

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ORGAN BAĞIŞI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ:
BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Cemile KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi F. Özlem YILMAZ

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar bilgisini, tecrübesini ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez konumu seçerken düşüncelerimi, isteklerimi göz önünde bulunduran çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi F. Özlem YILMAZ'a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Ayrıca yüksek lisans eğitim hayatım boyunca desteklerini her daim hissettiğim sayın hocalarım Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK, Doç. Dr. Handan ERTAŞ, Doç.Dr. Mehmet YORULMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ'e teşekkür ederim.

Yine araştırma boyunca yardımcı olan ve beni destekleyen Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN ve Arş. Gör. Mustafa KILIÇ'a teşekkür ederim.

Son olarak her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen sevgili eşim Mehmet KARATAŞ'a, yaşam enerjimin sebebi canım kızlarım Zeynep KARATAŞ ve Zehra KARATAŞ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. İyi ki varsınız.

Ve zorlu covid şartlarında çalışmama katkı sağlayan değerli sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Çalışmanın literatüre katkı sağlamasını ve faydalı olmasını umut ediyorum.

Cemile KARATAŞ

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Organ, Organ Bağışı ve Organ Nakli Tanımı.....	1
1.2.Tarihsel Süreçte Organ Nakli	3
1.3. Türkiye’ de Organ Naklinin Tarihi.....	6
1.4. Organ Bağış Yöntemleri.....	12
1.4.1.İtiraz Yöntemi	12
1.4.2.Genişletilmiş İtiraz Yöntemi.....	12
1.4.3.Gönüllülük Yöntemi	12
1.4.4.Genişletilmiş Gönüllülük Yöntemi.....	13
1.5. Organ Naklinde Sınıflandırma	13
1.5.1.Otogreft.....	13
1.5.2.Allogreft.....	13
1.5.3.İzogreft.....	14
1.5.4.Senogreft.....	14
1.6.Ölümün Tespiti.....	14
1.6.1.Klasik (Biyolojik) Ölüm Anlayışı	14
1.6.2.Beyin Ölümü Anlayışı	14
1.7.Beyin Ölümünün Tarihçesi.....	15
1.8.Beyin Ölümü Şartları.....	16
1.9.Beyin Ölümünde Klinik Şartlar.....	16
1.9.1.Koma ve Yanıtsızlık	16
1.9.2.Beyin Sapı Reflekslerinin Olmaması.....	17
1.9.3.Pupiller.....	17
1.9.4.Okülo-Sefalik Refleks.....	17
1.9.5.Okülo-Vestibüler Refleks	17
1.9.6.Fasial Duyu ve Motor Refleksler	17
1.9.7.Faringial ve Trakeal Refleksler.....	18
1.9.8.Apne Testi.....	18
1.10. Beyin Ölümünü Destekleyici Testler	18

1.10.1.Elektrofizyolojik Testler	19
1.10.2.Beyin Kan Sirkülasyonunu Tarayan Testler	19
1.11.Bekleme (Gözlem) Süresi	20
1.12.Beyin Ölümünde Spinal Refleksler	21
1.13.Beyin Ölümünün Prognozu	21
1.13.1.Kardiyovasküler Değişiklikler	22
1.13.2.Pulmoner Değişiklikler	22
1.13.3.Endokrinal Değişiklikler	22
1.14.Bitkisel Hayat	22
1.15.Kompozit Nakiller	22
1.16.Ekstremite Nakli	24
1.17.Yüz Nakli	24
1.18.Organ Bağışı Yapabilecek Kişiler	25
1.19.Organ Bağışında İdeal Koşullar	25
1.20.Bağışlanabilecek Organlar	25
1.21.Bağışlanan Organların Nakil İşlemi	25
1.22.Canlıdan Canlıya Organ Transplantasyonu	26
1.22.1.Tek Taraflı Transplantasyon	26
1.22.2.Çapraz Transplantasyon	27
1.23.Kadaverik Nakillerde Sorunlar	27
1.24.Canlı Donörden Yapılan Trasplantasyonların Kadaverik Dönore Göre Avantajları	27
1.25.Yabancı Uyruklu Alıcıların Durumu	28
1.26.Adli Vakalarda Organ Nakli	28
1.27.Organ ve Doku Nakli Mevzuatı	28
1.27.1.Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler	29
1.27.2.Cezai Hükümler	30
1.27.3.Zorunluluk Hali	31
1.27.4.Etkin Pişmanlık	31
1.28.Organ Bağışında Gündeme Gelebilecek Suçlar	32
1.29.Diğer Ülkelerdeki Yasal Düzenlemeler	33
1.30.Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi	33
1.31.Biyoloji ve Tıp Uygulamaları Açısından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması	34

1.32. Organ ve Doku Naklinde Dini Çerçeve.....	34
1.33. Ülkemizde Organ Bağışı Konusunda Etkili Faktörler	36
1.34. Organ Bağışına Yönelik Engeller.....	37
1.34.1. Eğitim Eksikliği	37
1.34.2. Yanlış Dini İnanışlar	38
1.34.3. Yönetsel Sorunlar	38
1.34.4. Psikolojik Sorunlar	38
1.34.5. Yasal Sorunlar.....	38
1.35. Donör Olmayı Engelleyen Faktörler ve Hastalıklar	40
1.36. Organ Bağışını Arttırmaya Yönelik Çalışmalar	40
1.36.1. Sağlık Bakanlığı'nın Uygulamaları	40
1.36.2. Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Uygulamaları	40
1.36.3. Milli Eğitim Bakanlığı'nın Uygulamaları.....	41
1.37. Organ Nakli Organizasyonları.....	41
1.37.1. Avrupa'daki Organizasyonlar	41
1.37.2. Amerika'daki Organizasyonlar	45
1.37.3. Asya'daki Organizasyonlar.....	46
1.38. Türkiye'deki Organ Nakli Organizasyonu	46
1.38.1. Ulusal Koordinasyon Kurulu	46
1.38.2. Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi	47
1.38.3. Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezleri	47
1.38.4. Organ ve Doku Kaynağı Merkezler	48
1.38.5. Organ Nakil Merkezleri	49
1.39. Organ Dağıtım İlkeleri	51
1.39.1. Kalp - Akciğer Dağıtım İlkeleri	51
1.39.2. Karaciğer Dağıtım İlkeleri	51
1.39.3. Böbrek Dağıtım İlkeleri	52
1.39.4. Kornea Dağıtım İlkeleri	53
1.40. Organ Naklinin Psikolojik Boyutu	54
1.41. Organ naklinin Sosyal Boyutu	54
1.42. Donör Ailesine Yaklaşım	54
1.43. Organ Nakli Ve Etik.....	54
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	62

2.1. Araştırmanın Amacı	62
2.2. Araştırma Tasarımı	62
2.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Katılımcıları	62
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	62
2.4.1 Anket Formu:	62
2.4.2 Organ Bağışı Tutum ölçeği	62
2.4.3 Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi ölçeği	64
2.5 Verilerin Analizi:	64
2.6 Araştırmanın Etiği:	65
2.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	65
2.8 Araştırmanın Hipotezleri	65
3.BULGULAR	66
4. TARTIŞMA	80
4.1. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarına İlişkin Genel Bilgilerin Tartışılması	80
4.2. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması	83
4.3. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının organ – doku bağışı ve nakli konusunda bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	86
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
5.1. Sonuçlar	89
5.2. Öneriler	90
6. KAYNAKLAR	93
7. EKLER	100
Ek 1: Organ Bağışı Tutum Ölçeği Kullanım İzin Formu	100
Ek 2: Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi Ölçeği Kullanım İzin Formu	101
Ek 3: Selçuk Üniversitesi Araştırma Etik Kurul Onayı	102
Ek 4: Konya İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Onayı	103
Ek 5: Gönüllü Onam Formu	104
Ek 6: Turnitin Orijinallik Raporu	105
8. ÖZGEÇMİŞ	107

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BAEP	: Uyandırılmış Beyin Sapi İşitsel Potansiyeli
BKM	: Bölge Koordinasyon Merkezi
CPR	: Kardiyo-pulmoner Resüsitasyon
DONDH	: Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri
EEG	: Elektroensefalografi
ET	: Embriyo Transferi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GKDC	: Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus
İFETM	: İn vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi Merkezi
İVF	: İn Vitro Fertilizasyon
KAH	: Kalp ve Araştırma Hastanesi
MR	: Manyetik Rezonans Imaging Anjiyografi
NEÜTF	: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi
ODNH	: Organ Doku Nakli Hizmetleri
ODNK	: Organ ve Doku Nakli Hakkında Kanun
ONM	: Organ Nakli Merkezi
ONT	: Organization National Transplant
OPO	: Organ Procurement Organization
PaCO₂	: Parsiyel Arteriyel Karbondioksit Basıncı
PPM	: Parts Per Million
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SÜTF	: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDU	:Transkraniyal Doppler Ultrasonografi
TODBS	: Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi
TODS	: Türkiye Organ Doku Sistemi
UKM	: Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi
UNOS	: United Network for Organ Sharing
WHO	: World Health Organization



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Türkiye’ de 2010-2020 Yılları Arası Organ Bekleyen Hasta Sayısı

Çizelge 2. Türkiye’ de 2010-2020 Yılları Arası Organ Nakli Yapılan Hasta Sayısı

Çizelge 3. Türkiye’ de Canlı Donörlerin Yaş ve Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı

Çizelge 4. Türkiye’ de Canlı ve Kadaverik Donörlerin Yıllara Göre Dağılımı

Çizelge 5. Ülkelerin Canlı ve Kadaverik Donörlerin Yıllara Göre Dağılımı

Çizelge 6. Ülkelerin 2010 Yılı Kadavra/Canlı Donör Böbrek Nakli Aktivitesi

Çizelge 7. Ülkelerin 2010 Yılı Kadavra/Canlı Donör Karaciğer Nakli Aktivitesi

Çizelge 8. Bölge Koordinasyon Merkezlerinde Kayıtlı Donörlerin Nüfusa Oranı

Çizelge 9. Türkiye Organ Nakil Merkezleri

Çizelge 10. Türkiye’ nin 2010-2020 Yılları Arası Kadavra/Canlı Donör Karaciğer Nakli Aktivitesi

Çizelge 11. Türkiye’ nin 2010-2020 Yılları Arası Kadavra/Canlı Donör Böbrek Nakli Aktivitesi

Çizelge 12. Türkiye’ nin 2014-2018 Yılları Arası Kadavra Donör Aile Red Aktivitesi

Çizelge 13. Ülkelerin 2018 Yılı Kadavra Donör Aile Red Aktivitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. UNOS'ta Çalışma Sistemi

Şekil 2. Organ ve Doku Kaynağı Merkezleri Çalışma Sistemi



ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Ve Tutumlarının İncelenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği

Cemile KARATAŞ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2021

Bireylere ikinci bir yaşam şansı tanıyan organ naklinde büyük gelişmeler yaşanmasına rağmen, en önemli sorunlardan biri organ bağışının yetersiz düzeyde olmasıdır. İnsanların doğumundan ölümüne daima yanında yer alan, insanları sağlık alanında yönlendiren ve bilgilendiren sağlık çalışanlarının, organ nakli ve bağışı hakkındaki tutum ve bilgi düzeyini belirlemek amacıyla bir devlet hastanesi sağlık çalışanlarına uygulamak üzere bu çalışma planlanmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Konya İlinde bir devlet hastanesinde 252 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler katılımcı tanıtım formu, Organ Bağışı Tutum Ölçeği ve Organ-Doku Bağışı ve Nakli Bilgi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklere ek olarak, bağımsız değişkenlerde t-testi ve ANOVA analizleri uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %51,2'si 31-40 yaş aralığında olup, %52,4'ü erkek ve %79,8'i bekar, %69,0'u diğer sağlık çalışanı grubundan oluşmaktadır. Organ bağışında bulunanların oranı %24,2 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeği Yardımseverlik/Ahlaki Değerler/İnançlar alt boyutundan %96,8±22,2, Tıbbi Olarak İhmal Edilme Korkusu alt boyutundan 24,2±13,0 ve Bedensel Yaralanma Korkusu alt boyutundan ise 26,4±12,0 puan; Organ-Doku Bağışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği Donör Özellikleri alt boyutundan 3,53±0,98 ve Organ Bağışı ve Nakline İlişkin Yasal, Etik ve Tıbbi Süreç alt boyutundan 8,42±3,27 puan ortalamaları aldıkları saptanmıştır. Çalışmada lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanının, daha alt eğitim seviyesine sahip olanlara göre, doktorların diğer sağlık çalışanlarına göre, yasal konularında bilgisi olanların olmayanlara göre negatif tutumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Organ bağışını arttırmada en etkili yolun eğitim (%67,1) ve din görevlilerinin açıklamaları (%15,9) olduğunu düşünmektedirler.

Sağlık çalışanlarının organ bağışlama durumları az bulunmuştur. Eğitimin organ bağışını arttırmada etkin olduğu görüldüğünden, sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimlerde organ bağışına yönelik eğitimlerin sürekli olması göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beyin Ölümü, Organ Bağışı, Sağlık Çalışanı

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

A Study Of The Knowledge Level And Attitude Of Healthcare Workers About Organ Donation: An Example Of A State Hospital

Cemile KARATAŞ

Department of Health Management

MASTER THESIS /KONYA-2021

Although there have been great developments in organ transplantation, which gives individuals a second life, one of the most important problems is the insufficient level of organ donation. This study was planned to apply to health workers of a state hospital in order to determine the attitude and level of knowledge about organ transplantation and donation of health workers, who always stand by people from birth to death, guide and inform people in the field of health.

This descriptive and cross-sectional study was conducted in a state hospital in Konya province with 252 participants. Data were collected using participant introduction form, Organ Donation Attitude Scale and Organ-Tissue Donation and Transplantation Information Scale. In the analysis of the data, in addition to descriptive statistics, independent variables t-test and ANOVA analysis were used.

51.2% of the healthcare workers participating in the study are between the ages of 31-40, 52.4% are male and 79.8% are single. 69.0% constitute the other health workers group. The rate of those who donated organs was found to be 24.2%. It has been determined that health care workers got 96.8 ± 22.2 points from Organ Donation Attitude Scale Helpfulness / Moral Values / Beliefs Sub-dimension, 24.2 ± 13.0 points from Medical Neglect Sub-dimension, 26.4 ± 12.0 points from Physical Injury Sub-dimension, 3.53 ± 0.98 points Organ-Tissue Donation and Transplantation Donör Characteristics sub-dimension and 8.42 ± 3.27 from Legal, Ethical and Medical Process of Organ Donation and Transplantation. In the study, it was determined that health workers with a postgraduate education compared to those with a lower level of education, doctors compared to other healthcare workers, and those who had knowledge of legal issues compared to who had no knowledge level had a lower negative attitude, They think that the most effective way to increase organ donation is education (67.1%) and statements by religious officials (15.9%).

Health workers have fewer organ donation situations. Since training seems to be effective in increasing organ donation, it should be taken into consideration that the training for organ donation should be continuous in in-service trainings for healthcare workers.

Keywords: Brain Death , Organ Donation, Healthcare Personnel

1. GİRİŞ

1.1. Organ, Organ Bağışı ve Organ Nakli Tanımı

Organ, fonksiyon olarak bir tek görevi olan yahut fonksiyonlarını gerçekleştirirken belli sınır ve limitleri olan doku topluluğuna denir (Dalgıç 2015).

Organların bir düzen halinde hareket ettiği ve tam bir uyum içinde çalıştıkları belirlenmiştir. Sistemler şunlardır (Sağlık Bakanlığı 2016);

- İç Organları; larenks, akciğerler, farenks, mide, , safra kesesi, kalp, pankreas, böbrek, karaciğer, kalın bağırsak, dalak vb.
- Sindirim sistemi; farenks, mide, ince bağırsak, kalın bağırsak vb. Ayrıca yardımcı sindirim sistemi organları olarak karaciğer ve pankreas söylenebilir.
- Üreme sistem; vajina, over, penis, testis, prostat vb.
- Üriner sistem; mesane, üreter, üretra vb.
- Solunum sistemi; larenks, burun, akciğerler vb.
- Dolaşım sistemi; kalp, aort, ven, arter vb.
- Duyu organları; göz, deri, dil vb.

Organ bağışı; bireyin kendi organlarının yasal çerçevede canlıyken yahut öldükten sonra kullanılması için rıza göstermesidir (Wikipedia 2020).

Organ nakli; ilerlemiş doku yahut organ yetmezliği olan ayrıca hayati tehlikesi olan bireyleri canlı ya da kadavradan ihtiyaç duyulan organların hastaya aktarılmasına denilir (Sağlık Bakanlığı 2016).

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun, tam olarak organ ve doku tanımını açıklamamaktadır. 2/1. Maddesinde “ *bu kanunda sözü edilen organ ve doku deyiminden, insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır*” ibaresi organ ve dokunun hukuki açıklamasını yapmaktadır (Dalgıç 2015).

Başka nedenlerden ötürü doku ve organlarda meydana gelen arızalar bütün yaşam faaliyetlerini etkilemekte ve ahenk içindeki dokuların bozulmasına sebep olarak vücudun tabii işlevlerinin kaybolması demektir. Günlük yaşamımızda kalitesiz, sağlıksız beslenme ve diğer başka sebeplere ilintili olarak, işlevi en çok zayı olan organların ilk sıralarında karaciğer, böbrek, pankreas, kalp gibi transplantasyonu yapılabilen organlar bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2016).

Pasifize yaşamının bir sonucu olarak, kondisyon yetersizliği ve sağlıklı beslenmemeye iyice artan organ yetmezliği, faaliyetlerini yapamayan yahut yetersiz kalan organların modern tıbbın olanaklarını da değerlendirerek organ transplantasyonu korkulan bir durum olmaktan ötedir (Akdeniz Üniversitesi Prof.Dr.Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi 2010).

Herhangi bir organın, faaliyetlerini yapamadığı yahut kronik olarak yetersiz kaldığı durumlarda, ilgili organın görevini devralacak canlı yahut kadaverik (beyin ölümü olmuşsa) sağlam organlarının aktarılmasına organ nakli (organ transplantasyonu) denilmektedir (Akdeniz Üniversitesi Prof.Dr.Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi 2010).

1980'lerden itibaren çok hızlı ilerleyen teknoloji, özellikle tıbbi alanda dikkat çekici duruma gelmiştir. Nakil aşamasında ve naklin gerçekleşmesinden sonra, organların uyumunu destekleyen antikor üretimini baskılayan ilaçların oluşturulması, organ ve doku transplantasyonuna kolaylık sağlamış, rejeksiyonların azalmasını sağlamıştır. Faaliyetlerini daha çabuk kaybeden, transplantasyona en çok ihtiyaç duyulan organların ilk sıralarında böbrek ve karaciğer gibi solid organlar bulunmaktadır (Ülman 2012)

1979 yılında yürürlüğe giren “ 2238 Sayılı ODNK’ ya göre; Tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli bu kanun hükümlerine tabidir” derken, “ 24066 Sayılı ODNH Yönetmeliğine göre; terminal dönemdeki hastalıklarda tedavi amacıyla uygulanan organ ve doku nakli ameliyesini” şeklinde açıklanmıştır (Resmi Gazete 2000).

Hastalıkların tedavi edilebilmesi, hayat süresinin ve kalitesinin yükseltilmesi evvelden beri insanlığın hayalini süslemektedir. Teknolojik gelişmelerin ivme kazanmasının etkisi tıp alanında da kendini göstermiştir (Dalgıç 2015). Transplantasyon günümüzde halen kronik organ yetmezliklerinde kullanılan en etkili, geçerli ve ileri bir tedavi şeklidir (Akdeniz Üniversitesi Prof.Dr.Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi 2010).

Fonksiyonlarını yapamayacak durumda olan yahut vücutta geri dönüşsüz hasarlar veren ve tedavisi mümkün olmayan organın çıkarılıp, aynı fonksiyonları yapacak sağlam bir başka organ aktarılması organ nakli olarak tariflemektedir (Dalgıç

2015). Organ transplantasyonları kadaverik ve canlı verici olarak iki şekilde olmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2016).

Mevcut durumda canlı vericilerin yoğunluğu yüksek olsa da, kadaverik vericilerin varlığı da yadsınamaz. Yerine aktarılan organların bulunduğu birey bir süre uyum problemi yaşadıkdan sonra, hayat kalitesi ve süresinde gözle görülür bir iyileşme yaşamaktadır. Böbrek transplantasyonu sonrasında diyalize bağımlı olmaktan kurtulup sağlıklı şekilde hayatını idame ettirebilmekte, gözleri görmeyen kişi kornea transplantasyonu sonucunda tekrardan görmeye başlamakta, kimi diyabet grupları pankreas transplantasyonu neticesinde diyabet hastalığını tamamıyla yenebilmektedir. Organ nakli ile, bireyin ya yaşam müddeti uzatılabilmekte yahut yaşam kalitesi daha iyi hale getirilmektedir. Organ nakilleri, sürekli ivme kazanan tıp teknolojisiyle olağanüstü bir durum olmaktan uzaklaşmıştır. Giderek artan otomasyon ve telekomünikasyon sistemleriyle, gereksinim duyulması durumunda daha kolay erişebilmektedirler (Dalgıç 2015).

1.2.Tarihsel Süreçte Organ Nakli

İnsanların eski tarihlerde de organ nakliyle alakalı olarak birtakım görüşlere vakıf oldukları unutulmamalıdır. Eski zamanlarda tıp mevzusunda yeterli bilgilere sahip olmayışından ötürü insanların sürekli olarak sanakalar üzerinden hareket ettiği öngörülmektedir. Mesela, sıhhat ve gücün, bazı insanlara mahsus bir şey olduğu, güçsüz ve zayıf insanlara aktarılacağı düşüncesi hâkimdi (Bozoklar 2011).

Tıp hekimi olan Pien Chiao ruhsal dengesizlikleri oldukları iddia edilen iki erkeğin kalp naklini yaptığı ifade edilmektedir. Hekimlik yapan ikiz kardeşler Cosmos ve Damien milattan sonra dördüncü yüzyılda Etiyopyalı bir gladyörün bacağı nakledilerek tarihe siyah bacak mucizesi olarak geçmiştir (Bozoklar 2011).

Organın transplantasyonu ile alakalı fikirler milattan sonra 300'lü yıllara dayanmaktadır. Bu çağlarda, kangren olmuş bir bacağın kesilerek yerine bir ölünün bacağı aktarılması fikri dünyada kabul görmeye başladığı dönem olarak belirtilebilir (Burra ve ark 2005).

İtalyan cerrah olan Tagliacozzi, milattan sonra 6.yy da canlıdan alınan parçalar değişik sebeplerde burnunu kaybedenlere aktarmıştır. Tagliacozzi “ *İnsan bünyesi kendi dokusunu kabullenmekte, yabancı dokuyu kabullenmemektedir* ” demiştir (Burra ve ark 2005).

On Sekizinci Yüzyılın sonlarında genel olarak tatbik edilen insandan insana dış nakli, frengi gibi sâri hastalıkların yayılmasından ötürü uzaklaşarak diğer metodları geliştirilme düşüncesi meydana gelmiştir. Bu çalışmalar sonucunda yeni bir çağa geçilmiştir. 1870’de Reverdin deri nakillerinde ilk cerrah olmayı başarmıştır. Tiersch 1866 yılında split thickness çalışmasıyla bilinmektedir. 1863 yılında Paul Bert, greft dokularının farklı olduğunu iddia etmiştir. Uygulamada özdeş cinsten iki canlı arasındaki deri transplantasyonlarının başarısız kalması, araştırmacıları yeni testlere sevk etmiştir. Bu gayeyle yapılanların en ilginçini Medawar yapmıştır. II. Dünya Savaşında yanmış pilotların tedavisinde başarısızlığı araştıran Medawar, hayvanlara yerleştirilen otogreftlerin tutmasına mukabil, allogreftlerin reddedildiğini belirlemiştir. Sonraları aynı deri nakli tekrarlandığında reaksiyonu immün sistemden meydana geldiğini göstermiştir (Burra ve ark 2005).

Koyunlarda oto ve kseno çalışmalarını Baranio, 19. yüzyılda hayata geçirmiştir. Aynı zamanlarda Jaboulay, Murphy ve Carrel anastomoz yönteminin unsurları üzerinde çalışmıştır. Carrel’in denek hayvanlarla yaptığı damar anastomozu usulleri ve yaptığı faaliyetlerle 1912’de Nobel ödülüne hak kazanmıştır (Dalgıç 2015).

İnsan menşeli biyolojik madde transplantasyonunun mühim bir boyutunu da sperm, ovum ve embriyo aktarımı gerçekleştirmektedir. Sperm nakline, Türk Ceza Hukuku “*sun’i ilkah*” ismini vermektedir. İnsan sperm transplantasyonu faaliyetleri 1780- 1799 yılları arasında başlanmıştır bulunmaktadır (Dontlu 2004)

Kalp nakli ilk olarak köpekler üzerinde başlanmıştır. 1905 senesinde Carrel ve Guthrie köpeğin kalbini, alıcının ensesine yerleştirerek tarihte yerini almıştır. 1933 yılında Mann kalbi köpeğin göğüs boşluğuna yerleştirerek çalışmalar yapmıştır (Burra ve ark 2005).

Kadaverik yapılan ilk böbrek transplantasyonu, Rus cerrah olan Voronoy tarafından 1933’te Kiev’de gerçekleştirilmiştir. Civa intoksikasyonu ile akut böbrek yetmezliği gelişen hastaya kadaverik böbrek nakli gerçekleştirilmiştir. Kadavra verici ile alıcı arasında kan grupları uyumsuzluğu dolayısıyla rejeksiyon gerçekleşmiş ve alıcı 48 saatten sonra hayatını kaybettiği açıklanmıştır (Dontlu 2004).

Klinik ve deneysel nakiller 1950’lerden sonra tıp biliminin gelişmesiyle artmıştır. 1952 yılında Mico, Hamburger, Oecenomoz gerçekleştirdiği nakiller Parisin

en önemli nakillerden biri olarak bilinmektedir. Aynı doktor ilerleyen tarihlerde başarılı çalışmalarına devam etmişlerdir (Dontlu 2004).

1952 Fransa'dan sonra, 1959 İngiltere, 1964 İsviçre, 1967 yılında Almanya ve İran da çalışmalar artmıştır (Haberal 2004).

İlk akciğer transplantasyonu, Metras tarafından 1950 yılında, Hardin ve Kitle 1954 yılında tarafından hayvanlar üzerinde çalışılarak insanlar içinde uygulanabileceği düşüncesi oluşmuştur (Haberal 2004).

Karaciğer nakli için milat 1955 tir. İlk nakli Welch, köpeklerle denemiştir. Hardy 1964 tarihinde şempanze kalbi aktarımı yapılmış ancak hasta ancak bir saat hayatta kalabilmiştir. Christian Bernard tarafından 1967 yılında insandan insana ilk transplantasyon gerçekleştirilmiş ancak hasta 17 gün yaşayabilmiştir (Dontlu 2004).

1963 ile 1967 yılları aralığında karaciğer nakli yaygınlık göstermiştir. İnsan üzerindeki ilk karaciğer aktarımı 1963 yılında Colorado Üniversitesi Hocalarından Thomas E. Starzl tarafından yapılmış olup ancak sonuç başarı gösterememiştir. Yine ilk başarılı karaciğer nakli 1967 yılındaki aynı üniversite hocaları tarafından yapılarak tarihte yerini almıştır (Kasapoğlu ve ark 2010).

1963 yılında ilk defa insan üzerinde akciğer aktarımı Hardy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. 1968 tarihinde Derom ve arkadaşları, ağır silicosis hastasına sağ akciğer aktarımına mukabil 10 ay sonra kronik rejeksiyon oluşarak hasta kaybedilmiştir (Haberal 2004).

Kemik iliği kanseri daha çok çocuklarda görüldüğü bilinen bir gerçektir. Bundan ötürü ilik aktarımı fikri bilim insanlarına cazip gelmeye başladı. İlk denemeler sonucu doku türü saptanması ve bağışıklığı baskılayan tedaviyle başarılmıştır. Uyumsuzluk durumunda hastaya zarar verdiği ancak uyum durumunda, kan nakli gibi zahmetsiz bir uygulamaya sahip olduğu belirtilmektedir. İlk ilik nakli, Donnal Thomas ve arkadaşları 1957 yılında Seattle ilk ilik naklini yapmışlardır. 1970 tarihinde ilik naklinin güvenilirliği yükselmiş, 1984 tarihinden itibaren nakil sayısı 9500'e, daha sonra 1987 yılında ise 20.000'e dayanmıştır (Dontlu 2004).

Pankreas nakli Total veya Parsiyel Pankreas Transplantasyonu olarak 1966'dan beri iki yöntem şeklinde gerçekleştirilmektedir. ABD'de Minnesota'da 1967 tarihinde Kelly ve arkadaşları ilk pankreas aktarımı yapmış ancak aktarılan pankreas,

iyi çalışmasına mukabil apse oluşturmaya müteakip 4 hafta sonra yerinden alınmıştır (Orozakunov ve ark 2014).

Organ ve doku transplantasyonunun kronolojisi şu şekildedir;

Deri: M.Ö. 700'lü tarihlerde hastalık neticesinde kopan yahut deforme olmuş burun ve kulağın rekonstrüksiyonu, yanaktan deri aktarılacak yahut uzatılmak suretiyle deri aktarımı yapıldığı bilgisi mevcuttur (Dontlu 2004).

Damar: 18. ve 19. tarihlerde damar nakli konusu daha da önemsenmiş ve 1770 tarihinde Missa, orta parmak damarını işaret parmağına aktararak damar aktarımı mevzusuna yeni nitelikler kazandırmış ve 19. Yüzyılda aktarımlardaki gelişmelere paralel olarak, damar aktarımı da önemli merhaleler kat etmiştir (Dalgıç 2015).

Böbrek: Böbrek aktarımı mevzusunda ilk bilgilere 1902 tarihinde olduğu bilinmektedir. Ulman, aynı tarihlerde bir köpekten diğer bir köpeğe böbrek aktarımı yapmıştır (Dontlu 2004).

Göz (Kornea): İlk göz katmanının aktarımı 1905 yılında gerçekleştirildiği düşünülmektedir (Dontlu 2004).

Karaciğer: Karaciğer ile alakalı olarak ilk deneysel uygulama 1955 tarihinde Wech ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Orozakunov ve ark 2014)

Kalp: Kalp aktarımı mevzusunda ilk uygulama 1967 tarihinde Dr. Barnard tarafından insanda yapılmıştır (Orozakunov ve ark 2014).

Pankreas: Pankreas aktarımı Roloson tarafından 1983 tarihinde çocuk üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada görülmektedir (Orozakunov ve ark 2014).

Yüz nakli: Hindistan'da canlı donörden 1994 tarihinde bir kız çocuğuna uygulanmış, 2005 tarihinde Fransa'da köpek tarafından parçalanan bir kadına kadavradan yüz nakli gerçekleştirilmiştir (Dontlu 2004).

1.3. Türkiye' de Organ Naklinin Tarihi

Batıda yapılmaya başlanan ilk organ transplantasyondan on yıl kadar sonra, ülkemizde de organ transplantasyonuna ilgi gösterilmiştir. 1963 yılında ilk olarak İstanbul GKDC Merkezinin yapmış olduğu hayvanlar üzerindeki deneyleri ile gerçekleştirmiştir. Aynı yıllarda bilhassa hayvanlar üzerinde yapılan deneysel kalp aktarımları akciğeri de içeren bütün ara damarlarla birlikte uygulanmıştır (Haberal 2004).

Ülkemizde insanda ilk kalp aktarımı 1968’de Beyazıt tarafından yapılmış olup, hasta 18 saat sonra ölmüştür. Aynı tarihlerde İstanbul GKDC Merkezinde, ikinci kalp aktarımı Ersek ve Barlas tarafından gerçekleştirilmiş lakin hasta 2-3 gün yaşayabilmiştir. 12 yaşındaki erkek hastaya 1975’te annesinin böbreğinin aktarılmasıyla Türkiye de ilk akrabalar arası böbrek aktarımı Haberal ve ekibi tarafından uygulanmıştır (Dalgıç 2015).

1968 tarihinde Taykurt ve ekibi tarafından Beyoğlu Belediye Hastanesinde yapılan ülkemizde ilk solid organ aktarımı uygulaması teknik olarak başarılı olmasına mukabil işlemten 20 gün sonra aktarımı yapılan böbrek, doku uyumsuzluğu nedeniyle çıkarılmak zorunda kalınmıştır. Ancak alıcının aktarılan böbrek çıkarıldıktan sonra dahi suni böbrek cihazlarıyla uzun zaman yaşamına idame edebilmesi, Taykurt’un aslında hayati bir zorunluluk taşımayan bu uygulamayı, yalnızca deneysel gayelerle ve hem organ transplantasyon alıcısını, hem organ nakli donörünü de yeterince bilgilendirmeden uygulandığı gündeme gelmiştir. İlk kadaverik böbrek aktarımıysa “ *Avrupa Transplantasyon Birliği* ” olarak bilinen “ *Eurotransplant* ” den getirilen kadaverik böbrekle tekrardan Haberal ve ekibi aracılığıyla 1978 tarihinde ve sonuçta 2238 sayılı mevzuatın çıkmasından hemen sonra 1979 tarihinde trafik kazasından hayatını yitiren birinin böbreği alınarak ilk kez yerli kadaverik böbrek naklini uygulanmıştır (Özçetin 2013).

Bozer ve ekibi aracılığıyla üst üste yapılan kalp transplantasyonları, Ankara Göz Bankası’nda hala devam eden kornea aktarımları, 1989 tarihinde GATA Hastanesinde Aslan ve ekibi aracılığıyla yapılan ilk pankreas aktarımı ülkemizdeki organ nakli ilerlemelerinin basamaklarını gerçekleştirmiştir. 1990 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine ait İbni Sina Hastanesi’nde yapılan kalp transplantasyonu ile bu fakültede organ aktarımı başlatırken, Koşuyolu KAH kalp nakli çalışmasıyla sürece dâhil olmuştur (Özçetin 2013).

Çizelge 1.Türkiye’ de 2010-2020 Yılları Arası Organ Bekleyen Hasta Sayısı

	Kalp	Akciğer	Böbrek	Karaciğer	Pankreas	İnce barsak	Kornea
2010	3	0	16.562	67	203	0	1.352
2011	251	4	17.820	1.627	198	0	2.692
2012	349	16	19.603	1.903	216	0	5.197
2013	435	38	21.007	2.098	241	0	5.080
2014	567	38	22.113	2.193	255	2	3.877
2015	657	50	22.449	2.250	271	3	3.084
2016	747	40	21.907	2.204	276	2	3.147
2017	956	66	21.922	2.095	283	6	2.404
2018	1.094	64	22.547	2.141	286	3	1.573
2019	1.163	89	22.931	2.260	297	1	1.553
2020	1.043	75	22.184	1.958	293	0	1.163
Genel Toplam	7.265	480	231.045	20.796	2.819	18	31.122

Kaynak: (Organ 2019)

Çizelge 1’de 2010-2020 yılları arasında kronik hastalığı olup, organ nakli bekleyen hasta sayısı yer almaktadır. Her yıl artan oranda nakil bekleyen hasta sayısı yükselmektedir. Özellikle 2020’ nin sadece ilk 6 aylık verileri dahi geçen tam bir yıla eşit gözükmemektedir. Ancak ince barsak için nakil bekleyen hasta sayısında aynı durum söz konusu değildir.

Çizelge 2.Türkiye’ de 2010-2020 Yılları Arası Organ Nakli Yapılan Hasta Sayısı

	Kalp	Akciğer	Böbrek	Karaciğer	Pankreas	Kornea
2010	0	0	471	17	0	0
2011	95	5	2.952	908	25	6
2012	61	25	2.909	1.002	6	1.905
2013	63	32	2.946	1.249	4	3.065
2014	78	33	2.925	1.212	9	3.741
2015	89	30	3.204	1.218	7	3.206
2016	70	22	3.420	1.396	6	3.038
2017	76	42	3.344	1.446	0	3.632
2018	91	43	3.874	1.587	4	4.141
2019	84	33	3.863	1.776	3	3.790
2020	14	8	1.027	597	0	953
Genel Toplam	721	273	30.935	12.408	64	27.477

Kaynak: (Organ 2019)

Çizelge 2’de 2010-2020 yılları arasında organ nakli gerçekleştirilmiş hasta sayısı yer almaktadır. Yıllar içerisinde nakil yapılan hasta sayısında bir artış gözlenmektedir. Ancak nakil sayısında 2020’nin ilk 6 ayı baz alındığında diğer yıllara nazaran tersi bir durum görülmektedir.

Çizelge 3.Türkiye’ de Canlı Donörlerin Yaş ve Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı

Yaş Aralığı	Canlı Donör	Cinsiyet
18-19	25.418	Kadın:15.848
		Erkek:9.570
20-44	389.169	Kadın:202.039
		Erkek:187.130
45-64	128.452	Kadın:60.496
		Erkek:67.956
65-74	16.913	Kadın: 6.001
		Erkek:10.912
75 +	3.424	Kadın:1.164
		Erkek:2.260

Kaynak: (Organ 2019)

Çizelge 3’de Türkiye’ de canlı donörlerin yaş ve cinsiyet durumuna göre dağılımı bakıldığında; en çok donör 20-44 yaş skalasında yer almaktadır. En az donör sayısı 75+ üstünde yer almaktadır. Cinsiyet açısından bakıldığında; kadın donör sayısının, erkek donör sayısından yüksek olduğu görülmektedir. Yaş grupları içerisinde 20-44 yaş kadınları en yoğun donör sayısına sahipken, 75+ yaş kadınların en az donör sayısına sahip olduğu görülmektedir. Yaş grupları içerisinde 20-44 yaş erkekleri en yoğun donör sayısına sahipken, 75+ yaş erkeklerin en az donör sayısına sahip olduğu görülmektedir. 18-19 yaş ve 20-44 yaş aralığında kadın donör popülasyonu yüksek iken, 45-64, 65-74 ve 75+ yaş aralığında erkek donör popülasyonu daha yüksek görülmektedir.

Organ transplantasyonuylakalakal olarak son yıllarda ÷lkemizde kayda değer gelişmeler olmuştur. İlk yüz trasplantasyonu 21.01.2012 günü Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak÷ltesi hastanesinde kadavradan alınarak genç bir erkeğe uygulanmıştır. İkinci yüz nakli de 2012 Şubat ayında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak÷ltesi Hastanesinde bir erkeğe transplante edilmiştir. İlk kol nakli 2010 tarihinde iki kolu olmayan bir erkeğe yine Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak÷ltesinde gerçekleştirilmiştir. Kadaverik aktarım sonrasında organ alıcısı birçok tedavilerden sonra kollarını kullanabilmiştir. İkinci kol aktarımı 21.01.2012 tarihinde gene Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak÷ltesinde yapılmıştır. Aynı anda bacak aktarımı da yapılmış lakin bacakları v÷cut kabul etmemiştir. Aynı sırada kollar ve bacakların aktarımı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak÷ltesinde çalışılmış lakin olumlu sonuç alınamamıştır. Alıcı hayatını yitirmiştir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak÷ltesinde uygulanan çift kol alıcısı da işlemden 72 gün sonra hayatını yitirmiştir. ÷lkemizde yine kadaverik yüz nakli bir kadına 17.03.2012 günü Gazi Üniversitesinde uygulanarak sağlıklı bir sonuç şekilde sonuçlanmıştır. İşlem sonrası yapılan temaslarda hayata olan bağlılığının yükseldiğini, durumlara daha pozitif gözle baktığını iletmiştir (Özçetin 2013).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak÷ltesi'nde Prof. Dr. Ömer Özkan, 23 yaşındaki Derya Sert'e 8 Ağustos 2011'de kadaverik uterus nakli yaparak, Sert bu alanda ilk olarak tarihe geçmiştir. Özkan ve ekibi, geçen günlerde embriyo transferi yapılmış olan Sert'in geçen yıl gebe olduğunu açıklamış, lakin gebelik 8. hafta sonundaki muayenede kalp atışlarının alınmaması üzerine kürete edilmiştir (Sabah Gazetesi 2014).

Yurdumuzda yıllara göre yapılan organ transplantasyon sayılarında artış bulunmaktadır. 2002 yılında en fazla aktarımı yapılan organ, böbrek olarak saptanırken, hiç transplantasyon yapılmayan ince bağırsak ve akciğer organlarıdır. 2003 yılında en fazla transplante edilen organ böbrek iken, hiç aktarımı yapılmayan organ akciğerdir (Özçetin 2013).

Çizelge 4.Türkiye’ de Canlı ve Kadaverik Donörlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Canlı Donör	Potansiyel Kadaverik Donör	Aile İzinli Kadaverik Donör
2012	1.865	1.445	337
2013	38.775	1.645	367
2014	65.500	1.776	397
2015	57.705	1.941	465
2016	70.636	1.997	563
2017	84.814	2.046	554
2018	98.205	2.178	598
2019	125.464	2.309	619
2020	20.214	754	155

Kaynak: (Türkiye Organ Nakli Vakfı 2018)

Çizelge 4’de Türkiye’ de canlı ve kadaverik donörlerin yıllara göre dağılımına bakıldığında; Yıllar içerisinde hem canlı donör sayısında, hem beyin ölümü gerçekleşmiş kadaverik donör sayısında hem de beyin ölümü gerçekleşmiş aile izinli kadaverik donör sayısında artış gözlenilmektedir.

Böbrek, kalp ve karaciğerde daima bir yükseliş görülürken ince bağırsak ve akciğer aktarımlarında aynı durum geçersizdir. 2002 ile 2010 yılları incelendiğinde ülkemizde yapılan organ transplantasyonlarında en fazla transplante edilen böbrek en azıysa akciğer organıdır. En az aktarım 2002 yılındayken, en fazla kadaverik aktarım izni yine 2002 yılına mahsustur. Canlıdan böbrek ve karaciğer aktarımı giderek artmakta ancak kadaverik azalış göstermektedir (Özçetin 2013).

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesince 1968 tarihinde ilk canlı böbrek nakli uygulanmıştır ancak doku grubu dikkate alınmayıp kan grubu uyumu dikkate alındığı için başarısız olunmuştur (Özçetin 2013).

Ülkemizde 1975 tarihinde ilk başarılı transplantasyon yapılmıştır. Lakin 1979 yılında ilk mevzuat Organ Nakli Kanunu kabul edilmiştir. Diğer ülkelerdeki durum ise

- Almanya’nın Organ Nakli Yasası 1997,
- ABD’nin 1968 tarihinde Organ Nakli Yasası,
- Danimarka’nın Organ Nakli Yasası 1990,

- İsveç'in Organ Nakli Yasası 1995,
- Mısır Organ Nakli Yasası 1962,
- Kuveyt Organ Nakli Yasası 1972
- Suriye Organ Nakli Yasası 1972,
- Ürdün Organ Nakli Yasası 1977'dir (Özçetin 2013).

Ayrıca yurdumuzda organ transplantasyonuna ihtiyacın artmasından dolayı, teknolojik gelişmeler ve organ transplantasyonunda etkin ve verimli olmak, koordinasyonu oluşturmak için 2001 tarihinde “ *Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi* ” kurulmuştur (Resmi Gazete 2000).

1.4. Organ Bağış Yöntemleri

Organ Bağışı mevzusunda 4 yöntem bulunmaktadır.

1.4.1.İtiraz Yöntemi

Organ bağışı konusunda itiraz belirtmemişse organ bağışçısı kabul edilmektedir. Polonya, Avusturya gibi devletler bu sistemi kullanmaktadır. Ülkemizde bu yöntem doku nakillerinde geçerlidir. Karşıt bir beyanı yoksa kişinin kornea gibi dokuları alınabilir der mevzuat. Ve yakınlarına sorulmaz, en kapsamlı metoddur (Ertin ve ark 2010).

1.4.2.Genişletilmiş İtiraz Yöntemi

İtiraz yöntemine benzemekle beraber yöntemin farkı, donör yaşamında yasal vasilerine vasiyette bulunur organlarını bağışlamak üzere. Monarşi ülkelerinde daha çok bu metod görülür Belçika, Norveç' te ilk olarak gönüllüler başvuru yaparlar. Bu bağış sonrası ölüm olması durumunda ailenin fikri sorulmaz. Aile olumsuz tepki dahi verseler kabul görmez. Gönül bağışçı olmayıp ölen kişiler de sağlığında organ bağışçısı olmasına itiraz etmediği için gönüllü bağışçı kabul edilip organları alınabilir. Organlar alınırken de aileden olur alınmaz. Ancak aile organlarının alınmasına itiraz ederse organları alınamaz. “ *Organ bağışçılığını aynı askerlik gibi bir vatani görev olarak addetmektedirler* ”. Nüfusunun %98' i organ bağışçısıdır (Ertin ve ark 2010).

1.4.3.Gönüllülük Yöntemi

Ülkemizde bu model geçerlidir. Donör yaşarken bağışçı olacağını taahhüt etmesi gerekir yahut beyin ölümü gerçekleşmesi durumunda ailenin rızası geçerlidir. Alanı kısıtlıdır (Parlak 2009). Mevzuat “ *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 ” der (Resmi Gazete 1979).

1.4.4.Genişletilmiş Gönüllülük Yöntemi

Bir önceki metoda göre daha geniştir. Bağışçının bir vasiyeti olmasa bile yasal vasileri organları bağışlayabilir. Bilhassa Türkiye, Almanya, Yunanistan ve İngiltere bu metodu kullanmaktadır (Ertin ve ark 2010).

Bu 4 yöneme ek olarak zaruret yöntemini de sayabiliriz. Kaza yahut felaketlerde beyin ölümü gerçekleşmiş olgularda tabip konseyinin kararıyla aciliyet durumlarında rızaya bakılmaksızın organ nakli yapılmaktadır der mevzuat (Parlak 2009).

1.5. Organ Naklinde Sınıflandırma

1.5.1.Otogreft

Bireyin kendi vücudundan bir bölümünden alınıp yine kendisinin başka bir bölümüne aktarılmasına denir. Mesela bypass için ven çıkarılması vs (Özçetin 2013).

Bu tip greftler daha yüksek başarı oranına sahiptir. Vücudun adaptasyonu daha kolaydır.

1.5.2.Allogreft

Aynı türler arasındaki aktarıma denilmektedir (Özçetin 2013). Aynı türün bir ferdinden diğer bir ferdine nakledilen doku yaması veya homogreft.

Bu tip greftler canlı donörden veya kadavradan alınır. Güvenli ve kullanıma hazır olması avantajlı kılmaktadır.

Canlı Verici

Maddi bir menfaati olmayan 1.dereceden 4. Dereceye kadarki akrabaların yahut yine maddi bir menfaati olmayan olmayan ve etik kurul tarafından kabul edilen bireyler canlı vericidir.

Yaşayan bireylerden organ alınmasının şartı donörün hayati riski oluşmayacak şekilde çift organlardan olması veya parça şekilde karaciğer veya pankreas şeklinde kabul görür (Bozoklar 2011).

Kadavra Verici

Trafik kazası, beyin kanaması vs. sebeplerle yoğun bakım sürecinde tedavisi sürerken; “beyin ölümü” nün gerçekleşmesi durumunda organlarını bağışlamışsa yahut herhangi bir donör kaydı olmamasına rağmen yasal vasileri tarafından organlarının bağışlanmasına onay verilmesi şeklinde, bu donörler kadavra verici olurlar (Bozoklar 2011).

1.5.3.İzogreft

Genetik yönden özdeş kimliğe sahip alıcı ve verici arasında gerçekleşen organ ve doku aktarımlarına denir. Örnek olarak ikizler verilebilir (Özçetin 2013).

Bu tip grefflerde nakil reddi neredeyse hiç olmaz ve organ naklini daha başarılı olmasını sağlar.

1.5.4.Senogreft

Başka türler arasındaki aktarım çeşididir. Mesela domuzdan alınan kalp kapakçığının insana transplante edilmesi olabilir (Özçetin 2013).

Günümüzde kullanılan iki tip senogreft vardır.

a. Sığır kaynaklı hidroksiapatitler

b. Mercan kaynaklı kalsiyum karbonatlar (Bozoklar 2011).

1.6.Ölümün Tespiti

Ölmüş birinden organ yahut doku transplantasyonu yapabilmek için öldüğünün saptanması gerekmektedir. Ancak başarılı bir transplantasyon yapılabilmesi için de organların hayatiyetinin olması ve korunması gereklidir (Atamer 1999).

Mevzuatta ölüm anıyla alakalı net tarif bulunmamaktadır. Bu yüzden çeşitli ve farklı testler yapılmaktadır (Bozoklar 2011).

1.6.1.Klasik (Biyolojik) Ölüm Anlayışı

Bu anlayışta, solunum, sinir ve dolaşım düzeninin birbirlerinden özerk şekilde çalışmalarının durması ve yeniden canlandırmaya cevap vermemesi durumunu anlatmaktadır (İzdeş ve Erkilic 2007)

1.6.2.Beyin Ölümü Anlayışı

Hayat “*hayati sıvıların akmasıdır*” prensibinde, kardiyopulmoner işlevlerin yitmesi durumunun gerçekleşmesi halinde “*ölüm*” gerçekleşir şeklinde tariflenmiştir.

Lakin CPR tekniklerinin gelişmesi ile geleneksel tanım zarar görmüştür. Ayrıca organ aktarımında gelişmeler ölümü tekrardan tanımlanması ihtiyacını doğurmuş ve beyin ölümü mefhumu gündeme gelmiştir (İzdeş ve Erkılıç 2007).

Beyin sapını da kapsayacak şekilde bütün beyin işlevlerinin geri dönüşsüz şekilde yok olması ve beynin fonksiyonlarının bitmesi, beyin ölümü olarak tanımlanır (Beecher 1969).

1.7.Beyin Ölümünün Tarihçesi

Leyden 1866 tarihinde hayvan deneylerinde kafa içi basınç yükselmelerinde pupilla dilatasyonu, koma, solunum durması ve müteakibinde kalp durmasını raporlamıştır. 1893 tarihinde Maceween serebral bozukluğu olan hastasının solunumunun olmamasına rağmen kalbin çalışmaya devam ettiğini ve 24 saat ventile edilmesi ile yaşamına devam ettiğini raporlamıştır (Veatch 2004).

1901 tarihinde Cushing hastalarında solunum arrestinin gelişmesine rağmen kalbin fonksiyonunun biraz daha sürdüğünü raporlamıştır. Tıp literatüründe ilk defa beyin ölümü gündemde yerini almıştır (Settergren 2003).

İlk defa 1950 sonlarına doğru beyin işlevleri olmayan lakin ventile edilen bir hastanın canlı veya ölü mü olduğu tartışılmıştır. Bundan sonrada beyin merkezli ölüm tanımları yapılmıştır. Bu tarihten sonra beyin ölümü de ölüm olarak kabul görmüştür (Veatch 2004).

Beyin ölümü tanımlanmasıyla organ aktarımında kadavradan da organ alımının önü açılmıştır. 1962 tarihinde Boston’da Joseph E. Murray kadavradan böbrek, 1963 tarihinde T.Starzl ilk kadeverik karaciğer ve JD Hardy ilk kadaverik akciğer aktarımı gerçekleştirmiştir (Veatch 2004).

1968 tarihinde organ yetmezliği sebebiyle organ nakliden başka şansı olmayan hastalar için kadavradan organ transplantasyon umut olmuş ve Harvard Tıp Fakültesinde aracılığıyla ilk kez bir form hazırlanmıştır. Bu kıstaslar “ *Harvard Kriterleri* ” olarak yayımlanmış ve başlangıç noktası olarak tarihe geçmiştir (Schlich 2011).

Harvard ölçütleri:

- Uyarılara karşı duyarsızlık
- Solunum olmaması

- Beyin sapı ve spinal cevabın olmaması
- Düz EEG
- Testlerin tekrarlarında değişikliğin olmaması
- MSS depresanlarının hastaya uygulanmadığı ve hipotermi (<32 C) oluşmadığının garanti edilmesi

1.8.Beyin Ölümü Şartları

Beyin ölümü tanısının klinik olarak konulabilmesi için aşağıda yer alan ön koşulların kesin olarak bilinmesi zorunludur.

- Beyin ölümünün sebebi bilinmeli,
- Geri dönüşsüz olduğu gösterilmelidir. Bunlar;
 - Santral vücut sıcaklığı 32°C ve üstünde olmalı. Hipotermi santral sinir sistemine baskı yaparak yanlış yahut hatalı beyin ölümü tanısını sonucuna varılabilir,
 - Ağır elektrolit, asit-baz yahut endokrin bozukluklar benzeri beyin ölümü görünümünü taklit edebilecek haller bulunmamalı,
 - Nöromuskuler iletimin tam olduğu kanıtlanmalı,
 - İlaç yahut besin intoksikasyonu bulunmamalıdır. Sedatifler, nöromuskuler ilaçlar yahut toksinler uyanıklık seviyesini yok ederek beyin ölümü tablosunu taklit ederek yanlış çıkarımlara neden olabilir. Bu maddeler bir bütün olarak yapılmadan klinik olarak beyin ölümünün tanılmasının yapması olanaksızdır (Schlich 2011).

Komanın nedeniyle alakalı bir şaibe varsa yahut geri döndürülebilir bir nedenin şans söz konusuysa beyin ölümü tanılması yapılamaz (Döşemeci ve ark 2004).

1.9.Beyin Ölümünde Klinik Şartlar

Beyin ölümünün klinik semptomları; koma ve tepkisizlik ile beyin sapı işlevlerinin bulunmamasıdır.

1.9.1.Koma ve Yanıtsızlık

Beyin ölümü tanılması için ilk kıstas spontan yolla yahut uyarıyla bir tepkinin olmaması ile karakterize serebral cevapsızlık halidir. Beyin sapı etkinliği hastalara beyin ölümü teşhisi verilemez. Buna mukabil uyaranlarla ayağın gerilmesi gibi spinal

kord reflekslerinin bulunması beyin ölümü tanısından ayrı düşünülemez (Döşemeci ve ark 2004).

1.9.2.Beyin Sapı Reflekslerinin Olmaması

Beyin sapı reflekslerinin değerlendirilmesi pupiller, faringialtrakeal refleksler ve apne testi gibi değerlendirmeleri içerir (İzdeş ve Erkılıç 2007).

1.9.3.Pupiller

Beyin ölümü durumunda pupillerin ışığa refleksi yoktur; donuk, fiks ve dilatedir normal ölçüleri 3.5-4 mm iken, beyin ölümü durumunda 4-9 mm arasında olması beklenir. Okülosefalik ve okülovestibüler reflekslere bakılarak karar verilir (Veatch 2004).

1.9.4.Okülo-Sefalik Refleks

Bu refleksin değerlendirilebilmesi amacıyla servikal vertebrada kırık yahut instabilite olmaması gereklidir. Bu nedenle travma hastaları için uygun olmayan bir testtir. Bu test başın süratli bir biçimde orta pozisyondan her iki tarafa 90° çevrilmesi (horizontal) sonrasında çenenin süratli bir şekilde aşağı-yukarı şekilde hareket ettirilmesi (vertikal) ile yapılır. Normal bireylerde önce çevrilen tarafın aksine doğru göz hareketi olur, sonrasında göz yavaş yavaş ilk şeklini alır. Lakin beyin ölümü tablosunda gözlerin horizontal ve vertikal aktiviteleri yoktur, kafa ile gözler aynı yönde hareketlidir. Orbita içinde göz hareketi bulunmaz (Döşemeci ve ark 2004).

1.9.5.Okülo-Vestibüler Refleks

Komada kortikal (serebral hemisfer) yahut beyin sapı (pons) travmasıyla ilintili olup olmadığını farkına varılmasını sağlar. Yalnızca hemisferle limitlendirilmiş bir patolojide okülo-vestibüler tepkiler farklı olmamalıdır. Bu refleksin değerlendirilmesi amacıyla kafa 30° yukarı kaldırılarak, dış kulak hattı temiz ve harici madde içermemelidir. timpanik membranın bütünlüğü sağlanmalıdır. İki kulak yolu hattı 30-50 ml arasında buzlu suyla arındırılır. 60 saniye sonra gözlerde düz (horizontal) hareket olup olmadığı incelenir. Normal koşullarda gözler buzlu suyla aranan tarafa doğru döner. Beyin ölümü tanılamasında bu hareket olmaz (Döşemeci ve ark 2004).

1.9.6.Fasial Duyu ve Motor Refleksler

Fasial (yüz) duyu ve motor reflekslerin tanılamasında;

- Pamukla korneaya dokundurulduğunda gözde kırpma hareketinin (kornea refleksi) bulunup bulunmadığı,
- Çeneye parmakla vurma sonrasında çenede çiğneme refleksinin bulunup bulunmadığı,
- Tırnak yatağına, göz çukuruna yahut temporomandibuler ekleme derin pres uygulandığında çehre hattında buruşma, ekşime (grimasing) bulunup bulunmadığı incelenir (Keçecioğlu ve Özkan 2017).

1.9.7.Faringial ve Trakeal Refleksler

Yutak ve soluk borusu tepkileri beyin ölümü tanılı hastalarda olmaz. Arka yutağın uyarılmasında reflekssizlik (gag refleksi yokluğu) hali mevcuttur. Endotrakeal tüple bronş aspirasyonu sonrası öksürük tepkisi meydana gelmez (İzdeş ve Erkılıç 2007).

Beyin ölümü tablosu oluşmasına mukabil medulla spinalis sebebiyle refleksler hala olabilir. Bu reflekslerin sebebi beyin ve sapının sinirleri değil, spinal kordun bölgesel sinirleridir. Bu spinal refleks yaşlılara nispeten gençlerde daha çok olabilir (Döşemeci ve ark 2004).

1.9.8.Apne Testi

Apne testi mevzuatta belirtilen uzmanlık alanına haiz bir hekim tarafından yapılır ve raporlanır. Beyin ölümü tanılmasında bir kez ve etkili bir apne testi amaçlanmalıdır. Test sırasında herhangi bir nefes alma uğraşı olması durumunda beyin ölümü tanılması yanlıştır yani apne testi negatiftir ve işlemler hemen noktalanmalıdır. Apne testi koşullarının oluşturulamaması durumunda yahut testin istenilen PaCO₂ düzeyine varılmadan sonlandırılmasında destekleyici testler yapılmalıdır (Veatch 2004).

1.10. Beyin Ölümünü Destekleyici Testler

Beyin ölümü tablosu beyin sinirlerinin tamamıyla reflekssiz olması durumu değildir. Beyin ölümü tanılanmış hastalarda yapılan çalışmalarda, santral sinir sistemleri içerisinde normal yahut anormale yakın çok fazla nöronal region tespit edilmiştir (Wijdicks ve Pfeifer 2008).

Beyin ölümü tanılamada uygun olan test ve testler hatalı neticeler vermemeli, beyin ölümü olduğunu ispat edebilmeli, ilaçlardan yahut metabolik defectlerden

etkilenmemeli, yoğun bakım ünitleri olan bütün sağlık kuruluşlarında bulunmalıdır (Young ve ark 2006).

Beyin ölümünü tanılamak amacıyla iki grup yöntem vardır:

- Beynin biyoelektrik faaliyetlerin inceleyen yöntemler
- Serebral dolaşım arrestini inceleyen yöntemler (Young ve ark 2006).

1.10.1.Elektrofizyolojik Testler

Elektroensefalografi (EEG)

Beynin biyoelektrik faaliyetlerini kafa derisi üstünden belirlenmesini sağlar. En çok kullanılan testtir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk yayımlanan kılavuzda beyin ölümü tespiti amacıyla elektroserebral sessizlik yahut düz elektroensefalografi olmalıydı (Beecher 1969).

EEG testi hastaların birçok hallerinden tesirlenebilir. Beyin ve sapında reflekslerinde intoksikasyona yahut ilaçlara bağlı hatalı EEG alınabilir (Sabancı ve ark 2008).

Uyandırılmış beyin sapı işitsel potansiyeli (BAEP)

Anestezik, sedatif maddelerden, metabolik bozukluklar, hipotermiden etkilenebilir. Bunun için diğer testlerle beraber yapılması daha güvenlidir (Wang ve ark 2008).

1.10.2.Beyin Kan Sirkülasyonunu Tarayan Testler

Beyin ölümü tanılamada refleksler tam değerlendirememesi durumunda yahut şüphesinde apne testi şartları sağlamaması durumunda, sedatif yahut anestezik maddelerin etkisi netleştirilemiyorsa yahut 1 yaş altındaki hastalarda desteklemek amaçlı bu testler de yapılabilir. Beynin kanlanmadan yaşamını idame ettirmesi olasılıksız olduğundan, beynin kan sirkülasyonunun olmadığını gösteren tetkikler çoğunlukla beynin tamamen işlevsizliğini belirtir (Bernat 2004).

Serebral Anjiyografi

Beyin ölümü tanılamasında kan sirkülasyonunun olmazsa olmazıdır. Dört damar serebral anjio olarak tanımlanır. İnvaziv bir girişimdir. Bu sebeple

hemodinamik olarak kararsız olan hastaların kan basıncı kesinlikle monitörden takip edilmez. (Quesnel ve ark 2007).

Nükleer Tıp

Beyin ölümü tanılmasında en çok başvurulmuş sintigrafi 99 HMPAO veya Tek emisyon bilgisayarlı tomografidir. Parankim dokudaki kan sirkülasyonunu gösterir. Perfüzyonun olmaması beyin ölümü tablosunu belirtir. (Conrad ve Sinha 2003).

Transkraniyal Doppler Ultrasonografi (TDU)

Serebral sirkülasyonla alakalı bilgi veren testlerdendir. Metodun noninvaziv olması, süratli ve yatak başı yapılabilmesi, biraz daha ucuz olması gibi avantajları olarak görülebilir. (İzdeş ve Erkalıç 2007).

Manyetik Rezonans Imaging Anjiyografi

Serebral sirkülasyonu en iyi gösteren metodlardan biridir. Arteriyel kan sirkülasyonunun olmaması beyin ölümü tanılmasını güçlendirir. MR anjio hem serebral edemayı gösterirken kitle etkisinin derecesini de belirtir. MR esnasında hemodinamik monitorize güçlüğü ve supin durumda yatma mecburiyeti ve ventile hastalarda dezavantajlıdır (Sabancı ve ark 2008).

Bilgisayarlı Tomografi

Kan akımını değerlendirerek beyin içi hasarları göstererek hastalığın durumu hakkında bilgi verir. Kontrast artışı bulunmaması beyin ölümünü tanımlar. Kontrastlı madde böbrek üzerinde hasar bıraktığı için donörlerde kullanımı uygun değildir. (İzdeş ve Erkalıç 2007).

1.11.Bekleme (Gözlem) Süresi

Beyin ölümü tanılması için yapılan testler sonuçlarında ve bulgularında bir değişimin olup olmadığının tespiti için testler tekrarlanır. Bu ikinci muayenede beyin ve sapında reflekslerinin hala olmadığının tespiti yeterlidir, apne testinin tekrarlanması zaruri değildir.

Beyin ölümü tespiti sonrası;

- 2 aydan küçüklerde 48 saat,
- 2-12 ay arası bebeklerdi 24 saat,
- 1 yaş üzeri çocuklar ve diğer bütün yetişkinler 12 saat,

sonra tekrarlanan testler ve muayenelerde beyin ölümü tablosunun değişip değişmediği takip edilir.

Yine beyin ölümü teşhisi konulmuş;

- 2 aydan küçük bebeklerde 2 tane destekleyici test,
- 2 ay ve üstündeki tüm olgularda hekimler kurulunun mutabık kaldığı bir testle tanı doğrulanır.

Genel olarak ülkeler arası beyin ölümü kıstasları benzeşim göstermektedir. Ancak hekim sayısı, hangi testlerin zorunlu olduğu ve testler arası sürelerde farklılıklar vardır. Yani uluslararası bir konsensüs bu konuda bulunmamaktadır (Wijdicks ve ark 2010).

1.12.Beyin Ölümünde Spinal Refleksler

Beyin ölümü gerçekleşmiş durumlarda bile bazı refleksler görülebilir. Bunlar foramen magnum dan kaynaklanan reflekslerdir. Derin tendon refleksleri, abdominal veya tonik boyun reflekslerinin olması beyin ölümü tanısını etkilemez. Özellikle bu semptomlar genç hastalarda sık rastlanılır (Sanner 2003).

Yapılan araştırmalarda yüzde, bacakta yahut parmaklarda çekilmeler, kafa sallama işareti gibi refleksler beyin ölümü gerçekleşmiş tablolarda rastlanılan durumlardır. Taşikardik hal, kızarma, terleme refleksi görülebilir (Sanner 2003).

1.13.Beyin Ölümünün Prognozu

Beyin ölümü tablosu gelişen bireyde nadiren de olsa destek olmadığı zaman birkaç gün zarfında klasik ölüm gerçekleşir (Wood ve ark 2004).

Yapılan bir 175 olgu çalışmasında 80 birey 14 gün, 44 birey 28 gün, 20 birey 2 ay ve 7 bireyde 6 ay gibi süre zarfında destek tedavisiyle klasik ölüm tehir ettirilebilmiştir (Wijdicks ve ark 2010).

1.13.1.Kardiyovasküler Değişiklikler

Beyin sapı ölümü ile sirkülasyondaki katekolamin düzeyi artış gösterir. Buna orantılı olarak hipertantif, taşikardik bir tablo oluşur. Kalp debisinde artış olur. Kalpte oksijen dengesi hızla değişir (Wijdicks ve ark 2010).

1.13.2.Pulmoner Değişiklikler

Travma durumlarında pnömoni ve ödemle ilintili olarak pulmoner değişimler sık gerçekleşir. Kapiller bütünlüğün bozulması sonucu pulmoner ödem oluşabilir (Wood ve ark 2004).

1.13.3.Endokrinal Değişiklikler

Hipotalamusun darbe alması sonucunda ısı merkezi etkilenip hipotermi tablosu belirebilir. Beyin ölümü tablosunda ısı çoğunlukla 31,5-34°C arasında seyreder (Wood ve ark 2004). Donör olacak hastanın hipotermi sonrası organlarını korumak için hasta ısıtılır ve hipotermi önüne geçilir. Battaniye kullanılır yahut ortam sıcaklığı yükseltilir (Seale 2000). Kafa içi kan sirkülasyonu olmasa bile hormon salınımı sürebilir (Wood ve ark 2004).

1.14.Bitkisel Hayat

Uyku ve uyanıklık proseslerinin yaşandığı, spontan solunumun olduğu lakin mesane ve bağırsak kontrolünün olmadığı, hastanın çevresine ve kendisine karşı reflekslerinin ve iletişimini bulunmaması halidir (Siminoff ve ark 2004).

Bitkisel hayat sürekli olarak hasta yakınları tarafından beyin ölümü ile karıştırılmakta, geri döneceği algısı oluşmaktadır (Miller 2015).

Beyin ölümü mefhumu Almanya'da 1968, İngiltere 1979 yılında kabul görmüştür. Türkiye ise 1969 yılında yüksek sağlık şurası sonrası kabul ettiğini bildirmiştir (Özdağ 2001).

1.15.Kompozit Nakiller

Kompozit kelime anlamı karmadır. Tıp da karşılığı ise, heterojen bir yapıda, değişik yapıdaki farklı maddelerin birleşmesinden meydana gelmesi anlamında kullanılır (Miller 2015).

Vücut bütünlüğü kaybolmuş yahut işlevini sürdüremeyecek hale gelmiş, kompozit doku ve organ kaybı yaşamış vakalarda hayati görevin devamını sağlama ve

yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla yapılan aktarımlara kompozit doku nakli ismi verilir. Uzuvar ve yüz gibi operasyonlar bu isimle anılır (Keçecioğlu ve Özkan 2017).

Yine başka bir tanımlamada, farklı yapılardan meydana gelen, operasyon sırasında kan damarlarının ligasyonu ile kanlanması sağlanan yahut nöronların ligasyonu ile hareket kazandırılan yüz, uzuv ve ektremite operasyonuna verilen isimdir (Özçetin 2013).

Bu alanda ilk örnekleri 1998 tarihlerinde ABD ve Fransa verilmiştir. El nakli ile başlayan süreç yine aynı merkezlerde yüz nakli ile sürmektedir (Edwards ve Mathes 2011).

Ülkemizde ise kompozit aktarımlar 2000’lerde başlamıştır (Agich ve Siemionow 2005).

Kompozit aktarımlarda sağlık bakanlığı organ aktarımlarından farklı olarak bir yönetmelik çıkarma yolunu seçmiştir.

“13984 sayılı Kompozit Doku Nakli Merkezleri yönetmeliğinde; Kompozit Doku Nakli Bilimsel Danışma Komisyonu ve Kompozit Doku Nakli Konseyi’nden oluşur. Kompozit Doku Nakli Bilimsel Danışma Komisyonu;

a) Alıcının çocuk olması ve Endikasyon Listesine göre karar verilmesi mümkün olmayan diğer istisnai vakalar için Bakanlığa başvurulduğunda vakanın nakil yönünden değerlendirilmesinde,

b) Endikasyon Listesine göre Konsey kararı ile yapılan nakillerde, nakil sonucunun endikasyon yönünden değerlendirilmesinde,

c) Ülke genelinde kompozit doku nakli hizmetlerinin gelişimini izleyerek, alınacak tedbirleri ve ulusal stratejileri belirlemek için ihtiyaç duyulan konularda,

ç) Merkezlerin faaliyetleri ve alınacak tedbirler konusunda

d) Kompozit doku naklinde kullanılan ilaçlar, solüsyonlar, araç ve gereçler ile ilgili standartların belirlenmesinde,

e) Kompozit doku nakli ile ilgili ulusal tanı, kayıt ve tedavi protokolleri konusunda,

Kompozit Doku Nakli Konseyi;

1) Konsey; bu Yönerge kapsamındaki her kompozit doku naklinden önce, naklin Endikasyon Listesine uygun olup olmadığını, alıcının onamının usulüne uygun olarak alınıp alınmadığını ve yapılacak naklin sosyal ve etik açıdan uygun olup olmadığını değerlendirir.

(2) Yalnızca Konseyin uygun bulduğu vakalarda nakil yapılabilir. Nakil işlemi, sonuçları ve Konsey kararı Bakanlığa bir rapor halinde gönderilir ” der (Sağlık Bakanlığı 2011).

Konsey 2012 yılında yapılmış olan toplantıda bazı kompozit aktarımların uygun olup olmadığı konusunda görüş bildirmiş ve bazı hastanelerin ruhsatını iptale karar vermiştir. Gazi ve Akdeniz üniversite hastanesinin yapmış olduğu yüz kompozit çalışmalarını yerinde bulmuş lakin Akdeniz Üniversitesinin yapmış olduğu alt ekstremitte kompozit aktarımları uygunsuz görmüştür (Özçetin 2013).

Yine Hacettepe üniversitesinin kompozit aktarımları uygunsuz bulmuş yönetmelik gereği ruhsatları iptal edilmiştir (Medimagazin 2012).

Organ nakli sırasında ve sonrası dönemde devamlı suretle immün baskılayıcı ilaçların elzem olduğunu ve yaşanacak yan etkiler alıcı tarafından kabul edilmiş olması gerekmektedir (Özçetin 2013).

1.16.Ekstremite Nakli

Hayati bir hususiyeti olmasa da hastanın yaşamını idame ettirmesini kolaylaştıracak ve hayat kalitesini yükseltecek aktarımlar olarak açıklanabilir. Donör olarak yalnızca kadavralar kullanılabilir (Akdeniz Üniversitesi Prof.Dr.Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi 2010).

Bu tür aktarımlarda immün sistemi baskılayacak yahut uygulanması gereken başkaca ortopedik operasyonların her türlü sonuçlarının yazılı olarak kabulü esası vardır. Yine operasyon sonrası gerekli olan rehabilitasyonu içeren dokümanı da imzalayarak kabul etmesi gerekir (Sağlık Bakanlığı 2017).

1.17.Yüz Nakli

Hayati bir niteliği olmasa da hem sosyal hem de psikolojik anlamda hastayı iyileştirmek üzere yapılır. Kadavra verici kullanılır (Sağlık Bakanlığı 2017).

Bu işlem estetik amaçlı yapılan bir operasyon olarak görülmemelidir. Çünkü yüzdeki organların yemek, solumak gibi işlevleri de vardır. Ayrıca kimlik doğrulama için de gereklidir (Keçecioğlu ve Özkan 2017).

1.18.Organ Bağışı Yapabilecek Kişiler

1979 yılında kabul edilen yasa gereği 18 yaşını dolduran bütün reşitler organ bağışında bulunabilirler. Organ bağış kartı ile bunu belgelendirirler. Bu kartlar emniyet müdürlüğü organ bağış bürosu yahut sağlık bakanlığı organ bağışı biriminden edinilebilir. Mevzuatta baskı altında kalmadan iki tane şahit eşliğinde olması yeterlidir (Aykas ve ark 2015).

1.19.Organ Bağışında İdeal Koşullar

Her ölen bireyi donör olarak görmek gibi bir durum söz konusu değildir. Sadece ventile edilen, yoğun bakım koşullarında bakımı yapılan, bireyin kendisinin ölmeden önce bağışçı olması yahut aile bireylerinin onayı ile beyin ölümü gerçekleşmiş kişilerden organ aktarımı yapılabilir (İbrahimoglu ve Urhan 2019).

1.20.Bağışlanabilecek Organlar

Deri, kemik, kalp ve ekstremiteler de dahil olmak üzere bütün organlar bağışlanabilir (Organ 2019).

1.21.Bağışlanan Organların Nakil İşlemi

Beyin ölümü gerçekleştiği düşünülen hasta için harekete geçilir. Organ nakil koordinatörü prosesi başlatır. Daha önceden mevzuatta 4 uzman tabip olarak belirtilen ekip 2014 tarihinde yayımlanmış olan Resmi Gazete ile 2 uzman tabip olarak değiştirilmiştir (Sabancı ve ark 2008). Tabiplerin uzmanlık alanları;

- Anestezi ve reanimasyon uzmanı
- Yoğun bakım uzmanı
- Nörolog
- Beyin ve sinir cerrahi uzmanlık alanlarından 2 uzmanlık alanı olmak zorundadır.

Organ nakli koordinatörünün eşgüdümüyle ekip toplanarak öncelikli olarak apne testi yapılmak üzere testlere başlanır. Beyin ölümü olduğu tespit edilen olguda başhekim, koordinatör ve diğer uzman tabip olmak üzere tutanak tutulur. Sonrasında ilgili hekimi aileyi hastanın vefatı hakkında bilgi verir. Ardından koordinatör uygun

şekilde aile bireyleriyle görüşmeleri başlatır. Aile donör olma konusunda olumlu pozitif yaklaşırlarsa BKM ye bilgi verilir. BKM de ivedilikle UKM yi haberdar eder. BKM ve UKM arasında eşgüdüm esastır. UKM hazırlamış olduğu organ nakil listesine istinaden gerekli nakil merkezleri ile iletişime geçer. Doku ve kan uyumuna dikkat edilerek nakli sağlanır (Sarıtaş ve Kapıkıran 2018).

1.22.Canlıdan Canlıya Organ Transplantasyonu

Canlı gönüllü bir bireyden mevzuatlara uygun olarak başka birine organ yahut doku aktarımına denir (Parlak 2009).

1.22.1.Tek Taraflı Transplantasyon

Mevzuata göre kimlerin bağışçı olabileceği belirlenmiştir. Bunlar ikiye ayrılmaktadır. Birincisi akraba, diğeri ise gönüllü bireydir (Parlak 2009).

2012 tarihli organ ve doku nakli hizmetleri mevzuatı gereğince akraba donörün, en az iki yıl veya daha fazla olmak koşuluyla eşi yahut dördüncü derece olarak akraba ve kayınları kapsar (Sağlık Bakanlığı 2017).

Yine mevzuatta akraba dışı aktarımlarda bazı kriterlerin karşılanması istenmiştir. Akraba olmayan canlı donörden nakil için yaşanan ilin etik komisyonu tarafından donör ve alıcı arasında mevzuata aykırı bir durum olup olmadığı incelemesi yapılarak karar verilir. Yapılan işlemler sırasıyla (Sağlık Bakanlığı 2017);

- Alıcı için TODBS’ne kayıt açılır.
- Donör ve alıcı gerekli belgeleri tamamlayarak etik kuruluna müracaat eder.
 - Donör ve alıcının kimlik noları
 - Donörün mümeyyizlik raporu,
 - İki tabipli donör için onaylama belgesi
 - Donör ve alıcının sağlık raporları
 - Yakınlık belgesi
 - Gelir belgesi
 - Donörün borç beyanı vs. evrakları sunulur.

Etik komisyonu il sağlık müdürlüğü tarafından toplanır ve aşağıda yer alan üyelerin katılımı zorunludur (Sağlık Bakanlığı 2017).

- Emniyet İl Müdür Yardımcısı yahut müdürlük yetkilisi,
- Transplantasyon merkez dışında bir hastanede görevli hekim,

- Transplantasyon merkez dışında bir hastanede görevli psikiyatr,
- Baroda görevlendirilen bir avukat,
- Sosyal hizmet uzmanından oluşmaktadır.

Mevzuata göre başvurular transplantasyonun yapılacağı hastane yönetimince sağlık müdürlüğüne müracaatı ile başlar. Sekreteryaya görevi sağlık müdürlüğündedir. Komisyon 15 günde bir olmak üzere üye tam sayısının asgari olarak 2/3 yoğunluğuyla toplanır, gerekli hallerde donör yahut alıcının akrabalarını dinleyerek şüpheleri giderir. Belgeleri inceler. Etik açıdan yahut mevzuata uygunluğu incelenir. 2/3 oy çoğunluğu ile alınır kararlar. Acil durumlarda kurul ivedi toplanarak karara varır. Alınan karar sonuçları TODS'a kaydedilerek rapor edilir. Kararlar kesindir. Başka bir kurul kararı değiştiremez. Uygun görülmeyen transplantasyonlar yapılmaz (Sağlık Bakanlığı 2017).

1.22.2.Çapraz Transplantasyon

Bu nakil çeşidi organ aktarımı bekleyen iki olgunun akrabaları arasında olmak üzere, karşılıklı olarak donör olmayı onaylamaları ile olan transplantasyondur. Çapraz nakilde etik kurul onayı olmadan yapılan lakin sadece dördüncü dereceye kadar akrabaların dahil olduğu bir sistemdir (Sağlık Bakanlığı 2017).

1.23.Kadaverik Nakillerde Sorunlar

- En büyük problem iletişimsizliktir
- Ailelerin beyin ölümü ile bitkisel hayat kavramını karıştırarak izin vermemesi,
- Ölüm zamanı konusunda tıbbi tereddütler,
- Ölüm zamanı konusunda mevzuat yetersizliği
- Adli durumlarda kadaverik bağış için savcılığın beklenilmesi
- Adil ve şeffaf bir nakil süreç kıstaslarının belirlenmesi
- Uzak nakillerde lojistiğin iyi yönetilmesi (Bozoklar 2011)

1.24.Canlı Donörden Yapılan Transplantasyonların Kadaverik Dönore Göre Avantajları

Kadavradan organ nakli, beyin ölümü gerçekleşmiş şahıslardan alınan organların ihtiyacı olan hastaya aktarımına denilir. Lakin her beyin ölümü vakası donör olamaz. Bunun için ivedi olunması ve ailesinden izin alınarak işlemlerin başlatılması zorunludur (Dalgıç 2015).

Kadavradan gerçekleştirilecek organ aktarımı bekleme süresi belirsizdir, bu aylarca hatta yıllarca sürebilmektedir. Özellikle böbrek aktarımı öncesi hasta diyalizde yıpranacak, bazen transplantasyon olmadan hayatını kaybedecektir. Bu durumda canlı donör daha avantajlı gözükmektedir. İspanyada daha çok kadaverik nakiller ön planda iken ülkemizde canlı donörler ön plandadır (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü 2019). Ayrıca canlı donörden alınan böbrek çalışmayı son ana kadar devam ettirdiği için yeni vücuda kolay adapte olabilecek ve daha kolay iyileşebilecektir. Yine zamanlama tarafların istedikleri zaman yapılacaktır (Hirsc ve ark 2013).

1.25.Yabancı Uyruklu Alıcıların Durumu

Ülkemizdeki yabancı uyruklular ulusal organ listesinden kadaverik organ alamazlar. Ancak canlı kendi akrabalarında 4. Dereceye kadar alabilirler. Ancak akraba dışı canlı nakillerde yine sağlık bakanlığı bünyesinde merkezi etik kurulu onaylayacak. Ona göre aktarım yapılabilir (Dalgıç 2015).

1.26.Adli Vakalarda Organ Nakli

Adli durumlarda transplantasyonun yapılıp yapılmayacağı sorunu hala gündemi meşgul etmekte. Ancak organ transplantasyonunun önemi düşünüldüğünde, otopside suç tespitinde bulunacak organ hariç organların alınabileceği, bunun için savcılık onayının gerekli olmadığı benimsenmiştir (Hakeri 2009).

ODNK mevzuatının 14. Maddesinin son fıkrasına göre organ alımından sonra adli otopsi yapılarak savcılık işini devam ettirebilmektedir. 2004 tarihinde Adana’da cinayet sonucu ölen 19 yaşında bir şahsın organları ailesinin izni ile savcılık izni beklenmeden 2 hastaya transplante edilmiştir. Bunun sonucunda davalı durumuna düşen hekimler yaptıkların savunmada, aileden izin aldıklarını, savcılığın beklenilmesi durumunda organların kullanılamaz hale geleceğinden dolayı alımları yaptıklarını belirterek beraat etmişlerdir (Hakeri 2009).

1.27.Organ ve Doku Nakli Mevzuatı

Organ ve doku nakli tıbbi bir durum olduğu kadar hukuki bir durum olarak ele alınmalıdır. Normal tıbbi müdahalede tek bir hastaya işlem yapılırken, organ transplantasyonunda canlı donör yahut kadavra da konuya dahil olmaktadır. Hem canlı donörün hem de kadavranın haklarını savunabilmek ve toplum düzenini sağlayabilmek için bu gereklidir. Bunun için yasal düzenlemeler günümüz koşullarına uygun olacak şekilde düzenlenmelidir (Bozoklar 2011).

1.27.1.Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler

- “2238 Sayılı ODNK” (1979)
- “ONM yönetmeliği” (1993)
- “ODNH yönetmeliği” (2000) şeklindedir.

Ülkemizdeki mevcut mevzuatlara göre ölüm anını tam olarak tayin etmek için bir düzenleme yoktur. Ancak 2238 sayılı ODNK yasada ölüm durumunun nasıl belirleneceği ile ilgili hükümlere yer verilmiştir (Vatanoğlu 2014).

1968 tarihinde Türk tabipler birliği tarafından konuyla ilgili görüş bildirildikten sonra ancak 1979 yılında yasa çıkarılabildiği (Hakeri 2009).

1979 yılında çıkarılan bu yasa gereği beyin ölümü tanısını 4 kişilik hekim kurulu tarafından verilirken, 2014 tarihinde bu madde değiştirilerek 2 kişilik hekimin yeterli olacağı bildirilmiştir (Hakeri 2009).

1993 tarihli ONM Yönetmeliği’nde 99 beyin ölümlü bireylerin yakınlarına bilgi verilip, gerekli onay alınmadığında uygulanan her türlü tıbbi bakımın kesileceği belirtilirken, 2000 tarihli ODNH Yönetmeliğinde tıbbi desteği kesme yetkisi kararı yakınlarına bırakılmıştır. Yani klasik ölüm gerçekleşince kadar hasta yakını izin vermediği sürece tıbbi bakım devam edecektir (Bozoklar 2011).

Ceza hukukuna göre insan hayatı kurtarma tabiri organ ve doku aktarımında hukuka uygunlukta geçerli esastır. En önemli koşul rızadır. Suç olarak sayılabilmesinin sebebi kişilik haklarına müdahaledir. Kadaverik nakillerde de aynı durum geçerlidir. Çünkü şahsın yaşamı sona erse dahi vücut bütünlüğü kişisel haktır. Ancak yasada kişilik hakları ile yeterince bilgi olmaması ve transplantasyonun hayat kurtarmadaki önemi karşı karşıya kalınca çatışma kaçınılmaz oluyor (Atamer 1999).

Az gelişmiş yahut gelişmekte olan ülkelerdeki en büyük problemlerin başında organ ticareti gelmektedir (Bozoklar 2011).

Adli ölümlerde organın alınmasında iki husus çok önemlidir. Birincisi organlar hayatiyetini kaybetmeden alabilmek, ikincisi de alım sırasında suça ait olabilecek delil organların zarar görmemesidir. Bunun için bu gibi durumlarda ivedi şekildi savcılıkla iletişime geçerek gerekli izinleri almak, gecikme durumlarında ise hekimin kadavraya müdahale yetkisi verilmesi gerekmektedir (Bozoklar 2011).

Şaibeli ölümlerde delil organların korunarak, organ alımının yapılması sağlayacağı yarar, otopsi için bekletilip geciken nakilden fazla yararlı olacağı için savcılık izni beklenilmeden yapılabilmeyi uygun görmektedir (Süren 2007).

Yine mevzuatta kaza yahut doğal afet sonucunda yaşamını yitiren şahısların organları, şahısların vasiyeti ve rızası alınmadan yapılmasını uygun bulmaktadır. Otopsi işlemleri nakil işlemleri sonrasına bırakılmıştır (Süren 2007).

1.27.2.Cezai Hükümler

Organ nakli ile alakalı cezai hükümler “ 2238 Sayılı ODNK madde 15’de; bu kanuna aykırı şekilde organ ve doku alan, saklayan, aşıl原因 ve nakledenlerle bunların alım ve satımını yapanlar, alım ve satımına aracılık edenler veya bunun komisyonculuğunu yapanlar hakkında, fiil daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis ve 50.000 liradan 100.000 liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur ” der (Resmi Gazete 1979).

Ayrıca organ nakli ile alakalı cezai hükümler “ 5237 Sayılı TCK madde 9’de; hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, kişiden organ alan kimse, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun konusunun doku olması halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Hukuka aykırı olarak, ölüden organ veya doku alan kimse, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Organ veya doku satın alan, satan, satılmasına aracılık eden kişi hakkında, birinci fıkrafta belirtilen cezalara hükmolunur.

(4) Bir ve üçüncü fıkralarda tanımlanan suçların bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis ve on bin güne kadar adli para cezasına hükmolunur.

(5) Hukuka aykırı yollarla elde edilmiş olan organ veya dokuyu saklayan, nakleden veya aşıl原因 kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(6) Belli bir çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(7) Bu maddede tanımlanan suçların bir tüzel kişinin faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, tüzel kişi hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur.

(8) Birinci fıkrada tanımlanan suçun işlenmesi sonucunda mağdurun ölmesi halinde, kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

1.27.3.Zorunluluk Hali

Madde 92- (1) Organ veya dokularını satan kişinin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik koşullar göz önünde bulundurularak, hakkında verilecek cezada indirim yapılabileceği gibi, ceza vermekten de vazgeçilebilir.

1.27.4.Etkin Pişmanlık

Madde 93- (1) Organ veya dokularını satan kişi, resmi makamlar tarafından haber alınmadan önce durumu merciine haber vererek suçluların yakalanmalarını kolaylaştırırsa, hakkında cezaya hükmolunmaz.

(2) Bu suç haber alındıktan sonra, organ veya dokularını satan kişi, gönüllü olarak, suçun meydana çıkmasına ve diğer suçluların yakalanmasına hizmet ve yardım ederse; hakkında verilecek cezanın, yardımın niteliğine göre, dörtte birden yarısına kadar indirilir ” der (Resmi Gazete 2004).

Organlarını satan kişinin ekonomik şartları incelenerek cezai işlem uygulanmayacağı da belirtilmiştir. Bu uygulama şarta bağlanmıştır. Resmi makamlara önceden kendini ihbar etmesi durumunda geçerlidir (Süren 2007).

1987 yılında kabul edilen “ 19551 Sayılı İFETM Yönetmeliği 17. Maddesine göre, anneden alınan yumurta ile kocasından alınan spermin anne dışında döllenmesini veya embriyo haline getirildikten sonra annenin genital organına naklini, Bu Yönetmelik ile gösterilen vasıf ve şartlarda olmayarak izin belgesi veya ruhsatname alınmadan hekimler ve diğer şahıslar tarafından İVF ve ET uygulamak için özel yerler açılması veya oturdukları yerlerin bir bölümünün bu uygulamaya tahsis edilmesi; kendilerine İVF ve ET uygulanacak adaylardan alınan yumurta ve spermiler ile elde edilen embriyoların bir başka maksatla veya başka adaylarda, aday olmayanlardan alınanların da adaylarda kullanılması ve uygulanması ve bu yönetmelikle belirtilenlerin dışında her ne maksatla olursa olsun bulundurulması, kullanılması, nakledilmesi, satılması ve Kurul'ca izin verilmeyen karıkocaya İVF-ET uygulanması yasaktır. Bu yasağa ve bu yönetmelik hükümlerine uymadığı tesbit edilenlerin faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur ” diyerek sadece kurumun faaliyetlerinin sonlandırılacağı belirtilmiştir (Resmi Gazete 1987).

Ancak 2018 yılında kabul edilen “ 7151 Sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’ un 15. Maddesine göre; Hukuka aykırı olarak organ ve doku alan, satan, satın alan, satılmasına aracılık eden, saklayan, nakleden veya aşıl原因, organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişiler hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 91 inci maddesi hükümleri uygulanır. Bu Kanuna aykırı şekilde embriyo ve üreme hücresi bağışlayan, aşıl原因, bulunduran, kullanan, saklayan ve nakledenlerle bunların alım ve satımını yapanlar, alım ve satımına aracılık edenler veya komisyonculuğunu yapanlar veya bu fiilleri özendiren, bunlara yönlendiren veya bunlara yönelik ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişiler hakkında, fiil daha ağır cezayı gerektiren bir suç teşkil etmediği takdirde üç yıldan beş yıla kadar hapis ve bin günden iki bin güne kadar adli para cezasına hükmolunur ” diyerek hapis ve para cezası istenilmiştir (Resmi Gazete 2018).

Yine “7151 Sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’ un 16 maddesinde; Doğal yollarla çocuk sahibi olunamadığı veya tıbbi gereklilik bulunduğu hâllerde, kadın ve/veya erkeğin üreme hücrelerinin tıbbi yöntemlerle döllenmeye elverişli hâle getirilmek ve vücut içinde veya dışında döllenmesini sağlamak suretiyle üreme hücreleri veya embriyo anne adayına uygulanabilir. Bu yöntem sadece evli olan eşler arasında gerçekleştirilir. Eşlerden biri veya her ikisinden alınan üreme hücreleri ve bu hücrelerden elde edilen embriyonun, başka kişilere uygulanması yoluyla çocuk sahibi olmak ve taşıyıcı annelik yapmak yasaktır. Başkasına ait üreme hücresi ve/veya embriyonun kullanılması suretiyle donasyon işlemi yapılması ve bu amaçla üreme hücresi ve/veya embriyo bağışlanması, satılması, bulundurulması, kullanılması, saklanması, taşınması, ithalatı, ihracatı ve bu işlemlere aracılık edilmesi yasaktır ” denilerek hem evlilik şartı zorunluluğu getirilmiş hem de taşıyıcı anneliği yasaklamıştır. Ayrıca sperm bankacılığının da önü kesilmiştir (Resmi Gazete 2018).

1.28.Organ Bağışında Gündeme Gelebilecek Suçlar

Türk Ceza Kanunu yahut diğer kanunlarda ölüm anı ile ilgili bir düzenleme yoktur. Kanunda tıbbi ölümden bahsetmektedir. Hem beyin ölümü, hem de klasik ölüm tıbbi ölüm sayılmaktadır. Kanunilik ve belirlilik ilkesi gereğince yanlış anlama fırsat vermeden kanunda açık bir şekilde ölçüt belirtilmedir (Hakeri 2009).

Yine kanunda yasa dışı canlıdan doku ve organ alımı için farklı cezalar istenirken, kadavra için organ ve doku konusunda farklı ceza yoktur. Ülkemizde yaşanan yasadışı organ nakillerinin uluslararası ceza kovuşturmasında yer almaması yine kanun açıklarındandır. Ve bu durum uluslararası mücadeleyi sekteye uğratmaktadır. Ayrıca Organ kaçakçılığının organize bir şekilde yapıldığı ve uluslararası boyutu olduğu gerçeğinden yola çıkarak düzenleme yapılmadığı (Hakeri 2009).

1.29.Diğer Ülkelerdeki Yasal Düzenlemeler

Beyin ölümü konusunda her ülkede farklı kıstaslar bulunmaktadır. Bunlar karar verecek hekim sayısı ve uzmanlıkları, uygulanacak testler, testlerin tekrarlanma süreleri ve gözlem süreleri olabilmektedir. Bu anlamda uluslararası bir konsensüs oluşmuş değildir. Destekleyici testlerin sayılarının en yüksek olduğu ülkeler Avrupa ve Asya ülkeleri olurken, bu ülkelerde de gözlem süreleri daha az görülmektedir (Wijdicks ve Pfeifer 2008).

İran’da müşahade müddeti 12, 24, 36 saat olarak belirlenirken, 3 hekim *bulunmaktadır*. Bangladeş’te 3 hekim olacak lakin hekimlerinden en az biri doçent olma zaruri bulunmaktadır. Brezilyada 1 pratisyen hekim yeterlidir. Avustralya da 2 hekim olacak ve en az 5 yıl deneyimli olacaktır. Amerika’da 2 hekim koşulu vardır (Wijdicks ve Pfeifer 2008).

1.30.Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi

1949 yılında 10 Avrupa ülkesi İkinci dünya savaşı sonrası Avrupa konseyini oluşturan *anlaşmayı* yapmışlardır. Sonraki yıllarda Türkiye de bu konseyde yer almıştır (Vatanoğlu 2014).

Konseyde üye ülkelerin ortak yasal birliktelik için çalışmalar yapılmıştır. Özellikle biyoetik konusunda suiistimallerin önünü kesmek adına yapılmış çalışmalar (Ülman 2012).

Bu konuda yapılmış ilk çalışma 1976 yılında “*Resolution on Harmonisation of Legislations of Member States Relating to Removal of Human Tissues and Organs for Therapeutic Purposes*” adlı çalışmadır. Organ naklinde meydana gelecek sıkıntıların giderilmesine yöneliktir. Bu çalışmanın, ülkemizde 1979 tarihinde kabul edilen ilk yasaya etkisi çoktur (Ülman 2012).

Konseyin hazırladığı diğer bir çalışma “*Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi*” olarak tarihte yerini almıştır (Vatanoğlu 2014).

1.31.Biyoloji ve Tıp Uygulamaları Açısından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması

Medikal anlamdaki ilerlemelerde, hukuksal ve toplumsal anlamdaki boşluklardan yararlanarak suiistimaller meydana gelmiştir. Bunun için yeni ve kapsamlı bir düzenleme ihtiyacı doğmuştur. Biyoetik anlamda, kişisel rıza, hususi yaşam, organ *transplantasyonu*, özel alan gibi mevzuları içeren bu sözleşme, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu Avrupa konseyi ülkeleri tarafından 1997 tarihinde kabul edilerek 1999 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır (Kanser ve Hasta Hakları Platformu 2019).

Sözleşmede yer alan 20 madde, mevcut yürürlükte olan kanunlarla ters düştüğü için şerh koyulmuştur. 20. Madde istinai bir durumda reşit olmayanlardan organ transplantasyonuna izin verirken, 2238 sayılı yasanın 5. Maddesinde reşit olmayanlardan nakil yapılamaz ibaresi yer almaktadır (Kanser ve Hasta Hakları Platformu 2019).

Bu sözleşme 2003 tarihinde meclis tarafından da onaylanarak Resmi Gazetede yayımlanarak, yürürlüğe *girmiştir* (Süren 2007).

1.32.Organ ve Doku Naklinde Dini Çerçeve

Organ bağıışı ve organ nakli konusu birçok etmeden etkilenmektedir. Bunlardan en önemlilerinden biri dini inançtır. Genel olarak bakıldığında insana yardım etme ve insanı yaşatma mevzusundaki duruşlarından ötürü olumlu bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Lakin yine de istisnai durumlar söz konusu olabilmektedir (Yaman 2014).

Hristiyanlıkta organ nakline hayırseverlik olarak yaklaşılmaktadır. Budizm de yaşama saygı olarak atfedilmektedir. Hinduizm de kendi hayatından yeni hayatlar meydana getirmek olarak görülmektedir (Barwinsky 2003).

Günümüze baktığımızda semavi dinler arasında organ transplantasyonuna pozitif bir *yaklaşım* vardır. Dini kurallarının katılığı ile bilinen İran’da dahi organ transplantasyonu çok desteklenmekte hatta bekleme listelerinde hastaların kalmadığı

bilinmektedir. Her ne kadar uygulanan yöntem tasvip edilmese de sonuç itibariyle bu anlamda ciddi yol kat etmiş durumdadır (Yaman 2014).

İslamiyette ve Hristiyanlıkta organ transplantasyonu konusuna ne kadar sıcak bakılsa da Musevilikte yeteri kadar ilgi görmemektedir. Çünkü Musevilik inancına göre acil *durum* harici her türlü bağış ve nakil ölü bedenine saygısızlık olarak atfedilmektedir. Acil durumlar için de azami dikkatli davranmaktadırlar (Özdağ 2001).

İslam dininde organ transplantasyonu konusu ihtilaflıdır. Kuranı kerim ayetlerinde açık bir şekilde organ transplantasyonu ile alakalı bir ifadenin olmaması din adamları arasında çekinceleri doğurmuştur (Yaman 2014).

Kuran-ı Kerim “ *Maide süresi 2. Ayet; iyilik ve takva hususunda yardımlaşınız* ” derken, yine “ *Maide süresi 32. Ayet; kim bir can kurtarırsa bütün insanların hayatını kurtarmış gibi olur* ” diyerek hayat kurtarmanın önemine vurgu yapmıştır (Diyanet İşleri Başkanlığı 1980).

Diyanet işleri başkanlığı 396 sayılı 1980 tarihli kararında organ *transplantasyonunun* münasip olduğu kararını vermiştir. Ancak bazı kuralları nazara vermiştir (Hakeri 2009).

- Aciliyetin ve ciddiyetin olması
- Karar veren hekimlerin tıbbi uzmanlığı olması
- Tek yolun organ transplantasyonu olması
- Organ bağışı karşılığında ücret alınmaması gerekliliği
- Kendi ve ailesinin rızasının varlığı

İslamiyette organ transplantasyonu mevzusunda farklı yorumlar bulunmaktadır. İnsan bedeninin kutsaliyeti olmasından ötürü ölü yahut diri fark etmeksizin organ transplantasyonu bedene saygısızlık olarak görülmektedir. Lakin zorunlu hallerde *haram* fiillerin mubah sayılarak günah olmayacağı gibi ifadeler de yok değildir ((Yaman 2014).

Organ transplantasyonunda asıl sıkıntılar hatalı görüşlerden kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki organ transplantasyonuna karşı olanlar, kendilerinin ihtiyacı olması durumunda organ transplantasyonu yaptırabileceklerini belirtmişlerdir (Dontlu 2004).

Organ transplantasyonuna ilk dönemlerde kiliseden izin çıkmamıştır. Ancak kilisenin son *dönemlerde* bilime olan yaklaşmasıyla birlikte bu görüşünü tamamen değiştirmiştir (Dontlu 2004).

Bakara süresinde insan yaratılmışların en şereflişidir, tin süresinde varlıklar içerisinde en *güzel* surette yaratılmıştır” ayetleri çizgisinde organların kullanımı mevzusu din âlimleri tarafından tartışılmıştır (Yaman 2014).

İslam dininde organ transplantasyonunu olumlu bakanlar tarafından canın korunması ilkesi *gereği* kar zarar dengesi değerlendirilmiş fedakârlık prensibi dikkate alınmıştır. Organ transplantasyonuna olumsuz bakanlar ise, bedenins insana verilmiş bir emanet olduğu, üzerinde tasarruf hakkının olmadığı değerlendirilerek karşı gelinmiştir (Dontlu 2004).

Yaşayanı *tehlikeye* atan nakle izin yoktur. Her iki taraf içinde faydalıysa mümkündür (Diyanet İşleri Başkanlığı 1980).

İngiltere kapsamlı yapılan bir araştırmada, ankete katılanlar organ bağışçısı olmaları durumunda *herhangi* bir kaza sonrası, gerekli tedavi yapılmaksızın organlarını alabilecekleri düşüncesinden ötürü donör kartını taşımak istemediklerini belirtmişlerdir (Yaman 2014).

1.33. Ülkemizde Organ Bağışı Konusunda Etkili Faktörler

Organ transplantasyonunda kaynak olarak hem canlı hem de kadaverik donörler kullanılabilir. *Canlı* kaynaktan organ alımı, bireyin yaşamını tehlikeye atmadan çift olan organlardan birini almak şeklinde mümkündür. Kadaverik kaynak ise, beyin ölümü gerçekleşerek yasal prosedürlerin tamamlanmasından sonra organların çıkarılmasını içerir (Dontlu 2004).

Ülkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, yapılan transplantasyonlar yakın akrabaların bağışıyla gerçekleşmektedir. Bu durum Asya ve Ortadoğu ülkeleri için de geçerlidir. Kadaverik bağış çok azdır. Yapılan transplantasyonların %75 i canlı %25 kadaverik iken, avrupada %80 kadaverik %20 si canlı donörden karşılanmaktadır (Dontlu 2004).

Ülkemizde ve daha birçok ülkede organ ticaretini yasaklayan, kaynak ve alıcının haklarını savunan mevzuat vardır. Bu anlamda ilk yasa 1947 tarihinde Fransa’da *kabul* edildi(Topbaş ve Bingöl 2016).

Türkiye de 1979 tarihinde 2238 sayılı kanun kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. 18 yaşını *dolduran*, akıl sağlığı yerinde olup rızası olan herkes organ bağışçısı olabilmektedir (Özdağ 2001).

Donöre bağışçı olması durumunda yaşayacak olduğu her türlü sıkıntılar önceden *ayrıntılı* olarak anlatılmalı, istediği takdirde vazgeçebileceği belirtilmelidir (Dontlu 2004).

Birçok Avrupa ülkesinde itiraz etmediği takdirde donör sayılmaktadır. Bu yöntemde yakınlarının onayı istenmemektedir. Japonyada hâlâ organ transplantasyonu konusunda *çekinceler* olup, ilk yasaları 1977 tarihinde kabul edilmiştir. Lakin hala mevzuatları kısıtlayıcı şekilde düzenlenmiştir (Settergren 2003).

Ülkemizde ve birçok gelişmiş ülkede organ ticareti, alım ve satımı yasaklanmıştır. Ancak hala birçok ülkede denetimin yetersizliği, yasal düzenlemelerin eksikliği *yahut* kayıt dışı işlemlerin çok olduğu ülkelerde ticareti yapılmaktadır. Bu da birçok olumsuzluğu beraberinde getirmektedir. Yeterli tahlil ve tetkiklerin yapılmaması sonucu donörden enfeksiyonların geçmesi yahut organ çıkarımı sırasında başka organlara zarar verme gibi durumlar söz konusu olabilmektedir (Dontlu 2004).

Birçok ülke kendi mevzuatları çerçevesinde olaya yaklaşırken Avrupa ülkeleri Porto 2000 kriterlerine göre işlemlerini yürütmektedir (Süren 2007).

1.34. Organ Bağışına Yönelik Engeller

Organ transplantasyonunda en önemli konu bağışçı varlığıdır. Organ *transplantasyonunun* en önemli ayağını donörler oluşturmaktadır. Donörsüz bir transplantasyon söz konusu olamaz. Donör sayısını arttıracak ve organ bağışının önemini anlatacak örgütlerin artırılması ile sorunun üstesinden gelinebilir (Dontlu 2004).

Organ bağışına yönelik engeller şunlardır:

1.34.1.Eğitim Eksikliği

Türkiye’ de hem sağlık personeli bakımından hem de toplumsal olarak organ bağışı ve nakli konusunda yeterli eğitim alınmamaktadır. 2016 tarihinde Sağlık Bakanlığının yayımladığı “Organ Bağışı ve Nakli Hizmetlerinin Geliştirilmesi” adlı yayınında hastanede çalışan stajyer öğrencilerin organ nakil biriminde de çalışmaları konusunda salık vermiştir. Organ bağışına bakış açısından yapılan çalışmalarda eksik bilgi sonucu olumsuz düşündüğü anlaşılmıştır (Keçecioglu 2003).

1.34.2.Yanlış Dini İnanışlar

Diyanet İşleri Başkanlığının konu hakkında görüş bildirmiş olup, organ bağışının kutsal bir görev olduğu vurgulanmıştır. Buna rağmen yanlış tutum henüz kırılmamıştır. Türkiye’ de organ bağışına olumsuz yaklaşımların birçoğu dini inanışlar gibi gösterilse de aslında asıl sıkıntılı kısım kültürel bakıştır (Dontlu 2004).

1.34.3.Yönetmel Sorunlar

Organ nakli mevzusunda deneyimli ve yetkin isimlerin adaletsiz dağılımı olumsuz etkilemiştir. Yeni yetişecek personelin bu tecrübeden ve uygulamadan eksik kalmasına sebep olmuştur (Topbaş ve Bingöl 2016).

Ayrıca *medya* kanalları organ bağışını destekler nitelikte yönlendirilebilmelidir (Kaya ve Taşdelen 2013).

Özellikle organ nakil koordinatörlüğünde çalışan görevlilerin sakin, güler yüzlü ve güven veren kişilerinden olması sağlanmalıdır (Sezek ve ark 2015).

1.34.4.Psikolojik Sorunlar

İnsanların birçoğu sağlıklıyken hiç hastalanmayacakları düşüncesiyle biraz duyarsızlaştıkları düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda organ bağışına olumlu baktıkları ancak organ bağışında bulunmadıkları gözlemlenmiştir (Parlak 2009).

Organ bağışı için özel bir oda dekore edilmesi gerektiği ve bunun insanlar üzerinde olumlu etki yaptığı sağlık bakanlığı tarafından belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2016).

1.34.5.Yasal Sorunlar

Şahıs ölmeden önce kendi rızası ile donör olmak istediğini belirtse hatta resmi olarak başvurusunu yapsa dahi ülkemizdeki mevcut mevzuatlar gereği, ölümünden sonra aile bireylerinin olurunun alınması zorunludur. Aile yakınlarının izin vermemelerinden ötürü birçok transplantasyon gerçekleşmemektedir (Parlak 2009).

Şahsın sağlığında bağışçı olmak istemesine rağmen hukuki düzenleme gereği ailesinin onay vermediği durumlardan dolayı organ naklinin gerçekleşmemesi kabul edilmesi mümkün değildir. 18 yaşını doldurmuş, akli başında olan şahsın resmi isteği göz ardı edilerek anayasaya ve medeni kanuna karşı gelmek ve kişi hakları ihlalidir (Parlak 2009).

Ayrıca yapılan çalışmalarda organ bağış ve nakli mevzusunda vatandaşların ve sağlık personellerinin yeterli düzeyde yasaları bilmediği sonucu ortaya konmuştur (Süren 2007).

Sayılabilecek başka bir neden de beyin ölümü teşhisi konulmasına rağmen yakınlarına, tepkilerinden çekindiklerinden dolayı bağışçı olabilmesi için teklif dahi götürülmemesidir. Bu şekilde binlerce insan hayatı kurtarılabilir (Topbaş ve Bingöl 2016).

Örgüt anlamında en başarılı sayılan ülke ispanya'dır. Bu ülkenin organ bağışısı 47,0/ppm'dir. En düşük olarak ta Yunanistan gösterilebilir. 6,0/ppm'dir. Türkiye'de 2019 yılında 6,9/ppm'dir.

Çizelge 5.Ülkelerin Canlı ve Kadaverik Donörlerin Yıllara Göre Dağılımı

Ülkeler	Nüfus (Milyon)	Kadaverik Donör	PPM
İspanya	46,4	2181	47,0
Amerika Birleşik Devletleri	324,5	10287	31,7
Belçika	11,4	348	30,5
Finlandiya	5,5	118	21,5
Türkiye	80,7	557	6,9
Yunanistan	11,2	67	6,0

Kaynak: (ONT 2010)

Çizelge 5'de Ülkelerin nüfusa göre 2018 yılı kadavra donör organ nakli aktivitesine bakıldığında; %47 PPM ile İspanya kadaverik organ kullanımında ilk sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri %31,7 PPM ile ikinci sıradadır. Türkiye çizelgede yer alan ülkeler arasında %6,9 PPM ile beşinci sırada yer almaktadır. Yunanistan %6,0 PPM ile nüfusa oranlı kadaverik organ kullanımında son sırada yer almaktadır. Türkiye' de organ ihtiyacı büyük bir oranda canlı donörden karşılanmaktadır.

Ülkemizde 138 aktif organ nakil koordinatör bulunmaktadır. En fazla Antalya ve İzmir'dedir (Üstündağ ve ark 2007).

Ülkemizde sanıldığı gibi aksine sosyo-ekonomik seviyesi ve eğitim durumu düşük ailelerinin bağış oranı daha yüksek olmasına rağmen, çekimser davranışlar gösteren sağlık görevlileri birçok nakli de engellemiş olmaktadır. Dolayısıyla sağlık görevlilerine çok önemli görevler düşmektedir (Üstündağ ve ark 2007).

1.35.Donör Olmayı Engelleyen Faktörler ve Hastalıklar

- Hepatit B yahut C taşıyıcısı
- HIV enfeksiyonu
- Kanser hastalığı (Metastaz organlar kullanılmaz)
- Olağandışı damarsal patolojiler
- Tansiyon hastaları (Böbrek nakli için geçerli)
- Diyabet hastaları (Böbrek nakli için geçerli)
- Kalp hastaları (Böbrek nakli için geçerli)
- Alkol ve uyuşturucu bağımlıları (Karaciğer nakli için geçerli)
- Hamileler (Akdeniz Üniversitesi Prof.Dr.Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi 2010).

1.36.Organ Bağışını Arttırmaya Yönelik Çalışmalar

Özellikle kadaverik bağışların az olduğu ülkemizde istenilen düzeye çıkabilmek için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Saç ayağının üçayağını oluşturan kurumlar, diyanet işleri başkanlığı, milli eğitim bakanlığı ve sağlık bakanlığıdır. İlgili bakanlıklar halkı bilinçlendirerek, bağış konusunda yüreklendirmeleri gerekmektedir (Dontlu 2004).

1.36.1.Sağlık Bakanlığı'nın Uygulamaları

UKM bağlı olarak ülkemizde 9 şehirde BKM bulunmaktadır. Her BKM bağlı iller tayin edilmiştir. BKM organ naklinde lojistiği 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla yürütmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Organ bağışı söz konusu olduğu vakit hastane koordinatörü BKM aracılığıyla UKM yetkilerine bilgi iletilir. UKM'de bekleme listelerine uygun olarak ilgili organ nakil merkezine iletir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Sağlık bakanlığı bünyesinde sertifikalı organ nakli koordinatörlüğü eğitimi vererek, organ bağışında bilinç düzeyinin artırımına yönelik çalışmalar yapmaktadır. Ayrıca organ transplantasyonu olmuş bireylerle halkı bir araya getirerek önemi anlatmaktadır (Üstündağ ve ark 2007).

1.36.2.Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Uygulamaları

İslam dininde organ transplantasyonu konusu ihtilaflıdır. Kur'anı Kerim ayetlerinde açık bir şekilde organ transplantasyonu ile alakalı bir ifadenin olmaması din adamları arasında çekinceleri doğurmuştur (Yaman 2014)

Kuran-ı Kerim “ *Maide süresi 2. Ayet; iyilik ve takva hususunda yardımlaşınız* ” derken, yine “ *Maide süresi 32. Ayet; kim bir can kurtarırsa bütün insanların hayatını kurtarmış gibi olur* ” diyerek hayat kurtarmanın önemine vurgu yapmıştır (Diyanet İşleri Başkanlığı 1980)

Diyanet işleri başkanlığı 396 sayılı 1980 tarihli kararında organ *transplantasyonunun* münasip olduğu kararını vermiştir. Camilerde vaazlarda, hutbelerde organ nakliden bahsederek yanlış inanışların önüne geçerek, gönül rahatlığıyla organ bağışçısı olmaları için teşvik edici olunmalıdır (Süren 2007).

1.36.3.Milli Eğitim Bakanlığı’nın Uygulamaları

Organ transplantasyonu toplumda başlayıp neticeleri itibariyle toplumu ilgilendiren bir mevzudur. Organ naklinde en önemli sorun olan organ bağıışı mevzusunun çözümü halkı eğiterek bilinçlendirip konuya dikkati çekmektir. Bu da ancak eğitim ile olabilmektedir (Üstündağ ve ark 2007).

Milli Eğitim Bakanlığı son dönemlerde müfredatlarında organ bağıışı konusuna yer vermektedir. Bu da en temel eğitim yıllarından başlamak üzere çocuklara ve gençliğe organ bağıışçısı olmanın erdemini anlatarak, önemli bir adım atılmış bulunmaktadır (Üstündağ ve ark 2007).

1.37.Organ Nakli Organizasyonları

1.37.1.Avrupa’daki Organizasyonlar

1949 yılında 10 Avrupa ülkesi İkinci dünya savaşı sonrası Avrupa konseyini oluşturan *anlaşmayı* yapmışlardır. Sonraki yıllarda Türkiye de bu konseyde yer almıştır (Vatanoğlu 2014).

Konseyde üye ülkelerin ortak yasal birliktelik için çalışmalar yapılmıştır. Özellikle *biyoetik* konusunda suiistimallerin önünü kesmek adına yapılmış çalışmalar (Ülman 2012).

Bu konuda yapılmış ilk çalışma 1976 yılında “*Resolution on Harmonisation of Legislations of Member States Relating to Removal of Human Tissues and Organs for Therapeutic Purposes*” adlı çalışmadır. Organ naklinde meydana gelecek sıkıntıların giderilmesine yöneliktir (Ülman 2012).

Konseyin *hazırladığı* diğer bir çalışma “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi” olarak tarihte yerini almıştır (Vatanoğlu 2014).

Medikal anlamdaki ilerlemelerde, hukuksal ve toplumsal anlamdaki boşluklardan *yararlanarak* suiistimaller meydana gelmiştir. Bunun için yeni ve kapsamlı bir düzenleme ihtiyacı doğmuştur. Biyoetik anlamda, kişisel rıza, hususi yaşam, organ transplantasyonu, özel alan gibi mevzuları içeren bu sözleşme, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu Avrupa konseyi ülkeleri tarafından 1997 tarihinde kabul edilerek 1999 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır (Kanser ve Hasta Hakları Platformu 2019)

Biyotıp sözleşmesinde organ nakli ile alakalı maddelerde özellikle organ ticaretine karşı olunduğu belirtilmiştir.

Euro– Transplant merkezi, organ bekleyen arasında mutlak eşitlik ve şeffaflık hedefli çalışmaktadır. Kadavradan alınan organ ilgili merkeze ivedi şekilde iletilip, alıcıya operasyon gerçekleştirilmektedir. Bu aşamalarda herhangi bir engelle karşılanmaması için titizlikle çalışmaktadırlar (Üstündağ ve ark 2007).

Çizelge 6.Ülkelerin 2010 Yılı Kadavra/Canlı Donör Böbrek Nakli Aktivitesi

Ülkeler	Kadaverik Donör	Canlı Donör	Toplam Donör
Belçika	404	49	453
Finlandiya	164	11	175
İspanya	1985	240	2225
İran	592	1636	2228
ABD	10622	6276	16898
Türkiye	395	2107	2502

Kaynak: (ONT 2010)

Çizelge 6’ da ülkelerin 2010 Yılı kadavra/canlı donör böbrek nakli aktivitesine bakıldığında; kadaverik donörün toplam donör oranına bakıldığında %94 ile Finlandiya en yüksek orana sahip olarak ilk sırada yer almaktadır. Belçika ve İspanya %89 ile kadavra donör kullanımıyla ikinci sırada yer almaktadır. Ancak Türkiye %16 ile kadavra donör kullanımı ile en son sırada yer almaktadır. Diğer ülkeler canlı donör sayısını az tutarken, Türkiye %84 oranında böbrek ihtiyacını canlı donörden karşılamaktadır.

Çizelge 7. Ülkelerin 2010 Yılı Kadavra/Canlı Donör Karaciğer Nakli Aktivitesi

Ülkeler	Kadaverik Donör	Canlı Donör	Toplam Donör
Belçika	210	33	243
Finlandiya	50	0	50
İspanya	951	20	971
İran	251	48	299
ABD	6009	282	6291
Türkiye	209	486	695

Kaynak: (ONT 2010)

Çizelge 7’de Ülkelerin 2010 yılı kadavra/canlı donör karaciğer nakli aktivitesine bakıldığında; kadaverik donörün toplam donör oranına bakıldığında %100 ile Finlandiya en yüksek orana sahip olarak ilk sırada yer almaktadır. İspanya %98 ile kadavra donör kullanımıyla ikinci sırada yer almaktadır. Ancak Türkiye % 30 ile kadavra donör kullanımı ile en son sırada yer almaktadır. Diğer ülkeler canlı donör sayısını az tutarken, Türkiye %70 oranında karaciğer ihtiyacını canlı donörden karşılamaktadır.

İspanya Modeli (ONT)

ONT ispanya da Madrid yer almaktadır. İspanyadaki her türlü organ bağıışı ve nakli ile alakalı çalışmaları yürütmektedir. İspanya Sağlık Bakanlığına bağlı çalışmaktadır.1989 tarihinde kurulmuştur (ONT 2015).

Organ bağıış sürecini iyi eğitilmiş, güven telkin eden görevlilerden seçmişlerdir. Organ bağıış isteminde bulunmadan önce aile ile iyi ilişkiler kurarak süreci lehlerine

çevirmektedirler. Ayrıca organ bağış talebini en uygun zamanı kollayarak ailelerin olumlu karar vermesini sağlamaktadırlar (Ertin ve ark 2010).

ONT faaliyete geçtikten sonra İspanya’da organ bağışı ciddi bir ivme kazanmıştır. 14 ppm’den 34,6 ppm’e yükselmiştir. Ayrıca WHO tarafından örnek gösterilen bir model olmuştur (Matesanz ve ark 2015).

Modelde üç basamak vardır. Ulusal, bölgesel ve hastane koordinasyon sistemleridir. Ulusal ve bölgesel birim tüm idari işlemlerin yürütümünden sorumlu iken, hastane birimi bu birimlere bağlı olarak işlevini yürütmektedir (ONT 2015).

ONT’ de Organ Bağışı

En önemli basamak hastane koordinatörleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Hem bölgesel koordinasyon merkezine hem de ulusal koordinasyon merkezine karşı sorumludur. Kaynak olma potansiyeli olan yoğun bakım ünitelerini sürekli olarak ziyaret ederek, işlemlerin takipçisi olur. Aile görüşmelerini yaparlar ve sürekli eğitim halindedir (ONT 2015).

İspanyada kadavradan organ alımı için aile onayı şarttır lakin kimsesi olmayan için hâkim onayı yeterlidir (ONT 2015).

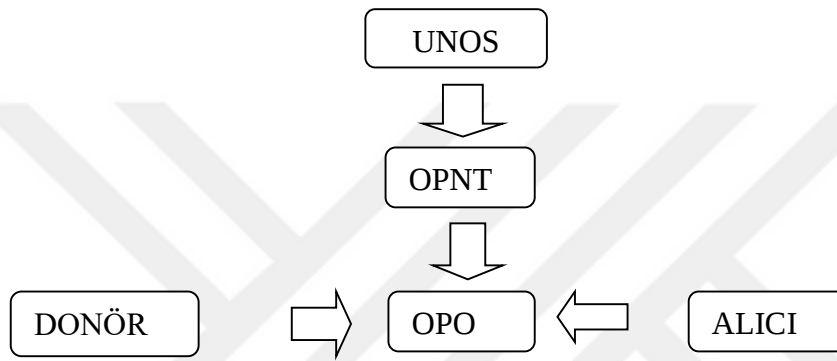
İspanyada organ bağışı konusunda eğitimi azami önem verilmektedir. Erken bildiri sistemi ile başarıları daha da artmıştır ve bu İspanya’nın organ naklinde en önemli başarısıdır. Medya desteğini de almaktadırlar. Olumsuz bir haberin çıkması önlenmekte, halkta bir olumsuzluğun yaşanmasının önüne geçilmektedir. Koordinatörler bağış başına ek gelir verilerek motive edilme edilmektedir. Hem iç hem dış denetçiler tarafından periyodik olarak incelenmektedirler (Yüctin ve ark 2003).

Belçika Modeli

Belçika da yürürlükte olan “*varsayılan onam yasası*” nca ilk olarak gönüllüler başvuru yaparlar. Bu bağış sonrası ölüm olması durumunda ailenin fikri sorulmaz. Aile olumsuz tepki dahi verseler kabul görmez. Gönül bağışçı olmayıp ölen kişiler de sağlığında organ bağışçısı olmasına itiraz etmediği için gönüllü bağışçı kabul edilip organları alınabilir. Organlar alınırken de aileden olur alınmaz. Ancak aile organlarının alınmasına itiraz ederse organları alınamaz. “*Organ bağışçılığını aynı askerlik gibi bir vatani görev olarak addetmektedirler.*” Nüfusunun %98’ i organ bağışçısıdır (Ertin ve ark 2010).

1.37.2.Amerika'daki Organizasyonlar

Amerika Kıtası'nda toplam olarak organ nakliyle alakalı 11 organizasyon mevcuttur. Amerika kıtasındaki ülkeler arasındaki siyasi, ekonomik ve sosyal farklılıktan ötürü aralarında iş birliği bulunmamaktadır. Kar amacı gütmeyen, en bilindik ve gelişmiş olan UNOS'tur. UNOS bir dağıtım kanalıdır. Asıl vazifeyi yapan, organ tedarik eden OPO'dur. OPO görevlileri genç ve kronik rahatsızlığı olmayan hastanın beyin ölümü sonrası aileden izin almak durumundadır. Ancak genç ve bu beklenilmeyen ölümden dolayı aileler sağlıklı karar veremeyip, şiddete başvurabilmektedirler (Kuznik 2004).



Şekil 1.UNOS'ta Çalışma Sistemi

Kaynak: (Kuznik 2004)

Donör olmak isteyen birey verici kartı imzalaması yeterli olacaktır. Lakin bu organ bağışlamasına yetmemektedir. Çünkü beyin ölümü sonrası mutlak suretle ailenin onayının alınması şarttır. Kişinin ölmeden önce istemesinin bir önemi yoktur. Sadece mevzuya ılımlı baktığını göstermektedir. Bu durumda aile gönül rahatlığı ile karar verebilmektedir (Kuznik 2004).

Genel olarak bakıldığında her ülkenin organ bağışı konusunda özgün yaklaşımları olabilmektedir. Misal, Belçika da kabul edilen onam yasası uyarınca aile onayı koşulu bulunmamaktadır. Organ bağışında bulunmasa bile birey itiraz etmediği için potansiyel bağışçı kabul edilmektedir. Bu durumda da aile onayı aranmaz. İran da akraba olmayanların dahi bağışçı olması için devletin destekliği ödül sistemi işlemektedir. İspanya da ikna yöntemi yoğun şekilde kullanılarak süreci koordinatörler yönetmektedir (Aykas ve ark 2015).

1.37.3.Asya'daki Organizasyonlar

İran Modeli

İran'da diğer ülkelerden farklı olarak organ bağışçısına bedel ödemesidir. Yani devlet donörden organ satın almaktadır. 1998 tarihinden beri bu uygulamayla beraber organ bekleyen kimse bulunmamaktadır (Nuffield Council on Bioethics 1995).

Bu yöntemle birçok kişinin hayatı kurtarılmıştır. Ancak bunun yanında birçok riski de bünyesinde barındırmaktadır. Organ bağışçısı zarar görebilir yahut hayatını kaybedebilir bu süreçte. Organın bir mal gibi bedelle satılmasının etik olup olmadığı tartışılmaktadır. Ayrıca organ bedellerinin belirlenmesinde objektif davranılmadığı fikri de kabul görmemektedir (Schlich 2011).

Tıp dünyasınca İran ve Belçika modelleri uçları savunduğundan dolayı en ideal bağış sistemini uygulayan yöntem olarak ıspanya gösterilmektedir. Toplumu konu hakkında duyarlı kılıp, ikna etmek en akıllıca yöntem kabul edilmektedir (Ertin ve ark 2010).

1.38.Türkiye'deki Organ Nakli Organizasyonu

Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi (UKS), mevzuatlar çerçevesinde adil, hızlı, güvenilir ve şeffaf bir sistem geliştirerek uygun doku ve organın alınması, hastaya transplantasyonu, işlerin takibi ve lojistiği, bilgi vermek, organ bağış ve acil ihtiyaç listelerini hazırlamak gibi gereksinimleri karışlayarak, sistemin ihtiyaçlarına cevap verir. Organ nakli sistemi içerisinde çalışan BKM ve hastanelerden sorumludur. Hastalara en kısa sürede ve uygun şekilde cevap vermesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığına olarak hizmetlerini yürütür (İbrahimoglu ve Urhan 2019).

Ayrıca doku tiplmesi için gerekli laboratuvarların açılması ve denetlenmesi ile de görevlidir. Merkezde çalışanların eğitiminden de sorumludur (Sağlık Bakanlığı 2016).

1.38.1.Ulusal Koordinasyon Kurulu

Bu kurul iki kez olağan şekilde toplanır. Ayrıca bakanlık isteği durumunda da olağanüstü toplanmakla görevlidir. Organ naklinde ulusal stratejiler belirlemekle görevlidir. Proje üretmek bakanlığa sunar. Organ nakli sisteminde yaşanan aksaklık varsa düzeltir ve bu konuda çözüm üretir. Gelişmiş ülkelerdeki organ nakil sistemlerini inceleyerek yenilikleri takip ederler. Nakil merkezlerini denetleyip, mevzuata aykırı

düzenlemelerde merkezler hakkında kapatılması kararını önerirler. Bilimsel danışma kurullarındaki eşgüdümü sağlarlar (Sağlık Bakanlığı 2016).

Kurulda görev alanları bakanlık belirler ve görev süresi 1 yıl ile sınırlıdır. Organ nakil merkezleri ile ilgili önerileri bakanlığa iletirler. 5 üyeden oluşur (Resmi Gazete 2000).

1.38.2.Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi

Ulusal koordinasyon merkezi 7 gün 24 saat esasına göre çalışır. Ülke genelindeki organ ve doku bağıışı ile ilgili bütün kayıtlar yer alır. Mevzuata göre hareket ederek organ bağıışı ve transplantasyonunun eşgüdümünü sağlar (Resmi Gazete 2000).

Koordinasyon merkezinde 6 tabip ve 6 diğer sağlık personelinde oluşur. 7 /24 esasında çalışırlar. Bölgelerden gelen verileri takip etmek varsa sorunlarını çözmekle mükelleftirler. Her türlü eşgüdümü sağlamak durumundadırlar. Bunun yanı sıra organ bağıışı hakkında bilgilendirme, kampanya düzenleme gibi faaliyetlerde yürütmektedirler (Resmi Gazete 2000).

1.38.3.Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezleri

Bölge koordinasyon merkezleri ulusal organ nakil merkeziyle koordineli şekilde, sağlık müdürlüğüne bağılı çalışır. Merkezin sorumlusu sağlık müdür yardımcısıdır (Sağlık Bakanlığı 2016).

İllerdeki doku ve organ nakil hizmetlerinin tamamından sorumludur. Vaka bildirilmesi durumunda ulusal merkezlere irtibata geçip organ çıkarılması, saklanması, lojistiğı ve transplantasyonu arasındaki geçen süreci yönetir. 7/24 esasına göre çalışır. Ülkemizde bölge koordinasyon merkezi olarak 9 il seçilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Çizelge 8.Bölge Koordinasyon Merkezlerinde Kayıtlı Donörlerin Nüfusa Oranı

Bölge Koordinasyon Merkezleri	Bağıış Sayısı	Bölge Koordinasyon Merkezleri Nüfus (Milyon)	%
Adana B.K.M	53.728	11,38	5

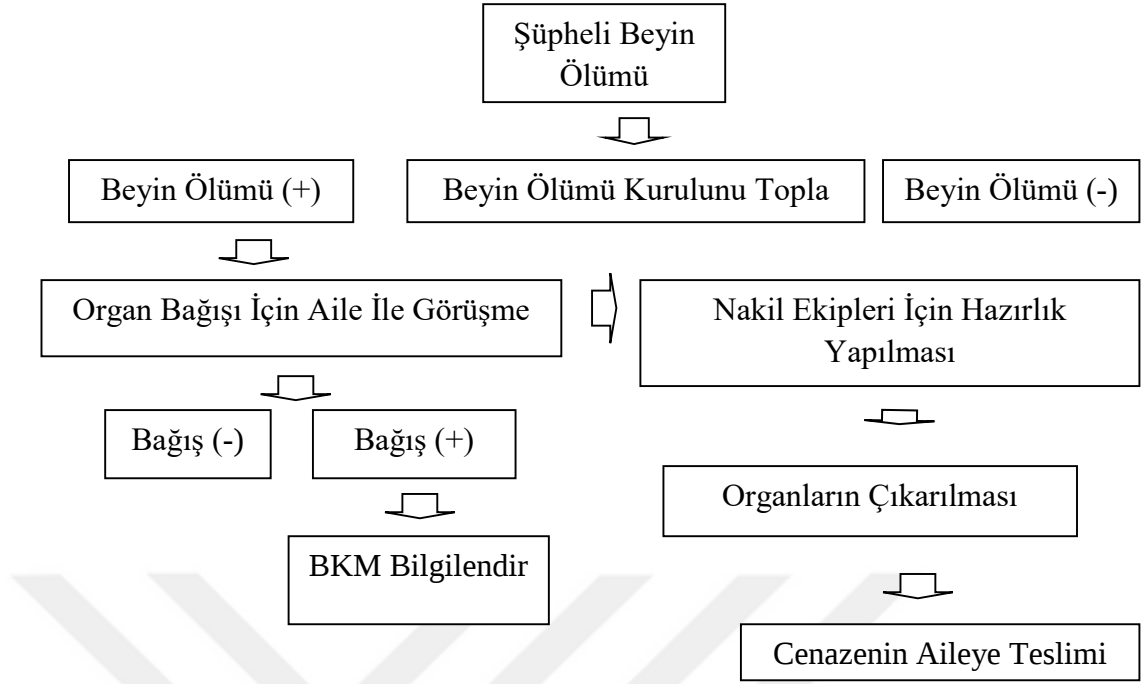
Ankara B.K.M	53.132	10,66	5
Antalya B.K.M	29.507	6,44	5
Bursa B.K.M	39.212	5,71	7
Diyarbakır B.K.M	22.759	9,92	2
Erzurum B.K.M	18.490	3,95	5
İstanbul B.K.M	121.116	20,33	6
İzmir B.K.M	168.864	9,89	17
Samsun B.K.M	56.568	4,87	12
Genel Toplam	563.376	83,15	7

Kaynak: (Doku 2020)

Çizelge 8’de Bölge Koordinasyon Merkezlerinde mevcut kayıtlı donörlerin bölge nüfusuna oranına bakıldığında; İzmir Bölge Koordinasyon Merkezinde, nüfusa oranlı donör sayısı % 17 ile en fazla bağışçısı olan merkez olarak ilk sırada yer almaktadır. Nüfusa oranlı donör sayısı % 2 ile Diyarbakır Bölge Koordinasyon Merkezi en son sırada yer almaktadır.

1.38.4.Organ ve Doku Kaynağı Merkezler

Organ kaynağı merkezler yoğun bakımı ve ventilasyonu olan, beyin ölümünü tanımlayabilecek her türlü kamu ve özel hastanelerdir. Hastane organ koordinatörleri, beyin ölümü halinde ilgili hekimlere bilgi verir. Gerekli testler yapılır. Sonuç rapor edilir. Sonrasında koordinatör aile ile organ bağışı hakkında konuşur. Ailenin tepkisine göre bölge koordinasyon merkezine bilgi verilir. Bu süre zarfında kadavra yoğun bakım şartlarında bakımı devam eder. Organ çıkarımı yapıldıktan sonra cenaze ailesine devreder (Akalin ve Taner 2019).



Şekil 2. Organ ve Doku Kaynağı Merkezleri Çalışma Sistemi

Kaynak: (Akalın ve Taner 2019)

1.38.5. Organ Nakil Merkezleri

Organ nakil merkezleri; hastaya transplantasyonun yapıldığı sağlık tesisleridir. Canlı donörlerde operasyonun gerçekleştiği, kadaverik nakilde ise hastaya transplante edildiği sağlık tesisleridir.

Çizelge 9. Türkiye Organ Nakil Merkezleri

	Konya Nakil Merkezleri	Türkiye Nakil Merkezleri
İnce Barsak	----	3 Nakil Merkezi
Akciğer	----	5 Nakil Merkezi
Pankreas	----	9 Nakil Merkezi

Kalp	-----	15 Nakil Merkezi
Karaciğer	NEÜTF Hastanesi	47 Nakil Merkezi
Böbrek	NEÜTF Hastanesi ve Başkent Üniversite Hastanesi	73 Nakil Merkezi
Göz Bankası	NEÜTF Hastanesi ve Numune Hastanesi	48 Göz Bankası
Kornea	19 Nakil Merkezi	590 Nakil Merkezi
Kemik İliği	NEÜTF Hastanesi	133 Nakil Merkezi
Doku Tipleme	SÜTF Hastanesi ve NEÜTF Hastanesi	53 Laboratuvar

Kaynak: (Doku 2020)

Organ nakil merkezleri, transplantasyon yapılması gerekli hastaların bekleme listelerini hazırlar ve düzenler. Bu listeyi bölge ve ulusal koordinasyon merkezine iletir. Sağlık bakanlığı yılda bir kez denetler. Denetlemede yapılan nakillerle alakalı her türlü durum incelenir. Yanlış yapılmış operasyonlar varsa merkezi geçici yahut daimi olarak kapatma yetkisine sahiptir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Kalp nakil merkezlerinde, yıl içerisinde 3 ten az kalp transtasyonu yapılırsa bakanlık ruhsatı iptal edebilir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Akciğer nakil merkezleri, yıl içerisinde hiç transplantasyon yapmazsa uyarı alır. İkinci yılda da transplantasyon yapılmazsa ruhsatı iptal olur (Sağlık Bakanlığı 2016).

Böbrek nakil merkezleri, yıl içerisinde 10 transplantasyondan daha düşük yaparsa ayrıca yıl içerisinde ölüm oranı %15 üzerinde olursa uyarı alır. Yine 2 yıl içerisinde mortalite oranı %20'nin üzerinde olması halinde ruhsat iptal edilir bakanlık tarafından (Dalgıç 2015).

Karaciğer nakil merkezleri, yıl içerisinde 5 den az transplantasyon yapması durumunda ruhsat iptal edilir bakanlık tarafından (Dalgıç 2015).

Karaciğer *nakil* merkezleri, yıl içerisinde operasyon geçiren hastalarında mortalite oranı %30 üstünde olursa uyarı alır bakanlık tarafından. Yine ikinci yılda mortalite oranı %30 un üstünde ise ruhsat iptal edilir bakanlık tarafından (Dalgıç 2015).

Bu merkezler bir planlama sonucunda açılmasına karar verir. Coğrafi yapı, nüfus, hasta sayısı vs. dikkate alınır. Atıl kapasite oluşmadan, erişilebilir sağlık hizmeti sunmaktır bakanlığın amacı (Sağlık Bakanlığı 2016).

1.39.Organ Dağıtım İlkeleri

1.39.1.Kalp - Akciğer Dağıtım İlkeleri

Bölgesel acil ve sıra, ulusal acil ve sıra olmak üzere 4 basamaktan oluşur. Bu sıralama takip edilir. Acil durumlarda öncelik hangisininse hak onundur. Aciliyeti nakil merkezinden üç hekiminin görüşü ile netleşir. Aciliyet her 24 saatte bir doğrulanmak durumundadır. Aciliyet tekrarlamazsa acil listesinden düşürülür. Teklif edilen organlar uygun olmaması durumunda yarım saat içinde geri bilgi vermesi gerekmektedir. Başka merkezlere teklif götürülür (Dalgıç 2015).

Kalp yahut akciğere acil ihtiyaç olmaması durumunda normal bekleme listesinden bir hastaya transplante edilir. Ayrıca ulaşımda da bir gecikme olacağı düşünülürse merkezdeki müsait bir hastaya işlem başlatılır (Sağlık Bakanlığı 2016).

1.39.2.Karaciğer Dağıtım İlkeleri

Karaciğer dağıtımında yine aciliyet ön plandadır. Aciliyeti 3 hekim karar verir. 48 saatte bir durumu incelenir hastanın. Aynı hastaya toplam 5 kez acil çağrı açılır. Koordinasyon merkezi bölgedeki acil listeye göre kabul eder. Eğer acil hasta yoksa ulusal merkez tarafından diğer bölgelerde aciliyeti olan hasta için teklif eder (Sağlık Bakanlığı 2016).

Çizelge 10.Türkiye’ nin 2010-2020 Yılları Arası Kadavra/Canlı Donör Karaciğer Nakli Aktivitesi

Yıllar	Kadaverik Donör	Canlı	Genel Toplam
2010	13	4	17
2011	282	626	908
2012	265	737	1.002
2013	290	959	1.249
2014	321	891	1.212
2015	346	872	1.218
2016	392	1.004	1.396
2017	359	1.087	1.446
2018	438	1.149	1.587
2019	432	1.344	1.776
2020	83	521	604

Kaynak: (Doku 2020)

Çizelge 10’da Türkiye’nin 2010-2020 yılları arası kadavra/canlı donör karaciğer nakli aktivitesine bakıldığında; karaciğer ihtiyacı en çok %76 ile 2010 yılında kadavradan karşılanmış olup, 2020 yılında ise % 14 ile en düşük oranda kadavradan karşılanmıştır. 2020 yılında ihtiyaç olan %86 oranındaki karaciğer ise, canlı donörden karşılanmıştır.

1.39.3.Böbrek Dağıtım İlkeleri

Kronik böbrek yetmezliği sonucu diyaliz tedavisi alan hastalar bir puanlamaya tabi tutulur. Bu puanlamada *diyaliz* alma süreleri ve bekleme listesinde ne zamandır beklediğiyle alakalı puanlamadır. Kadaverik böbrek bağıışı sonrası ulusal merkez puanlamaya ve doku uyumuna bakarak yapılır. Ancak acil nakil bekleyen hasta varsa öncelik onundur. Aciliyeti merkezden görevlendirilmiş 3 tabibin kararına bırakılır. Birden fazla aciliyet olması durumunda puanlama kimde daha fazlaysa transplantasyon ona yapılır (Sağlık Bakanlığı 2016).

Eğer mevzuata aykırı bir işlem yapılırsa merkeze bilgi verilir ve hasta nakil listesinden tamamen çıkartılır (Dalgıç 2015).

Ulusal merkez tarafından yapılan denetlemelerde usulsüz yapıldığı anlaşıldığı takdirde merkez uyarı alır. Haksızlık yapılan her olgu için iki defa böbrek dağıtımdan muaf tutulur (Sağlık Bakanlığı 2016).

Çizelge 11. Türkiye’ nin 2010-2020 Yılları Arası Kadavra/Canlı Donör Böbrek Nakli Aktivitesi

Yıllar	Kadaverik Donör	Canlı	Genel Toplam
2010	368	103	471
2011	517	2.435	2.952
2012	525	2.384	2.909
2013	585	2.361	2.946
2014	626	2.299	2.925
2015	670	2.534	3.204
2016	783	2.637	3.420
2017	693	2.651	3.344
2018	859	3.015	3.874
2019	808	3.055	3.863
2020	151	888	1.039

Kaynak: (Doku 2020)

Çizelge 11’de Türkiye’nin 2010-2020 yılları arası kadavra/canlı donör böbrek nakli aktivitesine bakıldığında; böbrek ihtiyacı en çok %78 ile 2010 yılında kadavradan karşılanmış olup, 2020 yılında ise % 15 ile en düşük oranda kadavradan karşılanmıştır. 2020 yılında ihtiyaç olan %85 oranındaki böbrek ise, canlı donörden karşılanmıştır.

1.39.4.Kornea Dağıtım İlkeleri

Kornea dağıtımında bekleme listesine göre hareket edilir. Herhangi bir aciliyet durumunda öncelik sağlanır. Merkez listeye göre hareket etmeye mecburdur (Sağlık Bakanlığı 2016).

Kornea talebinde normalin üstünde bir talep yaşanması durumunda bakanlık yurtdışından kornea getirtebilir. Bunun için özellikle Avrupa ve Amerika göz bankaları ile irtibat halindedirler (Sağlık Bakanlığı 2016).

Kornea bankası kullanılmayan ve uygun olmayan kornealar araştırma ve inceleme amaçlı eğitim araştırma laboratuvarlarında saklanabilir (Sağlık Bakanlığı 2016).

1.40. Organ Naklinin Psikolojik Boyutu

Psikolojik etkisi nakil prosesinin tüm aşamalarında görülür. Kronik hastalığın olması, nakil süresi, nakil dönemi, rehabilitasyon dönemi, diyetler ve uzun vadeli immun baskılayıcı ilaçların kullanımının psikolojik boyutu vardır (Süren 2007).

Bağışçının az olması, bilinmeyen bekleme süreleri, ciddi operasyonlar ve rejeksiyonlar çok etkilidir (Sanner 2003).

Bazen suçluluk duygusu dahi görülebilmektedir. Ölmüş birinin sevincini yaşamak üzer. Bu durum hastada suçluluk duymasına, kendini sürekli sorgulamasına neden olur (Parlak 2009).

Ayrıca uzun süre işine devam edememe durumlarında hem maddi hem de manevi maliyeti vardır. Sosyal çevresinden uzaklaşmak zorunda kaldığı için sosyal kopuş da yaşamaktadır. Bu durumu daha da kötüleştirmektedir (Parlak 2009).

Organ *transplantasyonu* diyalizle kıyaslandığında sosyal yaşama daha kolay adaptasyonu sağlamaktadır. Yaşam kalitesi daha yüksektir (Sanner 2003).

1.41. Organ naklinin Sosyal Boyutu

Kronik hastalığın bir de sosyal boyutu vardır. Aile fertlerinden birinin hastalanması aileye her anlamda bir maliyet getirmektedir. Eşi için yeni sorumluluklar, çocuklar için vazgeçişler anlamına gelmektedir. Maddi gücün zayıflaması sonucu birçok sorunları da beraberinde getirmektedir (Özçürümez ve Tanrıverdi 2003).

1.42. Donör Ailesine Yaklaşım

Beyin ölümü gerçekleşen şahsın sağlığında bağışçı olmak istemesi, ölüm sonlarında sağlık çalışanlarına kolaylık sağlar. Özellikle sevdiğini kaybetmiş aile üyesi ölenin kişisel rica olarak algılar ve organ bağışlamaya daha ılımlı hale gelir. Eğer bağışçı değilse, aileye uygun zaman ve uygun şekilde gidilir. Organ bağışının önemi anlatılır. Olumsuz tepki vermeleri durumunda fazla ısrar edilmez (Michael ve Jesus 2012).

1.43. Organ Nakli Ve Etik

Tıp dünyasındaki gelişmelere rağmen organ transplantasyonu açısından hala sorun teşkil eden mevzular fazladır. Etik, hukuki durum, sosyoekonomik göstergeler ve psikolojik faktörleri bunların başında gelmektedir (Akış ve ark 2008).

Kronik böbrek yetmezliği hastalarının büyük bir zamanı diyaliz ünitesinde geçmekte, bu da hem maddi hem de manevi olarak bir yük olmaktadır. İşleme bağlı komplikasyonlar da bunun cabasıdır. Diyalizin kesin tedavi şekli olmamasından dolayı iş kaybı ve yükü, statü kaybı, psikolojik sıkıntılar, cinsel problemler vs. hasta ve yakınlarını zorlamaktadır (Muehrer ve Becker 2005).

Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi gören ve organ transplantasyonu olan hasta kıyaslamalarında, operasyon sonrası yaşam kalitesinin anlamlı derecede arttığı gözlemlenmiştir (Erek 2004).

Organ transplantasyonunda arz düşükken, talep sürekli olarak artmaktadır. Bu dengesizlikte *sosyal* maliyetleri meydana getirmektedir. Bu maliyetler incelendiğinde en mühim maliyetin bireyin yaşamının sona ermesi maliyeti olduğu anlaşılabacaktır. Bekleme listeleri gün be gün artmaktadır ve gerekli organ bulunamadan çoğu zaman hasta hayatını kaybetmekte ve sosyal maliyet yükselmektedir (Erek 2004).

Diğer önemli bir maliyet ayağı ise, hastanın ve devletin katlanmak durumunda kaldığı giderlerdir. Mesela, kronik renal yetmezlik yaşayan hasta, transplantasyon gerçekleşmemesi durumunda ayda 15 yahut 20 gün diyaliz tedavisi görmek durumunda. Hem maddi hem de manevi olarak harcama yapmak mecburiyetinde kalacaktır. Organ transplantasyonu ilk başlarda maliyetli gibi gözükmesine rağmen, uzun süreli diyaliz tedavisi ile oranlandığında daha maliyetsiz olduğu ortaya çıkacaktır (Dalgıç 2015).

Donör birçok baskı altında kalıp istemediği halde bağışçı olmak zorunda kalabilir. Bu nedenle donörün ailesi ve kendisi için etki altında kalmadığından emin olunmalıdır (Özdağ 2001).

Bağışçı olunma durumunda her hangi bir menfaatin söz konusu olduğu fark edilirse hemen işlemlerin sonlandırılmalıdır (Hakeri 2009).

Bağışçıların az olmasından kaynaklı organ mafyasının olması etik problemidir. Kendilerine sıranın gelmeyeceği zannedildiğinde para karşılığı organ alabilecekleri başka yollar denenmektedir. Geri kalmış ülkelere gidip para karşılığı organ satın alınabilmektedir. Uluslararası arenada yasaklanmış olmasına rağmen hala karşılık bulmaktadır (Özdağ 2001).

Ekonomik sıkıntı çekenler el altından organlarını pazarlayıp kaynak olarak kullanılabilmektedir (Naçar ve ark 2001).

Özellikle aile içi baskı altında kalındığından organ bağışçısı olma zorunluluğu hissedilip, yanlış kararlar verilmesine sebep olabilmektedir. Sağlık personeli dikkatli davranıp böyle bir durumun varlığında tarafsız davranarak olası bütün komplikasyonları anlatmalıdır. Kişileri doğru yönlendirmelidir (Dontlu 2004).

Birçok kronik hastalıkta organ nakli dışında maalesef tedavi şansı yoktur. Ancak toplumsal bilinçlenme artmasına rağmen hala istenilen seviyeye gelinebilmemiştir (Erek 2004).

Organ nakillerinde donör, alıcı ve tabip üçgenin saç ayağını oluşturur. Her birinin farklı sorumlulukları ve hisleri vardır. Canlı verici ve kadaverik donör olmak üzere iki kaynak vardır. Kadavra için rıza ve beyin ölümü şartı vardır. Canlı donörde ise psikolojik baskı bulunabilmektedir. Özellikle operasyon esnasında zor görme ihtimalinin psikolojik etkileri mevcuttur. Canlıya zarar vermemek ve onu korumak gibi etik durumlar söz konusudur (Nelson 2003).

Ülkemizde organ transplantasyonundaki en büyük engeli aileler oluşturmaktadır. Özellikle sağlığında bağışçı olanların dahi organları aileleri tarafından izin verilmediği için alınamıyor (Keçecioğlu 2003).

Çizelge 12. Türkiye’ nin 2014-2018 Yılları Arası Kadavra Donör Aile Red Aktivitesi

Yıllar	Kadaverik Donör	Aile Red	Aile Kabul	Red Oranı %
2014	1705	1324	381	77,4
2015	1810	1403	407	77,5
2017	1988	1425	563	71,7
2018	2046	1492	554	72,9

Kaynak: (ONT 2010)

Çizelge 12’de Türkiye’nin 2014-2018 yılları arasında kadavra donör aile red aktivitesine bakıldığında; 2014 yılında kadavra donör aile red oranı % 77,4 ile en yüksek iken, 2017 yılında %71,7 ile en düşük seviyeyi görmüştür.

Ailelerin organ bağışına yaklaşmamalarının en önemli sebebi beyin ölümü tablosunun tam olarak ne ifade ettiği bilinmemesidir. Birçok aile bitkisel hayatla beyin

ölümünü karıştırarak, geri dönüş ihtimalinin olduğunu zannetmesidir (Yeniocak ve Özcan 2020).

Diğer bilinen bir sebepse, sağlık personelinin aile yakınlarına hiçbir şekilde teklif dahi edilmemesidir. Bu şekildi birçok organ zayi olup gitmektedir ((Barwinsky 2003).

ABD’de yapılan bir araştırmaya göre, daha önceden reddetme oranı %38 iken, uygun koşullarda, uygun zamanda ve uygun şekilde aileden bağışçı olmaları istenmesi durumunda %74 çıktığı tespit edilmiştir (Capron 2001).

Çizelge 13. Ülkelerin 2018 Yılı Kadavra Donör Aile Red Aktivitesi

	Kadaverik Donör	Aile Red	Aile Kabul	Red Oranı %
Ülkeler				
İspanya	2509	326	2183	13
Belçika	461	113	348	25
Türkiye	2046	1492	554	73
Yunanistan	124	31	93	25

Kaynak: (ONT 2010)

Çizelge 13’de ülkelerin 2018 yılı kadavra donör aile red aktivitesine bakıldığında; beyin ölümü gerçekleşmiş kadaverik donörlerde %13 aile red oranıyla İspanya ilk sırada yer alırken, Türkiye beyin ölümü gerçekleşmiş kadaverik donörlerde %73 aile red oranıyla son sırada yer almaktadır. Türkiye’ de ailelerin, kadaverik donör anlayışına olumlu bakmadığı görülmektedir.

Çıkacak olası problemlerde sağlık personelinin tecrübeli ve sağduyulu olması beklenir. Böylece etik açıdan meydana gelecek birçok problem halledilmiş olur (Süren 2007).

Etik sorunların bir tanesi de hasta biri için organ gerekli olduğu durumlarda, hiç hasta dahi olmamasına rağmen sırf başkasının sağlığı için organın verilmesi için donör adayı olarak sağlam birinin rızasının alınması ne kadar etik olduğudur (Dontlu 2004).

Organ naklinin ilk zamanlarında canlı birinden organ alınması ve istenmesi kabul edilmez bulunmuştur. Vücut bütünlüğü ilkesi ve zarar vermeme ilkesi gereği

yanlış olarak tanımlanmıştır. Çünkü organ sayısı birden fazla dahi olsa diğer organlarla ortaklaşa bir faaliyet yürütmektedir. Ve bunun aksi bir düşünce kabul edilmez. Sağlam bir fiziki yapıyı bozmak ve buna rıza gösterilmesi beklemek etik değildir (Dontlu 2004).

Ancak yine de hayat kurtarma düşüncesi varlığında donörlük yasaklanamaz (Özçetin 2013).

İlk ilke zarar verme ilkesidir. Her ne kadar özen gösterilse dahi öngörülemeyen tehlikeler mevcuttur. Organ çıkarılırken diğer organların zarar görmesi, enfeksiyon kapması gibi komplikasyonlar her zaman mümkündür. En kolay operasyonlarda bile bu riskler vardır. Hukuki açıdan bakıldığında da donör için bu bir iyileştirici bir işlem değil, fiziksel bir yokluk halidir. Kaynaktan organ alınması alıcı için üstünlük sağlarken, verici için gerekli olmayan bir işlemdir ve zarar vermeme prensibine terstir (Süren 2007).

Hekimin karar verirken iki kriteri göz önüne almalıdır. Birincisi birinin hayatını kurtarmak, diğeri ise donöre zarar vermemek. Alıcı kurtarmak için donörü feda etmek elbette ki etik değildir (Vatanoğlu 2014).

Organ transplantasyonuna etik olarak bakıldığında;

- Kar zarar dengesi ve risk faktörü iyi değerlendirilmeli.
- Donöre operasyon sırası ve sonrasında meydana gelebilecek her türlü komplikasyon net ve açık bir şekilde tarafsız olarak anlatılmalı.
- Donör sadece kendi özgür iradesi ile karar verebilmeli.
- Organ bağışında maddi yahut başkaca menfaat olmamalı (Vatanoğlu 2014).

Yukarıda bahsedilen “başkaca çıkar” yaklaşımı merhamet yahut yardım etme duygusu sonrası mutlu ve huzurlu olmayı içerir. Mesela canlı kaynak böbreğinin birini tanıdığı ve sevdiği bir yakınına verir de yabancı tanımadığı birine vermez. Burada bir yarar sağlama söz konusu değil midir? (Ülman 2012).

Canlı kaynak organını bağışlarken tamamen özgür iradesi ile karar verebilmelidir. Akrabalar arası organ bağışında baskı sonucu organ bağışının olduğu bilinmektedir. Gerekirse hekim böyle bir durum da donör baskı altında kalmasın diye organ bağışçısı olamayacağına dair bir bahane üretmelidir (Süren 2007).

Organ ticaretinin kabul edilmez olduğunun ilk dile getirildiği 1970 tarihindeki uluslararası transplantasyon derneği beyannamesidir (Dalgıç 2015).

1985 tarihinde dünya sağlık asamblesi Brüksel’de organ ticaretiyle alakalı olarak uluslararası bir çağrı yaparak bu konuda yaptırımlar yapılmasını salık vermiştir (Süren 2007).

Diğer taraftan bazı kesimler tarafından organ ticaretinin zorunlu olduğunu, bundan kaçınılamayacağını ve tartışılması gerektiğini söylemişlerdir (Ülman 2012).

Organ ticaretini kabul edilebilir göstermek amacıyla yeni bir kılıf bulunmuş, buna da ödüllendirilmiş bağış yaftası ile çekici hale getirilmek istenmiştir (Dalgıç 2015).

Organ arzının az, talebin çok olmasından ötürü daha fazla ölümün olacağı, sırf bu yasaklardan dolayı bir tedavinin engellendiği dile getirilmiştir (Erek 2004).

Organ ticaretinde fakirlerin zenginler tarafından sömürüldüğü anlayışının hâkim olduğu fakat aslında iki tarafından mağdur edilmiştir (Erek 2004).

Dünya gerçeklerinde yoksulluğun tamamen yok edilemeyeceği, sırf zengin diye tedavinin engellenmemesi gerektiği dile getirilmiştir. Yasak sebebiyle merdiven altı şartlarda kaçak yapılan operasyonların daha tehlikeli olduğu söylenmektedir (Seale 2000).

Glikoz metabolizması ve bağışıklık gibi birçok işlevler beyin sapı olmadan da çalışabilmektedir. Ayrıca vücutta herhangi organda bozuklukta, ilave uygulamalarla yaşam ettiriliyor ve yaşam kalitesi yükseltilebiliyor mesela pacemaker gibi. CPR uygulamaları gelişmeden önce kardiyak arrestlerde ölü tanısı konuluyordu. Artık CPR’la hastalar geri döndürülüyor ve yıllar yaşayabiliyorlar. O zamanlarda ölü denilip defnedilenler günümüz bilgisi ile hayatlarını devam ediyorlar (Kerridge ve ark 2002).

Yapılan çalışmalarda doktorların dahi hala beyin ölümü mevzusunda güçlük çektiği görülmüştür. Beyin ölümü teşhisi konulduğunda, aile yakınlarıyla konuşurken “ventile etmeye devam edersek, septisemiden hasta ölecek” gibi diyaloglara girdikleri görülmektedir (Kerridge ve ark 2002).

Beyin ölümüne şaibeli yaklaşanlara göre, teknoloji sürekli gelişmekte ve buna paralel olarak bugün ölü dediklerimize yakın tarihte ölü diyemeyeceğiz. Çünkü o günkü teknolojisi, ölümü ekarte edecek (Wijdicks ve Pfeifer 2008).

Yapılan araştırmalarda beyin ölümü tanısı almış hamile kadının sağlıklı bebek dünyaya getirdiğini, beyin ölümü tanısı alan çocuğun yıllarca yaşadığı tespit edilmiştir (Wijdicks ve Pfeifer 2008).

Beyin ölümü mevzusundaki en ufak şaibe zaten kırılgan olan anlayışa zarar verebilir. Yapılan çalışmalarda tabiplerin çoğunluğunun dahi beyin ölümüne inanmadığını göstermektedir (Seale 2000).

2000 tarihinde yapılan 3.milletlerarası ölüm kongresinde beyin ölümü tanısı konmuş 4 yaşındaki çocuğun, 16 yıl sonrasında spontane kalp ritmi başladığı belirtilerek, sunusu yapılmıştır (Galea ve Pegg 2003).

Yine beyin ölümü tanısı almış hastalarda hormonal aktivitenin devam ettiği tespit edilmiştir (Galea ve Pegg 2003).

Bu alanda ilk kez yakın zamanda yapılan bir çalışmada embriyonik kök hücrelerin başka hücre tiplerine evirilebildiğini göstermiştir. Beyin sapı hücrelerini de yenileyerek beyin ölümü tanısının önüne geçilebileceği düşünölmektedir (Kerridge ve ark 2002).

Canlı organları alabilmek adına aslında beyin ölümü tanısının aslında kurgu olduğu düşünölmüştür (Galea ve Pegg 2003).

Ölüm olgusu aslında günün elverdiği ölçüde bilirlikle alakalıdır. Stetoskopla alınamayan kalp ritimlerinin daha hassas ölçen monitörlerle alınmasıyla, ölü denilenlere teknoloji gelişmesiyle canlı denilmesi görmezden gelinemez (Galea ve Pegg 2003).

Eski tarihlerde organ aktarımının imkânsız göröldüğü ve yapıldığında ise rejeksiyonların geliştiği bilinmektedir. Sonra tıp ve farmakolojinin gelişmesiyle siklosporinin kullanılmış, imkânsız olmaktan çıkmıştır (Özçürümez ve Tanrıverdi 2003).

Organ mühendisliğinde çalışmalar hız kazanmıştır. Özellikle fetal doku aktarımları üzerinde hummalı araştırmalar yapılmaktadır (Galea ve Pegg 2003).

Ancak fetüslerin kullanımı etik açıdan ele alınmalıdır. Kasıtlı olarak fetüsün yaşamını sonlandırmak ve araştırma amaçlı kullanmak ne kadar etikdir. Ürkütücüdür (Harris 2002).

Fetüsün kasıtlı olarak yaşamını sonlandırmanın etik olmadığını düşünmelerinin yanı sıra birçoğuna göre yeni sağlıklı dokular için hamile kalmayı ve yedek parça görevini yerine getirsin diye bebek sahibi olmayı da gayri ahlaki bulmaktadırlar. Mesela kemik iliği nakli için kardeş yapmak fikri gibi (Harris 2002).

Bazı araştırmacılar da bu görüşü yersiz bulmaktadır. Özellikle anne olmak istiyorum yahut baba olmak istiyorum gibi argümanlarla sırf kendi zevkini tatmin etmek için yeni bir canlı dünyaya getirmek ne kadar normal karşılanıyorsa, daha yüce bir amaç için bebek yapmak fikri niçin etik olmasın anlayışı hâkimdir (Galea ve Pegg 2003).

Ayrıca beyin ölümü tanımlamasında uluslararası çeşitlilik ve farklılık bulunmaktadır. Beyin ölümü İngiltere’de sadece beyin sapının işlevsiz kalması iken Amerika’da tüm beyin işlevlerinin kaybı olarak görülmektedir. Daha açık bir ifade ile İngiltere’de ölü kabul edilen, Amerika’da canlı olarak adlandırılmaktadır ve ona göre işlem yapılmaktadır (Michae 2014).

Yine ülkeler arası gözlem süresi değişkendir. Yunanistan’da gözlem süresi en uzunken, Danimarka’da sadece 1 saattir (Wijdicks ve Pfeifer 2008).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

İnsanların doğumundan ölümüne daima yanında yer alan, insanları sağlık alanında yönlendiren ve bilgilendiren sağlık karar vericilerinin ve uygulayıcılarının, organ nakli ve bağışı hakkındaki tutum ve bilinç düzeyini belirlemek amacıyla bir devlet hastanesi sağlık personellerine uygulamak üzere bu çalışma planlanmıştır.

2.2. Araştırma Tasarımı

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

2.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Katılımcıları

Araştırma Konya ilinde bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evreni 665 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Altunışık ve arkadaşları (2012) tarafından oluşturulan belirli evrenler için ulaşılması gereken örneklem büyüklüğünü gösteren tabloya göre 700 kişilik evren için 248 kişiye ulaşılması gerektiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda araştırma kapsamında 252 kişilik bir örnekleme ulaşılmıştır.

2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle 17/08/2020 ile 18/09/2020 tarihleri arasında toplanmıştır

2.4.1 Anket Formu:

Anket formu literatür incelenerek hazırlanmıştır (ONT 2015, Sağlık Bakanlığı 2017, Resmi Gazete 2018, Organ 2019, Doku 2020). Anket formu 20 sorulardan oluşmaktadır.

2.4.2 Organ Bağışı Tutum ölçeği

Parisi ve Katz tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan Organ Bağışı Tutum Ölçeğinin, 1995'te Kent ve Owens tarafından uyarlanmış şekli 46 madde (23 pozitif, 23 negatif) içermektedir. Ölçeğin orijinali bir anket form içinde yer almaktadır. Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik verilere yer verilmektedir. Ardından 46 maddeli asıl ölçek gelmektedir. Bunu organ bağışı ile ilgili diğer sorular izlemektedir.

Yazıcı Sayın (2016)'ın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasından sonra, orijinal ölçeğin 46 maddesinin 6., 7., 12., 19., 27. ve 45. maddeleri çıkarılmıştır. Böylece Türkçe formu organ bağışı tutumu ile ilgili 40 maddeden oluşmaktadır.

Yukarıdaki ölçekte orijinal ölçek numaraları parantez içinde belirtilmiştir. Ölçek, her bir maddesi tamamen katılıyorum seçeneği ve hiç katılmıyorum arasında değişen 6 seçenekli bir Likert formatındadır.

Ölçeğin üç bölümü vardır: Birinci bölümde, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yer verilir. İkinci bölüm, organ bağışına karşı tutumu belirleyen, ölçek maddelerini içerir. Bu bölüm, organ bağışı tutum ölçeğinin maddelerini içeren, 40 ifadeden (Türkçe geçerlik ve güvenirlik sonrası) oluşmaktadır. Bu ifadelerden 20 tanesi pozitif ve 20 tanesi negatif ifadelerdir. Pozitif ifadeler (orijinal skala numarasına göre): 1, 3, 8, 9, 11, 13, 15, 18, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 41, 43, 46. Negatif ifadeler (orijinal skala numarasına göre): 2, 4, 5, 10, 14, 16, 17, 20, 21, 23, 25, 29, 31, 34, 35, 37, 38, 40, 42, 44.

Üçüncü bölüm olarak nitelendirilen kısım ise, katılımcıların bağışlanan organların yarar durumlarını ve organ bağışı gönüllüğü gibi durumlarla ilgili çeşitli soruları içermektedir. Bu bölüm ölçek sorularını takip eden numaralarla başlamakta ve devam etmektedir. Bu kısım diğerlerinde olduğu gibi orijinalinde de bir bölüm başlığı adı altında geçmemektedir. Bu çalışmada kullanım kolaylığını artırmak amacıyla açıklamaların hangi alanları kapsadığını göstermesi için ilgili yerlere bölüm I, II, III ifadesi yazılmıştır.

Yazarlar I ve III. bölümlere çalışmanın amacına göre soru ekleyip çıkarabilirler ve değişiklik yapabilirler. II. bölüm, ölçek maddelerini içerdiği için, değişiklik yapılamaz. Bu çalışmada ölçeğin II. Bölümü tam olarak kullanılmış, III. Bölümünden bazı sorular çıkartılmıştır.

Türkçe organ bağışı tutum ölçeğinin üç boyutu vardır. Birinci boyut, pozitif ifadelerden oluşmakta ve insanların organ bağışı konusundaki “yardımseverlik ve ahlaki değerleri/inançlarını” göstermektedir (orijinal skala numarasına göre): 1, 3, 8, 9, 11, 13, 15, 18, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 41, 43, 46. İkinci boyut iki negatif ifadeden oluşmaktadır (tıbbi olarak ihmal edilme korkusu, bedensel yaralanma korkusu). “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” (orijinal skala numarasına göre): 4, 14, 17, 20, 21, 23, 29, 35, 37, 42 dir. “Bedensel yaralanma korkusu” (orijinal skala numarasına göre): 2, 5, 10, 16, 25, 31, 34, 38, 40, 44 dür.

Geçerlik güvenirliği yapılmış ölçeğin, organ bağışına yönelik tutumlarda algılanan “yardımseverlik ve ahlaki değer ve inançlar” değişkeni 20 madde ile

ölçülmüştür. Bu maddeler pozitif maddelerden oluşmaktadır. Her bir maddenin puanı toplanarak puan hesaplaması yapılmaktadır. Yardımseverlik ve ahlaki değer ve inançlar” değişkeninden yani pozitif tutumlardan alınabilecek puanlar 20-120 arasında değişebilir. Algılanan organ bağıışı ile ilgili negatif tutumların değerlendirildiği tıbbi olarak ihmal edilme ve bedensel yaralanma korkusu ile ilgili değişkenlerin her biri 10 sorudan oluşmaktadır: Algılanan tıbbi ihmal edilme korkusu değişkeninin puanı 10-60 arasında, algılanan bedensel yaralanma korkusunun puanı da 10-60 arasında değişmektedir. Total negatif tutum skoru ise 20-120 arasındadır. Yüksek pozitif ve düşük negatif skorlar organ bağıışı konusunda gönüllü tutumların güçlü olduğunu göstermektedir.

Ayrıca ölçeğin cronbach alfa katsayısı uyarlama çalışmasında 0.79 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenirlik katsayıları ise Yardımseverlik ve ahlaki değer ve inançlar alt boyutu 0,956, tıbbi olarak ihmal edilme alt boyutu 0,899 ve algılanan bedensel yaralanma korkusu alt boyutu 0,855 olarak hesaplanmıştır.

2.4.3 Organ-Doku Bağıışı ve Nakli Bilgi ölçeği

Organ-Doku Bağıışı ve Nakli Bilgi ölçeği Öztürk Emiral ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilmiş olup ölçek formu 17 sorudan ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır.

İki alt boyutu olan 17 maddeden oluşmaktadır. Donör özellikleri alt boyutu 5 ve organ bağıışı ve nakli ile ilgili yasal, etik, tıbbi süreç alt boyutu için 12 sorudan oluşmaktadır. Her doğru cevap 1 puandır. Tüm ölçek ve tüm alt boyutlar için minimum puan sıfırdır. Her doğru cevap 1 puan değerindedir. Yanlış ifadeler (2,6,8,9,10,13,15,17) diğer maddelerle ters kodlanmıştır. Tüm ölçek için maksimum puan 17'dir.

Ayrıca asıl çalışmada ölçeğin cronbach's alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada donör özellikleri alt boyutu 0,437 organ bağıışı ve nakline ilişkin yasal/etik ve tıbbi süreç alt boyutu 0,840 olarak bulunmuştur.

2.5 Verilerin Analizi:

SPSS paket programından yararlanılmıştır. Analiz aşamasında tanımlayıcı istatistiklere ek olarak, parametrik testlerden bağımsız değişkenlerde t-testi, ANOVA, korelasyon analizleri uygulanmıştır.

2.6 Araştırmanın Etiği:

Araştırmada kullanılacak olan ölçekler için gerekli izinler; mail ortamında ölçeği geliştiren veya Türkçeye uyarlayan yazarlardan alınmıştır.(Ek 1 ve Ek 2).

Araştırmanın etik kurul izni Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi girişimsel olmayan etik kurulundan (Ek 3) alınmıştır.

Kurum izni Konya İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek 4) alınmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık personelleri hem yazılı hem sözlü olarak bilgilendirilmiştir (Ek 5).

2.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Öz bildirime dayalı bir araştırma olması sınırlılık içermektedir. Bir kamu hastanesinde çalışan sağlık personeli kapsaması nedeniyle genellenemez.

2.8 Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: H1 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşı ile organ bağışi hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutum ortalamaları arasında pozitif ilişki vardır.

Hipotez 2: H2 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile organ bağışi hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutum ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

Hipotez 3: H3 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının görev süresi ile organ bağışi hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutum ortalamaları arasında negatif ilişki vardır.

Hipotez 4: H4 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile organ bağışi hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutum ortalamaları arasında pozitif ilişki vardır.

Hipotez 5: H5 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek durumu ile organ bağışi hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutum ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

3.BULGULAR

Tablo 3.1. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarına İlişkin Genel Bilgiler

Özellikler	n	%
Yaş		
18-30 yaş arası	36	14,3
31-40 yaş arası	129	51,2
41-50 yaş arası	74	29,4
51 yaş ve üzeri	13	5,1
Cinsiyet		
Kadın	120	47,6
Erkek	132	52,4
Medeni Durum		
Evli	201	79,8
Bekar	51	20,2
Eğitim Durumu		
Lise	32	12,7
Önlisans/Lisans	120	47,6
Lisansüstü	100	39,7
Görev		
Doktor	54	21,5
Hemşire	24	9,5
Diğer sağlık personeli	174	69,0
Görev Süresi		
0-10 yıl arası	66	26,2
11-20 yıl arası	134	53,2
21-30 yıl arası	47	18,7
31-40 yıl arası	5	2,0
Kronik Hastalık Durumu		
Var	45	17,9
Yok	207	82,1
Sigara Kullanım Durumu		
Kullanan	92	36,5
Kullanmayan	160	63,5
Alkol Kullanım durumu		
Kullanan	13	5,2
Kullanmayan	239	94,8

Tablo 3.1. (Devam) Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarına İlişkin Genel Bilgiler

Özellikler	n	%
Organ Bağışında Bulunma Durumu		
Bağış yapan	61	24,2
Bağış yapmayan	191	75,8
Organ Bağışlama Nedeni (n=61)		
Hayat kurtarma düşüncesi	55	90,2
İyilik yapma düşüncesi	5	8,2
Diğer	1	1,6
Organ Bağışlamama Nedeni (n=191)		
Dini Nedenler	23	12,0
Organların ticari olarak kullanılabileceği düşüncesi	14	7,3
Beyin ölümü kriterlerine güvenmeme	24	12,7
Vücut bütünlüğünün bozulacağı düşüncesi	22	11,5
Diğer	108	56,5
Ailede Organ Nakline İhtiyacı Olan Kişi		
Var	5	2,0
Yok	247	98,0
Organ Nakline İlişkin Yasal Konular Hakkında Bilgi Sahibi Olma		
Bilgisi olan	126	50,0
Bilgisi olmayan	126	50,0
Ailenin Bağışçı Olmasını İsteme Durumu		
Bağışçı olmasını isteyen	163	64,7
Bağışçı olmasını istemeyen	89	35,3
Aileden Birinin Vefatı Durumunda Organlarını Bağışlamayı		
Bağış yapmak isteyen	138	54,8
Bağış yapmak istemeyen	114	45,2
Organ Bağışı İçin Danışılan Kişi (n=138)		
Sağlık personeli	101	73,2
Din görevlileri	17	12,3
Akraba	14	10,1
Diğer	6	4,3
Organ Bağışını Kendisi İçin Kabul Etme Durumu		
Kabul eden	213	84,5
Kabul etmeyen	39	15,5
Organ Bağışını En Etkili Şekilde Artırma yolu		
Eğitim	169	67,1
Din görevlilerinin açıklamaları	40	15,9
Yasal düzenlemeler	18	7,1
Diğer	25	9,9

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %51,2'si 31-40 yaş aralığında olup, %52,4'ü erkek ve %79,8'i bekaardır. %47,6'sı önlisans veya lisans mezunu olup, %69,0'unu diğerk sağlık personeli grubu oluşturmaktadır. Katılımcıların %53,2'sinin görev süresi 11-20 yıl aralığında değişmektedir. %82,1'inin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Sigara kullanmama oranı %63,5 iken alkol kullanmama oranı %94,8'dir. Araştırmaya katılan personelin %75'8 i organ bağışında bulunmazken, %56,5 ile bağış yapmama nedenlerini '*diğerk*' olarak belirtmişlerdir. Bağış yapanların %90,2'si ise organlarını "Bir Hayat Kurtarma" düşüncesi ile bağışladıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %98'inin ailelerinde organ bağışına ihtiyacı olan bir yakını bulunmamaktadır. %50'sinin ise organ bağış hakkındaki yasal konular hakkında bilgisi bulunmamaktadır. %64,7'si öldükten sonra kendi ailesinin bağışçı olabileceklerini bildirirken,%54,8'i aileden birinin vefatı durumunda organlarını bağışlayacaklarını bildirmişlerdir. Aileden birinin vefatı durumunda organ bağış yapabileceklerini belirten katılımcıların %73,2'si ise bu konuda yine bir sağlık personeline danışacaklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %84,5'i kendisinin organ bağış ihtiyacı olduğunda, organ bağışını kabul edeceğini, %67,5'i de organ bağışını artırmada en etkili yolun eğitim olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3.1).

Tablo 3.2. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ Bağış Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek İsmi	Ort±ss	Min	Max	Güvenirlik Katsayısı
Organ Bağış Tutum Ölçeği				
Yardımsverlik / Ahlaki Değerler/İnançlar	96,8±22,2	20	120	0,956
Tıbbi Olarak İhmal Edilme Korkusu	24,2±13,0	10	60	0,899
Bedensel Yaralanma Korkusu	26,4±12,0	10	57	0,855

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Organ Bağış Tutum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; Yardımsverlik/Ahlaki Değerler/İnançlar alt boyutundan %96,8±22,2, Tıbbi Olarak İhmal Edilme Korkusu alt boyutundan 24,2±13,0 ve Bedensel Yaralanma Korkusu alt boyutundan ise 26,4±12,0 puan aldıkları saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik

katsayıları ise (cronbach alfa) sırasıyla; 0,956, 0,899 ve 0,855 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle İncelenmesi

	Yardımseverlik – Ahlaki Değerler/İnançlar	Tıbbi olarak İhmal Edilme	Bedensel Yaralanma Korkusu
Özellikler	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş			
18-30 yaş arası ¹	98,42±21,77	27,25±12,36	27,39±11,90
31-40 yaş arası ²	101,09±19,42	22,37±12,67	24,69±11,73
41-50 yaş arası ³	88,85±26,02	24,84±13,40	27,93±12,82
51 yaş ve üzeri ⁴	86,54±15,65	31,54±12,95	32,31±9,67
<i>Test değeri</i>	5,033	3,014	2,410
<i>p değeri</i>	0,002	0,031	0,068
<i>Anlamlılık*</i>	2>3	4>2	
Cinsiyet			
Kadın	100,55±22,23	24,38±13,51	26,41±13,08
Erkek	93,54±21,84	24,16±12,60	26,43±11,17
<i>Test değeri</i>	2,524	0,136	-0,015
<i>p değeri</i>	0,012	0,892	0,988
<i>Anlamlılık</i>	1>2		
Medeni Durum			
Evli	96,90±22,08	25,02±12,92	27,39±12,11
Bekar	96,80±23,18	24,07±13,06	26,17±12,11
<i>Test değeri</i>	-0,026	0,462	0,642
<i>p değeri</i>	0,979	0,644	0,522
Eğitim Durumu			
Lise ¹	94,38±19,70	30,25±12,83	31,03±12,02
Önlisans/Lisans ²	94,04±24,98	26,60±13,63	28,72±12,53
Lisansüstü ³	101,08±18,85	19,55±10,66	22,19±10,27
<i>Test değeri</i>	3,005	13,018	11,495
<i>p değeri</i>	0,051	<0,001	<0,001
<i>Anlamlılık*</i>		3<1,2	3<1,2
Görev			
Doktor ¹	96,61±17,64	19,26±10,29	22,85±9,04
Hemşire ²	102,08±15,25	25,96±13,14	26,63±11,32
Diğer sağlık personeli ³	96,24±24,26	25,59±13,43	27,50±12,84
<i>Test değeri</i>	0,730	5,268	3,099
<i>p değeri</i>	0,483	0,006	0,047
<i>Anlamlılık*</i>		1<3	1<3

*Dunnett T3

Tablo 3.3. (Devam) Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle İncelenmesi

	Yardımseverlik – Ahlaki Değerler/İnançlar	Tıbbi olarak İhmal Edilme Korkusu	Bedensel Yaralanma Korkusu
Özellikler	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Görev Süresi			
0-10 yıl arası ¹	96,00±20,21	27,88±11,95	28,91±11,96
11-20 yıl arası ²	102,33±19,19	20,93±12,63	23,48±12,01
21-30 yıl arası ³	82,11±26,58	27,98±13,02	30,68±10,80
31-40 yıl arası ⁴	93,00±19,49	31,20±15,43	32,40±7,77
<i>Test değeri</i>	11,183	6,833	6,305
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Anlamlılık**</i>	3<1,2	2<1,3	2<1,3
Kronik Hastalık Durumu			
Var	98,64±25,19	24,53±13,39	26,11±13,30
Yok	96,49±21,62	24,21±12,96	26,49±11,85
<i>Test değeri</i>	0,587	0,152	-0,189
<i>p değeri</i>	0,558	0,879	0,850
Sigara Kullanım Durumu			
Kullanan	95,21±20,99	25,92±12,64	27,24±11,63
Kullanmayan	97,84±22,97	23,31±13,17	25,95±12,36
<i>Test değeri</i>	-0,903	1,538	0,814
<i>p değeri</i>	0,367	0,125	0,416
Alkol Kullanım durumu			
Kullanan	94,85±26,02	23,23±12,86	20,77±11,23
Kullanmayan	96,99±22,10	24,32±13,05	26,73±12,08
<i>Test değeri</i>	-0,337	-0,294	-1,737
<i>p değeri</i>	0,736	0,769	0,084

**Tukey HSD Test

Tablo 3.3. (Devam) Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle İncelenmesi

	Yardımseverlik – Ahlaki Değerler/İnançlar	Tıbbi olarak İhmal	Bedensel Yaralanma Korkusu
Özellikler	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Organ Bağışında Bulunma Durumu			
Bulunan	111,03±12,92	15,02±7,63	15,79±7,34
Bulunmayan	92,36±22,74	27,22±13,00	29,82±11,33
<i>Test değeri</i>	6,103	-8,997	-11,253
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Ailede Organ Nakline İhtiyacı Olan Kişi			
Var	87,60±26,61	27,40±12,34	26,20±11,19
Yok	97,06±22,19	24,20±13,04	26,43±12,13
<i>Test değeri</i>	-0,941	0,543	-0,041
<i>p değeri</i>	0,348	0,587	0,967
Organ Nakline İlişkin Yasal Konular			
Bilgisi olan	99,63±18,15	20,90±11,98	23,15±10,85
Bilgisi olmayan	94,13±25,50	27,63±13,18	29,69±12,43
<i>Test değeri</i>	1,972	-4,236	-4,450
<i>p değeri</i>	0,050	<0,001	<0,001
Ailenin Bağışçı Olmasını İsteme Durumu			
Bağışçı olmasını isteyen	106,56±15,55	20,67±11,62	21,11±10,02
Bağışçı olmasını istemeyen	79,13±21,82	30,84±12,91	36,15±9,19
<i>Test değeri</i>	11,557	-6,380	-11,718
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Aileden Birinin Vefatı Durumunda			
Organlarını Bağışlamayı İsteme Durumu			
Bağış yapmak isteyen	108,33±14,42	21,17±11,42	20,99±10,26
Bağış yapmak istemeyen	83,01±22,24	28,02±13,86	33,00±10,84
<i>Test değeri</i>	10,894	-4,224	-9,019
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Anlamlılık</i>			
Organ Bağışını Kendisi İçin Kabul Etme			
Kabul eden	102,45±16,94	23,22±13,07	24,53±11,63
Kabul etmeyen	66,44±23,39	29,97±11,25	36,77±8,98
<i>Test değeri</i>	11,443	-3,028	-7,444
<i>p değeri</i>	<0,001	0,003	<0,001

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; **Yardımseverlik – Ahlakî Değerler/İnançlar** alt boyutu ile medeni durum, eğitim durumu, görev, kronik hastalık durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede organ nakline ihtiyacı olma durumu ve organ nakline ilişkin yasal konular hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0,05$) yaş, cinsiyet, görev süresi, organ bağışında bulunma durumu, ailenin bağışçı olmasını isteme durumu, aileden birinin vefatı durumunda organlarını bağışlamayı isteme durumu ve organ bağışını kendisi için kabul etme durumları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre 41-50 yaş aralığında bulunanların 31-40 yaş aralığında bulunanlara göre, erkeklerin kadınlara göre 21-30 yıl aralığında görev süresi olanların 0-10 ve 11-20 yıl aralığında görev süresi olanlara göre, organ bağışında bulunmayanların bulunanlara göre, ailenin bağışçı olmasını istemeyenlerin isteyenlere göre, aileden birinin vefatı durumunda organları bağışlamayı istemeyenlerin isteyenlere göre ve kendisi için organ bağışını kabul etmeyenlerin edenlere göre aldıkları puan ortalaması düşüktür. **Tıbbi Olarak İhmal Edilme Korkusu** alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu ve ailede organ nakline ihtiyacı olan kişi bulunma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$); yaş, eğitim durumu, görev, görev süresi, organ bağışında bulunma durumu, organ nakline ilişkin yasal konular hakkında bilgi sahibi olma durumu, ailenin bağışçı olmasını isteme durumu, aileden birinin vefatında organlarını bağışlamayı isteme durumu ve organ bağışını kendisi için kabul etme durumları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$). 31-40 yaş aralığında olanların 51 yaş ve üzeri olanlara göre, lisansüstü eğitime sahip olanların daha az eğitime sahip olanlara göre, doktor olarak görev yapanların diğer sağlık personeli olarak görev yapanlara göre, 11-20 yıl aralığında görev süresi olanların hem 0-10 yıl aralığında hem de 21-30 yıl aralığında görev süresi olanlara göre, organ bağışında bulunanların organ bağışında bulunmayanlara göre, organ nakline ilişkin yasal konular hakkında bilgi sahibi olanların olmayanlara göre, ailenin bağışçı olmasını isteyenlerin istemeyenlere göre, aileden birinin vefatı durumunda organlarını bağışlamayı isteyenlerin istemeyenlere göre, kendisi için organ bağışı kabul edenlerin etmeyenlere göre bu alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede düşüktür. **Bedensel Yaralanma Korkusu** alt boyutu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, ailede organ

nakline ihtiyacı olan kişi bulunma durumu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmazken ($p>0,05$); eğitim durumu, görevi, görev süresi, organ bağışında bulunma durumu, organ nakline ilişkin yasal konular hakkında bilgi sahibi olma durumu, ailenin bağışçı olmasını isteme durumu, aileden birinin vefatı durumunda organlarını bağışlamayı isteme durumu ve organ bağışını kendisi için kabul etme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Lisansüstü eğitime sahip olanların diğer eğitim düzeylerine göre, doktor olarak görev yapanların diğer sağlık personellerine göre, 11-20 yıl arasında görev yapanların hem 0-10 yıl aralığında hem de görev süresi 21-30 yıl aralığında olanlara göre, organ bağışında bulunanların bulunmayanlara göre, organ nakline ilişkin yasal konular hakkında bilgi sahibi olanların olmayanlara göre, ailenin bağışçı olmasını isteyenlerin istemeyenlere göre, aileden birinin vefatı durumunda organlarını bağışlamayı isteyenlerin istemeyenlere göre, organ bağışını kendisi için kabul edenlerin etmeyenlere göre bu alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede düşüktür (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanların, Nakil Olan Organların Yararlılıklarına İlişkin Algıları

Organlar	Çok Yararlı		Yararlı		Faydasız		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kalp	168	66,7	56	22,2	5	2,0	23	9,1
Akciğer	153	60,7	63	25,0	7	2,8	29	11,5
Göz (Kornea)	150	59,5	66	26,2	5	2,0	31	12,3
Kemik İliği	165	65,6	55	21,8	4	1,6	28	11,1
Karaciğer	148	58,7	71	28,2	5	2,0	28	11,1
Kemik	122	48,4	67	26,6	13	5,2	50	19,8
Pankreas	130	51,6	63	25,0	11	4,4	48	19,0
Kalp Kapakçığı	142	56,3	58	23,0	9	3,6	43	17,1
Böbrek	166	65,9	57	22,6	8	3,2	21	8,3
Deri	108	42,9	80	31,7	16	6,3	48	19,0

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının nakil olan organların yararlılıklarına ilişkin algılarına bakıldığında; çok yararlı olarak algıladıkları organ nakillerinin ilk üç sıralamasında kalp (%66,7), böbrek (%65,9) ve kemik iliği (%65,6) yer almaktadır. Faydasız olarak algıladıkları organ nakillerinin ilk üç sıralamasında ise deri (%6,3), kemik (%5,2) ve pankreas (%4,4) yer almıştır. Nakillere ilişkin yararlılıklar konusunda bilgisi olmayan organları ise yine kemik (19,8), pankreas ve deri (%19,0) oluşturmuştur (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ Nakli Konusundaki Düşünceleri

Düşünceler	Evet		Hayır		Olabilir	
	n	%	n	%	n	%
Kendinize organ naklini kabul eder miydiniz?	179	71,0	13	5,2	60	23,8
Karşı cinsten birinin organını kabul eder miydiniz?	167	66,3	28	11,1	57	22,6
Bir hayvana ait organı kabul eder miydiniz?	133	52,8	64	25,4	55	21,8
Makine gibi yapay bir organı kabul eder miydiniz?	163	64,7	23	9,1	66	26,2
Başkasından kan almayı kabul eder miydiniz	189	75,0	13	5,2	50	19,8
İyi bir ücret karşılığında organınızı verir miydiniz?	39	15,5	173	68,7	40	15,9

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu kendilerine organ naklini kabul edebileceğini (%71,0), karşı cinsten birinin organını kabul edebileceğini (%66,3), bir hayvana ait organı kabul edebileceğini (%52,8), yapay bir organı kabul edebileceğini (64,7), bir başkasından kan alabileceğini (%75,0) kabul ederken, organlarını iyi bir ücret karşılığında vermeyeceklerini (68,7) belirtmişlerdir (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Ölüm Sonrası Kendi Bedenleri İçin Yapılmasını İstedikleri

	n	%
Gömülmek	241	95,6
Araştırma için bağışlamak	11	4,4

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu ölüm sonrası kendi bedenlerinin gömülmesini isterken (%95,6) sadece çok azı (%4,4) araştırma için bağışlanmasını istemektedir (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Ülkemizdeki Sisteme İlişkin Bilgileri

	n	%
Organ Bağışçısı Kayıt Sistemi		
Bilen	198	78,6
Bilmeyen	54	21,4
Organ Bağışçısı Kayıt Sistemi İşleyişini*		
Bilen	81	40,9
Bilmeyen	117	59,1

*198 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ülkemizdeki Organ Bağışçısı Kayıt Sistemi'ni bilenlerin oranı %78,6 iken, bu sistemin işleyişini bilenlerin oranı ise %40,9 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.8).

Tablo 3.8. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ-Doku Bağışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek İsmi	Ort±ss	Min	Max	Güvenirlik Katsayısı
Organ-Doku Bağışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği				
Donör Özellikleri	3,53±0,98	0	5	0,437
Organ Bağışı ve Nakline İlişkin Yasal, Etik ve Tıbbi Süreç	8,42±3,27	0	12	0,840

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Organ-Doku Bağışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; Donör Özellikleri alt boyutundan 3,53±0,98 ve Organ Bağışı ve Nakline İlişkin Yasal, Etik ve Tıbbi Süreç alt boyutundan 8,42±3,27 puan ortalamaları aldıkları saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları ise (cronbach alfa) sırasıyla; 0,437 ve 0,840 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.9. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ-Doku Bağışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle İncelenmesi

	Donör Özellikleri	Etik, Yasal Tıbbi Süreç
Özellikler	Ort ± ss	Ort ± ss
Yaş		
18-30 yaş arası ¹	3,22±1,29	7,33±3,40
31-40 yaş arası ²	3,74±0,75	8,95±3,09
41-50 yaş arası ³	3,39±0,99	8,53±3,15
51 yaş ve üzeri ⁴	3,08±1,38	5,53±3,45
<i>Test değeri</i>	4,919	6,186
<i>p değeri</i>	0,002	<0,001
<i>Anlamlılık*</i>	1<2	4<2,3 1<2
Cinsiyet		
Kadın	3,66±0,85	8,33±3,27
Erkek	3,42±1,07	8,49±3,29
<i>Test değeri</i>	1,998	-0,385
<i>p değeri</i>	0,047	0,701
Medeni Durum		
Evli	3,57±0,78	8,53±3,25
Bekar	3,52±1,02	7,98±3,34
<i>Test değeri</i>	0,302	-1,067
<i>p değeri</i>	0,763	0,287
Eğitim Durumu		
Lise ¹	3,06±1,34	5,97±3,57
Önlisans/Lisans ²	3,53±1,03	7,91±3,28
Lisansüstü ³	3,69±0,69	9,80±2,45
<i>Test değeri</i>	5,191	22,636
<i>p değeri</i>	0,006	<0,001
<i>Anlamlılık**</i>	1<3	3>1,2
Görev		
Doktor	3,57±0,63	10,02±1,93
Hemşire	3,92±0,83	8,96±2,49
Diğer sağlık personeli	3,47±1,07	7,85±3,51
<i>Test değeri</i>	2,346	10,155
<i>p değeri</i>	0,098	<0,001
<i>Anlamlılık**</i>		1>3

*Tukey HSD testi

**Dunnett T3 testi

Tablo 3.9. (Devam) Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ-Doku Bağıışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeğı Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Değışkenlerle İncelenmesi

	Donör Özellikleri	Etik, Yasal Tıbbi Süreç
Özellikler	Ort±ss	Ort±ss
Görev Süersi		
0-10 yıl arası ¹	3,38±1,03	7,18±2,90
11-20 yıl arası ²	3,73±0,82	9,15±3,32
21-30 yıl arası ³	3,21±1,10	8,17±3,10
31-40 yıl arası ⁴	3,20±1,64	7,40±3,58
<i>Test değeri</i>	4,458	5,960
<i>p değeri</i>	0,005	0,001
<i>Anlamlılık</i>	2>3**	2>1*
Kronik Hastalık Durumu		
Var	3,84±0,88	8,04±2,63
Yok	3,46±0,98	8,50±3,40
<i>Test değeri</i>	2,395	-0,991
<i>p değeri</i>	0,017	0,325
Sigara Kullanım Durumu		
Kullanan	3,42±0,96	8,24±3,26
Kullanmayan	3,59±0,98	8,52±3,29
<i>Test değeri</i>	-1,333	-0,653
<i>p değeri</i>	0,184	0,515
Alkol Kullanım durumu		
Kullanan	3,23±1,42	7,77±3,96
Kullanmayan	3,55±0,95	8,45±3,24
<i>Test değeri</i>	0,794	-0,732
<i>p değeri</i>	0,442	0,465

*Tukey HSD **Dunnett T3 testi

Tablo 3.9. (Devam) Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Organ-Doku Bağışı ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle İncelenmesi

	Donör Özellikleri	Etik, Yasal Tıbbi Süreç
Özellikler	Ort±ss	Ort±ss
Organ Bağışında Bulunma Durumu		
Bulunan	4,00±0,52	10,54±2,31
Bulunmayan	3,38±1,04	7,74±3,25
<i>Test değeri</i>	6,171	7,415
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001
Ailede Organ Nakline İhtiyacı Olan Kişi		
Var	4,00±0,71	9,60±2,07
Yok	3,52±0,98	8,39±3,29
<i>Test değeri</i>	1,085	0,817
<i>p değeri</i>	0,279	0,415
Organ Nakline İlişkin Yasal Konular		
Bilgisi olan	3,66±0,80	9,47±2,94
Bilgisi olmayan	3,40±1,11	7,37±3,25
<i>Test değeri</i>	2,081	5,380
<i>p değeri</i>	0,038	<0,001
Ailenin Bağışçı Olmasını İsteme Durumu		
Bağışçı olmasını isteyen	3,72±0,83	9,21±2,93
Bağışçı olmasını istemeyen	3,19±1,13	6,97±3,37
<i>Test değeri</i>	3,876	5,496
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001
Aileden Birinin Vefatı Durumunda Organlarını Bağışlamayı İstemek		
Bağış yapmak isteyen	3,73±0,74	9,05±2,97
Bağış yapmak istemeyen	3,30±1,16	7,65±3,47
<i>Test değeri</i>	3,394	3,408
<i>p değeri</i>	0,001	0,001
Organ Bağışını Kendisi İçin Kabul Etme		
Durumu		
Kabul eden	3,66±0,86	8,75±3,09
Kabul etmeyen	2,85±1,27	6,59±3,64
<i>Test değeri</i>	3,838	3,900
<i>p değeri</i>	<0,001	<0,001

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Organ-Doku Bağış ve Nakli Konusunda Bilgi Düzey Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının bazı değişkenlerle incelendiğinde;

Dönör Özellikleri alt boyutu ile; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev süresi, kronik hastalık durumu, bağış yapma durumu, yasal konular hakkında bilgisi olma durumu, ailenin bağışçı olmasını isteme durumu, aileden birinin vefatında organları bağışlamayı isteme durumu ve organ bağışını kendisi için kabul etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanırken ($p<0,005$); medeni durum, görev, sigara ve alkol kullanma durumları ile ailede organ nakline ihtiyacı olan kişi bulunma durumları arasında bir anlamlılık saptanmamıştır. Buna göre; 18-30 yaş aralığında olanların 31-40 yaş aralığında olanlara göre, erkeklerin kadınlara göre, lise mezunlarının lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre, 21-30 yıl aralığında görev süresi bulunanların 11-20 yıl aralığında görev yapanlara göre, kronik hastalığı olmayanların olanlara göre, organ bağışında bulunmayanların bulunanlara göre, organ nakline ilişkin yasal konular hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünmeyenlerin düşünenlere göre, ailesinden kendisi için bağışçı olmasını istemeyenlerin isteyenlere göre, aileden birinin vefatı durumunda organlarını bağışlamayı düşünmeyenlerin düşünenlere göre ve organ bağışını kendisi için istemeyecek olanların isteyenlere göre bu alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede düşüktür.

4. TARTIŞMA

4.1. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarına İlişkin Genel Bilgilerin Tartışılması

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yarısından fazlasının 31-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalarda katılımcıların yaş gruplarının farklı olduğu görülmektedir (Ertaş ve Kıraç 2018, Kurt ve ark 2018, Arısoy ve Önal 2020, Fıncıoğlu ve ark 2020). Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı yer (hastane, ASM vb) ya da kliniğe bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Çalışmaya katılanların %52,4'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde erkek sağlık personelinin ağırlıkta olduğu çalışma (Mutlu ve Utku 2019) olmakla birlikte kadın sağlık çalışanlarının çalışmaya daha fazla katılım gösterdiği çalışma sayısı daha fazladır (Kurt ve ark 2018, Tomruk 2018). Sağlıkla ilgili meslek gruplarının ağırlıklı olarak daha çok kadınlar tarafından tercih edilmesi nedeniyle çalışmalarda farklılıklar olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda katılımcıların medeni durumları evli olanların oranı daha fazla olduğu görülmekle (Karabıçak ve ark 2017, Üçgün ve ark 2017, Arısoy ve Önal 2020) birlikte bu çalışmada katılımcıların %79,8'i bekârdır. Çalışmanın yapılmış olduğu süre zarfında Sağlık Bakanlığı tarafından yeni atamalar olması sebebiyle bu çalışmada evli olanların sayısı daha az bulunmuş olabilir. Bu çalışmada katılımcıların sadece %12,7 sinin lise mezunu olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda da lisans mezunu katılımcıların daha fazla olduğu (Cillimoğlu ve ark 2016, Ertaş ve Kıraç 2018, Kurt ve ark 2018) görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı meslek grupları gereği en az ön lisans mezuniyet şartı taşımaları gerektiği için lise mezunu oranı düşüktür.

%69,0'unu diğer sağlık personeli grubu oluşturmaktadır. Literatürdeki organ bağışına yönelik tutum ve davranışları inceleyen çalışmalarda doktorun (Karabıçak ve ark 2017, Kurt ve ark 2018), hemşirenin (İbrahimoglu ve Urhan 2019) fazla olduğu çalışmalar yer almaktadır. Diğer sağlık personeli grubu içerisinde çok sayıda meslek grubunun (Laborant, Diyaliz teknikeri, Tıbbi Sekreter vs.) yer almasından ötürü yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışmaların yapıldığı yerler (Birinci ya da ikinci basamak sağlık kuruluşları gibi) farklı olması sebebiyle bu oranların değişiklik gösterebileceği unutulmamalıdır.

Katılımcıların %53,2'sinin görev süresinin 11-20 yıl aralığında değiştiği görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda ise katılımcıların çoğunluğunun görev sürelerinin 0-11 yıl aralığında değiştiği görülmektedir (Ertaş ve Kıraç 2018,

Fırıncioğlu ve ark 2020). Katılımcıların çoğunluğunun bulunduğu yaş aralığının 31-40 yaş olması sebebiyle görev sürelerinin literatürdeki diğer çalışmalardan daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Ayrıca katılımcıların %82,1'inin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Katılımcıların çoğunluğunun genç ve orta yaşta olması ve kronik hastalıkların ilerleyen yaşlarda ortaya çıkması nedeniyle bu meslek grupları üzerindeki çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanılmaktadır (Üçgün ve ark 2017, Arısoy ve Önal 2020).

Araştırmaya katılan personelin %75'8'inin organ bağışında bulunmadığı, literatürle paralel bir şekilde organ bağışında bulunmayanların oranlarının %79-94 arasında değiştiği görülmektedir (Ertaş ve Kıraç 2018, Kurt ve ark 2018, Tomruk 2018, Uzuntarla 2018, Fırıncioğlu ve ark 2020). Bu çalışmada katılımcıların %56,5 ile bağış yapmama nedenlerini “diğer” olarak işaretleyip net bir şekilde belirtmemişlerdir. Literatürdeki çalışmalarda organ bağışlamama nedenlerine bakıldığında; net bir nedenin ifade edilmediği (Cillimoğlu ve ark 2016, Flayou ve ark 2016, Kurt ve ark 2018) konunun daha önce hiç düşünülmediği (Ertaş ve Kıraç 2018) ya da kendini organ bağışı için hazır hissetmeme (İbrahimoglu ve Urhan 2019) gibi nedenlerin daha çok olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili diğer çalışmalar da organ bağışı yapmayı düşünen sağlık personelinin %30-80 arasında (Cillimoğlu ve ark 2016, Üçgün ve ark 2017, Kurt ve ark 2018, Fırıncioğlu ve ark 2020, Güler ve ark 2020) değiştiği görülmektedir. Bu çalışmada bağış yapanların %90,2'si ise organlarını “Bir Hayat Kurtarma” düşüncesi ile bağışladıklarını bildirmişlerdir.

Flayou ve arkadaşlarının çalışmasında organ bağışı yapma nedenlerinin başında hayat kurtarmak ve aileye bağış yapmak düşüncesinin yer aldığı görülmektedir. Hu ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların sadece % 15'inin tanımadıkları birisine organ bağışı yapma konusunda istekli oldukları görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar ise, genellikle organ bağışlamama nedenleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ülkemizde yapılan sistematik bir incelemeye göre organ bağışı yapmama sebeplerinin başında dini sebepler, vücut bütünlüğünün bozulması konusundaki endişeler ve organ bağışına yönelik yeterli bilgilendirmenin olmaması yer almaktadır (Gürler ve Hançer 2020). Uluslararası literatürde hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da hekimin sadece %16'sının organ bağışında bulunduğu görülmektedir (R.V ve ark 2020). Malezya'daki bir hastanenin yoğun bakımında yapılan çalışmada ise hekimlerin hemşirelere kıyasla iki kat daha fazla organ bağış

kartına sahip olduğu gör÷lmektedir (Foong ve ark 2019). Benzer bir şekilde ÷lkemizdeki sağlık çalışanlarının organ bağışına yönelik tutumlarını ve etkileyen faktörleri inceleyen sistemik derlemede de doktorların hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok bağış kartına sahip oldukları saptanmıştır (G÷rlar ve Hançer 2020) reddetme nedenlerini anlamak, organ bağışı oranlarını arttırmak için stratejilerin tasarlanması yardımcı olabilir.

Çalışmada katılımcıların %98'inin ailelerinde organ bağışına ihtiyaı olan bir yakını bulunmamakla birlikte bu durum literat÷rle tutarlılık göstermektedir (Cillimoğlu ve ark 2016, Tomruk 2018, Mutlu ve Utku 2019, Arısoy ve Önal 2020). Araştırmaya katılan sağlık personellerinin %50'sinin ise organ bağışı hakkındaki yasal konular hakkında bilgisi bulunmaktadır. Literat÷rde sağlık çalışanların organ bağışı hakkındaki bilgisini inceleyen çalışmalarda yasal konular hakkında bilgi sahibi olanların oranının fazla olduğu gör÷lmektedir (Cillimoğlu ve ark 2016, Kurt ve ark 2018). Bu durum, beklendik bir şekilde sağlık çalışanı olmayanlarda bilgisi olmayanların oranı daha yüksektir (Üğün ve ark 2017). Eğitim ve çalışma hayatlarının bir bölümünde organ bağışına yönelik bir faaliyete katılmış olabileceğinden kaynaklandığı düşün÷lmektedir. Ancak Flayou ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %36,3 nün organ bağışına yönelik bilgilerinin yeterli olduğu gör÷lürken, geriye kalan büyük çoğunluğun organ bağışı konusunda farkındalığın artırılması gerektiğini düşün÷dükleri belirtilmiştir.

Öldükten sonra kendi ailelerinin bağışçı olabileceklerini ya da aileden birinin vefatı durumunda vefat eden kişinin organlarını bağışlayacaklarını bildirenlerin oranı bu çalışmada fazla iken, Ertaş'ın çalışmasında tam tersi sonuçların elde edildiği gör÷lmüştür. Pop÷lasyonun farklılığı (kişilik özellikleri, yaş, aile tutumu, dini inanç, eğitim durumu vs.), organ bağışına yönelik kurumsal tutum gibi nedenlerle bu farklılığın oluşabileceği düşün÷lmüştür. in'de yapılan bir çalışmada transplantasyon ünitesindeki çalışan hemşirelerin organ bağışı ve transplantasyonuna ilişkin tutumları incelenmiş, sadece %40'nın organ bağışı sistemine kayıtlı olmaya istekli olduğu, yaklaşık %30 unun aileden birinin organ bağışçısı olması durumunda organ bağış formunu imzalayacaklarını belirtmişlerdir (Xie ve ark 2017).

Aileden birinin vefatı durumunda organ bağışı yapabileceklerini belirten katılımcıların %73,2'si ise bu konuda yine bir sağlık personeline danışacaklarını ifade etmişlerdir. İbrahimoğlu'nun çalışmasında katılımcıların %58,6'sı sağlık

alışanlarının organ bağışı konusunda kısmen bilgilerinin olduklarını düşündüklerini, Ertaş'ın çalışmasında %73'ünün yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Mesleki eğitiminde organ bağışı konusunda yeterli eğitim almamaları sağık personelinin danışmanlık rolünü olumsuz etkileyeceğı unutulmamalıdır. Bu çalışmada yüksek çıkma oranına bakıldığında hastane içerisinde yapılmış olan hizmet içi eğitimler ve kurumsal yapı nedeniyle olduğı düşünölmektedir. Organ bağışı ihtiyacı duyduğunda, kendisine organ bağışını kabul edeceğini bildirenlerin oranı %84,5 olmakla birlikte literatörlle benzerlik göstermektedir (Cillimoğılu ve ark 2016, Kurt ve ark 2018).

Çalışmada, sağık profesyonellerinin %67,5'i organ bağışını artırmada en etkili yolun eğitim olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum literatörlle benzerlik göstermektedir (Ertaş ve Kıraç 2018). Cerrahi hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %71,7 sinin organ bağışı ve transplantasyonu üzerinde yeterli bilgiye sahip olmadıkları ortaya konmuştur (Saritaş ve Kapıkıran 2018). Yurtdışında yapılan bir diğler çalışmada da sağık çalışanlarının yarısına yakının organ bağışı konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Bharambe ve Arole 2018).

4.2. Çalışmaya Katılan Sağık alışanlarının Organ Bağışı Tutum Ölçeğı Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada yaş ile ölçek alt boyutları karşılaştırıldığında 31-40 yaş arasında olanların 41-50 yaş arasında olanlara göre pozitif tutum ölçek alt boyut puanından, 51yaş ve üzeri katılımcıların 31-40 yaş arasında olan katılımcılara göre negatif tutumlar ölçek alt boyut puanının yüksek olduğı saptanmıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte hastalıkların ortaya çıkışının artması, hastaneye tekrarlayan ziyaretlerin artması, ölüm korkusu gibi nedenlerle negatif tutumlar ölçek alt puanının yüksek olduğunu düşünebiliriz. Meslekte geçirilmiş yılların artmasıyla oluşlan mesleki deformasyon sonucunda negatif tutumlarda artışlar meydana geldiğı düşünölebilir.

Cinsiyet ile ölçek alt boyutları kıyaslandığında sadece pozitif tutum ölçek alt puanında anlamlılık saptanmış olup kadınların erkeklere göre aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğı saptanmıştır. Damar ve arkadaşlarının hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyetin organ bağına yönelik pozitif ya da negatif tutumları etkilemediğini saptamışlardır. Güler ve arkadaşlarının yaptığı hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına ilişkin tutumlarının incelendiğı çalışmada kadınların erkeklere göre pozitif tutum ölçek alt puanından aldıkları puan anlamlı

derecede yüksektir. Arısoy ve arkadaşlarının yaptığı yetişkin bireylerin organ bağışına ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmada, kadınların erkeklere göre bu ölçek alt boyuttan aldıkları puan anlamlı derecede yüksektir. Hemşirelik öğrencilerinin üzerinde yapmış olduğu çalışmalarda erkek öğrencilerin negatif tutum ölçek alt boyutundan aldıkları puanın daha yüksek olduğu görülmektedir (Ordin ve ark 2018, Gezgin ve ark 2020). Literatürle paralellik gösteren bu durum, kadınların daha duygusal olmalarıyla açıklanabilir. Ayrıca kadınların doğası gereği empati yeteneği erkeklere göre daha gelişmiştir (Yılmaz 2018). Malezya’da sağlık uzmanları arasında yapılan bir çalışmada erkek sağlık uzmanlarının kadın sağlık uzmanlarına göre organ bağışı konusunda daha istekli oldukları görülmüştür (Oo ve ark 2020). İranda sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada da kadınların erkeklere göre organ bağışı konusunda daha istekli oldukları görülmektedir (Abbasi ve ark 2018).

Medeni durum ve ölçek alt boyutları arasında anlamlılık saptanmamıştır. Yetişkin bireyler üzerinde yapılan çalışmaların yanında (Üçgün ve ark 2017, Arısoy ve Önal 2020, Gürler ve Hançer 2020), hekim ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmada da (Damar ve ark 2019) evli ya da bekâr olmanın ölçek puanını değiştirmedeği görülmektedir. İran’da hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ise evli olanların bekâr olanlara göre pozitif tutumlarının daha yüksek olduğu (Janotolmakan ve ark 2020), sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada da evlilerin organ bağışı konusunda daha istekli oldukları (Abbasi ve ark 2018) görülmektedir. Evlilik kurumunun sadece aileye değil topluma karşı da bir sorumluluk bilinci yüklemektedir. Bu nedenle evli kişilerde organ bağışına yönelik istekliliğin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumuyla ölçek alt boyutları karşılaştırıldığında negatif tutum alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılıklar saptanmıştır. Bu çalışmada lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan sağlık personelinin lisans ve daha aşağı eğitim seviyesine sahip olanlara göre daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. İran’da sağlık personelleri üzerinde yapılan çalışmada organ bağışı konusunda istekliliğin, eğitim seviyesi arttıkça paralellik gösterdiği görülmektedir (Abbasi ve ark 2018). Yetişkin bireylerle yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek olanların pozitif tutumlarının yüksek, negatif tutumlarının ise düşük olduğu görülmektedir (Arısoy ve Önal 2020, Gürler ve Hançer 2020). Eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak kişinin gerek kendini tanıması gerek se organ bağışına

konusunda bilinçlenmesi ve bilgiye nasıl ulaşacağını bilmesi gibi nedenlerle negatif düşüncelerinin daha az olduğunu söyleyebiliriz.

Bağlı bulunan meslek grubuyla ölçek alt boyutları incelendiğinde pozitif tutumlar alt boyutu arasında herhangi bir anlamlılık saptanmazken, negatif tutumlar alt boyutunda ise doktor statüsünde görev yapanların diğer sağlık personeli statüsünde görev yapanlara göre anlamlı olarak daha düşük puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Damar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuca ulaşıldığı görülmektedir (Damar ve ark 2019). Doktorların karar verici pozisyonunda yer alması, eğitim sürülerinin uzun olması sebebiyle daha düşük puan aldıkları düşünülmektedir. Malezya’da sağlık uzmanları üzerinde yapılmış bir çalışmada doktorların hemşirelere göre organ bağışlamada daha istekli oldukları görülmüştür (Oo ve ark 2020). Yine benzer şekilde hu ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin organ bağışına yönelik tutumlarının daha pozitif olduğu saptanmıştır.

Çalışma yılı 11-20 yıl arasında olanların pozitif tutumlar alt boyutundan daha yüksek negatif tutumlar alt boyutundan daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir. İran’da yapılan çalışmada ise çalışma süresinin organ bağışçısı olma konusunda isteklilik etkilemediği saptanmıştır. Meslekte geçirilen sürenin fazla olmasına bağlı olarak tükenmişlik düzeylerinin artması sağlık çalışanlarının pozitif tutumlarını azalttığı, negatif tutumları arttırdığını söyleyebiliriz (Güngör 2007, Özbasaran ve ark 2011, Tan ve ark 2012, Aksoy ve Polat 2013, Ay ve ark 2017).

Çalışmada kronik hastalık durumunun ölçek alt boyutlarını etkilemediği saptanmıştır. Literatürde sağlık çalışanlarının kronik hastalığa sahip olma durumları ile organ bağış tutumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamakla beraber Arısoy’un yetişkin bireyler üzerine yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin organ bağışına yönelik pozitif tutumlarını daha yüksek olduğu görülmektedir. Pozitif tutumun daha yüksek olması, bireyin hastalığı sebebiyle ilerleyen dönemde potansiyel bir organ bekleyicisi olabileceği düşüncesi olabilir. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı olanların ve sağlıklı bireylerin organ bağışına yönelik tutumlarını incelediği çalışmada kronik böbrek hastalığına sahip olanların pozitif tutumlarının sağlıklı bireylere göre yüksek olmasıyla desteklenebilir (Yakar ve ark 2020).

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sigara ve alkol kullanma durumlarının ölçek puanının etkilemediği görülmektedir. Yıldız ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada

sigara içenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının, alkol kullananların duyarsızlaşma puanlarının fazla olduğu görülmektedir (Yıldız ve ark 2018). Bu durumun sağlık çalışanlarının organ bağışına yönelik negatif tutumlarını arttıracak potansiyel bir risk oluşturduğu düşünülebilir.

Organ bağışında bulunanların bulunmayanlara göre pozitif tutum alt boyutunda aldıkları puanın daha yüksek, negatif tutumlar alt boyutlarından aldıkları puanın daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların ailelerinde organ bağışına, organ nakline ihtiyacı olan kişi bulunma durumu ölçekten aldıkları puan ortalamasını etkilememiştir. Benzer sonuçlar üniversite öğrencileri ve yetişkin bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda bulunmuştur (Kırılmaz ve Güler 2019, Arısoy ve Önal 2020). Hüsne Gürler'in çalışmasında ise ailesinde organ nakline ihtiyacına olanların pozitif tutumlarının daha yüksek, negatif tutumlarının ise, daha düşük olduğu görülmektedir. Organ bekleyen kişinin yakınlığı, hastalık süreci, nakil ihtiyacı olunan organın farklı olması nedenlerden ötürü sonuçlar farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

Yasal konular bilgi sahip olma durumlarına bakıldığında bilgisi olmayanların negatif tutumlar alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının anlamlı olarak yüksektir. Üçgün ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada organ nakli ve bağışı konusunda bilgisi olanların pozitif tutum alt ölçeklerinin puanının daha yüksek, negatif tutum alt ölçeklerinin puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Rios ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da bilgisi olanların olmayanlara göre daha fazla pozitif tutum sergiledikleri görülmektedir. Wakefield ve arkadaşlarının da yapmış olduğu çalışmada da konu hakkında yeterli bilgiye sahip olanların organ bağışında bulunma istekliliğinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Wakefield ve ark 2017). Bütün bu sonuçlardan hareketle, organ bağışına yönelik eğitimlerde yasal konulara yeterince değinilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

4.3. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının organ – doku bağışı ve nakli konusunda bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Uzuntarla'nın çalışmasında katılımcıların %59,6 sının organ bağışı konusundaki bilgilerini yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Yeterli bilgiye sahip olanların oranı hekimler arasında en fazla iken, hemşireler arasında en düşüktür. Katarda yapılan bir çalışmaya göre hemşirelerin beyin ölümüne daha az oranda güvendikleri ve bağışçı olmak ile ilgili kuralları anlamakta daha az oranda yer aldıkları

görülmüştür (Alsaied ve ark 2012) incelenen çalışmalarda hekimlerin hemşirelere oranla beyin ölümü konusunda daha fazla ikna olma eğilimlerinin olduğu görülmektedir (Foong ve ark 2019).

Beyin ölümü organ transplantasyonunun ilk aşaması olarak değerlendirilebilir. Akalın'ın sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada organ ve doku bağışının önündeki en önemli engellerden bir tanesinin beyin ölümü tanı belirsizliği olarak belirtilmektedir. Sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmalarda beyin ölümünü bilme durumlarının %67,5- %97,3 arasında değişmekte olduğu (Babaie ve ark 2015, Bedi ve ark 2015, Hakeem ve ark 2015, Hu ve Huang 2015, Hvidt ve ark 2016), beyin ölümünü gerçek ölüm kabul etme oranlarının ise % 68,9-74 arasında değişmekte olduğu görülmektedir (Hakeem ve ark 2015, Hu ve Huang 2015). Yapılan bir çalışmada beyin ölümünü gerçek bir ölüm olduğunu düşünenlerin %75,7 si organlarını bağışlamaya istekli iken, beyin ölümünü gerçek bir ölüm olarak görmeyenlerin sadece %24,3 ü istekli olmuştur (Ünal ve ark 2010). Beyin ölümü tanı kriterlerinin belirlenmiş olmasına rağmen beyin ölümünün kabulünün daha düşük olması; bitkisel hayatla karıştırıyor olabilecekleri, yakınlarının hayata geri dönebileceği umudunu taşımaları ya da inançlarıyla alakalı olabilir. Uzuntarla'nın çalışmasında katılımcıların yarısına yakını beyin ölümü tanısı için en az üç uzmana gerek olduğunu ve çoğunluğu (%82,6), canlıdan canlıya organ bağışçısı olabilmek için en az 18 yaşında olmak gerektiğini bilmişlerdir.

Ülkemizde canlı donörden organ bağışı daha yüksekken, Avrupa da ise kadavra donör daha fazladır. Tomruk çalışmasında hekim ve hemşirelerin çoğunluğunun hem kadavradan hem de canlı insandan organ nakli yapılabileceğini belirttikleri görülmektedir. Çin'de sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %48,5 i canlı bağışçı olmaya istekli iken, %60, 1 öldükten sonra organlarının bağışlanmasını istemektedir. Ülkemizde öldükten sonra organ bağış oranlarının az olması kişilerin inançları nedeniyle olabilir. Bu nedenle özellikle din adamlarının bu konuyla ilgili gösterecekleri hassasiyet, organ bağış oranlarını artırabilir.

Beyin ölümü gerçekleşen birinin yaşamsal desteğinin kesilmesi “pasif ötenazi” düşüncesi oluşturabilmektedir. Bu durum organ nakli konusundaki etik konuları incelemeyi gerektirmektedir. Sağlık alanını dışındaki akademisyenlerde bile katılımcıların çoğunluğunun organ bağışının maddi çıkar karşılığında yapıldığını,

organ bekleme listelerinde yanlılık olduğuna ve yasa dışı organ ticareti yapıldığına inandıklarını ifade etmişlerdir (Çevik ve ark 2018).



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de organ kıtlığı yaşanmaktadır. Ancak diğer ülkelerde kadavra donör canlı donöre göre yüksekken, ülkemizde canlı donör kadavra donöre göre daha yüksektir. Bunun sebebi de genel olarak kadavra donör için aile onay oranlarının düşük olmasıdır.

Türkiye’de organ nakli konusundaki yasal düzenlemelerin çoğu Avrupa ülkesinden önce yapılmış olması, SGK’nın tüm nakil masraflarını karşılaması, organ nakli konusunda yetkin hekimlerin ve hastanelerin bulunması, ulusal koordinasyon sisteminin kurulmuş olması, organ nakillerinin başarısını ve hakkaniyetli dağıtımını doğrudan etkilemektedir. Ülkemizde diğer ülkelere nazaran canlıdan organ transplantasyonu yüksek iken, kadavradan bağış oranı düşüktür. Kadavradan bağış oranını artırmak için politikalar geliştirmesi gerekliliği açıkça gözlenmektedir.

Bu sorunun çözümü bakımından en stratejik konumda olan sağlık çalışanlarının konuya ilişkin bilgi, tutum, eğilim ve düşüncelerinin incelendiği çalışmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda yeni ve etkili adımların atılmasının inancındayız.

Çalışmamızda araştırmaya katılan sağlık personelinin yarıdan fazlası 31-40 yaş aralığındadır.

Çalışmaya katılanların %52,4 erkektir.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin %79,8 i bekârdır.

Çalışmamızda sağlık personelinin çoğunluğunu ön lisans, lisans ve lisansüstü oluşturmaktadır.

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin %69,0’unu diğer sağlık personeli grubu oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin görev süresi 11-20 yıl aralığında olan grup, %53, 2’sini oluşturmaktadır. Bu grubun diğer gruplara göre organ bağışı konusunda pozitif tutumunun daha yüksek, negatif tutumunun daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılanların %75’8 inin organ bağışında bulunmadığı görülmüştür. Organ bağışında bulunmuştur. %90,2 si ise “bir hayat kurtarma” düşüncesi ile yaptıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan sağlık personellerinin %50’sinin organ bağışı hakkındaki yasal konular hakkında bilgisi bulunmaktadır.

Aileden birinin vefatı durumunda organ bağışı yapabileceklerini belirtenlerin %73,2’si bu konuda yine bir sağlık çalışanına danışacaklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmada sağlık profesyonellerinin %67,5’i organ bağışını arttırmada en etkili yolunun eğitim olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin yaş aralığı 31-40 olanların, yaş aralığı 41-50 olanlara göre organ bağışı konusunda pozitif tutumunun daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin yaş aralığı 51 ve üzeri olanların, yaş aralığı 31-40 olanlara göre organ bağışı konusunda negatif tutumunun daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmada kadınların erkeklere göre organ bağışı konusunda pozitif tutumları daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmada lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık personelinin, daha aşağı eğitim seviyesine sahip olanlara göre negatif tutum daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmada doktorların organ bağışı konusunda, diğer sağlık personellerine göre negatif tutumu daha düşüktür.

Çalışmada organ bağışında bulunanların, bulunmayanlara göre pozitif tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yine çalışmada organ bağışında bulunanların, bulunmayanlara göre negatif tutumlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmada organ bağışı yasal konularında bilgisi olmayanların, negatif tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.2. Öneriler

- Organ nakli ve bağışı konusunda toplumun ve sağlık personelinin farkındalığının artırılması gerekmektedir. Bu sebeple organ nakli konusunda

eğitim temelli politika oluşturmaya daha fazla bütçe ayrılmalı, medya ve sosyal ağlar bu konuda daha verimli kullanılmalıdır.

- Literatürdeki çalışmalarda organ bağışı yapmayı düşünen sağlık personelinin oranının fazla olması nedeniyle sağlık personelinin bağış yapma konusunda cesaretlendirecek faaliyetler, etkinliklerde bulunulmalıdır.
- Bağışta olumlu bir tutum sergileyen sağlık personelinin halkın tutumlarını olumlu yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır.
- Sağlık alışanları, organ bağının artırılması çalışmalarında hasta ve hasta yakınıyla olan ilişkilerinden ötürü stratejik bir konumdadır. Acılı hasta yakınlarına ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunu anlatarak ailenin kararlarını etkileyebilme potansiyeline sahiptir. Sağlık personeli stratejik konumunu dolayısıyla hasta ve hasta yakınıyla duygusal yakınlık kurarak süreci olumlu yönetme, ayrıca doğru ve etkin bir iletişim yolu seçerek hasta ve hasta yakınının rasyonel karar vermesini sağlaması gerekmektedir. Bu da ancak sağlık personelinin bu konudaki tutumlarının olumlu, bilgi düzeylerinin yeterli olmasıyla mümkün olabilecektir.
- Organ bağışı ve nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmanın organ bağışında bulunma istekliliğinde önemli etken olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda sağlık personelinin tamamını kapsayacak seminerler ve kongreler düzenlenmelidir.
- Organ bağışı ve nakline pozitif bakanların fikirlerini harekete geçirecek organ bağış kampanyaları düzenlenmeli, konunun hassasiyeti ve sıcaklığı kaybedilmemeli ve gerçekçi uygulanabilir adımlar atılmalıdır.
- Sağlık personeline konunun uzmanları tarafından organ bağışı ve transplantasyonu konusu ayrıntılı bir şekilde anlatılmalı, organ bağışı ve transplantasyon sürecine ilişkin güvenilir, tam ve doğru bilginin verilmesi sağlanmalıdır. Ancak bu şekilde sağlık personeli organ bağışının önemine inanır ve potansiyel donör adaylarını ikna edebilir.
- Organ bağışının önemine yönelik eğitimler ilkokuldan başlamak üzere süreklilik arz etmeli ve sağlık çalışanlarının eğitim müfredatına entegre edilmesi ile organ bağışına proaktif destekleri sağlanmalıdır. Ayrıca oryantasyon ve hizmet içi eğitimlerde organ bağışı ve önemi konusunda bilgilendirmelerin yapılmasına dikkat edilmelidir. Konunun önemine dikkat

çekmek için ödüllendirmeler yapılarak organ bağış motivasyonları arttırılmalıdır.

- Organ bağışı konusunda konunun aileyle görüşülmesi gerekmektedir. Sağlık personeli ya da herhangi bir birey organ bağını kabul etse bile mevcut yasalar gereği aile onayı da aranmaktadır ve aile onay vermezse kişinin isteği geçersiz kabul edilecektir.
- Kabul edilmiş Harvard Kriterleri ve yasal çerçevede beyin ölümü tablosu sağlık personeline sistematik şekilde anlatılarak bilgilendirme yapılmalı, olası bir durumda potansiyel donör bağışının kaybetmemesi sağlanmalıdır.
- Ayrıca süreçte ki aksaklıkların ve olumsuzlukların aşılması için organ nakil merkezi çalışanlarının iletişim ve halkla ilişkiler eğitimleri almaları başarı oranını artırabilir. Organ naklinde ve bağışında mevcut durumun analizi yapılarak, kaliteyi artırma yolları aranmalıdır. Bu sayede, sağlıklı organ nakli politikaları üretilecek ve başta insan hayatı olmak üzere birçok konuda gelişme sağlanacaktır.
- Organ nakli politikalarının uzun vadeli yatırımlar olduğu unutulmamalıdır. Organ ihtiyacını karşılamaya çalışırken yeni organ nakli taleplerini engellemek bu konuda en etkili politika seçeneğidir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem organ naklini de doğrudan etkileyecektir..
- Organ naklinin en önemli sorunu olan yeterli organ bulunamaması ancak toplumun tüm bileşenlerinin sürece dahil edilmesi ve desteklerinin sağlanması ile ortadan kaldırılabilir. Organ nakil merkezlerinin şeffaf ve adil bir dağıtım politikası ile hareket ettiği, belirli kriterler çerçevesinde yasal bir yapısının olduğu uygun kanallar ile kamuya tanıtılmalıdır.
- Organ nakli ve bağışı konusunda yanlış dini inanışların tamamıyla ortadan kaldırılması için Diyanet İşleri Başkanlığı'nın daha etkin bir rol üstlenmesi gerekmektedir.
- Sağlık kuruluşlarında beyin ölümü gerçekleşmiş hastalar için sağlık uzmanı ve din görevlisi eşgüdümlü çalışarak, hasta yakınlarını sürece hazırlamalı ve organ bağışı konusunda hem tıbbi hem de dini açıdan organ bağışının önemini anlatabilmeliler.

6. KAYNAKLAR

- Abbasi M, Kiani M, Ahmadi M, Salehi B, 2018. Knowledge and ethical issues in organ transplantation and organ donation: perspectives from Iranian health personnel. *Ann Transplant*, 23, 292-9.
- Agich GJ, Siemionow M, 2005. Until they have faces: the ethics of facial allograft transplantation. *J Med Ethics*, 31, 12, 707-9.
- Akalın B, Taner A, 2019. Organ ve doku bağışının sağlık profesyonellerin perspektifinden değerlendirilmesi: Nitel bir araştırma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7, 98, 130-41.
- Akış M, Katırcı E, Uludağ HY, Küçükılıç B, Gürbüz T, Türker Y, Kayacan H, Öngel K, Gül H, 2008. Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağışı ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15, 4, 28-33.
- Aksoy N, Polat C, 2013. Job satisfaction and affecting factors of surgical unit nurses of three different hospitals in a province in Mediterranean region. *Journal of Education and Research in Nursing*, 10, 2.
- Alsaied O, Bener A, Al-Mosalamani Y, Nour B, 2012. Knowledge and attitudes of health care professionals toward organ donation and transplantation Saudi J Kidney Dis Transpl 23, 6, 1304-10
- Arısoy A, Önal Ö, 2020. Burdur ilinde yaşayan yetişkin bireylerin organ bağışı tutumu ve etkileyen etmenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 15, 80-94.
- Atamer YM, 1999. Ölüden organ naklinin beraberinde getirdiği bazı hukuki sorunlar. *Dergipark*, 19, 1-2, 115 - 59.
- Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Sayar G, 2017. Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Fam Pract Palliat Care*, 2, 3, 38-44.
- Aydın İl Sağlık Müdürlüğü organ bağışı istatistikleri, 2019. Erişim tarihi 25.02.2020. Erişim adresi, <https://aydinism.saglik.gov.tr/TR,43362/organ-bagisi-istatistikleri.html>.
- Aykas A, Uslu A, Doğan SM, 2015. Intellectuality and attitudes of clergy about organ donation in turkey:metasynthesis of observational studies. *Transplantation Proceedings*, 47, 1066-9.
- Babaie M, Hosseini M, Hamissi J, Hamissi Z, 2015. Knowledge, attitude and practice of nurses regarding organ donation *Global Journal of Health Science* 7, 6.
- Barwinsky J, 2003. Raising the dead; organ transplants, ethics, and society. *Can J Surg*, 46, 5, 391-.
- Bedi K, Hakeem R, Dave R, Lewington A, Sanfey H, Ahmad N, 2015. Survey of the knowledge, perception, and attitude of medical students at the university of leeds toward organ donation and transplantation. *Transplantation Proceedings* 47, 247-60.
- Beecher HK, 1969. Report of the ad hoc committee of the Harvard medical school to examine the definition of brain death: The definition of irreversible com. *Transplantation*, 7, 3, 204.
- Bernat JL, 2004. On irreversibility as a prerequisite for brain death determination. *Brain Death and Disorders of Consciousness*, 550, 161-7.
- Bharambe VK, Arole VU, 2018. Knowledge and attitude toward organ donation among health-care professionals in a Rural Town in India. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 29, 3, 671-9.

- Bozoklar C, (2011). Organ alma hakkı ve hukuk. Uluslararası 2. Sağlık Hukuku Sempozyumu. İstanbul, On İki Levha Yayıncılık.
- Burra P, Bona MD, Canova D, D'Aloiso MC, Germani G, Rumiati R, Ermani M, Ancona E, 2005. Changing attitude to organ donation and transplantation in university student during the years of medical school in Italy. . Transplantation Proceedings, 37, 547–50
- Capron AM, 2001. Brain death-well settled yet still unresolved. N Engl J Med, 344, 1244-6.
- Cillimoğlu AÖ, Yılmaz S, Oğurlu M, 2016. Adnan Menderes Üniversitesi hastanesi personelinin organ-doku bağıışı ve nakli hakkındaki bilgi ve düşünceleri Turk Neph Dial Transpl, 25, 3, 254-62.
- Conrad GR, Sinha P, 2003. Scintigraphy as a conformatory test of brain death. Seminars in Nuclear Medicine, 33, 312-23.
- Çevik A, Ilgın C, Erdoğan E, Ardali G, Çevik Y, Birtan D, Dulundu E, 2018. The factors affecting the awareness about transplantation and decision of organ donation in Istanbul, Turkey. Transplantation, 102.
- Damar HT, Ordin YS, Top FÜ, 2019. Factors affecting attitudes toward organ donation in health care professionals. Transplantation Proceedings, 51, 2167-70.
- Dontlu AÇ, 2004. Organ bağıışı ve naklinde etik, dinsel ve yasal yaklaşımlar. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık, 15, 2, 69-76.
- Döşemeci L, Cengiz M, Yılmaz M, Ramazanoğlu A, 2004. Frequency of spinal reflex movements in brain-dead patients. Transplantation Proceedings, 36, 17-9.
- Edwards JA, Mathes DW, 2011. Facial transplantation: a review of ethics, progress, and future targets. Transplant Research and Risk Management, 13, 113–25.
- Erek E, 2004. Türkiye’de diyaliz ve transplantasyon maliyeti ve düşürücü önlemler. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık, 15, 1, 7-10.
- Ertaş H, Kırar F, (2018). Sağlık çalışanlarının organ nakli ve bağıışı konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi 2nd International Social and Educational Sciences Symposium. Konya.
- Ertin H, Harmancı AK, Mahmutoglu FS, Basagaoglu İ, 2010. Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation. Nursing Ethics, 17, 6, 705–14.
- Fırıncioğlu A, Erkalp K, Sevdı MS, Selcan A, 2020. Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin beyin ölümü konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi (anket çalışması). İKSSTD, 12, 2, 100-7.
- Flayou K, Kouam N, Miara H, Raoundi O, Ouzeddoun N, Benamar L, Bayahia R, Rhou H, 2016. Attitudes toward organ donation among personnel from the university hospital of Rabat. Saudi J Kidney Dis Transpl 27, 4, 758-61.
- Foong JW, Sheng OJ, Loon OW, Hossain MM, Baskaran ND, Haron H, 2019. Demographics of healthcare professionals’ knowledge and attitude toward deceased organ donation: survey of critical care areas in a tertiary hospital. Med J Malaysia, 74.
- Galea G, Pegg D, 2003. The ethics of donation: changes are necessary and soon. The lancet, 362, 9388, 932.
- Gezgince E, Göktas S, Şendir M, 2020. Hemşirelik öğrencilerinin öz-duyarlılıkları ile organ bağıışına yönelik tutumları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 8, 2, 196-207.
- Güler N, Yılmaz P, Türk KE, 2020. Hemşirelik öğrencilerinin organ bağıışı hakkındaki tutumları ve etkileyen faktörler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17, 38-44.

- Güngör N, 2007. Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi, iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin saptanması. *Dergipark*, 11, 1, 10 - 8.
- Gürler H, Hançer AT, 2020. Attitudes of turkish health care professionals toward organ donation and factors affecting organ donation: a systematic review *International Journal of Caring Sciences*, 13, 93.
- Gürler H, Hançer AT, 2020. Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin organ bağışısı konusundaki tutumları. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 28, 1, 90-8.
- Haberal M, 2004. Living donor kidney transplantation: how far should we go? *Urology Journal*, 1, 3, 148-56.
- Hakeem AR, Dave R, Prasad KR, Menon KV, Lewington A, Fernando B, Sanfey H, Ahmad N, 2015. An imperative need to change organ donation and transplant curriculum results of a nationwide united kingdom junior doctor survey. *Transplantation* 99, 771–785.
- Hakeri H, (2009). Tıbbi müdahaleden kaynaklanan hukuki sorumluluk. Mersin Barosu Sempozyum. Mersin.
- Harris J, 2002 An ethically defensible market in organs. *BMJ*, 325, 7356, 114-5.
- Hirsch HH, Vincentic F, Frimand S, Tuncere M, Citterio F, Wiecek A, 2013. Polyomavirus bk replication in de novo kidney transplant patients receiving tacrolimus or cyclosporine: a prospective, randomized, multicenter study. *American Journal of Transplantation*, 13, 136–45.
- Hu D, Huang H, 2015. Knowledge, attitudes, and willingness toward organ donation among health professionals in china. *Transplantation*, 9, 7, 1379-85.
- Human tissue: Ethical and legal issues, 1995. Erişim tarihi 20.06.2020. Erişim adresi, <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/human-tissue>.
- Hvidt NC, Mayr B, Paal P, Frick E, Forsberg A, Büsing A, 2016. For and against organ donation and transplantation: intricate facilitators and barriers in organ donation perceived by german nurses and doctors. *Journal of Transplantation*, 13, 1-13.
- İbrahimoglu Ö, Urhan S, 2019. Sağlık çalışanlarının organ bağışısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Health Care Acad J*, 6, 2.
- İnsan hakları ve biyotıp sözleşmesi, 2019. Erişim tarihi 25.06.2020. Erişim adresi, <http://hastahakki.org/avrupada-hasta-haklarinin-gelistirilmesi-bildirgesi-amsterdam-28-30-mart-1994-copy/>.
- İnvitro fertilizasyon ve embriyo transferi merkezleri yönetmeliği, 1987. Erişim tarihi 26.06.2020. Erişim adresi, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19551.pdf>.
- İstatistik, 2010. Erişim tarihi 30.06.2020. Erişim adresi, <https://reports.ont.es/ccaaan.aspx>
- İstatistik, 2018. Erişim tarihi 30.06.2020. Erişim adresi, <http://www.tonv.org.tr/tr/organ-bagisi/istatistikler/#>.
- İstatistik, 2020. Erişim tarihi 29.06.2020. Erişim adresi, <https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/PublicDefault2.aspx>.
- İzdeş S, Erkilic E, 2007. Beyin ölümü. *Turkish Medical Journal* 1, 173-9.
- Janotolmakan M, Soroush A, Nouri R, Andayeshgar B, Khatony A, 2020. Knowledge, attitude, and performance of ICU, CCU, and emergency wards nurses in kermanshah, iran, regarding organ donation. *Hindawi Critical Care Research and Practice*, 7.
- Karabıçak M, Türk H, Oruç İ, Özdoğan S, Çinkaya A, Karaca C, Zorlu F, 2017. Knowledge attitude and behavior in the domain of organ transplantation among healthcare

- professionals working in a tertiary care hospital and patients admitted to the urology clinic. *Journal of Urological Surgery*, 4, 13-7.
- Kasapoğlu B, Yalçın KS, Türkay C, 2010. Canlı donörden karaciğer transplantasyonu. *Güncel Gastroenteroloji*, 14, 96-102.
- Kaya A, Taşdelen B, 2013. Basında organ nakli haberlerinin sunumu. *Dergipark*, 2, 3, 65 - 83.
- Keçecioğlu NB, 2003. Organ bağışı sayısını arttırmak için uzun vadeli yatırım: toplum eğitimi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık*, 14, 3, 163-6.
- Kerridge IH, Saul P, Lowe M, McPhee J, Williams D, 2002. Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death. *Journal of Medical Ethics*, 28, 89-94.
- Kırılmaz H, Güler PB, 2019. Benlik saygısı ve organ bağışı tutumu ilişkisi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *İnsan&İnsan*, 6, 20, 239-62.
- Kompozit doku nakli endikasyon listesi, 2017. Erişim tarihi 21.08.2017. Erişim adresi, <http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-74259/h/endikasyonlistesi.pdf>.
- Kompozit doku nakli merkezleri yönergesi, 2011. Erişim tarihi 26.06.2020. Erişim adresi, <https://www.saglik.gov.tr/TR/11273/kompozit-doku-nakli-merkezleri-yonergesi.html>.
- Kompozit doku nakli, 2017. Erişim tarihi 15.01.2020. Erişim adresi, <http://tonv.org.tr/tr/proje/kompozit-doku-nakli/7/0>.
- Kurt B, Öztaş D, İlter H, Akbaba M, Ozan T, Güneş E, 2018. Konya ilindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının organ bağışı hakkındaki bilgi tutum ve davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8, 3, 497-504.
- Kuznik A, 2004. Efficiency gains through the use of forward markets in organ procurement: An experimental approach, University of South Carolina.
- Matesanz R, Carlos S, Rosales P, Dolores M, 2015. The iberamerican network/council on donation and transplantation. *Transplantation*, 99, 9, 1739-42.
- Michae IA, 2014. History of brain death as death: 1968 to the present. *Journal of Critial Care*, 29, 673-8.
- Michael GE, Jesus JE, 2012. Treatment of potential organ dnors in the emgency departman: a review. *Annals of Emergency Medicine*, 60, 4, 485-91.
- Miller N, 2015. Cardiac death vs. brain death. *Nursing Made Incredibly Easy*, 13, 2, 44-50.
- Muehrer RJ, Becker BN, 2005. Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Seminars in Dialysis* 18, 2, 124-31.
- Mutlu V, Utku T, 2019. Knowledge and attitude toward brain death and organ donation among anesthesiology and reanimation professionals. *Transplantation Proceedings*, 51, 2163-6.
- Naçar M, Çetinkaya F, Kanyılmaz D, Tokgöz B, Utaş C, 2001. Hekim adaylarının organ nakline bakış açıları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 10, 2, 123-8.
- Nelson JL, 2003. Living donors: options and meanings. *Transplantation*, 76, 8, 1267-9.
- Oo W, Ong J, Foong J, Hossain M, Baskaran N, Haron H, Varadarajan R, 2020. Knowledge and attitudes of healthcare professionals and the impact on willingness to donate organs: a tertiary hospital survey. *Singapore Med J* 61, 3, 154-61.
- Ordin YS, Bilik Ö, Söylemez BA, Kankaya EA, Çelik B, Duğral E, 2018. Organ bağışına yönelik öğrenci tutumları: hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 2, 28-36.
- Organ bağışı, 2015. Erişim tarihi 25.06.2020. Erişim adresi, <http://ont.es/Pages/AboutUs.aspx>.

- Organ bağışı, 2020. Erişim tarihi 01.06.2020. Erişim adresi, https://en.wikipedia.org/wiki/Organ_donation.
- Organ nakli istatistikleri, 2019. Erişim tarihi 01.07.2020. Erişim adresi, <https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/PublicDefault2.aspx>.
- Organ nakli merkezleri yönergesi, 2016. Erişim tarihi 24.06.2020. Erişim adresi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11284/organ-nakli-merkezleri-yonergesi.html>.
- Organ nakli merkezleri, 2019 Erişim tarihi 01.07.2020. Erişim adresi, https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/ONM_General.aspx.
- Organ nakli ve bağışı hizmetlerinin geliştirilmesi, 2016. Erişim tarihi 22.10.2020. Erişim adresi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10528/organ-ve-doku-nakli-hizmetleri-yonetmeliği.html>.
- Organ nakli, 2010. Erişim tarihi 20.06.2020. Erişim adresi, <https://www.akdenizorgannakli.net/index.php/akdeniz-organ-nakli-merkezi-organ-nakilleri/akdeniz-organ-nakli-merkezi-karaciger-nakli>.
- Organ naklinin dini hükmü, 1980. Erişim tarihi 25.06.2020. Erişim adresi, , <https://kurul.diyaret.gov.tr/Karar-Mutalaa-Cevap/9669/organ-nakli>.
- Organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli hakkında kanun 1979 Erişim tarihi 02.07.2020. Erişim adresi, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16655.pdf>.
- Organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği, 2000. Erişim tarihi 02.07.2020. Erişim adresi, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/02/20120201-4.htm>.
- Organ ve doku nakli koordinatörlüğü, 2016. Erişim tarihi 25.06.2020. Erişim adresi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11251/organ-ve-doku-nakli-koordinatörlüğü-egitim-yonergesi.html>.
- Orozakunov E, Akyol C, Cakmak A, Genc V, Sevim Y, Oray S, Hazinedaroglu MS, 2014. Pancreas Transplantation: Experience of Single Center. *Chirurgia* 109, 310-2.
- Özbasaran F, Ergul Ş, Temel A, Aslan G, Coban A, 2011. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3102–10.
- Özçetin A, (2013). Kompozit doku naklinin (yüz, kol, bacak) ülkemizdeki uygulanması ve yasal durumlar. 5. Sağlık Hukuku Kurultayı. Ankara.
- Özçürümez G, Tanrıverdi L, 2003. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14, 1, 72-80.
- Özdağ N, 2001. Organ nakli ve bağışına toplumun bakışı. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 2, 46-55.
- Parlak Ş, 2009. Organ bağışı ve organ naklinde ortaya çıkan sorunlar. *TBB Dergisi*, 83, 189-222.
- Quesnel C, Fulgencio JP, Adrie C, Marro B, Payen L, Lember N, Metaoua SE, Bonnet F, 2007. Limitations of computed tomographic angiography in the diagnosis of brain death. *Intensive Care Med* 33, 21, 2129–35.
- R.V S, Rane JR, Dingre NS, 2020. Assessment of knowledge and attitudes regarding organ donation among doctors and students of a tertiary care hospital. *Artificial Organs*, 1-8.
- Rahim nakli yapılan kadın doğurdu, 2014. Erişim tarihi 04.10.2020. Erişim adresi, <http://www.sabah.com.tr/saglik/2014/10/04/rahim-nakli-yapilan-kadin-dogurdu>.
- Ruhsatı iptal oldu, 2012. Erişim tarihi 21.08.2017. Erişim adresi, <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-hacettepenin-ruhsati-iptal-edildi-1-580-11401.html>.

- Sabancı PA, Karasu A, Karadereler S, Barlas O, 2008. Beyin ölümü tanısı. Sinir Sistemi Cerrahisi Derg 1, 2, 81-5.
- Sağlıkla ilgili bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun, 2018. Erişim tarihi 26.06.2020. Erişim adresi, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205-8.htm>.
- Sanner MA, 2003. Transplant recipients' conceptions of threekey phenomena in transplantation:the organ donation, the organ donor,and the organ transplant. Clin Transplant 17, 391-400.
- Sarıtaş S, Kapıkıran G, 2018. Surgical nurses' views on organ transplantation and donation: a sample from Turkey. Transplantation Proceedings, 50, 2981-5.
- Schlich T, 2011. The origins of organ transplantation. The lancet, 378, 1372-3.
- Seale C, 2000. Changing patterns of death and dying. Social Science & Medicine 51, 917-30.
- Settergren G, 2003. Brain death: an important paradigm shift in the 20th century. Acta Anaesthesiol Scand 47, 1053-8
- Sezek F, Kaya E, Akman Z, Erbil B, Aslan B, Özgen R, Keleş Ö, 2015. Üniversite öğrencilerinin öğrenim gördükleri alanlara göre organ nakli ve bağışı ile ilgili görüşleri. EKEV Akademi Dergisi 62, 471-86.
- Siminoff LA, Burant C, Youngner SJ, 2004. Death and organ procurement: public belief sand attitude Social Science & Medicine 59, 2325-34.
- Süren Ö, 2007. Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi. TBB Dergisi, 73, 174-95.
- Tan M, Özçakar N, Kartal M, 2012. Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. Marmara Medical Journal 25, 20-5.
- Tomruk M, 2018. Konya ili yoğun bakım çalışanlarında beyin ölümü, organ bağışı ve nakli konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyinin belirlenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.
- Topbaş E, Bingöl G, 2016. Türkiye'de kadavra donörden gerçekleştirilen organ nakline etki eden faktörler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2, 77-88.
- Türk ceza kanunu, 2004. Erişim tarihi 26.06.2020. Erişim adresi, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>.
- Türkiye'de ve dünyada organ paylaşım sistemleri, 2015. Erişim tarihi 01.03.2020. Erişim adresi, <https://pedgastro.org/icerik/2014malatyakongresunumu/aydin-dalgic.pdf>.
- Uzuntarla Y, 2018. Knowledge and attitudes of health personnel about organ donation: a tertiary hospital example, Turkey. Transplantation Proceedings, 50, 2953-60.
- Üçgün AB, Başaran Ö, Uskun E, 2017. Isparta il merkezinde yaşayan erişkin bireylerin organ bağışı tutumu ve etkileyen etmenler. Smyrna Tıp Dergisi, 32-43.
- Ülman Y, 2012. Türkiye biyoetik derneği organ nakli ve etik ilkeler görüşü (ülkemizde son dönemde gerçekleşen organ ve kompozit doku nakilleri bağlamında). Türkiye Biyoetik Derneği Yayın, 16, 381-5.
- Ünal S, Elyas Z, Kaya Y, Özcan A, 2010. Sağlık personelinin beyin ölümü ve organ bağışıyla ilgili inanç ve tutumları. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20, 1, 389-400.
- Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M, 2007. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2, 6, 117-26.

- Vatanoğlu EE, 2014. Tıptaki değişimin insani, hukuki ve etik boyutu. İş Ahlakı Dergisi, 7, 2, 171-4.
- Veatch RM, 2004. Abandon the dead donor rule or change the definition of death. Kennedy Inst Ethics J, 14, 261-76.
- Wakefield C, Watts K, Homewood J, Meiser B, Siminoff L, 2017. Attitudes toward organ donation and donor behavior: A review of the international literature. Progress in Transplantation, 20, 4.
- Wang K, Yuan Y, XU Z, WU X, LUO B, 2008. Benefits of combination of electroencephalography, short latency somatosensory evoked potentials, and transcranial doppler techniques for confirming brain death Journal of Zhejiang University, 9, 11, 916-20.
- Wijdicks E, Pfeifer E, 2008. Neuropathology of brain death in the modern transplant era. Neurology 70, 15.
- Wijdicks EF, Varda PN, Gronseth GS, Greer DM, 2010. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults. Neurology, 74, 23, 1911-8.
- Wood K, Becker B, McCartney J, D'Alessandro A, Coursin D, 2004. Care of the potential organ donor. New England Journal of Medicine, 351, 26, 2730-9.
- Xie JF, Wangb CY, Heb GP, Minga YZ, Wana QQ, Liua J, Gong LN, Liua LF, 2017. Attitude and impact factors toward organ transplantation and donation among transplantation nurses in China. Transplantation Proceedings, 49, 1226-31.
- Yakar B, Batbaş CS, Önalın E, İçaçan G, Demir M, 2020. Attitudes and related factors toward organ donation among relatives of chronic kidney disease patients and healthy individuals. Cukurova Med J, 45, 4, 1436-43.
- Yaman A, (2014). İslam hukuku açısından organ nakli ve beyin ölümü. Tıp, Etik, Din, Sosyoloji ve Hukuk bağlamında Organ Nakli Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu. Malatya.
- Yeniocak T, Özcan P, 2020. Brain death and deceased organ donation in a hospital in İstanbul, Turkey: the effect of early identification of brain dead on organ donation rates: a retrospective study. İstanbul Med J 2, 12, 115-9.
- Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı M, 2018. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin belirleyicileri: sigara ve alkol kullanımına etkisinin incelenmesi. CBU-SBED, 5, 3, 126-32.
- Yılmaz S, 2018. Toplumsal cinsiyet rollerinin günlük hayattaki yansımaları: Çorum/Alaca örneği. Dergipark, 2, 55-76.
- Young GB, Shemie SD, Doig J, Teitelbaum J, 2006. Brief review: the role of ancillary tests in the neurological determination of death. Can J Anaesth, 56, 6, 620-7.
- Yüccetin L, Keçecioğlu N, Ersoy FF, 2003. Türkiye'de organ bağışı ve nakline bir bakış. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık, 14, 2, 115-8.

Ek 5: Gönüllü Onam Formu

Sayın katılımcı, bu araştırmayı Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütmekte olduğum yüksek lisans tezi kapsamında Selçuk Üniversitesi Etik Kurulu ve Konya İl Sağlık Müdürlüğü tarafından aldığım izinle yapmaktayım. Anket sağlık çalışanlarının organ bağışı hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Ankette yer alan hiçbir sorunun doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır.

Araştırmaya desteğiniz için teşekkür ederim.

Cemile Karataş
Yüksek Lisans Öğrencisi
Selçuk Üniversitesi

Fatma Özlem YILMAZ
Dr. Öğr. Üyesi
Selçuk Üniversitesi

Ek 6: Turnitin Orijinallik Raporu

anonim işaretlemeyi kapat

Lütfen anonim işaretleme seçeneğini kapatma nedeninizi belirtiniz:

Uyarı: Yöneticinin bu bilgilere erişimi vardır. Bu ayar değiştirilemez.

Bu, raporunuzun yazdırılabilir versiyonunun önizlemesidir. Lütfen devam etmek için "print" i tıklayınız veya bu pencereyi kapatmak için "done" tıklayınız.

bitti

renkli kodlandırılmış eşleşmeler: evet hayır
varsayılan mod: en yüksek eşleşme oranlarını bir arada göster eşleşmeleri bir defada göster
raporu hızlı görüntüle (klasik)
otomatik gezinti: sonraki eşleşmeye atla sonraki eşleşmeye geç
Kaydet İptal
Kelime Sayısı: kelimeler
Yüzdelik: %

veya İptal

preferences

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme konu: 2021年05月28日 17:31 +03

NUMARA: 1596070890

Kelime Sayısı: 25567

Gönderildi: 1

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ORGAN BAĞIŞI HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ: BİR DEVLET
HASTANESİ ÖRNEĞİ** *Cemile Karataş tarafından*