuna doğrudur yanıtı verenlerin oranı %84,5 ($X^2=8,389$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Beyin ölümü tanısı biri Nörolog veya Nöroşirurji uzmanı, biri de Anesteziyoloji ve Reanimasyon veya Yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulur

18 Ocak 2014 tarih ve 28886 sayılı kanun değişikliği ile beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda 40-49 yaş grubunun doğru cevap oranının en yüksek olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %72,5; 30-39 yaş grubu için %82; 40-49 yaş grubu için %89; 50+ yaş grubu için %80,4) ($X^2=11,79$: $p<0,05$).

Beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilen katılımcıların, çalıştığı kurumu kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Erzurum BKM'nin doğru yanıtının en düşük olduğu görüldü (Adana BKM %92,9; Ankara BKM %82,4; Antalya BKM %84,9; Bursa BKM %90,5; Diyarbakır BKM %76,9; Erzurum BKM %60; İstanbul BKM %77,8; İzmir BKM %92,3; Samsun BKM %68) ($X^2=21,049$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %86,5, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %78,4 ($X^2=6,229$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %83,9, organ temin merkezi olmayanlar içinde beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %74,6 ($X^2=5,638$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı (%84,9) pratiği olmayanlara (%67) kıyasla ($X^2=16,890$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı (%83,5), uygulamamış olanlara (%72,6) kıyasla ($X^2=5,757$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %84,7; bilgi vermemiş olanlar içinde beyin ölümü tanısının biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulduğunu bilenlerin oranı %73,6 ($X^2=8,751$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısı

Tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda erkek cinsiyetin daha yüksek orana sahip olduğu görüldü (E:%70,6 / K:%60,9) ($X^2=5,599$: $p<0,05$).

Tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünen katılımcıların, çalıştığı kurumu kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Erzurum BKM'nin en yüksek orana sahip olduğu görüldü (Adana BKM %42,9; Ankara BKM %64,9; Antalya BKM %52,8; Bursa BKM %63,5; Diyarbakır BKM %61,5; Erzurum BKM %86,7; İstanbul BKM %71,7; İzmir BKM %75; Samsun BKM %72) ($X^2=19,684$: $p<0,05$).

Tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünen katılımcılar, çalıştıkları kurumların niteliğine göre değerlendirildiğinde devlet hastanelerinin en yüksek orana sahip olduğu görüldü (Özel hastane %73,8; Devlet hastanesi %76,3; Eğitim ve Araştırma hastanesi %70,1; Tıp fakültesi hastanesi %57,1; Vakıf üniversitesi hastanesi %71,4) ($X^2=15,272$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünenlerin oranı %60, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünenlerin oranı %72,4 ($X^2=9,661$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünenlerin oranı %64,1; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar

tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünenlerin oranı %74,1 ($X^2=5,328$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünenlerin oranı %62,9; eğitimlere katılmayanlar içinde tüm Avrupa ülkelerinde beyin ölümü tanısının aynı kriterlerle konulduğunu düşünenlerin oranı %74,6 ($X^2=7,907$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Derin tendon reflekslerinin alınması

Derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünen katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda kadın cinsiyetin daha yüksek orana sahip olduğu görüldü (E:%76,5 / K:%84,1) ($X^2=4,588$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı %86,5, transplantasyon merkezi olmayanlar içinde derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı %78,4 ($X^2=6,229$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde , derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı %81,4, organ temin merkezi olmayanlar içinde derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı %71,3 ($X^2=5,975$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı (%80,9) pratiği olmayanlara (%71,3) kıyasla ($X^2=4,368$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı %81,7; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı %71,4 ($X^2=6,485$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde derin tendon reflekslerinin alınmasının beyin ölümünü ekarte ettirmediğini düşünenlerin oranı (%82,6), eğitimlere katılmayanlara (%73,1) kıyasla ($X^2=6,985$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı (%96) pratiği olmayanlara (%85,1) kıyasla ($X^2=16,743$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı (%95,8), uygulamamış olanlara (%84,5) kıyasla ($X^2=16,599$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı %96; bilgi vermemiş olanlar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı %88,6 ($X^2=10,517$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışi konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı %95,8; görüşmelere katılmayanlar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı %91,6 ($X^2=4,376$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı %95,6; eğitimlere katılmayanlar içinde Apne testi için normovolemi, normotansiyon, normotermi koşullarının sağlanması gerektiğini bilenlerin oranı %91,4 ($X^2=4,242$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa pozitif kabul edilmesi

28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda yaşla birlikte doğru cevap oranında artış olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %85,3; 30-39 yaş grubu için %94; 40-49 yaş grubu için %94,8; 50<+ yaş grubu için %96,1) (X²=11,30 : p<0,05)

Çevresinde organ yetmezliği olan yakınları bulunan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %96; organ yetmezliği olan yakınları bulunmayan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %91,3 (X²=3,934 : p<0,05) olduğu görüldü.

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %90,2; transplantasyon merkezi olmayanlar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %94,7 (X²=4,101 : p<0,05) olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi PaCO₂ ≥ 60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan

solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı (%96,4) pratiği olmayanlara (%74,5) kıyasla ($X^2=55,808$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı (%95,8), uygulamamış olanlara (%75) kıyasla ($X^2=46,029$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %95,8; bilgi vermeyenler içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %83,6 ($X^2=23,175$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %95,1; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %85 ($X^2=15,580$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %95,5; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine

rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %86,1 ($X^2=15,136$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğı Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %95,8; görüşmelere katılmayanlar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğı Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı %88,1 ($X^2=12,054$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde 28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğı Ek 1'e göre; Apne testi $PaCO_2 \geq 60$ mmHg ve/veya $PaCO_2$ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa, pozitif kabul edildiğini bilenlerin oranı (%95,9), eğitimlere katılmayanlara (%86,8) kıyasla ($X^2=15,785$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi

Beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda, 40-49 yaş grubu doğru cevap oranının en yüksek olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %64,2; 30-39 yaş grubu için %71,6; 40-49 yaş grubu için %81,2; 50<+ yaş grubu için %72,5) ($X^2=9,697$: $p<0,05$)

Beyin ölümü tanısı pratiğı olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilenlerin oranı (%76) pratiğı olmayanlara (%57,4) kıyasla ($X^2=13,577$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik

tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilenlerin oranı %76,4; bilgi vermeyen katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilenlerin oranı %62,1 ($X^2=10,845$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilenlerin oranı %74,9; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilenlerin oranı %66,2 ($X^2=3,960$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklendiğini bilenlerin oranı (%75,7), eğitime katılmayanlara (%67,5) kıyasla ($X^2=4,399$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi

Beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda, 40-49 yaş grubu doğru cevap oranının en yüksek olduğu görüldü (20-29 yaş grubu için %59,6; 30-39 yaş grubu için %65,6; 40-49 yaş grubu için %77,9; 50<+ yaş grubu için %76,5) ($X^2=12,82$: $p<0,05$)

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranının

(%71,7); organ temin merkezi olmayanlara (%58,2) kıyasla ($X^2=8,144$: $p<0,05$) yüksek olduğu gözlemlendi.

Mezun oldukları tıp fakültesi hastanesi transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı (%70,9); organ temin merkezi olmayanlara (%57,3) kıyasla ($X^2=6,500$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı (%72,1) pratiği olmayanlara (%52,1) kıyasla ($X^2=14,596$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı (%71,5), uygulamamış olanlara (%53,6) kıyasla ($X^2=10,654$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı %73,3; bilgi vermeyenler içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı %55 ($X^2=16,507$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı %72,1; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde beyin ölümü

tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı %60 ($X^2=6,927$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışi konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı %74,8; görüşmelere katılmayanlar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı %59,9 ($X^2=13,962$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde beyin ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişimden devam ettiğinin gözlenmesi gerektiğini bilenlerin oranı (%73,6), eğitime katılmayanlara (%59,9) kıyasla ($X^2=11,160$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için bekleme gereke kalmaması

Klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için bekleme gereke kalmadığını bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda, yaşla birlikte doğru cevap oranının arttığı görüldü (20-29 yaş grubu için %63,3; 30-39 yaş grubu için %78,8; 40-49 yaş grubu için %89; 50<+ yaş grubu için %92,2) ($X^2=31,39$: $p<0,05$)

Klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için bekleme gereke kalmadığını bilen katılımcılar, çalıştıkları kurumların niteliğine göre değerlendirildiğinde vakıf üniversitesi hastanelerinin en yüksek orana sahip olduğu görüldü (Özel hastane %88,1; Devlet

hastanesi %84,2; Eğitim ve Araştırma hastanesi %79,3; Tıp fakültesi hastanesi %74,4; Vakıf üniversitesi hastanesi %95,2) ($X^2=9,986$: $p<0,05$).

Çevresinde organ yetmezliği olan yakınları bulunan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %85,4; organ yetmezliği olan yakınları bulunmayan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %77,4 ($X^2=4,760$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Çevresinde organ nakli bekleyen yakınları bulunan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %88,5; organ nakli bekleyen yakınları bulunmayan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %77,8 ($X^2=5,949$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Mezun oldukları tıp fakültesi hastanesi transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı (%81,3); organ temin merkezi olmayanlara (%71,9) kıyasla ($X^2=4,066$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı (%84,7) pratiği olmayanlara (%55,3) kıyasla ($X^2=41,875$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir

destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı (%84,8), uygulamamış olanlara (%51,2) kıyasla ($X^2=50,049$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %85,1; bilgi vermeyenler içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %63,6 ($X^2=30,364$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %83,8; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %66,9 ($X^2=17,875$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %83,2; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %71,7 ($X^2=9,571$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %86,9; görüşmelere katılmayanlar içinde

beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı %69,2 ($X^2=26,590$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmadığını bilenlerin oranı (%85,8), eğitimlere katılmayanlara (%68,5) kıyasla ($X^2=23,798$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabilmesi

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranının (%90,3); organ temin merkezi olmayanlara (%82,8) kıyasla ($X^2=5,324$: $p<0,05$) yüksek olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı (%90,2) pratiği olmayanlara (%80,9) kıyasla ($X^2=6,824$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı %90,7; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı %82 ($X^2=7,761$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı %90,5; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı %84,3 ($X^2=4,354$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağışi konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı %92,6; görüşmelere katılmayanlar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni

grekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı %82,8 ($X^2=12,849$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde korneanın aksi beyan olmadığı sürece aile izni grekmeksizin alınabildiğini bilenlerin oranı (%91), eğitime katılmayanlara (%84,3) kıyasla ($X^2=5,796$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Çapraz nakilin, canlı uyumsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü olması

Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda, yaşla birlikte doğru cevap oranının arttığı görüldü (20-29 yaş grubu için %63,3; 30-39 yaş grubu için %62,8; 40-49 yaş grubu için %75,3; 50<+ yaş grubu için %86,3) ($X^2=15,90$: $p<0,05$)

Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilen katılımcıların, çalıştığı kurumu kapsayan BKM'lerin dağılım oranlarına bakıldığında, Diyarbakır BKM'nin en düşük orana sahip olduğu görüldü (Adana BKM %75; Ankara BKM %63,5; Antalya BKM %83; Bursa BKM %78,4; Diyarbakır BKM %46,2; Erzurum BKM %73,3; İstanbul BKM %63,9; İzmir BKM %69,2; Samsun BKM %76,4) ($X^2=15,569$: $p<0,05$).

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %73,1; transplantasyon merkezi olmayan katılımcılar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenler %64,9 ($X^2=4,283$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %71,9; organ temin merkezi olmayanlar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle

yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %55,7 ($X^2=11,628$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı (%70,2) pratiği olmayanlara (%59,6) kıyasla ($X^2=4,104$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %71,5; bilgi vermeyenler içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %59,3 ($X^2=7,225$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %71,9; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %57,1 ($X^2=10,283$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %71,8; görüşmelere katılmayanlar içinde Çapraz nakili (canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü) doğru olarak bilenlerin oranı %63,4 ($X^2=4,403$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilmesi

Canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilen katılımcıların yaş dağılımına baktığımızda, yaşla

birlikte doğru cevap oranının arttığı görüldü (20-29 yaş grubu için %45; 30-39 yaş grubu için %53,6; 40-49 yaş grubu için %60,4; 50<+ yaş grubu için %64,7) ($X^2=8,374$: $p<0,05$)

Çalıştıkları hastane transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %62; transplantasyon merkezi olmayan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %49,2 ($X^2=9,201$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Çalıştıkları hastane transplantasyon için organ temin merkezi olan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %58,4; organ temin merkezi olmayanlar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %41,8 ($X^2=10,595$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Beyin ölümü tanısı pratiği olan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı (%57) pratiği olmayanlara (%43,6) kıyasla ($X^2=5,682$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü tanısı amacıyla Apne testi uygulamış olan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı (%56,9), uygulamamış olanlara (%42,9) kıyasla ($X^2=5,671$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bizzat bilgi veren katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile

dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %57,8; bilgi vermeyenler içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %45,7 ($X^2=6,189$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ nakli operasyonunda görev alan katılımcılar içerisinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %58; organ nakli operasyonunda görev almayan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %44,4 ($X^2=7,638$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Yoğun bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulunan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %57,5; organ nakli olmuş hasta takibinde bulunmayan katılımcılar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %48,2 ($X^2=4,130$: $p<0,05$) olduğu görüldü.

Organ bağıışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katılanlar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %59,1; görüşmelere katılmayanlar içinde canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabildiğini doğru olarak bilenlerin oranı %48,5 ($X^2=6,144$: $p<0,05$) olduğu saptandı.

Akraba dışı canlıdan organ naklinin, naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirilmesi

İhtisas yaptıkları hastane bir transplantasyon merkezi olan katılımcılar içinde, akraba dışı canlıdan organ naklinin, naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirildiğine doğru yanıtı verenlerin oranı %71; transplantasyon merkezi olmayan katılımcılar içinde akraba dışı canlıdan organ naklinin, naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirildiğine doğru yanıtı verenlerin oranı %60,7 ($X^2=5,681$: $p<0,05$) olduğu gözlemlendi.

Organ nakli ile ilgili eğitim alanlar içinde akraba dışı canlıdan organ naklinin, naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirildiğine doğru yanıtı verenlerin oranı (%71,9), eğitimlere katılmayanlara (%60,4) kıyasla ($X^2=7,818$: $p<0,05$) yüksek bulundu.

Türkiye’de kadavradan yapılan organ bağışlarının canlıdan yapılan bağışlara kıyasla daha az olması

“Türkiye’de kadavradan yapılan organ bağışlarının canlıdan yapılan bağışlara kıyasla az olmasının sebebi nedir?” sorusuna cevap veren katılımcıların oranı %70,6 idi. Bu katılımcılar verilen cevaplar doğrultusunda 8 gruba ayrılmıştır.

1. “Ailelerin dinin engel olduğunu düşünmesi”, “İslamiyette kabir azabı ve ölüm tasvirleri nedeniyle ölünün de fiziksel acı çektiğine inanma”, “Dini açıdan organ nakli konusunu diyanet dışındaki grupların uygun görmemesi” şeklinde katılımcıların büyük çoğunluğunun (%43,8) kadavradan yapılan organ bağışlarının yetersiz olmasını dini sebeplere bağladığı gözlemlendi.
2. Eğitim düzeyi düşük olan hasta yakınlarının kadavradan yapılan organ bağışını etkilediğini düşünen katılımcıların oranı %27,9 olarak saptandı. Eğitim yetersizliği ile ilgili “Eğitim sistemi içinde yeterli yer verilmemesi”, “Ailelerin eğitim düzeylerinin düşük olması”, “Beyin ölümü hakkında halkın bilgisinin yetersiz olması” şeklinde yanıtlar alındı.
3. “Konuyu halka iyi anlatamadığımızı ve onları ikna edemediğimizi düşünüyorum. Ayrıca bunu anlatamadığımız hekimlerde az da olsa

var.”, “Yoğun bakım sürecinde hasta yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi”, “Beyin ölümü bilgisinin ailelere yeterince aktarılamaması”, “ yanlış bilgilendirme” şeklinde yetersiz ve yanlış bilgilendirme nedeniyle kadavradan yapılan organ bağışının canlıdan yapılanlara kıyasla az olduğunu düşünen katılımcıların oranı %16,6 idi.

4. Sağlık çalışanlarının beyin ölümü tanısı koyamaması veya beyin ölümü tanısının gecikmesine sebep olması nedeniyle kadavradan bağışların yetersiz olduğunu düşünen katılımcıların oranı %5,5 olarak saptandı.
5. Kadavradan yapılan organ bağışlarının canlıdan yapılanlara kıyasla düşük olmasının nedenlerinden birinin sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik olduğunu düşünen katılımcılar %6,3 oranında saptandı. (“Temel problem hasta yakınlarının sisteme, doktora olan güvenlerini kaybetmiş olmasıdır.”, “Aileler beyin ölümünü kabul etmiyor, hastalarının küçük bir ihtimal bile olsa yaşayacağını ve doktorların sırf organlarını almak için beyin ölümü gerçekleştiğini söylediğini düşünüyor.”)
6. “Kadavranın kendilerine bütün olarak verileceğini düşünmemeleri”, vücut bütünlüğünün bozulacağı korkusunun, kadavradan organ bağışını olumsuz yönde etkilediğini düşünen katılımcıların oranı %7,5 olarak saptandı.
7. “Ailelerin beyin ölümünün anlamını bilmemeleri, kalp atıyorsa yaşadığını düşünmeleri.”, “ Beyin ölümünün ölüm olarak kabul edilmemesi, beyin ölümünün komayla karıştırılması , medyadaki ‘Yıllar sonra uyanan yoğun bakım hastası.’ tarzındaki haberler” v.b. şekilde beyin ölümünün ölüm olarak kabul edilmemesinin kadavradan yapılan organ bağışını azalttığını düşünen katılımcıların oranının % 7,5 olduğu gözlemlendi.
8. Bunların yanısıra, organın verileceği kişiyi tanımama (“ Sanırım bir parçamızın tanımadığımız birinde yaşama fikrine açık değilim, şahsen ben değilim.”, “Organ alacak kişinin vericinin organıyla kötülük yapabileceği endişesi”), organ nakli konusunun aile içinde konuşulmamış olması (“Çoğu kişinin yaşarken organ bağışında bulunmamış olması, ailede daha önceden bu tür konuların

konusulmamış ve bir karara bağlanmamış olması’), empati yoksunluğu (“Ailenin yakın çevresinde organ nakli bekleyen kişilerin olmaması”), yasal mevzuatın yetersiz oluşu (“Hukuksal ölüm tarifinin açık olmaması”) medyanın olumsuz etkisi (“Medyada çıkan ‘10yıdır bitkisel hayattaydı,uyandı’ türü haberler hasta yakınlarında kuşku yaratıyor.”), yakınların ölüm anındaki duygudurumu v.b. katılımcıları, kadavradan yapılan organ nakillerini olumsuz yönde etkilediğini düşündüren diğer nedenler arasındadır.

Kadavradan organ nakillerini arttırmann yolları

“Kadavradan organ nakillerini arttırmak amacıyla neler yapılabilir?” sorusuna yanıt veren katılımcıların oranı %64,6 olarak tespit edildi. Verilen cevaplar 7 gruba ayrıldı.

1. Kadavradan organ nakillerinin halk eğitim ve bilgilendirme çalışmaları sonucu artacağı düşüncesinde olan katılımcıların çoğunluğu (%54,1) oluşturduğu görüldü. (“Okullarda ders şeklinde anlatılmalı.”, “Halk eğitimleri yapılabilir.”, “Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi beyin ölümünün geri dönüşsüz bir olay olduğunun anlatılması gerekir.”)
2. Din görevlilerinin beyin ölümü ve organ nakli konusundaki eğitilmeleri, organ bağıışı sürecine aktif olarak katılmaları ve organ naklinin dini yönden sakıncalı olmadığı konusunda fikir birliği sağlanmasının kadavradan organ nakillerini arttıracaklarını düşünen katılımcılar %21,4 oranında tespit edildi. (“Özellikle doğu ve güneydoğuda dini sıkıntılardan dolayı donör az çıkmaktadır. Bu bölgelerde müftülerin konuşması yeterli olmuyor. Halk şeyhlere, mahalle ve köy imamlarına itibar etmektedir.”, “Dini temsilcilerin de bizim ülkemizde organ talebi sırasında bulunmaları mantıklı olabilir.”)
3. Sosyal medyada organ bağıışı yönünde olumlu paylaşım ve kampanyaların, afiş, poster, gazete, dergi, kadın programları, dizi, film gibi görsel yayınların yanında ilgili radyo yayınlarının kadavradan organ bağıışını olumlu yönde etkileyeceğini düşünen

katılımcıların oranı % 25 olarak saptandı. (“Basında iyi yönde ve doğrultuda haberler arttırılmalı, RTÜK bunu ödüllendirilmeli. Aksi haberler RTÜK tarafından engellenip cezalandırılmalı.”, “Kadavradan yapılan organ nakilleriyle hayata dönmüş hastaların belgesellerini çekip tvde, sosyal medyada yayınlanması.”)

4. “Kanunda değişiklik yapılabilir. Şöyleki; yazılı olarak organların alınmasını diye belirtilmediyse herkesin organı alınmalı”, “Organ bağışının normal yaşam sırasında kabul edilmesini sağlayan yasal düzenlemeler”, “İran ve İspanya örneği alınabilir. Bu konuda yasal düzenlemeler yapılmalıdır.”, “Her kişinin organ bağışına izin verip vermediği kayıt altına alınmalı ve ölüm halinde yakınları devreden çıkarılmalı.” benzeri yasal düzenlemelerin kadavradan organ nakillerini arttıracaklarını düşünen katılımcıların oranı %10.1 idi.
5. Başta yoğun bakım çalışanları olmak üzere, beyin ölümü ve organ nakline yönelik sağlık personeli eğitimlerinin artırılması ve yaygınlaşmasının kadavradan yapılan organ nakillerini arttıracaklarını düşünen katılımcılar %9,44 oranında tespit edildi. (“Yoğun bakım unitelerinde çalışanları beyin ölümü tespiti konusunda desteklemek ve bu vakaların atlanmasını önlemek gerekir.”, “ Öncelikle hekimler eğitilmeli. Beyin ölümü tanısı konulmuş hasta için ‘Allahtan ümit kesilmez’ yorumu yapan hekimlerimiz var.”)
6. “Donör ailelere bazı haklar verilebilir.”, “Beyin ölümü tespit eden klinikler ödüllendirilmeli, organ bağışı yapan aile ve bireyler devlet ve basın aracılığıyla maddi ve manevi yönden desteklenmeli.” şeklinde ödüllendirme yönteminin kadavradan yapılan organ nakillerini arttıracakları görüşünü paylaşan katılımcıların oranı %7.6 olarak saptandı.
7. “Organ bekleyen insanların sıkıntılarının daha fazla lanse edilerek empatinin artırılması”, “Sağlık kuruluşuna başvuran herkesin organ vericisi olmayı isteyip istemediğine dair kayıt tutulabilir.”, “Beyin ölümü tanısı konan bireyin yakınlarına bilgi verirken hakim ve beyin ölümü hamşiresi dışında mutlaka imam ve psikiyatrist/psikolog görüşmede bulunması, hatta beyin ölümü şüphesi olan hastaya

testlere başlamadan önce yakınlarına psikolojik destek ve gerekirse imam tarafından manevi desteğe erken başlanması'' v.b. katılımcıların kadavradan organ naklini artırmaya yönelik diğer önerilerindedir.



6. TARTIŞMA

Ülkemizde her yıl yaklaşık 2000 beyin ölümü tanısı konmaktadır. Bu da demek oluyor ki yoğun bakım profesyonelleri, yaklaşık 2000 olgunun aile yakınlarına sevdikleri kişinin cihaz ve ilaç desteğiyle soluduğunu, kalbinin attığını, ancak ölü olduğunu anlatmaya çalışmaktadır[21]. Ancak beyin ölümü tanısı konan olguların en fazla %25'i kadaverik donör olabilmektedir. Yaptığımız anket çalışmasıyla, beyin ölümü tanısı ve bu olguların organ donörü olmasına öncelikli etkisi ve sorumluluğu bulunan Anesteziyoloji ve Reanimasyon profesyonellerinin beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili bilgi, tutum ve eğilimlerini belirlemeyi amaçladık.

Çalışmamız Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonelleri arasında ülke çapında yapılan ilk anket çalışması olup katılım %22,5 oranda gerçekleşmiştir. Katılımcıların beyin ölümü ve organ nakline yönelik mevzuat hakkında ortalama %70 civarında (min: %37.8- max:%94.1) doğru bilgi sahibi olduğu ve buna paralel düzeyde olumlu tutum sergiledikleri söylenebilir. Lima ve ark.'nın tıp öğrencileri, değişik birimlerden doktorlar ve yoğun bakım doktorları arasında yaptığı çalışmada yoğun bakım hekimlerinin %19,5 inin, diğer birimlerdeki hekimlerin ise %59,3'ünün beyin ölümü kriterlerini doğru olarak bilmediği tespit edilmiştir[22]. Yaptığımız çalışmada, eğitim ve çalışma hayatlarını geçirdikleri kurumların transplantasyon veya organ temin merkezi olması, dolayısıyla beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili eğitim almış ve tecrübe kazanmış olmaları bilgi düzeyi ve tutumlarını olumlu yönde etkilediği gözlemlendi. İstanbul'daki transplantasyon ve diyaliz ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin organ ve doku nakli ile ilgili bilgi ve tutumlarını inceleyen çalışmada; transplantasyon yasal düzenlemeleri hakkında bilinçliliklerinde çalıştıkları yer ve pozisyona bağlı farklılık saptanmamıştır[23]. Bunun aksine İran'da yoğun bakım sağlık personeli arasında yapılan çalışmada transplantasyon veya organ temin merkezinde çalışanların diğerlerine kıyasla organ nakli ve bağıışı açısından daha olumlu tutum sergiledikleri gözlenmiştir[24]. Benzer sonuçlar Rios ve ark.'nın hemşireler arasında yaptığı çalışmada da gözlenmiştir[13]. Çalışmamızda, organ yetersizliği bulunan, organ yetersizliği nedeniyle ölen veya organ bağıışı bekleyen, organ nakli operasyonu geçirmiş, beyin ölümü sonrası veya canlı donör olarak organ bağıışında bulunan tanıdıkları olan katılımcıların diğerlerine oranla olumlu tutum sergiledikleri gözlendi.

Schaeffner ve ark.'nın tıp öğrencileri ve doktorlar arasında yaptığı çalışmada son dönem böbrek yetersizliği ve böbrek nakli olmuş akraba veya arkadaşlarının bulunması katılımcıların organ nakline yönelik tutumlarını etkilemediği görülmüştür[25]. Cohen ve ark.'nın hekim ve hemşire popülasyonunda yaptığı çalışmada yaşla ve profesyonel statü artışı ile organ nakline karşı olumlu tutumun korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada transplantasyon merkezi olan ve olmayan kurumlar karşılaştırıldığında fark saptanmamıştır[26].

Çalışmamızda mevcut mevzuatın beyin ölümünü tüm beyin ölümü olarak kabul ettiğini % 65,8 oranda katılımcı doğru cevaplamıştır. Beyin ölümü tanısı için 2 aydan küçük ve 1 yaş üzeri çocuk ve erişkinler için gerekli nörolojik muayene intervali sorularının da benzer oranda doğru cevaplandığı gözlenmiştir; sırasıyla: %72,9, %68,8. Ancak apne testi ile ilgili sorular %90 dan fazla doğru olarak bilinmiştir. Hindistan'da asistan doktorlar arasında yapılan çalışmada beyin ölümü tanımını bilenlerin oranı %91,9, nörolojik muayene zaman intervalini doğru cevaplayan doktorların oranı % 80,4 , apne testini mecburi olduğunu bilenlerin oranı ise %53,6 olarak tespit edilmiştir. Ancak aynı çalışmada beyin ölümü tanısında yetkili olan ekipte yer alması gereken hekimleri ve sayısını bilenler katılımcıların sadece %12,6'si kadardır[27]. Ülkemizde ilgili yönetmelik 2012 gibi görece yakın zamanda son olarak değişikliğe uğramasına rağmen çalışmamızda % 81,9 oranında katılımcı iki hekim kararı ile beyin ölümü tanısı konulduğunu bilmişlerdir.

Çalışmamızda beyin ölümü tanısı için destekleyici teste gereksinim duyduklarını bildirenlerin oranı %87,2 olarak tespit edilmiştir. Bu veri özellikle bu konuda değişen eğilimleri göstermesi açısından önemlidir. Resmi gazetede 1 haziran 2000 tarih 24066 sayı ile yayımlanan "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği"nde "klinik beyin ölümü tanısı almış olgularda hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemi ile beyin ölümü teyid edilmelidir" ibaresi yer almaktadır. Buna ilave olarak 1 Şubat 2012 tarih ve 28191 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış olan mevcut son Yönetmelikte ise "... 2 ay ve üzerindeki vakalarda hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemi ile beyin ölümü tanısı teyid edilir" ve aynı maddenin diğer bir fıkrasında ise "klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmaz" ifadeleri yer almaktadır.

Genel klinik uygulamalardaki dönüşüm bu ilgili mevzuat gereği çoğunlukla beyin kan akımını değerlendiren destekleyici testlerin tercih edilmesi sonucunu doğurmuştur.

Sheerani ve ark.'nın Pakistan'ın Sindh şehrindeki 5 hastanede, tıp öğrencilerinin de dahil olduğu sağlık profesyonelleri arasında yaptığı çalışmada 102 doktor (% 39) sadece klinik tanı için destekleyici testleri isteğe bağlı olarak kabul ederken, 135 (% 52) doktor bunu kabul etmemiştir[28].

Beyin ölümü tanısı konmuş ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavisinin sonlandırılması yönünde kanaat gösteren katılımcıların oranı %68,6 iken, %41,9 oranında katılımcı ölüm saatinin belirlenmesinde dolaşım durmasının dikkate alınması gerektiği üzerinde durmuştur. Sheerani ve ark.'nın yaptığı çalışmada beyin ölümü sonrası ventilatör desteğinin kapatılması yönünde görüş bildirenler %53 oranında tespit edilmiş, %31 oranında katılımcı olumsuz kanaat bildirmiştir. Olumsuz kanaate sahip katılımcıların %26'sı beyin ölümü tanısı almış olguların ventilatör desteğinin kapatılmasını ötenazi olarak kabul etmiştir[28]. Polonya'da anestezi, nörolog ve nöroşirurjiyenler arasında yapılan çalışmada; beyin ölümü klinik bulguları gözlenen olgu varlığında ne yaptıkları sorulduğunda; yüksek bağıış oranına sahip bölgeden %11,9, düşük bağıış oranına sahip bölgeden %21 oranında hekimin, beyin ölümü tanısı sürecini tamamlamadan destek tedavilerini sürdürdükleri belirtilmiştir. Hatta beyin ölümü prosedürünü sadece donör olabilecek olgular için uygulandığı tespit edilmiştir [29]. Mohod ve ark. tarafından stajyer doktorlar arasında yapılan çalışmada Hindistan'da beyin ölümü gerçekleşen olgunun yaşam desteğinin kesilmesinin yasal olmadığını düşünenlerin oranı %56,3 olarak saptanmıştır[27]. Bu verilerden de anlaşılacağı gibi, farkındalık çalışmalarında ve eğitimlerde özellikle üzerinde durulması gereken konuların başında, beyin ölümü tanısı almış olgularda ısrarla destek tedavinin sürdürülmesi eğilimi gelmektedir. Çağdaş tıp hizmet sunumunda yarar sağlamayacak tedaviler olarak adlandırılan “futil” tedavilerin başında gelen bu konunun tek istisnasının gebe beyin ölümü olgularında uygulanan destek tedaviler olabileceği kabul edilmektedir. Burada da amaç, fetüsün gelişimine olanak sağlamaktır. Tıbbi literatürde bu amaçla 100 güne kadar uzayan desteklerin olduğu görülmektedir[30].

Beyin ölümü tanılama ve beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarını bilgilendirme, organ nakli öncesi ve sonrası bakım süreci basamaklarından herhangi birinde tecrubesi bulunan katılımcıların, diğerlerine kıyasla beyin ölümü ve organ

nakline karşı olumlu tutum sergiledikleri gözlemlendi ($p<0.05$). İran'da tıp fakültesi hastanesi yoğun bakım personeli arasında yapılan çalışmada, daha önce organ bağıışı veya organ nakli sürecinde tecrubesi olanların diğerlerine kıyasla olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır (%87, %75)[24]. Beyin ölümü tanısı, potansiyel vericiyi tanımlama ve donör aileyle iletişim konusunda deneyimsiz olmanın, organ bağıışı sürecindeki engeller içinde en üst sıralarda yer aldığı Cohen ve ark. tarafından yapılan çalışmada belirtilmiştir[26]. Ayrıca çalışmamızda, beyin ölümü ve organ nakli konusunda tecrubesi olan katılımcıların konuyla ilgili bilgi düzeylerinin, tecrubesi olmayanlara kıyasla yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Marck ve ark.'nın acil servis doktor ve hemşireleri arasında yaptığı çalışmada, beyin ölümünü kabul eden ve bilgi düzeyleri yeterli olan katılımcıların organ ve doku nakli ile ilgili konularda daha fazla tecrubeye sahip oldukları görülmüştür[31].

Yapmış olduğumuz çalışmada, yüksek oranda katılımcı (%93,4) dini inanışlarının organ bağıışlamaya engel olmadığını bildirdiler. Belçika'da birinci basamak hekimler arasında yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir[32]. C.Araujo ve ark.'nın yaptığı çalışmada, organ naklinin tanrının isteğine aykırı olmadığını düşünen katılımcılar arasında olumlu tutum gözlenmiştir[33].

Bunun yanında ülkemizde kadavradan yapılan bağıışların canlıdan yapılan bağıışlara oranla az olmasının sebepleri katılımcılara sorulduğunda dini sebepler en yüksek oranla ilk sırada yer almış, organ bağıışının aileler tarafından reddedilmesinin dini veya mezhep ile ilişkilendirilebilecek nedenlere bağlayan katılımcıların oranı %84,1'i bulmuştur. Açık uçlu sorulara yanıt veren %21,4 oranında katılımcı din görevlilerinin organ bağıışı sürecine aktif katılımını desteklemiş, kadavradan organ nakillerini artırmaya yönelik din adamlarının eğitilmesi gerekliliğini ayrıca vurgulamışlardır. Z. Güngörmüş ve ark. tarafından Erzurum'da yapılan çalışmada yerel halk arasından, rastgele seçilen katılımcıların %33'ü dini görüşlerinin organ bağıışı kararını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir[34]. İstanbul'da transplantasyon ve diyaliz ünitelerinde çalışan hekim ve hemşireler arasında yapılan çalışmada dini ve geleneksel inanışlar bağıış yetersizliğinin ana sebepleri arasında yer almıştır[23]. Suudi Arabistan'da öğrenciler arasında yapılan çalışmada ise %92'sinin organ bağıışının dini yönünden ve yayınlanan fetvalardan habersiz olduğu görülmüştür[35]. Mark ve ark.'nın acil klinisyenleri arasında yaptığı çalışmada dini inancı olmadığını bildiren

katılımcıların kişisel tutum ölçeği sonuçları diğer klinisyenlere kıyasla yüksek bulunmuştur[36]. İran'da yoğun bakım personeli arasında yapılan çalışmada organ bağışının dini inançlarına aykırı olmadığını düşünenler organ bağışına daha olumlu yaklaşmıştır (%80), organ bağışının dini inançlarına aykırı olduğunu düşünenler ise (%54) olarak bildirilmektedir [24]. Benzer şekilde İspanya ve Latin Amerika ülkelerinde yapılan çok merkezli çalışmada organ bağışına karşı olumlu tutum gösteren katılımcılar içinde en yüksek oranı (%89) ateist ve agnostikler oluşturmuştur. İnananlar içinde ise dini inançları organ nakline karşı olmadığını düşünenlerin oranı diğerlerine kıyasla daha yüksek bulunmuştur (%83; %53) ($p<.001$)[37].

Elde ettiğimiz sonuçlara göre; sosyokültürel yapının katılımcıların kanaat ve eğilimleri üzerinde etkili olduğu, özellikle mezun oldukları fakülte, doğu ve güneydoğu bölgesinde olan katılımcıların beyin ölümü ve organ nakline karşı olumsuz tutum sergiledikleri gözlemlendi ($p<0.05$). Roels ve ark.'nın yaptığı çalışmada ülkelerin dini ve kültürel alt yapıları ve organ bağışı oranları arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur[38].

Hekimler arasında yapılan birçok çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da katılımcılar kadavradan ve canlıdan yapılan organ bağışlarına karşı yüksek oranda olumlu kanaat göstermiş (%93,2 ; %86,5), hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı bulmuşlardır (%97,7). Australya acil klinisyenleri arasında yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (organ naklini destekleyen %96,2; hayat kurtarıcı olduğunu düşünenler % 98,5)[36]. Çin'de sağlık profesyonelleri arasında yapılan çalışmada kadavradan organ naklini destekleyenlerin oranı %60,1 iken, canlı donörden organ bağışını destekleyenler %48,5'lerde kalmıştır[39]. İspanya ve latin Amerika'a çok merkezli yapılan çalışmada ize kadavradan organ nakillerini destekleyenlerin oranı %79 olarak saptanmıştır[37].

Çalışmamız katılımcılarının çoğu beyin ölümü gerçekleştiği takdirde ve gerektiğinde canlı donör olarak yakınlık derecelerine göre değişen oranlarda kendi organlarını bağışlamak istemektedir (çocuğu için %96,7; anne, baba, kardeş için % 90,2; eş için %86,1). Ancak yakınlarının organlarını bağışlamasına aynı oranda istekli yaklaşmamakta (%66,1), özellikle kendi çocuklarının organlarını bağışlama konusunda %66,2 oranında olumlu yaklaşmakta, %28 oranında ise kararsızlık göstermektedir. Australya'da acil hekimleri arasında yapılan çalışmada klinisyenlerin büyük bir çoğunluğu (% 90) ölümden sonra kendi organ ve dokularını bağışlayacağını ve yetişkin

yakınlarına bağışta bulunacaklarını (% 86.6) ve (şimdiki veya gelecekteki) çocuklarının organ ve dokularını bağışlamak için (%79,6) onay vereceklerini belirtmiştir. Pelleriaux ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılan yoğun bakım sorumlularının (hekim ve hemşire) sadece %21,2'sinin kendi çocuklarının organlarını bağışladığı belirtilmiştir [40]. Bu oran Belçika'da birinci basamak hekimler arasında yapılan anket sonuçlarında, %94 oranında saptanmıştır[32]. Roels ve ark.'nın yaptığı 11 ülkeyi kapsayan çalışmada, organ bağışına genel destek %91,3, kendi organlarını bağışlayanlar %81,2, yetişkin yakınlarının organlarını bağışlayanlar %79,3, çocuklarının organlarını bağışlayanlar ise %48,7 idi[38]. Dongmei Hu ve Hai Huang'ın sağlık uzmanları arasında yaptığı çalışmada %42,1 oranında katılımcı yakınlarına organlarını bağışlamada istekli olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada kendi beyin ölümü sonrası organlarının bağışlanmasını isteyen hekimlerin oranı %64,2 idi[39]. Çalışmamızda bu oran %80,7 olarak tespit edilmiştir.

Araujo ve ark.'nın yaptığı çalışmada ailelerin sağlık profesyonellerinin tutumlarında etkili olduğu saptanmıştır[33]. Benzer olarak çalışmamızda %13,7 oranında katılımcı aile onayı olmadan organ bağışında bulunmayı reddetmiştir.

Beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili eğilimleri belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların birçoğunda sağlık uzmanlarının eğitimi üzerinde durulmuştur. Çalışmamızda, potansiyel donörün tanınamaması, beyin ölümü tanısı konulamaması veya tanının gecikmesi, beyin ölümü gerçekleşmiş olgunun yakınlarına yetersiz ve/veya yanlış bilgilendirme yapılması v.b. kadavradan yapılan organ bağışını olumsuz yönde etkileyen nedenler arasında ilk sıralarda yer almıştır. Hasta yakınlarının bilgilendirilmesinde major rol oynayan başta yoğun bakım uzmanları olmak üzere, beyin ölümü ve organ nakline yönelik sağlık personeli eğitimlerinin artırılması ve yaygınlaşması bu nedenlere yönelik çözüm olarak sunulmuştur. Ayrıca çalışmamızda organ nakli eğitimi almış katılımcıların diğerlerine kıyasla beyin ölümü ve organ nakline yönelik olumlu tutum sergilediği tespit edilmiş, Cohen ve ark.'nın yaptığı çalışmayla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir[26]. Schaeffner ve ark. yaptıkları çalışma ile tıp eğitiminin organ nakline yönelik bilgi ve tutumu olumlu yönde etkilediği ve organ bağışlama isteğini artırdığı sonucuna varmışlardır[25]. Akgün ve ark.'nın sağlık uzmanları arasında yaptığı çalışmada, beyin ölümü ve organ nakli konusunda, halkın tutum ve davranışlarını yönlendirmede önemli bir rol oynamaları sebebiyle

Türkiye'deki tüm sağlık uzmanlarının bu konuda eğitilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca bilgi eksikliğinin sağlık uzmanları arasında bile bağış konusundaki tutumlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir[41]. Garcia ve ark. sağlık uzmanlarının olumlu tutumlarının potansiyel donör ailelerin kararlarını pozitif yönde etkileyebileceğine vurgu yapmış, uyguladıkları beyin ölümü ve organ nakline yönelik eğitim programı sonrası tıp öğrencilerin tutumlarının olumlu yönde değiştiği görülmüştür[42]. Lima ve ark.'nın tıp öğrencileri, değişik birimlerden doktorlar ve yoğun bakım doktorları arasında yaptığı çalışmada organ bağışının tıp eğitiminin önemli bir bileşeni haline getirilmesi ile organ bağışının arttırılabileceği sonucu çıkarılmıştır[22]. Ayrıca, yaşlıların ihtiyaçlarına karşı duyarlılığı arttırmayı, iletişim becerilerini ve bağış için başarılı bir şekilde onay isteğinde bulunma tekniklerini geliştirmeyi amaçlayan Avrupa Hastaneleri Eğitim Programı (EDHEP), şimdiye kadar geliştirilen en başarılı uluslararası eğitim girişimleri arasında yer aldığı savunulmuştur[38, 40]. Benzer birçok çalışmada organ nakli eğitimi almış sağlık profesyonellerinin kadavradan organ temin oranlarını arttırabileceği vurgulanmıştır[25, 26, 43].

Çalışmamızda kadavradan organ nakillerinin yetersiz olmasının nedenleri arasında yer alan organ nakli ve beyin ölümü hakkında halkın yetersiz bilgi sahibi olması, Çin'de sağlık profesyonelleri arasında yapılan çalışmada da vurgulanmış, yetersiz organ bağışı ile ilgili olarak en önemli 2 neden; geleneksel görüş (% 75,6) ve organ bağışı hakkında yetersiz bilgi (% 59,8) olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada Çin'in geleneksel diğerlerine karşı olduğunu düşünen ve vücut bütünlüğünün bozulmasından endişe ettiği için organ bağışında bulunmak istemeyen katılımcıların oranı %32,3 olarak saptanmıştır[39]. Çalışmamızda ise kararsızları da eklediğimizde bu oran %21,6'da kalmıştır. İspanya ve Latin Amerika ülkelerinde sağlık çalışanları arasında yapılan anket sonucunda vücut bütünlüğünün bozulmasından endişe duymayan katılımcıların organ bağışına daha olumlu yaklaştığı saptanmıştır (%85 ,%54)[37].

İlginç bir şekilde çalışmamız katılımcılarından, açık uçlu sorulara yanıt verenlerin %6,3'ü, sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına olan güvensizliğin kadavradan yapılan organ bağışında etken olduğunu savunmuştur. Çin'de yapılan bir çalışmada %40,2 sağlık uzmanı, sağlık kuruluşlarına güvenmediğini ve organlarının kara borsada satılabileceği endişesini paylaşmıştır[39].

Kadavradan organ nakillerini artırmak amacıyla “İstemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her T.C. vatandaşı organ bağışısı listesine eklenmeli” şeklindeki öneriye çalışmamızda olumlu kanaat bildiren katılımcıların oranı %42 olarak tespit edildi. Benzer şekilde Lomero ve ark.’nın sağlık personeli arasında yaptığı çalışmada, istemediğini beyan etmediği sürece herkesin donör olabileceğine katılanların oranı %57,2 olarak saptanmıştır[44]. Çalışmamızda resmi belgelerin edinilmesi aşamasında organ bağışısının sorgulanması yüksek oranda desteklenirken (%74,8), Dongmei Hu ve Hai Huang’ın sağlık uzmanları arasında yaptığı çalışmada %61,7 oranında katılımcı sürücü ve kimlik belgesi alınırken organ bağışısında bulunulabileceğini belirtmiştir[39].

O. Erdoğan ve ark. hekimler arasında yaptığı çalışmada, %66,8 katılımcı tüm öğrencilerin eğitim müfredatına organ naklinin eklenmesi, %69,1’i devlet tarafından desteklenmesi, %69,8’i medyanın ve %59,4’ü din adamlarının bu konuda etkin bir şekilde kullanılması gerekliliğini vurgulamıştır. Ayrıca %24,1 oranında katılımcı organ nakline yönelik bilgi birikimlerinin bir bölümünün medya kaynaklı olduğunu belirtmiştir[45]. Suudi Arabistan’da yapılan çalışmada tıp öğrencilerinin %40’ı televizyonu, %41’i interneti; Hindistan’da yapılan çalışmada ise yeni mezun tıp öğrencilerinin %61’i televizyonu, %60’ı gazeteyi, %51’i dergileri organ nakline yönelik ana bilgi kaynağı olarak belirtmişlerdir[35, 46]. Çalışmamızda kadavradan organ nakillerini artırmaya yönelik öneriler arasında, halkın okul seviyesinden başlayarak eğitimi (%54,1), din görevlilerinin desteği (%21,4), medya kaynaklarının kullanımı (%25), devlet desteği ve kanun değişiklikleri (%10,1-%7,6), sağlık çalışanlarının eğitimi (%9,4) ilk sıralarda yer almıştır.

Sonuç olarak;

Tüm dünya ülkelerinde yaşanan bir soruna benzer olarak “organ kıtlığı”; organ nakli ameliyatlarının, organ bekleyen hasta sayılarının çok gerisinde kalması durumu, ülkemizde de yoğun olarak yaşanmaktadır. Bu sorunun çözümü açısından önemli bir fırsat olan yılda yaklaşık 2000 beyin ölümü saptanıyor olması durumu, aile onay oranlarının çok düşük kalması nedeniyle kullanılamamaktadır.

Bu sorunun çözümü açısından en kritik öneme haiz bir meslek grubunun konuya ilişkin bilgi, kanaat ve eğilimlerinin değerlendirildiği çalışmamız sonucu elde edilen veriler ışığında yeni hareket planlarının oluşturulmasının yararına inanmaktayız.

Bu grubun konuya ilişkin bilgi düzeylerinin ortalamanın çok üzerinde olması, ilave olarak transplantasyon merkezlerinde eğitim alan ve/veya çalışan hekimlerin bilgi düzeylerinin daha da üst seviyede bulunması, benzer etkinin beyin ölümü tanılama, donör bakımı ve donasyon süreçlerinde aktif yer almış bireylerde de yaşanması, sürekli eğitimin konuya ilişkin bilgi, kanaat ve eğilimleri doğrudan etkilediği görülmektedir.

Söz edilen sürekli eğitimlerde, süreç ile ilgili kuramsal eğitimleri düzenli ve tekrarlayan niteliklerde yaygın olarak yapılmasının yararı görülebilmekteyken, en önemli diğer bir konunun da mevzuatın düzenlenmesi, yeniden yapılandırılması veya mevcut mevzuatın sağlık çalışanlarına net anlatılması, soru işaretlerinin ortadan kaldırılması olduğu görülmektedir.

Yoğun bakım yatak sorunu yaşanan, beyin ölümü tespit edilmiş fakat organ bağıışı onayı alınamamış olguların desteğinin sürdürülmesinin “futil” olarak kabul edildiği bir ortamda, uzamış desteklerin de önemli bir sağlık yönetim sorunu olduğu ve hatta ciddi potansiyel medikolegal sorun olarak kabul edilmesi gerektiği noktasından hareketle, eğitimlerin bu konuda da özelleştirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Daroff, R.B., *The historical evolution of brain death from former definitions of death: Harvard criteria to present*. The Signs of Death. Scripta Varia, 2006. **110**: p. 217-21.
2. Reisner-Senelar, L., *The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records*. Intensive Care Med, 2011. **37**(7): p. 1084-6.
3. Michael, A., *History of brain death as death: 1968 to the present*. Journal of critical care, 2014. **29**(4): p. 673-678.
4. L, Y., *Dünyadaki Organ Nakli Sistemleri*. Beyin Ölümünden Organ Nakline Temel İlkeler ve Pratik Uygulamalar. Vol. 1. 2015. 35-60.
5. Parlak, Ş., *Organ bağıışı ve organ naklinde ortaya çıkan sorunlar*. TBB dergisi, 2009. **83**: p. 189-222.
6. Süren, Ö.K., *Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi*. TBB Dergisi, 2007. **73**: p. 174-195.
7. Tarhan, M., et al., *Hasta yakınlarının organ bağıışı ve nakli ile ilgili tutumları ve sosyal profilleri arasındaki ilişki*. Bakırköy Tıp Dergisi, 2013. **9**(4).
8. <ORGAN_VE_DOKU_ALINMASI_SAKLANMASI_VE_NAKLİ_HAKKINDA_KANUN(1).pdf>.
9. Medicines, E.D.f.t.Q.o., *Newsletter Transplant: international figures on donation and transplantation 2015*. 2017.
10. Machado, C., *Brain death: a reappraisal*. 2007: Springer Science & Business Media.
11. Wijdicks, E.F. *Brain death guidelines explained*. in *Seminars in neurology*. 2015. Thieme Medical Publishers.
12. Machado, C., et al., *When are ancillary tests recommended in brain death confirmation*. The Internet Journal Of Neurology, 2010. **12**(2).
13. *Turkish Neurological Society - Diagnostic Guidelines for Brain Death**. Turk J Neurol, 2014. **20**(3): p. 101-104.
14. Wijdicks, E.F., et al., *Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*. Neurology, 2010. **74**(23): p. 1911-1918.
15. Haupt, W.F. and J. Rudolf, *European brain death codes: a comparison of national guidelines*. Journal of neurology, 1999. **246**(6): p. 432-437.

16. Bozoklar, A.C., *ORGAN NAKLİ VE KOORDİNASYONUN TARİHÇESİ*. 2015. 15-34.
17. Greer, D.M., et al., *Variability of brain death policies in the United States*. JAMA neurology, 2016. **73**(2): p. 213-218.
18. Citerio, G., et al., *Variability in brain death determination in Europe: looking for a solution*. Neurocritical care, 2014. **21**(3): p. 376-382.
19. Wijdevits, E.F., *Brain death worldwide Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria*. Neurology, 2002. **58**(1): p. 20-25.
20. Chua, H.C., et al., *Brain death: the Asian perspective*. Semin Neurol, 2015. **35**(2): p. 152-61.
21. Robinson, J., *How to Deal with Brain Death: Legal and Ethical Considerations*. Lexia: Undergraduate Journal in Writing, Rhetoric & Technical Communication. **5**(1): p. 1.
22. Lima, C., et al. *Organ donation: cross-sectional survey of knowledge and personal views of Brazilian medical students and physicians*. in *Transplantation proceedings*. 2010. Elsevier.
23. Demir, T., et al. *Knowledge and attitudes toward organ/tissue donation and transplantation among health care professionals working in organ transplantation or dialysis units*. in *Transplantation proceedings*. 2011. Elsevier.
24. Shahsavarinia, K., et al. *Assessment of Attitude and Knowledge of Personnel in the Intensive Care Unit of Tabriz University of Medical Sciences Hospitals Toward Organ Donation*. in *Transplantation proceedings*. 2016. Elsevier.
25. Schaeffner, E.S., et al., *Knowledge and attitude regarding organ donation among medical students and physicians*. Transplantation, 2004. **77**(11): p. 1714-1718.
26. Cohen, J., et al., *Attitude of health care professionals to brain death: influence on the organ donation process*. Clinical transplantation, 2008. **22**(2): p. 211-215.
27. Mohod, V., B. Kondwilkar, and R. Jadoun, *An institutional study of awareness of brain-death declaration among resident doctors for cadaver organ donation*. Indian journal of anaesthesia, 2017. **61**(12): p. 957.
28. Sheerani, M., et al., *Brain death: concepts and knowledge amongst health professionals in province of Sindh, Pakistan*. Journal of the Pakistan Medical Association, 2008. **58**(7): p. 352.
29. Kosieradzki, M., et al., *Attitude of healthcare professionals: a major limiting factor in organ donation from brain-dead donors*. Journal of transplantation, 2014. **2014**.
30. Farragher, R.A. and J.G. Laffey, *Maternal brain death and somatic support*. Neurocritical care, 2005. **3**(2): p. 99-106.

31. Marck, C.H., et al., *Australian emergency doctors' and nurses' acceptance and knowledge regarding brain death: a national survey*. *Clinical transplantation*, 2012. **26**(3).
32. Coucke, L., et al. *Knowledge and attitude of the Flemish primary care physician toward organ donation and transplantation*. in *Transplantation proceedings*. 2014. Elsevier.
33. Araujo, C. and M. Siqueira. *Brazilian healthcare professionals: A Study of attitudes toward organ donation*. in *Transplantation proceedings*. 2016. Elsevier.
34. Gungormus, Z. and N. Dayapoglu, *The knowledge, attitude and behaviour of individuals regarding organ donations*. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014. **13**(2): p. 133-140.
35. Al Bshabshe, A.A., et al., *Orientation of university students about brain-death and organ donation: A cross-sectional study*. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 2016. **27**(5): p. 966.
36. Marck, C.H., et al., *Personal attitudes and beliefs regarding organ and tissue donation: a cross-sectional survey of Australian emergency department clinicians*. *Progress in Transplantation*, 2012. **22**(3): p. 317-322.
37. Ríos, A., et al., *Spanish-Latin American multicenter study of attitudes toward organ donation among personnel from hospital healthcare centers*. *Cirugía Española (English Edition)*, 2014. **92**(6): p. 393-403.
38. Roels, L., et al., *Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action® database*. *Transplant International*, 2010. **23**(8): p. 842-850.
39. Hu, D. and H. Huang, *Knowledge, attitudes, and willingness toward organ donation among health professionals in China*. *Transplantation*, 2015. **99**(7): p. 1379-1385.
40. Pelleriaux, B., et al., *An analysis of critical care staff's attitudes to donation in a country with presumed-consent legislation*. *Progress in Transplantation*, 2008. **18**(3): p. 173-178.
41. Akgün, H., et al. *Organ donation: a cross-sectional survey of the knowledge and personal views of Turkish health care professionals*. in *Transplantation proceedings*. 2003. Elsevier.
42. Garcia, C., et al. *Educational program of organ donation and transplantation at medical school*. in *Transplantation proceedings*. 2008. Elsevier.
43. Radunz, S., et al. *Attitude of health care professionals to organ donation: two surveys among the staff of a German university hospital*. in *Transplantation proceedings*. 2010. Elsevier.

44. Lomero, M., et al. *Knowledge and attitude of health personnel at the Garraf Health Consortium regarding donation and transplantation.* in *Transplantation proceedings.* 2015. Elsevier.
45. Erdoğan, O., et al. *Attitudes and knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation.* in *Transplantation proceedings.* 2002. Elsevier.
46. Bapat, U. and P.G. Kedlaya, *Organ donation, awareness, attitudes and beliefs among post graduate medical students.* Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 2010. **21**(1): p. 174.



8. EKLER

Ek-1

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Profesyonellerinin Beyin Ölümü, Organ Bağışı ve Nakli Konusundaki Eğilimlerin Belirlenmesi Anketi

1-Yaşınız?

2-Cinsiyetiniz?

- Kadın
 Erkek

3-Göreviniz?

- Uzmanlık Öğrencisi
 Yandal Uzmanlık Öğrencisi
 Uzman
 Eğitim ve İdari Sorumlusu
 Yrd. Doç.
 Doç.
 Prof.

4-Mezun olduğunuz fakülte?

5-İhtisas aldığınız kurum?

6-İhtisas aldığınız kurumun niteliği?

- Tıp Fakültesi Hastanesi
 Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 Vakıf Üniversitesi Hastanesi

7-Şu an çalıştığınız kurum?

8-Şu an çalıştığınız kurumun niteliği?

- Özel hastane
- Devlet Hastanesi
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Tıp Fakültesi Hastanesi
- Vakıf Üniversitesi Hastanesi

9-Çalıştığınız Bölüm?

- Ameliyathane
- Yoğun Bakım
- Ameliyathane + Yoğun Bakım
- Ağrı Birimi
- İdari Görev

10-Uzmanlık Öğrencisi iseniz ;kaçıncı ayınız?

- 0-24 ay
- 25-48 ay

11-Yandal Uzmanlık Öğrencisi iseniz;bölümünüz?

- Ağrı Yandal
- Yoğun Bakım Yandal

12-Yandal Uzmanlık Öğrencisi iseniz;kaçıncı ayınız?

- 0-12 ay
- 13-24 ay
- 25-36 y

13-Yandal Uzmanlık Öğrencisi veya Yandal Uzmanı iseniz;uzmanlık alanınız?

- Anesteziyoloji ve Reanimasyon
- İç Hastalıkları
- Göğüs Hastalıkları
- Genel Cerrehi
- Enfeksiyon Hastalıkları
- Nöroloji
- Fizik Tedavi
- Diğer:

14-Öğretim Üyesi iseniz;kaçıncı yılınız?

- 0-5 yıl
 6-10 yıl
 >10 yıl

15-Çevrenizde Organ Yetmezliği olan tanıdıklarınız var mı?

- Evet
 Hayır

16-Çevrenizde Organ Yetersizliği nedeniyle ölen tanıdıklarınız var mı?

- Evet
 Hayır

17-Çevrenizde Organ Nakli olan tanıdıklarınız var mı?

- Evet
 Hayır

18-Çevrenizde Canlı Donör olarak organ bağışında bulunan tanıdıklarınız var mı?

- Evet
 Hayır

19-Çevrenizde Organ Nakli bekleyen tanıdıklarınız var mı?

- Evet
 Hayır

20-Çevrenizde beyin ölümü sonrası Organ Bağışında bulunan yakınlarınız var mı?

- Evet
 Hayır

21-Çalışmakta olduğunuz hastane bir Transplantasyon Merkezi mi?

- Evet
 Hayır

22-Çalışmakta olduğunuz hastane transplantasyon için bir Organ Temin Merkezi midir?

- Evet
 Hayır

23-Mezun olduğunuz Tıp Fakültesi Hastanesi bir Transplantasyon Merkezi miydi?

- Evet
 Hayır

24-Mezun olduğunuz Tıp Fakültesi Hastane bir Organ Temin Merkezi miydi?

- Evet
 Hayır

25-İhtisas yaptığınız hastane bir Transplantasyon Merkezi miydi?

- Evet
 Hayır

26-Beyin ölümü tanısı koyduğum hastam oldu

- Evet
 Hayır

27-Beyin ölümü gerçekleşmiş olguların yakınlarına bilgi verdim

- Evet
 Hayır

28-Beyin ölümü tanısı için gerekli Apne Testini uyguladım

- Evet
 Hayır

29-Organ nakli operasyonunda görev aldım

- Evet
 Hayır

30-Yoğun Bakımda organ nakli olmuş hasta takibinde bulundum

- Evet
 Hayır

31-Organ bağışı konusundaki görüşmelere aktif olarak katıldım

- Evet
 Hayır

32-Organ nakli ile ilgili eğitimlere katıldım

- Evet
 Hayır

33-Ülkemizde mevcut mevzuatın Beyin Ölümü tanısı açısından yeterli olduğunu düşünüyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

34-Ülkemizde mevcut mevzuatın Organ Bağışı açısından teşvik edici olduğunu düşünüyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

35-Beyin Ölümü tanısı için destekleyici teste hiçbir zaman gereksinim yoktur

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

36-Beyin Ölümü tanısı için bazı koşullarda destekleyici teste gereksinim vardır

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

37-Beyin Ölümü tanısı ile ilgili mevzuatın çelişkili olduğunu düşünüyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

38-Beyin Ölümü tanısı konmuş ve organ bağıışı reddedilmiş olguların destek tedavileri sonlandırılır

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

39-Beyin Ölümü gerçekleşmiş ve organ bağıışı reddedilmiş olguların yoğun bakım tedavisi sürdürülmelidir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

40-Ölüm saati beyin ölümünün gerçekleştiği saattir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

41-Ölüm saati dolaşım durmasının gerçekleştiği saattir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

42-Böbrek ve parsiyel karaciğer nakli gibi canlı donör bağışlarını destekliyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

43-Dini inanışım organ bağışlamaya engel değil

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

44-Organ bağışının hayat kurtarma açısından etkili ve yararlı olduğunu düşünüyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

45-Organlarımı bağışladığımı öğrendiğinde çevrem bunu olumlu karşılar

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

46-Para karşılığında organ bağıışı legal olsa yapılmasını desteklerim

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

47-Pasaport, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi v.s. alınırken kişilere donör olmak isteyip istemedikleri sorulmalı

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

48-Devlet beyin ölümü sonrası organ bağıışı yapan aileleri ödüllendirmeli

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

49-İstemediklerine dair beyanda bulunmadıkları sürece her TC vatandaşı organ bağıışı listesine eklenmeli

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

50-Ailelerin organ bağıışını reddetmelerinin nedenlerinden biri beyin ölümünü ölüm olarak kabul etmemeleridir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

51- Ailelerin organ başışını reddetme nedenlerinden biri dini veya mezhepleri gereği uygun olmadığını düşünmeleridir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

52-Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin organ başışı oranı, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelere kıyasla daha fazladır

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

53-İhtiyaç halinde verici adayın ailesinden başışın alınmasında tabip dışı sağlık personeli,psikolog,imam gibi gönüllü kişiler görevlendirilebilir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

54-Ülkemizde mevcut mevzuat Beyin Ölümünün Tüm Beyin Ölümü olduğunu kabul eder

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

55-Organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği en son 1 Şubat 2012 tarihinde revize edilmiştir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

56-Organ ve doku alınması,saklanması,aşılması ve nakli 2238 sayılı kanun gereği gerçekleştirilir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

57-Derin tendon reflekslerinin alınması beyin ölümünü ekarte ettirir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

58-Beyin Ölümü tanısı biri nörolog veya nöroşirurji uzmanı,biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanı olmak üzere iki hekim kararı ile konulur

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

59-Kornea aksi beyan olmadığı sürece aile izni gerekmeksizin alınabilir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

60-Çapraz nakil;canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türüdür

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

61-Canlıdan organ nakli alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eş ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

62-Akraba dışı canlıdan organ nakli,naklin yapılacağı ilde oluşturulacak Etik Komisyonun olumlu kararı sonucu gerçekleştirilir.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

62-Tüm Avrupa ülkelerinde Beyin Ölümü tanısı aynı kriterlerle konulmaktadır.

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

64-Beyin Ölümü tanısı konulduğunda birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun yenidoğanda (2 aydan küçük) 48 saat sonraki ikinci nörolojik muayenede de devam etmesi beklenir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

65-Apne testi için normovolemi,normotansiyon, normotermi koşulları sağlanmalıdır

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

66-28191 sayılı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek 1' e göre; Apne testi PaCO₂ ≥60 mmHg ve/veya PaCO₂ bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa pozitifdir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

67-Beyin ölümü tanısının konulduğu birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun; 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişmeden devam ettiği gözlenmelidir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

68-Klinik olarak Beyin Ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmaz

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

69-Beyin Ölümü klinik bir tanıdır

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

70-Beyin Ölümü klinik bir tanıdır;hekimler kurulunun uygun göreceği bir destekleyici test ile beyin ölümü tanısı teyit edilmelidir

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

71-Organlarımı bağışlamadım ama bağışlamayı düşünüyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

72-Beyin ölümüm gerçekleştiği takdirde yakınlarımın organlarımı bağışlamasını isterim

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

73-Anne, baba veya kardeşimin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı kabul ederim

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

74-Eşimin beyin ölümü sonrası organlarını bağışlamayı kabul ederim

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

**75-Çocuğumun beyin ölümü sonrası organlarını
bağışlamayı kabul ederim**

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

**76-Birinci derece aile yakınlarımdan birinin canlı donör
olmasını desteklerim**

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

77-Kadavradan yapılan organ naklini destekliyorum

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

78-Ailemin onayı olmadan organlarımı bağışlamam

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

**79-Anne, baba, kardeşimde organ yetersizliği meydana
gelse canlı donör olarak organlarımı bağışlarım**

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

**80-Eşimde organ yetersizliği meydana gelse canlı
donör olarak organlarımı bağışlarım**

- Kesinlikle Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kararsızım
- Katılmıyorum
- Kesinlikle Katılmıyorum

81-Çocuğumda organ yetersizliğı meydana gelse canlı donör olarak organlarımı bağışlarım

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

82-Alıcının kim olduğı bağış konusundaki görüşümü değıştirir

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

83-Organ bağışı ile ilgili gönüllü kuruluşlarda görev almak isterim

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

84-Vücut bütünlüğümün bozulması organ bağışına olumsuz bakmama sebep oluyor

- Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle Katılmıyorum

85-Sizce Türkiye'de kadavradan yapılan organ bağışlarının canlıdan bağışlara kıyasla daha az olmasının sebebi nedir?

86-Kadavradan organ nakillerini arttırmak amacıyla neler yapılabilir?