

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE' DE HEKİM VE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU KARARLARI
HAKKINDAKİ TUTUMLARI**

Deniz SAY ŞAHİN

**Tıp Etiği ve Tarihi Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2022**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE' DE HEKİM VE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU KARARLARI
HAKKINDAKİ TUTUMLARI**

Deniz SAY ŞAHİN

Tıp Etiği ve Tarihi Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

ANKARA

2022

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TÜRKİYE'DE HEKİM VE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU KARARLARI HAKKINDAKİ
TUTUMLARI
Deniz SAY ŞAHİN
Danışman: Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Bu tez çalışması 18.04.2022 tarihinde jürimiz tarafından "Tıp Etiği ve Tarihi Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER*
(Ankara Ünv. Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı)

Üye: *Prof. Dr. Nahide BOZKURT*
(Ankara Ünv. İlahiyat Fakültesi İslam Tarihi ve Sanatları Bölümü)

Üye: *Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT*
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı)

Üye: *Prof. Dr. Aysun BALSEVEN ODABAŞI*
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Adli Tıp Anabilim Dalı)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR*
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

27 Nisan 2022

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- X Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

28/04/2022

Deniz SAY ŞAHİN

i

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Doç. Dr. Deniz SAY ŞAHİN

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimine başladığım günden itibaren akademik birikimi ve deneyiminin yanında gösterdiği samimiyet ve ilgi ile, akademik gelişimim için bana rehber olan, bilimselliği ve bilim ahlakını öğreten, hoşgörülü ve anlayışlı tutumu ile doktora tez çalışmam sürecinde desteklerini esirgemeyen, çalışkanlığını kendime örnek aldığım Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'e;

Tez İzleme Komitesinde bulunarak, tezimin araştırma ve yazım sürecinde değerli katkılarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Yoğun Bakım Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER'e;

Doktora eğitimim ve tez yazım sürecinde katkı ve destekte bulunan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalının tüm akademik ve idari personelleri ile doktora eğitim sürecinden birlikte geçtiğimiz dönem arkadaşlarıma;

İnsanın hayatında güzel insanlar biriktirmesinin ne kadar önemli olduğunun en büyük kanıtı olan ve çalışmamın her aşamasında bana desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. H. Volkan ACAR'a, Sayın Doç. Dr. Gülsüm KORKUT'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevinç SÜTLÜ'ye, Sayın SHU. Özge KUTLU DÖNMEZ'e,

Sabır ve anlayışla sürekli yanımda olan, desteğini akademik hayatımın tüm dönemlerinde benden hiç esirgemeyen, sevgisini her zaman hissettiğim eşim Gökhan ŞAHİN'e,

Hayatımın en kıymetlileri, beni her zaman neşelendiren, her zaman yüreğimin sınımsız olmasının ve huzur bulmamın nedeni olan, oğullarım Atakan Ege ŞAHİN ve Ateş Deniz ŞAHİN'e,

Hiç azalmayan sevgileri ve ilgileri ile bana her zaman ne kadar kıymetli olduğumu hissettiren canım annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Say Şahin, D., Türkiye’ de Hekim ve Hemşirelerin Yaşam Sonu Kararları Hakkındaki Tutumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Etiği ve Tarihi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2022. Hasta bireyin kendisi veya hasta yakınları her ne kadar yaşam sonu tedavi ve bakım süreçleri ile ilgili karar verici olsalarda, bu süreçte tıbbi deneyim ve tecrübelerine dayanılarak, tedavi ve bakım konusunda fikirlerine başvuru alan kişiler büyük çoğunlukla hekim ve hemşirelerdir. Bu nedenle araştırmamızda ülkemizdeki hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları sürecindeki tutumlarını ve etkileyen faktörlerin hangi değişkenler olduğunu saptamayı amaçladık. Araştırma nicel, kesitsel bir çalışmadır. Araştırma için kendi hazırladığımız sosyo-demografik veri formu ve Stoeckle ve ark. tarafından hazırlanan hekim ve hemşireler için yaşam sonu kararları ölçeği gerekli izinler alındıktan ve geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldıktan sonra kullanılmıştır. Çalışmaya 870 hekim ve hemşire katılmış olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma değişkenlerinin yaşam sonu kararları konusundaki algı, inanç ve uygulamalar açısından önemli ve istatistiksel olarak anlamlı ($p \leq 0,05$) sosyo-demografik değişkenler olduğu; eğitim, mesleki faktör, çalışılan birim, gelir düzeyi değişkenlerinin ise yaşam sonu kararlarında algı, inanç ve uygulamalar açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı ($p > 0,005$) değişkenler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %1,6’sının tıbbi vekaletname bıraktığı, % 83,2’sinin konu ile ilgili eğitime ek eğitimlere ihtiyaç duyduğu, % 46,7’sinin yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmeleri en az bir kere başlattığı, %43,7’sinin yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmeleri hekimlerin, % 41,8’inin ise hastaların başlatması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımız sağlık personelinin konu ile ilgili ciddi bir eğitim gereksinimini, yetkilendirme bildirimlerinin uygulamaya konulması gerekliliğini ve Hastane Etik Kurullarının önemini ortaya koymaktadır. Alanda konu ile ilgili gereksinimlerin belirlenerek, ilgili kurumların çalışmaları önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Hekim, Hemşire, Yaşam Sonu Kararları, Tutum, Türkiye*

ABSTRACT

Say Şahin, D., Attitudes of Physicians and Nurses to End of Life Decisions in Turkey, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Department of Medical Ethics and History, Doctoral Dissertation, Ankara, 2022. Although the decision-makers regarding the end-of-life treatment and care are often the patient themselves or their relatives, physicians and nurses are also consulted for their views on treatment and care upon their medical experience. Therefore, the present study attempted to explore the attitudes of Turkish physicians and nurses to end-of-life decisions and variables affecting their such attitudes. This cross-sectional study was carried out with 870 (450 physicians, 420 nurses) participants conveniently selected from medical chambers and nursing associations in Turkey. In addition to a demographic form, the data were collected using a demographic information form and the End-of-life Decisions Survey (EDS) for physicians and nurses developed by Stoeckle et al. upon obtaining relevant permissions and validity and reliability analyses. The findings revealed that age, gender, marital status, and having a child were statistically significant ($p \leq 0.05$) demographic variables regarding perceptions, beliefs, and practices of end-of-life decisions. Nevertheless, there were no significant differences ($p > 0.05$) in perceptions, beliefs, and practices of end-of-life decisions by education, occupation, department, and income level. 1.6% of the participants left a medical power of attorney, 83.2% needed additional training on the subject, 46.7% started negotiations about end-of-life decisions at least once, 43.7% It was determined that physicians and 41.8% thought that patients should initiate interviews about end-of-life decisions. Overall, the findings reveal an extensive training need of healthcare professionals in end-of-life decisions, the urgency of putting authorization statements into practice, and the importance of hospital ethics committees.

Keywords: *Physician, Nurse, End-of-Life Decisions, Attitude, Turkey*

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşamın Sonu ve Ölüm Kavramı	5
2.2. Yaşam Sonu Karar Verme Süreci ile İlgili Etik İlkeler	14
2.2.1. Yararlılık İlkesi	21
2.2.2. Zarar Vermeme İlkesi	25
2.2.3. Özerklik İlkesi	26
2.2.4. Adalet İlkesi	31
2.3. Yaşam Sonu Karar Verme Süreci ile İlgili Hukuki Çerçeve ve İlgili Kavramlar	34
2.3.1. Tıbbi Karar Verme Kapasitesi	41
2.3.2. Tıbbi Vasiyet Kavramı	45
2.3.3. Aydınlatılmış Onam Kavramı ve Yaşam Sonu Kararları	47
2.4. Dinsel İnançlar Perspektifinden Yaşamın Sonu	74
2.5. Klinik Etik Karar Verme Süreci	80
2.5.1. Klinik Etik Karar Verme Sürecinde Yer Alan Taraflar ve Roller	87
3. GEREÇ VE YÖNTEM	99
3.1. Araştırmanın Amacı	99
3.2. Araştırmanın Yöntemi	101
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	101
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	103
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	104

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması ve Güvenilirlik Testleri	107
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi	108
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	108
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	108
4. BULGULAR	110
4.1. Sosyo-Demografik Bulgular	110
4.2. Yaşam Sonu Kararları Anketi Soru Formuna Ait Bulgular	113
4.3. Yaşam Sonu Kararları Ölçek Sonuçları	123
5.TARTIŞMA	130
5.1. Yaşam sonu kararlarıyla ilgili eğitim gereksinimi	131
5.2. Yaşam sonu karar verme süreçleri ile ilgili girişimde bulunma	136
5.3. Yaşam sonu karar verme sürecinde yetkilendirme	140
5.4. Yaşam sonu karar verme sürecinde iletişim, algı, inanç ve uygulamalar	143
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	158
6.1. Konu ile ilgili eğitimler	161
6.2. Yetkilendirme Bildirimleri' nin uygulamaya koyulması	163
6.3. Hastane Etik Kurulları' nın kurulması ve Etik Danışmanlık alınması	166
7. KAYNAKLAR	168
8. EKLER	183
Ek 1. Araştırmada kullanılan soru formu ve ölçeğin orijinal şekli (hekim ve hemşire formatı)	
Ek 2. Soru formu ve ölçeğin uygulama yönergesi ve izin yazısı	
Ek 3. Soru formunun Türkçe'ye uyarlanmış son hali	
Ek 4. Yaşam Sonu Kararları Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları	
Ek 5. Türkçe dil geçerliliği sertifikası	
Ek 6. Etik Kurul İzni	
Ek 7. Dijital Makbuz	
Ek 8. Turnitin Raporu	
9. ÖZGEÇMİŞ	

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
1. Ölümü saptamaya ilişkin tanımlar.	8
2. Çift etki ilkesi.	11
3. Etiğin ifade ettiği anlama uygun olarak iletişim halinde olduğu kavramlar.	14
4. Yaşam sonu karar vermede hasta özerkliğine ilişkisel bir yaklaşımın şematik diyagramı.	29
5. Dört kutu yaklaşımı	34
6. Ölüm kaygısının bileşenleri.	75
7. Karar verme sürecinde yer alan taraflar.	88
8. Kolektif karar verme süreci evreleri.	94
9. Yaşam sonu karar verme süreci.	96

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
1. $\alpha= 0.05$ için Örneklem Büyüklükleri	104
2. Yaşam Sonu Kararları Ölçeği	106
3. Yaşam Sonu Kararları ölçeğine ilişkin geçerlik ve güvenirlik bilgileri (Hekim ve Hemşire, n=870)	107
4. Sosyo-demografik bulgular	112
5. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular I	116
6. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular II	118
7. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular III	120
8. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular IV	122
9. Yaşam sonu kararları ölçek sonuçları, puan ortalamaları	124
10. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının yaş değişkenine göre dağılımları	125
11. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımları	126
12. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının medeni durum değişkenine göre dağılımları	126
13. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının çocuk sahibi olma değişkenine göre dağılımları	127
14. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının eğitim derecesi değişkenine göre dağılımları	128
15. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının meslek değişkenine göre dağılımları	128
16. Yaşam sonu kararları puanlarının çalışılan alan değişkenine göre dağılımları	128
17. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının gelir değişkenine göre dağılımları	129

1. GİRİŞ

Ölüm, yaşam adı verilen hayat yolculuğunda insanın dünyadaki varlığının bitişi ile özdeşleştirilmiş kaçınılmaz bir gerçekliktir. İnsanın doğması, yaşaması ve ölmesi itibariyle ölüm tıpkı yaşam ve yaşamak gibi gerçek bir olgudur. Doğum, yaşam ve ölüm hayatın başlangıcı ile sonu arasında geçen yaşamı ifade eden üç aşamadır. Her ne kadar ölüm ve yaşam birbirinin zıttı olan iki tezat kavram olarak ele alınsa da esasında bu iki kavram insan hayatında bir bütüne karşılık gelmektedir. Yaşamın sonu olarak anlamsal karşılık bulan ölüm, bazı kaynaklarda yaşamın amacı olarak tanımlanmakta ve yaşam sürecini tamamlamaktadır (1). Dolayısıyla ölüm, yalnızca anlamsız bir son olmanın ötesinde yaşamı bütünlemesi ve yaşamın amacı olması nedeniyle daha derin anlamlar taşımaktadır (2).

Ölüm tarih boyunca sabit kalırken, ölüm süreci son 100 yıl içerisinde değişiklik göstermiştir. Tıbbi gelişmeler, ölümü ani bir olay olmaktan uzaklaştırarak genellikle uzun bir yolculuk haline dönüştürmüştür (3). Modern tıp alanında kaydedilen ilerlemeler ve teknolojideki gelişmeler bilhassa tıp teknolojisindeki yenilikler bir yandan insanların yaşam süresini uzatarak yaşam beklentisini artırırken diğer yandan ölümün doğal normlarının değişmesine neden olmuştur (4, 5). Yenilikçi tıp teknolojileri, birçok hayatı kurtarıyorken yaşam ve ölüm arasındaki çizgilerin de bulanıklaşmasına neden olarak ölümü tanımlaması zor, karmaşık bir mesele haline getirmiştir (6).

Teknoloji ile birlikte modern tıbbın insanlığa sunmuş olduğu imkanlar, kronik hastalıkları tedavi etmese de alternatif destekler ile insanların yaşam süresinin uzatılmasına katkı sunmaktadır. Geçmişte akut olarak gelişen ve hızlı bir seyir ile birlikte kişilerin yaşamlarının sona ermesine neden olan hastalıkların, günümüzde daha ağır seyreden ve kronik hastalıklar haline gelmesi yaşam sonuna ilişkin bir dizi problemleri daha görünür hale getirmiş olup, yaşam sonuna ilişkin kararları da literatürde güncel bir tartışma konusu haline getirmiştir. Ölümcül bir hastalığın teşhisi ile başlayan, hastanın ölümü ve sonrasında yas süreci ile devam eden yaşam sonu süreç, hasta birey ve çevresi açısından birçok zorluğu içinde barındıran ve kapsamlı bir biçimde ele alınması gereken önemli bir konudur. Bu süreç içerisinde hasta ve

yakınlarının en çok muhattap oldukları kişiler ise sağlık profesyonelleridir. Özellikle ölmekte olan ve artık kendi seçimlerini yapamayacak durumda olan birinden sağlık hizmetleri hakkında karar vermesinin istenmesi bunaltıcı bir süreç olabilir. Bazen elinizde yazılı belgeler olsa dahi kararlar çok net olmayabilir. Bu durumda ilk olarak bilgisi ve desteğine başvurulacak olan kişiler hastanın hekimi ya da ona bakım veren hemşiresi olmaktadır. Yaşam sonu kararları süreci her ne kadar hasta ve yakınları için zorlu görünse de, hastadan sorumlu olan hekim ve hemşireler için de zorlayıcı bir süreçtir. Hastanın tedavisi ve bakımından sorumlu hekim ve hemşirelerin özellikle yaşam sonu kararları hakkındaki algı inanç ve uygulamaları ile şekillenen tutumlarının belirlenmesi sürecin doğru yönetimi açısından önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

Ölümcül bir hastalığa sahip bireyin bakımı, hastaların acılarının hafifletilmesini, ölüm gerçekleşene kadar yaşam kalitesinin optimize edilmesini ve ölümden rahatlık sağlanmasını amaçlamaktadır. Ancak bu amaçlara ulaşmak her zaman kolay olmamakla birlikte süreç, hasta bireyin, yakınlarının veya hekimlerin bazı kararlar almasını gerektirebilmektedir. Hekimler, hasta bireyin kendisi veya hasta yakınları, hasta bireyin yaşamını tıbbi teknolojilerin desteğiyle uzatmak veya doğal ölüm sürecinin devam etmesine izin vermek gibi tedavi seçenekleri konusunda karar vermek zorunda kalabilmektedir. Bu karar verme zorunluluğu ölümlerle ilgili çeşitli etik ikilemlerin ortaya çıkmasına ve hekimlerin bu etik ikilemlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (7, 8). Alınacak kararlar hastaları olduğu kadar hastanın aile üyelerini ve toplumu da ilgilendirebileceğinden, etik karar verme sürecinde yer alan tüm tarafların haklarını, onurunu ve yaşama gücünü korumak bu süreçte dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur (9). Ayrıca alınacak olan bu kararlar tıbbi vekâletname, yaşayan vasiyet gibi ileri direktiflerin daha fazla tartışılmasına olanak tanır. Bu bağlamda bu kavramların ne ifade ettiğini bilmek önemlidir. Tıbbi vekâletname ve yaşayan vasiyet gibi ileri direktifler, hastanın kendi ile ilgili karar veremeyecek pozisyonda olduğu tıbbi durumlarda kullanılacak olan etik ve yasal dökümanlardır. Hasta birey bu kararlarını ne zaman isterse değiştirebilir. İleri direktifler sadece yaşlı yetişkinler için değildir. Beklenmedik yaşam sonu durumları her yaşta ortaya çıkabilir, bu nedenle tüm yetişkinlerin bu belgeleri hazırlaması önemlidir. Böylece bireyler henüz yerinde iken, önceden planlama yaparak, istediği tıbbi bakımı alabilir, gereksiz acılardan kaçınabilir ve hem aileleri hemde sağlık çalışanlarını ve hasta bakıcıları kriz veya keder (ölümle yüzleşme) anlarında karar verme yüklerinden kurtarabilir. Ayrıca, insanların sizin adınıza yapmasını istediğiniz seçimlerle ilgili kafa karışıklığını veya anlaşmazlığı azaltmaya da yardımcı olursunuz. Yaşam sonu kararları ile ilgili ileri direktiflerin birkaç farklı şekli bulunmaktadır ve bunlar genel olarak şöyle sıralanabilir;

1. Yetkilendirme Bildirimi: Hastaların belirli durumlarda kendi sağlıklarıyla ilgili karar veremeyecek duruma gelmeleri halinde, ilerideki sağaltımlarına ilişkin seçimlerini ve bu seçimleri kendi adına kimin yapmasını istediklerini belirten bildirimlerdir. Bazı ülkelerde bu bildirim, sağlık hizmetleri için kalıcı bir vekaletname veya sağlık hizmeti vekili olarak da adlandırılabilir. Yaşanılan yer ve o ülkenin kanunlarına bağlı olarak, karar verici olarak seçilen kişi; sağlık bakım görevlisi, hekim, avukat, yakın bir arkadaş ya da aileden biri olabilir. Tıbbi bakım tercihleri için bir kişi seçmek önemlidir çünkü, bakım tercihleri ile ilgili başka yasal belgeler olsa bile, tıbbi bakım ve tedavi esnasında oluşabilecek olan tüm durumlar tahmin edilemez ve bazı durumlar, bakım istekleri hakkında birinin karar vermesini gerektirebilir (4, 5).

2. Yaşayan vasiyet: Bu vasiyet, sizi hayatta tutmak için uygulanmasını isteyip istemediğiniz tıbbi girişimlerin yanı sıra ağrı tedavisi veya organ bağışı gibi diğer tıbbi kararlar için tercihlerinizi açıklayan yazılı, yasal bir belgedir ve istediğiniz zaman bu tercihlerinizi değiştirebilirsiniz. Bu belge hazırlanırken kişinin değerlerinin farkında olması, bağımsız ve kendi kendine yeterli olmanın birey için ne kadar önemli olduğunun bilincinde olması ve hangi koşulların birey için hayatının yaşamaya değer olmadığını hissettirebileceğini belirlemek önemlidir (Her durumda yaşamınızı uzatmak için tedavi ister misiniz? Sadece tedavi mümkün ise mi tedavi istersiniz?). Yaşayan vasiyetinizde bir dizi olası yaşam sonu bakım kararını ele almanız gerekmektedir. Bunlar arasında kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon, tüple beslenme, diyaliz, antibiyoterapi, antiviral tedaviler, palyatif bakım, organ ve doku bağışı, tüm bedenin bağışı gibi konular yer almaktadır (4, 5).

Yaşam sonu kararlarına ilişkin etik ikilemlere ve bu ikilemlerin altında yatan etik ilkelere bakmadan önce yaşamın sonu ve ölüm kavramlarının ele alınmasında fayda bulunmaktadır. Bu bağlamda genel bilgiler bölümünde, ilk olarak yaşamın sonu ve ölüm kavramına değinilecek olup daha sonra tıp etiği ilkeleri ele alınacaktır. Yaşam

sonu karar verme sürecine ilişkin hukuki çerçevenin çizilmesinin ardından tıbbi vasiyet kavramı ve aydınlatılmış onam kavramı incelenecektir. İncinebilir ve örselenebilir gruplarda aydınlatılmış onam uygulaması, yaşlılar, çocuklar, yoğun bakımlar ve acil durumlar olarak dört kategoride ele alınacaktır. İnanç sistemleri perspektifinden yaşamın sonu kavramı tartışılacak, karar verme süreci ve bu süreçte yer alan tarafların incelenmesi, genel literatür bilgilerinin aktarılması ve tartışılmasıyla bu bölüm sonlandırılacaktır.

2.1. Yaşamın Sonu ve Ölüm Kavramı

Ölüm, insanların istemese dahi karşı karşıya kalacağı kaçınılmaz bir olgudur (10). Her insan, hastalık, kaza, yaşlılık, afet, saldırı gibi farklı nedenlerden dolayı hayatının bir noktasında ölümlle karşılaşmakta, her gün birçok insan hayatını kaybetmektedir. Günümüz dünyasında yaklaşık 7.896.127.000 insanın yaşadığı ve geçmişten bu yana dünyada yaşamış olan insanların %93'ünün ölümü deneyimlemiş olduğu göz önünde bulundurulduğunda ölümün insanların er ya da geç karşılaştığı bir olgu olduğunu söylemek mümkündür (11, 12). Ölüm olarak adlandırılan fenomen, dünya üzerinde yaşayan her insanın hayatının bilinmeyen ve herhangi bir döneminde karşılaşacağı bir olgudur (12). Bu bilinmezlik ölüme ilişkin belirsizlikleri ve endişeleri doğurmaktadır. Hayatın içinden ve gerçek olan ölüm olgusu, birçok insan tarafından yaşamın genel seyri içerisinde görmezden gelinirken, esasında ölüm yaklaştığı veya aniden geldiği bilinen, insan hayatının kaçınılmaz son durağıdır (13).

Ölüm gerçekliğini, insanların yaşı, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzeyi ve statüsü etkilememektedir. Hayatın bir noktasında her insanın yüzleşmek zorunda kaldığı veya kalacağı ölüm, insanın varoluşundan bu yana anlamlandırmaya çabaladığı, üzerinde düşündüğü ve gizemini çözmeye çalıştığı bir olgudur (14). İnsanlığın sürekli olarak anlamlandırmaya çalıştığı bu gerçeklik, felsefe, tıp, sanat, din, edebiyat başta olmak üzere birçok disipline ve çalışma alanına konu olmuştur (15).

Bir kavram olarak ölüm, insanların biyolojik, bilişsel ve duygusal fonksiyonları dahil olmak üzere bütün bedensel ve vücutsal işlevlerin sonlandığı bir başka ifadeyle yaşamsal faaliyetlerin nihai olarak ve geri dönüşümsüz olarak ortadan kalktığı durumu

tanımlamaktadır (16, 17). Hayatın sona ermesi ve yaşamın tamamlanması ile karakterize olan ölüm olgusu, kültürden kültüre farklı anlamlar kazanmakla birlikte yaşamın oldukça önemli bir boyutu olarak değerlendirilmektedir. İnsan hayatının kesin ve tam olarak sona ermesine karşılık gelen ölüm kavramı, tüm dönem ve kültürlerde hayatın önemli bir parçası olarak kabul görmektedir. Ölüm, doğrudan deneyimlenememesi ve gerçekleştiği anda bireyin varolmaması nedeniyle başkasına aktarımı mümkün olmayan bir durum olup, içerisinde birçok belirsizliği barındırmaktadır (18). Genel bir ifadeyle ölüm; canlılık özelliğine sahip bir varlığın, o varlığı canlı yapan unsurları kaybetmesi ve yaşamsal fonksiyonları geri dönüşü olmayacak şekilde bitmesi, sona ermesi olarak tanımlanmaktadır (19).

Tarihsel bağlamda farklı anlamlar kazanan ölüm kavramı geçmiş dönemlerde evcil olarak değerlendirilirken modern zamanlara gelindiğinde yasaklı olan, yasaklanan olarak ele alınmıştır (20). Batının ve eski çağların ölüm algısına ilişkin farklılıkları Turner (2011) tarafından ölümün hastaneye taşınması olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla ölümün, evden hastaneye taşınması hekimlerin ölüm konusundaki rolünün zaman içerisinde artan önemine işaret etmektedir. Geçmiş zamanlarda ölen bireyin yakınları tarafından 'son nefesini verdi' şeklinde tanılanan ölüm, günümüzde hastane ortamında veya hekim tarafından tanılanan bir duruma dönüşmüştür (21, 22).

Dini perspektiften bakıldığında ölüme yüklenen anlamlar dini inanışlara göre farklılık göstermektedir. Yahudilikte ölüm, kabul edilmesi zor olan ağır bir ceza bir başka deyişle yaptırım olarak değerlendirilmektedir. Hristiyanlık dininde ölüm, fiziki olarak yok olmak ile eşdeğer tutulmuş olup yaşamın sonlanmasından ziyade daha iyi bir yaşama geçişte bir basamak olarak görülmüştür. İslamiyette ise ölüm, ruhun Allah'a ulaştığı, kavuştuğu; ruh ile bedeni birbirinden ayıran bir olgu olarak anlamlandırılmıştır (22). Ölümün bilinmezliğine ve gizemine karşılık bu olguya ilişkin ilgi, tüm toplumlarda var olan evrensel bir olgudur (23). Ölüm, geçmişten bu yana insanların ilgisini çekmiş olup insanların üzerinde fazlaca düşündüğü ve anlamlandırmaya çalıştığı bir kavram olmuştur. Zira ölüme ilişkin yapılan sorgulama

hayatı anlamlandırma noktasında oldukça değerlidir. Bir başka deyişle ölüm kavramı üzerine düşünülmesi tinsel değerlerin oluşturulmasında önem arz etmektedir (24).

Ölümün tanımlaması, toplumların ve bireylerin buldukları bağlama, değerlere, normlara ve fiziksel özelliklere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bilhassa din ve kültür kavramlarından oldukça etkilenen ölüm kavramı, bireyler arasında algılayış biçimine göre farklılık gösterebilmektedir. Her bireyin hayatındaki kayıplar, travmatik yaşam deneyimleri veya dahil olduğu toplum, bireyin ölüme ilişkin algı farklılıklarının altında yatan temel etmenleri oluşturmaktadır (25). Ölümü anlamlandırmaya yönelik belirleyici role sahip etmenlerden bir diğeri ise yaştır. Gelişimsel özellikler neticesinde yaşlı bireylerin ölüme daha yakın olduklarına ilişkin yaygın düşünce ve yaşlı bireylerin ölümlerinin normal karşılanması, ölümün yaş bağlamında kazandığı anlamı göstermektedir. Bununla birlikte büyüme çağındaki bir birey için ölümün erken olduğu düşünülmekte ve yaşlı bir insanın ölümüne kıyasla genç yaşta birisinin ölmesi kişileri daha fazla üzüntüye sevk etmektedir. Bu durumun toplum içerisinde karşılık bulmuş hali 'sıralı ölüm' kavramıdır (26). Her ne kadar ölümü anlamlandırma hususunda pek çok unsur rol oynasa da tanımlarına bakıldığında farklı tanımların, insanın biyolojik devamlılığı sürdürmesine olanak sağlayan yaşamsal fonksiyonların sonlanması ortak paydasında birleştiği görülmektedir. Geçmiş dönemlere ait bulgularda, eski medeniyetlerin bazılarında ölümlerin gömülüş biçimi, ölü gömme adetleri ve defin törenleri ölümün sadece fiziksel varoluşu sonlandıran bir olgu olarak ele alındığına işaret etmektedir (27).

Ölümün tanımlamasına ilişkin bilimsel ve yeterli bir tanıma 19. yüzyıla kadar ulaşılamamıştır. Fransız bilim adamı Emanuelle Fodere, somatik ölüm tanımını yaparak ölüme ilişkin ilk bilimsel tanımın temelini atmıştır. Somatik ölüm, merkezi sinir sistemi, dolaşım sistemi ve solunum sistemi fonksiyonlarının geri dönüşü olmayacak şekilde kaybı olarak tanımlanmaktadır (28). Bu hayati fonksiyonlardan birinin işlevsiz hale gelmesi halinde diğerlerinin de kaybı gerçekleşmektedir. Hukuki açıdan kişinin varlığının/kişilik haklarının, canlı olarak doğması ile başlaması gibi hukuki varlığın sona ermesi de somatik ölüm ile mümkün olmaktadır (28, 29).

Ölüm, tarihsel olarak bakıldığında bir 'tıbbi tanı' işlemi olarak ele alınmaktadır. Ölüm olayını resmi olarak ilan etme yetkisi hukuki olarak hekimlere verilmiştir. Hekimler tarafından, geleneksel olarak ölüm tanısı kalbin ve solunumun durması ile yapılırken, zamanla tıp alanındaki gelişmeler ölüm tanımının da değişmesine yol açmıştır. Zira kalp ve solunum cihazlarının kullanılmaya başlanması ile birlikte beynin tamamen işlev dışı kalmış olması durumunda bile, solunum ve dolaşım sisteminin yapay bir şekilde işleyişini sürdürmesi mümkün hale gelmiştir. Bu gelişmeler neticesinde 'beyin ölümü' kavramı gündeme gelmiştir. Beyin ölümü, beynin tümüyle ve geri dönmeyecek bir biçimde işlev dışı kalması ve organizmanın kendi başına solunum ve dolaşım yapamayacak duruma gelmesini ifade etmektedir. Ancak, bir kişinin beyin ölümü gerçekleşse dahi kişinin, solunum aygıtına bağlanarak biyolojik olarak yaşatılabilmesi mümkündür. Aksi takdirde, solunum aygıtının çekilmesiyle biyolojik yaşam durmaktadır. Bir başka deyişle, solunum aygıtının olmaması halinde aslında kişi ölüdür (30).

Tıbbi literatüre göre beyin ölümü, beyin fonksiyonlarının geri dönüşsüz olarak kaybolmasıdır. Beyin ölümü gerçekleşen kişide, solunum ve dolaşım yalnızca yoğun bakım koşullarında yapay olarak sürdürülmektedir. Bu sebeple kişi, beyin ölümü gerçekleştiği takdirde tıbben ölü kabul edilmektedir. Beyin ölümü gerçekleşmiş bir kişinin hayata dönmesi mümkün değildir. Zira beyin ölümünün gerçekleşmesinin ardından yoğun bakım ünitelerinde verilen tıbbi desteğe rağmen azami 72 saat sonra beyin dışındaki organlar da hayati fonksiyonlarını kaybetmektedir (31).

Somatik odaklı	Kalp ve solunum fonksiyonu dahil olmak üzere somatik fonksiyonların geri dönüşü olmayan kaybı
Tüm beyin odaklı	Beynin tüm fonksiyonlarının geri dönüşü olmayan kaybı
Yüksek beyin odaklı	Beyin sapının geri dönüşsüz kaybı

Şekil 1. Ölümü saptamaya ilişkin tanımlar.

Ölüm halinin tespitine ilişkin literatürde 3 farklı yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; somatik odaklı, tüm beyin odaklı ve beyin sapı odaklı yaklaşımlardır (Şekil 1). Somatik odaklı yaklaşım, ölümün somatik ve geleneksel olarak saptanmasıdır (32, 33).

Bu görüşe göre; bir birey, vücudun bütünleşik işleyişi sürdürme kapasitesinde geri dönüşü olmayan bir kayıp olması halinde ölmektedir. Somatik odaklı yaklaşım genellikle dolaşım ve solunum fonksiyonunun kesilmesine odaklanmaktadır. Tüm beyin odaklı yaklaşıma göre bir birey, beyin sapı da dahil olmak üzere beynin tamamının tüm fonksiyonlarında geri dönüşü olmayan bir kesinti olduğunda ölmektedir. Yüksek beyin odaklı tanım, bir bireyin sürekli olarak bilinçsiz olduğu, çoğu beyin fonksiyonunun işlevsiz kaldığı ancak beyin sapında sınırlı reflekslerin kaldığı durumla yakından ilişkilidir. Tüm beyin odaklı yaklaşıma göre bu durumdaki bir kişi ölmüş sayılmamaktadır. Yüksek beyin odaklı tanımda bireyin 'yüksek işlevleri' kalıcı olarak kaybolmuşsa kişi ölmüş kabul edilmektedir. Bu görüşe göre, yüksek beyin fonksiyonlarında geri dönüşü olmayan bir kayıp olduğunda bir kişi ölür. Hangi işlevlerin kritik olduğunun tam olarak tanımlanması ise tartışmalı bir konudur. Ancak genel kanı bazı duyuşal işlevlerin kritik olduğu yönündedir (34).

Ölümün kalp atışının durması ve solunumun kesilmesi olarak bilinen tanısı 20. yüzyılın başlarına kadar kabul gören ve yaygın olaran bilinen tek tanı olarak kabul edilmiştir (20, 35). Ölümün ne zaman gerçekleştiğine ilişkin tartışmalar 20. yüzyılın başlarında, 1967 yılında, bir grup nörolog ve patologun alandaki çalışmaları neticesinde ilk kalp naklinin gerçekleştirilmesi ile gündeme gelmiştir. İlk kalp naklinin gerçekleştirilmesi, o zamana kadar kabul gören biyolojik ölüm tanımının tekrar ele alınmasını mecbur kılmıştır (19, 35). İlk kalp naklinden kısa bir süre sonra, 1968 yılında Harvard Üniversitesi'nde bir araya gelen bilim insanları ölümü 'beynin tüm işlevlerinin ve fonksiyonlarının geri dönüşümsüz kaybı' olarak tanımlamıştır (36).

Ölümlle ilişkili olarak literatürde yaşamın son dönemindeki hasta ile eşdeğer olarak kullanılan bazı ifadeler bulunmaktadır. Bunlar terminal dönem hasta, ölümcül hasta veya ölmekte olan hastadır. Adlandırılmalar arasında farklılıklar bulunsa da özünde ifadelerin hepsi tedavisine yanıt vermeyen, ölümüne kesin olarak bakılan, palyatif bakım ile son zamanlarını idame ettiren hastalara atıf yapmaktadır. Bu dönemdeki hastalar, duygusal yönü ağır basan, kaygı, endişe gibi bir dizi olumsuz duyguları birarada yaşayan, karmaşık ruh hali içerisinde olan, fiziksel ve ruhsal bunalımlar nedeniyle özel ilgiye gereksinim duyan kişilerdir (37).

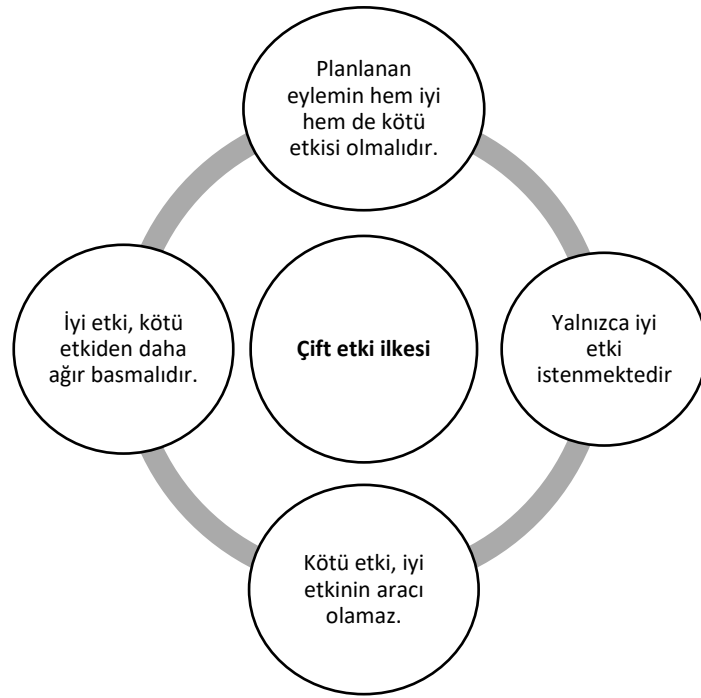
Ölümlle ilişkili olarak ele alınan kavramlardan birisi yaşamın sonu kavramıdır. Yaşamın son dönemi, akut olarak gelişen veya kronik olarak varolan hastalıklar ya da doğrudan yaşla ilişkili olarak ölümün söz konusu olduğu süreci ifade etmektedir. Tıbbi girişimler tarafından önlenemez olan bu süreci hekimlerin tanınması, bilhassa hastalara uygulanacak tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve hasta bireyin bu süreci nasıl değerlendireceğine ilişkin karar vermesi bakımından önem teşkil etmektedir (38).

Yaşamın sonu olarak adlandırılan zaman diliminde hastanın tedavisi ve bakımı (end of life care), ölüme çok yakın olan bir hastanın, bu aşamada iyileştirilmesine yönelik uygulanan tedavilerden vazgeçilmesi ve hastanın çekmekte olduğu acıların ve ızdırapların azaltılmasına böylelikle hastanın huzur içerisinde ölmesini sağlamaya yönelik uygulanan bakım ve tedavidir. Terminal bakım veya palyatif bakım, yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma eş değer olarak kullanılan kavramlardandır. Bunlarla ilişkili olan bir diğer önemli kavram ise yaşamın sonuna ilişkin kararlardır. Yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma yönelik kararlar (end of life decision), hasta ile veya hastanın yakınları/yasal temsilcisi ile yapılan karşılıklı görüşmeler neticesinde hekim tarafından verilen tıbbi nitelikli bir karardır (39-41).

Yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma yönelik karar aşamasında yer alan sağlık profesyonelleri, yaşam sonu bakımını çevreleyen ahlaki inançların çeşitliliğine karşı duyarlı ve saygılı olmalıdır. Sağlık profesyonellerinin ölümü hızlandırmak olarak algılanabilecek eylemlerin ahlaki gerekçelerini açıkça anlaması gerekmektedir. "Çifte etki ilkesi", ölümcül hastalıkta ağrıyı etkili bir şekilde tedavi etmek için yüksek dozda narkotik kullanımını ve inatçı semptomları tedavi etmek için sedasyon kullanımını haklı çıkarmak için sıklıkla başvuru olan yöntemlerden birisidir (42). Yaşam sonu bakımında çalışan çoğu doktor ve hemşire, uyuşturucunun giderek dayanılmaz ağrıyı tedavi etmek için verilmesine rağmen, morfin gibi giderek artan miktarlarda bilinç kaybına neden olan ilaçların da ölümü hızlandırabileceğini bilmektedir.

Çift etki ilkesi, hekimlerin kaçınılması mümkün olmayan ve hem istenen hem de istenmeyen sonuçlara yol açabilecek kararlara karşı karşıya kalabileceği bir

durumu ifade etmektedir. Bu etkiler ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır (43, 44). Çift etki ilkesinde, Şekil 2’de şematize edildiği gibi eylemin iki etkisi varsa bu tür eylemleri gerçekleştirilmesine izin verilmektedir. Bu etkilerden biri iyi ve istenen, diğeri ise kötü ve öngörülen ancak arzu edilmeyen etkidir. Ek gereklilikler ise, kötü etkinin iyi etkinin aracı olmaması ve iyi etkinin kötü etkiden daha ağır basmasıdır (45, 46).



Şekil 2. Çift etki ilkesi.

Yaşamın sonu, bir hastalığın kişinin yaşamını tehdit edecek düzeyde ilerlemesi ve hangi tedavi yapıldığı farketmeksizin kişinin yaşam süresini uzatmanın olanaksız olduğu ve hastalığın ölümlü sonuçlanana dek ilerlediği süreci ifade eden dönemdir. Yaşam sonu dönem sıklıkla yaşlılık ile ilişkilendirilse de günümüzde kanser hastaları veya Alzheimer gibi nörolojik, nörodejeneratif birtakım hastalıklar için de bu kavram kullanılmaktadır. Yaşam sonu döneminde hasta bireyin hastalığına ilişkin tedavi mümkün olmamakla birlikte, bu süreçte sağlanan hizmetlerin amacı kişinin yaşadığı acıların en aza indirgenerek, ölümden önceki zamanını konforlu bir şekilde geçirmesinin sağlanmasıdır. Bu süreçte sağlanan bakım hizmetleri literatürde terminal bakım hizmeti veya palyatif bakım hizmeti şeklinde tanımlanmaktadır (47).

Tıbbi tedavi sonucunda durdurulması mümkün olmayan bir hastalık ile doğal ölüm arasında geçen süreç yaşamın sonu olarak değerlendirilmektedir (48). Hastalığın

veya kazanın sebep olduğu klinik durumun var olan tıbbi olanaklarla değiştirilemediği ve ölümün birkaç gün, hafta veya ay içerisinde beklendiği süreç yaşamın sonunu tanımlamaktadır (49). Daha genel bir ifade ile yaşamın sonu aşaması, bir hastalığın ilerlemesinin veya bir bireyin sağlığına ilişkin ciddi bozulmaların kişinin hayatını çok yakın bir gelecekte geri dönüşümsüz bir şekilde tehdit eden durumlara karşılık gelmektedir (50).

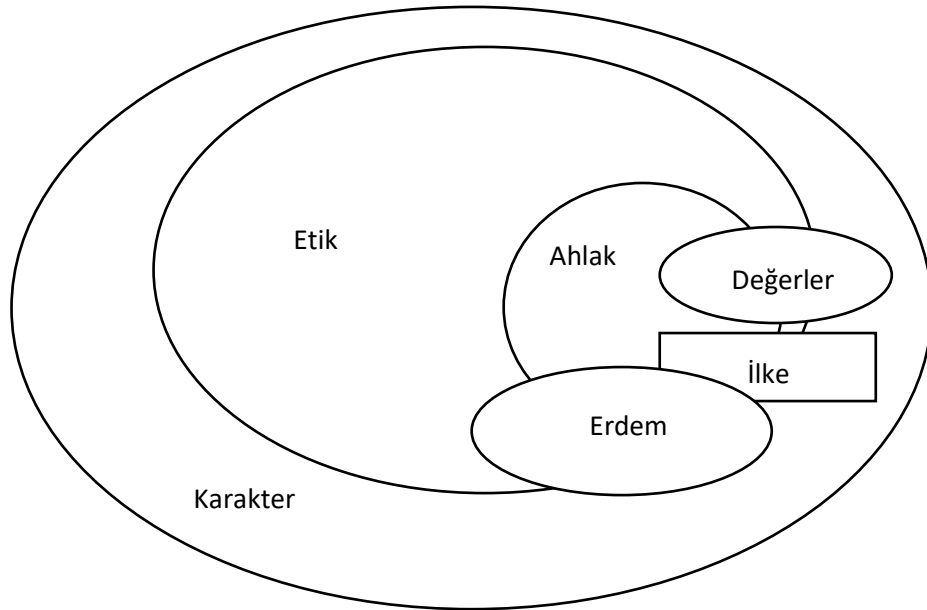
Yaşamın sonu denildiğinde akla yalnızca yaşlı bireyler, kronik ve ölümcül hastalığa sahip insanlar değil, gelişme problemlerine sahip yenidoğanlar ve çocuklar da gelmektedir. Yaşamın sonuna ilişkin karar verme süreci içerisinde, hastanın sürece dahil edilmesi, hastanın karar veremeyecek durumda olması halinde ilgili ilkelerin ortaya konulması önem arz etmektedir. Bu bağlamda Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından hazırlanan ve hekimlere yol gösterici bir kılavuz niteliğinde olan **TTB Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge**'ye göre şu hususlar dikkate alınmalıdır:

1. Yaşam destek tedavilerinin tamamında hasta bireyin kararları esas alınmalıdır. Şayet hasta karar verebilecek durumda değil ise 'yerine karar verme' süreci işleme konulmalıdır. Böyle bir durumda hastayı temsil eden yakını veya temsilcisine ilgili tedavinin yararları ve ortaya çıkarabileceği sorunlar ayrıntılı bir biçimde açıklanması ve muhataba kararı sorulmalıdır. Bu durumda hastanın temsilcisinin kararı esas alınmalıdır. Ancak hastanın yasal temsilcisinin verdiği kararın hastanın yüksek yararına aykırı olduğu kanısına varılması halinde, hastanın çıkarlarının korunması amacıyla hekim, yasal yollara başvurabilir.
2. Kronik hastalığın devamı halinde hasta için yaşam desteği sağlanması tahmin ediliyorsa, hekimin hasta bireyin yaşam desteği konusuna ilişkin fikrine ve görüşüne başvurması, hastanın karar verme hususunda yeterliliğini kaybetme ihtimaline ilişkin hastanın, kararını önceden belirtmesini önermelidir.
3. Gerekli olması halinde hekim, konsültasyona başvurmalı veya konseylerle kararı oluşturma yoluna gitmelidir.

4. Bilhassa yoğun bakımlarda çalışan sağlık çalışanlarının karşı karşıya kalacağı etik ikilemlerle başa çıkmalarına yardımcı olmak amacıyla 'yaşamı destekleyen tedavilerin başlatılması veya sonlandırılmasına yönelik tüm ülkede geçerli olacak ölçekler' oluşturulmalıdır. İlgili ölçütler hazırlanırken, yaşam desteği tedavileri sonucunda elde edilecek olan fayda yalnızca hasta açısından değil genel toplum açısından da ele alınmalıdır.
5. Tedavinin başlamaması veya tedavinin sonlandırılması, boşuna tedavi gibi konulara ilişkin karar verme süreçlerine Hastane Etik Kurulları'nın katılması önemlidir. Hastane Etik Kurulları bu süreçte, hasta ve hastanın yakınlarına sürecin gidişatı ve olası sonuçlarıyla ilgili bilgi verme, danışmanlık sunma gibi çeşitli roller ve sorumluluklar üstlenebilir.
6. Hasta bireyin ve çevresinin beklenen sürece hazır olması amacıyla gereğinden fazla umut verilmemesi önemlidir. Zira bilginin şeffaf olması ve hastalık süresince farklı durumlara ilişkin hasta birey ile iletişim halinin sürekli olması hastanın yakınlarını tedavinin sonlandırılması, ölüm gibi çeşitli durumlara karşı hazırlamakta ve karar alma sürecini olumlu etkilemektedir. İletişim becerileri ve kötü haber verme gibi bir dizi eğitimlerin hekimlere verilmesi, yaşamın sonuna ilişkin karar verme sürecinde hem hekim hem de hasta ve hasta yakınları açısından fayda sağlamaktadır.
7. Hastalık sürecinde olduğu gibi ölüm sürecinde de sevdiği kişilerle beraber olmak hastanın ve hasta yakınlarının hakkıdır. Bu bağlamda özellikle yoğun bakımlarda, hastanenin ve ortamın olanakları dahilinde hastaların hasta yakınları ile bir araya gelebilecekleri mekanların sağlanması, oluşturulması tavsiye edilmektedir (51).

2.2. Yaşam Sonu Karar Verme Süreci ile İlgili Etik İlkeler

Tıp, meslek ve sanat olmasının yanı sıra bilimsel uygulamalı bir etkinliktir. Amacını gerçekleştirmek için bilimin bütün dallarındaki bilimsel bilgileri ve bilimin yöntem bilgisini kullanan teknik bir disiplindir. Etiğin, uygulamalı etiğe yansıyan farklılaşmış uzantısı olarak tanımlanan tıp etiği, tıp uygulaması sırasında hekim-hasta, hekim-hekim, hekim-kurum, hasta-sağlık politikası, sağlıklı/hasta araştırma gönüllüsü, araştırmacı hekim vb. ilişkilerinde belirlenen değer sorunlarıyla ilgilenmektedir (52). Yaşam sonu karar verme sürecine ilişkin etik ilkeleri ele almadan önce etik kavramının, tıp etiğinin, tıbbi etik ilkelerin kısaca açıklanmasında fayda bulunmaktadır.



Şekil 3. Etiğin ifade ettiği anlama uygun olarak iletişim halinde olduğu kavramlar.

Etik, felsefenin alt dalı olarak ahlaki değerler felsefesine karşılık gelmektedir. Etik olgusu, insan ilişkilerinin tayininde önemli bir rol oynayan insan etkinliklerinden birisidir. İnsan eylemlerine ilişkin değerler felsefesi olarak ortaya çıkan etik, insanlar arası ilişkilerde açık uçlu sorulara iyi ve kötü değerlendirmeleri ile yanıt arayan bir alandır (52). İnsan ilişkilerinin var olduğu her yerde ve her zaman etik gerçekliğinin de varlığından bahsetmek mümkündür. İlk insanlardan başlayarak günümüze kadar varlığını koruyan etik kavramı oldukça zengin bir tarihsel birikime sahiptir (30).

Yunanca 'ethos' sözcüğünden üretilen ve 'davranış ifade eden karakter' anlamına gelen etik kavramı ahlaki değerler statüsü olarak tanımlanmaktadır (53). Etik kavramı ile bazen aynı anlamda kullanılan, aralarında yakın ilişki bulunan ancak karıştırılmaması gereken ahlak kavramının farkını ortaya koymak, etik olgusuna ilişkin sınırları belirlemek adına önem arz etmektedir.

Ahlak, toplumdaki farklılıkların gösterebileceği gelenek, örf, adet, töre, alışkanlık, tabu ve yaşam biçimi gibi geniş bir alandaki tutum ve davranışları ifade etmek için kullanılmaktadır. Her toplumun, hatta aynı toplumdaki bireylerin ahlak anlayışı birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Buna karşılık etik kavramı, evrensel değerlere atıf yapmaktadır. Bir başka ifade ile etik değerler söz konusu olduğunda, dürüstlük, yardımseverlik, doğruluk, adaletli olmak, sadakat, yalan söylememek, hırsızlık yapmamak gibi dünyanın hemen hemen her yerinde kabul görmekte olan değerlerden bahsedilmektedir (54). Dünyanın hemen her yerinde insanlarda etik değerlerin ortak olduğunu ve kişiler arası büyük farklılıklar gözlenmediğini söylemek mümkündür (55). Etik, ahlaki da içerisine alan geniş bir anlamı ifade etmektedir. Etik kavramı, kullananların ve farklı kullanımların yöneldiği amaçlara paralel olarak çok geniş bir alanı kapsamına almakta ve bu durum etik kavramına farklı içerikler yüklemektedir (56).

Etik, bir eylemi iyi yapan niteliksel durumu sormaktadır (57). Ahlaki tutumların arka planında yatan yargıları ele alan etik, insan davranış ve eylemlerinin tamamının temelini araştırmaktadır. Sıklıkla birbiri yerine kullanılan etik ve ahlak kavramları arasında her ne kadar yakın bir ilişki bulunsada etik; ahlak ve toplum tarafından belirlenen ahlaki ilkelerin niteliğini sorgulayan felsefenin adıdır (53). Etik ve ahlaki ölçütler, tıbbın içerisinde yer almakla birlikte günümüzde sadece teorik değil, aynı zamanda pratik ve klinik bir etik anlayışının ön planda olduğunu söylemek mümkündür (58). Etiğin ifade ettiği anlama uygun olarak yakın anlamlı ve iletişim halinde olduğu diğer kavramlarla ilişkisi Şekil 3'te şematize edilmiştir.

Etik, insan eylemlerini ele aldığı için ve hekimlik mesleği de insan odaklı bir meslek olduğu için tıbbi etik meslek etiklerinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (59). Genel, evrensel etik değerlerin varlığına karşın her uğraş, etkinlik veya faaliyet

alanı kendine özgü değerlerle kendini ortaya koymaktadır. Bu değerlerin de o alandaki veya o meslekteki kişiler tarafından benimsenmesi beklenmektedir (55). Tıp etiği, sağlık veya tıp alanındaki tutum ve davranışların iyi veya kötü bağlamında değerlendirilmesi durumudur (30). Tıp etiğinden beklenen, bir bilim insanının, çalıştığı alanda araştırma yaparken veya mesleğini icra ederken neleri yapması veya yapmaması gerektiğine ilişkin soruları ve bir bilim insanı olarak belirli durumlarla karşılaşması halinde ilgili sorunu nasıl çözmesi gerektiğine yönelik soruları yanıtlamasıdır (60).

Hekimin seçim yapmak zorunda kaldığı ikilemler tıp etiğinin konusunu oluşturmaktadır. Hekime ikilem yaşatan durumların, aynı tıbbi sorun etrafında kümelenmesi ise etiksel sorun kümelerini oluşturmaktadır. Bilimsel bilgileri ve bilimin yöntem bilgisini kullanan, uygulamalı bir etkinlik olan tıp alanında; hekim-hasta ilişkisi, hasta hakları, tanının açıklanması, ölümcül hastalarla iletişim, araştırma ve bilimsel yayın etiği, bilim etiği, araştırma etik kurulları, bilimsel araştırmalarda dürüstlük, akademik etik, bilimsel araştırmaların değerlendirilmesi tıp etiği bağlamında ele alınan etik sorun kümelerinden bazılarıdır (52).

Tıp etiği ve deontoloji kavramları, tıp alanında sık kullanılan iki kavramdır. Deontoloji sözcüğü felsefe alanında geniş olarak kullanılsa da uygulama alanında özellikle tıpta hekimler tarafından tıbbi deontoloji şeklinde kullanılmaktadır. Tıbbi Deontoloji, hekimlerin bilmek ve uygulamak zorunda oldukları etik ilke ve kuralların neler olduklarını bildiren dizge anlamına gelmektedir (55). Deontoloji ve tıp etiği kavramları arasındaki temel ayrım, deontoloji alanında, tespit edilmiş normatif kuralların aktarılması ve o kuralara uyulması söz konusu olurken, tıp etiği; tıptaki değer ve ilkelerin analizi, yorumu ve tartışılması gibi etkinliklerin yer aldığı bir disiplindir (61). Tıbbin etik boyutunu oluşturan konular şu şekilde sıralanmaktadır: hekim-hasta iletişimi, kalıtım malzemesi manipülasyonu ve genetik çalışmalar, yapay yollardan insan yaşamı üretme, organ transplantasyonu ve beyin ölümü, terminal hastaların sorunları, hasta hakları, ötanazi, kürtaj, hekimler ve tıbbi ekip arasındaki iletişim, tıptaki etik problemler ve bunların çözümlerini üretme ve ilaç araştırmaları ile bu araştırmalara ilişkin deneysel çalışmalarıdır (62).

Etik görüşlerin, etik açıdan benimsenmesi ve savunabilir olması için bir ilkeye dayandırılması önem arz etmektedir. Nitekim özel ve tek olan durumların veya kuralların bir etik ilkeye dayandırılması kişilere ait tutumların ve davranışların etik açıdan haklı veya doğru bulunmasına dayanak oluşturmaktadır. Başka bir deyişle; etik ilkeler eylemlerimize yol göstererek davranışlara rehberlik etmektedir (63). Tıp etiğinde faydalanılan etik ilkeler her ne kadar etik kararlarda yol gösterici ve yönlendirici role sahip olsalar da, bu ilkeleri tam ve kesin ölçü birimleri olarak görmek doğru olmamaktadır. Zira etik ilkeler her zaman doğrudan bir kanıt gücüne sahip olmayıp, tutum ve davranışların doğruluğunun garantisi değildir (30).

Yaşamın başlangıcına ilişkin konularda olduğu gibi yaşamın sonuna yönelik konular ve kararlar tıp etiği alanında tartışmalı konuların başında gelmektedir. Yaşamın sonuna ilişkin karar verme sürecinde asıl karar mercinin kim olduğu sorusu, yaşam kalitesi, etkisiz-boşuna tedavi, sınırlı olan tıbbi kaynakların adil kullanımı, tedavi vermemek, tedaviyi sonlandırmak veya hastanın tedaviyi reddetmesi gibi yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin durumlar, onurlu ölüm hakkı gibi kavramlar yaşamın sonuna ilişkin tartışmalı konular arasında yer almaktadır (64). Tedaviye başlamama/başlanmış tedaviyi sonlandırma, yaşam kalitesi, nafile/boşuna tedavi, triyaj kavramları yaşamın sonuna ilişkin kararlara etik gerekçeler sunan önemli kavramlardır.

Tedaviye başlamama, tıbbi bakımdan hastaya herhangi bir fayda sağlamayan, tedavi sonucunda ulaşılabilecek yarardan daha fazla zararlı veya riskli sonuç doğuran durumlarda, yaşamı sürdürmeye yardımcı olan müdahaleye hiç başlanmaması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin genellikle tedaviye başlamamaktansa tercihlerinin önce başlayıp, etkileri gözleyip sonra tedaviyi sonlandırmak yönünde olduğu bilinmektedir (65-69).

Tedaviyi sonlandırma, yaşama ihtimalini artırmayan, tıbbi bakımdan hastaya fayda sağlamayan, faydanın aksine hasta kişide acı ve ağrıya sebep olan ve ölüme engel olan tedavinin sonlandırılmasıdır (65-68).

Boşuna tedavi, hekim ile hastanın kendisinin veya temsilcisinin uygulanan/uygulanacak olan tıbbi tedavinin etkisiz veya yararsız olacağına, hastanın

yaşam kalitesine asgari düzeyde katkı sağlayacağına, hastanın beklentilerine cevap vermesinin olasılıksız olduğuna ve ilgili müdahalenin hastaya yaşam şansı tanımadığı hususunda hemfikir oldukları uygulamaları veya tedavileri tanımlamak için kullanılan kavramdır. Tedavi ile hastaya fizyolojik bir yarar sağlanamayacak olması durumunda hekimin bu tedavi seçeneğini sunma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Tıbbi yararsızlık kavramı ile hasta veya hastanın yasal temsilcisi tarafından istenen tedavi hekim tarafından amacına uygun bulunmadığı için hastadan esirgenme veya çekme izninin hasta özerkliği üzerindeki önceliği ifade edilmektedir. Ancak, şayet uygulanacak tedavi her ne kadar hastaya fizyolojik olarak bir fayda sağlamayacak olsa da, hastaya ya da ailesine psikolojik fayda sağlayacaksa, tedavinin uygulanıp uygulanmamasına ilişkin farklı görüşler ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda en fazla dile getirilen görüş, genellikle olağan dışı tedaviler kapsamında yer alan bu tür uygulamaların psikolojik fayda sağladığı gerekçesi ile kullanımının diğer hastaların kaynaklardan adil pay almalarını engelleyebileceği yönündedir. Buna benzer hasta veya hasta temsilcisi ile hekim arasında güvensizlik oluşturabilecek durumların meydana gelmesini engellemek amacıyla her sağlık kurumunun veyahut yoğun bakım ünitesinin tıbbi yararsızlık politikasını belirlemesi ve bu politikalara uygun olarak süreç yaklaşımlarını geliştirmiş olması önem arz etmektedir. Günlük uygulamalarda tıbbi yararsızlık, büyük oranda geri dönüşümsüz bilinç kaybı olan ve ölmek üzere olan hastalara agresif yaşam desteği çabalarının fizyolojik yararsızlığı durumunda göz önünde bulundurulmalıdır (70).

Palyatif bakım ise sağ kalımdan ziyade yaşam kalitesine odaklanan, hastanın yaşamını tehdit eden bir sorunun varlığı halinde ağrı başta olmak üzere hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi ve ruhsal problemlerinin erken dönemde saptanmasını, değerlendirilmesini ve hastanın acı çekmesinin önlenerek yaşamın son döneminde yaşam kalitesinin geliştirilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır (39). Bir başka tanıma göre palyatif bakım, fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunlara karşı erken teşhis, doğru değerlendirme ve tedavi yaklaşımıyla ağrıların ve diğer problemlerin önlenmesi ve hafifletilmesi ile hayati tehlike arz eden hastalıklarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır (71, 72).

Palyatif bakım:

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulmayı sağlar,
- Ölmeyi normal bir süreç olarak görür,
- Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek niyetindedir,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir,
- Hastaların ölene kadar mümkün olduğunca aktif yaşamalarına yardımcı olmak için bir destek sistemi sunar,
- Hastanın hastalığı sırasında ve yokluğunda ailenin yas süreci ile başa çıkmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar,
- Gerekirse yas danışmanlığı da dahil olmak üzere hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır,
- Hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini artırarak ayrıca hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir,
- Kemoterapi veya radyasyon tedavisi gibi yaşamı uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte hastalığın erken evrelerinde uygulanabilir ve rahatsız edici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir (71, 72).

Yaşamın sonuna ilişkin kararlar söz konusu olduğunda yaşam kalitesi ve insan yaşamının kutsallığı kavramları arasında bir ikilem doğmaktadır. Tam da bu noktada tıp etiği çerçevesinde yanıtlanması gereken bazı sorular bulunmaktadır. Yaşam kalitesine ilişkin minimum ölçütün ne olduğu, yaşam kalitesini hastanın mı, ailenin mi, sağlık çalışanlarının mı yoksa hepsinin birlikte mi tayin etmesi gerektiği, yaşama hakkının maddi normalara bağlanıp bağlanamayacağı, bitkisel hayat, ağır engelli olma durumu gibi farklı durumlardaki her çeşit yaşam şeklinin hayat olup olmadığı, sağlık çalışanlarının ölümcül bir hastanın tedavisini nereye kadar sürdürmesi gerektiği gibi sorular yaşamın sonuna ilişkin kararlar çerçevesinde yanıt aranan sorulardandır (40).

Yaşamın sonuna ilişkin etik ikilemlerden bazıları şunlardır:

- Hastanın kabul veya taburcu edilmesi,
- Yaşamı destekleyen tedavilerin başlanması, sonlanması veya esirgenmesi,

- Canlandırma yapılması veya yapılmaması,
- Yapay beslenme başlanması veya yapay beslenmenin kesilmesi,
- Ağrının ve acının dindirilmesi,
- Ölüme yardım edilmesi (49).

Bilhassa yoğun bakım hastalarında, hekimler sık sık yaşamın sonuna ilişkin karar verme sürecine dahil olmakta ve karşı karşıya kalınan etik ikilemleri çözme hususunda yalnız kalmaktadır (73). Tıp etiği içerisinde ele alınan etik ilkeler bu hususta hekimler için yol gösterici birer kılavuz ve destekleyici dayanak niteliğinde olmaktadır.

Günümüzde tıp etiği içerisinde birçok ilkenin varlığından söz etmek mümkündür. Bu ilkelerden bazıları şunlardır; özerkliğe saygı ilkesi (respect for autonomy), yararlılık ilkesi (beneficence), zarar vermeme ilkesi (non-maleficence), aydınlatılmış onam (informed consent), adalet (justice), tıbbi gizliliğe saygı (privacy), öncelikle zarar vermeme (no-harmful, do no-harm), sadakat (fidelity), özgürlük (liberty), doğruluk (veracity), sözünde durma (promise keeping), gerçeği söyleme (truth-telling), sır saklama/mahremiyet (confidentially), eşitlik (equity) (74-77). Tıp etiğinde çeşitli sayıda ilkelerden söz edilse de genel eğilim olarak dört temel ilkenin varlığından söz etmek mümkündür. Bunlar; yararlılık, zarar vermeme, hasta özerkliğine saygı ve adalet ilkeleridir (55). Sağlık çalışanlarının etik ikilemler ile karşı karşıya kaldıkları durumlarda etik ilkeler ve kurallar, verilecek olan kararı yönlendirme hususunda önemli birer kaynak niteliğindedir (78). Etik karar verme sürecinde belirli bir kararın neden verilmesi veya neden verilmemesi gerektiğini gerekçelere dayandıran etik ilkeler arasında herhangi bir önem ve öncelik sıralaması bulunmamaktadır yani hiyerarşik birönceliklendirme yoktur (79).

Yaşam sonu kararlarında hekimin dayanakları temel tıp etiği ilkelerine dayanan etik ödevleri ve etik konularının oluşturduğu etik yükümlülükleridir. Yaşamın sonuna ilişkin tıbbi karar hem sağlık profesyonellerinde hem de toplum içerisinde bir takım etik sorunları gündeme getirmektedir. Genellikle hasta aileleri ile sağlık profesyonelleri arasında veya bir sağlık ekibi içerisindeki sağlık profesyonelleri

arasında yaşamın sonuna dair kararlar bir çatışma kaynağı olabilmektedir. Yaşam sonu karar verme bağlamında, en temel kaygılardan biri, yaşamın bir zarar ve ölümün bir yarar olup olmayacağı ile ilgili sorulardır. Yaşamın sonundaki kararlar hem bireysel vakalar bağlamında hem de bir Hastane Etik Kurulunda (HEK) en sık tartışılan konular arasında yer almaktadır (80). Bu bağlamda yaşam sonu kararlarına yönelik etik yaklaşımlara genel bir bakış sunularak yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleri yaşamın sonuna dair kararlar çerçevesinde ele alınacaktır.

2.2.1. Yararlılık İlkesi

Yararlılık kelimesi, merhamet, nezaket, dostluk, cömertlik, hayırseverlik eylemlerini veya niteliklerini ifade etmektedir. Tıp etiğinde bu kavram, diğer kişilerin refahına fayda sağlama veya bunları geliştirme amacı ile tüm normları, eğilimleri ve eylemleri içerecek şekilde geniş bir anlamda faydalı eylemi kapsayacak biçimde kullanılmaktadır. Yararlılık ilkesi, başkalarının yararına hareket etmek için genel bir ahlaki yükümlülük ifadesine atıfta bulunmaktadır (81).

Tıp etiğinin temel ve eski ilkelerinden biri olan yararlılık ilkesi, sağlık uğraşları olarak adlandırılabilen her türlü tedavi ve müdahale sürecinde hastaya, her şeyden önce ve her şeyin üzerinde yararlı olmayı öngören etik bir ilke olarak tanımlanmaktadır (74). Geleneksel tıp etiğinde hastanın iyilik halinin ve yüksek yararının gözetilmesi, hekimin yararlılık ilkesine uygun davranması olarak açıklanmaktadır (55). Her ne kadar bir bireyin eylemleri bütünüyle olumlu ve yararlı sonuçlara odaklansa da mevcut yararların yanında olumsuz ve istenmeyen sonuçların da ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Zira olumsuz sonuçların ortaya çıkma ihtimali düşünüldüğünde yararlılık ilkesi esasında bir eylemin olası olumlu ve olumsuz sonuçlarını başka bir deyişle yarar ve zararlarını dengede tutabilmeyi amaçlamaktadır. Böylelikle bireysel eylemlerde yarar yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken, zarar verici olarak nitelendirilen olumsuz sonuçlar olabildiğinde azalacaktır (74).

Tıbbi etik ilkeler arasında yer alan yararlılık ilkesinin çıkış noktası, başkalarına yardımcı olma, faydalı olma anlamına gelen yararlılık terimidir. Bu terim, tıp alanında

hasta bireylerin yararını artırmaya dönük eylemler olarak anlam kazanmış olup etik ilkeler bağlamında her türlü şartta hasta yararının öncelikli tutulması şeklinde yararlılık ilkesine dönüştürülmüştür. Yararlılık, tıp etiği bağlamında başkalarına yardım etmeyi ve yararlı olmayı yükümlülük haline getiren yararlılık ilkesi biçiminde literatürde yer almaktadır (55). Yararlılık ilkesi, potansiyel olarak zarar vermeme ilkesinden daha kapsamlı bir içeriğe sahiptir. Zira, yararlılık ilkesinde, zarar vermeme ilkesinden farklı olarak yalnızca zararlı eylemlerden kaçınılması değil, başkalarına yardım etmeyi de içeren olumlu eylemler de bahse konu olmaktadır (81).

Yalnızca zarardan kaçınmak yerine hastaların refahına özen göstermek tıbbın amacının, mantığının ve gerekçesinin merkezinde yer almaktadır (81). Yararlılık ilkesi, hastaya mutlak yararlı olmak ve yarar ile zararın dengelenmesi şeklinde iki grupta ele alınmaktadır. Zarar vermeme ilkesi literatürde kimi kaynaklarda farklı bir ilke olarak ele alınsa da hastaya hiç zarar vermeden mutlak yararın sağlanacağı bir uygulama mümkün olmamaktadır. Bu sebeple yarar ve zarar arasındaki dengenin sağlanması ve ağırlıklı olarak hasta yararının lehine alınan kararların yararlılık ilkesi bağlamında uygulamaya geçirilmesi daha uygun gözükmektedir (52).

Yararlı olma ve zarar vermeme durumları Hipokratik etik gelenekte "öncelikle zarar verme (primum non nocere)" şeklinde ifade edilmektedir. 'Öncelikle zarar verme' ifadesi amaçlanmış yararlı eylemlerin beraberinde istenmeyen zararlı sonuçlar getirebileceğine vurgu yapmaktadır. Sağlık çalışanları sıklıkla, bir eylemin yarar ve zararına ilişkin farklı unsurları dengelemede ve hangi unsura ağırlık verileceği konusunda uzlaşmamaktadır. Bu uzlaşmazlığın temelinde yatan ana aktör ise yarar ve zarar kavramlarının ne olduğuna ilişkin ortak bir paydada buluşulamamasıdır. Yarar ve zararın ne olduğu, yararlı ve zararlı eylemlerin neler olabileceğine dair her zaman somut kanıtların olmaması, neye ağırlık verileceği hususunda tartışmaların doğmasına neden olmaktadır (30). Sağlık çalışanlarının yararlılık ilkesi kapsamında yükümlülükleri genel olarak bir müdahalenin veya eylemin olası olumlu sonuçlarının, olumsuz sonuçlara nazaran daha fazla olması veya olumlu-olumsuz sonuçlar arasında belli bir dengenin kurulmasıdır. Bu ilke çerçevesinde sağlık çalışanlarının tutum ve

davranışları ‘mutlak yararlı olmak’ ve ‘yarar ve zararın dengelenmesi’ şartıyla şekillenebilmektedir (55).

Hipokratik etik geleneğinin başlangıcından bu yana hekim ile hasta arasındaki ilişkinin temel ilkesi hastaya zarar vermemek ve aynı bağlamda hastaya faydalı/yararlı olmaktır. Hastanın, sağlığına ilişkin bir sorunda hekime başvurması durumunda hekim ile hasta arasında bir çeşit ‘sözleşme’ durumu doğmaktadır. Bu sözleşme doğrultusunda vazgeçilmez hedef; hastanın yarar görmesidir. Hastanın yarar görmesi amacına uygun olarak hekim, her şartta hastasının yararını ve iyiliğini birincil ve öncelikli değer olarak görmektir (55). Yararlılık ilkesinin klinikteki pratiği şu şekilde örneklendirilebilmektedir: Kan transfüzyonu yapılan bir hastanın bir yandan hayatı kurtulurken diğer yandan kan veren bireyi belli bir ölçüde riske sokmaktadır. Ancak yapılan davranış, kan veren bireye belli bir zarar verilmesine karşılık hastanın sağlığını korumanın esas olması nedeniyle yararlılık ilkesi bağlamında doğru kabul edilmektedir (30). Yaşam sonu kararları çerçevesinde yararlılık ilkesi ele alınacak olursa belirli müdahalelerin (veya müdahale başarısızlıklarının) belirli bir hasta için neden olacağı zararların değerlendirilmesi gerekmektedir. Zira bu özel durumlarda hastaya gelecekte zarar verme riskinin ne olacağını araştırmak gerekmektedir. Bu nedenle, doktorların hastaya ağrıyı kontrol etmek için verilen ancak solunumu baskılayabilen ilaçların, mevcut olabilecek zarar riskine rağmen sağlamaya değer olup olmadığını değerlendirmesi gerekecektir (82).

Hekimlerin, hastaların adına; ağrıdan ve acıdan kurtulması, sakatlıktan çıkması, iyileşerek yaşamını idame ettirmeye devam etmesi gibi çeşitli konularda doğrudan sorumluluk sahibi olmaları, hekimlik mesleğini toplum içerisinde özel yeri ve önemi olan bir konuma ve meslek grubu haline getirmiştir. Şüphesiz hekimler, mutlak olarak hastanın yararına ve iyiliğine davranmak durumundadır. Hipokratik etiğin en temel belgelerinden birisi olan Hipokrat Andı’nda hekim tarafından ‘kendi hüküm, yetenek ve bilgim doğrultusunda hastanın yararına olacak girişimleri uygulayacağım’ ifadesi beyan edilmektedir. Bu ifade, hastanın yararına ilişkin neyin yapılmasının uygun olduğunu hekimin bileceğine ve bu sorumluluğun hekime ait olduğuna vurgu yapmaktadır (55).

Literatürde yararlılık ilkesi kapsamında ele alınan önemli bir kavram paternalizmdir. Tıpta paternalizm, hekimin hastalarına adeta bir babanın çocuğuna davrandığı şekilde, 'en iyiyi bildiği anlayışıyla' yaklaşmasıdır. Bu davranış kötü niyetli ve ben merkezli bir baba tutumundan ziyade yalnızca çocuklarının en iyi faydası olduğu inancıyla hareket eden iyi niyetli bir baba tutumudur. Paternalizmin tıbbi yansıması, hekimin hastanın isteği ve bilgisi haricinde onun iyiliği için bazı tıbbi kararlar alması ve alınan bu kararları uygulamasıdır. Tıpta paternalizmi haklı hale getiren en önemli argümanlardan biri, hastaların tıbbi konularda karar verme hususunda yetersiz oldukları ve kendisi için en iyi tıbbi kararın ne olduğunu bilemeyeceğidir. Etik perspektifinden bakıldığında böyle bir kararın hasta için en iyi seçenek olduğunu söylemek zordur zira verilen kararların her biri bilimsel ve teknik bilgi kadar kişisel ahlaki değerlere de dayanmaktadır. Bir diğer argüman ise hastalığından dolayı acı ve korku içerisinde olan bir hastaya tedavinin tehlikeleri ve sonuçları hakkında bilgi vermenin, hastanın psikolojik iyilik halini, sıkıntılarını arttıracığıdır. Hekimlerin hastaları adına sorumluluğu yüklenerek, hasta için en iyi faydayı elde etmeyi kendi sorumluluk alanı içerisinde kabul etmeleri, hastanın özerkliğine zarar veren dolayısıyla özerklik ilkesinin ihlaline yol açan bir paternalist davranış modelidir (70).

Genel olarak hastaya fayda sağlayacak şekilde hareket etmek anlamına gelen yararlılık ilkesi, sağlık hizmetlerinde önemli bir etik ilkedir. Yaşamın sonundaki tedavi kararlarında, ikilem genellikle hangi hareket tarzının hastanın yararına olacağı etrafında dönmektedir. Ölümün nasıl bir yarar sağlayacağı veya hastanın yararına olup olmayacağını öngörmek zor olmakla birlikte bazı durumlarda, mevcut yaşam kalitesi çok düşükse veya tedavi çok külfetliyse, zararlar ve faydalar dengesi, tedavinin sürdürülmesinin hasta için bir yarar olmadığını ileri sürebilmektedir (80).

Yararlılık ilkesi bağlamında yaşam sonu kararları ele alınacak olursa, verilecek olan kararın hasta bireyin çıkarlarını ve söz konusu eylemin o çıkarları olumlu mu yoksa olumsuz mu etkileyeceğini incelemek gerekmektedir. Hastanın içinde bulunduğu durumda sahip olduğu acıyı, ızdırabı ve diğer endişeleri gidermenin tek yolu, kimi zaman hastanın yaşamına son vermek olmaktadır. Ancak böyle bir karar

için kişiye özgü olan bireysel çıkarlar saptanmalıdır. Yarar ve zarar dengesi düşünüldüğünde ölümün bir fayda ve yaşamın devam etmesinin bir zarar olarak görülüp görülemeyeceği yaşamın sonuna ilişkin üzerinde durulması gereken temel sorulardandır. Bu sorunun cevabı evrensel nitelikte olmayıp, hasta bireyin çıkarlarına göre değişkenlik göstermektedir. Her ne kadar ölüm kavramı zarar ile eşdeğer tutulsa da yaşamın sonunda, ölümün bireyin çıkarlarını daha iyi desteklediği sınırlı bir dizi koşul olabilmektedir (82).

2.2.2. Zarar Vermeme İlkesi

Zarar vermeme, tıptaki ahlaki değer sorunlarının tıpla uğraşanların gündemine girdiği günden beri, tıbbın temel ilkelerinden biri olmuştur. Hipokrat bu ilkeyi, en bilinen aforizmalarından birinde 'primum non nocere' (önce zarar verme) şeklinde ifade etmiştir. Bahse konu olan zarar, sadece hastaya verilen zararı içermemekte gerek hekim gerekse üçüncü kişiler ve topluma zarar vermeme, bu etik ilkenin kapsamına girmektedir. Şüphesiz zararın ne şekilde tanımlandığı ve kime göre saptanması gerektiği de oldukça önemlidir. Kimi zaman geri dönüşü olmayan, onarılamaz veya yaşamı tehdit eden bir zarara engel olmak amacıyla daha az ciddi başka zararların kabullenilmesi mümkün olmaktadır. Zarar vermeme ilkesi kapsamında zararın ne olduğuna ve geri döndürülüp döndürülemeyeceğine bakılarak kimin öncelikle zarardan korunacağına karar verilmektedir. Ancak günümüzde tanı ve tedavi amacıyla uygulanan bazı yöntemlerin, ilaçların veya girişimlerin birtakım komplikasyonları veya yan etkileri olduğu dikkate alınacak olursa, bu ilkenin 'olası en az zararın verilmesi' şeklinde revize edilmesi mümkündür. Zarar vermeme kavramı olası zararları içermesi nedeniyle riskler de bu bağlamda ele alınmaktadır. Dolayısıyla zarar vermeme kavramı ile risk-yarar analizinin yakından ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Bu zararlar doğrudan zarar verici eylemlerin yanı sıra hasta için yararlı olan bir eylemin sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Yararlılık ilkesi kapsamında hastanın mutlak yarar önceliği varken, zarar vermeme ilkesinde hastanın mutlak önceliği bulunmamaktadır. Bu bağlamda hastanın uğrayabileceği zarar ile toplumun, üçüncü kişilerin veya hekimin uğrayabileceği zarar dengelenmelidir (70).

Zarar vermeme ilkesinin kaynağını Hipokratik tıp etiğinde aramak genel bir alışkanlıktır. Hastalığın doğal gidişatını etkileme çabası içerisinde hekimin, hastasına zarar vermeksizin bir müdahalede bulunabilmesinin ön şartı 'öncelikle zarar verme' olarak ifade edilen zarar vermeme ilkesidir. Zarar vermeme ilkesinin temelini oluşturan durum, Hipokratik gelenekte doğanın devinimsel yapısı içerisinde hekimin, hastanın iyileşme olanağı bulunma olasılığının olması durumunda gereksiz bir tür müdahale ile bu olasılığı ortadan kaldırması veya farklı ek zararlara yol açabilecek olmasıdır (55).

Esasında insana zarar vermemek tıp etiğinin ötesinde tüm insanlık için geçerli, evrensel bir değerdir. Zarar verme, bir eylemle ortaya çıkabileceği gibi ihmal sonucu da meydana gelebilmektedir. Bu noktada zarar vermemek ve kötülük yapmak eylemleri arasındaki ince farkı gözetmek önem teşkil etmektedir. İlke olarak zarar vermeme ilkesi, başkalarına kötülük yapmamamız ve zarar vermememiz gerekliliğini savunmaktadır (55).

Her ne kadar farklı iki ilke olarak ele alınsa da zarar vermeme ilkesi, önemli ölçüde yararlılık ilkesi ile paralellik göstermektedir. Her iki ilkeyi de aynı perspektiften değerlendirmek mümkün olduğu gibi yararlı olmak zarar vermemeyi içermekte ve zarar vermemek yararlı olmak olarak algılanabilmektedir (55).

2.2.3. Özerklik İlkesi

Özerlik (autonomy), kelime anlamı itibariyle bireyin bağımsız ve özgür bir biçimde kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu kararları temel alan eylemlerde bulunabilme yeterliliği ve yetkinliğidir (74). Bu yeterlilik ve yetkinlik kapsamında yapılan eylemler ve tercihler, insanda bulunması beklenen bireysel değerlerdendir (30). En yalın haliyle özerklik, kişinin kendi kendini yönetmesidir. İnsan oluşla ilgili temel niteliklerden birisi özerkliktir. İnsanı insan yapan ve insan olmanın en önemli unsurlarından birisi olan özerklik, insan haklarının tamamının temel dayanağı niteliğindedir. Özerkliğe saygı ilkesini açıklamadan önce bu ilkenin içerisinde barındırdığı üç temel öge olan özerk birey, özerk seçim ve özerk eylemi ele almak gerekmektedir. Özerk birey kendi inanç ve değer sistemi içerisinde

yaşam amaçlarını koruyarak, şartlara uygun bir şekilde, özgür eylem ve seçimde bulunabilen kimsedir. Özerk seçim, bireyin kendi yeterlik ve özgür şartlar bağlamında akılcı karar ve eylemlerine yön verirken yapmış olduğu seçimdir. Bir diğer öge olan özerk eylem ise özerk bireyin, özerk seçimler yapması neticesinde ortaya çıkan eylemdir. Özerk eylem, belirli bir amaca yönelik, istekli ve bilinçli yapılan eylemleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Tıbbın temel amaçlarından birisi, özerkliği sınırlayıcı unsurların başında gelen 'hastalık' durumunu engellemek, böyle bir durumun varlığı halinde olanaklar dahilinde ilgili hastalığı iyileştirmek ve ortadan kaldırmaktır. Zira kişinin hasta olması halinde özerkliği azalmakta ve yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle de seçme özgürlüğü kısıtlanmaktadır. Hekimin esas görevi, bireylerin özerkliğini zedeleyen hastalığı tedavi ederek ve hastayı bu konuda aydınlatarak hasta bireyin özerkliğini yükseltmeye çalışmaktır (70).

Biyomedikal etiğin dört temel ilkesinden birisi olan özerkliğe saygı ilkesi ele alınırken toplumu hiçe sayan bireycilikten, duyguları hiçe sayan saf mantık bakış açısından ve hukuki hakları ön plana çıkarmaktan olabildiğince uzak durmak uygun olmaktadır. Özerklik, terim itibariyle bireylerin diğer bireylerin kontrolü altında olmaksızın, anlamlı tercihler yaparak, kendi hayatları üzerinde söz ve erk sahibi olması anlamına gelmektedir. Bu nedenle herhangi bir amaca yönelik eylemlerde bulunan, anlama ve kavrama bilişsel yetisi yeterli olan, tercihlerinde ve eylemlerinde kendi iradesi dışında başka bireylerin kontrolünde olmayan bireylerin, özerk eylemlerde bulunabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda özerkliğe saygı ilkesi, düşünce ya da eylemler aracılığıyla diğer kişilere zarar verilmediği sürece bireylerin görüş ve haklarına saygı duyarak negatif, bireyleri bilgilendirip özerk karar vermesine uygun ortamı oluşturarak da pozitif bir dizi yükümlülükleri içermektedir (83, 84).

Özerklik ilkesi, hastanın yeteri kadar bilgilendirilmesinin ardından kendi hayatına ilişkin bağımsız olarak düşünme ve karar verme, bu karara paralel olarak eyleme geçme yeterliğine ve yetkinliğine sahip olmasına karşılık gelmektedir (52). Karar vermede, bireysel özerklik ve kendi kaderini tayin hakkı (self-determinasyon) son birkaç on yılda tıp etiği alanında birincil değer haline gelmiştir (85). Hasta haklarının gelişmesiyle birlikte özerklik ilkesi hekimlik uygulamalarında daha fazla yer

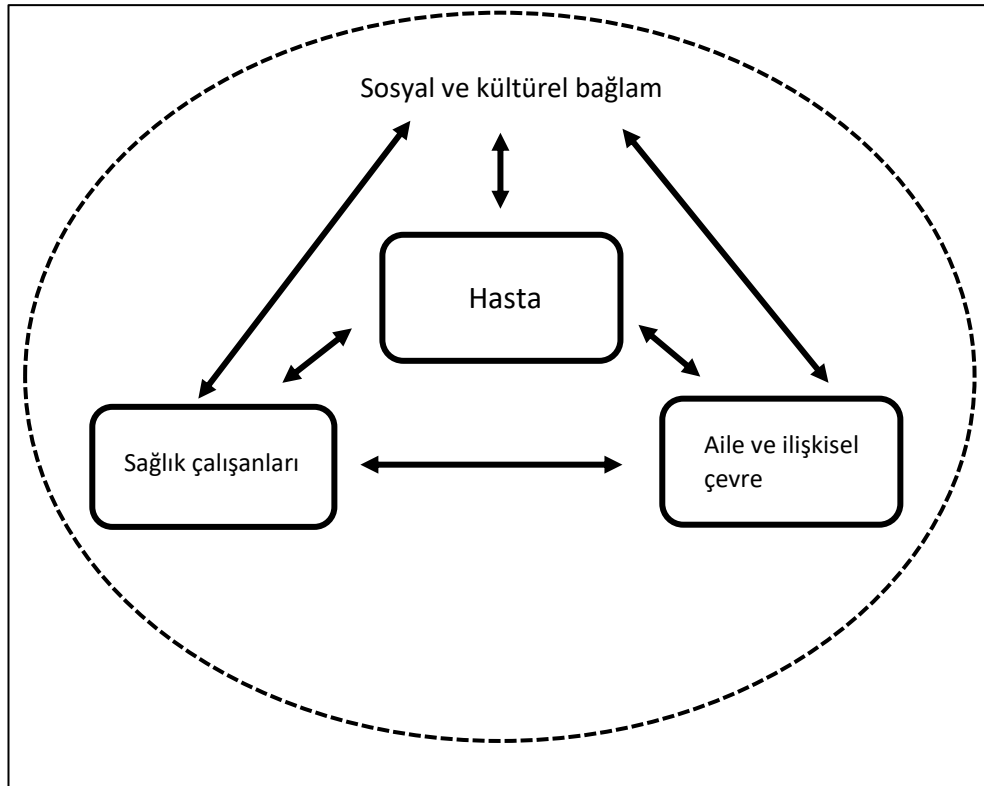
almaya başlamıştır. Zira geçmişte yararlılık ilkesinin en temel etik ilke olduğuna dair kabul bulunurken 1960'lı yıllardan sonra bu kabul değişmeye başlamıştır. Yeni anlayışa göre hekim hastanın sadece tıbbi yönden yararını öngörmemekte aynı zamanda özerk bir birey olmasından dolayı hastanın sahip olduğu hakları kullanabilme fırsatını tanımaktadır (55). Özerklik ilkesinin uygulamaya dönüşmesinde hekim ile hasta arasındaki bilgi dengesizliğinin gereken oranda giderilmesi, böylelikle hastanın kendi hayatına ilişkin uygun kararı verip uygulamaya geçilmesi esastır. Bir başka deyişle özerklik ilkesinin tıbbi uygulamadaki hali hastanın özerkliğine saygı ilkesidir (52).

Hastanın özerk değerlerine hekim ve diğer sağlık çalışanlarının saygı göstermesi olgusu, tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi şeklinde yer almaktadır. Bu ilke hasta haklarının dayandığı temellerden birisidir (30). Tıp etiği perspektifinden özerklik ilkesini yalnızca hasta özerkliği bakımından ele almak da sınırlı bir yaklaşım olmaktadır. Özerklik, hekimin, üçüncü kişilerin ve toplumun özerkliği olarak çok boyutlu bir biçimde ele alınması gereken bir ilkedir. Nitekim her etik sorun, birden fazla tarafın özerkliğine temas etmektedir. İki tarafların çözümünde tarafların hepsinin özerkliği aynı oranda korunamasa da temel kaygı, olabildiğince ilgili tarafların özerkliğini korumak olmalıdır (70). Her ne kadar tanı ve tedavi süreci içerisinde hastanın alacağı kararlar ve bu kararların uygulamaya geçilmesinde özerklik ilkesi doğrultusunda olanaklar ele alınsa da, zaman zaman hastaların sınırsız özerkliği, diğer hastalar ve toplum açısından sorun teşkil edecek eylemlere dönüşmektedir. Bu noktada diğer hastalar ve toplum açısından probleme neden olacak eylemler ve kararlar için özerkliğin sınırları çizilmelidir (52).

Hastanın gerçeği bilme ve bilmeme hakkı, karar verme hakkı, insan onuruna yaraşır muamele hakkı, aydınlatılmış onam, tıbbi bilgilerin gizliliği, doğru davranma ve benzeri etik unsurlar hekim ile hasta arasındaki ilişkinin etik boyutunu yeniden tanımlamaktadır (86). Yararlılık ilkesinin yanına, özerkliğe saygı gibi farklı nitelikteki bir etik ilkenin eklenmesi hekimin sorumluluklarına da yeni bir boyut getirmektedir. Bu hususta hekim, paternalistik tutumuyla hastaya yaklaşmaktan ziyade, hastanın

kendi kararını vermesine fırsat tanıyacak ve hasta ile iş birliği yapacaktır. Bütün bunların uygulamada karşılığı hasta hakları olarak gün yüzüne çıkmaktadır (30).

Sağlık uğraşlarında, sağlık çalışanlarının önemli yükümlülüklerinden birisi özerkliğe saygı ilkesinin hayata geçirilmesidir (87). Özerklik yaşamın her safhasında azalma veya yok olma tehlikesi ile karşı karşıyadır. Bilinç kaybı, yaşlılık, bazı ruh hastalıkları gibi nedenlerden ötürü dönemsel özerkliğin kaybı veya azalışı görülebileceği gibi, ağır zekâ gerilikleri gibi durumlardan ötürü özerkliğin kaybı yaşam boyu sürebilmektedir. Özerkliğe saygı ilkesinin, temel bir etik ilke kabul edilmesinden dolayı özerkliğin geçici olarak bozulduğu hallerde bunu onarmak ahlaki açıdan öncelik taşımaktadır. Hastanın kendi hayatına ilişkin karar verebilecek durumda olmaması halinde hasta adına karar verme durumunda kalan sağlık çalışanları hastanın özerkliğine sadık kalarak kararları şekillendirmektedir. Tıbbi kararlar her ne kadar hastanın faydasına olsa da hastanın özerkliğinin göz ardı edilmeden alınmış olması önemlidir (70, 88).



Şekil 4. Yaşam sonu karar vermede hasta özerkliğine ilişkisel bir yaklaşımın şematik diyagramı.

Şekil 4'te özerklik ilkesinde birincil paydaşların etkileşimleri ve sosyokültürel bağlamın etkisi vurgulanmaktadır. Yaşam sonu uygulamaların analizinde dört ana paydaş yer almaktadır. Bu paydaşlar; hasta, sağlık ekibi, hasta yakınları ve sosyokültürel bağlamdır. Hasta, şematik diyagramın merkezinde yer almaktadır. Hasta, sağlık çalışanları ve aile, arkadaş, topluluk gibi ilişkilerle ortamla doğrudan etkileşim halindedir. Ayrıca, sağlık profesyonelleri ile hastanın ilişkisel çevresi arasında, sonunda hastayı etkileyecek olan önemli bir etkileşim bulunmaktadır. Bu etkileşimler bir boşluktan ziyade, etkileşimleri ve ilişkileri şekillendiren belirli bir sosyokültürel bağlamda gerçekleşmektedir. İlişkiler; beklentiler ve kısıtlamalarla birlikte, sosyal ve kültürel çerçeve tarafından koşullandırılmaktadır (89).

Özerklik ilkesi doğrultusunda, hastayı dikkatli bir şekilde dinleme, hastanın sorularını uygun bir biçimde yanıtlama, hastalığa ilişkin bilgileri hastaya aktarma ve bu bilgiler doğrultusunda hastanın kendi özerk tercihini yaparak özerk eyleme olanak tanımayı amaçlayan bir dizi kurallar ve rehberler geliştirilmektedir. Günümüzdeki etik kodlara bakıldığında özerkliğe saygı ilkesi kapsamında çok sayıda hüküm bulunduğu görülmektedir. Özerkliğe saygı ilkesi, hekimin tıbbi olarak varolan gücünü kötüye kullanımı hususunda caydırıcı bir etkiye sahiptir. Böylelikle hasta, kendi hayatını daha güçlü bir şekilde kontrol altında tutabilmektedir (30).

Tıp etiğinde anahtar bir ilke olan özerkliğe saygı ilkesi, yaşamın sonuna ilişkin etik tartışmalarda öne sürülen en belirgin ilkedir (90, 91). Detaylarını hukuki çerçeveye başlığı altında açıklayacağımız, Ovideo İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. Maddesi yaşamın son dönemine ilişkin durumlarda hastaların, ilerleyen zamanlarda kendi hayatları ile ilgili kararları veremeyecekleri bir duruma düşme ihtimallerini öngörmekte ve hastaların durumlarının değerlendirilmesinin yapılırken yaşamlarının sonuna dair arzularını hekimlerin ve sağlık çalışanlarının dikkate almasını sağlamaktadır (40). İlgili anlaşmanın 9. Maddesi'nde 'Önceden Belirtilmiş İstek' başlığı altında "*Girişim sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi girişim ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır.*" ibaresi yer almaktadır (92).

Yaşamın son dönemi, çoğunlukla hastaların kendilerini savunmasız ve oldukça zayıf hissettikleri bir dönemdir. Bu durum hastanın, karar verme yetkinliğini de olumsuz etkilemektedir. Zira yaşamın son dönemi, hasta bireyin kendi hayatına ilişkin özgür iradesiyle karar vermesi hususunda özerklik yetisinin yetersiz kaldığı veya tamamen ortadan kalktığı bir döneme eş değerdir. Dolayısıyla hastaların, yaşamın son döneminde özerklik ilkesi ekseninde kendisi ile ilgili mevcut durumu değerlendirmesi ve özerk karar vermesi bir sorun alanını oluşturmaktadır. Bu durumlarda, bilhassa zihinsel yetilerin kısıtlandığı veya gerilediği durumlarda, hasta bireyin sağlıklı zamanlarında nasıl düşündüğünü, neyi isteyip neyi istemediği sorgulamak, geleceğe dönük olarak bir beyanda bulunup bulunmadığını araştırmak yaşamın son dönemine ilişkin alınan kararların ayrılmaz parçasıdır. Bununla birlikte özerkliğin, hastanın tercih ettiği tedavinin, tıbbi durumu açısından uygun olmadığı hallerde dahi hastanın istediği her türlü tedaviyi alma hakkına sahip olduğu anlamına gelmediğini söylemekte fayda bulunmaktadır. Zira tıbbi kararlar, yalnızca hastanın isteği doğrultusunda şekillenen kararlar değildir. Bunun ötesinde, mesleki yükümlülükler ışığında, hasta bireyin tıbbi durumunun değerlendirilmesini gerçekleştiren hekim ile hastanın isteği arasında ortak bir uzlaşma ve karar birliği ile varılan kararlardır. Bu kararlar verilirken yararlılık ve zarar vermeme ilkesi kadar adil olma ilkelerinin de dikkate alınması ve dengelenmesi gerekmektedir (40).

2.2.4. Adalet İlkesi

Adalet kelimesinin sözlük karşılığı 'hak etme', 'doğruluk', 'hak kazanma' gibi anlamları içermektedir. Genel itibarıyla adalet kavramı, bireylerin toplumsal sorumluluklar ve kazanımlar arasında uyumun var olup olmamasına dayanmaktadır. Dağıtıcı adalet kavramı ise etik değerler doğrultusunda, toplumsal kaynakların, kazanımların ve sorumlulukların, bireysel niteliklere ve etkinliklere uygun bir şekilde dağıtımıdır. Bu bağlamda dağıtıcı adaletin sağlanması, bireyler tarafından oluşturulan güven, çaba, stres gibi çeşitli bireysel özelliklerle ilintili olarak gerçekleşebilmektedir (30, 74, 78).

Tıp etiği alanında temel ilkelere bir diğeri adalet ilkesidir. Adalet kavramının daha sıklıkla ve yaygın olarak kullanım alanı şüphesiz hukuktur. Adalet kavramının kullanımı yalnızca hukuk alanıyla sınırlı değildir. Zira insan hayatı ve toplum yaşamı inşasında adalet kavramı önemli bir yere sahiptir. Adalet kavramının günümüzde sık olarak kullanılmaya başladığı alanlardan birisi, sağlık uğraşları kapsamında değer sorunlarını ele alan tıp etiği alanıdır (55).

Tıp etiği alanında adalet ilkesi, bireylerin tıbbi olanaklardan ve toplumsal kaynaklardan adil olarak yararlanmalarını öngören etik ilkedir. Ancak uygulamadaki sorun, sağlık hizmetlerinde bulunan sınırlı kaynağın, adil ve dürüst bir biçimde nasıl paylaştırılacağına ilişkin uygun ve kesin bir ölçüt bulunup bulunmadığıdır. Tıbbi araçların ve olanakların toplumun her kesimine adil bir şekilde dağıtılması, ancak adalet ilkesinin gereklerine uygun davranarak mümkün olabilmektedir. Adalet ilkesinin önem kazandığı konulardan biri organ nakilleridir. Organ nakli sırasında karşı karşıya kalınan etik sorunlar bir dizi tartışmaları beraberinde getirmektedir. Organ nakli yapılacak olan hastaların sırasının neye göre ve nasıl belirleneceği bu temel tartışmalardan biridir (30). Bu bağlamda böbrek nakli yapılacak gençlerin yaşlılara tercih edilmesi, tıbbi kaynakların kullanımı sırasında toplumsal statüye göre karar verilmesi gibi durumlar, etik ikilemin çözümünde adalet ilkesinin dikkate alındığı örneklerdir (70).

Adalet ilkesinin, sağlık alanındaki karşılığı araç ve gereçten her türlü tıbbi hizmete kadar tıbbi kaynakların ihtiyaçlar doğrultusunda eşit ve dürüst bir biçimde dağılımıdır. Adalet ilkesi, yorumlanması ve uygulanması diğer ilkelere kıyasla belki de en zor olan etik ilkedir (93). Adalet ilkesi, sağlık profesyonellerinin çalışmalarında kaynakların dağılımına dair karşılaştıkları etik ikimlere yardımcı olacak bazı yanıtlar getirmektedir. Günümüzde adalet kavramı, sağlık alanında farklı düzeylerde yol gösteren bir etik ilke olarak kabul görmektedir. Adalet ilkesinin varlığını ciddi biçimde gösterdiği üç düzey şu şekildedir (93):

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi
- Sağlık kurumlarının yönetimi
- Klinik tanı ve tedavi

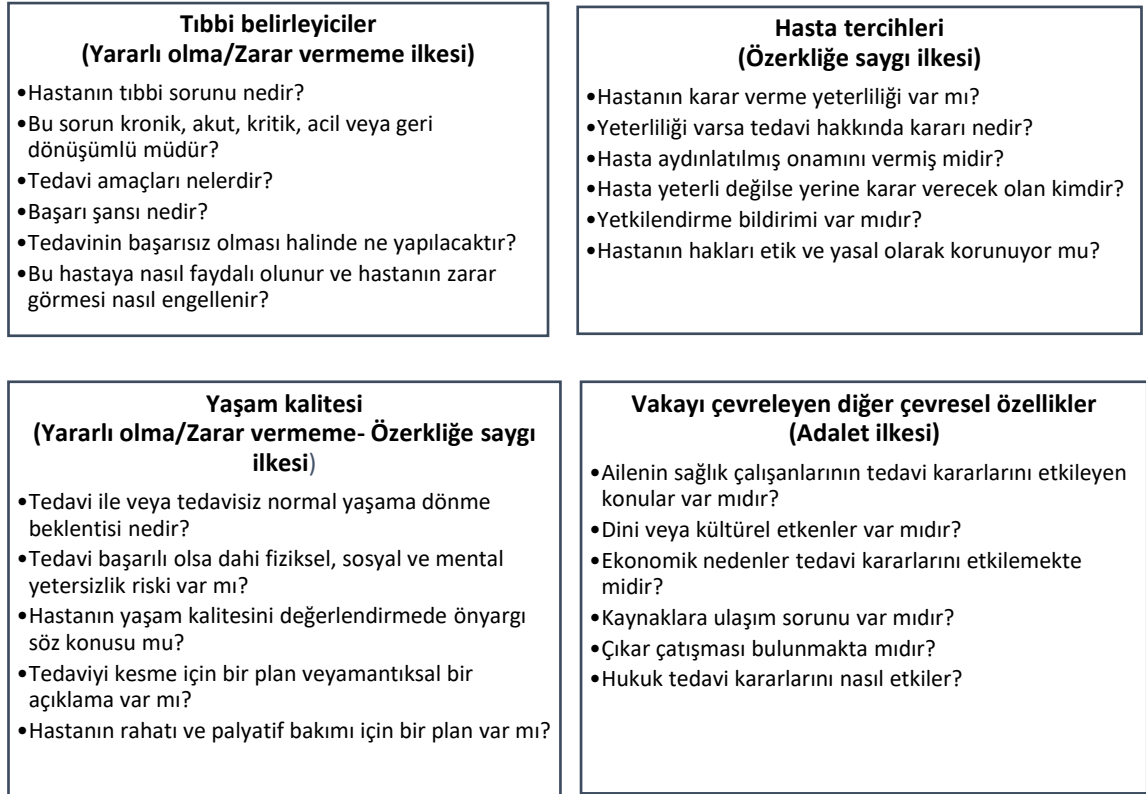
Farklı düzeylerde adalet ilkesinin işleyişini kısaca açıklamak gerekirse sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetiminde genel harcamalar içinde sağlık hizmetlerine ayrılan pay ve sınırlı kaynakların sağlık hizmetlerinde nasıl dağıtılacağı adalet ilkesinin göz önünde bulundurulması gereken iki konudur. Sağlık kurumlarının yönetiminde tıbbi hizmetlerin tanı ve tedavi sırasında nasıl paylaşılacağı adalet ilkesi ekseninde yanıt aranması gereken bir sorundur. Bir diğer düzey olan klinik tanı ve tedavide ise esas sorun mevcut tıbbi imkanların hastalar arasında nasıl pay edileceğidir (55).

Ülkelerin sağlık sistemleri, adalet ilkesinin uygulanması hususunda önemli birer belirleyicidir. Sağlığın kişiden kişiye değişen bir olgu olması nedeniyle mutlak eşitlikten söz etmek mümkün değildir. Doğumsal sebeplerle başlayarak, yapısal faktörler, bireysel yaşam tarzı, çevresel etkiler ile şekillenen sağlık düzeyi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda sağlık ihtiyaçları da insanlar arasında veya toplumlar arasında önemli ölçüde değişebilmektedir. Sağlıkta eşitlik denince insanların tamamının eşit sağlık durumunda olması değil, bir ülkedeki vatandaşların tamamının sağlık hizmetlerine erişimde eşit olanağa sahip olması kastedilmektedir (52).

Adalet ilkesi ışığında hastaların nitelikli sağlık hizmetlerine hakkaniyetle ve adil bir biçimde erişebilmesi hakkı, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 3. Maddesi'nde yer almaktadır. İlgili maddede yer alan *“Taraflar; sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları göz önüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir biçimde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır”* ibaresi adalet ilkesine atıf yapmaktadır (92).

Tıp etiğinde temel ilkeler olarak kabul gören yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkesinin vaka değerlendirme sürecinde nasıl kullanılacağı ve yaşam sonu kararlar da dahil olmak üzere etik karar verme süreçlerinde birer pusula olarak ele alınacağını gösteren 'dört kutu yaklaşımı' bulunmaktadır. Etik ilkelerin uygulamadaki yansımalarını somut bir şekilde görmemize yardımcı olan bu yaklaşımı, Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik etikçi olan Albert R. Jonsen, Mark Siegler ve William J. Winslade tarafından kullanılmaktadır. Dört kutu yaklaşımına göre her vakada değerlendirilmesi

ve araştırılması gereken dört temel unsur yer almaktadır. Bu unsurlar tıbbi belirleyiciler, hastanın tercihleri, yaşam kalitesi kavramı ve vakayı çevreleyen diğer çevresel özelliklerdir. Bu bağlamda etik karar verme süreci içerisinde vakaya ilişkin sorulması gereken sorular ve bu soruların ilişkili oldukları etik ilkeler Şekil 5'te verilmektedir. Etik karar verme sürecinde bu dört unsurdaki yer alan soruların cevaplanmasının ardından karar verilmesi önem teşkil etmektedir (94).



Şekil 5. Dört kutu yaklaşımı

2.3. Yaşam Sonu Karar Verme Süreci ile İlgili Hukuki Çerçeve ve İlgili Kavramlar

Tıp etiğinde yer alan yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkesinin temeli Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile düzenlenen insan hak ve özgürlüklerine dayanmaktadır. Avrupa İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi ile, bu ilkeler tıp alanına uyarlanmıştır (40). Çalışmanın bu kısmında yaşam sonu karar verme sürecine ilişkin hukuki çerçeve çizilecektir.

Yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma ilişkin kararlar hukuki düzlemde tam ehliyetsiz kişiler olarak ifade edilen ayırt etme gücü olmayan kişiler ve bu konuda ehliyeti sınırlı olan kişiler başka bir ifadeyle küçükler ve vesayet altına alınmış olan kişiler bakımından ele alınmaktadır (41).

Fiili ehliyet açısından kişilerin durumuna hukuki açıdan bakıldığında kişiler iki grupta incelenmektedir. İlk grup tam ehliyetliler olup, temyiz kudreti (ayırt etme gücü) bulunan ve yetişkin (reşit, ergin) kişiler tam ehliyetli kimselerdir. Ayırt etme gücü bulunan ve yetişkin olan kişiler, aydınlatılmış onamlarıyla birlikte yaşam sonu bakım ve tedaviye ilişkin tıbbi kararlara katılabilir. Böyle durumlarda hekim, kişilerin isteklerine uymak zorundadır (41).

İkinci grup ise rızasını (onamını) açıklayamayan kişilerden oluşmaktadır. Rızasını açıklayamayan kişiler; tam ehliyetsizler ve sınırlı ehliyetsizler olmak üzere iki kategoride ele alınmaktadır. Tam ehliyetsizler akıl sağlığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk veya benzeri sebeplerden dolayı tıbbi müdahale için onamını açıklama yeteneğinden yoksun olan 'ayırt etme gücü bulunmayan erginler'dir. Ayırt etme gücü bulunmayan çocuklarda, yaş küçüklüğü sebebiyle tam ehliyetsiz grubunda değerlendirilmektedir. Yukarıda belirtilen sebeplerden dolayı ayırt etme gücü bulunmayan yetişkinler kural gereği bir vasinin, küçükler ise anne babalarının gözetimi ve koruması altındadır. İkinci kategori olan sınırlı ehliyetsizler kategorisinde, ayırt etme gücü bulunan kısıtlılar ve küçükler yer almaktadır. Bu kategoride yer alan küçükler anne babalarının velayeti, kısıtlılar ise vasinin koruma ve gözetimi altındadır (41, 95).

Oviedo İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Avrupa Konseyi tarafından hazırlanmış olup 4 Nisan 1997 tarihinde İspanya'nın Oviedo kentinde imza altına alınmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi 3 Aralık 2003 tarihli ve 5013 sayılı Kanun ile sözleşmenin onaylanmasını uygun bulmuştur. Böylelikle kısaca Oviedo Sözleşmesi olarak adlandırılan "***Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsanın Onurunun Korunması Hakkındaki Sözleşme***" Türk hukukunda yerini almıştır (96). Oviedo Sözleşmesine göre sağlık alanında herhangi bir müdahale ancak kişinin serbest ve aydınlatılmış rızasıyla yapılabilir. Sözleşmenin 5. Maddesinde yer alan ibareye göre *'Sağlık alanında herhangi bir girişim, ilgili kişinin bu girişime özgürce ve*

bilgilendirilmiş bir şekilde rıza(onam) vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, girişimin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, verdiği onamı her zaman, serbestçe geri çekebilir' denilmektedir (41, 92).

Oviedo Sözleşmesi'ne göre rızasını açıklama yeteneği olmayan kişilere tıbbi müdahale, kişinin doğrudan yararı için yapılabilmektedir. Akıl hastalığı, hastalık ve benzeri sebeplerden dolayı herhangi bir tıbbi müdahale için rızasını açıklama yeteneği bulunmayan kişilere tıbbi müdahale yapılabilmesi için, ilgili kişinin temsilcisinin veya yasa ile belirlenen bir makam, kişi veya kurumun izni gerekmektedir. Sözleşme ciddi bir akıl hastalığı bulunan kişiler için ek koruyucu önlemleri de içermektedir. Oviedo Sözleşmesi'nin 7. Maddesine göre kişi, kendisini ciddi bir biçimde etkileyen akıl hastalığına sahipse ve bu nedenle yasa tarafından koruma altına alınan kişinin sağlığına önemli ölçüde zarar verecek sonuçlar ortaya çıkarmaması şartıyla, mevcut akıl hastalığını kontrol altında tutmak, tedavi etmek ve gözlemlemek üzere herhangi bir tıbbi girişim kişinin rızası olmaksızın uygulanabilmektedir. Sözleşmede ayırt etme gücü olmayan kişilerin izin sürecine dahil edilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Bu bağlamda sözleşmenin 6. maddesinin 3. fıkrasında akıl hastalığı, bir hastalık veya buna benzer sebeplerden dolayı tıbbi girişime rıza gösterme yeteneği bulunmayan bir yetişkine yalnızca temsilcisi veya yasa ile belirlenen kişi ya da makam izni ile girişimde bulunulabilir. İlgili kişi olanaklar dahilinde izin verme sürecine katılacaktır ibaresi yer almaktadır. Tıbbi müdahale için kişinin var ise önceden açıklamış olduğu isteklerin göz önüne alınması gerektiği daha önce de belirtildiği gibi Sözleşme'nin 9.maddesinde belirtilmektedir (41, 92).

Rızasını açıklama yeteneği olmayan küçüklerde de durum benzerlik göstermektedir. Tıbbi müdahale küçüğün, kanuni temsilcisi, yasa ile belirlenmiş bir makam, kişi veya kurum izniyle gerçekleştirilebilmektedir. Küçüğün karar vermeye yetkili temsilcisinin verdiği kararlarda, küçüğün tıbbi yararının ve üstün çıkarının göz önünde bulundurulma yükümlülüğü vardır. Rızasını açıklama yeteneği olmayan küçüklere ilişkin durum Oviedo Sözleşmesinin 6. maddesinin 2. fıkrasında ele alınmış

olup küçüğün yaşı ve olguluk derecesi göz önünde bulundurularak küçüğün de tıbbi müdahale bakımından görüşünün alınması gerektiği vurgulanmaktadır (41, 92).

Yaşam sonu ile ilgili karar vermeye ilişkin hukuki düzenlemelerde **Amerika Birleşik Devletleri**'nin yasal mevzuatına bakıldığında ayırt etme gücü, herhangi bir kişinin temel ihtiyaçlarına ilişkin kararları alabilme ve bilgileri kavrayabilme yeteneği olarak karşılık bulmaktadır. Ayırt etme gücünden yoksun olma ise akıl hastalığı, akıl zayıflığı, fiziksel rahatsızlıklar, kronik ilaç kullanımı, kronik intoksikasyon ve benzeri nedenlerden dolayı uygun biçimde hareket edebilme ve davranışlarda bulunma yeteneğinden yoksun; algılama eksikliği olması, kişinin kendisine ilişkin kararları alamaması ve iletişim kuramaması gibi durumlar ayırt etme gücünden yoksunluk olarak kabul edilmektedir. Ayırt etme gücü bulunmayan kişiler ise bir koruman (mahkemece atanmış vasi) gözetimi ve koruması altındadır (41, 96, 97).

Korumanın başka bir ifadesi ise vasinin, velayeti altındaki bireyin sağlığına ilişkin özen gösterme yükümlülüğünün bulunması şeklindedir. Rutin müdahaleler için vasi kendi takdir yetkisini kullanırken, organ nakli, önemli bir ameliyat gibi daha ciddi durumlarda yargıcın takdir yetkisine başvurulmalıdır. Bu durum daha çok A.B.D.'de tercih edilmektedir. Tıbbi tedavi ve bakım hizmeti sunan tıbbi bakım sağlayıcılar, hastanın ayırt etme gücünü kaybetmesi durumunda tıbbi kararlar için önceden atanmış sürekli bir temsilci varsa o kişiye başvurmak, ilgili temsilcinin görüşünü almak durumundadır. Bunun yanı sıra hasta kişinin daha önceden vermiş olduğu talimatlar ve açıklanmış istekleri de göz önünde bulundurulmalıdır (41, 97).

Yaşam sonu kararlarına ilişkin eyalet hukuklarına bakıldığında Washington Eyaleti'nde hastanın rızasını açıklama yeteneği yoksa tıbbi karar alma hususunda iki yol izlenmektedir. Bu yollardan ilki 'önceden verilmiş talimatlar'dır. Böylece hastanın, kendi sağlığına ilişkin önceden verilmiş tıbbi kararlarının olması durumunda bu kararlar dikkate alınmaktadır. Şayet kişinin önceden verilmiş talimatları yoksa ikame karar alma mekanizması harekete geçmektedir. İkame karar alma mekanizmasına göre hastanın sağlığıyla ilişkili karar almaya yetkili kişi veya kişiler öncelik sırasına göre şu şekildedir:

1. Varsa, hastanın atanan vasisi;

2. Varsa, hastanın sağlıkla ilgili karar verme yetkisini içeren kalıcı bir vekaletname verdiği kişi;
3. Hastanın eşi;
4. Hastanın en az on sekiz yaşında olan çocukları;
5. Hastanın ebeveynleri;
6. Hastanın yetişkin erkek ve kız kardeşleri (41, 98).

Minnesota Eyalet hukukuna göre, yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakım kararlarında vasi, temsilcisi olduğu kişinin şimdilerdeki açık arzularını dikkate almak durumundadır. Vasinin göz önünde bulundurması gereken diğer unsurlar ise hastanın geçmiş yaşantısındaki dinsel inançları, açıklanmış istekleri ve değer yargılarıdır. Bunlara ek olarak vasinin, tıbbi karara ilişkin ilgili aile bireylerinin de fikrini öğrenmesi gerekmektedir. Söz konusu karar yaşam desteklerini sonlandırma gibi önemli durumlarla alakalı ise vesayet mahkemesinin müdahalesi ve kararına başvurulmaktadır (41).

New York eyalet hukukuna bakıldığında sağlık bakımı, sağlık bakımı temsilcisi, sağlık bakımı için yetkilendirme belgesi kavramları karşımıza çıkmaktadır. Kamu Sağlığı Kanunu'na göre her yetişkinin bir sağlık bakımı temsilcisi olması öngörülmektedir. Sağlık bakımı ile kişinin fiziksel ya da ruhsal hastalığının tanı ve tedavisine ilişkin hizmetler ifade edilmektedir. Sağlık bakımı temsilcisi ise sağlık bakımı için yetkilendirme belgesi ile yetkili kılınmış ve ilgili kişiye ait sağlık bakımına yönelik kararlar bakımından rızasını açıklayacak kimsedir. Sağlık bakımı yetkilendirme belgesi, ayırt etme gücü olan yetişkinler tarafından dzenletilmektedir. İlgili belgede bahse konu olan kişinin ve iki tanığın imzası bulunmaktadır. Temsilcinin, temsil ettiği kişinin sağlığına ilişkin karar verme sürecinde şu adımları takip etmesi öngörülmektedir:

1. Hekim, hemşire, psikolog, sosyal yardımcıya karar vermeden önce danışmak,
2. Bilinmesi halinde yetki veren kişinin dinsel, ahlaksal inançlarını, isteklerini ve talimatlarını göz önünde bulundurmak,

3. Yaşamın sonuna ilişkin isteklerin bilinmemesi ve dikkatli bir araştırma neticesinde belirlenememesi durumunda temsil edilen kişinin yararına davranışta bulunmak (41).

Amerika Birleşik Devletleri'nin ardından **Alman** hukuku bağlamında yaşamın sonuna ilişkin tıbbi karar verme konusu ele alınacaktır. Alman hukukunda fiziksel, zihinsel veya psikolojik bir hastalığı bulunan veya hastalığından dolayı işlerini göremeyen yetişkinlere Vesayet Mahkemesi tarafından koruman (vasi) atanmaktadır. Vasi atamaları, kişinin istemi üzerine yapılmaktadır. Kişinin ayırt etme gücünü kaybetmesi durumunda tıbbi müdahale ve tedaviye ilişkin kararlar açısından hastanın talimat vermesi söz konusudur. Hastanın talimat vermesi halinde vasi, hastanın talimatları doğrultusunda hareket etmektedir. Hastanın herhangi bir talimatının bulunmaması halinde vasi, hastanın tedaviye ilişkin isteklerini ya da farazi ifadesini bulmaya çalışmaktadır. Bunun yanı sıra terapötik tedavi ve ameliyat süreçleri için vasinin izni yeterli olmamaktadır. Bu tür durumlarda vesayet mahkemesi tarafından ilgili işlem için onay gerekmektedir. Alman hukukunda da küçükler anne babalarının gözetimi ve koruması altındadır. Yaşamın sonu aşamasında tedavinin kesilmesine yönelik kararlar bu bağlamda ana babanın çocuğu gözetleme ve koruma yükümlülüğüne dahildir (41).

Avusturya hukukuna bakıldığında Alman hukukuna benzer şekilde küçüklerin ana ve babalarının bakım ve gözetimi altında olduğu görülmektedir. Tıbbi müdahale ve tedaviye ilişkin kararların küçüklerin ana ve babaları tarafından verilirken çocuğun ayırt etme gücünün bulunması halinde karar verme sürecinde çocuğun da düşüncelerinin alınması gerekmektedir. Avusturya hukukuna göre küçüklerin dışında ruhsal ve zihinsel engelli erginlere ve diğer engelli kişilere vasi atanması uygun görülmektedir. Yaşam sonu bakım ve tedavisine yönelik kararlara bakıldığında ise kişi, vasi gözetimi ve bakımı altında ise vasinin rızası gereklidir. Vasinin olmadığı ancak kişinin de rızasını açıklama yeteneğinin bulunmadığı durumlarda yakın hısımlarla iletişime geçilmesi uygun görülmektedir. Yakın hısımlar ile kastedilen akrabalar ilgili

kişinin annesi, babası, ergin çocukları, evli eşi veya aynı evde 3 yıl ve üzeri süredir beraber yaşama koşuluyla partneridir (41).

İsviçre hukukunda küçükler ve ayırt etme gücü bulunmayan erginler kanuni temsilcileri tarafından temsil edilmektedir. Erginler vesayet altında dahi bulunsalar, ayırt etme gücüne sahip olmaları halinde tıbbi müdahalelere ve tedaviye ilişkin kendileri karar verebilmektedir. Şayet vesayet altındaki yetişkin ayırt etme gücüne sahip değilse tıbbi kararlarda vasinin kararı önem taşımaktadır. Ancak vasinin tek başına verdiği karar tıbbi müdahale ve tedavi için yeterli olmamaktadır. Verilen kararın vesayet makamları tarafından onaylanması gerekmektedir. İsviçre hukukunda küçüklerde de durum benzerlik göstermektedir. Anne ve babalarının bakım ve gözetimi altında bulunan küçükler, ayırt etme gücüne sahip olmaları halinde yaşam sonu bakım ve tedaviye ilişkin kararlarda yalnızca yasal temsilcilerinin rızası yeterli olmamaktadır. Bu tür durumlarda küçüğün de rızası gerekmektedir (41).

Türk Medeni Kanunu'na göre vesayet altına alınmış kişinin ayırt etme gücüne sahip olması halinde yaşam sonu bakım ve tedavi kararlarını vermeden önce vasi, vesayet altında bulunan kişinin görüşüne başvurmakla sorumludur. Kişinin ayırt etme gücüne sahip olmaması durumunda tıbbi müdahaleler için vasinin kararı esas alınmaktadır. Ancak yaşam sonu bakım ve tedaviye ilişkin kararlarda vasinin vermiş olduğu karar yeterli olmamaktadır. İsviçre Hukukuna benzer şekilde vesayet makamı tarafından kararın onaylanması gerekmektedir. Ergin olmayan küçükler ise ana babalarının gözetim ve koruması altındadır. Bir başka deyişle küçüğün yasal temsilcisi anne ve babasıdır. Yaşam sonu kararlarına ilişkin küçüklerde durum iki kategoride ele alınmaktadır. İlk kategoriyi ayırt etme gücü olmayan küçükler oluşturmaktadır. Bu grupta yer alan küçüklerin yaşam sonu bakım ve tedavi kararlarında çocuğa kayyım atanması ve kayyımın kararına üstünlük tanınması uygun görülmektedir. Küçüğün ayırt etme gücüne sahip olması halinde ise yaşam sonu bakım ve tedavi kararlarında küçüğün görüşünün ve rızasının da alınması gerekmektedir (41, 95, 98). Türk hukukunda yaşam hakkı doğumdan önce başlamakta ve ölümlle son bulmaktadır. Oldukça önemli ve değerli olarak kabul edilen yaşam hakkının, üzerinde tasarruf edilemeyen bir hak olduğu Türk hukukunda kabul gören genel bir kuraldır (99).

2.3.1. Tıbbi Karar Verme Kapasitesi

Yaşam sonu karar verme sürecine ilişkin hukuki çerçevenin çizilmesinin ardından konuya ilişkin ele alınması gereken önemli kavramlardan birisi de karar verme kapasitesidir. Bireyler herhangi bir hastalık veya sakatlık durumunda, kişilerin bağımsız yaşamlarını zedeleyen ve özerkliklerini zorlayan engellerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu engellerden kişinin hayatını ciddi bir biçimde etkileyenlerden biri, özerkliğin zarar görmesi nedeniyle tıbbi yardım, müdahale, tedavi ve bakıma ilişkin kişilerin karar verme yeterliliğinin olumsuz yönde etkilenmesidir (100). Kişilerin hayatlarına etki eden bu sorun, tıbbi karar verme kapasitesi konusunun sağlık alanında ele alınmasını gerekli kılmıştır. Tıbbi karar verme kapasitesi, tıbbi müdahalelere, tedaviye veya bakıma ilişkin mantıklı seçimler yapabilme, seçenekleri tartışabilme yeterliliğini ifade eden bir işlemdir (101).

Tıbbi karar verme eylemi, hasta bireyin kendisine sunulan tedavi ve bakım seçeneklerini kabul etme veya reddetme yeterliliği, kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Daha genel bir ifadeyle, karar verme kapasitesi, bir hastaya ait karar verme yeterliliğini işaret etmektedir. Hastanın tedavi veya bakıma ilişkin sağlık çalışanları tarafından kendisine verilen bilgileri anlayabilmesi ve kavrayabilmesi, tıbbi durumuna ve bu durumun olası sonuçlarına ilişkin bilgilendirmeleri anlayabilmesi, seçenekleri tartışabilmesi ve sunulan tedavi ve bakım seçeneklerine ilişkin kendi değerleri çerçevesinde sunulan seçenekleri tartışabilmesi hastadan karar verme yeterliliği konusunda beklenen durumlardır (94).

Hastanın tıbbi karar verme sürecine katılımı için yeterlilik düzeyini belirlemek hastanın karar verme kapasitesi ile doğrudan ilişkilidir. Karar verme kapasitesi ile ifade edilen kavram hastanın belirli bir tıbbi müdahaleye veya tedaviye ilişkin kendi özerk karar verme durumu ile ilgilidir. Hastanın yeterliliğinde herhangi bir kısmi veya tam bir sorun çıkması halinde hastanın karar verme kapasitesi zarar görmektedir. Dolayısıyla hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının etik bakımdan bir yanılgıya düşmemesi açısından hastaların karar verme kapasitesini değerlendirmesi önem arz etmektedir (55).

Literatürde hasta bireyin tıbbi bağlamda kendi sağlığına ilişkin karar verme kapasitesine sahip olup olmadığını anlama ve değerlendirme üzerine dört temel kritere vurgu yapılmaktadır. Bu kriterler anlama, değerlendirme, muhakeme etme ve seçim yapmayı ifade etmektedir. Anlama kriterine göre hasta kendi sağlık durumuna ilişkin mevcut durumu anlayabilme yeteneğine sahip olmalıdır. Sağlık durumunu anlayan hasta, bu durumu değerlendirmek adına değerlendirme yeteneğine sahip olmalı ve bunu kullanmalıdır. Edindiği bilgileri değerlendirmesinin ardından olası seçenekleri muhakeme edebilmeli ve yapmış olduğu seçimi ifade edebilmelidir. Hekimin, hastanın karar verme kapasitesini değerlendirirken bu dört unsurun her birini ayrı ayrı ele alması ve hasta tarafından bu unsurların karşılanması gerekmektedir (102).

Tıbbi karar verme kapasitesinin ise üç yönü bulunmaktadır. Bir hastanın karar verme kapasitesine sahip olduğunu kanısına varmak adına bu üç yönün de hastada mevcut olması gerekmektedir.

1. *Anlamak*: Karar verme kapasitesi, bir hastanın hastalığı, tedavi seçeneklerini ve doktorun tavsiyeleri hakkındaki ilgili bilgileri anlayabilmesi anlamına gelmektedir.
2. *Değerlendirme*: Karar verme kapasitesi, bir hastanın, belirli bir tıbbi kararın kendisi için iyi olduğuna karar vermesini sağlayacak bazı değerler çerçevesine sahip olduğu anlamına gelmektedir.
3. *Akıl yürütme*: Karar verme kapasitesi, bir hastanın, tıbbi müdahale seçeneklerinin tamamının olası etkileri hakkında düşünebileceği ve akıl yürütebileceği anlamına gelmektedir. Akıl yürütme kriteri, hastanın neden-sonuç ilişkilerini, olasılık ve yüzde kavramlarını ve “eğer x, öyleyse y” akıl yürütmelerinin temel biçimini kavrayabileceği anlamına gelmektedir (103).

Karar verme kapasitesinin temel niteliği, hasta bireyin bilişsel ve duygusal fonksiyonlarıdır. Bilişsel ve duygusal işlevler; hatırlama, yargılama, muhakeme, dikkat, içgörü, hesaplama, dil, iletişim gibi fonksiyonlardır. Bu fonksiyonların her biri

her hastada farklılık gösterebilmekte, farklı derecede zarar görerek karar verme kapasitesini farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Yetişkinlerde demans, alkol-madde kullanımı, deliriyum, depresyon, anksiyete, şizofreni gibi bazı psikiyatrik ve zihinsel bozukluklar kişilerin karar verme kapasitesine zarar vermektedir. Hastanın sağlık durumunu anlayabilmesi, tedavi seçeneklerini kavrayabilmesi, tedavinin yapılmaması halinde olası sonuçların neler olacağını öğrenebilmesi, bir karara vararak bu kararı iletebilmesi, sürecin her bir basamağında sürece ilişkin değerlendirme yapabilmesi hastanın tıbbi karar verme kapasitesiyle ilişkili sorumluluklarındandır (55).

Esasında, sağlık uğraşlarında karar verme yeterliliği ile sorumluluk kavramları yakından ilişkilidir. Zira hastanın, kendi sağlık durumuna ve bakımına ilişkin sorumluluğu bulunmaktadır. Özerklik ilkesi ile ilintili olarak tıbbi bağlamda, hastanın tedavi ve bakımına dair en iyi kararın hasta bireyin kendisi tarafından verileceği düşünülmektedir. Hastanın verdiği kararlar, gerçekleştirilecek olan her türlü müdahalede önemli bir unsur olması nedeniyle hekimin hastanın karar verme kapasitesini kapsamlı bir şekilde değerlendirmesi önemlidir (94, 104, 105).

Hastayı tedavi eden hekimin hastaya faydalı olabilmesi ve zarar vermemesi için hekim ile hasta arasında kurulan ilişki önemlidir. Bu ilişkilerin özünü, hastayı anlamak, değerlendirmek ve yapılacak tıbbi müdahaleyi veya tedaviyi en iyi biçimde sürdürmek oluşturmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki etkileşim ve kurulan iletişim tedavi süreci boyunca hasta ve hekim iş birliğini, ortak karar almayı ve uygulamayı içerisinde barındırmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki ortaklığın sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi, sorunun tanımlanması, çözüm üretme, çözümleri değerlendirme, gerekli bilgilerin hastaya aktarılması, çözümün belirlenmesi, uygulamanın gerçekleştirilmesi, sonuçların değerlendirilmesi hastanın yeterliliği ile yakından ilgilidir. Yeterlilik ise hastaya ve duruma özgü bir olgudur. Yeterlilik bireyin, belirli bir zamanda kendisine sunulan seçenekler arasında anlamlı bir seçim yapma kapasitesini ifade etmektedir. Yeterlilik kavramı genellikle özerklik kavramı ile ilişkilendirilmektedir (106).

Hastanın karar verme kapasitesinin tıbbi, etik ve yasal bağlamda önemi büyüktür. Farklı bağlamların her birinde hastanın karar verme kapasitesi aydınlatılmış

onam ile yakından ilgilidir. Hekimin, hastanın karar verme kapasitesini belirlemeye ilişkin yaptığı değerlendirmede ve aydınlatılmış onam alırken hastanın özerkliğini korumak ile tıbbi yararada bulunmak arasında kalması olasıdır. Nitekim, karar verme kapasitesi yeterli olmayan hastalardan alınan aydınlatılmış onamla tıbbi müdahalede bulunulması hastaya zarar verebilecek bir eyleme dönüşebilmektedir. Bu noktada hekime yol gösterecek önemli belirteçlerden birisi hastanın mevcut tıbbi durumunun özellikleridir. Zira hastanın tıbbi durumu, bireyin hem bilişsel hem de duygusal yeteneklerini etkilemektedir. Tıbbi durumu ile bağlantılı bu değişkenlerin göz önünde bulundurularak hastanın karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi şüphesiz hekimin mesleki sorumlulukları arasında yer almaktadır (55).

Yeterlilik değişkenlik gösteren bir konu olması nedeniyle yeterliliğin değerlendirilmesi konusu dikkate alınmalı ve uzman kişiler tarafından yapılmalıdır. Kişinin tıbbi karar verme sürecinde yeterliliği değerlendirmek önem arz etmektedir. Yetersizliğin analizi sırasında oluşturulan bazı standartlar şunlardır;

1. Bir tercih veya seçimde iletişim ve ifade yetersizliği,
2. Birinin durumunu ve sonrasını anlamada yetersizlik,
3. Konu ile ilgili bilgileri anlamada yetersizlik,
4. Neden göstermede yetersizlik,
5. Akılcı bir neden göstermede yetersizlik,
6. Risk-yarar bağlantılı anlayış ortaya koymada yetersizlik,
7. Bir konuda karar verebilme yetersizliği (106).

Hastanın tıbbi tedaviyi onaylama yeterliliğini değerlendirme ise benzer şekilde birçok bileşenin göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir. Hastanın karar vermeyi ve sonuç çıkarmayı anlama kapasitesine sahip olması, isteyerek ve zorlama olmaksızın karar vermesi, hastalığı ve prognozu anlaması, tedavi seçimlerinin ya da tedavi olmanın yarar ve risklerini anlaması hastanın karar verme kapasitesini değerlendirirken incelenmesi gereken unsurlardır (106).

Hastanın karar verme kapasitesini değerlendirmeye yönelik yapılandırılmış kapasite değerlendirme araçları bulunmaktadır. Bu araçlar hastanın karar verme kapasitesinin çok boyutlu ve eksiksiz değerlendirilmesi hususunda hekimlere ve sağlık

çalışanlarına yardımcı olmaktadır (107, 108). Bununla birlikte ağrı, kilo kaybı, ilaçlar gibi birçok tıbbi faktör hastanın karar verme sürecinde etkili olabilmektedir (106). Karar verme kapasitesine dair standartların yer aldığı ve duruma göre düzenlenebilir olan, literatürde yer alan ölçme araçları şunlardır:

- MacArthur Karar Verme Kapasitesi Değerlendirme Ölçeği
- Kapasite Görüşme Çizelgesi
- Yeterlilik ve Yetersizlik Değerlendirme Amaçlı Yapısal Görüşme Testi ve Puanlama Envanteri
- Kapasite Değerlendirme Aracı (107, 108)

2.3.2. Tıbbi Vasiyet Kavramı

Hasta haklarının uygulamaya geçmesi ile tıbbi vasiyet kavramı etik alanında önemli bir öge haline gelmiştir. Tıbbi vasiyet, bir kişinin yaşamının ilerleyen dönemlerinde karar verme kapasitesini kaybetme ihtimaline karşı olası tıbbi müdahalelere ilişkin kişinin fikrini, görüşünü ifade eden yazılı belgelerdir. Tıbbi vasiyet gibi yazılı belgeler, hastaların haklarının korunmasına ve uygulamaya geçirilmesine aracılık etmektedir. Genel nitelik bakımından tıbbi vasiyetlere bakıldığında, hastaların yaşamı uzatacak, sürdürecektir tıbbi müdahalelerin uygulanmaması yönünde fikir beyan ettikleri görülmektedir. Kendi hayatlarına dair tıbbi kararları bildirmenin yanı sıra tıbbi vasiyetler, kişilerin karar verme kapasitelerini kaybetmeleri halinde kendi adlarına karar verecek kişi ya da kişileri belirlemeye de aracı olmaktadır (55).

Tıbbi vasiyet (living will) terimi ilk olarak 1969'da Amerikalı avukat Louis Kutner tarafından kullanılmıştır. Belge, bir kişinin isteklerini belirttiği için bir irade ve isteğin yazılı hale getirilmiş halidir. Tıbbi vasiyet hasta kişi ölmeden önce uygulamaya geçen bir belge olması nedeniyle terim içinde 'living' kelimesi yer almaktadır. Geçmişte, aynı zamanda bir ileri direktif, bir ileri ret veya bir ileri beyan olarak da bilinen tipik tıbbi vasiyet, hastaların yalnızca yaşamı uzatmayı veya sürdürmeyi amaçlayan tıbbi müdahaleleri veya tedavileri reddetmesine izin vermektedir. Günümüzde ise bir birey, 'Makul olarak mümkün olduğu kadar uzun süre hayatta kalmak istiyorum ve tüm uygun tıbbi tedaviye rıza gösteriyorum' veya 'Hayatımı

uzatmayı veya yapay olarak sürdürmeyi amaçlayan tıbbi tedaviyi reddediyorum' arasında seçim yapmaktadır (109).

Karar verme kapasitesine sahip yetişkin bireylerin gelecekte bu kapasitelerini kaybetme olasılığına karşılık sağlık tercihleri hakkında talimat vermeleri mümkündür. Kendi görüşlerini belirtebilecekleri gibi kişiler, karar verme kapasitelerini kaybetmeleri durumunda kendi yerine karar verecek kişi veya kişileri de belirleme hakkına sahiptir. Bu talimatlar tıp etiğinde, tıbbi vasiyet kavramı ile karşımıza çıkmaktadır. Birçok kişi tıbbi kararlara yönelik fikirlerini sözel olarak ifade ederken az sayıda insan bu taleplerini yazılı hale getirmektedir. Son dönemlerde vejetatif durumdaki insanlardan yaşamı sürdürme tedavisinin geri çekilip çekilmeyeceği konusundaki anlaşmazlıklar nedeniyle yaşamın sonuna dair tıbbi tedavi ve bakım kararlarına yönelik tıbbi vasiyet bildiren kişi sayısında artış meydana gelmiştir. Kişiler, tıbbi vasiyet ile tıbbi tedavi isteklerini geleceğe yansıtabilmektedir (110, 111).

Tıbbi vasiyetler, gelecekte sağlık durumlarıyla ilgili bir karara, zihinsel yetersizlik veya fiziksel engellilik iletişimi engellediği için katkıda bulunamayacak olmaları durumunda, insanların tıbbi müdahale, tedavi ve bakıma ilişkin isteklerini kaydetmektedir (112). Tıbbi vasiyetin içeriği genel itibarıyla şu şekilde örneklendirilebilmektedir: 'Gelecekte karar veremeyecek bir duruma gelmem halinde ve fiziki-mental sağlığımı geri dönüşümsüz biçimde kaybettiğim bir zaman olursa ölüme terkedilmeyi, ölümüne izin verilmesini istiyorum. Yapay yöntem ve araçlarla yaşamımın uzatılmasını istemiyorum.' (55).

Yukarıdaki örneğe benzer şekilde kişilerin gelecekteki tedavi isteklerine ilişkin önceden bildirilen yönergeler genellikle genel terimlerle çerçevenmektedir. Bazen, belirli bir tedavi isteğinin yerine getirilmesi için olması gereken koşullarla ilgili belirli ayrıntılara da yer verilmektedir. Tıbbi vasiyet belgesini kişi basit ifadeler ile kendi hazırlayabileceği gibi bu belge, daha kapsamlı bir şekilde tasarlanıp resmi olarak da belgelenebilir. Tıbbi vasiyet hazırlama sürecine bazen bir direktif yazmanın yararları ve sonuçları hakkında ek girdi sunan avukatlar da dahil olmaktadır. Kişiyeye bağlı olarak kişinin akrabaları veya sevdiği kişiler sürece dahil olabilmektedir. Tıbbi vasiyet düzenli olarak güncellenebileceği gibi kişinin istemesi halinde iptal de edilebilmektedir (111).

Tıbbi vasiyet, hekimleri bir hastanın hastalığın terminal aşamasında belirli şekillerde hareket etmeye yönlendiren bir ifadedir. Tıbbi vasiyet ile hekime hastanın ömrünü uzatacak önlemler almaması talimatı verilmektedir. Tıbbi vasiyet, hekimler ve hasta aileleri için zahmetli karar verme sürecini ortadan kaldırırken, hastanın özerkliğini teşvik etmek için tasarlanmıştır. Tıbbi vasiyetin en temel işlevi, hastanın karar verme kapasitesinin yetersiz kalması durumunda gelecekte kendisi için isteyeceği tıbbi müdahalelerin kapsamına karar vermede maksimum özerkliğine izin vermesidir (113).

Tıbbi vasiyet oluşturmanın bir takım potansiyel faydaları bulunmaktadır. Bazı insanlar tıbbi vasiyet aracılığıyla, gelecekteki yaşamları üzerinde bir miktar kontrol sahibi olduklarına inanarak büyük bir rahatlama yaşamakta ve bu durum kaygıyı azaltmaktadır. Bunun yanı sıra sevdiklerini kendi adlarına zor kararlar almaktan kurtardıklarını düşünmekten memnun olabilmektedirler. Yaşamın sonuna ilişkin tıbbi tedavi ve bakım kararları ile ilgili önceden bir talimata sahip olmak, aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri arasında sağlıklı ilgili karar verme konusundaki çatışmalardan kaynaklanabilecek ahlaki sıkıntıları azaltabilmektedir (111).

Vasiyetin şartları, vasiyetçinin ölümünden sonra yerine getirilmesi gereken bir belge olması nedeniyle tıbbi vasiyet kimileri tarafından çelişkili bir ifade olarak algılanmaktadır. Tıbbi vasiyet, vasiyetçinin ölümünden önce, genellikle bu ölümü hızlandıracak eylemleri yönlendirmektedir (113). Yaygın olarak kullanılan ileriye dönük direktiflerden biri olan tıbbi vasiyet, hastanın tedavi edilemeyen, geri dönüşü olmayan bir hastalığa yakalanması durumunda ve aydınlatılmış onam verememesi halinde hastanın yaşamını devam ettiren bir tedavi görmek istemediğini belirtmektedir (114).

2.3.3. Aydınlatılmış Onam Kavramı ve Yaşam Sonu Kararları

Günümüzde hekimin etik sorumlulukları hasta hakları ile birlikte dile getirilmektedir. Hekimin temel yükümlülüklerinden birisi hastanın haklarını ve değerlerini korumaktır. Bu yükümlülüğün uygulamaya dönüşmüş hali ise tıbbi kararlarda hastanın söz hakkı olmasıdır. Bir başka ifadeyle hasta kişiden aydınlatılmış

onam alınması, hastanın haklarının ve değerlerinin korunmasının uygulamadaki en önemli araçtır (55).

Türkçe literatürde aydınlatılmış onam kavramı için bilgilendirilmiş onay, bilgilendirilmiş onam, bilgilendirilmiş rıza gibi farklı terimler kullanılmaktadır. Ancak bilgilendirme kelimesinin anlam itibarıyla tek yönlü ve yalnızca sağlık çalışanından hastaya bilgi aktarımını ifade ettiği göz önünde bulundurulduğunda bilgilendirme kelimesinin aydınlatılmış onam sürecini tam olarak karşılamadığı görülmektedir. Zira aydınlatılmış onamda hastanın aktarılan bilgiyi anlaması, kavraması ve bu bilgiden hareketle akılcı bir karar vererek seçim yapması beklenmektedir (84).

Aydınlatılmış onam kavramı ilk defa 1957 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Kaliforniya'da kanuni bir olgunun içerisinde yer almıştır (58). Aydınlatılmış onam, bilgilendirme ve rıza alma gereğinin tıp alanında uygulamaya dönüşmüş halidir. Bu uygulamada, hastanın sağlık durumuna ilişkin hastalığının ne olduğu, tedavi seçenekleri gibi konularda hasta bilgilendirildikten sonra hastanın bir karar vermesi ve bir seçim yapması istenmektedir. Karar verme yeterliliğine sahip olan hastanın kararları doğrultusunda tıbbi müdahale gerçekleştirilmektedir. Bireyin özerkliğini kullanıp kullanamayacağı hususunda belirleyici olan faktör yeterlik kavramıdır. Hukuksal bir terim olan yeterlilik, bireyin bir karar vermek veya bir eylemde bulunmak üzere gereken yetkinliğe sahip olup olmadığını tanımlamaktadır. Kişinin yeterliliğinin olması, bireyin özerkliğini kullanabileceği anlamına gelmektedir (70).

Biyoetik terimleri sözlüğüne göre aydınlatılmış onam; karar verme yeterliği olan bir kişinin, kendisine uygulanacak tanı ve tıbbi tedavi yöntemleri ile diğer uygulamaları ve bu uygulamalara alternatif olabilecek seçenekler ile diğer tüm yöntemlerin olası yarar ve risklerine dair bilgilendirilmesinin ardından bu bilgileri anlayarak kabul etmesidir (115).

Hasta haklarının gelişmesiyle paralel olarak tıbbi kararlara hastayı dahil etme, ortak etme hali tıp etiğinde popülerliği artan ve benimsenen bir eylem haline gelmiştir. Hekimin hastanın sağlık durumuna ilişkin kendi başına karara varması, hastanın görüşünü ve değerlerini dikkate almaması geleneksel hasta-hekim ilişkisinde

kabul edilebilir bir davranış biçimiyken günümüzde hasta haklarının ciddi ölçüde ihlal edildiği bir davranış olarak karşılanmaktadır. Hastanın kendi sağlığına ilişkin tıbbi kararlarda tercihinin ve payının artması gerektiğine vurgu yapan bu yaklaşım, 'hekim merkezli' anlayıştan ziyade hasta merkezli anlayışın önemine dikkat çekmektedir. Günümüzde hekim-hasta ilişkisinde hekim, her ne kadar bazı hastalıklar ve vakanın aciliyetine göre hekimin direk karar vermesi gereken durumlar olsa da, otoriter bir taraf olarak değil hasta ile iş birliği yapan davranış biçimleri sergileme yükümlülüğüne sahiptir (55).

Hastaların tıbbi tedavi konusunda kendi kaderini tayin hakkını destekleyen, özerklik ilkesine dayanan aydınlatılmış onam, etik ilkeler bağlamında öncelikli olarak hastanın özerk seçimlerinin korunmasını ve hayata geçirilmesini sağlamaktadır (116). Hekim ile iş birliği içerisinde kendi sağlığına dair tıbbi kararlara katılacak hastanın şüphesiz ilgili tıbbi müdahale ve tedaviler hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Zira bu konular ile ilgili bilgilendirme yapılmayan bir hastanın hekimle ortak bir karara varabilmesi çok olanaklı değildir. Bu noktada hastanın tıbbi tedavi ve müdahale ile ilgili bilgilendirilmesi, sonrasında söz konusu işleme dair onayının/onamının alınması gerekmektedir. Aydınlatılmış onam, tıbbi tedavi veya müdahaleye ilişkin imzalanan bir formdan öte klinik bir işlem ve süreç olarak algılanmalıdır (55). Aydınlatılmış onam; bilgi, karar verme kapasitesi ve gönüllülük unsurları üzerine inşa edilmiştir (117).

Aydınlatılmış onamı oluşturan beş temel öge bulunmaktadır. Bu ögeler; yeterlik, bilgilendirme, kavrama, gönüllülük ve onamdır. Hastanın gerçekleştirilecek tıbbi müdahale için onam verebilecek yeterliğe sahip olması, ilgili konuya ilişkin yeterli düzeyde bilgi kendisine aktarıldıysa, hasta aktarılan bilgileri kavrayabildiyse, gönüllü şekilde hareket ediyorsa ve tıbbi müdahale ile ilgili mantıklı bir karar verdiyse aydınlatılmış onamını vermiş olmaktadır (118, 119).

Bir süreç olarak değerlendirilmesi mümkün olan aydınlatılmış onamın iki ögesi diğerlerine göre daha ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki bilgidir. Aydınlatılmış onam bir yanda teknik ve tıbbi verilerin iletilmesini ifade ederken diğer yandan ahlaki bir seçim olarak rıza verme/vermeme ögesini içerisinde barındırmaktadır. İlk bileşen olan bilgi, doğası gereği tekniktir ve başarı oranları, etki yüzdesi, risk istatistikleri, yan

etkiler, alternatif tedaviler ve müdahaleler gibi konuları içermektedir. Ancak sürecin ikinci adımı olan seçim, doğası gereği farklıdır. Özellikle yaşam destek önlemleri söz konusu olduğunda, hangi tedavilerin uygulanacağı veya reddedileceği konusundaki kararlar mutlaka bir bilgilendirmeye dayanmaktadır. Ancak özünde, bu kararlar ahlaki bir nitelik kazanmaktadır. Zira tıbbi bilgilerin aktarılmasının ardından seçimin özü, hastanın kişisel inançları, ahlaki yapısı ve değer yargılarına dayanmaktadır. Bu da onamı, ahlaki bir seçime dönüştürmektedir (120).

Çağdaş hukuk düzeni, tıbbi müdahalelerde hasta kişinin onamının varlığını, doktorun eyleminin hukuka uygunluğunun esaslı bir unsuru olarak ele almaktadır. Hastanın onay vermesi ile birlikte hekimin iradesi ortadan kalkmakta ve hastanın iradesi onun yerine geçmektedir. Başka bir deyişle onamın alınmasının ardından tedavi iradesi hastaya ait olmaktadır. Hasta bunu kullanması için doktora vekalet vermektedir. Çağdaş hukuk düzeni, tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onamın varlığını, hekimin eylemlerinin ve müdahalelerinin hukuka uygunluğunun ana unsuru olarak kabul etmektedir. Bu bağlamda hastadan aydınlatılmış onam alınmadan yapılan bir tıbbi müdahale, hukuki ve cezai sorumluluk doğurmaktadır. Zira yasalar tarafından korunan kişilik hakkı, aydınlatılmış onamın alınmaması ile saldırıya uğramış ve kamu düzeni bozulmuş olmaktadır (106).

Aydınlatılmış onam kavramının ortaya çıkışı 1950'li yılların ikinci yarısına tekabül etse de kavramın tartışılmaya başlaması 1970'li yıllardan sonra olmuştur. Aydınlatılmış onam, paternalizmden daha eşit bir ortaklığa dönüşen hekim-hasta ilişkisinin bir getirisidir (121, 122). Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin etik yönünü belirleyen en önemli unsurlardan olan aydınlatılmış onam, tıbbi tedavi, müdahale konusunda hastanın bilgilendirilerek onayının alınması anlamına gelmektedir. Aydınlatılmış onam yalnız bir rızadan ziyade hastanın bilgilendirilmesini, tıbbi karara katılım sağlamasını ve hekim ile iş birliği yapmasını içermektedir. Bir başka deyişle aydınlatılmış onam, hekimin tıbbi müdahalenin nasıl bir işlem olduğunu, ölüm ve sakatlık risklerinin neler olduğunu, olası yararlarının ve zararlarının neler olabileceğini, başarı/başarısızlık olasılığını, başarısız olunması halinde izlenebilecek tedavi seçeneklerini, başarı ile neyin kastedildiğini, iyileşme sırasında

karşılaşılabilecek problemlerin neler olduğunu, normal yaşama dönme sürecinin ne kadar zaman olduğunu hastaya anlatmasının ardından, ilgili müdahalenin hasta tarafından gönüllü olarak kabul edilmesidir. Hekim aydınlatılmış onam sürecinde yapacağı tıbbi müdahale hakkında hastayı bilgilendirmezse ve hasta, hekim tarafından sunulan tıbbi tedavi veya işlemi kabul etmezse, hekim hastaya müdahalede bulunmamaktadır (55, 122).

Bilgi, aydınlatılmış onamın merkezinde yer almaktadır. Hastalarla bilgi paylaşmanın başlıca nedenlerinden biri bilgi paylaşımının karar vermeyi ve seçimleri desteklemesidir. Doğru ve iyi aktarılan bilgilerin, hastaların tıbbi durumunun nasıl olduğunu ve tıbbi müdahaleye ilişkin mevcut seçeneklerin neler olabileceğini anlamalarını sağladığı varsayılmaktadır. Onay sürecinin bir parçası olarak bilgi paylaşımının etik gerekçelerinden en önemlisi, özerkliği gerçekleştirmeyi kolaylaştırması ve daha iyi karar vermeye katkıda bulunmasıdır (123).

Aydınlatılmış onam formunu hastanın imzalaması ile hastadan aydınlatılmış onam alınması birbirine eş eylemler değildir. Zira bu sürecin etkili bir iletişim ile gerçekleşmesi, hekim-hasta arasındaki iletişime dayanması ve hastalara yalnızca uygulanacak tıbbi müdahaleyi kabul etmelerini sağlayacak bilgilerin değil buna ek olarak önerilen müdahaleyi, tedaviyi veya araştırmayı kabul etmemelerine olanak sağlayacak bilgilerin de sunulması gerekmektedir (123). Hastadan aydınlatılmış onam almaya yetkili kişiler hekimlerdir. Aydınlatılmış onamın, hastaya sağlık durumu, hastalığı ve tıbbi müdahale konusunda bilgilendirme sağlayan ve tedaviyi gerçekleştirecek olan hekim tarafından alınması gerekmektedir. Her ne kadar hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, hasta ile hekim arasındaki iletişimi güçlendiren ve iletişim boşluklarını gideren bir konumda olsalar da, tanı ve tedavi süreçlerinde aydınlatılmış onam almaya yetkili değildirler (124).

Yazılı ve sözlü onam, hastanın kendi üzerinde yapılacak tıbbi müdahaleye razı olduğunu gösteren, yazılı ve hastanın imzasının bulunduğu bir belgedir. Yazılı onamın hastanın kendi el yazısı ile olması gerekmektedir. Hastanın elinin veya kolunun tutmadığı, ellerinin yanmış olduğu, yaralanmış olduğu veya farklı bir nedenden ötürü yazı yazamadığı ve imza atamadığı durumlarda ise hastanın söz konusu tıbbi

uygulamayı onayladığını gösteren bir tutanak düzenlenmesi gerekmektedir. Bu tutanak hasta yakınları veya hastanın yanında bulunan kişiler tarafından da imzalanmalıdır (106, 125, 126).

Karar verme yeterliliği, hekimin hastada bazı hususları dikkate alarak değerlendirdiği bir yetkinliktir. Hastanın anlama becerisi, sağlık durumu, sağlık durumunun olası sonuçlarını kavraması, kendisine aktarılan bilgileri akılcı kullanma becerisi, seçim becerisi hekimin hastanın karar verme yeterliliğini değerlendirirken dikkat edeceği hususlardır. Hekimin karar verme yeterliliğine sahip olduğu kanısına vardığı ancak yasal olarak bu yeterliliğe sahip olmayan 18 yaşından küçükler ve özgürlüğü kısıtlanmış mahkumlar gibi durumlar da bulunmaktadır (83).

Gönüllülük, kişinin hiçbir baskı altında kalmaksızın kendi özgür iradesi ile karar vermesidir. Hasta gönüllülüğünü etkileyen durumlar zorlama, baskı ve manipülasyondur. Bilgi manipülasyonu, hastanın hekimin önerdiği ve uygun gördüğü tıbbi müdahaleyi, tedavi planını kabul etmesine yönlendirecek şekilde kendisini göstermektedir (83).

Aydınlatılmış onamın bir diğer temel unsuru bilgi içeriğidir. Bilgi içeriğinde hastaya aktarılan bilginin kapsayıcı olması, yapılandırılmış ve kişiye özelleştirilmiş olması önem arz etmektedir. Bilginin hastaya sunuluşu, hastanın inançları, korkuları, değerleri, eğitim durumu ve kültürel farklılıkları ile uyumlu bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Teknik terimlerden ziyade hastanın anlayabileceği sade ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır (83). Belge, görsel medya, broşür, dijital kaynaklar gibi içeriklerin paylaşımı bilgilendirme sürecini destekleyen ve kolaylaştıran bir durumdur (127).

T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre tanı ve tedavi aşamasında hastaya aktarılması gereken bilginin kapsamı şu şekildedir;

"Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,*
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,*

- c) *Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,*
- d) *Muhtemel komplikasyonları,*
- e) *Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,*
- f) *Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,*
- g) *Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,*
- h) *Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir (127).*

Bilginin anlaşılması hususunda hastanın sağlık durumunu ve planlanan müdahaleyi anlamasını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar hasta ile iletişimi engelleyen kişisel özellikler, fiziksel mekân veya hastalığa özgü sebepler olabilmektedir (83). Bilginin anlaşıldığına dair önemli ipuçlarından birisi hastaya kontrol için soruların sorulmasıdır. Bunun yanı sıra hastaya zaman tanımak, hastanın soru sorabilmesi için hastayı teşvik etmek, istediği soruyu sorabilmesine yönelik uygun mekân ve ortam sağlamak bilginin anlaşılması için dikkat edilmesi gereken noktalardır (127).

Karar verme yeterliliği, gönüllülük, bilginin aktarılması ve bilginin anlaşılması unsurlarının birleşimi neticesinde hasta kararını vermektedir. Bu noktada onam hastaya imzalatılmaktadır. Ancak onamın tüm gerekleri yerine getirildiği halde hastanın tanı ve tedavi sürecine hiç girmemeyi tercih etme hakkı bulunmaktadır (84). Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliğinde; *“Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan **tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Böyle durumlarda tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerektirmektedir**”* ibaresi ile belirtilmektedir (127).

Aydınlatılmış onamın içeriğinde yer alması gereken unsurlar genel hatlarıyla şu şekildedir:

1. Hastanın sağlık durumuna dair klinik tablosunun, tanısının, yapılacak olan tedavi ve müdahalenin bilimsel isminin ve hastanın kavramasına yardımcı olacak şekilde halk arasındaki isminin açıklanması
2. Hastalığın tedavi edilmemesi halinde gelişebilecek tablo ve sonuçlar
3. Tıbbi işlemin nasıl bir müdahale olduğunun izah edilmesi
4. Tıbbi müdahalenin veya tedavinin olası riskleri ve yararları
5. Diğer tedavi seçenekleri ve bu yöntemlerin olası riskleri ve yararları
6. Başarı ihtimali ve başarı ile kastedilenlerin açıklanması
7. Tıbbi tedavi/müdahale sonucunda elde edilecek faydanın, hastanın girecek olduğu riske kıyasla daha fazla olduğu ve bunun hasta tarafından anlaşılması
8. Önerilen tedaviyi ve müdahaleyi hastanın kabul etmemesi durumunda ortaya çıkabilecek tıbbi olasılıklar
9. Hastanın, kendisine aktarılan bilgileri tam olarak kavraması ve bilgileri kendi ifadeleriyle başka birisine anlatabilecek şekilde bilgilendirilmesi
10. Hekimin, hasta tarafından yönlendirilen tüm sorulara yanıt vermesi ve konuya ilişkin belirsizlikleri ortadan kaldırması
11. Onam formunda yer alan ifadelerin ve kelimelerin anlaşılması
12. Onam formunda bulunan bilgilerin incelenmesi, tamamının veya bir kısmının kabul veya reddedilmesi
13. Hasta tarafından tıbbi müdahalede yer alacak sağlık personellerinin kimlikleri ve mesleki niteliklerinin bilinmesi
14. Hastanın kendi özgür iradesi ile karar verebilmesi için hiçbir baskı altında kalmaması
15. Hastanın kabul etmemesi halinde tıbbi uygulamanın yapılmaması
16. Hastanın taburcu olmasının ardından şikâyetlerinin sürmesi durumunda yeniden başvurabileceğinin teminatının verilmesi

17. Gerekli görülmesi halinde hastaya, karar vermesi adına belirli bir süre tanınması (55).

Hastanın tıbbi kararlarını ve tercihlerini ifade etme aracı olarak görülebilecek aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı ilkesinin pratikte uygulanma şeklidir. Seçim yapabilmenin özerklik ilkesinin yapı taşlarından biri olduğu düşünüldüğünde tıbbi müdahaleleri reddetme seçeneği de dahil olmak üzere hastaya çeşitli seçenekler sunularak seçim olanağı verilmesi özerkliğe saygı ilkesinin doğal bir sonucudur (55). Tıp alanında aydınlatılmış onam, hastanın özerk seçimlerinin uygulamaya geçirilmesine ve korunmasına olanak tanırken diğer taraftan, hekime hastanın yalnız bir vaka değil aynı zamanda insan olduğunu ve hasta ile hekim arasındaki iletişimde hekime hastanın özerkliğine saygı duyma ve dürüst olma yükümlülüğünü hatırlatmaktadır (128).

Aydınlatılmış onamın temel özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hasta, aydınlatılmış onam verme yeterliğinde olmalıdır. Bu yeterlik, hastanın mevcut seçenekler hakkında düşünmesini, seçenekleri değerlendirmesini, kendisine aktarılan bilgileri kavrayabilmesini, içinde bulunduğu durumun sonuçlarını değerlendirmesini kapsamaktadır.
2. Hasta, aydınlatılmış onamı özgür iradesi ile gönüllü olarak vermelidir.
3. Aydınlatılmış onam açık olmalıdır. Zira tıbbi ilişkide hak doğuran onam açık onamdır. Açık onam, aydınlatılmış ve gönüllü onamı ifade etmektedir. Açık onam, hastanın kendisine aktarılan bilgileri anlayarak imzaladığı onamdır.
4. Onam, sadece aydınlatılan konu ile ilgili önerilen tedavi ve müdahale için geçerlidir (70).

Aydınlatılmış onam, hasta hekim etkileşimlerinin temel taşıdır (121). Karşılıklı katılım, ortak karar ve saygı anlamına gelen aydınlatılmış onam, hekim-hasta ilişkisinde tıbbi tedavi ve müdahaleyi tek taraflı bir işlem değil hasta ve hekimi ortak bir karara götüren karşılıklı görüşme işlemi olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle tek tip hazır bir

formun hastaya imzalatılması, aydınlatılmış onamın doğasına aykırıdır. Hastanın aydınlatılmış onam işlemini gerçekleştirilmede zorlanması halinde hastanın etiketlenerek süreç dışında bırakılmaması, psikiyatristlerden danışmanlık hizmeti alınarak hastanın sürece dahil edilmesi ve sürecin tamamlanması sağlanmalıdır (55).

Aydınlatılmış onam alınması süreci öncelikle sözlü bir şekilde ve hastanın anlayabileceği biçimde yapılmaktadır. Sözlü bilgilendirilmenin yapılmasının ve izin alınmasının akabinde konuşulanlar yazılı hale getirilerek karşılıklı olarak imzalanmaktadır. Sözlü aydınlatılmış onam etik yönden gerekli ve önemliken, yazılı onam bilhassa hekim açısından hastanın bilgilendirildiğinin belgelenmesi açısından önem teşkil etmektedir (52). Aydınlatılmış onamı ön plana çıkaran iki temel unsur bulunmaktadır. Bunlardan ilki hastaya self-determinasyon başka bir deyişle kendi geleceğini belirleme hakkı sunmaktır. Aydınlatılmış onamı önemli kılan bir diğer unsur ise sağlık profesyonellerinin olası sorunlara karşı kendilerini koruma isteğidir (129).

Aydınlatılmış onamın hukuki yönüne bakıldığında, hekim tarafından uygulanacak tıbbi müdahaleye hastanın izin vermesi ve bu iznin bilinçli olarak verildiğinin kabul edilmesi için hekim tarafından hastadan aydınlatılmış onam alınması bilhassa gerçekleştirilen tıbbi müdahaleden hastanın zarar görmesi durumunda hukuken önem taşımaktadır. Bu nedenle hekim, tıbbi müdahale yapmak için hastanın onayını almalıdır. Hastanın 18 yaşından küçük olması, akıl hastası veya vasi gözetiminde olması halinde aileden veya yasal temsilciden izin alınmaktadır (106).

2.3.3.1. İncinebilir / Örselenebilir Gruplarda Aydınlatılmış Onam ve Yaşam Sonu Kararları

Sağlığımız ve esenliğimize ilişkin temel gereksinimleri karşılama konusunda hepimiz eşit haklara sahip olsak da, bu temel gereksinimleri hepimizin eşit ve kalıcı olarak karşılayamadığı açıktır. Diğer tüm insan ilişkilerinde olduğu gibi sağlık profesyonelleri ve hasta/sağlık hizmeti alan ilişkisinde incinebilir, örselenebilir, savunmasız ve özellikli gruplar vardır. Bu grupların haklarının ise daha özenle korunmasına gereksinim duyulur. Bazı ruh hastalıkları, ağır zekâ geriliği gibi durumlar kişinin özerkliğini olumsuz yönde etkilemekte ve ortadan kaldırmaktadır. Bazı durumlar da ise şartlar itibarıyla hastanın özerkliği sınırlıdır. Bu bağlamda

hekimlerden incinebilir / örselenebilir grup kabul edilen hastalardan aydınlatılmış onam alabilme becerisinin mesleki bir tutum olarak geliştirmiş olmaları beklenmektedir (52). Tıbbi uygulamalarda olduğu gibi yaşam sonu karar süreçlerinde de karar verme yetisi zayıf olan hastaların yaşadığı sorun, bu tür hastaların onam verememesi ve isteklerini açıklayamaması olabileceği gibi, açıklamış oldukları isteklerin de sonuçlarının neler olabileceğini kavrayamamalarıdır. Ne yazık ki yetersizlikleri onları istismar edilmeye açık hale getirmektedir. Onlar adına karar verecek olan vekilin kararları da bazen hastanın en üstün çıkarını gözetir nitelikte olmayabilir. Bu durumda özellikle yaşam sonu bakım ve karar sürecinde hastadan sorumlu hekimin hastanın en yüksek yararını gözetecek şekilde davranması ve karar alması önemlidir (130).

2.3.3.2. Yaşlılarda Aydınlatılmış Onam ve Yaşam Sonu Kararları

Yaşlılık, bireylerin karar verme kapasitesini ve yetisini olumsuz yönde etkileyen, bağımsız yaşama becerilerinde azalmanın meydana geldiği bir yaşam dönemidir. Meydana gelen bu değişikliklere ilişkili olarak yaşlı bireylerin özerkliği gerilemektedir. Bağımlılığın arttığı ve özerkliğin azaldığı yaşlılık dönemi, sağlık hizmetlerinde bir dizi etik ikilemleri ortaya çıkarmaktadır (131, 132). Yaşlılık döneminde bireylerin bilişsel işlevlerinde ve karar verme yetisinde geçici ya da kalıcı azalmalar meydana gelebilmektedir. Olumsuz yönde ortaya çıkan bu değişimler hekim ile hasta ilişkisini etkileyerek hastanın karar verme sürecinde edilgen olduğu bir bağlam oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerin özerkliğine saygı duyarak aydınlatılmış onam sürecinin yönetilmesi etik açıdan önem teşkil etmektedir (133).

Bireylerin karar verme yeterliliği doğrultusunda yapmış olduğu özerk seçimler ve eylemler, günümüz insanında bulunması beklenen ve saygı duyulması gereken değerlerdir. Bu husus da yaşlı bireylerin özerkliğine saygı duyulması, yaşlı bireyin kişiliğinin farkına varılması ve yaşlı birey ile ilgilenmekle başlamaktadır. Yaşlı bireyin özerkliğine saygı duyulmasının önemli göstergelerinden biri aydınlatılmış onamdır (52). Aydınlatılmış onamın temel yapı taşları bilginin aktarılarak ifade edilmesi, aktarılan bilginin hasta tarafından idrak edilmesi, bireyin kendi özerk eylemi ve gönüllülüğü, karar verme yeterliliğine sahip olmak ve rıza, izin veya onamdır. Yaşlanma ile birlikte aydınlatılmış onamın temel unsurları etkilenmektedir. Özellikle

Alzheimer ve demans gibi kronik nörodejenaratif hastalık durumlarında hastanın karar verme kapasitesi ve yeterliliği süreç içerisinde önemli ölçüde zarar görmektedir. Bu tür durumlarda hekimin, hastanın yeterliliğini süreç içerisinde yeniden değerlendirmesini gerekli kılmaktadır (134).

Aydınlatılmış onam sürecinde yaşlı hastalarda karşı karşıya kalınan temel sorun yeterliliklerdir. Zira hasta ile hekim iş birliğini gerektiren ve karşılıklı iletişimi temel alan bir sürece gereksinim duyulan aydınlatılmış onam sürecinde, hastanın iletişim kurabilmesi, karar hakkında düşünebilmesi, bir dizi değerlere ve amaçlara sahip olması, aktarılan bilgileri kavraması önemlidir. Yaş unsuru, tek başına bilişsel yeterliliği bulunan bir yaşlı hastanın karar verme hakkını yadsımanın temelini oluşturamaz. Yaşlı hasta bireyin karar verme yeterliliğinin olmaması durumunda, hasta adına karar verecek, tercihen hastanın isteklerine ve arzularına hâkim bir aile bireyinin vekil olması gerekmektedir (52).

Yaşlanma sürecine eşlik eden çeşitli tıbbi ve sosyal fenomenler nedeniyle, yaşlı bireylerden aydınlatılmış onam alınmasının belirli birtakım zorlukları bulunmaktadır. Örneğin, bazı yaşlı hastalarda görsel ve işitsel kapasitelerin azalması, hekimin tıbbi müdahalenin olası risklerini ve faydalarını hastaya iletmesini zorlaştırabilmektedir (135). Yaşlı hastalar ile hekim arasında kurulan ilişkide yaşlı hastalara mevcut sağlık durumlarına, uygulanması öngörülen tedaviye ilişkin bilgilerin aktarılması ve yaşlı hastanın aktarılan bilgileri kavraması diğer yaş gruplarına nazaran daha fazla çaba, tekrar ve zaman gerektirebilmektedir. Bu farklılıklar aydınlatılmış onam sürecinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için hekim tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Böylelikle yaşlı bireyin özerkliğine saygı duyulmakta, etik ihlaller minimize edilmekte ve hasta ile hekim arasında güvene dayalı ilişki inşa edilmektedir (133).

Bilginin aktarılması ve yaşlı hastanın bilgiyi anlama süreci, bireyin psikolojik ve entelektüel özelliklerinin etkileşimini içermektedir. Bilimsel konuların sade bir dille anlatılması gerektiğinden, tıbbi bilgilerin hastalara iletilmesi daha da zorludur (136). Halihazırda zorlu olan bu süreç, bilişsel fonksiyonları yaş ile birlikte azalan yaşlı bireylerde daha da zorlaşmaktadır. Bu bağlamda hasta bireylerin yaşın da ilerlemesi ile birlikte karar veremeyecek duruma gelme ihtimalleri göz önünde

bulundurulduğunda tıbbi vasiyet oldukça işlevsel bir belge olarak karşımıza çıkmaktadır (134).

Aydınlatılmış onam alma sürecinde sağlık çalışanlarının hasta bireyin yaşından bağımsız olarak hastanın karar verme yeterliliğini değerlendirmesi ve buna uygun davranması gerekmektedir. Yaşlı bireylerin karar verme yeterliliğinin azalması veya tamamen ortadan kalkması halinde yetkilendirme bildirim ve vekil karar verici kavramları ortaya çıkmaktadır (84).

Yaşlı bireyin karar verme yeterliliğine sahip olmaması halinde hastanın tıbbi yararının gözetilerek karar verme süreci gerçekleştirilmelidir. Karar verme süreci bazı durumlarda yaşamın sonu kararları da kapsayabilecek olması nedeni ile karar verici açısından daha sıkıntılı ve stresli bir süreç olabilir. Bu nedenle vekil karar verici açısından süreci kolaylaştırmak için bazı yaklaşımlar hakkında konuşarak bilgilendirme yapmak süreç açısından faydalı olabilir. Tıbbi kararları hasta adına veren vekil karar vericiler için üç yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki '*yerine karar verme*' dir. '*Yerine karar verme yaklaşımı*'nda, vekil karar verici 'hasta ne isterdi?' sorusunun yanıtını aramakta ve hastanın inanışları ve değerleri doğrultusunda bir karar vermektedir. '*En iyi yarar yaklaşımı*'nda vekil, vereceği karara ilişkin hastaya uygulanacak tıbbi müdahalenin neden olabileceği ağrı, acı gibi zarar durumları ile olası yarar durumları arasındaki dengeyi gözetmektedir. '*Salt özerklik*' yaklaşımında ise, hastanın karar verme yeterliliği bulunurken, karar verme yeterliliğini yitirmesi halinde kendine uygulanmasını veya uygulanmamasını istediği müdahaleleri belirttiği bir belgeyi yazılı olarak doldurmuştur ve vekil karar verici bu isteklere göre kararını şekillendirebilir (137). Hasta karar veremeyecek durumda iken onun adına yaşam sonu karar verme süreci ne kadar zor ise, özellikle yaşlı hastalar için bilincin açık olduğu durumlarda da bu süreç kolay ilerlemeyebilir. Aileler çoğunlukla yaşlı olduğu için, yaşlı bireyin konunun önemini, bakım ve tedavi seçeneklerini anlamadığını düşünerek vermiş olduğu karara karşı çıkabilir ve hasta ile ailesi arasında bir karar çatışması yaşanabilir. Bu nedenle henüz durumları iyiye son zamanlarını evlerinde geçirmek istediğini beyan eden birçok yaşlı bireyin, yakınlarının isteği ile her ne kadar boşuna dahi olsa tüm tedavi seçeneklerinin uygulanarak yoğun

bakımda yaşamlarının sonlandığını söylemek çok da yanlış olmayacaktır. Bazen de durum tam tersidir. Sağlık profesyonelleri hasta yaşlı olduğu için tıbbi tedavi ve prosedürleri anlamayacağı, yaşlı hasta ile konuşup anlaşmanın zor ve fazla zaman alacağı, prognozu kötü yaşlıya durumunun açıklanmasının onu üzmemekten başka bir işe yaramayacağı ya da zaten çok yaşlı ve yaşamının son evresinde düşüncesi ile yaşlı hastanın daha az önemsenmesinden kaynaklı yaşam sonu kararları ve tedavi seçenekleri yaşlı hasta yerine yakınları ile konuşabilmektedirler. Ailesi ya da yakınları olmayan kurum bakımı altında yaşayan yaşlılar için de yaşam sonu kararları süreci çok farklı değildir, burada da yaşlı birey yerine fikirleri alınan ve konuşulan kişilerin kurum yetkilileri ya da kurumda yaşlıya bakan sağlık profesyonelleri olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (138). Her üç durumda da yaşlı bireyin, karar verme kapasitesi yerinde olsa dahi bu sürece yeteri kadar dahil olmadıkları görülmektedir. Ancak etik açıdan doğru olan karar verme kapasitesi yerinde ise yaşlı bireyin kendi kararlarını kendisinin vermesi ve sağlık profesyonellerinin de onun isteklerine göre hareket etmesidir. Yaşlı bireylerinde kendi hayatlarını şekillendirme ve bu hayatın sonunun nasıl olmasını istedikleri ile ilgili, karar verme hakkına sahip oldukları unutulmamalıdır (138).

2.3.3.3. Çocuklarda Aydınlatılmış Onam ve Yaşam Sonu Kararları

Çocuk hastalıkları söz konusu olduğunda hekim ve hasta ilişkisi içine üçüncü kişiler girmekte ve etik sorunlar daha karmaşık hale gelerek farklı nitelik kazanmaktadır. Çocuklar ile yetişkinler arasındaki etik sorun kümelerinde en temel ayrım çocukların karar verme erkini kullanamamasıdır. Çocukların özerk kararlar verememesi, çocukların iyiliğini gözeten birisinin onlar adına karar verme zorunluluğunu doğurmaktadır (52). Çocuklarda aydınlatılmış onam süreci yetişkinlerle benzer sürece tabidir. Ancak çocukların savunmasız kabul edilmesi bu nedenle çeşitli risklere karşı korunması ve haklarına erişiminin sağlanması, haklarının muhafaza edilmesi amacıyla bu süreçte daha hassas olunması gerekmektedir (130).

Yetişkin hastalar için özerk karar ve eylemler söz konusu iken çocukların özerkliğini sınırlayan bir dizi etmenler bulunmaktadır. Çocuk hastalarda aydınlatılmış onam ile hasta özerkliği birbirinden bağımsız iki konu olarak değerlendirilmelidir. Yetişkinler tarafından çocukların gelişimlerini tamamlamamış dolayısıyla anlama ve

karar verme kapasiteleri ve yeterliliği sınırlı olduğu düşünüldüğü için çocukların özerkliklerini yok saymak doğal kabul edilmektedir. Nitekim 18 yaş altındaki hastaların tedavi olma haklarına erişimi ancak aileler veya yasal temsilcileri aracılığıyla olanaklı hale gelen bir durum olarak ele alınmaktadır. Çocuğun özerkliğini kısıtlamak, çocuğu koruma gerekçesine dayandırılan doğru bir davranış olarak kabul görmektedir (130).

Çocukların karar verme yeterliliği, aydınlatılmış onamın temel öğelerinden biri olan 'yeterlilik' unsurunu ele almayı zorunlu kılmaktadır. Çocukların karar verme yeterliliğinin hiç olmadığı veya kısıtlı olduğu kabul edilmektedir. Eksiklik olarak kabul edilen bu durum, çocukların haklarının ebeveynleri veya yasal temsilcileri tarafından korunması gerektiği düşüncesini doğurmaktadır. Bu bağlamda çocukların özerkliklerinin kısıtlanması ve başkaları tarafından kullanılması; çocukların karar verme kapasitesinin eksikliğinden kaynaklanan bir hak olarak görülmektedir (139).

Çocuğun özerkliğinin kısıtlanması ve kendi sağlığı konusunda çocuğa söz hakkı tanınmaması, yalnızca veli veya yasal temsilcinin çocukların tedavi ve tanı işlemlerine ilişkin muhatap olarak alınması aslında Çocuk Hakları Sözleşmesi ile bağdaşmayan bir durumdur (140). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 12. Maddesinde yer alan ifadeye göre *"Taraflar Devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun, kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırırlar."* (141). Bu hususta çocuğa sağlığı konusunda söz hakkı tanınmaması Çocuk Hakları Sözleşmesi ile uyumsuzdur.

Bazı durumlarda da çocuk adına karar veren ailenin vermiş olduğu kararlar en uygun tedavi seçeneği ile örtüşmemektedir. Bazen bu kararlar bebeğin kalıcı sakatlığına hatta ölümüne neden olabilecek nitelikte olabilmektedir. Bu durumlarda hekim, etik kurula başvurarak çocuk için en uygun tedaviyi yapma yükümlülüğü duymaktadır (52). Çocuklarda tıbbi kararlarda özerklik ilkesi geri planda kalırken yararlılık ve zarar vermeme ilkesi ön plana çıkmaktadır.

Hastanede tedavi sürecinde olan bir çocuğun kendi iyileşme ve tedavi sürecine aktif olarak katılım hakkı bulunmaktadır. Bu noktada çocuklar ile çalışan sağlık

profesyonellerinin öncelikli görevi eğer anlayabilecek durumdaysa çocuğa yapılacak tıbbi müdahaleye ilişkin çocuğun aydınlatılmasıdır. Çocuğun anlama ve kavrama kapasitesi göz önünde bulundurularak çocuğun tıbbi müdahaleden korkmamasının sağlanması ve tıbbi müdahaleye hazır hale getirilmesi önemlidir (142). Kimi durumlarda aileye, çocuktan daha fazla bilgilendirme ve açıklama yapmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavinin acil olmaması durumunda çocuğun onam için hazır oluncaya kadar tıbbi müdahalenin ertelenmesi gerekmektedir (143, 144).

Çocuklarda aydınlatılmış onamın hukuki boyutuna bakıldığında klinik araştırmalar ile ilgili Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi'nde araştırmalarda gönüllü olmak üzerinden konuya ilişkin önemli ifadeler yer almaktadır. Helsinki Bildirgesi'nin 28. maddesine göre *“Fiziksel veya zihinsel yetersizlik nedeniyle denekten bilgilendirilmiş gönüllü olur almak mümkün değilse veya deneğin yaşı küçükse deneğin ulusal yasalara uygun biçimde vasi tayin edilmiş bir yakını gönüllü olur”* denmektedir. Bu gruplar, araştırma bu popülasyonun sağlığı için gerekli olmadıkça ve araştırma yasal olarak yeterliği olan kişilerde yapılabiliyorsa çalışmalara dâhil edilmemelidir. Bildirinin 29. Maddesinde ise *“Yaşı küçük olan çocuklar gibi yasal olarak yetersiz denekler gönüllü “olur” verebiliyorsa yasal vasilerin olurlarına ek olarak küçük katılımcının da olur'u alınmalıdır”* ibaresi yer almaktadır (144). Dünya Tıp Birliği, çocukların, yasal temsilcinin veya ailenin tıbbi kararlara aktif bir biçimde katılma hakkı olduğunu vurgulamaktadır (142).

Ülkemizde hukuki bağlamda çocuklarda aydınlatılmış onam olgusu ele alındığında Türk Tabipleri Birliği Aydınlatılmış Onam Bildirgesi Sonuç Raporu'nda; *“Çocuklarda ve karar verme yeterliği olmayan hastalarda yasal temsilcisinin onamı alınmalıdır. Bununla birlikte, çocuk ve karar verme yeterliği olmayan hasta elden geldiğince aydınlatılmalı ve olabilecek en geniş ölçüde karar alma sürecine dahil edilmelidir”* denmektedir (145). Çocuklarla ilgili tıbbi kararlara ilişkin karar verme yetkisi her ne kadar ebeveynlerde veya yasal temsilcide olsa da çocuğun bilişsel düzeyi ve yaşı gözetilerek karar verme sürecine dahil edilmesi gerektiği Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan

Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi'nde (Ovideo Biyotıp Sözleşmesi) ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nde vurgulanmaktadır (127, 146, 147).

Konuyla ilgili olarak Prof. Dr. Nüket Örnek Büken'in yapılacak olan araştırma/tıbbi girişimler için yapmış olduğu gruplandırmayı ve ilgili yaş grubundaki çocukların özellikleri bilmek uygulamalarda yol gösterici olması bakımından önem arz etmektedir. Ayrıca, bu grupların "kenarlarında yer alan" bazı çocukların ise en yakın kategoride ele alınabileceği bilinmelidir. Buna göre:

1. Doğum-7 yaş grubu: *Zarardan korunmaya en çok gereksinimi olan ve aynı zamanda sürekli bakılıp büyütülmesi gereken çok küçük çocuklar. Bu yaş grubunda çocuğun rızasının/olurunun alınması olanaklı değildir, yapılacak ya da esirgenecek tıbbi girişimin anlaşılması beklenmemelidir.*

2. 7-14 yaş grubu: *Olgunlaşmanın orta sınırında olan, kendilerini zarardan korumaya bir dereceye kadar yetenekli, yine de henüz erişkin olmadığı için bakıma muhtaç olan çocuklardır. Çocuklar dokuz yaşından itibaren bir tıbbi uygulamanın risk/yarar değerlendirmesini anlayabilmekte, ancak çatışan çıkarları ya da somut olmayan bilgileri anlamakta güçlük çekmektedirler. Çocuklara yönelik bilgilendirme yapılırken bu duruma dikkat edilmelidir. Bununla birlikte, özellikle süregiden kronik hastalığı olan çocukların hastalık deneyimlerine bağlı olarak bağımsız kararlar alma konusunda daha yetenekli oldukları söylenebilir. Her durumda, çocuğun bilgilendirilmesi ve çocuk okul çağındaysa (altı-yedi yaşları), tedavi alma ya da tedavinin verilmemesi yönünde rızasının tercihen yazılı olarak alınması ve bu rızanın izlenebilir olması büyük önem taşımaktadır.*

3. 14-18 yaş grubu: *Kendilerini zarardan korumaya en çok yetenekli olan ve daha çok erişkinliğe ulaşacak biçimde yetiştirilmesi gereken büyük çocuklardır. Ergenler yaşamın başka pek çok alanında erişkinler gibi karar alma yeterliğine sahip olmakla birlikte, yine de pediatrik yaş grubunda yer alırlar. Ergenin onayı istenirken onun bağımsız karar verme yeteneği ile veli/vasisi tarafından korunma gereksinimi arasında bir denge kurulmalıdır. Ergenlerin belirli*

koşullar altında bağımsız kararlar verebildikleri pek çok yayında ortaya konulmuştur.

Çocukların sağlıklı yaşama hakları ve çocuk hasta haklarının tanınması, çocukların kendi sağlık ve hastalık süreçleriyle ilgili kararlara katılımının sağlanması düşüncesini de birlikte getirmiştir. Günümüzde, pediatrideki tedavi edici klinik uygulamalarda ve çocuk sağlığının geliştirilmesine yönelik tıbbi araştırmalarda, çocukların karar süreçlerine etkin olarak katılımının desteklenmesi yönündeki eğilim giderek yaygınlaşmaktadır. Çocuklar üzerindeki tıbbi girişimlere ilişkin onam konusunda, erişkinlerden farklı olarak bazı kavramsal sorunlar vardır. Çocukların büyük çoğunluğunun anlama, kavrama ve buna bağlı olarak tedavi ya da araştırmaya katılmaya onam verip vermeme konusunda rasyonel bir karar alma yeteneğinden yoksun oldukları kabul edilir. Bu nedenle onlar adına onam alınması için üçüncü bir gruba başvurulmaktadır. Genellikle yasada kabul edilen bu üçüncü grup ana-babalardır (130). Çocuğun faydasını gözeterek çocuk için en iyi kararı verme amacıyla kararlarına ve eylemlerine yön veren anne babaların yeterince bilgilendirilmemesi durumunda verecek oldukları kararlar yanlış olabilmektedir. Her ne kadar verilen karar anne ve baba kadar hekimin de sorumluluğunda olsa da, bu kararın sonuçlarından etkilenecek olan çocuktur (52). Çünkü çocuklarda öncelikli sorun, yalnızca yaşlarının küçük olması nedeniyle onam vermek konusunda yeterli olmamaları değil, aynı nedenle daha sıklıkla zedelenebilir durumda olmalarıdır. Bu konuda hasta ve ana-baba eğitimi üzerindeki ağır vurgu ve pediatrideki çocuk taraftarlığı geleneği çocuğun haklarının korunması açısından denge oluşturmaktadır (130).

Hekimin hasta karşısında dürüst olma yükümlülüğü bulunmaktadır. Hastanın sağlık durumundaki kötü gidişatı hekimin hastaya doğrudan veya dolaylı olarak bildirmesi gerekmektedir. Hasta yakınlarına da bildirilmesi gereken bu durum çocuk hastalar için farklılık gösterebilmektedir. Zira durumu kötüye giden çocuk hastanın sağlık durumuna ilişkin bilgilendirmenin çocuğa değil yakınlarına yapıldığını biliyoruz (148). Ancak özellikle birçok müdahaleye maruz kalan kronik hastalıklı çocuklar kendilerine uygulanacak olan tedavinin faydalı olup olmayacağını kestirebilecek

durumdadırlar. Bu durumda onların da görüşlerini alarak verilecek kararlar en doğru kararlar olabilir (130).

Çocuklarda aydınlatılmış onam süreci hem hukuki hem de etik açıdan ne kadar önemli ise yaşam sonu karar verme sürecinde verilen kararlar ve bu kararların nasıl alındığı da çok önemli bir diğer başlıktır. Öncelikle çocuk ve gençler hakkında verilecek olan kararların geçerli olabilmesi için bunların çocukların çıkarlarına en uygun kararlar olması gerekir. Eğer tedavinin faydası zararından daha çoksa tedaviye başlamak bu grup için en uygun olanıdır şeklinde kabul edilir. Tedaviden sonra veya tedavi sırasında çocuğun hayati tehlikesi, ailesinden ayrılması, uygulanan işlemlerin ve yan etkilerinin riskleri ve tedavi sonrasında hastanın düzelme derecesi hesaba katılarak çocuğu tedavi etmenin en iyi seçenek olduğu yargısına varılabilir. Bazı durumlarda hastalığın derecesi tedaviden beklenen faydanın tahmin edilmesine olanak vermeyebilir. Bu durumda çocuk için en doğru seçim yine onu tedavi etmektir şeklinde bir karara varılabilir. Eğer bir tedavi kişinin hayatını kurtarmak için iyi bir şans oluşturuyorsa veya ağır bir bozukluğu önlüyor ama yan etkileri de oluyor ise istemese de çocuğa tedaviyi vermenin etik yönden uygun olacağı hususunda insanların çoğu hemfikirdir. Çocuk için en faydalı olanın seçimi konusunda genellikle yetişkinlerin kararı geçerli olur. Aslında bu durum birçok risk taşımaktadır. Bazı durumlarda yetişkinlerin kendi önceliklerini çocukların çıkarlarından önce tutmaları, yani kötü seçim yapabilme olasılığının olduğu unutulmamalıdır. Bu durumda 'Kimin öncelikli çıkarı?' sorusu önemli bir sorudur. En iyi klinik sonuç bazen kişilerin menfaatine en uygun olan sonuç olmayabilir. Bu nedenle hekimlerin çocuğun öncelikli çıkarı konusunda karar almaları, çocuk için en iyi tercihin belirlenmesi önemlidir (130).

2.3.3.4. Yoğun Bakımlarda Aydınlatılmış Onam ve Yaşam Sonu Kararları

Yoğun bakım ünitesi, durumu kiritik olan hastalara hizmet vermek amacıyla düzenlenmiş, hastanelerde bulunan özel bir ünedir (149, 150). Yoğun bakım ünitelerinde sunulan yoğun bakım ya da yaşam desteği hizmeti, yaralanma veya bir hastalık neticesinde hastanın hayatının tehdit altında olduğu, durumunun kritik olduğu süreçte kısmen ya da tamamen işlevini yitirmiş olan sistemlerin veya organların desteklenmesi amacıyla kullanılan yöntemlerdir (67, 149-151).

Yoğun bakımlar hastanın sürekli izleminin gerçekleştiği ve ileri teknolojiye sahip özel ünitelerdir. Hastaların yoğun bakıma yatırılış amaçları genel itibariyle şu şekildedir; ciddi fakat tedavi ihtimali bulunmayan hastaların bakımı, kliniklerde sağlanamayan özel tedavilerin uygulanması, yakın gözlem yapılması, organ yetmezliği bulunan hasta bireylerin bakımı, kritik hastalığı olan bireylerde mortalite ve morbiditeyi azaltmak (52).

Kişinin hayatını tehdit eden bir hastalığın veya yaralanmanın varlığı durumunda hastanın tedavi ve bakımı için, çeşitli özelliklere sahip izleme ve destek imkanlarının bulunduğu özel ünitelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür durumlarda hastanın bakımı ve tedavisi yakın ve daha teknolojik izleme imkânının olduğu, yetersiz durumdaki organları desteklemek adına yapay destek cihazlarının bulunduğu, daha riskli ve daha dikkat gerektiren ilaç uygulamalarının yer aldığı bölümler olan yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmektedir (152). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 16. maddesinde yoğun bakım üniteleri; *“yoğun bakım ve reanimasyon hizmetlerinin yapıldığı, tabip ve hemşire hizmetleri ile diğer teknik, sağlık ve laboratuvar hizmetleri bakımından sürekli olarak gözlem ve kontrol altında bulundurulması gereken hayati tehlike içindeki hastaların bakımlarının sağlandığı yataklı bakım üniteleri”* şeklinde tanımlanmaktadır (153).

Her ne kadar ileri teknoloji ve sağlık hizmetlerinin üst düzey kalitede sunulduğu birimler olarak nitelendirilse de yoğun bakımlar etik sorunlar ve etik ikilemlerle sık karşılaşılan birimlerdenidir. Yoğun bakımlardaki etik sorunların kökenini hastanın bu birimde yeterliliği ve özerkliğinin tartışmalı olması oluşturmaktadır (52). Yoğun bakım evresi öncesinde çoğunlukla yaşamı devam ettirmek ve acıları gidermek ile zarar vermemek ön plana çıkan iki ilke olurken yoğun bakımda hekimin davranışlarını ve müdahalelerini yönlendiren beş ilke bulunmaktadır. Bu ilkeler yoğun bakımda hekimin aksiyon alanını belirlemeye yardımcı olmaktadır.

Bunlar:

1. Hastanın kurtarılması olasılığının değerlendirilmesi,
2. Yaşamı koruma görevi,
3. Zarar veya acı vermeme yükümlülüğü,

4. Bireyin kendi kaderini tayin etme hakkı,
5. Ekonomik, hukuksal yönlerin göz önünde bulundurulmasıdır (154).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi hizmeti alan hastaların bilinci açık veya kapalı olabilmektedir. Aydınlatılmış onam bakımından hastanın bilincinin açık veya kapalı olması önem teşkil etmektedir. Zira hastanın bilincinin kapalı olması halinde bu durum hastanın kendi geleceğini tayin hakkını kullanma iradesinin bulunmadığına ve aydınlatılmış onamın hastanın kendisinden alınamayacağına işaret etmektedir. Tam da bu noktada hastanın bilincinin kapalı olması halinde hekim tarafından aydınlatma sorumluluğunun yerine getirilmesi ve hastadan aydınlatılmış onam alınması bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (155).

1980'li yıllardan başlamak üzere yoğun bakımlara ilişkin etik sorunlar insan hakları, yaşamı sürdüren girişimlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve sınırlı kaynakların nasıl paylaşılacağı çevresinde toplanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yoğun bakımlarda ortaya çıkan etik sorunlar neticesinde hastaların tedaviyi reddetme hakkına ve hastalar yerine karar verecek kişilere dikkat çekilmiş olup bir dizi ilkeler oluşturulmuştur. Bu ilkeler şunlardır:

- Karar verme yeterliliğine sahip hastanın tedaviyi reddetme hakkı bulunmaktadır.
- Karar verme yeterliliğine sahip olmayan hastalar ile bu yeterliliğe sahip hastaların sahip olduğu haklar aynıdır.
- Yapay beslenme ve hidrasyon tıbbi tedavilerdir. Tıbbi tedavilerle aynı koşullarda başlanmayabilir/ kesilebilir.
- Klinik ortamda, hasta bireye ve ailesine tıbbi karar verme sürecinde yardım edilmelidir (52).

Yoğun bakımlarda aydınlatılmış onam sürecinde tedaviye başlamama, tedavinin sonlandırılması, yararsız tıbbi uğraş ve arzu edilmeyen yaşam kalitesi kavramlarını açıklamakta fayda bulunmaktadır.

Sağlık profesyonelleri için oldukça zor bir kararı ifade eden tedaviye başlamama/başlanmış tedavinin sonlandırılması, teknolojik ve farmakolojik girişimler ve çabalar ile hastanın yaşamının desteklenmesinin hasta bireyin iyileşme sürecine

fayda sağlamayacağına ve hastanın bulgularının azaltılamayacağına karar verme durumudur. Yaşamı destekleyen tedaviye başlanmamasının veya tedavinin sonlandırılmasının sosyal, ekonomik ve ahlaki birçok sonucu bulunmaktadır. Bu kararın verilmesinde özerkliğe saygı, adalet, yararlılık etik ilkeleri önemli rol oynamaktadır. Zira tedaviye başlamama veya tedaviyi sonlandırma kararında değerler, mesleki sorumluluklar, sağlık bakımının öncelikleri ve hedefleri, inançlar çok boyutlu olarak değerlendirilmelidir. Genel itibariyle bakıldığında tıp etiğinde konuya ilişkin 'Hastaların tedaviyi kabul etme, reddetme veya sonlandırılmasını isteme hakları bulunmaktadır. Ancak hastanın yaşamı destekleyici tedavilerden yararlanma veya iyileşme ümidi var ise yaşam korunmalıdır.' yaklaşımı benimsenmektedir (52).

Yoğun bakımlarda uygulanan yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılması veya tedaviye başlamamaya ilişkin karar verme süreci yalnızca hasta ve ailesi için değil sağlık profesyoneli için de zor bir süreçtir. Tedavinin sonlandırılması veya tedaviye başlanmaması halinde hastanın yaşamının sonlanacağı gerçeği, karar verme sürecine dahil olan tarafların duygusal davranmasına sebep olabilmektedir. Tıbbi olarak faydalı olmadığı bilenen yaşamı destekleyen tedaviyi sonlandırma ile tedaviye hiç başlamama arasından ahlaki bakımdan herhangi bir fark olmamasına rağmen hem sağlık profesyonelleri hem de hasta yakınları tedaviye başlamamayı, başlanmış bir tedaviyi sonlandırmaktan görece daha kolay kabul etmektedir (65, 67, 156, 157).

Yararsız tıbbi uğraş bir başka ifadeyle boşuna/nafile tedavi, uygulanan tedavinin hastanın iyileşmesine, bulguların ortadan kaldırılmasına veya hastanın işlevsel durumunu düzeltmeye katkısı olmaması durumudur. Tedavi hasta bireye fayda sağlamıyorsa sonlandırılabilir.

Yoğun bakımdaki hastanın bilincinin açık olması halinde başka bir deyişle hastanın ayırt etme gücüne sahip olması durumunda fiil ehliyeti değerlendirilmelidir. Fiil ehliyeti değerlendiriliken Türk Medeni Kanunu'nun 10.maddesinde yer alan ergin olma ve kısıtlı olmama unsurları hukuken dikkate alınmalıdır (155).

Yoğun bakımda aydınlatılmış onam ve yaşam sonu kararları sürecini ele alırken belirleyici olan husus hastanın fiil ehliyetinin değerlendirilmesidir. Bu noktada iki farklı hasta grubu ile karşılaşılmaktadır. Bunlardan ilki bilinci kapalı olan hastalarken

diğer grubu bilinci açık olan hastalar oluşturmaktadır (155). Bilinci kapalı olan hastalar, tıbbi karar verme yeterliliğine sahip değildir. Zira kendilerine uygulanacak tıbbi müdahalenin nedenini, sonuçlarını, olası risklerini anlayabilme, kavrayabilme ve değerlendirebilme becerisinden yoksun olmaları, bilinci kapalı hastaları tıbbi karar verme yeterliliğinden yoksun bırakmaktadır (158). Bu hususta hekimin, kimi aydınlatacağı, aydınlatılmış onamın hasta yerine kimin tarafından verileceği tedavi ve bakımla ilgili kararlarda kimin yetkili olacağı, hastanın sağlığı yerinde iken tıbbi vasiyet bırakıp bırakmadığı, yaşam sonu tedavi ve bakım konusunda isteklerinin bilinip bilinmediği konuları üzerinde durulması gereken önemli noktaları oluşturmaktadır. Bu gibi durumlarda hastanın isteklerini önceden bildirmiş olması hem sağlık profesyonelleri hem de yakınları için rahatlatıcı ve önemli bir unsurdur. Böylelikle karar verme aşamasında yaşanacak kaygılar ve çelişkiler en aza indirilerek tedavinin planlanması daha çabuk gerçekleşecektir. Ancak hasta isteklerinin bilinmiyor olması hasta yakınına olduğu kadar özellikle yoğun bakım ekibini de strese sokan bir durumdur. Özellikle yoğun bakımlarda ölümü, tedavi başarısızlığı ya da bakım eksikliği şeklinde değerlendiren hasta yakınlarının tepkileri ile karşı karşıya kalmak zaten sıkıntılı olan bu süreci daha da çıkmaza sokabilmektedir. Hasta yakınlarının karar vermek konusunda çekimser olmaları, tercih ve isteklerini açıklamak konusunda isteksiz olmaları ve herşeyi tamamen hastadan sorumlu olan hekime bırakmaları da yaşam sonu kararları sürecini zora sokan başka bir durumdur. Hayatın sonuna ilişkin etik konuların hekim ve hasta yakınları için çoğu zaman zor, üzücü, bazen çelişkili durumlar içerdiği bir gerçektir ancak bu süreçte aileyi de kapsayan bir ekip ile karar vermek en doğru kararın verilmesi açısından önemlidir.

2.3.3.5. Acil Durumlarda Aydınlatılmış Onam ve Yaşam Sonu Kararları

Hastanın isteğine bağlı olarak aydınlatılmış onam çerçevesinde yapılan bilgilendirmenin kapsamı genişletilebilir (129). Bununla birlikte acil bir durum söz konusu ise veya hastaya söz konusu tıbbi müdahale daha önce çok kez tekrarlanmışsa ya da hasta kişi bir hekim ise bilgilendirmenin kapsamı daralabilmektedir. Tıbbi müdahalenin risk düzeyi arttıkça, bilgilendirmenin kapsamı da aynı ölçüde genişlemektedir (159).

Hekimin aydınlatma sorumluluğunun ortadan kalktığı bazı durumların olduğu bilinmektedir. Bu durumlardan ilki hastanın gerçekleştirilmesi planlanan tıbbi müdahaleye ilişkin yeterli bilgiye sahip olmasıdır. Hastanın hekim olması halinde veya daha önce aynı tıbbi müdahalenin hastaya defalarca uygulanması durumunda hastanın mevcut tıbbi müdahaleye ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olması muhtemeldir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğünün olmadığı durumlardan bir diğeri hastanın tıbbi müdahaleye ilişkin bilgilendirme istememesi halidir. Müdahalenin gecikmesi halinde sakıncalar olan ve acil müdahale gerektiren acil durumlar da aydınlatma yükümlülüğünün ortadan kalktığı durumlar olarak kabul görmektedir. Bilgilendirmenin hastanın mevcut durumunu olumsuz etkileyecek olması durumunda da aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 19. maddesinde şu ibare ile yer almaktadır: *“Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihmalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir. Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirlen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır”* (127,159).

Hekim, zorunluluk durumunda tedavi amacı ile veya kamu düzeni, kamu sağlığı ve kamu güvenliği gibi gerekçelerle hastadan onam almadan tıbbi müdahalede bulunabilmektedir. Bu durumlara çok acil durumlar, bazı akıl hastaları, suç işleyen alkol, madde bağımlıları, hastanın bilincinin kapalı olduğu ve yanında kimsenin bulunmadığı durumlar örnek gösterilebilmektedir (159). Yasal temsilciden ya da mahkemeden izin almayı gerektiren ve hastaya acil müdahalede bulunulmaması halinde hastanın hayati organlarından biri veya hayatının tehlike altına girmesi durumunda izin şartı aranmaksızın acil müdahale gerçekleştirilmektedir (160).

Aydınlatılmış onam almanın daima mümkün olmadığı; acil, yoğun bakım gibi çeşitli birimler ile acil olarak tıbbi müdahale gerektiren durumlar bulunmaktadır. Bu hususta hangi durumların acil olduğu ve acil müdahale gerektirdiğini tanımlamakta fayda bulunmaktadır. Hastanın hayatını tehdit eden durumun acil müdahale

gerektirmesi ve hastanın karar verebilecek durumda olmaması halinde bu durumun acil durum olduğu kabul edilmektedir (161).

Acil durumlarda tıbbi müdahale öncesinde hastadan aydınlatılmış onam alınması yapılan müdahalenin etik olması ve yasal geçerliliği bakımından gereklidir. Acil durumlarda da şartlar el verdiği ölçüde hastalara acil müdahalenin ne olacağı, olası zararları ve faydaları, müdahalenin gerçekleştirilmemesi halinde karşılaşılabilecek sonuçlar açıklanmalıdır (162).

Acil durumlarda tıbbi müdahalenin aydınlatılmış onam aranmaksızın gerçekleştirilebileceğine yönelik hukuki dayanak İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 8. maddesinde yer almaktadır. İlgili madde *uyarınca "Acil bir durum nedeniyle uygun rızanın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir girişim zaman geçirmeksizin yapılabilir."* denmektedir (92). Benzer şekilde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde *"Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur."* ibaresi yer almaktadır (127). Acil durumlarda müdahale ve aydınlatılmış onama değinilen bir diğer hukuki belge ise TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarıdır. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26. maddesine göre *"Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir.*

Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.” denmektedir (163).

Acil durumlarda aydınlatılmış onamın farklı bir boyutu da ameliyat sırasında ortaya çıkan ameliyatın genişletilmesi halidir. Hastanın daha önce aydınlatılarak onamının alındığı bir ameliyat sırasında ameliyatın genişletilmesine ihtiyaç hasıl olması durumunda hastadan onam almak mümkün olmamaktadır. Hastanın ameliyat öncesinde vermiş olduğu onamı dikkate alarak hekimin ameliyatı hasta birey rıza göstermiş gibi kabul ederek genişletmesi mümkün değildir. Bu durumda hekimin şayet ameliyatın genişleyebileceğine dair öngörüsü bulunuyorsa hastaya ameliyat öncesinde bilgi vererek bu konuda onamını alması gerekmektedir. Hekimin böyle bir öngörüsü olması ve hastayı bu konuda bilgilendirmemesi ve onamını almaması halinde ise onam alınmadan ameliyatın genişletilmesinden hukuken hekim sorumlu tutulmaktadır (159).

Acil durumlarda hastanın bilincinin açık olup olmaması, bir yakınının yanında bulunup bulunmaması alınacak kararlar açısından önemlidir. Ancak genellikle hasta yakınları acil servise hastadan sonra yani, ilk müdahaleler yapıldıktan sonra gelmektedir. Acil servise durumu kritik olarak getirilen hasta için öncelik hayati verilerinin stabilize edilmeye çalışılmasıdır. Her ne kadar bazı çalışmalarda yaşam sonu tedavi ve bakım acil servislerde ölümden hemen önceki zaman zarfında verilen bakım olarak değerlendirilse de burada karar verici genellikle hastaya ilk müdahaleyi yapan hekimdir ve kararları hastanın hayatını kurtarmaya yönelik olacaktır (Watson vd., 2011).

2.3.3.6. Evde Bakım Süreci, Aydınlatılmış Onam ve Yaşam Sonu Kararları

Evde bakım; sağlık bakımı ve destekleyici bakımı sağlamak üzere sağlık profesyonelleri tarafından sunulan bir hizmettir. Evde bakım ile bireylere tüm yaşam evrelerinde, kendi yerleşim alanlarında sağlık hizmeti sağlanır ve evde bakım sağlık bakımı hizmetinin geniş bir parçasıdır. Evde bakım sürecinde uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin maksimum tedaviye ulaşması, böylece hastalık ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amaçlanmaktadır. Günümüzde evde bakım ile kompleks sorunların, düşük maliyet ve

hasta güvenliğini tehlikeye atmadan hasta, aile ve sağlık profesyoneli iş birliği ile yürütülmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (138).

Evde bakımla, kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların azaltıldığı, iş gücü kaybının önlendiği, hastanede yatma süresinin azaldığı, akut komplikasyonların dahi etkin bir eğitim ve iletişim ile evde tedavi edilebildiği, ev ortamında hastaların tedavi sürecinin hızlandığı, aile ve hastanın iş ve sosyal yaşamından kopmadığı, yapabilecek durumda olan hastaların bazı bakım aktivitelerini öğrendiği ve üstlendiği, hastalara daha kısa sürede bağımsızlık kazandırıldığı görülmektedir (138).

Bu bağlamda evde bakımın amacı, sağlığın olabildiğince tekrar kazanılması, geliştirilmesi, sürdürülmesi, olası komplikasyonların en aza indirilmesi ve sonuçta her birey için bir son olan rahat ve konforlu bir ölümün sağlanmasıdır.

Burada özellikle terminal dönem hastalarının evde bakım sürecinde onamının nasıl alınacağı ve yaşam sonu kararları konusundaki yetkilendirme bildiriminin nasıl yapılacağı önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Alandaki literatüre bakıldığında çok az sayıda araştırmacının evde bakım esnasında aydınlatılmış onam ve yaşam sonu kararlarına değindiği gözlemlenmektedir. Evde bakımda kurum bakımından farklı olarak sağlık profesyonelleri bu hizmeti diğer meslektaşları yanlarında olmadan tek başına sunarlar ve her türlü acil durum için standardize edilmiş planlarının olması ve bazen bu planların hasta özelinde yeniden oluşturulması gerekmektedir. Evde bakım hizmeti veren sağlık profesyonelinin bazı durumlarda tek başına tıbbi uygulamalar hakkında somut kararlar alması bazende hiçbir girişimde bulunmadan hastanın ölmesine izin vermesi gerekebilir. İşte tam da bu noktada, evde bakım hizmeti sağlayıcılarının kendilerine önceden bildirilen isteklerin olmayışından ve belirsizlikten kaynaklı kafa karışıklığı ve tedirginlik yaşamaları mümkündür. Burada hastanın tercihlerini bilmek ve evde bakım personelinin sorumluluklarının çerçevesinin çizilmiş olması, uygulama esnasındaki kafa karışıklığı, korku ve endişeyi geride bırakarak hizmete odaklanmayı sağlayacak önemli unsurlardır. Evde bakım ve tedavisi süren bilinci açık hastaların kendi ortamlarında rahat bir şekilde süre kısıtı olmadan düşünmek, iletişim kurmak ve bunlar üzerinde tartışmak için daha fazla imkânı vardır. Bu nedenle hastanın

önündeki süreçlerin farkında olarak gelecekteki tedavi ve uygulamalar konusundaki fikirleri sağlık personeline yön gösterici olacaktır (138).

2.4. Dinsel İnançlar Perspektifinden Yaşamın Sonu

Din, bireylerin yaşam sonu kararlarını yönlendiren anahtar bir fenomendir. İnanç sistemlerine yüklenen bu rolün temelinde, insanın manevi ve spirütüel varlığının ve özünde de dinin varlığı oluşturmaktadır. Din bu yönüyle, herhangi bir dini inanca sahip bireylerin hayatının hemen hemen her noktasını etkileyen ve bireylerin ölüm karşısındaki tutumlarını ve algılarını şekillendiren kültürel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (164).

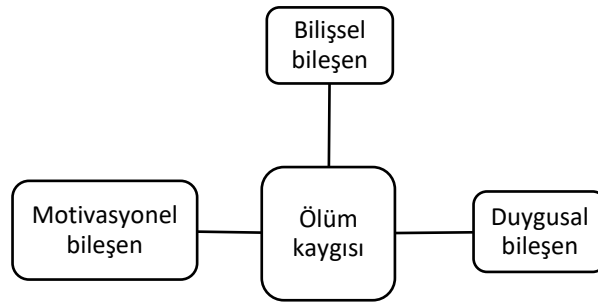
Bireyler, bilhassa yaşamın son dönemlerine ulaştıklarını hissettiklerinde ölüm ve ölmenin sonucu bilinmeyen fiziksel değişiklikler, ölüm ile ilişkili stres, yaşanması olası acılar, kişinin yakınlarından ve sevdiklerinden ayrılacak olması ve ölümün ardındaki belirsizlik nedeniyle bir takım korku ve kaygı duygularına kapılabilmektedir (165). Bu olumsuz duygular ile başa çıkma noktasında birçok başetme yöntemi kullanılmaktadır. Potansiyel başa çıkma yollarından birisi de dini düşünceler, duygular ve pratiklerdir. Bu bağlamda öncelikle ölüm düşüncesi/kaygısı/korkusu kavramları ve bu kavramları oluşturan bileşenler irdenelecektir. Ardından ölüm korkusunun bireysel ve toplumsal yansımaları ile sağlık üzerindeki sosyal, fiziksel ve mental olumsuz etkileri bütüncül bir bakış açısıyla ele alınacaktır. Ölüm korkusu neticesinde ortaya çıkan olumsuz sonuçlarla baş etme hususunda düşünce, inanç, tutum ve pratik bütünü olarak ele alınan din kavramı üzerinden ölüm olgusu ve yaşamın sonu kavramları açıklanacaktır (12).

Ölüm, şimdiye kadar yaşamış olan insanların karşılaştıkları, yaşamakta olan insanların ise hayatlarının bilinmeyen ve herhangi bir zamanında karşılaştıkları, yaşamın genel seyri içerisinde gözmezden gelinen ancak kaçışı olmayan, yaşamın bir gerçeğidir (13). Kaçınılmaz olan ölüm olgusu ile insanın yakın bir zamanda karşılaştıkça olma düşüncesi şüphesiz insanlarda çeşitli tepkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (166). İnsanlar ölümü genel olarak ölümcül bir hastalığa yakalanmaları halinde, yakınlarından birisini kaybettiklerinde, savaş, salgın, afet gibi olağanüstü bir

durumla karşılaştıklarında düşünmektedir (167). Bireyler ölümü düşündüklerinde onları kaygıya ve endişeye sevk eden korkulardan bazıları belirsizlik korkusu, acı duyma korkusu, bedenini kaybetme ve yok olma korkusu, yalnızlık korkusu, ölümden sonra cezalandırma korkusudur (16, 166).

Ölüm korkusu/kaygısı/düşüncesi, doğum ile başlayıp insanın yaşamı boyunca varlığını muhafaza eden, bireyin karakter gelişiminde payı bulunan, insanın içinde barındırdığı tüm korkuların temelini oluşturan, ölümlle birlikte kişinin artık bu dünyada varolmayacağı, her şeyini kaybedeceği dolayısıyla her şeyin anlamsızlaştığı hissine kapılmasına neden olan bir duygu olarak ifade edilmektedir (15, 168). Daha genel bir ifadeyle ölüm korkusu; bireyin ölüm olgusunu düşünürken deneyimlediği inkâr, korku, endişe, kaygı gibi olumsuz bir dizi inanç, düşünce ve tutumları tanımlamaktadır (169).

Her ne kadar 'ölüm korkusu' ve 'ölüm kaygısı' literatürde birbiri yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıksa da, özünde iki ayrı kavramı ifade etmektedir. Zira kaygı, algılanan ve belirli bir tehlikeye yönelik insanın içinde bulunduğu çaresizlik durumu ile karakterizedir. Buna karşın korku, istenilmeyen bir duruma karşı aktif bir tepki gösteren bireyin hissettiği bir duygudur (170).



Şekil 6. Ölüm kaygısının bileşenleri.

Ölüm kaygısını meydana getiren üç temel bileşen bulunmaktadır (Şekil 6). Bunlar motivasyonel, duygusal ve bilişsel bileşenlerdir. Motivasyonel bileşen, kişinin ölüm kaygısına ilişkin yaşadıklarının, hissettiklerinin ve düşündüklerinin kişiyi belli bir

davranış biçimine yönlendirmesi olarak açıklanmaktadır. Duygusal bileşen, ölüm kaygısının kişiye duygusal anlamda yansımaları olup ölüm düşüncesinin kişide oluşturduğu hissiyatı ifade etmektedir. Bilişsel bileşen ise ölüm süreci ile ilgili tüm düşünceleri kapsamaktadır (13, 16, 166). Ölüm kaygısı, bireyin zihinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlığın bütüncül bir biçimde zihinsel, fiziksel ve sosyal iyi olma halini ifade ettiği göz önünde bulundurulduğunda zihinsel sağlığı olumsuz etkileyen ölüm kaygısı şüphesiz bireyin fizyolojik sağlığına ve sosyal ilişkilerine de zarar vermektedir (171). Ölüm kaygısının bireyde meydana getirdiği olumsuz etkilerle başa çıkma hususunda bireylerin kullandığı yöntemlerden birisi de dini inanç, düşünce ve pratiklerdir.

Toplumun büyük bir kısmında geleneksel olarak ölüm, kaçınılması gereken bir durum olarak kabul edilmektedir. Terminal dönemdeki bir hasta için çoğunlukla 'yapılacak herhangi bir şeyin olmadığı' ifade edilirken son yıllarda bu yaklaşıma yeni bir perspektif kazandırılmıştır. Bu bağlamda hastanın çektiği acılar ve ölüme ilişkin kaygılarla başetme hususunda dini inançlar ve maneviyat ön plana çıkmaya başlamıştır (172). Bununla birlikte ölüm kavramı, bireylerin ve içinde bulunulan toplumun dini inançları ile ilişki halindedir. Bu ilişki ölümün bireyler arasında, aileler arasında ve toplumlar arasında farklı tanımlanmasına yol açmaktadır (173).

Ölüm kaygısı ile din vasıtasıyla nasıl başa çıkıldığını ele almadan önce din kavramının açıklanmasında fayda bulunmaktadır. Din; hastalık, kayıp durumunda veya ölümden insanlara yaşamın amacını gösteren ve yaşamın anlamını bulma noktasında insana yol gösterici olan, hayatın ciddi tarafları ile insanların baş etmesine yardımcı olan değerleri, kavramları sağlamaktadır (172). Bir başka tanıma göre din; insanoğlunun ilahi olarak kabul ettiği şeyle ilgili olarak sahip olduğu münferit duygu ve deneyimler anlamına gelmektedir (168). Yalom (2017) dini, insanların bu dünyadaki varlığının sonsuz olmaması nedeniyle duyulan ölüm kaygısını hafifleten sistemler olarak tanımlamaktadır (174). İslama göre din, Allah tarafından seçilen elçiler aracılığıyla akıl ve vicdan sahibi olan insanlara aktarılan ve hem bu dünyada hem de öbür dünyada (ahirette) insanların mutlu olmalarını sağlayacak bir sistem ve Allah tarafından belirlenmiş kurallar bütünü olarak anlam kazanmaktadır (170).

Ölüm kavramı dini inancı etkilerken diğer yandan dini inançlardan da etkilenmektedir. Zira ölümün anlamlandırılması kişinin hayata bakış açısına göre inşa edilmektedir. Din insanların ölümü anlamlandırmasında ve ölümün neden olduğu korku, kaygı ve endişelerle baş etme noktasında insana yardım etmektedir (175). Ölüm olgusuna din perspektifinden yaklaşım farklı dinlere ve farklı inanışlara bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Yahudilikte öldükten sonra diriliş ile onu izleyen bir mükâfat ve ceza olacağı hususunda Yahudiler içerisinde bir inanış mevcuttur. Ancak genel ve evrensel değil kolektif diriliş diyebileceğimiz bir topluluğun veya kavmin dirilişi söz konusudur. Hıristiyanlığa bakıldığında insanın ruh ve beden olmak üzere iki ayrı bileşenden oluştuğu, ölümün yalnızca insanın beden varlığına son veren bir durum olduğu, ölümün hayatı sona erdirmenin aksine hayatı daha güzel ve farklı hale dönüştüren bir durum olarak ele alındığı görülmektedir. Müslümanlara göre ise ölüm, insan ruhunun bedenden ayrılması ve Allah katına yükseltilmesi olarak anlamlandırılmaktadır (16).

Daha kapsamlı olarak incelemek gerekirse İslam dininde ölümden sonra hayat olduğuna inanılmaktadır. Yaşadığımız dünyanın bir imtihan olduğuna ve diğer dünyaya giden bir yol olduğuna inanılmaktadır. İslam dinine göre intihar ve doktor yardımlı intihar olarak nitelendirilen tıbbi müdahalelere izin verilmemektedir. Bir başka ifadeyle suni hidrasyon, yaşam destek ünitesi veya beslenme ünitesinin çekilmesi İslam dinince yasaktır. İslam dinine göre mümkün olması halinde hemcins sağlık personelinin hizmet vermesi istenebilmektedir (172). Hastanın diyetinde haram olarak kabul edilen yiyeceklerin verilmemesi gerekmektedir. Bununla birlikte kan transfüzyonu İslam dinine göre kabul edilen uygulamalardan biridir (176, 177). Organ bağışı ise zorunlu durumlar ve ihtiyaç halinde izin verilen bir uygulamadır (178). İslam dini, hastanın komada olması durumunda yüzünün kible yönüne çevrilmesini uygun görmektedir (176). Sağlık bakımına ilişkin önemli kararların çoğunlukla ailedeki erkek aile üyeleri tarafından alındığı bilinmektedir. Bununla birlikte hastanın izni olmadan üzerindeki dini aksesuarların çıkarılmaması gerekmektedir (172, 177). İslam dininde, kişi ölmeden önce ve öldükten sonra okunan birtakım dualar bulunmaktadır. Kişinin ölümlerinde Kelime’i Şahadet getirmesi uygun görülmektedir. Ölen kişinin gözlerinin

kapatılması, çenesinin bağlanması ve aile üyeleri ile yakınları tarafından dualar okunması İslamiyette yer alan ölüm sonrası dini ritüellerden bazılarıdır (172, 176).

Dünyanın en yaygın dinlerden biri olan Hristiyanlık dininde, yaşamın sonsuz olduğuna inanılmaktadır. Bu bağlamda ölüm, farklı bir yaşama geçiş olarak görülmektedir. Hristiyanlık dininde en fazla önem verilen ibadet duadır. Nitekim kişiler ölmeden önce de dua ayinleri yapılmaktadır. Dini törenler hem güç hem de merhamet kaynağı olarak kabul edilmektedir. Hristiyanlık dininin inancına göre kutsal yağlar ile ölmekte olan kişinin veya ağır hastaların yağlanması, kişiyi güçlendirmekte ve kişinin kötülüklerden arınmasına yol açmaktadır. Yaşamı sürdürmek ve korumak için gerekli olan 'güvenlik, ağrı kontrolü, empatik iletişim, dua okuma, fiziksel konfor' gibi yöntemlerin kullanılmasına ilişkin ahlaki bir zorunluluk bulunmaktadır. Bunun dışında diğer sıradışı yöntemler olarak adlandırılan beslenme tüpü, resüsitasyon gibi yöntemlerin hastaya fayda sağlamaması veya aile ve toplum için fazla maliyetli olması halinde bu tür yöntemlerden vazgeçilebilmektedir. Hastaların diyetinde Hristiyanlık dinine göre herhangi bir yiyecek, içecek kısıtlaması bulunmazken vejeteryan olan Hristiyanların bu tercihlerinin dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir. Hristiyanlık dininin mezheplerinden biri olarak nitelendirilebilecek Katolik öğretiyeye göre yardımcı intihar ve ötenaziye izin verilmemektedir. Ağrının azaltılmasına ve tedavi edilmesine destek olan ilaçlara ise ölümü hızlandırmadığı sürece izin verilmektedir. Bir diğer önemli husus olan organ nakli konusunda ise, dinen izin verilmekte olan bu işlem için karar hastaya ve ailesine bırakılmıştır (172, 177, 179).

Yahudilik veya Musevilik dininde insan bedeni, ömür boyu korunması, bakılması gereken ve Tanrı tarafından yaratıldığına inanılan bir varlıktır. Bu dinde hasta ziyaretleri, dini bir görev olarak kabul edilmektedir ve hasta ziyaretlerinin hastanın huzur bulmasına ve iyileşmesine katkı sunan bir ritüel olduğu düşünülmektedir (172). Ölüm aceleye getirilmemesi gereken bir durum olarak ele alınırken aynı zamanda ölümün engellenmemesi gerektiği de bildirilmektedir. Bu bağlamda Yahudilik dininde ötanazi yasaktır ancak reformist Yahudilerin bu konuda biraz daha ılımlı söylemleri vardır. Örneğin, hastanın, hastalığının tedavi edilemeyeceğinin ve iyileştirilemeyeceğinin kesinleşmesi halinde yaşam destek

ünitelerinin, besleme ünitelerinin ve suni hidrasyon ünitelerinin çekilmesine pek çok haham izin verebilmektedir. Organ nakli Ortodoks Yahudiler tarafından karşı olunan bir işlemken diğer Yahudiler insan yaşamını kurtarmaya yardımcı olduğuna inandıkları için organ naklini onaylamaktadır. Kişinin yaşamın son döneminde olması halinde dua okunmakta ve Tanrı'dan af dilenilmektedir. Ölmek üzere olan hastanın 'Dinle ey İsrail, Tanrımız Rab tek Rab'dir.' ifadesini söylemesi istenmektedir. Sonsuz mutluluğa ulaşmanın yolunun ölüm olduğunu düşünen Yahudilik dininde, ölenin arkasından üzülmek ve yas tutmak kabul gören bir dini davranıştır. Zira yas tutmaya ilişkin kurallar dahi belirlenmiştir. Bununla birlikte ölü yakmaya izin verilmemektedir. İnsan bedeninin bütünlüğünü parçalamak, Tanrı tarafından yaratılmış olanı mahvetme ile eş tutulmaktadır (172, 180-182).

Hinduizmde reenkarnasyona inanılmaktadır. Reenkarnasyon inancı Hinduların yaşamın sonuna ilişkin tercihleri üzerinde etkili olmaktadır. Bu noktada Hinduizm'de yaşam, korunması gereken bir süreç olarak ele alınmaktadır ve ölümün doğal olması gerektiğine inanılmaktadır (172, 183). Ruhu temizlediğine inanılan meditasyon ve yoga uygulamaları mevcuttur. Yumurta dahil olmak üzere tüm hayvansal gıdaların yasak olduğu Hinduizmde sağlık profesyonellerinin de hastanın beslenme ihtiyaçlarına duyarlı olması beklenmektedir. Sık kullanılan tıbbi ilaçlarda sığır maddesi bulunması hastadan izin alınması gerekmektedir. Hukuki bir durum söz konusu olmadığı sürece aile ve ölüye saygı bağlamında otopsiye izin verilmemektedir. İntiharın, kişilerin doğal olmayan yöntemle ölümüne neden olduğu düşünüldüğü için ve bu durumun yeniden dünyaya gelme hususunda problem teşkil edeceğine inanıldığı için intihara izin verilmemektedir. Ailenin görüşü esas alınarak organ bağıışı Hinduizme göre uygun görülmektedir. Cenazeler çoğunlukla odun ateşinde yakılmaktadır. Cenaze törenine katılanlara tatlı ikram edilmekte olup bu davranışın ölen kişinin ruhunun yeni bir ruha girmesine fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Ölüyü yakma ve cenaze töreninde ikram yapma görevi ölen kişinin oğlu veya erkek bir akrabası tarafından gerçekleştirilmesi ile ölen kişinin iyi bir durumda yeniden dünyaya geleceğinin garantisi olduğuna inanılmaktadır (177, 182, 183).

Budizm'e bakıldığında hayattaki bir varlığa zarar verme veya yaşamını alma aykırı bir durum olarak karşılanmaktadır. Budizm'e inanan birçok kişi reenkarnasyona da inanmaktadır ve ölümü geçiş olarak görmektedirler. Doğal ölüm sürecini destekleyen bu inanişe göre aktif ötanaziye karşı durulmaktadır. Her ne kadar Budistler tarafından acı çekmek, hayatın bir parçası olarak algılansa da acıyı hafifletmek veya sonlandırmak adına sedasyon tercih edilmektedir. Organ nakli ve kan transfüzyonuna ilişkin Budizm'de fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Yaşam sonuna gelmiş bir birey hem aile üyeleri hem de arkadaşları tarafından sıklıkla ziyaret edilmektedir. Aile üyeleri ve arkadaşların yanısıra rahip ve rahibeler tarafından da yaşamın sonundaki birey ziyaret edilmektedir. Genel olarak Budistlerin vejeteryan olduğu bilinmektedir. Ruhun, ölümün gerçekleşmesinin ardından birkaç saat vücutta kaldığına inanılmakta bu nedenle bu süreçte bedene dokunulmaması gerektiğine inanılmaktadır (172, 184).

Genel itibarıyla Müslüman bir yapısı olan Türk toplumunda, dini eğilimler ve kültürel özelliklerin etkisiyle ölüm, hayatın ayrılmaz bir parçası ve kader olarak görülmektedir. Bu algılayış biçimi ölümün kabullenilmesini kolaylaştırmaktadır (185). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde dini inançların, ölüm kaygısını etkileyen ve bu kaygıyı azaltan bir faktör olduğu gözlemlenmiştir (186). Dini yönelim ve inançlara ek olarak ölüm kaygısı ile ilişkilendirilen diğer faktörler yaş, cinsiyet, kişisel özellikler, sosyo-kültürel faktörlerdir (166). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların büyük kısmında dini düşünceler, tutumlar ve pratikler ile ölüm korkusu arasında negatif bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Birbirinden farklı birçok ülkede gerçekleştirilen bu çalışmalarda dindarlığın arttıkça ölüm kaygısının azaldığı sonucuna varılmıştır (25, 187- 194). Bunun yanı sıra dini inanç ve pratikler ile ölüm kaygısı arasında herhangi bir ilişki olmadığını hatta aksine dindarlığın ölüm kaygısını artırdığını savunan çalışmalar da mevcuttur (168, 170, 195-197).

2.5. Klinik Etik Karar Verme Süreci

Etik bağlamında karar verme, birbiri ile çatışan farklı alternatiflerin bulunması halinde ahlaki olarak hangi eylemin en doğru olduğuna karar verilmesini kapsayan,

sistematik ve mantıksal olarak düşünmeyi içeren bir süreçtir (198). Karar verme sürecinde, seçenekleri etik olarak değerlendirmek gerekmektedir. Etik değerlendirme ile ifade edilen durum ise, olay, durum veya süreçleri etik olarak analiz etmeyi ve gerçekleşmiş veya gerçekleşebilecek etik sorunları ortaya çıkarmayı kapsamaktadır (199).

Etik karar verme süreci, etik sorunlarla karşılaşıldığında en doğru eylemin ne olacağına karar vermek, gerçekleşen veya gerçekleşebilecek eylemlerin ahlaki açıdan uygunluğuna karar vermeyi içermektedir. Etik karar verme süreci her ne kadar diğer karar verme süreçleri ile örtüşse de diğer süreçlere kıyasla daha fazla düşünme ve muhakeme yapma becerisi gerektirmektedir (200).

Tıp alanında karşılaşılan tıbbi kararlar, girişilecek olan tıbbi eylemin nasıl gerçekleştirileceğini belirleme veya tamamlanmış bir tıbbi müdahalenin değerlendirilmesine yöneliktir. Klinik tıp uygulamasının temel unsurları olan teşhis koyma ve tedaviyi düzenleme birer karar verme etkinliği olarak değerlendirilebilmektedir. Esasında klinik tıp uygulamasının bir tür karar üretme etkinliği olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır (201).

Etik karar verme süreci, hekimin hastanın bakımı ve tedavisi sürecinde alacağı tıbbi kararlarda etik değerleri uygulamaya geçirme durumudur. Klinikte hekimin etik bir problemle veya ikilemeyle karşılaşması halinde yapması gereken ilk eylem şüphesiz vakanın değerlendirilmesidir. Bu nedenle öncelikle tıbbi durumun tam bir tanımlaması yapılmalı ve öyküsü alınmalıdır. Hastanın teşhisinin ya da olası teşhislerinin ne olduğu belirlendikten sonra prognozun ne olduğu açıklanabilmesi ve tıbbi tedavi planı yapılmalıdır. Bu süreçte alternatif tedavi planları da göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın tıbbi durumunun değerlendirilmesinde yaş, cinsiyet, eğitim gibi faktörler göz önünde bulundurulmalı, hastanın yaşam biçimi, aile ilişkileri, tedavi görmek istediği yer, sosyo-ekonomik faktörler de tanımlanmalıdır (55).

Karar verme sürecine ilişkin üç temel model bulunmaktadır. Bunlar; kararların gerçekte nasıl verildiğine odaklanan tanımlayıcı modeller, en iyi kararın nasıl alınabileceğine vurgu yapan normatif modeller ve karar vermeyi geliştirmek adına neler yapılabileceğine odaklanan kuralcı modellerdir. Yaygın olarak karşılaşılan karar

verme yaklaşımları her ne kadar bu üç grup altında özetlenmiş olsa da modeller arasında bazı örtüşmeler olduğu kabul edilmektedir. Tanımlayıcı modellerde, karar verme sürecindeki hasta, hasta yakınları, bakım sunanlar veya sağlık personeli gibi farklı katılımcıların bir karar verilmesi gerektiğinde nasıl bir eylem planı seçebileceğine dair gözlemler özetlenmektedir. Normatif modeller, gerçekte ne olduğunu gösteren araştırmaların aksine, bakım ortamlarında kararların alındığı süreçleri teorik bir bakış açısıyla ele almaktadır. Kuralcı modeller ise hastalar tarafından verilen kararları iyileştirme niyetiyle, karar vermeye yönelik mevcut yaklaşımları yansıtmaktadır (202).

Hekimin, hastaya ilişkin tıbbi müdahale sürecinde karşılaştığı etik sorunların çözümünde dikkate alınması gereken önemli aktörlerden birisi hastanın tercihleridir. Hastalık koşullarının anlaşılması, hastanın yaşam kalitesi hakkındaki görüşü, tedaviye yönelik değerleri, tedavinin uygulanışına ilişkin istekleri, tıbbi vasiyet, tıbben uygun olan tedaviyi hastanın reddetmesi veya hastanın uygun olmayan bir tedavi yöntemini istemesinin nedenleri gibi hastaya ait unsurlar belirlenmelidir (55).

Klinik uygulamalarda etik karar verme süreci, hekimin vaka ile karşılaştığı andan başlayan, birçok boyutu içerisinde barındıran, kapsamlı ve karmaşık bir süreç olarak nitelenen klinik ilişkinin alt süreçlerinden birisidir. Tıp etiği bakımından sorun teşkil eden bir vaka ile karşılaşan hekim şüphesiz bir etik karar verme sürecinin içerisine dahil olmaktadır. Hekimin karar verme sürecinde olduğunu farketmesi ancak etik konusunda bilinçli ve farkındalık sahibi olmasıyla mümkündür (201, 203, 204).

Karar verme sürecinde dikkate alınması gereken verilerden birisi bir birey olarak hastanın ihtiyacı olan şeyin ne olduğudur. Bu ihtiyaçlardan kasıt, fiziksel acıların varlığı ve bu acıların giderilmesi, hastanın çevresi ile ilişkileri, hastalığıyla baş etme becerisi ve yöntemleri, hastanın hastalığıyla baş etme sürecinde kullanmış olduğu mevcut kaynaklar, ölmekte olan bir hastanın özel istekleri gibi durumlardır (55).

Bilhassa yaşamın sonuna ilişkin karar vermenin ayrılmaz parçalarından birisi karar verme sürecine katılan taraflar arasındaki etkili iletişimidir. Karar verme sürecinde şu hususlara dikkat edilmelidir:

- Hastanın teşhisi, prognozu ve mevcut durumu ışığında tedavi ve bakım için hastanın tercihlerini karar seçeneklerini oluşturmak için hastayla iş birliği yapılmalıdır. Hastanın karar verme kapasitesi yoksa profesyonel, hastanın vekiliyle veya yasal temsilisiyle birlikte çalışmalıdır.
- Karar alma sürecinde seçeneklerin değerlendirilmesi ve tartışılması için taraflara yeterli zaman tanınmalıdır.
- Mevcut klinik bilgileri açık ve anlaşılır bir dil ile hasta ve vekil (varsa) ve sağlık ekibi üyeleri arasında paylaşılmalıdır.
- Belirli müdahalelerden vazgeçme seçeneği de dahil olmak üzere tedavi seçenekleri ve her seçeneğin sonuçları tanımlanmalıdır. Tedavi seçenekleri, herhangi bir işlem yapmama, bir kararı ertelemeyi içerebilmektedir.
- Karar verme sürecinin sonunda uzlaşılan karar, tüm ekip üyelerine ve karar verme süreci taraflarına açık olacak şekilde belgelenmelidir.
- Kararlar hastayla veya hastanın karar verme kapasitesi yoksa vekil ile düzenli olarak gözden geçirilmelidir (205).

Karar verme sürecinde hastanın içinde bulunduğu mevcut şartlar ve istekleri ile beraber hasta yerine karar verecek olan aile üyesinin veya hastanın yasal temsilcisinin tercihleri de gözönünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle tıpkı hasta bireyde olduğu gibi hasta adına karar verecek kişinin de karar verme kapasitesinin ve yeterliliğinin, hastanın yaşam kalitesine ilişkin görüşlerinin, tıbbi fayda adına hasta için en iyi tedavi seçeneği hakkındaki görüşlerinin ve tıbben uygun olan bir tedaviyi reddetmenin ya da uygun olmayan bir tedavi yöntemi tercih etmenin nedenleri kapsamlı bir biçimde değerlendirilmelidir (55).

Etik karar verme, bir sorun çözme sürecidir. Normatif bir alan olarak tanımlanan etikte, sistematik ve metodolojik bir biçimde uygulanan karar verme süreci, tıpkı hukuk alanında olduğu gibi tümdengelimsel bir mantık yaklaşımını gerektirmektedir. Bir başka ifadeyle hekim öncelikle karşılaştığı somut sorunun ait

olduğu soyut sorun kategorisini saptamakta ardından bu kategoriye ilişkin bir kural varsa o kural doğrultusunda, kural olmaması halinde genel ilkeler uygun şekilde bir karara varmaktadır (201, 203, 204)

Karar verme sürecinde, bu sürece dahil olan tüm tarafların onurunun ve haklarının korunması elzem ve önemlidir. Zira süreç sonunda varılan karar hasta dışında hasta yakınlarını ve toplumun geri kalanını etkileyecek nitelikte olabilmektedir. İlk bakışta hekim ile hasta arasındaki ilişki iki tarafın var olduğu birebir ilişki gibi algılansa da esasında karar verme süreçlerinde bu ilişkinin hasta yakınlarını, kamu politikalarını, kurum politikalarını, hastane etik kurullarını ve dini otoriteleri içine alan çok belirleyeni bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür (39).

Klinik karar verme sürecinde hastayla ilgili başkalarının göreceği fayda veya zararlar dikkate alınması gereken hususlar arasında yer almaktadır. Ailenin hastaya bakmaktan dolayı karşılaşıcağı maddi manevi yük, sınırlı kaynaklar sorunu, sağlık hizmeti sunanların kazançları ve kayıpları karar verme sürecinde hasta dışında başkalarına ilişkin göz önünde bulundurulması gereken durumlara örnek olarak verilebilmektedir (55).

Karar verme sürecinde uygulanması gereken adımlara ilişkin farklı yol haritaları bulunmaktadır. Ancak basamak sayısı ve içerikleri değişse de ana çerçeve genel itibariyle benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda karar verme sürecinde ilk olarak problem belirlenmektedir. Problem belirlendikten sonra hastanın içinde bulunduğu duruma yönelik tüm veriler bir araya getirilmektedir. Mevcut durum içinde rol oynayan değerler tanımlanmakta ve çatışma içinde olan değerler ortaya çıkarılmaktadır. Bu çatışmayı çözmek için olanaklı çözümler önerilmekte, bu durumda ne yapmak gerekli sorusuna yanıt aranmaktadır. Seçenekler tanımlanarak, önem sırasına göre öncelikler belirlenmektedir. Farklı kişilerden alınabilecek olası öneriler var ise bunlar değerlendirilmektedir. Daha sonra seçenekler arasında eleme yapılarak karara varılmalıdır. Son aşamada ise uygulama sonuçları değerlendirilmektedir. Etik karar alma süreci genel itibari ile bu şekilde ilerlemektedir. Tıp alanında da karar alma süreci bu ilerleyiş ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (201).

Karar verme sürecinde yol gösterici olabilecek, birbirinden farklı ancak birbirinin tamamlayıcı olabilecek dört basamağı şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. İlk basamağın odak noktasını hastanın vücudu ve biyolojisi oluşturmaktadır. Başka bir deyişle hastalıklara ve tedavi seçeneklerine odaklanılmaktadır. Bu basamağın amacı teşhis koymak, prognozu tanımlamak, olası tedavilerin başarı ve başarısızlık oranlarını doğru saptamaktır. İlk basamağın uygulamasında doğru teşhis ve hastalığın evresini saptama, muhtemel bir prognoz, risk azaltma, tedavilerin olası yan etkileri, maliyetleri ve sakıncaları gibi hususlar ele alınmaktadır.
2. İkinci basamağın odak noktasında hasta birey ve biyografi farklı bir ifadeyle hastanın değerleri ve acıya ilişkin görüşleri yer almaktadır. Bu basamağın amacı hastanın çekmiş olduğu acıyı anlamak ve empatik olmaktır. Buradaki vurgu, hareket etmek, değiştirmek ya da düzeltmek değil, dinlemek, var olmak ve kişinin değerlerini öğrenmektir. Empatik iletişimin önemli bir rol üstlendiği bu basamakta hastanın normları, görüşleri, yaşam değerleri, acı çekme algıları ve tedavi tercihleri hakkında bilgi edinmek başlıca görevlerdendir.
3. Üçüncü basamakta diğer hasta gruplarında geliştirilen bilimsel kanıtları hastanın özel durumuna uygulamak, kanıta dayalı tedavileri hastanın değerleri ile uzlaştırmak temel amaçtır. Bu basamakta yalnızca bilimsel görüşü dikkate alan, kabul edilebilir kanıta dayalı tedaviler hem bilimsel kanıtları izleyerek hem de hastanın isteklerine saygı göstererek en iyi veya önerilen tedaviyi dikkate alan bir ekip önerisi, bilimsel kanıtlara ve hastanın isteklerine göre uygunsuz olabilecek tedaviler, bilhassa bilimsel dayanağı göz önünde bulundurularak yararsız veya kabul edilemez tedaviler değerlendirilmelidir.
4. Dördüncü ve son basamakta onama dayalı bakım hedefleri oluşturmak, hastanın değerlerine saygı gösterilmesini ve bilimsel olarak kabul edilebilir uygulamaların kullanılmasını sağlamak amaçlanmaktadır. Bu basamakta tedaviler hasta ve doktor arasında

tartışmakta ve istenen hedeflere ulaşmak için hangi tedavilerin uygulanıp uygulanmayacağı konusunda bir fikir birliğine varılmaktadır (206).

Vakanın kapsamlı etik değerlendirmesinin yapılmasının ardından kararın verilmesi ve uygulamaya geçilmesi aşaması gelmektedir. Bunun için hastanın mevcut tıbbi koşulları ve değerleri ile tıp etiğinin değerlerinin ortak kesişim noktası korunmaya çalışılmaktadır. Alınan kararın mevcut tarafların değerlerine uygun olması ve etik bir çatışma meydana getirmemesi önem taşımaktadır (55). Etik kararın oluşturulmasının ve verilen karar doğrultusunda tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesinin ardından hekimin etik değerlendirmesi devam etmektedir. Bu aşamada hekim, vaka ile ilgili kararını gözden geçirmekte ve onun hakkında bir üst karar oluşturmaktadır. Tıbbi eylemin gerçekleştirilmesinin ve sonuçlarının görülmesinin ardından vakanın retrospektif ve çok yönlü olarak ele alınıp incelenmesi bağlamında da verilen etik karar kontrol edilmektedir. Bu son değerlendirme aynı zamanda hekime, kendi etik karar alma performansına ilişkin geri bildirim sağlamaktadır (201).

Etik bir karara varılamaması halinde ise tıp etiği danışmanı veya hastane etik kurulları yardım alınabilecek mekanizmalardır (55). Kimi zaman ölüm veya yaşam kararlarının alındığı, sınırlı kaynakların nasıl paylaşılacağına ve kullanılacağına karar verildiği, tedavi reddinin söz konusu olduğu, yasal temsilciler ile hekimin verdiği tıbbi kararın çeliştiği ve neticesinde hekimi zora sokan karar verme sürecinde kararın sorumluluğunun paylaşılması gerektiği durumlarda Hastane Etik Kurullarının danışmanlık niteliğindeki görüşleri önemli bir yer tutmaktadır (39).

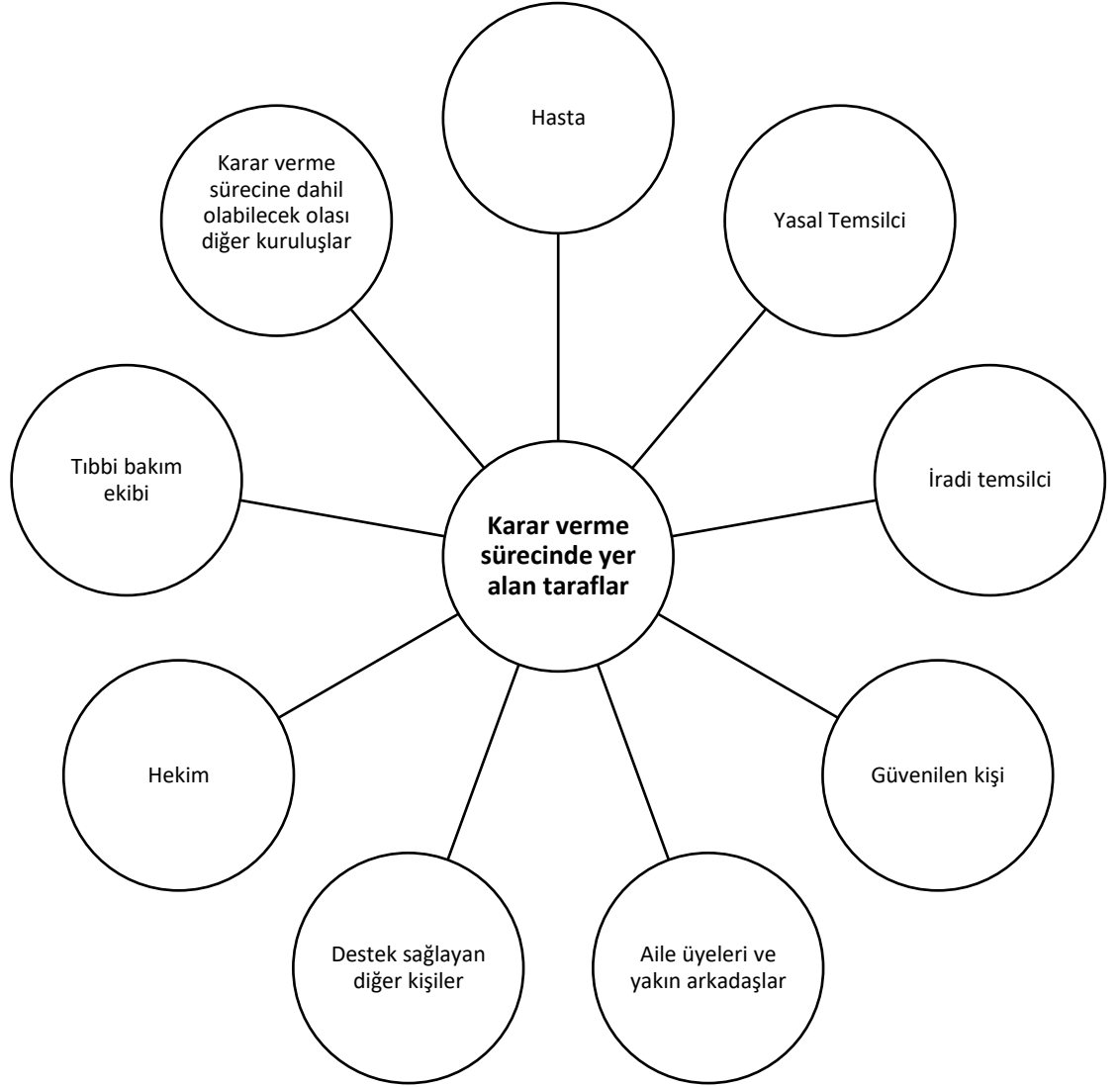
Yaşamın son dönemi olarak adlandırılan süreçte yer alan ve ölmekte olan hastaya ilişkin tıbbi karar verme sürecinde, bu süreçte yer alan tarafları ve bu tarafların rollerini tanımlamak önem teşkil etmektedir. Zira bu süreçte yer alan her bir kişinin hangi rolü üstlendiğini netleştirmek, zorlu ve karışık vakaları ve bu vakalarla ilgili alınacak kararlara ilişkin ortaya çıkabilecek olası engelleri ve ikilemleri önlemeye olanak sağlamaktadır. Karar verme sürecinin en temel amacı, bu süreçte

yer alan ilgili tüm tarafların görüş ve fikir birliği dahilinde, uzlaşma içerisinde ortak bir karara varılmasını sağlamaktır (40).

2.5.1. Klinik Etik Karar Verme Sürecinde Yer Alan Taraflar ve Roller

Yaşamın sonuna yönelik kararlarda hekimin karşılaştığı etik ikilemlerin çözümü sırasında hekimin kendi kararının ve vicdanının sorumluluğu ile yalnız bırakılmaması gerekmektedir. Bu nedenle karar verme sürecinde alınan kararların sorumluluğu, ekip anlayışı çerçevesinde paylaşılmalı ve paylaşılan sorumluluk temelinde değerlendirilmelidir. Yaşamın sonu dönemindeki hastaya sunulacak hizmetlerin neler olduğuna bir ekip anlayışı çerçevesinde karar verilmesi, böylelikle sorumluluğun yalnızca hekimden ziyade hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog dahil olmak üzere bir ekip içerisinde paylaşılması, tıbbi müdahalenin yanı sıra aileye psikososyal desteğin de sağlanması bakımından önem arz etmektedir (39).

Karar verme sürecinde yer alan taraflar Şekil 7’de şematize edilmiştir. Her durumda Şekil 7’de yer verilen tüm taraflar karar verme sürecine aktif olarak katılım sağlamadığını vurgulamakta da fayda bulunmaktadır.



Şekil 7. Karar verme sürecinde yer alan taraflar.

2.5.1.1. Hasta, Temsilcisi, Aile Üyeleri ve Destek Sağlayan Diğer Gruplar

Yaşamın sonuna yönelik kararlarda hastanın bakımı veya tıbbi tedavisine ilişkin kararlarda söz sahibi ilk taraf hastanın kendisidir. Bununla birlikte hastalar, etraflarında yer alan aile üyelerinin, arkadaşlarını veya kişiye destek sunan diğer kişi ve grupların varlığından faydalanabilmektedir. Hastanın kendi hayatına ilişkin karar vermede yetersiz kalması veya karar verme kapasitesinin tamamen ortadan kalması halinde hasta adına verilecek olan kararın, hastanın istek ve arzularına uygun olması, hastanın karar alabilecek durumdayken verebilecek olduğu karara olabildiğince yakın olması ve hastanın yüksek yararının gözetilerek verilmiş olması gerekmektedir. Bu

durumlar genellikle ülkelerin iç hukukunda, ulusal düzeyde hukuki olarak düzenlenmiştir. Hastanın kendi hakkında verilecek olan kararlara katılamayacak hale gelmesi durumunda, hasta adına verilecek olan kararın nesnel ve kolektif biçimde tartışılıp değerlendirilerek alınması, hastanın korunması bakımından önemlidir (40).

Karar verme sürecinin ilk ve esas tarafı olan hasta açısından sürece katılım ele alındığında hastanın sürece katılım düzeyine göre üç farklı gruplama yapmak mümkündür. Bu gruplar; karar verme sürecine katılım sağlayabilen hastalar, karar verme sürecine tam ve geçerli şekilde katılma yeteneğinden şüphe duyulan hastalar ve karar verme sürecine katılmayan hastalardır. Hastanın karar alma sürecine katılabilecek halde olduğu durumlarda, hekimin hastayı bilgilendirmesi ve aydınlatmasının ardından hasta ile birlikte hekim ve sağlık ekibi bakım planını oluşturmaktadır. Karar verme sürecine tam ve geçerli şekilde katılma yeteneğinden şüphe duyulan hastalar çoğunlukla yaşamın son döneminde olan hastalardır. Hastanın karar verme kapasitesinin yeterliliğine ilişkin şüphe duyulması halinde hastanın karar verme yeterliliği kapsamlı bir biçimde yeniden değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmenin karar verme sürecine dahil olmayan, bağımsız bir taraf tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir (40). Hastanın karar verme kapasitesi ve yeterliliği değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken anlama, değerlendirme, muhakeme etme, seçim yapma becerileri ve diğer unsurlar, tezin karar verme kapasitesi (2.3.1.) başlıklı bölümünde detaylı olarak ele alınmıştır.

Hastalar koma, beyin hasarı gibi bazı klinik durumlarda karar verme yeterliliklerini kaybetmektedir. Bu durumlarda iç hukukta yer alan düzenlemelere paralel olarak hasta adına kararı hekim ve hastadan farklı olarak üçüncü taraflar vermektedir. Burada önemli olan husus karar verici durumda olan üçüncü taraflarca, hastanın istekleri ve görüşlerinin dikkate alınması gerektiğidir. Hasta, ileriye dönük tıbbi kararlarını bir aile üyesine, yakın arkadaşına veya başka bir kişiye sözel olarak iletmiş olabileceği gibi yaşamın son dönemine ilişkin nasıl karar verilmesi gerektiğine dair tıbbi vasiyet de hazırlatmış olabilmektedir (40). Tıp etiğinin, hasta-hekim ve toplum arasındaki ilişkileri düzenleyici olması nedeniyle klinikte oluşturulan etik kararlara hastanın katılmaması düşünülemez. Özerkliğe saygı ilkesinin gereği olarak

hastanın kendi yaşamı hakkında son sözü söyleme hakkına sahip olduğu karar, kendisi üzerinde uygulanacak tıbbi müdahaleyi belirlemeye yönelik olandır (201).

Karar verme yeterliliğine sahip olan hastalar ölümlerine sebebiyet verecek olsa dahi tüm tıbbi müdahaleleri reddetme hakkına sahiptirler. Bu noktada hastaların yaşam sonu kararları arasında büyük farklılıklar gözlenebilmektedir. Bazı hastalar çok acı çekmelerine rağmen yaşamlarını sürdürecektir tıbbi müdahalelerin gerçekleştirilmesini isterken bazı hastalar yaşamlarını sürdürecektir en küçük müdahaleyi dahi kabul etmemektedir. Burada hekimin sorumluluğu, tedavi seçeneklerinin tamamını, başarı ve başarısızlık oranlarını detaylı olarak hastayla paylaşarak hastayı aydınlatmaktadır. Bu bilgilendirme ve aydınlatma sonrasında hastanın herhangi bir tıbbi müdahaleyi başlatma, sürdürme veya sonlandırma kararına saygı duyulması gerekmektedir. Karar verme yeterliliğine sahip hasta için karar verme süreci bu şekilde işlerken yaşamın son döneminde olan ve karar verme yeterliliğini kaybetmiş hastalar için bu süreç çok daha zorlayıcıdır. Bu durumda hastanın önceden belirlenmiş isteklerini içeren tıbbi vasiyet olması halinde tıbbi vasiyet göz önünde bulundurularak karar verilmektedir. Tıbbi vasiyetin ve hastanın yaşamın sonu kararlarına yönelik talimatlarının bulunmaması halindeyse hastanın yüksek yararı gözetilerek karar verme süreci yürütülmektedir (207).

İradi temsilci, temsil yetkisini temsil edilen kişinin beyanından alan kimsedir (208). Hasta, yaşamın son dönemindeyken kendi iradesi ile kendi adına karar vermesi için üçüncü bir kişiyi yetkili kılabilir (40). Bu durumda hastanın beyanı ile hastayı temsil eden kişiye iradi temsilci denmektedir. İradi temsilci hasta adına gerçekleştirilecek tıbbi müdahale kararlarının ötesinde hastanın sahip olduğu mülk, kalacağı yere karar verme gibi daha geniş yetkilere de sahip olabilmektedir. İradi temsilciler birer aracı gibi hastanın arzu ve isteklerini sağlık ekibine aktararak bu isteklerin tıbbi tedavi veren ekip tarafından dikkate alınmasını sağlamaktadır (40).

Karar verme sürecinin taraflarından birisi de yasal temsilcilerdir. Hastanın 18 yaşından küçük olması ve erginliğini kazanmamış olması ya da akıl hastalığı, zihinsel engel gibi çeşitli nedenlerden dolayı tıbbi müdahale için onam veremeyecek olması halinde kişiye yasal temsilci tayin edilmektedir. Ancak yasal temsilci ile hasta

tarafından hasta adına karar vermek için belirlenmiş bir kişinin temsili arasında fark bulunmaktadır. Bu fark, yasal temsilcinin hukuki olarak atanırken iradi temsilcinin hastanın isteğiyle belirlenmesi ve hasta adına karar verme yetkisinin kullanımı bakımında ortaya çıkan farklılıktır. Her ne kadar hasta adına karar verme yetkisi farklı bir kişiye devredilmiş olsa da bu hastanın süreç dışı bırakılması anlamına gelmemektedir. Zira insan onuruna saygı ilkesinden yola çıkarak hasta birey karar verme yeterliliğine sahip olmasa da sürece katılım sağlamalı, hasta bireyin görüş ve fikirleri dikkate alınmalıdır. Yaşı küçük olması nedeniyle yasal temsilci tarafından temsil edilen çocuklarda ise yaşlarına uygun olarak ve çocuğun anlayabileceği şekilde gerçekleştirilecek tıbbi müdahale hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (40). Özellikle 12-15 yaş ve 15-18 yaş aralıkları bu açıdan önemlidir (130).

Karar verme sürecine dahil olabilen taraflardan bir diğeri ise güvenilen kişidir. Güvenilen kişinin rolü ve nasıl tanımlandığı ulusal mevzuata göre değişkenlik göstermekle birlikte kimi zaman 'ikame kişi' veya 'şahsi vekil' olarak da tanımlanmaktadır. Güvenilir kişinin, yasal ve iradi temsilciden farkı hastalığı süresince hastaya yardımcı olmak ve hastayı desteklemektir. Hasta artık isteklerini ifade edemez hale geldiğinde, güvenilir kişi bu isteklerin ne olacağına ifade etmektedir. Güvenilir kişilere ayrıca hasta tarafından önceden direktifler verilebilir ve güvenilir kişi ihtiyaç halinde bu direktifleri hekime açıklayabilir (40).

Aile üyeleri ve yakın arkadaşlar karar verme sürecinde yer alan taraflardandır. Yaşam sonu kararlarının işbirlikçilerinden olan aile üyeleri her zaman birinci dereceden biyolojik aileyi içermeyebilmektedir (209). Aile üyeleri ve yakın arkadaşların karar verme sürecinde üstlendiği rollere bakıldığında bu rollerin ülkelerin sosyal ve kültürel yapısına göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Özellikle çocuklarda, aile üyelerinden anne baba yasal temsilcisi olarak çocuğu temsil etmektedir. Bazı durumlarda kişiler ailelerine yük olmamak için veya aile bağlarının zayıf olması nedeniyle kendilerini yakın gördükleri arkadaşlarından birisini vekil olarak tercih edebilmektedir. Aile üyeleri veya yakın arkadaşları resmi olarak yetkilendirilmemiş olsa dahi hastanın duygularını ve iç dünyasını yakından tanıyan kişiler olmaları nedeniyle bu kişilerin karar verme sürecine dahil edilmesi, bu süreçte

aile üyeleri ve yakın arkadaşlar ile konsültasyonun gerçekleştirilmesi hasta adına en iyi kararı verebilmek için önem arz etmektedir (40). Karar verme kapasitesine sahip yetişkin hastanın istekleri çok önemlidir. Hastanın karar verme yetisini kaybetmeden önce tıbbi karar ile ilgili dile getirdiği istekler veya tedaviyi reddetmesi biliniyorsa, bu istekler ailenin isteklerine üstün gelmektedir (209).

Diğer destek sağlayan gruplara bakıldığında tıbbi karar bakımından esas sorumlu ekipte yer almamaları nedeniyle hasta ile ilgili alınacak karara müdahale edemedikleri görülmektedir. Ancak bu gruplar, hastanın önceden verilmiş talimatının bulunması halinde, hastanın isteklerine, niyetlerine hâkim olmaları durumunda kendilerine danışılarak hastanın isteklerine dair bilgi temin edilebilecek kaynaklardandır. Bu nedenle her ne kadar doğrudan karar alma sürecine katılmasalar da destek sağlayan diğer kişileri bu sürecine dahil etmek gerekmektedir (40).

2.5.1.2. Tıbbi Bakım Verenler

Tıbbi karar verme sürecine katılımı ile ilgili literatür, hastalara ve hekimlere odaklanma eğilimindedir. Bununla birlikte, hastalığın yönetimi ve karar süreci genellikle karmaşık ilişkiler ağı bağlamında gerçekleştirilmektedir (210). Hastadan sonra, yaşam sonuna ilişkin kararlara dahil olan en önemli taraf tıbbi bakım verenlerdir. Hastaya bilgi vermesi gereken ve aynı zamanda üzerinde anlaşmaya varılan herhangi bir tedaviyi uygulama sorumluluğu yüklenen taraf tıbbi bakım verenlerdir (82). Karar verme sürecinin taraflarından olan tıbbi bakım verenler; hekim, tıbbi bakım ekibi ve karar verme sürecine dahil olması muhtemel diğer kuruluşlardır.

Hastanın sağlık durumunu tıbbi bakımdan değerlendirmeleri ve mesleki sorumlulukları gereği hekimler karar verme sürecinde önemli bir role sahiptir. Hekimler bu süreçte hastalara ve karar verme sürecine katılan diğer taraflara gerekli tıbbi bilgileri sağlamaktadır. Hekimler, özünde hasta adına karar verme sürecinin en doğru şekilde yönetilmesini, bilhassa hastanın daha önceden belirttiği bir isteği veya kararı varsa bu istek ve kararın dikkat alınmasını, hastanın gereksiz veya faydasız bir tedaviden korunmasını sağlamaktadır (40).

Karar verme sürecinin taraflarından biri olan tıbbi bakım ekibi, hasta bakımı ile ilgilenen sağlık profesyonellerini kapsamaktadır. Bu ekibe hemşiler, hasta bakıcılar, fizyoterapistler, psikologlar dahil olabilmektedir. Tıbbi bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin bu süreçteki rollerine ilişkin tanımlamalar ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte önemli olan karar verme süreci çerçevesinde, tıbbi bakım ekibinin her birinin bu süreçteki rolünün belirlenmesi gerektiğidir (40).

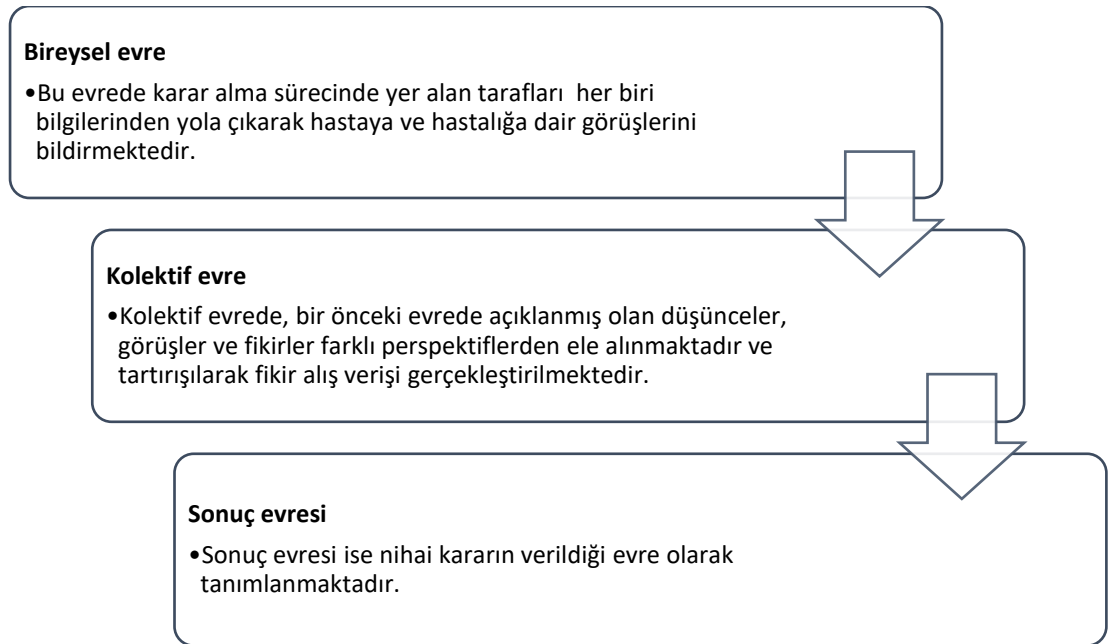
Karar verme sürecinde ortaya çıkabilecek herhangi bir kararsızlık, anlaşmazlık ve belirsizlik durumunda hastane etik kurulların vakaya ilişkin etik tavsiyeleri veya görüşleri tartışmaların çözümlenmesi hususunda yardımcı olabilmektedir. Bu noktada hastane etik kurulları gibi oluşumlar karar verme sürecinde rol almaktadır. Bilhassa karar verme sürecinin daha zorlayıcı olduğu yaşamın son dönemindeki hastalar için farklı taraflar arasında ortaya çıkabilecek görüş ayrılıklarında bu tür oluşumlar arabulucu rol üstlenmektedir (40). Hastane etik kurulları hastaların iyilik, esenlik ve gönencini savunmak ve korumak gayesiyle oluşturulan kurullardır. Bu kurullar karar verme sürecinde etik danışmanlık rolü üstlenmektedir. Etik danışmanlık, hastanın bakımı çevresinde ortaya çıkan zor etik sorunların çözümü hususunda hastalara, aile üyelerine ve sağlık çalışanlarına yardım etmek olarak tanımlanmaktadır. Farklı bir ifadeyle belirli bir klinik durumda ortaya çıkan değer sorunları ve etik ikilemler konusunda bir kişi, ekip veya kurul tarafından sağlanan çözümlenme, değerlendirme ve bunlara benzer hizmetleri kapsamaktadır (70).

Hastane etik kurulları, karar verme sürecinde farklı taraflar arasında tıbbi tedavi seçeneklerine ilişkin anlaşma ortamının sağlanmasına yardım etmektedir (211). Hastane etik kurullarınca sağlanan klinik etik desteği, klinik uygulama veya hasta bakımından kaynaklanan etik konularda sağlık profesyonellerine ve hastalara destek ve tavsiye sağlanması olarak tanımlanabilmektedir. Hastane etik kurulları tarafından dikkate alınan konular arasında tedaviyi durdurma veya geri çekme, yaşama döndürmeme, tıbbi vasiyet veya ileri direktifler, onam, kapasite değerlendirme, tedaviyi reddetme, genetik testler, yoğun bakımla veya acil tıpla ilişkili sorunlar yer almaktadır (212, 213).

2.5.1.3. Düşünme ve Karar Verme Süreci

Karar verme süreci bazı aşamaları içinde barındırmaktadır. Bu aşamalar her zaman birbirini takip eden ve sıralı bir şekilde meydana gelmemektedir (40). Önemli olan nokta, karar vermek için zamanın kısıtlı olduğu durumlarda karar verme sürecinin kilit aşamalarının farkında olma ve süreci buna uygun olarak yönetmektir.

Karar verme sürecinin her aşamasında hasta, sürecin merkezinde yer almalıdır. Hastanın karar verme kapasitesinin yetersiz olması veya hukuki anlamda fiil ehliyetine sahip olmaması bu durumu değiştirmemektedir. Hastanın karar verme sürecine katılım düzeyi vakanın durumuna göre değişiklik gösterse de kendi yaşamının sonlanmasına ilişkin kararlarda esas seçim yapan ve karar veren kişi hastanın kendisidir. Hastanın karar alma sürecine katılmayı reddetmesi halinde veya ilgili sürece katılım sağlayamayacak olması durumunda karar kolektif olarak alınmalıdır (40). Kolektif karar alma sürecinin evreleri ve bu evrelerin özellikleri Şekil 8'de gösterilmektedir.



Şekil 8. Kolektif karar verme süreci evreleri.

Karar verme sürecinin başlangıç noktası tıbbi endikasyonun tanımlanması ve değerlendirme sürecinin başlamasıdır (40). Yaşamın sonu kararları bağlamında karar verme süreci ele alındığında hekim öncelikli olarak yaşamı sürdürmeye yönelik tedavi ve yaşamın sonu döneminde bakımla ilgili herhangi bir karar için hastanın durumunu

kapsamlı biçimde değerlendirmelidir. Değerlendirme, karar verme sürecinin başlangıcı niteliğinde olduğundan, eğer katılımları hasta tarafından kabul edilirse karar verme sürecinde yer alan diğer taraflar da bu sürece dahil edilmektedir. Hastanın mevcut endişeleri, hastalığın teşhisi, prognozu, hastanın bakım hedefleri, bakım planı ve bilinenler bağlamında tedavi seçenekleri, bunların olası yararları ve hasta için yükleri, her seçeneğin hastanın prognozu üzerindeki olası etkileri ve varsa başka profesyonellerin tavsiyesi, hastanın mevcut tanısı, prognozu, tedavi seçeneklerini anlama kapasitesi bu süreçte değerlendirilmesi gereken hususlardır (205).

Değerlendirme aşamasının akabinde sorun tanımlanmaktadır. Sorun tanımlanırken şu hususlar üzerinde durulmalıdır:

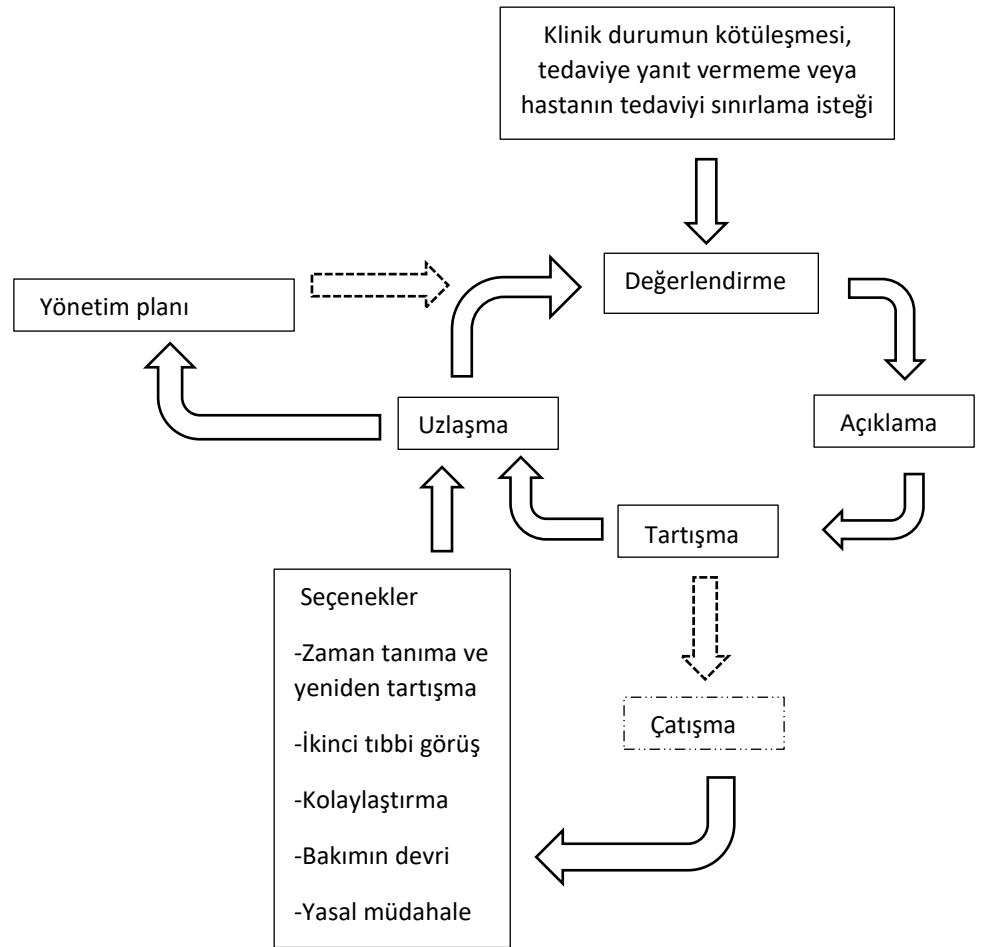
- Yaşamın son döneminde hastanın yaşam kalitesini etkilemesi muhtemel olan tedaviyi uygulamanın veya sürdürmenin veya tersine, sınırlandırmanın veya geri çekmenin uygunluk durumu,
- Hastanın ağrılarının ve acısının hafifletilmesine ilişkin talebi, beklentisi ve endişeleri,
- Karar verme sürecine katılan taraflar arasındaki görüş ayrılıkları ve benzeri sorunlar (40).

Değerlendirme ve sorunun tanımlanmasının ardından karar alma aşaması gelmektedir. Tartışmalar neticesinde alınan karar, karar verme sürecinin taraflarına bildirilmelidir. Hastaya karar hakkında düşünmesi için yeterli zaman tanınmalıdır. Alınan karar, ivedikle yazılı hale getirilerek resmileştirilmelidir. Kararın yer aldığı belge, tıbbi kayıtların bulunduğu dosyada veya veri tabanında muhafaza edilmelidir. Süreç boyunca alınan tüm kararların gizliliğinin ve mahremiyetinin korunmasına dikkat edilmelidir (40).

Alınan karar doğrultusunda tıbbi müdahale veya uygulama gerçekleştirilmektedir. Uygulamanın akabinde hekim, yapılan uygulamayı değerlendirmelidir. Zira bu geri bildirim, hekimin ve tıbbi ekibin deneyimine katkı sunan, mesleki anlamda kişileri geliştiren bir durumdur (40).

2.5.1.4. Karar Verme Sürecinin Farklı Evreleri

Yaşam sonuna ilişkin karar verme süreci, hasta ve/veya ailesi ve tedavi ekibi ile değerlendirme, açıklama, tartışma ve fikir birliği oluşturmaya dayanan döngüsel bir süreçtir. Bu süreç, hastanın aniden veya beklenmedik bir şekilde kötüleştiği saatler gibi kısa bir süre içinde gerçekleşebileceği gibi, haftalar veya aylar boyunca da uzayabilmektedir. Bu sürece ilişkin kilit noktalar Şekil 9'da gösterilmektedir.



Şekil 9. Yaşam sonu karar verme süreci.

Sürecin başlangıç noktası olan değerlendirme; hastanın klinik tablosuna, tablonun gidişatına, olası tedavi seçeneklerine ilişkin değerlendirmeleri içermektedir. Değerlendirme ayrıca hastanın tercihlerine ve değerlerine ilişkin bilgileri de içermelidir, hastanın kendisini ifade edebilmesi halinde kendisinden veya hastanın bu isteklerini ifade etme kapasitesi yoksa ailesinden bu bilgiler alınmalıdır. Yaşamın

sonunda olan hastaların yaşam sürdürme tedavisine yönelik tercihleri sabit değildir ve zaman içerisinde değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle tedavi eden ekip tarafından düzenli olarak değerlendirme gözden geçirilmelidir. Açıklama basamağında yaşam sonuna ilişkin kararlara anlamlı bir şekilde katılmaları için hastalara ve ailelerine teknik olmayan bir dilde doğru bilgiler aktarılmalıdır. Bilgilendirme ve açıklamanın ardından olası seçenekler tedavi ekibi ve karar alma sürecinin diğer tarafları arasında tartışılmaktadır. Son olarak yaşam sonu için kararlaştırılan yönetim planı ve bu plan dahilinde verilen kararlar belgelenmeli ve tedavi eden ekibin tüm üyelerine iletilmelidir (209).

Literatürde yer alan bir diğer karar verme süreci 8 adımlı bir süreci kapsamaktadır. Bu basamaklar sırasıyla; mevcut sorunun tespit edilmesi, bilgilerin toplanması, hastanın tercihlerinin ve isteklerinin belirlenmesi, etik sorunların belirlenmesi, mevcut alternatiflerin belirlenmesi, alternatif seçeneklerin sonuçlarının ortaya koyulması, bir seçimin yapılması ve son olarak alınan kararın uygulanmasıdır (214).

Etik karar verme işlemi, bir süreçten oluşmaktadır. Bu sürecin nasıl işleyeceğine ve nasıl bir yol izleneceğine ilişkin farklı yaklaşımlar bulunsa da özünde içerik birbirine benzer şekilde inşa edilmektedir. Karar verme süreci; etik sorunun tespiti, hastanın istek ve görüşleri, karar seçeneklerinin belirlenmesi ve seçim yapılması ve etik kararın doğruluğu/haklılığı olarak dört basamakta ele alınmaktadır (78).

Etik sorunun tespiti aşamasında hekimler öncelikli olarak karşı karşıya kaldıkları vakanın etik bir sorun teşkil edip etmediğini değerlendirmelidir. Bu aşamada vakaya ilişkin hem bilimsel hem teknik açıdan tüm bilgi ve veriler toplanmalıdır. Hastanın özgeçmişi, hastalığa ilişkin semptomlar ve hastalığın öyküsü, hastanın hayat tarzı, muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, planlanan tıbbi müdahaleye ilişkin imkanlar gibi çeşitli veriler toplanmalıdır. Tıbbi verilerin kapsamlı bir biçimde toplanması etik karara varma sürecini kolaylaştıran ve destekleyen önemli hususlardandır (215-217).

Karar verme sürecinin bir diğer basamağı olan hastanın istek ve görüşleri aşaması hastanın kendi kaderini tayin hakkına dayanmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki geleneksel ilişkide asıl karar verici konumda olan taraf hekim iken günümüzde bu durum farklılaşmaktadır. Zira tıbbi müdahaleler ve eylemler sırasında hekimin, hastanın haklarını kullanmasına olanak sağlama yükümlülüğü bulunmaktadır. Başka bir deyişle hekim, tıbbi karar verme sürecinde hastanın konuya ilişkin görüşlerini almalı, hastayı bilgilendirmeli, aydınlatmalı ve hastanın konuya ilişkin görüş, karar ve onamını almalıdır (78).

Hastanın istek ve görüşlerinin alınmasından sonraki basamak karar seçeneklerinin belirlenmesi ve seçim yapılmasıdır. Bu basamakta, ilk iki basamakta yer alan tespitler ışığında yapılan değerlendirmeler neticesinde karar verme sürecinde yer alan taraflar ile uzlaşa sağlanarak bir karara varılmaktadır. Etik açıdan kabul edilebilir bir karara varılmasının ardından ise kararın gerekleri yerine getirilerek uygulamaya geçilmektedir (78).

Kararın uygulanmasının ardından hekim, verilen etik kararı yeniden değerlendirme, bilinçli bir şekilde kararı ve sonuçları irdeleme durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Gerçekleştirilen bu yeniden değerlendirme ve inceleme neticesinde hekim, etik yönden haklılığını ortaya koymak durumundadır (78, 214, 218, 219).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızda yaşam sonu kararları ile ilgili hekim ve hemşirelerin algı, davranış ve pratikteki uygulamalarının ne olduğu belirlenerek ülkemizdeki durumu ortaya koymak amaçlanmıştır. Konu ile ilgili hekim ve hemşirelerin uygulamalarının belirlenmesi, algı inanç ve uygulamalarının saptanarak farklılıkların ortaya konulması, yaşam sonu kararlarına etki eden sosyodemografik değişkenlerin saptanması birincil amaçlar, uygun soru formlarının tasarımı ve geçerlik güvenirlik çalışmalarının yapılması ikincil amaçlar olarak belirlenmiştir. Amaçlara yönelik hipotezler aşağıdaki gibidir;

H0: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin meslek değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H1: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin meslek değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H2: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin yaş değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H3: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin yaş değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H4: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin cinsiyet değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H5: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin cinsiyet değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H6: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin medeni durum değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H7: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin medeni durum değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H8: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin çocuk sahibi olma değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H9: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin çocuk sahibi olma değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H10: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin eğitim değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H11: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin eğitim değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H12: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin çalışılan birim değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H13: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin çalışılan değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H14: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin çalışılan birim değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H15: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin çalışılan birim değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

H16: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin gelir düzeyi değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında fark yoktur.

H17: Türkiye’de yaşam sonu kararlarına ilişkin gelir düzeyi değişkeni açısından hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamalarında farklılıklar bulunmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma Türkiye’de hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları hakkındaki tutumlarını belirlemek, değerlendirmek ve aralarında bir farklılık olup olmadığını saptamak amacı ile yapılmış olan nicel, kesitsel bir çalışmadır. Çalışmadaki anket soruları elektronik ortamda hazırlanarak katılımcıların elektronik posta adreslerine gönderilmiştir. Araştırma kapsamında Türkiye geneli gönüllü katılımcılara ulaşılması planlandığından, ayrıca pandemi koşulları nedeniyle anketler elektronik ortamda toplanmıştır. Böylelikle anket formlarından kaynaklanacak olan bulaşın azaltılacağı düşünülmüş, hem de daha fazla sayıda gönüllüye daha kısa sürede anketler ulaştırılmıştır.

Elektronik anketlerle ilgili olarak araştırmada kullanılmadan önce Survey Monkey, Google Forms, Survey Data ve Surveey elektronik veri toplama programları incelenmiş ve küçük gruplarda denenmiştir. Survey Monkey programından pahalı olması nedeniyle, Google Forms programından veri tabanının basit verilerin kullanımı için uygun olması, bizim kullanacağımız tipteki soru türlerinin tamamına cevap vermemesi ve veri çekmenin zor olabilmesi nedeniyle, Survey Data programından da 20 soru ve 250 anketten fazlasının ücretli olması ve bazı marka tablet ve telefonlarda anket formunun açılmaması nedeni ile vazgeçilmiştir. Bu nedenle elektronik anketler için kullanım kolaylığı açısından basit ve ücretsiz olması, tüm farklı marka cep telefonu, tablet ve bilgisayarlarda anketlerin cevaplanmasına olanak sağlaması, araştırmacıya sürekli müdahale ve verileri sürekli görme imkânı sağlaması, aynı İP adresinden gelen verilerin çakışmaması ve kullanıcıya farklı soru tipleri açısından fazla seçenek sunması gibi özelliklerinden dolayı **Surveey** programının kullanılmasına karar verilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Anketler elektronik ortamda toplanacağı için Türkiye genelindeki hekimlere ulaşmak için Tabip Odaları ile görüşülmüştür. Üye sayısının toplam tabip odalarına üye kişilerin %50’ sinden fazlasını oluşturması nedeni ile Ankara, İstanbul, İzmir ve

Diyarbakır Tabip Odalarına öncelik verilmiş ve yeterli veri toplanamaması ihtimaline karşın Gaziantep, Konya, Antalya, Aydın, Mersin, Van, Şanlıurfa, Trabzon, Hatay, Manisa, Erzurum, Malatya, Sinop ve Sakarya illeri randomize olarak seçilerek bu tabip odalarından anketlerin üyelere elektronik olarak dağıtılması için gerekli izinler alınmıştır.

Elektronik anketlerin hemşirelere ulaştırılması için ise Türk Hemşireler Derneği ile görüşülmüş ancak anketin üyelere dağıtılması hususunda dernek gereken izni vermeyip anketi üyelerin elektronik posta adreslerine göndermemiştir. Bu nedenle anketlerin uygulanabilmesi ve hemşirelere ulaştırılabilmesi için farklı hemşirelik dernekleri ile görüşülerek anketlerin üyelere elektronik ortamda gönderimi sağlanmıştır. Anketin dağıtılmasına izin veren hemşirelik derneklerinin ismi ve internet adresleri aşağıda listelenmiştir.

- <http://ahemder.org/> Acil Hemşireleri Derneği
- <http://hemarge.org.tr/> Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği
- <http://www.hemed.org.tr/> Hemşirelik Eğitimi Derneği
- www.tdhd.org Diyabet Hemşireliği Derneği
- dernek@tgd.org.tr Gastroenteroloji Hemşireleri Derneği ve Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Derneği
- <http://www.halkhemder.org.tr/default.aspx> Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği
- <http://www.ishemder.org.tr> İş Sağlığı hemşireliği Derneği
- <http://kadinsagligihemsireligidernegi.com> Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği
- www.kdchd.org.tr Kalp Damar Cerrahisi Hemşireleri Derneği
- www.onkohem.org.tr Onkoloji Hemşireleri Derneği
- <http://www.phdernegi.org/> Psikiyatri Hemşireleri Derneği
- www.ndthd.org Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği
- <http://www.ostomicerrahi.org> Türk Ostomi Cerrahi Derneği
- www.tupbebekhemder.org Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği

Derneği

- <http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi> Üroloji Hemşireleri Derneği
- <http://www.yoihd.org.tr> Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireliği Derneği
- <http://www.tcahd.org/> Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği
- <https://tybhd.org.tr/> Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığına kayıtlı kamu hesabına ve serbest çalışan 144827 hekim ve 152952 hemşire oluşturmaktadır. Sayılar Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Müdürlüğü'nün 2016 yılındaki verilerine dayanmaktadır. Verilerin bakanlık tarafından her beş yılda bir güncellendiği belirtilmiştir. Evren ile ilgili en güncel veri olması nedeni ile bu sayılar örneklem hesaplamak için kullanılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 0.05 örneklem hatası ile hesaplanan minimum 384 hekim ve 384 hemşirenin oluşturması düşünülmektedir (220). Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için kullanılan tablo ve örneklem hesabı aşağıda verilmiştir (Tablo 1).

Örneklem büyüklüğü hesabı; $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$ formülünden yararlanılarak hesaplanmıştır. N= evrendeki birey sayısı, n=örnekleme alınacak birey sayısı, p=incelenen olayın görülüş sıklığı, q=incelenen olayın görülmeysi sıklığı, t=belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer, d=olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma. N=144.827 ve 152.952 kişi, p=0,50; q=1-p; t=1,96; d=0,05 olarak alınmış ve örneklem büyüklüğü her 2 grup için de 384 kişi olarak hesaplanmıştır (220).

Tablo 1. $\alpha= 0.05$ için Örneklem Büyüklükleri (220)

Evren (Sayı)	±0.03 örnekleme hatası (d)			±0.05 örnekleme hatası (d)			±0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
1000000 00	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında, verilerin toplanmasında kendi oluşturduğumuz 'Sosyo-demografik Veri Formu', Stoeckle ve ark. (1998) tarafından geliştirilen 'Yaşam Sonu Kararları Soru Formu' (Hekim ve Hemşire Formatı) ve 'Yaşam Sonu Kararları Ölçeği' Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik çalışması yapıldıktan sonra uygulanmıştır. Sosyo demografik veri formu ile katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışmış oldukları birim ve mesleki tecrübeleri ile ilgili veriler toplanmıştır. Stoeckle ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen 19 sorudan oluşan soru formu ve 20 sorudan oluşan ölçek ile hekim ve hemşirelerin algı inanç ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Ölçek soruları 5'li likert tipinde olup araştırmalarda kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır (221).

Veri toplama formu ve ölçeğin yaratıcısı tarafından bize gönderilen orijinal şekli ile (Ek 1), uygulama yönergesi ve izin yazısı (Ek 2), ölçeğin Türkçe' ye uyarlanmış son hali (Ek 3) ekte sunulmuştur. Orijinal formda bulunan etnik durum/ırk (3. Soru) ve dini inancın (5. Soru) belirlenmesine yönelik sorular araştırmamızda bir farklılık oluşturmayacağı düşünülerek çıkartılmıştır. Yapılan tüm düzenlemeler neticesinde anket formu son şeklini almış ve soru kağıdının bölümleri aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur;

1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri: Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çocuk sahibi olup olmadığı, gelir durumu sorularından oluşmaktadır.

2. Yaşam Sonu Kararları Anketi Soru Formu: Katılımcının etik, yaşam sonu kararlar konusundaki eğitim durumu, katılımcının yaşam sonu davranışları konusundaki tutumu, yetkilendirme bildirimini, yaşayan vasiyet, tıbbi vekaletname ile ilgili deneyimleri ve hastanın yaşam sonu kararlarıyla ilgili tutumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3. Yaşam Sonu Kararları Ölçeği: Stoeckle ve ark. (1998) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik çalışması bu tez çalışması kapsamında yapılmıştır. 5'li likert tipindeki ölçek 20 sorudan oluşmakta olup her bir soru için 'Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Hiç Katılmıyorum' yönergelerinden birisini seçmesi istenmektedir. Cevaplar 1-5 arasında puanlanmakta ve değerlendirme puan ortalamaları üzerinden yapılmaktadır. Yaşam sonu kararları ile ilgili olarak hekim ve hemşirelerin bu konudaki algı, inanç ve uygulamalarını belirlemek için kullanılan ölçekte koyu renk ile belirtilen sorular konu ile ilgili inanç ve uygulamaları değerlendiren, diğerleri ise algıları ortaya koyan sorulardır. Anketi uygularken çalışmanın soru formu kısmına kendi eklediğimiz bazı soruların da olması nedeni ile, numara sıralaması değişmiştir. Bizim uyguladığımız anketteki numara sıralaması başta, orijinal soru formundaki numara sıralaması ise parantez içinde verilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşam Sonu Kararları Ölçeği

No	SORULAR	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
32 (29)	İş deneyimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.					
33 (30)	Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.					
34 (31)	Hastalarımın ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.					
35 (32)	Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.					
36 (33)	Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.					
37 (34)	Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.					
38 (35)	Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.					
39 (36)	Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.					
40 (37)	Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.					
41 (38)	Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.					
42 (39)	Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.					
43 (40)	Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.					
44 (41)	Son dönem hastalarımın ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.					
45 (42)	Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.					
46 (43)	Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan 'nafile/boşuna' tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.					
47 (44)	Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.					
48 (45)	Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.					
49 (46)	Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık iş birliği yaparım.					
50 (47)	Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.					
51 (48)	Hastalar ve aileler, yaşam sonu kararları hakkındaki güncel tartışmalara düzenli olarak dahil edilir.					

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması ve Güvenilirlik Testleri

Araştırmanın ön uygulaması ve ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için araştırma için onamları alınan hekim (200 adet anket) ve hemşirelerin (200 adet anket) doldurmuş olduğu 400 elektronik anket ile ön çalışma ve geçerlilik güvenilirlik testleri yapılmıştır. Faktör analizleri, geçerlik ve güvenilirlik sonuçları Ek 4'te verilmiştir. Ölçek geçerli ve güvenilir bulunduğundan sonra anketler toplanmaya devam edilmiştir. Ölçeğin orijinal formu öncelikle dil geçerliliği için İngilizce' den Türkçe'ye, Türkçe'den İngilizce'ye ve tekrar Türkçe'ye dil uzmanları tarafından çevrilmiştir. Çeviri yapılan kurumdaki alınan sertifika ekler kısmında sunulmuştur (Ek 5). Yapılan çalışmanın geçerlik ve güvenilirlik analizleri için Cronbach's alpha değerleri hesaplanmıştır. Varimax döndürme yöntemi kullanılarak Kaiser normalizasyon faktör analizi gerçekleştirilmiştir. KMO ve Bartlett değerleri hesaplanmıştır. KMO ve Bartlett değerinin $p < 0,05$ olduğu ve toplam varyansın %64,57' sini karşıladığı bulunmuştur. Çalışmanın tamamında tip-I hata değeri %5 alınarak $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçek geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili olarak ölçeğin algı, inanç ve uygulamalar ile ölçeğin tamamının Cronbach's alfa katsayıları hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar sonucundaki Cronbach's alpha katsayıları algılar ile ilgili sorularda 0,81, inanç ve uygulamalar ile ilgili sorularda 0,77, ölçeğin toplamında 0,85 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çerçevesinde Yaşam Sonu Kararları Ölçeği'nin sağlık profesyonelleri özelinde Türkçe geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Yaşam Sonu Kararları ölçeğine ilişkin geçerlik ve güvenilirlik bilgileri (Hekim ve Hemşire, n=870)

Yaşam Sonu Kararları Ölçeği			
2. Bölüm (Soru Formu)	KR-20	0,94	
3. Bölüm (Ölçek)	Alpha	KMO	Toplam açıklanan varyans
Algı	0,813	0,825	21,965
İnanç ve uygulama	0,772		42,607
Toplam	0,852		64,572

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 20.0 (IBM Inc, IL (Chicago), USA) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ölçüler oransal ölçekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, isimsel ölçekli değişkenler için sıklık ve yüzde oranı şeklinde sunulmuştur. Kullanılan ölçeğe ait puanlar hesaplanarak demografik özelliklere göre karşılaştırılmıştır. İki bağımsız grup için Student t-testi, çoklu kategorik özelliklere göre Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Anlamli bulunan sonuçlar için Tukey HSD ikili karşılaştırma sonuçları tercih edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için kategorik veriler için ki-kare analizi, sayısal veriler için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma soruları Türk Tabip Odaları ve Hemşire Derneklerine (bkz. 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri) kayıtlı hekim ve hemşirelere elektronik ortamda gönderilmiştir. Anket formunun başlangıcında katılımcıların araştırma hakkında bilgilendirildiği ve onay/onam verdiği bir bölüm bulunmaktadır. Araştırma için bilgilendirildikten sonra gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen bireylerin doldurduğu elektronik anketler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma örneklemine ulaşmak için Tabip Odaları ve Hemşire Derneklerine'ne üye olan katılımcılara formların dağıtılacak olması, üye olmayan hekim ve hemşirelere formların ulaştırılamaması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması 29.11.2018 tarihinde yapılan tez öneri sınavında jürinin onayı ile kabul edilmiş ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü tarafından doktora tezi olarak çalışmaya başlanması uygun görülmüştür. Daha sonra Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna etik kurul izni için müracaat edilmiştir. 02 Ocak 2019 tarih, 2019/1 toplantı numarası ve GO 2019/1 karar numarası ile çalışma etik açıdan uygun görülmüştür (Ek 6). Araştırmaya etik kurul izni alındıktan sonra başlanmıştır. Anketler

elektronik ortamda uygulanacağı için katılımcılara araştırmanın içeriğini, yapıma amacını ve araştırmacılara nasıl ulaşabileceklerini tanımlayan onam formları anketin ilk bölümüne konulmuştur. Anketler katılımcılardan elektronik ortamda bilgilendirme metnini okuyup, onam alındıktan sonra araştırma sorularına geçebilecekleri bir formatta hazırlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırmaya toplam 870 gönüllü katılmış olup, katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Katılımcıların %51,7'si (n=450) hekim, %48,3'ü (n=420) hemşirelerden oluşmaktadır.

2. Araştırmaya katılan katılımcıların %18,4 oranı ile en fazla 30-34 yaş grubuna ait bireyler olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra hekim ve hemşireler yaş gruplarına göre değerlendirildiklerinde, sayı bakımından gruplardaki dağılımın farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$), 60 yaş üzerinde olup hemşire olarak çalışan katılımcının olmadığı görülmüştür.

3. Katılımcılar cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde kadın katılımcı sayısının daha fazla olduğu (%70,6; n=614), cinsiyet değişkeni açısından hekim ve hemşire grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$), dağılımdaki kadın sayısının erkeklerden fazla olduğu görülmüştür.

4. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde evli katılımcıların oransal olarak en fazla sayıda olduğu (%72), bunu sırası ile bekar (%21,8), boşanmış (%5,3) ve dul (%0,9) katılımcıların takip ettiği görülmektedir. Hekim ve hemşireler medeni durum değişkeni açısından karşılaştırıldığında ise evli ve bekar katılımcı sayıları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$), boşanmış ve dul katılımcılar arasında ise sayısal olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

5. Katılımcılar çocuk sahibi olma durumları açısından incelendiğinde, çocuk sahibi olanların oranın %66,9 (n=582) olduğu, hekim ve hemşireler arasındaki sayısal farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$) saptanmıştır.

6. Katılımcılar eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde lisans düzeyi altında eğitim alan katılımcı olmadığı, hekimlerde uzmanlık, hemşirelerde ise lisans eğitimi almış olma oranlarının daha yüksek olduğu ve eğitim değişkeni alt grupları

arasındaki sayısal verilerin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$) bulunmuştur.

7. Katılımcılar çalışma alanları açısından değerlendirildiğinde, çoğunluğun dahili tıp bilimleri alanında çalıştığı (%65,8), bunu sırasıyla cerrahi tıp bilimleri (%33,3) ve temel tıp bilimlerinin (%0,9) izlediği görülmüştür. Çalışma alanına göre hekim ve hemşire sayıları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p \leq 0,001$).

8. Katılımcılar gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %51,3'ü orta gelir düzeyine (gelir gidere eşit), %20,7'si yüksek gelir düzeyine (gelir giderden fazla) ve %28'i ise düşük gelir düzeyine (gelir giderden az) sahip olduklarını beyan etmişlerdir. Veriler gelir düzeyleri alt grupları açısından değerlendirildiğinde ise geliri giderine eşit olan ve gelirinin giderinden fazla olduğunu beyan eden hekim ve hemşire grupları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$) görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Sosyo-demografik bulgular

Demografik Bilgiler	Değişkenler	Hekim (Sayı-Yüzde)	Hemşire (Sayı-Yüzde)	Anlam Düzeyi P
Yaş	0-24	2 _a (%0,4)	24 _b (%5,7)	<0,001*
	25-29	20 _a (%4,4)	84 _b (%20,0)	
	30-34	56 _a (%12,4)	104 _b (%24,8)	
	35-39	48 _a (%10,7)	84 _b (%20,0)	
	40-44	66 (%14,7)	76 (%18,1)	
	45-49	70 _a (%15,6)	28 _b (%6,7)	
	50-54	72 _a (%16,0)	16 _b (%3,8)	
	55-59	48 _a (%10,7)	4 _b (%1,0)	
	60-64	48 _a (%10,7)	0 _b (%0,0)	
	65+	20 _a (%4,4)	0 _b (%0,0)	
Cinsiyet	Kadın	236 _a (%52,4)	400 _b (%95,2)	<0,001*
	Erkek	214 _a (%47,6)	20 _b (%4,8)	
Medeni Durum	Evli	366 _a (%81,3)	260 _b (%61,9)	<0,001*
	Dul	4 (%0,9)	4 (%1,0)	
	Boşanmış	26 (%5,8)	20 (%4,8)	
	Bekar	54 _a (%12,0)	136 _b (%32,4)	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	370 _a (%82,2)	212 _b (%50,5)	<0,001*
	Hayır	80 _a (%17,8)	208 _b (%49,5)	
Eğitim Derecesi	Lisans	0 _a (%0,0)	192 _b (%45,8)	<0,001*
	Yüksek Lisans	76 _a (%16,9)	172 _b (%40,9)	
	Uzmanlık	374 _a (%83,1)	0 _b (%0,0)	
	Doktora	0 _a (%0,0)	56 _b (%13,3)	
Çalışma Alanı	Temel Tıp	8 _a (%1,8)	0 _b (%0,0)	<0,001*
	Dahili Tıp	240 _a (%53,3)	332 _b (%79,0)	
	Cerrahi Tıp	202 _a (%44,9)	88 _b (%21,0)	
Gelir	Gelir Giderden az	56 _a (%12,4)	124 _b (%29,5)	<0,001*
	Gelir Gidere Eşit	218 (%48,4)	228 (%54,3)	
	Gelir Giderden Fazla	176 _a (%39,1)	68 _b (%16,2)	

*: Farklı altsal ifadeler (a ve b) kullanılan gruplar arasındaki istatistiksel anlamlılık düzeyini göstermektedir.

4.2. Yaşam Sonu Kararları Anketi Soru Formuna Ait Bulgular

Katılımcılara uygulanan Yaşam Sonu Kararları Anketi'nin sosyo-demografik bilgilerden sonraki bölümünü, yaşam sonu kararları hakkındaki sorular oluşturmaktadır. Bu bölümdeki bulgular ise şöyledir (Tablo 5):

1. Katılımcıların 'Mezuniyet sonrası etik ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?' sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde katılımcıların %45,1'i (n=329) 'Evet' cevabını vermiştir. Hekim ve hemşirelerden 'Evet' cevabını verenler değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$). Bulgularımıza göre hemşireler (%60), hekimlere (%31,1) kıyasla daha fazla oranda mezuniyet sonrası etik ile ilgili herhangi bir eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

2. Katılımcıların 'Daha önce hiç 'Hastanın Kendi Kararını Kendisinin Vermesi' konusunu da içeren herhangi bir kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı?' şeklindeki soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde %26,4'ünün 'Evet' yanıtını verdiği, Evet yanıtını veren hemşirelerin oranının (%30,5), hekimlerden daha fazla olduğu (%22,7) ve aralarındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p \leq 0,009$).

3. Katılımcıların 'Daha önce hiç değerler, etik ya da ahlaki gelişim konularını içeren kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı?' şeklindeki soruya vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %40,7 sinin 'Evet' yanıtını verdiği, konu ile ilgili seminer ya da atölye çalışmalarına katılan hemşirelerin oranının (%52,4), hekimlere göre (%29,8) daha yüksek olduğu ve oransal olarak aradaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p \leq 0,001$).

4. Katılımcıların 'Daha önce hiç hayati tehlike geçiren ya da ölümcül hastalığı olan aile üyeniz ya da yakın bir arkadaşınız oldu mu?' şeklindeki soruya vermiş olduğu cevaplar incelendiğinde, %81,1'inin böyle bir deneyimi olduğu saptanmış olup, bu soruya verilen cevaplar arasında hekim ve hemşire katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,213$).

5. Katılımcıların 'Bu yaşamı tehdit eden deneyim ya da ölümcül hastalık deneyimi, sizin yaşam ve ölümle ilgili inanışlarınızı, değerlerinizi ya da davranışlarınızı değiştirdi mi?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %53,6'sının 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%63,8) hekimlere kıyasla (%44) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$).

6. Katılımcıların 'Yaşamı tehdit eden olayla ya da ölümcül hastalıkla ilgili kişisel deneyiminiz, hastalarla ve aileleriyle ilgili yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki tartışmalara yaklaşım biçiminizi değiştirdi mi?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %51,5'inin 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%60,0) hekimlere kıyasla (%43,6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$).

7. Katılımcıların 'Yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerinizi ailenizle hiç tartıştınız mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %39,8'inin 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%48,6) hekimlere kıyasla (%31,6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$).

8. Katılımcıların 'Kendiniz için, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğinizi kaybettiğiniz durumda, sizin adınıza tıbbi karar verebilecek kişiyi belirlediğiniz, "yetkilendirme bildirimini" ni hazırlamayı hiç düşündünüz mü?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %33,1'inin 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%40,0) hekimlere kıyasla (%26,7) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$).

9. Katılımcıların 'Kendiniz için yetkilendirme bildirimini doldurdunuz mu/hazırladınız mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %2,3 gibi çok düşük bir oranda 'Evet' yanıtını verdikleri ve gruplar arasında istatistiksel olarak da bir anlam olmadığı saptanmıştır ($p=0,454$).

10. Katılımcıların 'Aile üyelerinizin yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerini biliyor musunuz?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %33,6'sının 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%40,0) hekimlere kıyasla (%27,6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$).

11. Katılımcıların 'Ailenizden herhangi biri, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğini kaybettiğinde, onun adına tıbbi kararları verebilecek kişiyi belirlediği bir yetkilendirme bildirimini doldurdu mu/hazırladı mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %0,5'inin 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%1,0) hekimlere kıyasla (evet yanıtı veren hekim yoktur) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,038$).

12. Katılımcıların 'Kendiniz için yaşayan vasiyet doldurunuz mu/hazırladınız mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %3,7 gibi çok düşük bir oranda 'Evet' yanıtını verdikleri ve gruplar arasında istatistiksel olarak da bir anlam olmadığı saptanmıştır ($p=0,101$).

13. Katılımcıların 'Kendiniz için 'yaşayan vasiyet' bırakmayı düşünür müsünüz?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %71,3'ünün 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%80,0) hekimlere kıyasla (%63,1) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,001$).

14. Katılımcıların 'Ailenizden herhangi biri yaşayan vasiyet doldurdu mu/hazırladı mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, tüm katılımcıların sadece %3'ünün 'Evet' yanıtını verdikleri ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,169$) (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular I

Yaşam Sonu Kararları Anketi Soru Formu	Evet Toplam	Evet Hekim	Evet Hemşire	Anlam Düzeyi
Sorular	Sayı - Yüzde	Sayı - Yüzde	Sayı - Yüzde	p
Mezuniyet sonrası etikle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?	329 (%45,1)	140 _a (%31,1)	252 _b (%60,0)	0,001*
Daha önce hiç 'Hastanın Kendi Kararını Kendisinin Vermesi' konusunu da içeren herhangi bir kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı?	230 (%26,4)	102 _a (%22,7)	128 _b (%30,5)	0,009*
Daha önce hiç değerler, etik ya da ahlaki gelişim konularını içeren kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı?	354 (%40,7)	134 _a (%29,8)	220 _b (%52,4)	0,001*
Daha önce hiç hayati tehlike geçiren ya da ölümcül hastalığı olan aile üyeniz ya da yakın bir arkadaşınız oldu mu?	706 (%81,1)	358 (%79,6)	348 (%82,9)	0,213
Bu yaşamı tehdit eden deneyim ya da ölümcül hastalık deneyimi, sizin yaşam ve ölümle ilgili inanışlarınızı, değerlerinizi ya da davranışlarınızı değiştirdi mi?	466 (%53,6)	198 _a (%44,0)	268 _b (%63,8)	0,001*
Yaşamı tehdit eden olayla ya da ölümcül hastalıkla ilgili kişisel deneyiminiz, hastalarla ve aileleriyle ilgili yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki tartışmalara yaklaşım biçiminizi değiştirdi mi?	448 (%51,5)	196 _a (%43,6)	252 _b (%60,0)	0,001*
Yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerinizi ailenizle hiç tartıştınız mı?	346 (%39,8)	142 _a (%31,6)	204 _b (%48,6)	0,001*
Kendiniz için, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğinizi kaybettiğiniz durumda, sizin adınıza tıbbi karar verebilecek kişiyi belirlediğiniz, "yetkilendirme bildirimini" ni hazırlamayı hiç düşündünüz mü?	288 (%33,1)	120 _a (%26,7)	168 _b (%40,0)	0,001*
Kendiniz için yetkilendirme bildirimini doldurunuz mu/hazırladınız mı?	20 (%2,3)	12 (%2,7)	8 (%1,9)	0,454
Aile üyelerinizin yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerini biliyor musunuz?	292 (%33,6)	124 _a (%27,6)	168 _b (%40,0)	0,001*
Ailenizden herhangi biri, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğini kaybettiğinde, onun adına tıbbi kararları verebilecek kişiyi belirlediği bir yetkilendirme bildirimini doldurdu mu/hazırladı mı?	4 (%0,5)	0 _a (%0,0)	4 _b (%1,0)	0,038*
Kendiniz için yaşayan vasiyet doldurunuz mu/hazırladınız mı?	32 (%3,7)	12 (%2,7)	20 (%4,8)	0,101
Kendiniz için 'yaşayan vasiyet' bırakmayı düşünür müsünüz?	620 (%71,3)	284 _a (%63,1)	336 _b (%80,0)	0,001*
Ailenizden herhangi biri yaşayan vasiyet doldurdu mu/hazırladı mı?	26 (%3,0)	10 (%2,2)	16 (%3,8)	0,169

*: Farklı altsal ifadeler (a ve b) ile gösterilen gruplardaki istatistiksel anlamlılık düzeyini gösterir.

Yaşam sonu kararları soru formunda tıbbi vekaletname terimi açıklandıktan sonra, katılımcılara tıbbi vekaletname ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Bu sorulara verilen cevaplardan edinilen bulgular ve istatistiksel sonuçlar ise aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Tablo 6);

1. Katılımcıların 'Kendiniz için tıbbi vekaletname verdiniz mi?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %1,6'sının 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%2,9) hekimlere kıyasla (%0,4) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p \leq 0,011$).

2. Katılımcıların 'Kendiniz için 'tıbbi vekaletname' hazırlamayı düşünür müsünüz?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %61,6'sının 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının (%57,1) hekimlere kıyasla (%65,8) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,09$).

3. Katılımcıların 'Eğer tıbbi vekalet verecek olsaydınız, kimi vekil tayin etmeyi düşünürdünüz?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %84,8'inin 'Aileden Biri' yanıtını verdiği, bunu sırası ile yakın arkadaş (%10,8), hekim (%3,7) ve avukat (%0,7) yanıtlarının izlediği ve yanıtlar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu, bu anlamın 'Aileden Biri' yanıtı oranının yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p \leq 0,03$).

4. Katılımcıların 'Ailenizden herhangi biri 'tıbbi vekaletname' verdi mi/hazırladı mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, %2,0'sinin 'Evet' yanıtını verdiği, bu yanıtı veren hemşirelerin oranının %3,8 olduğu, hiçbir hekimin bu soruya 'Evet' cevabı vermediği görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular II

Sorular	Değişkenler	Hekim (Sayı-Yüzde)	Hemşire (Sayı-Yüzde)	Toplam (Sayı-Yüzde)	Anlam Düzeyi (p)
Kendiniz için tıbbi vekaletname verdiniz mi?	Evet	2 (%0,4)	12 (%2,9)	14 (%1,6)	0,011*
Kendiniz için 'tıbbi vekaletname' hazırlamayı düşünür müsünüz?	Evet	296 (%65,8)	240 (%57,1)	536 (%61,6)	0,09
Eğer tıbbi vekalet verecek olsaydınız, kimi vekil tayin etmeyi düşünürdünüz?	Aileden Biri	382 (%84,9)	356 (%84,8)	738 (%84,8)	0,03*
	Yakın Arkadaş	42 (%9,3)	52 (%12,4)	94 (%10,8)	
	Avukat	6 (%1,3)	0 (%0,0)	6 (%0,7)	
	Doktor	20 (%4,4)	12 (%2,9)	32 (%3,7)	
Ailenizden herhangi biri 'tıbbi vekaletname' verdi mi/hazırladı mı?	Evet	0 (%0,0)	16 (%3,8)	16 (%2,0)	0,001*

*: Değişkenler arasındaki istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

Yaşam sonu kararları soru formunda, tıbbi vekaletname ile ilgili sorulardan sonra katılımcılara, yaşam desteği uygulamaları, yaşam sonu bakım kararları ve bu konudaki görüşmelerle ilgili fikirleri ile birlikte, bu konudaki bilgi düzeylerini ve eğitim gereksinimlerini ortaya koyacak sorular sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevaplardan edinilen bulgular ve istatistiksel sonuçlar ise aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Tablo 7);

1. Katılımcıların 'Yaşam desteği ile ilgili uygulamalara tıbben faydasız/nafile olduğu gerekçesiyle hiç başlamamakla, başladıktan sonra fayda görülmediği için yaşam desteğini kesmek arasında etik açıdan bir fark yoktur' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, katılımcıların %24,9'unun bu düşünceye katıldığı, %59,8'inin katılmadığı ve %15,3'ünün ise emin olmadıkları cevabını verdiği görülmüştür. Hekim ve hemşire katılımcıların bu soru özelinde vermiş oldukları cevap oranları birbirine çok yakın olduğu için aralarında istatistiksel bir anlam saptanmamıştır ($p \geq 0,05$). Ancak toplamda verilen cevaplara bakıldığında alt değişkenler arasında $p \leq 0,001$ düzeyinde istatistiksel anlam saptanmış olup bunun, katılanlar ve katılmayanlar alt boyurlarına verilen cevaplar arasındaki oransal farktan kaynaklandığı görülmüştür.

2. Katılımcıların 'Daha önce hiç hastalarla ya da hasta aileleriyle yaşam sonu bakım kararları hakkında bir görüşme başlattınız mı?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, katılımcıların %46,7'sinin 'Evet' cevabını verdiği, hekim ve hemşirelerin vermiş oldukları cevapların oransal olarak birbirine çok yakın olduğu ve aralarında istatistiksel düzeyde de bir anlam olmadığı saptanmıştır ($p=0,277$).

3. Katılımcılardan hastalar ya da aileleri ile yaşam sonu kararları hakkında görüşme başlatma deneyimleri olan katılımcıların görüşme sayıları ile ilgili verilere bakıldığında %80,7 oranında katılımcının bu görüşmeleri 10'dan daha az kere başlattığı ve 10'dan daha az sayıda görüşme yapan katılımcılar ile diğer alt değişkenlerdeki (10-49, 50-99, 100 ve üzeri görüşme) katılımcıların arasındaki oransal farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p\leq 0,001$).

4. Katılımcıların 'Yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğinizi artıracaklarını düşünüyor musunuz?' sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, katılımcıların %83,2'sinin 'Evet' yanıtını verdiği, 'Hayır' (%4,4) ve 'Emin değilim' (%12,4) cevabını veren gruplarla aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p\leq 0,001$), hekim ve hemşirelerin vermiş oldukları cevapların oransal olarak birbirine çok yakın olduğu bulunmuştur.

5. Yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğini artıracaklarını düşünen katılımcıların ise %61,6 oranında bu eğitimlerin mesleki eğitimin tüm süreçlerinde verilmesi gerektiğini düşündükleri ve diğer alt boyutlarla aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p\leq 0,001$), hekim ve hemşirelerin bu soruya vermiş oldukları cevapların oransal olarak birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular III

Sorular	Değişkenler	Hekim (Sayı-Yüzde)	Hemşire (Sayı-Yüzde)	Toplam (Sayı-Yüzde)	Anlam Düzeyi (p)
Yaşam desteği ile ilgili uygulamalara tıbben faydasız/nafile olduğu gerekçesiyle hiç başlamamakla, başladıktan sonra fayda görülmediği için yaşam desteğini kesmek arasında etik açıdan bir fark yoktur	Katılıyorum	116 (%25,8)	96 (%22,8)	216 (%24,9)	0,001*
	Katılmıyorum	240 (%53,3)	280 (%66,7)	520 (%59,8)	
	Emin Değilim	94 (%20,9)	40 (%9,5)	134(%15,3)	
Daha önce hiç hastalarla ya da hasta aileleriyle yaşam sonu bakım kararları hakkında bir görüşme başlattınız mı?	Evet	218 (%48,4)	188 (%44,8)	406 (%46,7)	0,277
	Hayır	232 (%51,6)	232 (%55,2)	464 (%53,3)	
Yanıtınız 'Evet' ise, bu tür görüşmeleri kaç kez başlattınız?	<10	326 (%72,4)	376 _b (%89,5)	702 (%80,7)	0,001*
	10-49	58 (%12,9)	28 _b (%6,7)	86 (%9,9)	
	50-99	26 (%5,8)	0 _b (%0,0)	26 (%3,0)	
	>100	32 (%7,1)	12 _b (%2,9)	44 (%5,1)	
	Tüm Hastalar	8 (%1,8)	4 (%1,0)	12 (%1,4)	
Hastalarınızla yaşam sonu kararlarıyla ilgili görüşmeleri başlatırken kendinizi ne kadar rahat hissediyorsunuz?	Çok	44 (%9,8)	12 (%2,9)	56 (%6,4)	0,001*
	Biraz	154 (%34,2)	192 (%45,7)	346 (%39,8)	
	Hiç	252 (%56,0)	216 (%51,4)	468 (%53,8)	
Yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğinizi artıracığını düşünüyor musunuz?	Evet	364 (%80,9)	360 (%85,7)	724 (%83,2)	0,001*
	Hayır	22 (%4,9)	16 (%3,8)	38 (%4,4)	
	Emin Değilim	64 (%14,2)	44 (%10,5)	108 (%12,4)	
Cevabınız 'Evet' ise sizce bu eğitim ne zaman verilmeli?	Lisans	36 (%8,0)	76 (%18,1)	112 (%12,9)	0,001*
	Lisansüstü	46 (%10,2)	16 (%3,8)	62 (%7,1)	
	Sürekli Mesleki Eğitim	80 (%17,8)	80 (%19,0)	180 (%18,4)	
	Tüm Süreçlerde	288 (%64,0)	248 (%59,0)	536 (%61,6)	

*: Değişkenler arasındaki istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

Yaşam sonu kararları soru formunda en son soru “Yaşam sonu kararlarıyla ilgili görüşmeleri kimin başlatması gerektiğini düşünüyorsunuz?” şeklinde hazırlanmıştır. Bu soru için katılımcılara çoklu seçenekli cevaplar yöneltilmiştir. Görüşmeleri ailenin başlatmasını ilk sıraya koyan katılımcıların oranı %4,8 olurken, aile seçeneği en çok 3.sıraya (%32) yerleştirilmiştir. Aile seçeneği hekim ve hemşire ayrımında incelendiğinde hekimlerin aileyi tercih oranı hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin görüşmeleri başlatan kişi olarak hemşireleri seçmeleri (%27,6) hekimlerden daha yüksek oranda olmuştur. Din görevlisi tercihinde hekimler ile hemşireler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,077$). Yaşam sonu kararları görüşmelerini hastaların başlatması görüşüne hekim ve hemşirelerden yüksek oranda olumlu dönüt olmuş ve katılımcılar toplamda %41,8 oranında bu tercihi ilk sıraya yerleştirmişlerdir. Görüşmeleri hekimlerin başlatması gerekir düşüncesi de %43,7 oranı ile oldukça yüksektir. Sosyal hizmet uzmanının görüşmeleri başlatması görüşü ise tüm katılımcıların %3,7’sidir (Tablo 8). Soru formuna açık uçlu cevap olarak katılımcılara 7. sırada ‘Diğer’ seçeneği verilmiş olup bunu katılımcıların doldurması istenmiştir. Tüm ‘Diğer’ seçenekleri katılımcılar tarafından psikolog olarak kodlanmış olup bu seçeneği en sona yerleştirmişlerdir. Tablo içindeki sıralamaya herhangi bir şekilde etki etmeyeceğinden dolayı bu seçeneğe tabloda yer verilmemiştir.

Tablo 8. Yaşam sonu kararları soru formuna ait bulgular IV

Yaşam sonu kararlarıyla ilgili görüşmeleri kimin başlatması gerektiğini düşünüyorsunuz?	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Aile (p≤0,001*)						
Hekim	30 (%6,7)	126 (%28,0)	186 (%41,3)	58 (%12,9)	50 (%11,1)	0 (%0,0)
Hemşire	12 (%2,9)	108 (%25,7)	92 (%21,9)	140 (%33,3)	44 (%10,5)	24 (%5,7)
Toplam	42 (%4,8)	234 (%26,9)	278 (%32,0)	198 (%22,8)	94 (%10,8)	24 (%2,8)
Hemşire (p≤0,001*)						
Hekim	4 (%0,9)	32 (%7,1)	68 (%15,1)	208 (%46,2)	100 (%22,2)	38 (%8,4)
Hemşire	24 (%5,7)	116 (%27,6)	116 (%27,6)	116 (%27,6)	28 (%6,7)	20 (%4,8)
Toplam	28 (%4,2)	148 (%17,0)	184 (%21,1)	324 (%37,2)	128 (%14,7)	58 (%6,7)
Din görevlisi (p=0,077)						
Hekim	8 (%1,8)	20 (%4,4)	20 (%4,4)	80 (%17,8)	286 (%63,6)	4 (%0,9)
Hemşire	16 (%3,8)	16 (%3,8)	28 (%6,7)	88 (%21,0)	244 (%58,1)	0 (%0,0)
Toplam	24 (%2,8)	36 (%4,1)	48 (%5,5)	60 (%6,9)	168 (%19,3)	530 (%60,9)
Hasta (p≤0,006*)						
Hekim	192 (%42,7)	108 (%24,0)	38 (%8,4)	48 (%10,7)	38 (%8,4)	26 (%5,8)
Hemşire	172 (%41,0)	56 (%13,3)	48 (%11,4)	52 (%12,4)	68 (%16,2)	24 (%5,7)
Toplam	364 (%41,8)	164 (%18,9)	86 (%9,9)	100 (%11,5)	106 (%12,2)	50 (%5,7)
Hekim (p≤0,001*)						
Hekim	208 (%46,2)	124 (%27,6)	92 (%20,4)	4 (%0,59)	6 (%1,3)	16 (%3,6)
Hemşire	172 (%41,0)	88 (%21,0)	80 (%19,0)	60 (%14,3)	16 (%3,8)	4 (%1,0)
Toplam	380 (%43,7)	212 (%24,4)	172 (%19,8)	64 (%7,4)	22 (%2,5)	20 (%2,3)
Sosyal hizmet uzmanı (p=0,790)						
Hekim	8 (%1,8)	40 (%8,9)	46 (%10,2)	100 (%22,2)	176 (%39,1)	80 (%17,8)
Hemşire	24 _b (%5,7)	36 (%8,6)	56 (%13,3)	24 (%5,7)	176 (%41,9)	104 (%24,8)
Toplam	32 (%3,7)	76 (%8,7)	102 (%11,7)	124 (%14,3)	352 (%40,5)	184 (%21,1)

*: Hekim ve hemşire grupları arasındaki istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

4.3. Yaşam Sonu Kararları Ölçek Sonuçları

Bu bölümdeki ölçek puanları genel olarak ortalamanın altında kalmıştır. Ortalama üzerinde olan ve en fazla katılım gösterilen maddeler sırasıyla 'Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar' ($3,43\pm 1,07$), 'Hastalarımıyla ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım' ($3,13\pm 1,11$) ve 'Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir ($3,13\pm 0,98$)' şeklindedir. Bunun yanı sıra en az oranda katılım gösterilen maddeler sırasıyla 'Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır ($1,95\pm 0,70$)', 'Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum ($1,95\pm 0,86$)' ve 'Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler ($1,99\pm 0,98$)' olmuştur. Hekimler, sağlık çalışanlarının yaşam sonu tedavi ve bakım hakkında hastalara yeterli bilgi sağladığına, terminal dönem hastaların ağrı ile baş etmede yeterli kaynağa sahip olduğuna ve yaşam sonu tedavilerin hasta takip formuna kayıt edildiği ifadelerine yüksek oranda katılım göstermişlerdir. Hekim ve hemşireler arasında anlamlı fark olmamasına karşın hemşireler, yaşam sonu tedavi hakkında konuşurken ölüm sözcüğünü rahatça kullanmaya, sağlık çalışanlarının yaşam sonu tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğuna ve hastaların yaşam sonu tedavi bilgilerinin hasta formuna kayıt edildiği ifadelerine yüksek oranda katılım göstermiştir. Hekimler, terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verildiği görüşüne katılmamıştır. Hemşireler ise yaşam sonu tedavi görüşmelerinin hasta-hekim uyumunu artırdığı görüşüne katılım göstermemiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşam sonu kararları ölçek sonuçları, puan ortalamaları

Yaşam Sonu Kararları Ölçek Soruları	$\bar{X} \pm SS$ Hekim	$\bar{X} \pm SS$ Hemşire	$\bar{X} \pm SS$ Toplam
İş deneyimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.	2,33±1,09	2,34±1,02	2,34±1,06
Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.	2,81±1,16,	2,70±1,10	2,76±1,14
Hastalarımın ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.	2,95±1,12	3,32±1,06	3,13±1,11
Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.	3,53±0,96	3,31±1,15	3,43±1,07
Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.	3,01±1,21	3,18±1,27	3,09±1,25
Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.	2,03±0,69	1,86±0,69	1,95±0,70
Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.	1,95±0,90	2,19±1,15	2,07±1,04
Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.	2,89±1,12	3,08±1,31	2,99±1,22
Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.	2,93±0,89	2,87±0,93	2,91±0,91
Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.	2,19±0,95	1,95±0,82	2,08±0,90
Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.	2,00±0,93	1,97±1,02	1,99±0,98
Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.	2,46±0,95	2,72±1,16	2,59±1,07
Son dönem hastalarımın ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.	2,23±0,95	1,99±0,81	2,11±0,90
Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.	3,17±0,93	3,08±1,02	3,13±0,98
Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan 'nafile/boşuna' tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.	2,58±0,96	2,58±0,95	2,58±0,96
Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.	2,70±0,95	2,66±0,95	2,69±0,96
Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.	2,39±0,82	2,39±0,97	2,99±0,90
Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık iş birliği yaparım.	2,27±0,89	2,19±0,92	2,23±0,91
Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.	1,99±0,81	1,90±0,90	1,95±0,86
Hastalar ve aileler, yaşam sonu kararları hakkındaki güncel tartışmalara düzenli olarak dahil edilir.	2,85±0,95	2,97±1,09	2,91±1,02

Ölçek genel maddelerine ait toplam puan ve alt boyutlara ait puanların demografik özelliklere göre karşılaştırılması yapılmıştır. Yaşam sonu kararları ölçeği puan dağılımları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, algı boyutu 35-39 yaş grubunda ve 55-59 yaş grubunda anlamlı düzeyde diğer gruplardan daha yüksek, 20-24 yaş grubunda ise oldukça düşük bulunmuştur. İnanç ve uygulama alt boyutu ise puan açısından algı alt boyutuna göre genel olarak daha düşük değerler almıştır. İnanç ve uygulamalar açısından 25-29 yaş grubunda en yüksek puana sahipken ($2,97\pm 0,47$), +65 yaş grubunda oldukça düşük bulunmuştur ($2,09\pm 0,40$). Toplam ölçek puanı ise 35-39 yaş grubunda yüksek bulunurken ($2,93\pm 0,45$), 20-24 yaş grubunda ($2,35\pm 0,27$) daha düşük bulunmuştur. Yaş gruplarına göre algı, inanç ve uygulama puanları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde ise yaş grupları arasında anlamlı istatistiksel farklar görülmüştür ($p\leq 0,001$). Bu da bize yaş faktörünün yaşam sonu kararları ile ilgili algı, inanç ve uygulamalar açısından önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (Tablo 10).

Tablo 10. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının yaş değişkenine göre dağılımları

Yaş	$\bar{X} \pm SS$ Algı	$\bar{X} \pm SS$ İnanç ve Uygulama	$\bar{X} \pm SS$ Toplam
20-24 yaş	$2,04\pm 0,35^a$	$2,97\pm 0,29^a$	$2,35\pm 0,27^a$
25-29 yaş	$2,75\pm 0,51^a$	$2,21\pm 0,47^a$	$2,63\pm 0,38^a$
30-34 yaş	$2,79\pm 0,72^a$	$2,11\pm 0,54^a$	$2,45\pm 0,56^a$
35-39 yaş	$3,17\pm 0,60^b$	$2,49\pm 0,55^b$	$2,93\pm 0,45^b$
40-44 yaş	$2,88\pm 0,66^c$	$2,30\pm 0,53^c$	$2,54\pm 0,52^c$
45-49 yaş	$2,82\pm 0,61^a$	$2,22\pm 0,62^a$	$2,47\pm 0,55^a$
50-54 yaş	$2,76\pm 0,54^d$	$2,38\pm 0,60^d$	$2,57\pm 0,50^d$
55-59 yaş	$2,85\pm 0,51^e$	$2,33\pm 0,51^e$	$2,59\pm 0,44^e$
60-64 yaş	$2,67\pm 0,67^a$	$2,40\pm 0,64^a$	$2,54\pm 0,63^a$
65+ yaş	$2,73\pm 0,59$	$2,09\pm 0,40$	$2,41\pm 0,47$
Anlam Düzeyi (p)	<0,001*	<0,001*	<0,001*

*: Aynı üstsel gruptaki (a, b, c, d, e) istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

Yaşam sonu kararları ölçeği puan ortalamaları cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, cinsiyetin yaşam sonu kararları açısından önemli bir değişken olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Ölçeğin algı boyutu $2,92\pm 0,65$ puan ile erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,005$). İnanç ve uygulama boyutu ise cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Toplam ölçek puanının da erkek

katılımcılarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p=0,009$).

Tablo 11. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre dağılımları

Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$ Kadın	$\bar{X} \pm SS$ Erkek	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,17±0,59	2,92±0,65	0,005*
İnanç ve Uygulama	2,31±0,54	2,38±0,55	0,169
Toplam	2,22±0,52	2,70±0,51	0,009*

Yaşam sonu kararları ölçek puanları medeni duruma göre de anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir (Tablo 12). Algı puanı medeni durumu dul olan katılımcılarda diğer gruplara göre oldukça yüksek bulunmuştur ($p=0,027$). Boşanmış ve bekar katılımcıların puanları benzer iken evli katılımcıların puanları biraz daha düşük bulunmuştur. İnanç ve uygulama alt boyutu açısından puan ortalamaları değerlendirildiğinde de algı boyutuna benzer şekilde dul katılımcılarda daha yüksek puan ortalamaları görülmüş iken; evli, bekar ve boşanmış katılımcıların puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Dolayısıyla toplam ölçek puanı da dul katılımcılarda yüksek bulunmuş, evli, bekar ve boşanmış katılımcılarda daha düşük hesaplanmış olup aralarında $p=0,022$ düzeyinde anlamlılık hesaplanmıştır (Tablo 12). Buna göre yaşam sonu kararlarında medeni durum verilecek kararları etkileyebilecek bir değişkendir denilebilir.

Tablo 12. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının medeni durum değişkenine göre dağılımları

Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$ Evli	$\bar{X} \pm SS$ Dul	$\bar{X} \pm SS$ Boşanmış	$\bar{X} \pm SS$ Bekar	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,75±0,64 ^b	3,48±0,60 ^a	2,83±0,59	2,81±0,63 ^b	0,027*
İnanç ve Uygulama	2,35±0,56 ^b	3,00±0,57 ^a	2,32±0,71	2,37±0,46 ^b	0,021*
Toplam	2,55±0,53^b	3,24±0,58^a	2,57±0,59	2,59±0,43^b	0,022*

*: Farklı üstsel gruplardaki (a, b) istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

Yaşam sonu kararları ölçek puanları katılımcıların çocuk sahibi olma değişkeni açısından da incelenmiştir. Buna göre çocuk sahibi olan katılımcılarda algı puanı daha

düşük hesaplanmasına rağmen, çocuk sahibi olmayanların puanları ile aralarında istatistiksel bir anlam bulunmamıştır ($p=0,128$). Ayrıca, inanç ve uygulama puanı çocuk sahibi olan katılımcılarda, çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük hesaplanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$). Toplam ölçek puanları açısından iki grubun istatistiksel değerlendirilmesinde gruplar arasında $p=0,011$ düzeyinde anlamlılık saptanmış olup yaşam sonu kararlarında çocuk sahibi olma değişkeni verilecek kararları etkileyebilmektedir denilebilir (Tablo 13).

Tablo 13. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının çocuk sahibi olma değişkenine göre dağılımları

Çocuk Sahibi Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$ Evet	$\bar{X} \pm SS$ Hayır	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,55±0,64	2,73±0,63	0,128
İnanç ve Uygulama	2,04±0,59	2,88±0,46	0,009*
Toplam	2,24±0,54	2,79±0,45	0,011*

Yaşam sonu kararları ölçek puanları katılımcıların eğitim derecesi değişkeni açısından da incelendiğinde Algı alt boyutuna ait puanlar yüksek lisans mezunlarında diğer eğitim değişkenlerine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$). Özellikle doktora mezunlarında algı puanı daha yüksek hesaplanmıştır ($2,96\pm0,63$). İnanç ve uygulamalar ile ilgili toplam ölçek puanı lisans mezunlarında diğer gruplara göre daha yüksek olmasına karşın genel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 14). Bu sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyleri yaşam sonu kararları hususunda etkili bir değişkendir denilebilir.

Tablo 14. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının eğitim derecesi değişkenine göre dağılımları

Eğitim Derecesi	$\bar{X} \pm SS$ Lisans	$\bar{X} \pm SS$ Yüksek Lisans	$\bar{X} \pm SS$ Uzmanlık	$\bar{X} \pm SS$ Doktora	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,19±0,62	2,65±0,65 ^a	2,70±0,62 ^b	2,96±0,63 ^b	0,002*
İnanç ve Uygulama	2,43±0,51	2,31±0,51	2,38±0,60	2,31±0,50	0,208
Toplam	2,61±0,45	2,48±0,50	2,59±0,55	2,58±0,53	0,150

*: Farklı üstsel gruplardaki (a, b) istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

Yaşam sonu kararları ölçek puanları meslek değişkeni açısından incelendiğinde gruplar arasında algı, inanç ve uygulama alt boyutları ve toplam ölçek puanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15). Bu durum aslında yaşam sonu kararları bağlamında, ölçek sorularımız özelinde, hekimler ve hemşirelerin hemen hemen aynı fikirde olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 15. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının meslek değişkenine göre dağılımları

Meslek	$\bar{X} \pm SS$ Hekim	$\bar{X} \pm SS$ Hemşire	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,75±0,50	2,80±0,69	0,291
İnanç ve Uygulama	2,38±0,57	2,33±0,52	0,066
Toplam	2,56±0,52	2,56±0,50	0,870

Yaşam sonu kararları ölçek puanları çalışılan alan değişkeni açısından incelendiğinde gruplar arasında algı (p=0,011) ve toplam ölçek puanı (p=0,005) açısından anlamlı farklılığın olduğu görülmüştür (Tablo 16). Bu sonuç toplam ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde, çalışma alanı değişkeni, yaşam sonu kararlarını etkileyen bir faktördür denilebilir.

Tablo 16. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının çalışılan alan değişkenine göre dağılımları

Çalışma Alanı	$\bar{X} \pm SS$ Temel Tıp	$\bar{X} \pm SS$ Dahili Tıp	$\bar{X} \pm SS$ Cerrahi Tıp	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,92±0,13 ^a	2,31±0,63	2,39±0,63 ^b	0,011*
İnanç ve Uygulama	2,42±0,31	2,37±0,52	2,32±0,60	0,107
Toplam	2,87±0,21 ^a	2,34±0,48	2,35±0,56 ^b	0,005*

*: Farklı üstsel gruplardaki (a, b) istatistiksel anlam düzeyini ifade etmektedir.

Yaşam sonu kararları ölçek puanları gelir düzeyi değişkeni açısından incelendiğinde, gruplar arasındaki hiçbir alt boyut ve değişken arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır ($p \geq 0,05$) (Tablo 17). Bu sonuç gelir düzeyinin yaşam sonu kararlarını etkileyen bir faktör olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 17. Yaşam sonu kararları ölçek puanlarının gelir değişkenine göre dağılımları

Gelir Düzeyi	$\bar{X} \pm SS$ Gelir<Gider	$\bar{X} \pm SS$ Gelir=Gider	$\bar{X} \pm SS$ Gelir>Gider	Anlam Düzeyi (p)
Algı	2,78±0,66	2,73±0,63	2,83±0,61	0,334
İnanç ve Uygulama	2,31±0,61	2,36±0,56	2,37±0,47	0,106
Toplam	2,54±0,50	2,55±0,53	2,60±0,48	0,268

5.TARTIŞMA

Ölüm ile birlikte, yaşamımız boyunca peşinde koştuğumuz istekler ve kurduğumuz hayaller, geleceğe dair planlarımız yani aslında yaşamımızın hikayesi, bu sonsuz sessizlikle birlikte sona erer. Ölmekte olan bir kişinin yaşamının son ayları, günleri ve anlarındaki düşünceleri, duyguları, deneyimleri ve faaliyetleri, o kişinin nerede ve nasıl öldüğü, yaşamının bu son dönemindeki isteklerinin neler olduğu, bu süreci nasıl geçirdiği bazen ölüm nedenlerinden daha önemli olabilir. Bu, kişinin öldüğü ortamın önemsiz olduğu veya neden olduğu ıstırabın derecesine göre değişen ölüm nedeninin önemsiz olduğu anlamına gelmez; ancak birey ve geride kalan aile ve arkadaşlar için en anlamlı olabilecek şey, özellikle ölümü beklenen hastalar için, bu sürecin konforlu, mümkün olduğunca acı çekmeden ve hastanın karar verebilecek durumda iken beyan ettiği isteklerinin gerçekleşerek sürecin tamamlanmasıdır.

Yapmış oldukları işin doğası gereği hekim ve hemşireler insan yaşamı ile ilgili karar alma süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Kimi zaman verilen kararların uygulayıcısı olsalar da sıklıkla karar verme aşamasında bilgi, deneyim ve tecrübelerine başvurulmaktadır. Yaşam sonu tedavi ve bakımla ilgili kararların önceden planlanmasının asıl amacı, hastanın, ailesinin ve hekimin en iyi tedavi seçeneklerini konuşup görüşerek bazı tıbbi durumlara hazırlıklı olmalarını, mevcut tıbbi kararları mümkün olan en iyi şekilde almalarını sağlamaktır. Yani tıbbi bilgi ve tecrübelerine güvenilen sağlık profesyonelleri yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarında önemli aktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle yaşam sonu kararları hakkında hekim ve hemşirelerin bilgi düzeyleri, bu konu ile ilgili almış oldukları eğitim, konu hakkındaki algı, inanç ve uygulamaları yani kısacası tutumları, süreç ile ilgili belirleyici faktörlerdir. Bu nedenle araştırmada, Türkiye'deki hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararlarındaki tutumlarını belirlemek ve farklı ülkelerdeki araştırma sonuçları ile karşılaştırmak amaçlanmış olup, konu ile ilgili literatür taranırken en güncel verilerle araştırma sonuçlarının tartışılması hedeflenmiştir.

5.1. Yaşam sonu kararlarıyla ilgili eğitim gereksinimi

Yaşam sonu kararları ile ilgili literatür incelendiğinde en çok tartışılan ve araştırılan konunun yaşam sonu kararları ve ileri direktiflerle/yetkilendirme bildirimleriyle (advance directives) ilgili eğitim olduğu göze çarpmaktadır. You ve ark.'nın (2014) yaptığı bir çalışmada, hekimlerin iletişim eğitimi ve becerileri eksikliği, yoğun bakım ünitesinde ölüme karşı tutumları, klinik parametrelere odaklanmaları ve hastalarının gerçek durumlarına ilişkin hastanın kendi kararlarına güvenmediklerini gösteren güçlü kanıtlar bulunmuştur. Doktorlar ile ilgili çok sayıda bariyerin yeterli iletişimi ve ortak karar almayı engellediği sonucuna varılmıştır. Yaşam sonu bakımı ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları geliştirmek için daha kaliteli hekim eğitimi ve onlara yol gösterici nitelikte palyatif bakım kılavuzlarına ihtiyaç olduğu sonucuna varılmış, hasta, aile ve sağlık sistemi ile ilgili etken faktörlerin detaylı olarak incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (222). İnci (2018) tarafından yapılan onkoloji hastaları ve aileleri ile ilgili ölüm ve yas sürecinin ele alındığı çalışmada hemşirelerin yaşam sonu kararları ve bakıma ilişkin eğitim ve iletişimlerinin yeterli düzeyde olmadığı bu nedenle iletişim becerilerini geliştirmelerine yardımcı olacak eğitime, desteklere, deneyimlere ve rol modellere gereksinim olduğu vurgusu yapılmıştır (223). Zheng ve ark.'nın (2015) onkoloji hemşirelerinin terminal dönemdeki hastalara bakım deneyimlerini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri nitel çalışmada 28 hemşire ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hemşirelerin hastalara kaliteli yaşam sonu kararlarıyla ilgili iletişim ve yaşam sonu bakımı sunma konusunda istekli oldukları ancak bilgi eksikliği ve deneyimsizlik nedeniyle zorlandıkları saptanmıştır. Çalışmada özellikle daha genç ve daha az deneyimli hemşirelerin kanser hastalarının yaşam sonu süreçleri için eğitime ihtiyaç duydukları vurgulanmıştır (224). McSherry ve Jamieson (2011) tarafından 4054 hemşire ile yapılan çalışmada hastaların manevi ihtiyaçlarını gözetmenin ve terminal dönem hastaların isteklerini tartışmanın, hemşireler tarafından sunulan bakımın kalitesini arttırdığı ve daha az ikilem yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin çoğu, hastalarının yaşam sonu sürecinde doğru iletişim kurabilmeleri, manevi ihtiyaçlarını destekleyebilmeleri ve etkin bir

şekilde karşılayabilmeleri için daha fazla rehberlik ve desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (225).

Hendricks-Ferguson ve ark.'nın (2015) pediatrik onkolojide 1 yıldan az iş tecrübesine sahip 14 hemşireyle gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelerin ölüm sürecine ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı sonucuna varılmıştır (226). Menekli ve Fadıloğlu (2014), hemşirelerin ölüm algısına ilişkin yaptıkları araştırmada terminal dönemdeki hastalarla çalışan 112 hemşire ile görüşülmüştür. Katılımcıların %82,3'ünün ölüm konusunda eğitim almadığı, %85,7'sinin ölüm yaşam sonu kararları konusunda okuldaki öğrenim süresince yeterli eğitim almadığını düşündüğü saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin bu eksikliklerini kapatmak için %54,3'ünün ölüm ve yaşamın sonuna ilişkin internetten okumalar yaptıklarını belirttiği görülmüştür. Çalışmada hemşireler ölümü kaçınılmaz bir son olarak gördüklerini; ölümün yoğun, duygu yüklü bir olgu olduğunu, ölüm olayı ile karşılaştıklarında ağladıklarını, dua ettiklerini ve bu durumun doğal bir süreç olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma sonucunda hemşirelik eğitiminde ölüm, yaşam sonu kararları ve bakım konularının yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (227). Yılmazlı ve Vermişli'nin (2015) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hastaya bakım verme konusunda tutumlarının saptanması amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hemşirelerin %63,3'ünün ölüm konusunda eğitim aldığı ancak büyük kısmının (%56,7) bu eğitimi yeterli bulmadığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra hemşirelerin %17,5'inin terminal dönemdeki hastaya bakmak istemediği belirlenmiştir (228). Attia ve ark.'nın (2013) yapmış olduğu yoğun bakım hemşirelerinin terminal dönemdeki hastalara yaşam sonu bakımı sağlama ve yaşam sonu kararlarını tartışmadaki engelleri ve destekleyici faktörleri saptamaya yönelik gerçekleştirdikleri çalışmaya göre, yaşam sonu süreçler hakkındaki bilgi, deneyim ve eğitim eksikliğinin, yoğun bakım ünitelerinin kötü tasarımının, hemşirelerin ağır iş yükünün, ailenin hastanın kötü prognozunu kabullenememesinin yaşam sonu bakım ve yaşam sonu kararlar için engelleyici unsurlar olduğu belirlenmiştir (229).

Friedenberg ve ark. (2012) tarafından yoğun bakım ünitesinde kaliteli yaşam sonu bakımı sağlamanın ve hastalarla yaşam sonu kararlarının tartışılmasının

önündeki engellerin saptanması amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin bu alanda karşılaştıkları iki temel engelin, yaşam sonu bakım konusunda, öğrenimleri süresince ve sonrasında çalışma hayatına atıldıktan sonraki süreçlerdeki eğitim eksikliği ve iletişim güçlüğü olduğu tespit edilmiştir (230). Aslakson ve ark.'nın (2011) cerrahi yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilen yaşam sonu bakıma ilişkin hemşireler tarafından algılanan engellerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin karşılaştıkları temel engellerin; ailelerin yaşam sonu ve ilgili kavramları anlamamaları ve kabul etmemeleri, yaşam sonu kararları ile ilgili kavramlar ve hukuki ayrıntılar konusundaki eğitim eksikliği ve kültürel engeller olduğu saptanmıştır (231). Khraisat ve ark.'nın 2017 yılında pediatrik yaşam sonu bakımı sağlamanın önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemek için gerçekleştirilen çalışma neticesinde pediatri hemşirelerinin yaşam sonu bakım kararlarına ilişkin karşılaştıkları temel engelin, konu ile ilgili yeterli eğitimi olmayan aile üyeleri ve sağlık personeli ile öfkeli hasta yakınları ile uğraşmak olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda pediatrik yaşam sonu bakımının sağlanmasında, ek eğitim ve desteğe duyulan ihtiyaç vurgulanmıştır (232). Beckstrand ve ark.'nın (2012) onkoloji alanında çalışan hemşireler ile yapmış olduğu çalışmada yaşam sonu bakım sunarken hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları temel engellerin, endişeli aile üyeleri ile baş etme, hastalık durumuna ilişkin kötü seyri ailenin kabullenmemesi, yaşam sonu kararları ve süreç ile ilgili ailelerdeki, hastalardaki ve sağlık personelindeki bilgi ve eğitim eksikliği, yoğun iş yükü nedeniyle hasta ve ailesi ile vakit geçirme süresinin azlığı olduğu saptanmıştır (233). Balboni ve ark.'nın (2013) terminal dönemdeki hastalara bakan hemşireler ve doktorlar tarafından manevi bakım sağlanmasına katkıda bulunan faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya 339 hemşire ve doktor katılmıştır. Çalışmada ileri evre kanserli hastaların çoğunun, onkoloji hemşirelerinden veya doktorlarından hiçbir zaman manevi bakım almadığı belirtilmiştir. Hastaların çoğu, manevi bakımın hemşireler ve doktorlar tarafından sağlanan kanser bakımının önemli bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Çoğu hemşire (%87) ve doktor (%80) manevi bakımın sağlanması gerektiğini düşünmüştür. Çalışmada hemşireler ve doktorlar tarafından manevi bakımın sağlanmasının yaşam sonu karar verme sürecini de kolaylaştıracağı

sonucuna varılmıştır. Ancak sağlık personelinin bu konuda eğitim almadıkları, manevi bakım eğitimi alınmasının bu süreçte önemli bir kolaylaştırıcı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşire (%88) ve hekimlerin (%86) büyük çoğunluğunun yaşam sonu kararları ve süreç hakkında da yeterli eğitimi almadıklarını düşündükleri saptanmıştır (234).

Ho ve ark.'nın (2010) yılında yaptığı İspanyol nefroloji hemşirelerinin terminal dönemdeki hastaların yaşam sonu kararlarına yönelik görüş ve tutumlarının incelendiği araştırmaya göre, katılımcıların %88,9'u yaşam sonu bakımı duygusal olarak zorlu bir görev olarak algılamakta, %95,3'ü ölüm konularını ele almanın özel beceriler ve eğitim gerektirdiğini ve %92,6'sı yaşam sonu karar verme sürecinde doğru kararların alınabilmesi ve doğru iletişimin sağlanabilmesi için düzenli hizmet içi eğitimlerin gerekli olduğunu bildirmişlerdir (235).

Espinosa ve ark.'nın (2010) yoğun bakım hemşirelerinin yaşamın son dönemine ilişkin karar verme süreci ve bakım verme deneyimlerini konu alan çalışmasında, hemşirelere bu süreçte personel desteği ve iletişim hakkında verilecek eğitimlerin, ölmekte olan hastalara ve ailelerine yönelik bakımı iyileştireceği, süreç ile ilgili karar verme süresini kısaltacağı sonucuna ulaşılmıştır (236).

Uslu (2013) çalışmasında, ebe ve hemşirelerin çoğunun yaşam sonu kararları ve ilgili kavramlarla palyatif bakım konusunda bilgisiz olduğu, bilgi sahibi olanların çoğunluğunun bilgiyi hizmet içi eğitimlerden aldığını, katılımcıların %67,7'sinin aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıklarını belirtmiştir. Konu ile ilgili verilen eğitimlerin içeriğinin ise genellikle iletişim becerileri, ağrı yönetimi ve semptom kontrolüne yönelik olduğu bulunmuştur (237).

Hickman ve ark.'nın (2014) 1600 hemşire ile gerçekleştirdikleri araştırmada da katılımcıların %15'i hemşirelik eğitimleri sırasında yetkilendirme bildirimine ilişkin bilgi aldığını ifade ederken, %69'u konferanslar, hizmet içi eğitimler, literatür veya meslektaşları ile tartışmalar yoluyla konu hakkında bilgi edindiğini bildirmiştir (238). Stoeckle ve ark.'ı (1998) çalışmalarında 409 sağlık çalışanına (doktorlar, hemşireler, pastoral bakım elemanları, tıbbi sosyal hizmet uzmanları) soru formlarını posta yolu

ile göndermiş ve 213 katılımcıdan dönüş almışlardır (97 hekim, 107 hemşire, 3 pastoral bakım elemanı, 8 tıbbi sosyal hizmet uzmanı). Araştırmaya katılanların sadece %23,9'unun hastanın kendi kararlarını vermesi ya da yaşam sonu kararları ile ilgili bir toplantı, workshop ya da eğitime katıldıkları saptanmıştır (221).

Mutto ve ark.'nın (2012) yaşam sonu bakım konularında eğitim eksikliği olduğunu belirten tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencilerine, terminal dönemdeki hastalarla karşılaştıktan sonraki deneyimleri ve tutumlarını saptamak, terminal dönemdeki hastaya maruz kalmanın, yaşam sonu bakımı konusunda eğitim almamış öğrencilerdeki tutumları etkileyip etkilemediğini incelemek, öğrencilerin terminal dönemdeki hastaların bakımına ilişkin isteklerini saptamak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, 730 öğrencinin verileri analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda öğrencilerin terminal dönemdeki hastalarla doğrudan temasa geçtikleri ve onların acılarını algıladıkları, bu hastalara karşı oldukça olumlu bir tutuma sahip olmalarına rağmen, bazılarının bu ilişkiyi 'zorlu' olarak nitelendirdiği bildirmiştir. Bazı durumlarda öğrenciler kendilerini iyi eğitilmiş hissetmedikleri için duygusal katılımdan kaçınma eğiliminde olduklarını; bu kaçınma arzusunun, daha fazla sayıda terminal dönemdeki hastayla karşılaşan tıp ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinde arttığı, öğrencilerin çoğunlukla terminal dönemdeki hastaların bakımıyla ilgili konuların müfredata dahil edilmesi gerektiği ve bunu almaya istekli olacakları görüşünü dile getirmişlerdir (239).

Kisorio ve Langley (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada katılımcılar, hemşirelerin yaşam sonu bakım konusunda yeterli deneyime sahip olmadıklarını ve özellikle genç hemşireler olmak üzere bazı hemşirelerin, ailelerin psikolojik ihtiyaçlarıyla baş etmekte zorlanabileceğini belirtmişlerdir (240). Çoğu hemşirelik eğitim programında yaşam sonu içeriğinin çok az yer aldığına dair kanıtlar bulunmaktadır (241). Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık profesyonelleri, ölmekte olan hastalara ve ailelerine bakım sunmak için genellikle kendilerini hazırlıksız hissetmektedir (242). Yaşam sonu bakımını, hekim ve hemşirelerin ölüm ve ölümlerle baş etme becerilerini geliştirmek için, yaşam sonu eğitimini lisans ve mezuniyet sonrası düzeylere entegre etmeye ihtiyaç duyulmaktadır (243). Elektronik anketler yolu ile verileri toplanan tez çalışmamıza da toplam 870 (450 hekim, 420 hemşire)

gönüllü katılmış olup yaşam sonu kararları ile ilgili eğitim alıp almama durumları incelendiğinde katılımcıların %45,1'inin mezuniyet sonrası etik konular ile ilgili bir eğitim aldığı, %26,4'ünün hastanın kendi kararlarını vermesi konulu bir eğitime katıldığı, %40,7 sinin değerler, etik ya da ahlaki gelişim konularını içeren bir eğitime katıldıkları saptanmıştır (Tablo 5). Ayrıca katılımcıların %83,2'sinin yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğini artıracaklarını düşündüğü ve böyle düşünen katılımcıların %61,6'sının bu eğitimin mesleki eğitimin tüm süreçlerinde verilmesi gerektiğini bildirdikleri görülmüştür (Tablo 6, Tablo 7). Bu yönü ile araştırma sonuçlarımız konuyla ilgili eğitim eksikliğini ve gereksinimini ortaya koyar nitelikte ve alandaki literatürle uyumludur.

5.2. Yaşam sonu karar verme süreçleri ile ilgili girişimde bulunma

Yaşam sonu kararları ile ilgili araştırmalarda sıklıkla tartışılan bir başka başlık ise bu araştırmalara katılan bireylerin konuyla ilgili herhangi bir girişimde bulunup bulunmamaları ile ilgilidir. Bu bağlamda genellikle katılımcılara tıbbi vasiyet, yaşayan vasiyet ve yetkilendirme bildirim gibi belgelerden hangilerini hazırladıkları ya da hazırlamayı düşündükleri, ailelerinde ya da yakın arkadaşları içerisinde bu belgeleri hazırlayanların olup olmadığının saptanmaya çalışıldığı, bu belgeler ile ilgili bilgi düzeyleri ve bilgiye nereden ulaştıkları gibi sorular yöneltilmiştir. Buna göre, Rao ve ark.'nın (2014) Amerika'da yaşam sonu kararları ve yetkilendirme bildirim ile ilgili farklı hastanelerde hastalar ile gerçekleştirdiği çalışmada, 7946 katılımcının %26,3'ünün bir yetkilendirme bildirimine sahip olduğu görülmüştür. Önceden yetkilendirme bildirimini hazırlama oranlarının, ileri yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu ile pozitif kolerasyona sahip olduğu ve yetkilendirme bildirim olan katılımcıların en az bir kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırma sonuçlarına göre yetkilendirme bildirimine sahip olmamanın en sık bildirilen nedeni 'farkındalık eksikliği' dir (244).

Yadav ve ark.'nın 2017 yılında gerçekleştirdiği çalışma yaşayan vasiyet, yetkilendirme bildirim veya her ikisine sahip ABD'li yetişkinlerin oranını belirlemek için 2011-2016 döneminde yayınlanan çalışmalarını sistematik olarak incelenmiştir.

Analiz edilen 150 çalışmadaki 795.909 kişiden %29,3'ünün yaşayan vasiyet olmak üzere, %36,7'sinin yetkilendirme bildirimini tamamladığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmada kronik hastalığı olan hastaların (%38,2) ve sağlıklı bireylerin (%32,7) benzer oranlarda yetkilendirme bildirimini hazırladığı tespit edilmiştir (245).

Heyland ve arkadaşları, Kanada'da 12 farklı merkezde, 516 yaşlı hasta ve 366 aile üyesi ile yapmış oldukları görüşmelerde yaşlıların hastaneye yatmadan önce %76,3 oranında yaşının yaşam sonu bakım kararları hakkında düşündüğünü ancak sadece %11,9'unun bunu hayata geçirip yaşayan bir vasiyet bıraktıklarını, bu kararları %30,3'ünün aile hekimleri ile konuştuklarını, %55,3'ünün ise herhangi birisi ile konuştuğunu saptamışlardır. Ancak tıbbi kayıtlara geçen hastanın yaşam sonu kararları ile ilgili istekleri ya da ailenin hastaları konusunda verdikleri kararlar hakkındaki doküman sayısının %30,2 oranında olduğu görülmüştür (246).

Gamble ve arkadaşlarının 75 yaşlı ile Kuzey Carolina'da yapmış oldukları çalışmada, yaşlıların yaşayan vasiyetin ne olduğunu %64 oranında bildikleri hükümetin bununla ilgili bir programı olmasına rağmen hiçbirinin yaşayan bir vasiyet doldurmadığı ve sadece iki (%3) kişinin doktorları ile yaşam sonu tedavi ve bakım tercihlerini konuştuğu saptanmıştır. İngiltere'de yapılan 76 yaşlı bireyin katıldığı başka bir araştırmada ise %82 oranında katılımcının yaşayan vasiyet terimini, yönergeleri veya yetkilendirme bildirimini gibi terimleri duymadığı saptanmış; yaşayan vasiyetin ne olduğunu duyduğunu söyleyen 13 kişiden sadece 4 kişinin doğru tanımlama yaptığı görülmüştür (247).

Pollack ve ark.'nın (2010) ABD eyaleti olan Maryland'deki yetişkinlerin yetkilendirme bildirimine ilişkin yaptıkları çalışmada, 1195 yetişkinin %34'ünün yetkilendirme bildirimine sahip olduğu, yetkilendirme bildirimine sahip olanların ise bu bildirimini hazırlamadaki birincil motivasyonlarının kişisel bir tıbbi durum, kişinin kendisine veya bir aileye/arkadaşına (%41) konulan hastalık teşhisi olduğu saptanmıştır. Yetkilendirme bildirimine sahip olmayan 735 katılımcının ise yetkilendirme bildirimini doldurmamasının birincil nedeninin bu konuya aşina olmamalarından kaynaklandığı, diğer nedenlerin sırası ile yetkilendirme bildirimine

gereksinim duymayacak kadar genç veya sağlıklı olmaları (%14) ve uygun tıbbi kararları nasıl vereceklerinden emin olmamalarıdır (%10). Yetkilendirme bildirimini alan 401 katılımcının çoğu (%41) bu bildirim ile ilgili bilgiyi bir hukuk danışmanından aldığını belirtmiş, %22'si hastaneden, %12'si doktorundan ve %7'si ise bu bilgilere internetten ulaştığını ifade etmiştir (248).

Özcan ve ark.'ı (2013) yaptığı çalışmada kişilerin ölümcül hastalık tanısı almaları halinde %42,9 oranında yetkilendirme bildirimini bırakmak istediklerini tespit etmişlerdir (249).

Lakin ve ark.'nın (2016) 70 acil servis doktoru ile yaptığı çalışmada katılımcıların %78'inin tıbbi vekaletnameyi, %37'sinin yaşayan vasiyeti, %34'ünün sözlü direktifleri bakım planlamasında hastaların tercihlerinin yerine getirilmesi noktasında çok faydalı bulduğu sonucuna ulaşmıştır (250).

Peicius ve ark. yetkilendirme bildirimini; yaşam sonu kararları konusunda karar vermede yardımcı olup olmadığını araştırdıkları çalışmalarında; Sağlık profesyonellerinin sadece %16,7'sinin yetkilendirme bildirimini konusunda bilgi sahibi olduğunu, diğerlerinin bu konuda sınırlı bilgiye sahip olduklarını, bilgi düzeyinin cinsiyet ve çalışılan birimler açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğunu, hekimlerin hemşire ve eczacılara oranla bu kavrama daha aşina olduklarını saptamışlardır (251). Bizim çalışmamızda; daha önce hiç 'Hastanın Kendi Kararını Kendisinin Vermesi' konusunu da içeren herhangi bir kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı, bu konuda bilgi sahibi misiniz? Sorusuna hekimlerin %22, hemşirelerin %30'unun 'Evet' cevabı verdiği ve bilgi düzeyinin çalışılan birimler açısından (temel, dahili ve cerrahi) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.005).

O'Sullivan ve ark.'nın (2015) yetkilendirme bildirimini alan hasta yaygınlığını belirlemek ve yetkilendirme bildirimini tartışmalarını başlatmada aile hekiminin rolüne dair hastaların bakış açılarını tanımlamak amacıyla yapılan çalışmasına 800 kişi katılmıştır. Katılımcıların %19,7'sinin önceden yetkilendirme bildiriminde bulunduğu, %43,8'inin yetkilendirme bildirimini konusunu tartıştığı, ancak bu tartışmaların yalnızca %4,3'ünün aile hekimleri ile gerçekleştirildiği saptanmıştır (252). Stoeckle ve ark.'nın

(1998) gerçekleştirmiş oldukları araştırma sonuçlarını incelediğimizde katılımcılarının %88'inin yaşamı tehdit eden ölümcül bir olay veya bir deneyim yaşadığı, böyle bir deneyim yaşayanların %68,4'ünün yaşamış oldukları bu deneyimden sonra, yaşam sonu bakım ile ilgili tercih ve kararlarının değiştiği saptanmıştır. Katılımcıların %77,5'i yaşam sonu kararları ile ilgili tercihlerini aileleri ya da arkadaşları ile tartışmayı düşündüklerini bildirmişlerdir. Ailelerinin tercih ve isteklerinin ne olduğunu bilen katılımcıların oranı ise %75'dir. Ancak katılımcıların sadece %25,8'i yaşam sonu kararları ile ilgili 'ileri direktifler' konusunda bir belge doldurduklarını beyan etmişlerdir. Katılımcıların ailelerinden ise sadece %35'inin böyle bir bildirimde sahip olduğu saptanmış ve katılımcılar mesleki deneyimin hastalar ve aileleri ile yaşam sonu tercihlerini tartışma konusunda önemli bir unsur olduğunu ifade etmiştir (221). Genel itibariyle araştırma sonuçları, yaşam sonu kararları ve yaşayan vasiyet konusunda insanlar bilgi sahibi olsalar ve yaşayan vasiyet hazırlamayı düşünseler bile bunu hayata geçirenlerin sayısının çok az olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarımıza baktığımızda, bizim çalışmamızda da katılımcıların %81,1'inin daha önce ölümcül bir hastalık ya da hayati tehlike ile ilgili bir deneyimi olduğu, bu deneyimi yaşayanların %56'sının yaşam ve ölüm ile ilgili inanış ve değerlerinin değiştiği, %38,9'unun yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri ile ilgili ailesi ya da yakın bir arkadaşı ile konuştuğu, %33,1'inin yetkilendirme bildirimini hazırlamayı düşündüğü ama sadece %2,3'ünün yetkilendirme bildirimini hazırladığı, %1,6'sının tıbbi vekaletname bıraktığı, %61,6'sının tıbbi vekaletname bırakmayı düşündüğü, %33,6'sının aile üyelerinin yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili isteklerini bildiği, aile üyelerinden sadece %0,5'inin yetkilendirme bildirimine sahip olduğu, katılımcıların %3,7'sinin yaşayan vasiyete sahip olduğu ve yaşam vasiyete sahip olmayan katılımcıların %71,3'ünün yaşam sonu vasiyet bırakmayı düşündüğü saptanmıştır (Tablo 5, Tablo 6). Bu noktada katılımcıların yetkilendirme bildirimini hazırlamış olsalar bile hukuki olarak geçerli olmayacağını düşündükleri için hazırlamadıkları düşünülebilir. Bu yönü ile araştırma sonuçlarımızın literatürle de uyumlu olduğu görülmektedir.

Şahin ve Büken'in (2020) Türkiye'deki 448 yaşlı ile gerçekleştirdikleri araştırmaya baktığımızda yaşlılara 'yaşayan vasiyetin' ne olduğu açıklandıktan sonra,

%79 oranında yaşlı bireyin, yaşayan bir vasiyet bırakmayı düşünebilecekleri bulunmuştur. Her ne kadar bu kavramlar ülkemizde yeni olduğu için bu uygulamaları pratikte pek göremesek de, yukarıda bahsedilen çalışma sonuçları da göstermektedir ki başka ülkelerde de durum pek farklı değildir (253).

5.3. Yaşam sonu karar verme sürecinde yetkilendirme

Yaşam sonu karar verme ve yetkilendirme süreçlerinde katılımcılara ‘Sizin adınıza kimin karar vermesini isterdiniz?’ ya da ‘Kimi yetkilendirmeyi düşünürdünüz?’ gibi soruların sıklıkla sorulduğunu görmekteyiz. Özellikle literatüre baktığımızda yaşam sonu kararları ile ilgili yaşlı bireylerle yapılan birçok çalışmanın varlığından söz etmek mümkündür. Bunun en büyük nedeninin yaşlıların yaşamın sonuna daha yakın bireyler olduğunun düşünülmesinden kaynaklı olduğu söylenebilir. Ancak literatür incelendiğinde araştırmalarda hekim ve hemşirelere daha çok yeniden canlandırma komutları, mekanik ventilasyon ve boşuna/nafile tedaviler gibi tıbbi ve teknik konularda sorular yöneltildiği görülmüş, ileri direktifler konusunda kimi yetkilendirmek istedikleri ya da yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmeleri kimin başlatması gerektiğini düşündükleri konuları daha az araştırılmıştır. Bu nedenle çalışmamızda hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları konusunda görüşmeleri kimin başlatması gerektiği ile ilgili düşüncelerini de sorguladık. Buna göre sonuçlarımıza baktığımızda hekimlerin %42,7’sinin, hemşirelerin %41’inin görüşmeleri hastanın başlatması yönünde cevap verdiğini bulduk (Tablo 8).

O’ Sullivan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %72,3’ü yetkilendirme bildirimine ilişkin tartışmaların aile hekimleri tarafından gündeme getirilmesi gerektiğine inandıkları saptanmıştır (252).

Şahin ve Büken’in (2020) yaşlı bireyler ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında katılımcıların tıbbi vasi tayini konusunda sırası ile ilk olarak aileden birini (%58.9), ikinci olarak hekimlerini (%38.6) ve son olarak da yakın bir arkadaşlarını (%2.5) vasi olarak tayin edebileceklerini düşündükleri ancak tıbbi kararlar verilirken hekimin görüş ve onayının önemli olduğunu düşündükleri saptanmıştır (253).

Gamble ve ark. (1991) yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada kendileri karar verici olamayacak durumda iken kendileri adına tıbbi karar vericinin %93 oranında aileleri ya da eşleri olmasını istedikleri bulunmuş olsa da bu kararları kendilerine bakım veren sağlık personeli ile şekillendirmelerini istedikleri saptanmıştır (247).

Schiff ve ark.'nın (2000) çalışmasında, İngiltere'de yaşlı bireylerin kendileri adına tıbbi karar verici olarak %75 oranında akraba ve eşlerini, %5 oranında arkadaşlarını, %20 oranında doktorlarını seçecekleri saptanmıştır (254).

Kaiser Family Foundation (2015) tarafından 1202 yetişkin ile yapılan çalışmada bireylerin yaşam sonu bakımı hakkında en rahat ve istekli şekilde eşleri veya partnerleriyle konuşabilecekleri (%83) ortaya çıkmıştır ancak tıbbi kararlar konusunda en doğru kararları verecek kişiler olarak sağlık profesyonellerine işaret edilmiştir. Yaşam sonu bakıma ilişkin tartışmaların doktorlar ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ile paylaşılma oranı %57, yakın arkadaşlar ile %51, bir dini veya manevi danışman ile %50 olduğu saptanmış olup bu tartışmaları %64 oranında hekimlerin başlatması gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır (255).

Davison (2010) tarafından kronik böbrek hastalığı olan hastalarının yaşam sonu bakım tercihlerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada 584 hasta ile görüşme sağlanmıştır. Hastaneye (%27,4) kıyasla daha fazla hasta, evde (%36,1) veya bakımevinde (%28,8) ölmek istediğini bildirirken, hastaların %10'dan azı, son 12 ay içinde doktorları (nefrologları) ile yaşam sonu bakım sorunları hakkında bir tartışma yaptıklarını belirtmiş olsa da, bu konuda en doğru karar vericinin hekimleri olduğunu düşündükleri saptanmıştır (256).

Bollig ve ark.'nın (2015) huzurevlerinde yaşam sonu bakım ve karar verme konusunda yaşlıların ve yakınlarının görüşlerini incelediği çalışmada yaşlılar, yaşam sonu karar verme konusunda akrabalarına ve sağlık çalışanlarına güvenirken, yakınlarının ise yaşlıların istekleri konusunda güvensiz olduğu ve karar vermeyi bir yük olarak gördükleri bu nedenle sağlık çalışanlarının yönlendirmelerinin ve düşüncelerinin karar vermelerinde etkili olacağı saptanmıştır (257).

Chiu ve ark'nın (2016) 146 yaşlı ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %18'i tüm tıbbi kararlarını doktorların vermesini, %34'ü tıbbi kararları doktorlar ile tartışılarak verilmesini ve %48'i kendi tıbbi kararlarını kendilerinin vermek istediğini bildirdikleri görülmüştür (258).

Stoeckle ve ark.'nın (1998) sağlık profesyonelleriyle yapmış oldukları araştırma sonuçlarına göre ise katılımcılar, yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmeleri başlatması gereken kişi konusunda ilk sıraya hastanın kendisini koymuş ve görüşmeleri hastanın kendisinin başlatması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (221).

Miccinesi ve ark.'nın (2005) yapmış oldukları çalışmada doktorlar, alınan 3.086 yaşam sonu kararının 2.412'sinde (% 78.3) hemşirelerin rol oynadığını belirtmişlerdir, 66 vakada (% 2.1) hemşirelerin yaşam sonu kararları ile ilgili tartışmayı başlattığı düşünüldüğünde, 328 vakada birincil doktorun, 2.438 vakada (% 79.3) yoğun bakım ünitesi doktorlarına atıfta bulunulmuş, 105 vakada (% 3.4) konsültan hekim, 119 olguda aile (% 3.9) ve 19 olguda (% 0.6) tartışmayı başlatanın hasta olduğu belirlenmiştir (259). Bizim araştırmamızda tartışmayı kimin başlattığı ile ilgili bir soru bulunmamakta olup kimin başlatması gerektiğini düşünüyorsunuz sorusu ise ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Sonuç olarak araştırma sonuçlarımız ve literatür karşılaştırıldığında ortaya ilginç bir farkın çıktığı görülmektedir. Her ne kadar çalışmamızda biz hastaların yaşam sonu kararlarıyla ilgili düşüncelerini araştırmamış olsak da, araştırma sonuçlarımız ve diğer bazı araştırmalara göre hekim ve hemşireler yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmeyi hastaların başlatması gerektiğini düşünürken, literatüre göre hastalar çoğunlukla, bu görüşmeleri hekimlerin başlatması gerektiğini düşünmekte ve bu konuda en doğru tıbbi tedavi kararlarını onların vereceğine inanmaktadırlar. Peki, bu düşünce farklılığı yaşam sonu kararları sürecinde iletişim ile ilgili problemlerin oluşmasına neden olabilir mi? Bu düşünce aslında yaşam sonu kararları konusunda iletişimin önündeki bariyer mi ve farklı engeller de var mı? Hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları konusundaki algı, inanç ve uygulamaları neler ve iletişimi nasıl şekillendiriyor bu konular bir sonraki bölümde tartışılacaktır (bkz. 5.4).

5.4. Yaşam sonu karar verme sürecinde iletişim, algı, inanç ve uygulamalar

Yaşam sonu kararları ile ilgili algı, inanç ve uygulamalar aslında biraz da ölümü nasıl anlamlandırdığımızla, bu süreci nasıl geçirmek istediğimizle ve konuyla ilgili tecrübelerimizle (yakın bir arkadaş ya da ailenizden birinin kaybı, işiniz gereği bu sürece diğer mesleklere göre daha fazla şahit olmanız vs.) yakından ilişkilidir. Ölüm; yaşam var oldukça varlığını sürdürecektir dolayısıyla yaşamımızı şekillendiren önemli konulardan biridir. Bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmelere her geçen gün bir yenisi eklense de ölüm karşısında insanların duydukları çaresizlik, yalnızlık ve kaygılarını ortadan kaldırmamıştır. Bu nedenle ölüm konusunda yapılan araştırmalar ve iyi bir ölümün nasıl olabileceği ile ilgili araştırma sonuçları, bu sürecin nasıl algılandığını anlamamıza ve yaşam sonu kararları sürecindeki algı, inanç ve uygulamaların aslında nasıl şekillendiğini kavramamıza yardımcı olacağından önemlidir. İyi ölümle ilgili yapılan birçok araştırma iyi bir ölümün nasıl olması gerektiğini farklı yaş gruplarında ve kültürlerde sorgulamıştır. Yaptığımız literatür incelemesinde gördük ki her ne kadar demografik özellikler, kültürel ve dini inançlar herkes için farklı olsa da iyi ölüm düşüncesindeki bazı başlıklar herkes için aynıdır. Bu aynı zamanda kişinin son anlarını nasıl geçirmek istediğiyle de yakından ilişkilidir. Bu bağlamda Şahin ve Büken' in (2020) ölüm kaygısı ile birlikte yaşlı bireyler açısından iyi bir ölümün nasıl olması gerektiğini sorgulayan araştırması buna güzel bir örnektir. Çalışmaya göre, iyi ölümün nasıl olması gerektiği ile ilgili bakış açısı bireysel özellikler, eğitim, kişisel deneyimler ve kültürden etkilenmektedir. Araştırma sonuçlarına göre iyi ölüm düşüncesi ile ilgili verilen cevaplara baktığımızda sırası ile önemsenen konuların 'ölümün ağrısız ya da büyük oranda ağrısız olması', 'kişinin elveda diyebilmesi için bir fırsata sahip olması', 'ölüme kadar iletişim yeteneğinin yerinde olması' iken en az önemsenen konuların, 'ölümün teknik araç gereç olmadan doğal olarak gerçekleşmesi', 'ölüme kadar bedensel fonksiyonların kontrol altında olması' ve 'ölüm anında evde olmak' olduğu saptanmıştır (260). Literatürdeki diğer araştırmalara baktığımızda da 'elveda' diyebilmek, iyi ölüm tanımlamasında önemli bir seçenek iken (261, 262), ölüm yeri ile ilgili farklı düşüncelerin olduğunu ve bazı çalışmalarda evde olmanın önem verilen bir durum olduğu görülmüştür (263-265).

Ayrıca Şahin ve Büken araştırmalarında cinsiyet (kadın olmak), çocuk sahibi olmak ve ölüme yakın bir deneyime sahip olmanın iyi ölümün manevi ve psikososyal yönü ile ilgili boyutunda belirleyici etmenler olduğunu saptamışlardır (260). Schwartz (2003) kendi çalışmasında sosyal desteğin, manevi inançlara ve uygulamaya sahip olmanın, yaşlı ve kadın olmanın iyi ölümün psikososyal ve manevi boyutu ile anlamlı ilişkisi olduğunu bulmuştur (266). Kadın olmanın, ölüm düşüncesi sıklığının ve manevi inançlara sahip olmanın iyi ölümün psikososyal ve manevi boyutu ile anlamlı şekilde ilişkisi olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (267, 268). Ayrıca literatürde de iyi ölümler; yaş, gelir, medeni durum, ölümü düşünme sıklığı ve ölüme yakın deneyime sahip olma gibi değişkenlerin arasındaki ilişki farklılık göstermektedir (267-271). Örneğin Yao ve arkadaşları cinsiyet ve iyi ölüme ilişkin anlamlı bir ilişki saptamazken, Yun ve arkadaşları da eğitim düzeyi ile iyi ölüm arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Bu durumun farklı ülkelerdeki dini inanışların, yaşam şekillerinin, ekonomik refah seviyesinin, sağlık ve bakım imkanlarının çeşitliliğinin ve ölüme bakış açısının farklılığından kaynaklandığı söylenebilir (270). Örnek olarak Mori ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında Japonya’da yaşayan Japonlar ile Amerika’da yaşayan Japonlar ve Amerikalılar arasında iyi ölüm algısı arasındaki farklılıklar belirlenmeye çalışılmış; Japonya’da yaşayan Japonların diğer iki gruba göre iyi ölüm algısının %20 daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu da kültürün iyi ölüm algısına etkisini açıklamaktadır (271). Nasıl ki iyi ölüm düşüncesi ve iyi bir ölümün nasıl olması ile ilgili düşünceler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik verilerden etkileniyor ise yapılan çalışmalar göstermiştir ki yaşam sonu kararları ile ilgili tutumlar da bu değişkenlerden etkilenmektedir. Örneğin Hernandez ve ark.’nın (2014) aile hekimlerinin yaşam sonu kararları ve yetkilendirme bildirimisi konusunda düşüncelerini saptamak amacı ile yaptığı araştırmaya göre, ‘yetkilendirme bildirimisi’ konusundaki tutumun hekimler arasında homojen olmadığı, uzmanlık, deneyim ve inançlara bağlı olarak bu tutumun farklılaştığı tespit edilmiştir (272).

Peicius ve ark.’nın (2017) ‘ileri direktiflerin’ yaşam sonu kararlarına yardımcı olup olmadığını araştırdıkları çalışmalarında, katılımcıların algı ve değer alt boyutlarındaki açıklamalar için 1 en düşük, 5 en yüksek olacak şekilde puanlama

yapmaları istenmiş, algı ve değer alt boyutunda öne çıkan kavramların puan ortalamasına göre önceliğin sırası ile, zihnin verilen karardan dolayı huzurlu olması (2,9), verilen kararlarda özgürlük (2,54), acı çekmeme (2,52), son ana kadar yaşam kalitesi ile ilgili en iyi seçeneklerin değerlendirilmesi (2,56) olduğu; kadın katılımcıların değerler bölümüne verilen cevaplarında puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. İnanç ve uygulama alt boyutunda ise hastalığın başlangıcında yetkilendirme bildirimının yapılmasının verilecek kararlar için öncelikli olduğunu bulduklarını bildirmişlerdir. Sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu yetkilendirme bildiriminin hasta ile personel uyumunu artıracığını ve yaşam sonu uygulamalarını yapılandırmayı kolaylaştıracağını söylemiştir (251).

Bizim çalışmamızda da kadın katılımcıların algı alt boyutuna verdikleri cevap ortalamalarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Tablo 11), ayrıca katılımcıların hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için bekleyeceği, görüşmelerin hasta ve personel uyumunu kolaylaştıracağı sonucuna varılmış, sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda görüşmelerin yapılması gerekliliği, hasta ve yakınlarına karar için süre verilmesi gibi konuların önemi hekimler ve hemşireler tarafından yüksek puan almıştır (Tablo 9).

Wilkinson ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada, yoğun bakım üniteleri ile bu ünitelerin dışında gerçekleşen olaylar hakkında yaşam sonu desteği ile ilgili karar vermede değişkenlik bulunduğu, doktorların yaşı, ırkı, dini, riske karşı tutumları ve kişilik faktörlerinin, yaşamı sürdüren tedavileri sağlama veya sınırlama kararlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur, ancak bu faktörlerin hastanın sonucunu ne kadar etkilediği çalışmada belirsiz kalmıştır. Ayrıca karar vermede tutarsızlığın endişe verici sonuçlar doğurduğu ve hastaların değerlerinin bazen göz ardı edildiği saptanmıştır. Bununla birlikte çalışmada, hekimin kararlar üzerindeki etkisinin de, özellikle hasta değerlerinin belirsiz olduğu durumlarda kaçınılmaz olduğu, yaşam sonu bakımında hekimle ilgili tutum değişkenliği veya tutarsızlığın potansiyel olarak bir etik problem olduğu saptanmıştır (273).

Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışılan birim gibi faktörlerin yaşam sonu kararlarında önemli belirleyici faktörler olduğu ortaya çıkmış, alınan kararların hasta ve personel arasındaki belirsizliği ortadan kaldıracığına inanıldığı bulunmuştur.

Koku ve Ateş tarafından 2015 yılında hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme konusunda tutum ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada 250 hemşireye ulaşılmıştır. Hemşirelerin %88,8'inin görev yaptıkları bölümde ölümlerle karşılaştığı, %11,2'sinin ölüm ile karşılaşmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %62,8'i ölümü doğal bir durum olarak karşılarken, %16'sı ölüm ile birlikte acıların sona erdiğini düşünmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %58,8'i ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediğini ifade etmiş olup, bakım vermek isteyen hemşirelerin %46,9'u terminal dönemdeki hastanın kaliteli bakım alma hakkı olduğu ve bakım vermenin hemşirenin görevleri arasında olması nedeniyle bakım vermek istediklerini bildirmişlerdir. Bakım vermek istemeyen hemşirelerin ise büyük kısmının (%53,5) hasta ve yakınları ile ölüm konusunda ne konuşacağını bilmeme nedeniyle hasta ve yakınlarıyla iletişim kuramadığı ve yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, mesleki deneyim gibi değişkenlerin yaşam sonu bakım süreci konusundaki tutumu etkilediği saptanmıştır (274). Biz de çalışmamızda yaşam sonu kararları ile ilgili tutumun (algı, inanç ve uygulamalar), yaş (Tablo 10), cinsiyet (Tablo 11), medeni durum (Tablo 12), çocuk sahibi olma (Tablo 13), çalışma alanı (Tablo 16) değişkenlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilendiğini ($p \leq 0,05$); eğitim düzeyi (Tablo 14), meslek (Tablo 15), gelir düzeyi (Tablo 17) değişkenlerinin ise yaşam sonu kararları ile ilgili hekim ve hemşirelerin tutumlarında etkili olmadığını saptadık. Katılımcılarımızın hepsinin en az lisans düzeyinde eğitim almış olması, tamamının sağlık profesyoneli olması ve gelir durumunun mesleki yetkinlik ve tutumla çok da ilişkili olmaması araştırmamızdaki bu üç değişkenin yaşam sonu kararlarıyla ilişkili tutumun belirlenmesinde belirleyici değişkenler olmamasının nedeni olabilir. Bu yönü ile bakıldığında çalışmamızdaki bazı sosyo-demografik değişkenlerin yaşam sonu kararlarıyla ilgili tutumda etkili olması literatür ile de uyumludur.

Terzi (2018) tarafından gerçekleştirilen kanser tanılı hastalar ve hemşirelerin bakış açısıyla yaşam sonu dönem ve bakımı konulu çalışmada hastalar ve hemşirelerin genel olarak yaşam sonu dönem ve bakımı, ölümün yaklaştığı, ağrısız, fiziksel ve psikolojik gereksinimlerin arttığı, bakımda mutlaka ekip iş birliğinin gerekli olduğu bir dönem olarak belirttiği görülmüştür. Bunun yanı sıra hemşirelerin hastalara gerekli bakımı sağlamayı istemelerine rağmen, iş yükü fazlalığı nedeniyle bunu gerçekleştiremedikleri saptanmıştır (275). Ölüm; yaşam gibi hayatın içinde olan bir kavram olsa da onun hakkında pek fazla konuşmak istemeyiz. Görünen odur ki ölümle ilgili tüm kültür ve toplumlara uyacak bir tanımlama yapılamamaktadır (1). Ancak araştırma sonuçları da gösteriyor ki insanların son anlarını nasıl geçirmek istedikleri ile ilgili evrensel bulgular mevcuttur ve bunlardan en önemlisi 'ağrısız bir ölüm' dür (1). Efstathiou ve Walker (2014) tarafından yaşam sonu bakım sağlayan yoğun bakım hemşirelerinin deneyimlerini araştırmayı amaçlayan nitel çalışmada, hemşireler yaşam sonu dönemdeki bireylerin değerli olduklarının hissettirilmesi gerektiğini ve iletişimin önemli olduğunu, duygular ve belirsizliklerle başa çıkma konusunun ele alınması gerektiğini ve özellikle yaşamın son döneminde etkin ağrı yönetiminin önemli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (276). Ancak araştırma sonuçlarımıza baktığımızda, terminal dönemdeki hastalar için ağrı kontrolü konusunun sağlık profesyonelleri arasında sıklıkla konuşulup konuşulmadığını sorgulayan ölçek sorumuz ortalamanın altında ($2,08 \pm 0,9$) puan almıştır (Tablo 9). Bu durumun konuşulmuyor olması her ne kadar uygulamada yeri olmadığı ve hastaların acı çektiği anlamına gelmese de, 'ağrısız bir ölüm' isteği ile ilgili araştırma sonuçları, ağrı kontrolü ile ilgili uygulamaların gözden geçirilmesi ve bu konuda daha hassas olunması gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Bunların bilinmesi yaşam sonu karar verme süreci ile de yakından ilişkilidir. İnsan onuruna yakışan ve adil bir yaşam nasıl tüm insanlar için vazgeçilmez bir hak ise; yaşamın son dönemi ile ilgili kararlar ve iyi bir ölüm isteği de aynı oranda tüm insanlar için haktır.

Bu bağlamda yaşam sonu kararları ile ilgili mesleki bilgi ve tecrübelerinden istifade edilen hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararlar verme sürecindeki düşünceleri, engel olarak gördüğü durumlar, algı inanç ve uygulamalarının ne olduğu

ve nasıl şekillendiğini bilmek önemlidir. Konu ile ilgili alandaki literatürü incelediğimizde Periyakoil ve ark.'nın (2015) doktorların yaşam sonu kararlarını hastalarla tartışmasının önündeki engelleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmaya 1040 doktor katılmıştır. Katılımcıların %85,7'si hastalarla yaşam sonu kararları tartışmaları gerçekleştirmenin çok zor olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya göre doktorların yaşı, etnik kökeni ve uzmanlık alanı yaşam sonu kararları tartışmalarının önündeki engellere ilişkin algıları etkilemektedir ve ileri yaştaki, kötü prognoza sahip hastalarının yaşam sonu bakım ve tedavi tercihlerini tartışma konusunda daha açık fikirli olduklarını bildirdikleri saptanmıştır (277). Periyakoil ve ark.'nın (2016) kaliteli yaşam sonu bakımın önündeki engelleri belirlemek amacıyla 387 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada ise kişilerin kaliteli yaşam sonu bakım alma önündeki 6 temel engelden ilk ikisinin doktor davranışları ve doktor ile hastalar arasındaki iletişim eksikliği olduğu saptanmıştır (278).

Alaca ve ark.'nın (2011) yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması konulu çalışmasında 100 hasta ve 79 hemşire ile görüşme sağlanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre hastaların %50'si yoğun bakım ünitesinde yatmayı ölümlerle bağdaştırmakta, %69'u hemşirelerin kendilerini dinlemediğini, anlamadığını, konuşmadığını ve daha çok işlere yoğunlaştıklarını belirtmektedirler. Araştırmaya katılan hemşirelerin %59,5'inin ise yoğun bakım ünitesini hastanın durumunun ağır olmasıyla bağdaştırdıklarını, %84,8'inin hastalara yardımcı olabildiklerini düşündüklerini belirttiği görülmüştür (279).

Iglesias ve ark.'nın (2013) yoğun bakım ünitelerinde ölmekte olan hastalara yaşam sonu bakım vermenin önündeki engeller ve yararlı davranışlar konulu çalışmasında yaşam sonu bakımın zorlu ve yoğun bakım hemşireleri için önemli bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir. Çalışmada yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakımı zor olsa da hemşireler, ailelerin prognozu kabul etmemesi, verilecek kararlar ile ilgili çekimser olmaları veya hekimlerin aile ile iletişimden kaçınmasının daha zor olduğunu bildirmiştir (280).

Sadler ve ark.'nın (2014) yaşam sonu kararları ve bakımın kalitesine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada odaklanılması gereken noktanın sağlık profesyonelleri-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi olduğu vurgusu yapılmıştır (281).

Festic ve ark.'nın (2010) yoğun bakım ünitesinde yaşam sonu bakımını iyileştirmek için algılanan engelleri, destekleri ve değişiklikleri belirlemek ve doktorların algılarını hemşirelerin algılarıyla karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmada tüm katılımcıların %34'ü doktorları bu süreçteki en büyük engel olarak tanımlamış olup, %33'ü hemşireleri kaliteli yaşam sonu bakımı için en güçlü destek olarak kabul etmiştir. Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin iyileştirilmesinin, katılımcıların %30'u tarafından yaşam sonu bakımı iyileştirmek, yaşam sonu kararları konusunda tercihleri belirlemek için en çok ihtiyaç duyulan konu olduğu saptanmıştır (282).

Pattison ve ark.'nın (2013) 27 sağlık profesyoneli ile gerçekleştirdiği nitel çalışmada, yaşam sonu karar verme sürecinde doğru adımların atılması ve iyi ölümün; doğru ve etkili bir iletişim, istenilen (hasta ya da onun adına karar veren kişi tarafından) yaşam sonu bakım uygulamalarını gerçekleştirme, hastanın saygınlık ve onurunu koruma ve hastanın konforunu sağlama ile doğru orantılı olduğu belirlenmiştir (283).

Dong ve ark.'nın (2016) terminal dönemdeki hastalara bakım sağlayan doktor ve hemşirelerin deneyimlerini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hemşirelerin ölmekte olan hastaların fiziksel rahatlığı ve isteklerinin yerine getirilmesi ile daha fazla ilgilenirken, doktorların hasta haklarına ve semptom yönetimine odaklandıkları tespit edilmiştir (284).

Lind ve ark.'nın (2012) yoğun bakım ünitesindeki hasta yakınlarının, yaşam sonu karar verme süreçlerinde hemşirelerin rolünü inceleyen nitel çalışmada ölen 21 hastanın toplamda 27 yakını ile görüşme sağlanmıştır. Çalışma neticesinde hemşirelerin yaşam sonuna ilişkin tıbbi karar verme sürecinde hasta yakınlarına karşı

merhametli davrandıkları ancak hasta yakınları ile hemşireler arasındaki iletişimin istenen düzeyde olmadığı belirlenmiştir (285).

Almack ve ark.'nın (2012) yapmış olduğu nitel çalışmanın sonucunda sağlık profesyonellerinin yaşam sonu dönemdeki hastayla ilgili bakım planlaması yapmak üzere uygun zamanı bekledikleri ve bu dönemdeki hastalarla iletişim kurma hususunda zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık profesyonellerinin yaşam sonu bakıma ilişkin tartışmaları başlatma noktasında hastadan aldıkları ipuçları ve sezgileri ile hareket ettikleri saptanmıştır (286).

Warnock ve ark.'nın 2010 yılında hastalara kötü haber verme sürecinde hemşirelerin rolünü belirlemeye yönelik 236 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada hemşirelerin vücut dilini, bilhassa yüz ifadelerini kontrol edememe sebebi ile hastaların tedavi sürecinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (287).

Croxon ve ark.'nın (2018) yılında yeni mezun hemşireler ile gerçekleştirdiği çalışmada yaşam sonu döneme ilişkin hemşirelerin en fazla zorlukla karşılaştıkları noktaların hastanın aile üyeleri ile birlikte olma ve hasta yakınlarıyla ölüm hakkında konuşma yapmak olduğu saptanmış olup hemşirelerin bu konuda desteklenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (288).

Hussin ve ark.'nın (2018) yılında hemşirelerin yaşam sonu bakımının önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar hakkındaki algılarını anlamak ve bunların yaşam sonu bakımının kalitesi ile olan ilişkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmaya 553 hemşire dahil edilmiştir. Çalışmada yaşam sonu bakım önündeki temel engelin sıkıntılı aile üyeleri ile uğraşmak olduğu tespit edilmiştir (289).

Şener (2017) tarafından acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği nitel çalışmada 17 acil hemşiresi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Çalışmada acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen en önemli engelleyici davranışın hemşirelerin öfkeli aile üyeleri ile başa çıkmak zorunda olması, en önemli destekleyici davranışın ise sağlık personelinin (acil tıp teknisyeni, anestezi teknisyeni, paramedik) ölüme yaklaşmakta olan hastanın resüsitasyon işlemine yardım etmesi olarak belirlenmiştir (290).

Noome ve ark.'nın 2017 yılında hemşirelerinin, yoğun bakım ünitesindeki yaşam sonu bakımının manevi yönleriyle ilgili rol ve sorumluluklarını, rahiplerin bakış açısıyla incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışma kapsamında 270 rahip ile görüşme sağlanmıştır. Çalışma sonucunda yaşam sonu bakım hizmetinin kalitesini artırmak adına multidisipliner bir ekibin gerekli olduğu ve ekip üyelerinin birbirleri ile iletişim halinde olması ve hasta/hasta adına karar verecek kişiyi bu ekibin dışında bırakmamak gerektiği saptanmıştır (291).

Kisorio ve Langley (2016) yılında yoğun bakım hemşirelerinin yetişkin yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakım deneyimlerini ve uygulamalarını araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, ölmekte olan hastalar ve ailelerinin sürekli olarak desteklenmesi gerekirken, yaşam sonu bakımını mümkün olan en iyi şekilde sunmaya devam etmeleri için yoğun bakım hemşirelerinin desteklenmesi gerektiğini vurgulanmıştır (240).

Braun ve ark.'nın (2010) 147 hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin, ölmekte olan hastaların bakımına karşı olumlu tutumlar sergilediği, sergilenen tutumların, ölümden kaçınma, ölüm korkusu ve ölümü kabullenmeye yaklaşma ile önemli ölçüde negatif ilişkili olduğu görülmüştür (292).

Albers ve ark.'nın 2014 yılında hemşirelerin yaşam sonu kararlarına katılım ve bu süreçteki rollerine ilişkin tutumlarını araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada 587 katılımcının %58'i tedaviyi durdurma kararlarının ilgili hemşirelerle tartışılması gerektiğini, %64'ü hastaların doktorlardan çok hemşirelerle konuşacağına inandığını, %72'si doktorların genellikle hemşirelerin görüşlerini dinlemeye hazır olduğunu düşündükleri saptanmıştır (293).

Borhani ve ark.'nın (2014) çalışmada yaşam sonu bakım alan ve sağlık personeli ile iyi bir iletişime sahip olduğunu düşünen hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun iyimser ve umutlu olduğu, yıllarca bitkisel hayat sürdürebilecek olmasına karşın hastalarının solunum makinelerinden ayrılmasını doğru bulmadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada ailelerin yaşam sonu bakım uygulamalarına ilişkin gerçekçi olmayan yüksek beklentilerinin hemşireler için, yaşam

sonu bakım konusunda bir engel oluşturduğu, hemşirelerde stres ve ikileme neden olduğu belirlenmiştir (294).

Ranse ve ark.'nın (2012) yoğun bakım ortamında yaşam sonu kararları ve bakım konulu çalışmasında yoğun bakımın hemşireler için belirsizlikle dolu stresli bir çalışma ortamı olduğu, yaşam sonu bakım sağlayan hemşirelere yönelik sınırlı duygusal ve örgütsel desteğin, hastalara ve ailelerine sağlanan bakım ve hemşirelerin yaşam sonu karar verme sürecindeki stresle baş etmelerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada bu zorlukların yanı sıra hemşirelerin hastalar ve aileleri için yaşam sonu deneyimlerini kolaylaştırmada ve hasta yakınlarının tıbbi konulardaki karar süreçlerinde çok önemli bir rol oynadığı saptanmıştır (295).

Langley ve ark.'nın (2014) Güney Afrikalı yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımına ilişkin deneyimlerini ve algılarını araştırmak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmaya 100 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin %76'sı hastaların yaşam sonu bakımı ile sürekli ilgilendiğini belirtirken, yaşam sonu bakım sürecine doğrudan katıldığını bildiren katılımcıların sadece küçük bir kısmı (%29) yaşam sonu kararlarına ilişkin tıbbi karar verme sürecine katıldıklarını belirtmiştir (296).

Dean ve ark.'nın (2010) İskoç yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararları ve bakım konulu çalışmasında, yaşam sonu dönemdeki hastalar için ortak bir bakım yolunun oluşturulmasının, bu aşamadaki hastalarla iletişimde belirlenecek standartların ve görüşmeleri başlatacak kişilere verilecek olan yetkilerin belirlenmesinin her birimde kaliteli yaşam sonu bakımı hizmetini sunulmasını kolaylaştıracağı sonucuna ulaşılmıştır (297).

Gaeeni ve ark.'nın (2014) yoğun bakım ünitesindeki hastaların, sağlık personelinin bilgi desteğine ilişkin bakış açılarını incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarla ilgili bilgilere erişimin, bu tür hastaların aile üyelerinin en önemli ihtiyaçlarından biri olduğunu vurgulamıştır. Ailelere bilgi sağlamak, yaşam sonu bakım sağlayan sağlık profesyonelleri için de önemli bir hedefdir. Bu bulgular, yoğun bakımda hastaları olan

aileler ve sağlık personeli açısından bilgi desteğinin değerli bir konu olduğunu göstermiştir (298).

Araştırma sonuçlarımıza baktığımızda ülkemizdeki hekim ve hemşirelerin, hastaların ve ailelerin yaşam sonu kararları konusunda güncel tartişmalara dahil edilmesi ile ilgili verdikleri cevapların puan ortalamaları (2,91±1,02) ve sağlık çalışanlarının hastalara ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri ile ilgili yeterli bilgi sağladıklarını düşünmeleriyle ilgili verdikleri cevapların puan ortalaması (3,43±1,07), ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bu da bize ülkemizde hekim ve hemşirelerin, hasta ve yakınlarına, yaşam sonu kararları ile ilgili yeterli bilgilendirmeleri yaptıklarını düşündüklerini göstermektedir.

Sprung ve ark.'nın (2007) Avrupalıların yaşam sonu kararlarıyla ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırma ek Cumhuriyeti, İsrail, Hollanda, Portekiz, İsveç ve Birleşik Krallık 'ta yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor, hemşire ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta ve hasta yakınları ile gerçekleştirilmiştir. 1899 kişi ile gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre doktorların %6'sı, hemşirelerin %9'u hastaların %40'ı ve ailelerin %32'si her koşulda mevcut tüm araçlarla hayatlarının mümkün olduğu kadar uzatılmasını istediklerini bildirmişlerdir. Kendi hayatları ile ilgili yaşam sonu kararları için yaşam kalitesinin mi, yaşam süresinin mi daha önemli olduğuna ilişkin soruya doktorların %88'i, hemşirelerin %87'i, hastaların %51'i ve hasta yakınlarının %63' yaşam kalitesinin daha önemli olduğu cevabını vermiştir. Sağlık alışanlarının hastaları için yaşam kalitesinin mi, yaşam süresinin mi önemli olduğuna ilişkin soruda doktorların %69'u, hemşirelerin %65'i yaşam kalitesinin daha önemli olduğunu bildirmiştir. lmcl bir hastalık teşhisi konulması halinde, sağlık profesyonelleri, hastalara ve ailelerine (sırasıyla %58, %49, %44) göre daha az yoğun bakım ünitesine yatış, yapay solunum cihazı ve ventilatör kullanımı (sırasıyla %21, %8, %10) istemişlerdir. Hastaların %58'i, ailelerin %48'i, doktorların %79'u ve hemşirelerin %61'i terminal dönemlerini evde veya bakımevinde geçirmeyi tercih ettiklerini bildirmiştir. Ancak çalışmada katılımcıların bu isteklerini beyan ettikleri herhangi bir belge doldurup doldurmadıkları ya da bunu düşünüp düşünmedikleri sorgulanmamıştır (299).

Keating ve ark.'nın (2010), 4074 hekimin katıldığı çalışmalarında, hekimlerin %56'sının ölümcül bir hastalığı olsa da hastaları kendilerini iyi hissettiği sürece onlarla yaşam sonu kararlarını tartışmayacaklarını, bunun yerine semptomları bekleyeceklerini veya daha fazla tedavi seçeneği sunamayacakları anda bu durumu konuşabileceklerini bildirmişlerdir. Hekimlerin %15'i ise sadece hastanın kendi ya da ailesi bu konuyu konuşmak istedikleri zaman konuşacaklarını bildirmiştir (300).

Bizim çalışmamızda ise hasta ve ailelere yaşam sonu kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verileceği, hekim ve hemşirelerin hasta ya da ailesi ile görüşmelere başlamak için bekleyeceği şıkları ortalamanın üzerinde puanlandırılmıştır. Ayrıca yaşam sonu tedavi ve bakım tercihlerini aile ya da bir yakını ile görüşme oranının araştırmamıza katılan hekimlerde %27,6, hemşirelerde %40 olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde İyilikçi ve ark. (2004) tarafından, Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği üyelerine gönderilen anketlerde yaşam sonu kararlarına ait hekim tutumları değerlendirilmiş, tedaviyi durdurma ya da kesme eğilimleri ve pratikleri araştırılmıştır. Araştırmaya 369 hekim katılmış olup hekimlerin %90'ı Müslüman olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hekimlerin %66'sı yazılı veya sözlü olarak Kardiyopulmoner Resüsitasyon yapmama isteklerine uyduğunu belirtmiştir. Bu girişimi yapmama ile ilgili olarak doktorların daha öncesinde %14,4'ünün konuyu hastanın ailesi ile, %1,2'sinin hastayla, %82,7'sinin meslektaşlarıyla tartışıp karar verdiği saptanmıştır. Hekimlere, hastanın ailesi tedaviyi durdurma veya kesme isteğinde bulunur ise ne yapacakları da sorulmuş olup, %57,9'sinin tam desteğe devam edeceğini, %37,4'ünün tedaviyi durduracağını, %3,3'ü tedaviyi keseceğini ve %1,4 doktor, morfin benzeri ilaçlar vererek hastanın ölümüne izin vereceğini bildirdiği görülmüştür. Hastanın ailesinin prognoz ne olursa olsun tam destek sağlanmasını istedikleri durumda ise, doktorların %85,2'sinin tam desteğe devam edeceğini, %14'ünün tedaviyi durduracağını, %0,8'inin gerekli görür ise tedaviyi keseceğini bildirdiği saptanmıştır. Katılımcılara hastanın iyileşme şansı olmadığına ne yapacakları sorulduğunda %68,3'ünün minimal destek sağlamaya devam edeceğini, %8,7'sinin tedaviyi keseceğini, %22,9'unun ise tam destek sağlamaya devam edeceklerini bildirdikleri saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre hekimlerin %59'u

yaşam sonu kararlarının mutlaka duruma göre hasta, hasta yakınları, hastane etik kurulu ve sorumlu doktorun ortak kararı ile verilmesi gerektiğini ve %94'ünün Kardiyopulmoner Resüsitasyon yapmama emri veren doktorların yargılanmamaları gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (301). Yine ülkemizde Odabaşı ve Büken'in (2013) Türkiye'deki hekimlerin yaşamın sonunda karar verme süreçlerindeki tutumlarını değerlendirmek ve sonuçları Amerika Birleşik Devletleri, Japonya ve Suudi Arabistan hekimlerinin tutumlarıyla karşılaştırılarak kültürlerarası karşılaştırma yaptıkları çalışma da oldukça dikkat çekicidir. Çalışmada yaşamın son dönemi ile ilgili birbirinden farklı üç senaryoya hekimlerin verdikleri cevaplar karşılaştırılmıştır, buna göre bilgilendirme konulu senaryoda ülkelerarası dağılıma bakıldığında yakınlarından önce hastanın hastalığı ile ilgili bilgilendirilmesi gerekliliğini Amerikalı hekimlerin öncelediği, Türkiye ve Suudi Arabistanlı hekimler için bu oranların birbirine yakın olmakla birlikte Batıya ulaşamadığı, Japonya'da ise oldukça düşük oranda hekimin hastanın tanısının hasta yakınlarına söylenip söylenmeme kararını hastaya bıraktığı görülmektedir (139). Bilgilendirme ile ilgili olarak araştırma sonuçlarımıza baktığımızda, katılımcıların hastalara yaşam sonu tedavi ve bakım konusunda bilgilendirme yapıldığı ve hastaların verilen bu bilgileri anladığını düşündükleri şeklindeki cevaplar ortalamanın üzerinde puan almıştır (Tablo 9).

Genel olarak baktığımızda algı, inanç ve uygulamaların, hekim ve hemşireler için yaşam sonu kararları ile ilgili tutumun belirleyici etmenleri olduğunu söylesek de buna ilaveten yoğun bakım çalışanlarının tıbbi kaynakların adil şekilde paylaşılması, yaşam desteğine hangi hastanın daha fazla gereksinim duyduğuna karar vermek ve bu bağlamda sosyal adalet ilkesini uygulamadaki zorluk gibi nedenlerden dolayı kaygı duydukları ve bazen çekimser kaldıkları söylenebilir. Bununla ilgili olarak, Eşer ve ark.'nın (2018) yapmış olduğu yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşleri konulu çalışmasında hemşirelerin %68'i yararsız tedavi uygulamasının yapılmasını uygun bulmadıklarını, %64'ünün uygulamaları sırasında etik ikilem yaşadıklarını ve etik ikilem yaşayan hemşirelerin %70,8'inin yaşadıkları etik ikilem sorununu çözemediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğu tarafından yoğun bakım ünitelerinde hastalara yararsız tedavi

uygulandığını ve uygulanan bu tedavinin yapılmaması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır. Ayrıca çalışmaya göre hemşireler, doktorların karar verdiği tıbben yararsız/nafile tedavi uygulamalarının yapılmasının, etik ikilem yaşamalarına neden olduğunu ifade etmektedirler (302).

Benzer olarak, Palda ve ark.'nın (2005) 'Boşuna/ nafile tedavileri yapıyor muyuz?' başlıklı çalışmasında bu soruyu 'Evet' olarak yanıtlayan hekim ve hemşirelerin oranının %72 olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %95'inin, yoğun bakım hekimlerinin %87'sinin çalışmış olduğu yoğun bakım ünitelerinde nafile tedavi sağlandığını bildirdiği saptanmıştır. Boşuna/nafile tedavi ve bakım sağlamak için en sık belirtilen nedenler ise, aile talebi ve doktor talebi olarak sıralanmış, doktorların en çok, prognostik belirsizlik, yasal baskılar, ölümün tedavi başarısızlığı olarak algılanması nedenlerinden dolayı nafile bakım sağladığını belirttikleri saptanmıştır (303).

Bu bağlamda araştırma sonuçlarımıza baktığımızda literatür ile uyumlu olduğu, ülkemizde de hekim ve hemşirelerin nafile/boşuna tedavi seçeneklerinin hasta veya yakınlarına sunulduğunu düşündükleri saptanmıştır (Tablo 9). Bu yönü ile Özışık ve Topeli'nin (2014) yoğun bakım çalışanlarının yaşadığı kaygı ve çelişkileri tanımladığı çalışmaları konuyu özetler niteliktedir. Çalışmaya göre ; *“ yoğun bakıma yatış zorluğu, her zaman uygun hasta yatıramama, bekleyen diğer hastalar, primer doktor ile görüş ayrılığı, konsültan diğer bölüm ve hekimlerin yaşam sonu kararlarına ilgisizliği, hasta yakınlarının beklentilerinin fazla olması, hastanın durumu nedeniyle çoğu zaman hastayla konuşulamaması, hastanın bilinci açık olmasına rağmen hasta yakınlarından onam alınmasının daha kolay gelmesi, birlikte çalışılan hemşireler ve diğer doktorların düşüncelerinin belli olmaması, hastaya “futile” (boşuna tedavi) vermenin rahatsızlığı, ek komplikasyonlar oluşması, hastane enfeksiyon oranlarında artışla birlikte diğer hastalarda enfeksiyon gelişmesi, yasal sorunlar ve belirsizlikler, Sağlık Güvenlik Kurumu politikaları ve artan maliyet, terminal hale gelen hastaya yaşam desteğinin kısıtlanamaması, ölümün tedavi başarısızlığı olarak algılanması”* yoğun bakım çalışanlarının yaşadıkları kaygı ve çelişkilerden bazılarıdır. Aslında bu kaygı ve çelişkilerin özünde yaşam sonu kararları ile ilgili farkındalık olmaması, yoğun

bakım hastalarının genel durumunda dalgalanma, tıp mesleğinde halen paternalistik yaklaşımın egemen olması, palyatif bakım ile ilgili, yoğun bakım çalışanlarının tedavi bilgisi ve becerilerinde eksiklik, etik ilkeler hakkında bilgi eksikliği ve yasal kaygıların yattığı söylenebilir (304).

Hekimlerin yetişmiş oldukları toplum, inançları ve değerleri gibi kültürel öğeler çeşitli etik ikilemler karşısında tutumunu etkileyebilir. Modern tıbbi uygulamada temel karar vericinin hasta olması, karar öncesinde hastalığıyla ilgili her türlü bilginin kendisine verilmesi ve bu bilgi temelinde onamının alınması gerekmektedir. Ülkemizdeki uygulamalarda gözlemsel olarak sürecin böyle işlemediği görüldüğünden mevcut durumun araştırma verileriyle ortaya konması ve ilgili ortamlarda bu verilerin tartışılması, arzu edilen değişimin gerçekleştirilmesi açısından önemlidir. Özellikle gerçeği söyleme ve aydınlatılmış onam ilkeleri sağlık personelinde kültürel uygunlukla birleştirildiğinde hastaların yaşamın sonunda olgun kararlar almasını destekleyecek ve uygun sağlık hizmetinin sunulmasını kolaylaştıracaktır (305).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşam sonu diye adlandırdığımız süreçte hasta ve ailesi için en büyük destek ve süreçle ilgili bilgi alabilecekleri kişiler hastaya bakım veren hemşireler ve tıbbi uygulamalar hakkında karar verici olan hekimlerdir. O nedenle bu sürecin önemli bir parçası olan hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları ile ilgili tutumları ve düşünceleri hem bakımın planlanması, hem de hasta yakınları ile bu sürecin en doğru şekilde yönetilmesinde önemlidir. Bu bilgiler çerçevesinde planladığımız, Türkiye’de hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları hakkındaki tutumlarını incelediğimiz çalışmamızın, tezin bulgular bölümünde ayrıntılı olarak paylaştığımız ve bu bölümde özetleyeceğimiz sonuçlarını aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz;

1. Katılımcıların %51,7’si (n=450) hekim, %48,3’ü (n=420) hemşirelerden oluşmaktadır ve %18,4 oranı ile en fazla 30-34 yaş grubundaki bireylerin araştırmaya katıldığı, katılımcıların %70,6’sının kadın olduğu, evli katılımcıların oransal olarak en fazla sayıda olduğu (%72), çocuk sahibi olanların oranın %66,9 olduğu, lisans düzeyi altında eğitim alan katılımcı olmadığı, hekimlerde uzmanlık, hemşirelerde ise lisans eğitimi almış olma oranlarının daha yüksek olduğu, katılımcıların çoğunluğunun dahili tıp bilimleri alanında çalıştığı (%65,8) ve orta gelir düzeyine (gelir gidere eşit) sahip olduğu saptanmıştır.
2. Katılımcıların %45,1’inin mezuniyet sonrası etik ile ilgili herhangi bir eğitime katıldığı, %26,4’ünün hastanın kendi kararını kendisinin vermesi konusunu içeren bir kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldığı, %40,7’sinin değerler, etik ya da ahlaki gelişim konularını içeren kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldığı, %81,1’inin hayati tehlike geçiren ya da ölümcül hastalığı olan aile üyesi ya da yakın bir arkadaşının olduğu ve bu katılımcıların %53,6’sının bu yaşamı tehdit eden deneyim ya da ölümcül hastalık deneyiminin, kendisinin yaşam ve ölümle ilgili inanışlarını, değerlerini ve davranışlarını değiştirdiğini belirttiği görülmüştür.

3. Katılımcıların %51,1'i yaşamı tehdit eden olayla ya da ölümcül hastalıkla ilgili kişisel deneyimlerinin, hastalarla ve aileleriyle ilgili yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki tartışmalara yaklaşım biçimini değiştirdiğini, %39,8'inin yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerini ailesi ile tartıştığı saptanmıştır.
4. Katılımcıların %33,1'inin kendisi için, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğini kaybettiğinde, kendileri adına tıbbi karar verebilecek kişiyi belirlediği, yetkilendirme bildirimini hazırlamayı düşündüğünü bildirmiştir. Ancak kendisi için yetkilendirme bildirimini dolduran/hazırlayan katılımcıların oranının %2,3 olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan aile üyelerinin yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerini bilenlerin oranı ise %33,6'dır.
5. Katılımcıların ailesinden herhangi birinin, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğini kaybettiğinde, onun adına tıbbi kararları verebilecek kişiyi belirlediği bir yetkilendirme bildirimini dolduran/hazırlayanların oranının %0,5, kendisi için yaşayan vasiyet bırakmayı düşünenlerin oranının ise %71,3 olduğu, katılımcıların ailelerinden herhangi birinin yaşayan vasiyet doldurma/hazırlama oranının ise %3 olduğu saptanmıştır.
6. Katılımcıların kendisi için tıbbi vekaletname verme oranları %1,6 iken, kendisi için 'tıbbi vekaletname' hazırlamayı düşünenlerin oranının %61,6 olduğu, vekalet verecek olsa %84,8'inin aileden birini vekil olarak tayin edeceği, katılımcıların aile üyelerinden tıbbi vekaletname veren/hazırlayanların oranının %2,0 olduğu bulunmuştur.
7. Katılımcıların %24,9'unun yaşam desteği ile ilgili uygulamalara tıbben faydasız/nafile olduğu gerekçesiyle hiç başlamamakla, başladıktan sonra fayda görülmediği için yaşam desteğini kesmek arasında etik açıdan bir fark olmadığını düşündüğü, %46,7'sinin hastalarla ya da hasta aileleriyle yaşam sonu bakım kararları hakkında bir görüşme başlattığı, %80,7 oranında katılımcının bu görüşmeleri 10'dan daha az

kere başlattığı, %83,2'sinin yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğini artıracığını düşündüğü, yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğini artıracığını düşünen katılımcıların ise %61,6 oranında bu eğitimlerin mesleki eğitimin tüm süreçlerinde verilmesi gerektiğini, yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmelerini kimin başlatması gerektiği ile ilgili olarak, %43,7 oranında bu görüşmeleri hekimin, %41.8 oranında hastanın kendisinin başlatması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır.

8. Katılımcıların sağlık çalışanlarının hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağladıklarını düşündükleri (3,43±1,07), hastalar ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahat oldukları (3,13±1,11) ve terminal dönem hastalarının ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahip olduklarını düşündükleri (3,13±0,98), ancak; yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmelerinin, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırmadığını (1,95±0,70), hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanmadıkları (1,95±0,86) ve terminal dönemde olmasalar bile tüm hastaların, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahip olması görüşüne katılmadıkları (1,99±0,98) saptanmıştır.
9. Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma değişkenlerinin yaşam sonu kararları konusundaki algı, inanç ve uygulamalar açısından önemli ve istatistiksel olarak anlamlı sosyo-demografik değişkenler olduğu ($p \leq 0.05$); eğitim, mesleki faktör, çalışılan birim, gelir düzeyi değişkenlerinin ise yaşam sonu kararlarında algı, inanç ve uygulamalar açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın

olmadığı ($p \geq 0.05$) değişkenler olduğu, bu sonuçlara göre H0, H3, H5, H7, H9, H10, H12, H14, H16 hipotezlerinin doğrulandığı saptanmıştır.

Yapmış olduğumuz araştırma sonuçlarımıza ilişkin öneriler, aşağıda bölümler halinde sunulmuştur.

6.1. Konu ile ilgili eğitimler

Sürekli Mesleki Gelişim Bağlamında meslek içi eğitimler ya da lisans üstü ve uzmanlık eğitimlerinde konu ile ilgili yapılandırılmış bilgi/beceri/tutum içeren dersler:

Hem yapmış olduğumuz araştırma sonuçlarımız hem de konu ile ilgili literatür bilgileri yaşam sonu kararları sürecinde sağlık personelinin ciddi bir eğitim gereksinimini ortaya koymaktadır. Sağlık personellerine lisans, yüksek lisans ve uzmanlık eğitimi süreçlerinde yaşam sonu kararları ve palyatif bakım eğitimleri ile birlikte, ölüm süreci ile ilgili eğitimlerin yapılması, ayrıca bu eğitimlerin çalışılan birimlerde hizmet içi eğitimin bir parçası olarak verilmesi ve tekrar edilmesi, sürdürülebilir olması önemli bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Her ne kadar sağlık personelleri, sağlık, bakım ve hastalıklar ile ilgili yeterli derecede eğitim alıyor ve bu konuları hasta ve hasta yakınları ile kolaylıkla konuşabiliyor olsalar da, yaşamın sonu ve ölüm sürecinde hasta ve hasta yakınları ile iletişimde birtakım zorluklar yaşadıkları görülmekte ve bu bilgi hem araştırma sonuçlarımız hem de konu ile ilgili literatür bilgisi ile desteklenmektedir. Bu nedenle gereksinim duyulan, yaşam sonu kararları sürecinde hasta ve yakınları ile iletişim ve iletişim becerileri temelli eğitimlerin sürekli ve düzenli olarak planlanması gerekmektedir.

Palyatif bakım birimleri ve yoğun bakımlar yaşam sonu kararlarının en sık gündeme geldiği birimlerdir. Özellikle bu birimlerde çalışan sağlık personelleri için palyatif bakım süreci ve yaşam sonu kararları ile ilgili yön gösterici kılavuzların olması sürecin yönetimini kolaylaştırabilir. Daha önce yaşanan vakalar konusunda, vaka tartışmalarının yapılması ve eğitimlerin geçmiş süreçlerdeki gerçek olaylar üzerinden planlanması, yapılan doğru ve yanlış uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi, benzer olaylarda nasıl bir yol izlenmesi gerektiği konusunda sağlık personeline ışık

tutacaktır. Genç ve meslekte yeni olan personelin eğitim ihtiyacının daha fazla olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle deneyimlerin paylaşılacağı gruplar, klinikte uzun süredir çalışan deneyimli personelin bilgi ve tecrübelerini paylaşması ve birer rol model olması, bilgi eksikliği ve deneyimsizliğin neden olduğu yanlış uygulamaların en aza indirilmesini sağlayabilir. Yaşam sonu kararları ve ölmekte olan hasta ile ilgili verilecek kararlar elbette yaşamı tehdit etmeyen sağlık problemlerini konuşmak kadar kolay olmayacaktır. Bu nedenle özellikle yapmış oldukları iş ve çalışmış oldukları birimin özelliği gereği yaşam sonu kararları ile ilgili diyaloglara daha çok maruz kalan sağlık personelleri için iletişim becerilerinin geliştirilmesini sağlayacak özel eğitimler verilebilir. Eğitimlerin planlanması ve sürdürülebilir olması için bu eğitimlerin yerinde verilmesi önemlidir. Ayrıca yaşam sonu kararları ile ilgili hasta yakınlarının sürece dahil edilmesi ve ortak kararların alınabilmesi için yapılacak görüşmelerin uygun bir ortamda yapılması süreç açısından önemlidir. Bu nedenle yoğun bakımlar ve palyatif bakım birimlerinin ihtiyaçlara göre uygun şekilde tasarlanmış olmasına (eğitim ve görüşme odalarının planlara dahil edilmesi) dikkat edilmelidir. Bu eğitimlerin içerisinde İslam felsefesi uzmanları, teologlar ya da din psikolojisi uzmanları tarafından verilmesi gereken manevi ve spiritüel ihtiyaçlar konusunda bilgilendirmeler, ailenin hastanın kötü prognozunu kabullenme süreci, kötü haber verme, ailelerin yaşam sonu ve ilgili kavramları anlaması ve kabul etmesi, aile ve sağlık personelleri açısından yaşam sonu kararları süreci ile ilgili hukuki ayrıntılar, çalışılan toplumun kültürel kimliği ve kültürel özellikleri ile ilgili bilgilendirmeler olmalıdır. Tüm süreçlerin doğru işlemesi için yeterli sayıda personel ile çalışabilme ve eğitim gereksinimlerinin doğru belirlenmesi açısından, yaşam sonu kararları hakkındaki bilgi düzeyi, hasta, hasta yakınları, sağlık sistemi ve yaşam sonu kararları süreci ile ilgili bariyerler konusunda araştırmaların yapılması, gereksinimlerin bu araştırma sonuçlarına göre belirlenmesi ve yapılacak olan uygulamaların desteklenmesi önemlidir.

6.2. Yetkilendirme Bildirimleri' nin uygulamaya koyulması

Eğitim gereksiniminden sonra ikinci en önemli konu yetkilendirme bildirimini konusundaki engeller olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma sonuçlarımız göstermiştir ki her ne kadar yetkilendirme bildirimlerinin önemli olduğu düşünülse de bu düşünceyi uygulamaya dönüştüren ve yetkilendirme bildirimini dolduran hekim ve hemşire sayısı dahi oldukça azdır. Bu durumun tartışma bölümünde de bahsettiğimiz; yetkilendirme bildirimini ne olduğunu hiç bilmeme, bunun için çok genç olduğunu düşünme gibi nedenleri olsa da yetkilendirme bildirimini ile ilgili de birçok engelin bulunması yaşam sonu kararları sürecini olumsuz etkileyebilecektir. Bu nedenle **'yaşam sonu kararları sürecinde yetkilendirme bildirimini ile ilgili engeller'** i sınıflandırmak, bu süreçte karşılaştığımız güçlüklerle ilgili fikir sahibi olmamız açısından önemlidir. Buna göre;

1. Hasta temelli engeller

- Hastanın daha önce yetkilendirme bildirimini vermemiş olması,
- Gerekli görüldüğünde aile ya da sağlık personeli tarafından yetkilendirme bildirimine ulaşamıyor olunması,
- Yaşam sonu kararları ile ilgili fikirlerin/arzuların zaman içinde değişebilmesi,
- Karar verme yeterliliğini bozan hastalıklarda hastanın kararlarının tartışılabilirliği,
- Yaşam sonu kararlar sürecindeki istekler konusundaki belirsizlik,
- Durum hakkında yeterli bilgi sahibi olmadan ya da ciddi stres altında iken yetkilendirme bildirimini hazırlamak,

2. Hizmet Sağlayıcı Temelli Engeller

- Hastanın durumunun akut ve acil olması nedeniyle zaman eksikliği, sağlık personelinin iş yükünün fazla olması, uygun olmayan ortam vb. nedenlerden dolayı hasta ile ya da kendisi karar veremeyecek durumda olan hastalar için hasta yakınları ile isteklerin yeterince tartışılmaması,

- Yaşamının son dönemindeki hasta için yapılması istenen bazı tıbbi uygulamaların geri ödemesi ile ilgili sağlık ekonomisi ve geri ödeme sistemindeki problemler,
- Bilgi birikiminin eksikliği,
- Hasta ve sağlık personelleri ya da hasta yakını ve sağlık personelleri arasındaki etik ikilemler ve değer çatışmaları,
- Yaşam sonu kararları çerçevesinde yapılması istenen ya da istenmeyen uygulamalar konusunda, o anda ya da sonrasında ortaya çıkabilecek hukuki yükümlülüklerden çekinme,
- Yetkilendirme bildiriminin özneliğindeki eksiklikler,
- Bazı hastalıkların doğal gidişatındaki belirsizlik nedeni ile hasta ya da yakınları tarafından yapılması istenen ya da istenmeyen tıbbi girişimlerin sorgulanabilir olması,

3. Vekil temelli engeller

- Vekilin ve hastanın değerlerinin çatışması,
- Vekilin hastayla konu hakkında yeterince ve ayrıntılı konuşmaması nedeniyle ortaya çıkabilecek belirsiz durumlardaki rehberlik eksikliği,
- Hastanın isteyeceği düşüncesi ile agresif tedavilerin seçilmesi,
- Duygusal stres ya da baskının vekilin ağır kararları vermesini etkileyebilmesi,

4. Sistem temelli engeller

- Birinci basamak ve akut dönem hizmet sağlayıcıları arasında ortak kullanılabilen veri tabanlarının olmaması nedeniyle iletişim eksikliği,
- Yetkilendirme bildiriminin medikal isteklere dönüştürülememesi, bunu sağlayacak bir sistemin, belgelerin, konu ile ilgili yeterli sayıda uzmanın ve standart prosedürlerin olmaması,
- Yetkilendirme bildirimindeki her isteğin geri ödenebilir olmaması ve sosyal güvenlik sistemi ile ilgili sorunlar,
- Hukuki süreçle ilgili belirsizlikler,

- 65 yaşın üzerindeki hastalar için yetkilendirme bildirimini doğru anlaşılması ve kalitesi ile ilgili problemler olarak sınıflandırılabilir.

Aslında yaşam sonu kararları ile ilgili engellerin temelinde bu konu ile ilgili yeteri kadar farkındalığın olmaması, yaşam sonu sürecindeki palyatif bakım ve yoğun bakım hastalarının genel durumunun sürekli değişkenlik gösterebilmesi, tıp mesleğinde hastanın ya da hasta yakınlarının sürece dahil olmasının özellikle ülkemizde tartışmalı bir konu olması ve genellikle sürece dahil edilmemesi, eğitim sürecinin hep hastayı yaşatma, hayatta tutma üzerine olduğu bir tıp eğitiminin ve halen uygulamalarda çoğunlukla paternalistik yaklaşımın egemen olması, yetersiz sayıda personel ile çalışılması ve iş yükünün fazla olması, palyatif bakım ve yaşam sonu bakım süreci ile ilgili yoğun bakım çalışanlarının tedavi bilgisi ve becerilerinin yeterli olmaması, özellikle yoğun bakımların çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle personel sirkülasyonunun fazla olması, etik ilkeler, hasta özerkliği, yaşam sonu kararları ile ilgili görüşmeleri ilk kimin başlatması gerektiği hakkında bilgi eksikliği ve hukuki sorumluluk doğurabilecek kararlara yönelik yasal kaygıların yattığı söylenebilir. Hekim ve hemşirelerin yetişmiş oldukları toplum, inançları ve değerleri gibi kültürel öğelerin ve bazı sosyo-demografik değişkenlerin dahi yaşam sonu sürecindeki çeşitli etik ikilemler karşısındaki tutumlarını etkileyebileceği de görülmektedir. Bu nedenle modern tıbbi uygulamalardaki görüş, temel karar vericinin hasta olması yönündedir. Bu nedenle tıp etiği uzmanları ve konu hakkında çalışmalar yürüten diğer uzmanlık alanlarından bilim insanlarıyla istişarelerde bulunularak yetkilendirme bildirimini önündeki engellerin aşılması ile ilgili düzenlemelerin yapılması, uygulanabilir ve yönlendiren şablonların oluşturulması, yaşam sonu bakımı eğitimleri ve hastalar ile sağlık personelleri arasında yaşam sonu kararları hakkında iletişim için rehberlerin geliştirilmesi konuları dikkate alınmalıdır. Ayrıca mevcut durumun araştırma verileriyle ortaya konması ve ilgili ortamlarda bu verilerin tartışılması, arzu edilen değişimin gerçekleştirilmesi açısından önemlidir. Böylelikle merkezde hastanın isteklerinin olduğu bir bakım süreci ile hastaların ve hasta yakınlarının yaşamın sonunda olgun kararlar alması desteklenmiş olacak ve uygun sağlık hizmeti sunumu kolaylaşacaktır.

6.3. Hastane Etik Kurulları' nın kurulması ve Etik Danışmanlık alınması

Yaşam sonu kararları sürecinde sağlık personellerinin süreci yönetirken birden fazla (eğitim gereksinimi, hukuki kaygılar, iletişimsel sorunlar, etik ikilemler vb.) sıkıntı yaşadığı görülmektedir. Bu süreçte sağlık çalışanlarının hem yaşam sonu kararları sürecinde hem de klinikte yaşadıkları farklı etik ikilemleri çözebilmeleri adına Hastane Etik Kurulları' nın tüm yataklı tedavi sunan hastanelerde oluşturulması ve gereksinim duyulan vakalar için **'Etik Danışmanlık'** hizmetinin sunumu, sağlık personellerinin yaşadığı ikilemlerin çözümünde destek olacak ve hatta hasta ve ailesinin katılacağı görüşmeler karar verme sürecine de yardımcı olabilecektir. Modern tıbbın hasta ve hastanın kararlarını merkeze koyan anlayışına uygun olarak hastane etik kurullarının, sağlık mesleği mensuplarının haricinde, hasta ve hasta yakınlarının da başvurabileceği ve görüş isteyebileceği şekilde düzenlenmesi önemlidir. Tabi ki bunun için sağlık mesleği mensupları ile birlikte, hasta ve hasta yakınlarının bu kurullardan haberdar olmaları ve yürüttüğü işlevleri bilmeleri yani bu konuda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu bilgilendirmenin içeriği ve kapsamı her eğitim düzeyinden insanın anlayabileceği şekilde basit ve net olmalı, kurula hangi konularda danışılacağından, yasal bir temsilci ya da avukat vasıtası ile görüşmelerin yürütüp yürütemeyeceğine kadar tüm bilgiler açıklanmalı, Hastane Etik Kurulları' nın tarafsızlığı da hasta ve hasta yakınlarına aktarılmalıdır. Bunun için gereken kaynak ve bütçenin ayrılması kurulların sürdürülebilirliği açısından önemlidir. UNESCO' nun hazırladığı *"Biyoetik Kurulların Oluşturulması"* başlıklı 1 numaralı kılavuzunda kurulların kuruluş aşamasında yapılması gerekenler liste halinde sıralamıştır (UNESCO, 2006). Bunlar: ***"Tüzüğü belirlemek, Başkanı ve üyeleri seçmek, yasal çerçeveyi ve bütçeyi belirlemek, toplantıların açık veya kapalı yapılacağına karar vermek, Başkanın kime karşı sorumlu olacağını belirlemek, çalışma yöntemlerini belirlemek, (toplantı sıklığı, toplantı resmi raporları, rapor dağıtımı, belgelerin sağlanması, toplantıların hazırlanması, belgelerin arşivlenmesi vb.), Sekretaryayı kurmak, üyelere etik konusunda eğitimler vermek"*** şeklinde sıralanmıştır.

Buna göre oluşturulacak olan Hastane Etik Kurulları'nın çalışma prensipleri ve esaslarının içerisinde: hastanın konu ile ilgili olarak fikirlerini ve isteklerini anlatma yani sesini duyurma fırsatına sahip olması, vakasının tartışılacağı kurul toplantısına bir yasal temsilci veya avukat getirebileceği, kurulda tartışılan konuların tamamen gizli kalacağı, kurulun tavsiye, öneri ve kararlarının bir dökümünün istemesi halinde hastaya verilebileceği gibi hastaya yönelik kararların da bulunması kurulların yapacağı işin çerçevesinin tam olarak çizilmesine yardımcı olacaktır. Böylelikle özellikle etik ikilem yaşanan konularla ilgili olarak sağlık personelinin doğru kararlar alabilmesi, hasta ve hasta yakınlarının sürece dahil olup kendi kararlarını dile getirebileceği ve kararlara katılımının sağlandığı bir platform oluşturulması sağlanabilecektir. Bu da sunulacak sağlık hizmetinin kalitesini artırarak verilecek olan kararların hızlanmasını ve sınırlı kaynakların en doğru şekilde kullanılmasını sağlayacaktır. Burada bir önemli konuda etik danışmanlık verebilecek nitelikte danışmanların eksikliğidir. Ancak ciddi bir uzmanlık gerektiren tıp tarihi ve etiği alanına hekimler ilgi duymamaktadır. Ayrıca tıp tarihi ve etik alanına tıpta uzmanlık tüzüğü ile uzmanlık öğrencisi alımı kapalı olduğundan, sadece doktora eğitimi ile alan uzmanları yetişebilmektedir. Doktora eğitimi sonrası özellikle klinik etik çalışacak ve etik danışmanlık verebilecek donanımın kazanılması için üst uzmanlık eğitimine gereksinim söz konusudur. Ayrıca ülkemizde hastane etik kurul yapılanması ile ilgili de sorun alanları bulunduğundan bu konunun işlerliğinin de önünde engeller bulunmaktadır. Hastane etik kurullarının işlevsel hale getirilerek konu ile ilgili uzmanların istihdamının sağlanması çalışmaları ve alanın özendirilmesine yönelik farklı planlamalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Say Şahin D, Bulduk MF. Yaşlılık ve Yaşamın Sonuna Dair. Say Şahin D, Editör. Etik Yönleri ile Yaşlılık ve Yaşlanma. Bursa: Ekin Yayınevi; 2020.
2. Jung CG, Ruh ve Ölüm. Gürol E, Çev. Ed. Analitik Psikoloji. İstanbul: Payel Yayınevi; 1997.
3. Norlander L. To Comfort Always: A nurse's guide to end-of-life care. Indiana: Sigma Theta Tau International; 2008.
4. Karnik S, Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. Healthcare. 2016; 4(2): 24.
5. Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. Clinical Med. 2010; 10(3): 282-285.
6. Alters SM. Death and Dying: End-of-life Controversies. Michigan: Gale Cengage Learning; 2009.
7. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family Oriented Primary Care. 2nd ed. New York: Springer; 2005.
8. Crane MK, Witting M, Doukas DJ. Respecting end-of-life treatment preferences. Am Fam Physician. 2005; 72; 1263-1268.
9. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. SAGE Open Medicine. 2021; 9.
10. Tanhan F, Arı F. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006; 3(2); 34-43.
11. Current World Population (Internet). 2021 (Erişim tarihi: 28.09.2021). Erişim adresi: <https://www.worldometers.info/world-population/>
12. Çerçioğlu H. Yaşlılıkta ölüm kaygısı, din ve sağlık. Say Şahin D, Editör. Yaşlanmaya Sağlık Sosyolojisi Perspektifinden Multidisipliner Yaklaşımlar. Bursa: Ekin Yayınevi; 2020.
13. Özen D. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2008.
14. Kubler Ross E. Death the Final Stage of Growth. New York: A Touchstone Book; 1986.
15. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 14(3); 171-179.
16. Öztürk Z. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı (Uzmanlık Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2010.
17. Koçanoğlu A. Personel meanings of death and religiosity as predictors of death anxiety and death fear of university students (Doktora Tezi). Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi; 2005.
18. Tanhan F. Ölüm kaygısıyla başetme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi (Doktora tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2007.
19. Veatch R. Biyoetiğin Temelleri. İstanbul: Hayat; 2010.
20. Dekkers W. Neye ölüm deriz? Batı kültüründe yaşamın sonu hakkında bazı düşünceler. 3P Dergisi. 1996; 9-16.
21. Kellehear A. Ölümün toplumsal tarihi. Kılınç T, Çev. Ed. Ankara: Phoenix Yayınları; 2007.
22. Hökelekli H. Ölümle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 1992; 4(1); 57-98.

23. Yıldız M. İnsanların ölüm karşısındaki tutumları hakkında yapılan araştırmaların değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 1994.
24. Kübler-Ross E. On death and dying. Uşaklı E, Çev. Ed. İstanbul: April Yayıncılık; 2010.
25. Mutlu E. İç güdümlü ve dış güdümlü dindarlık ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki; üniversite öğrencileriyle bir çalışma (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Arel Üniversitesi; 2013.
26. Hökelekli H. Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din. İstanbul: Dem Yayınları; 2008.
27. Onur B. Gelişim Psikolojisi: yetişkinlik, yaşlılık, ölüm. 5.baskı. Ankara: İmge Kitabevi; 2000.
28. Maio DJ, Maio VJM. Forensic Pathology. London: CRC Press; 1993.
29. Knight, B. Forensic Pathology. London: Auckland; 1991.
30. Akdur R, Aydın E. Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi. 2.baskı. Ankara: Feryal Matbaacılık; 2003.
31. Yakıt İ. Tıp Felsefesi ve Etiği Üzerine. 2.basım. İstanbul: Ötüken; 2010.
32. Jonas H. Against the stream: comments on the definition and redefinition of death. New Jersey: Prentice Hall; 1974.
33. Shewmon, DA. The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating 'brain death' with death. Journal of Medicine and Philosophy. 2001; 26(5); 457-478.
34. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. The Basics of Bioethics. 4th ed. New York: Routledge; 2020.
35. Özer H. Kalbi atan kadavralar sıcak ölümler modern dönemde ölümün yeniden tanımlanma gereksinimine ilişkin sosyo-kültürel bir inceleme. MSGSÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2017; 1(15); 45-56.
36. Çil O, Görkey Ş. Beyin ölümü kriterlerinin tarihsel gelişimi ve kadavradan organ nakline etkisi. Marmara Medical Journal. 2014;27; 69-74.
37. Ünlü G. Tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeyinin ölümüne ve ölümcül hastaya yaklaşım ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2019.
38. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Haatfield AK, Pandaya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Annals of Internal Medicine. 1993; 119(2); 121-126.
39. Örnek Büken N. Yaşamın sonunda klinik etik karar verme süreci ve belirleyici faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics; 2016; 2(3); 24-33.
40. Council of Europe. Guide on the decision making process regarding medical treatment in end-of-life situations. Council of Europe; 2014. 11.
41. Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi (HÜBAM). Klinik, etik, kültürel ve hukuki yönleriyle yaşamın sonuna ilişkin kararlar. Hacettepe Biyoetik Merkezi; 2014. 1.
42. Quill TE. Perspectives on care at the close of life initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: adressing the elephant in the room. JAMA; 2000; 284(19); 2502-2507.
43. Garcia JLA. Double effect. Reich WT, Editör. Encyclopedia of Bioethics. New York: MacMillan Publishers; 1995.
44. Dubois M. Ethical issues at the end of life. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management; 2005; 9(3); 133-138.
45. Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. JAMA; 2001; 285(7); 925-932.
46. Niemira D, Townsend T. Ethics Conflicts in Rural Communities: End-of-Life Decision Making. Nelson WA, Editör. Handbook for Rural Health Care Ethics: A Practical Guide for Professionals. Lebanon: Dartmouth College Press; 2009.

47. Özcengiz D. Yaşam sonu kararların Türk Hukuku bakımından incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2020.
48. Lamont EB. A demographic and prognostic approach to defining end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 2005; 8(1); 12-21.
49. Ersoy N. Yaşamın Sonunda Etik (Bildiri). 2. Palyatif Bakım Sempozyumu; 20-21 Eylül 2019; İzmir, Türkiye.
50. Büken Örnek N, Akpınar A. Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşam Sonuna İlişkin Kararlar. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası; 2014.
51. Türk Tabipler Birliği, Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge (Internet). 2021 (Erişim tarihi: 29.09.2021). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=7269de24-9040-11ea-9b7d-6d38d16eb233
52. Çobanoğlu N. Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Ankara: Eflatun Yayınevi; 2009.
53. Keleş R, Ertan B. Çevre Hukukuna Giriş. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları; 2002.
54. Aydın E. Tıp Etiğine Giriş. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2001.
55. Aydın E. Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006.
56. Keleş R, Ertan B. Çevre Hukukuna Giriş. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları; 2002.
57. Kuçuradi I. Etik. Ankara: Meteksan Yayınları; 1988.
58. Üstün Ç. Tıp Etiği Kavramlarına Giriş. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 2002.
59. Koslowski P. Etik ve Hekimlik Sanatı. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2000.
60. Kuçuradi I. Etik ve Meslek Etikleri. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2000.
61. Örs Y. Neden deontoloji değil de tıbbi etik. *Tıbbi Etik*. 1993; 1(1); 5-8.
62. Pieper A. Etiğe Giriş. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 1999.
63. McCullough LB, Jonsen AR. Bioethics education: diversity and critique. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1991; 16; 1-4.
64. İlçin Gönenç F. Yaşamın sonuna ilişkin kararlar (Internet). 2020 (Erişim tarihi: 29.09.2021). Erişim adresi: <https://www.sdplatform.com/Dergi/1299/Yasamin-sonuna-iliskin-kararlar.aspx>
65. Brock DW. Death and dying. Veatch RM, Editör. *Medical Ethics*. Boston: Jones and Barlett Publishers; 1989.
66. Doyal L, Larcher VF. Drafting guidelines for the withholding or withdrawing of life sustaining treatment in critically ill children and neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*; 2000; 83; 60–63.
67. Ersoy N. Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular (I): Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, Editör. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003.
68. Barton L, Hodgman JE. The contribution of withholding or withdrawing care to newborn mortality. *Pediatrics*; 2005; 116; 1487–1491.
69. McHaffie HE, Fowlie PW. Withdrawing and withholding treatment: comments on new guidelines. *Arch Dis Child*; 1998; 79; 1–5.
70. Yakıncı C. Tıp Etiği Terimleri. Bursa: Akın Erim Matbaası; 2009.
71. Mc Carthy J, Campbell L, Dalton O'Connor C, Andrews T, McLoughlin K. *Palliative Care for the Person with Dementia Guidance Document 6: Ethical Decision Making in End-of-Life Care and the Person with Dementia*. Dublin: Irish Hospice Foundation; 2016.
72. WHO. Definition of Palliative Care (Internet). 2016. (Erişim tarihi: 03.10.2021). Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
73. İbrahimoglu Ö. Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım. *Sag Aka Derg*; 2017; 4(3); 216-220.

74. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
75. Beauchamp TL, Walters L. Contemporary Issues in Bioethics. 3th ed. Belmont California: Wadsworth Ins; 1989.
76. Luce JM. Ethical Principles in Critical Care. JAMA; 1990; 263(5); 696-700.
77. Veatch RM. Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings. Boston: Jones and Barkett Publishers; 1989.
78. Aydın E, Ersoy N. Tıp Etiği İlkeleri. T Klin J Med Ethics; 1995; 2(3); 48-52.
79. Bahçecik N. Hemşirelikte Etik. Sabuncu N, Editör. Hemşirelik Bakımda İlke ve Uygulamalar. İstanbul: Alter Yayınları; 2009.
80. UKCEN Clinicals Ethics Network. Ethical issues (Internet). 2021 (Erişim tarihi: 01.10.2021). Erişim adresi: http://www.ukcen.net/ethical_issues/end_life/ethical_considerations2
81. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
82. Smith SW. End-of-life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
83. Beauchamp TL, Childress JF. Biyomedikal Etik Prensipleri. 7th ed. İstanbul: BETİM Yayınları; 2017.
84. Demir M. Yaşlılık ve Özerkliğe Saygı İlkesi. Say Şahin D, Editör. Etik Yönleri ile Yaşlılık ve Yaşlanma. Bursa: Ekin Yayınevi; 2020.
85. Karel MJ. Culture and medical decision making. Qualls SH, Smyer MA, Editör. Changes in Decision-Making Capacity in Older Adults Assessment and Intervention; 2007.
86. Faden RR, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent: New York: Oxford University Press; 1989.
87. Childress JF. The Place of Autonomy in Bioethics. Hastings Center Report; 1990; 20(1); 12-7.
88. Gert B, Culver CM. The Justification of Paternalism. Ethics; 1989; 89(2); 199.
89. Gomez-Virseda C, De Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. BMC Medical Ethics. 2020; 21(1); 1-14.
90. Houska A, Loucka M. Patients' autonomy at the end of life: a critical review. J Pain Symptom Manag; 2019; 57(4): 835–845.
91. Rodriguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: Systematic review and meta-ethnography. PLoS One; 2016; 11(3); e0151435.
92. Türk Tabipler Birliği. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (Internet). 2005. (Erişim tarihi: 03.10.2021). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=104:boloyve-tibbin-uygulanmasi-bakimindan-san-haklari-ve-san-hayset-korunmasi-slees-san-haklari-ve-botip-slees-onaylanmasinin-uygun-bulunduna-da-kanun&catid=6:uluslararasıge&Itemid=36
93. Jensen HI, Ammentorp J, Johannessen H, Ording H. Challenges in end-of-life decisions in the intensive care unit: an ethical perspective. Journal of Bioethical Inquiry; 2013; 10(1); 93-101.
94. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. 6th ed. USA: McGraw Hill Companies; 2006.

95. Türk Medeni Kanunu. (2001). T.C. Resmî Gazete (24607, 22 Kasım 2001).
96. Katoğlu T. Türk Hukukunun Bir Parçası Olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi; 2006; 55(1); 157-192.
97. Uniform Guardianship, Conservatorship, and Other Protective Arrangements Act. (Internet). 2017. (Erişim tarihi: 06.10.2021). Erişim adresi: https://www.guardianship.org/wp-content/uploads/2018/09/UGCOPPAAct_UGPPAct.pdf.
98. Washington Health Law. (Internet). 2019. (Erişim tarihi: 06.10.2021). Erişim adresi: <http://wssha.org/wp-content/uploads/2019/08/WA-Health-Law-Manual-4th-Edition-Chapter-2-Decision-making-for-Incompetent-Patients-7-31-19.pdf>
99. Alan Akcan E. Türk Hukukunda Ötenazi. Üstün Ç, Editör. Ötenazi. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2013.
100. Bremault Philips SC, Parmar J, Friesen S, Rogers LG, Pike A, Sluggett B. An evaluation of the decision making capacity assessmen model. Canadian Geriatrics Journal; 2016; 19(3); 83-96.
101. Gerstenecker A, Grimsley L, Otruba B, Cowden L, Marson DC, Gerstenecker KT, Martin RC, Roberson ED. Medical decision making in progressive supranuclear palsy: a comparison to other neurodegenerative disorders. Parkinsonism Relat Disorder; 2019; 61; 77-81.
102. Carabellese F, Felthous AR, La Tegola D, Piazzolla G, Distaso S, Logroscino G, Leo A, Ventriglio A, Catanesi R. Qualitative analysisof the capacity to consent to treatment in patients with a chronic neurodegenerative disease: Alzheimer’s disease. Int J Soc Psychiatry; 2018; 64(1); 26-36.
103. Devettere JR. Practical Decision Making in Health Care Ethics Cases, Concepts, and the Virtue of Prudence. Washington: Georgetown University Press; 2016.
104. Er RA, Şehiraltı M. Assessment of Decision Making Competency. Hacettepe Tıp Dergisi; 2009; 40(2); 96-101.
105. Bahadır Yılmaz E. Psikiyatride hastanın karar verme kapasitesi ve yaşanan etik sorunlar. Türkiye Klinikleri J Med Ethics; 2013; 21(1); 49-53.
106. Elçioğlu Ö, Demirhan Erdemir A. Klinik Uygulamalarda Her Durumda Ortaya Çıkan Etik Yükümlülükler. Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Editör. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
107. Barton WP, Harmell AL. Assessment of healthcare decision-making capacity. Archives of Clinical Neuropsychology; 2016; 31; 530-540.
108. Beşer B. Alzheimer Hastalığı ve Lewy Cisimcikli Demansta Karar Verme Kapasitesinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. İstanbul Üniversitesi; 2019.
109. Irwin M. A new kind of living will. Journal of the Royal Society of Medicine; 2003; 96(8); 411.
110. Robertson GS. Making an advance directive. BMJ; 1995; 310; 236.
111. Sokolowski M. Dementia and the advance directive. Cham: Springer Publishing; 2018.
112. Schiff R. Views of elderly people on living wills: interview study. BMJ; 2000; 320(7250); 1640-1641.
113. Eisendrath SJ, Jonsen AR. The living will. JAMA; 1983; 249(15), 2054-2058.
114. Messinger Rapport BJ, Baum EE, Smith ML. Advance care planning: beyond the living will. Cleveland Clinic Journal of Medicine; 2009; 76(5); 276-285.
115. Oğuz YN, Kırımsoy Kucur D, Tepe H, Büken Örnek N. Biyoetik Terimleri Sözlüğü; Ankara; Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları; 2005.
116. Berg WJ, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker LS. Informed Consent Legal Theory and Clinical Practice. New York; Oxford University Press; 2001.

117. Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *American Journal of Psychiatry*; 2002; 159(5); 705-712.
118. Canadian Paediatric Society. Treatment Decisions Regarding Infants, Children and Adolescents. *Paediatr Child Health*; 2004; 9(2); 99-103.
119. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2001.
120. Casonato C. Informed consent and end-of-life decisions: notes of comparative law. *Maastricht Journal of European and Comparative Law*; 2011; 18(3); 225-256.
121. Terry PB. Informed consent in clinical medicine. *Chest*; 2007; 131(2); 563-568.
122. Bowman D, Spicer J, Iqbal R. *Informed Consent A Primer for Clinical Practice*. Cambridge; Cambridge University Press; 2012.
123. Albrecht TL, Franks MM, Ruckdeschel JC. Communication and Informed Consent. *Current Opinion in Oncology*; 2005; 17; 336-339.
124. Kaushik J., Narang M, Agarwal N. Informed Consent in Pediatric Practice. *Indian Pediatrics*; 2010; 47(17); 1039-1046.
125. Özsunay, E. *Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları, Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*. İstanbul: Fakülteler Matbaası; 1993.
126. Türk Tabipler Birliği, Aydınlatılmış Onam Kılavuzu (İnternet). 2013 (Erişim tarihi: 13.10.2021). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik
127. Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmî Gazete (23420, 1 Ağustos 1998).
128. Kirby MD. Informed Consent: What Does It Mean?. *Journal of Medical Ethics*; 1983; 9; 69-75.
129. Törenli Çakıroğlu M. Acil Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam. Çakır M, Editör. *Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi*; 14.12.2018; İstanbul. İstanbul; Legal Yayıncılık; 2018. s.122-140.
130. Büken NÖ. Etik Sorunlar. Yurdakök M, Editör. *Pediatrici*. Ankara, Güneş Kitabevi; 2017.
131. Hanson MJ. How we treat the elderly. *Hastings Cent Rep*; 1994; 24(5); 4-6.
132. Rivlin MM. Protecting elderly people: flaws in ageist arguments. *BMJ*; 1995; 310; 1179-1182.
133. Ekmekçi PE, Arda B. Yaşlılık ve etik sorunlar; sağlık hakkı, özerkliğe saygı ilkesi ve aydınlatılmış onam. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*; 2015; 23(2); 65-72.
134. Doğan H. *Tıp Etiğinde Kliniğe Geçiş Sağlıkta Kararlar için Pratik Bir Rehber*. İstanbul; Yüce Yayın; 2010.
135. Sugarman J, McCrory Dc, Hubal RC. Getting Meaningful Informed Consent from Older Adults: A Structured Literature Review of Empirical Research. *Journal of the American Geriatrics Society*; 1998; 46; 517-524.
136. Doyal L. Informed consent: moral necessity or illusion?. *Oual Health Care*; 2001; 10; 29-33.
137. Rai GS. *Medical Ethics and Elderly*. Amsterdam; Harwood Academic Press; 1999.
138. Say Şahin D. Yaşlılarda Sık Görülen Sağlık Problemleri İle Tedavi ve Bakım Esnasında Ortaya Çıkan Tıp Etiği Sorunları, Yanardağ U, Yanardağ Zubaroglu M. (Editörler). *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Nika Yayınları; 2019.
139. Balseven Odabasi A, Ornek Buken N. Informed Consent and Ethical Decision Making in the End of Life: Hacettepe Example. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009; 29: 1041-54.

140. Pişkin E. Erişkin ve Pediatrik Hastalarda Ameliyat Öncesi Onam Hakkında Anestezi Doktorlarının Farkındalığının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2017.
141. Ersoy N. Klinik etiğin önemli bir sorunu: aydınlatılmış onam. Türkiye Klinikleri J Med Ethics; 1994; 2(3): 131-136.
142. Ay A, Çınar S, Boztepe H. Çocuklarda Aydınlatılmış Onam. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 2019; 6(2); 120-125.
143. Alderson P. Commentary on the "family rule". Journal of Medical Ethics; 1999; 25; 497-498.
144. Dünya Tıp Birliği. Helsinki Bildirgesi (Internet). 2018. (Erişim tarihi: 14.10.2021). Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wmadeclaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-humansubjects/>.
145. Türk Tabipleri Birliği. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara; Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2010.
146. Çocuk Hakları Sözleşmesi. (1994). T.C. Resmî Gazete (4058, 9 Aralık 1994).
147. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. (2003). T.C. Resmî Gazete (5013, 3 Aralık 2003).
148. Gündüz T, Kırmıoğlu N, Eşiyok B, Demirhan Erdemir A. Aydınlatılmış Onam ve Çocuk Hastaya İlişkin Hukuki Düzenlemeler. T Klin J Med Ethics; 2001; 27-34.
149. Jonsen AR, Lister G. Life Support Systems. Reich WT, Editör. Encyclopedia of Bioethics. USA: The Free Press; 1982.
150. Arıboğan A, Bilgen S, Reanimasyon "kritik = yoğun bakım" kavramı ve yapılanma özellikleri (Internet). 2005 (Erişim tarihi: 17.10.2021). Erişim adresi: <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/reanimasyonnot/newpage12.htm>
151. Şahinoğlu H. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Üniteleri. Şahinoğlu H, Editör. Yoğun Bakım: Sorunları ve Tedavileri. 2. baskı. Ankara; Türkiye Klinikleri; 2003.
152. Akpınar A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Kaynaklarını Paylaşımakla İlgili Tutum ve Görüşleri ile Çağdaş Adalet Kuramlarının İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2005.
153. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1983). T.C. Resmî Gazete (2889, 13 Ocak 1983).
154. Müller Esch G. Yoğun Bakım Tıbbında Etik. Namal A, Çev. Ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.
155. Adıgüzel S. Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2011.
156. Smith DH, Veatch RM. A Report by The Hasting Center, Medical Ethics Series Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. Bloomington; Indiana University Press; 1987.
157. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 3rd ed. Oxford; Oxford University Press; 1989.
158. Akipek JG, Akıntürk T, Ateş Karaman D. Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri-Kişiler Hukuku. İstanbul; Beta Yayınları; 2009.
159. Hakeri H. Tıp Hukuku. Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2015.
160. Erdoğan N, Kara M, Hızal A, Hızal SA. Aydınlatılmış Onam: Uygulama ve Tıp Hukuku Açısından Sorunlar. Erciyes Tıp Dergisi. 2011; 33(2); 165-170.
161. Tacir H. Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı. İstanbul; On İki Levha Yayınları; 2011.
162. Pakiş İ. Aydınlatılmış Onam. Mirici A, Akgül Kalkan E, Editör. Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik. İstanbul; Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği; 2018.

163. Türk Tabipleri Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (Internet). 2021 (Erişim tarihi: 17.10.2021). Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
164. Bozkurt N. Dinsel Perspektiften Yaşamın Sonu. Büken Örnek N, Akpınar A, Editör. Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşam Sonuna İlişkin Kararlar. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası; 2014.
165. Ardelt M, Koenig CS. The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research and Social Psychology*. 2006; 5(4); 432-443.
166. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2012; 21(1); 42-79.
167. Koç M. Ölüm Psikolojisi. *Tasavvuf*. 2002b; 8; 117-146.
168. Kimter N, Köfteğül Ö. Yetişkinlerde ölüm kaygısı ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. *Journal of Sakarya University Faculty of Theology*. 2017; 19(36); 55-82.
169. Fortner BV, Neimeyeer RA. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*. 1999; 23; 387-411.
170. Dağlı EN. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ve Dindarlık (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2010.
171. Koç M. Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2002a; 6; 7-20.
172. Puchalski C, O'Donnell E. Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. 2005; 9: 114-121.
173. Özçetin A. Diyarbakır Bölgesinde Yas ve Din İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*. 2000; 13(1); 12-18.
174. Yalom ID. Güneşe Bakmak, Ölümle Yüzleşmek. Babayiğit Z, Çev. Ed. İstanbul: Pegasus Yayınları; 2017.
175. Karaca F. Ölüm Psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayıncılık; 2000.
176. Gulam FL. Care of the Muslim Patient. *ADF Health*. 2003; 4: 81-83.
177. Kiper S, Uçak A, Alp Yılmaz F. Yaşam Sonu Bakımına Farklı Dinlerden Bakış. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2011; 15(2); 67-71.
178. Rady M, Verheijde J, Ali M. Islam and End-of Life Practices in Organ Donation for Transplantation: New Questions and Serious Sociocultural Consequences. *HEC Forum*. 2009; 21(2); 175- 205.
179. United States Conference of Catholic Bishops, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. 5th ed. Washington: United States Conference of Catholic Bishops; 2009.
180. Dorff E. End-of-life: Jewish perspectives. *Lancet*. 2005; 366; 862-865.
181. Loike J, Gillick M, Mayer S, Prager K, Simon JR, Steinberg A, Tendler MD, Willig M, Fischbach RL. The critical role of religion: caring for the dying patient from an Orthodox Jewish perspective. *J Palliat Med*. 2010; 13(10); 1267-1271.
182. Görmez M. Yaşayan Dünya Dinleri. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları; 2007.
183. Thrane S. Hindu End of Life: Death, Dying, Suffering and Karma. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2010;12(6); 337-342.
184. Smith-Stoner M. End-of-Life Needs of Patients Who Practice Tibetan Buddhism. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2005; 7(4); 228-233.
185. Ahad YE. Yaşlıların Yaşlılık Algısının Yaşam Kalitesi ve Depresyonla İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2016.

186. İnce A. Yaşlanma, dindarlık ve psikolojik hayat Sakarya ili elli ve üzeri yaş grubu örneği. Aydın R, Yıldız H, Editör. First Mediterranean International Conference on Social Sciences; Mayıs, 2017; Sarajevo. Sarajevo; Dobra Knjiga; 2017. S. 518-529.
187. Templer DI. Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons. *Psychological Reports*. 1972; 31; 361-362.
188. Koç M. Yaşlılık döneminde ölüm psikolojisi üzerine bir alan araştırması. *KSÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2003; 2; 117-143.
189. Cohen A, Pierce J, Chambers J, Meade R, Gorvine B, Koenig H. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*. 2005; 39; 307-324.
190. Harding SR, Flannelly KJ, Weaver AJ, Costa KG. The Influence of Religion on Death Anxiety and Death Acceptance. *Mental Health, Religion and Culture*. 2005; 8(4); 253-261.
191. Ayten A. Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 2009; 9(4); 85-108.
192. Roshani K. Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. *Annals of Biological Research*. 2012; 3(9); 4400-4405.
193. Wen Y. Religiosity and Death Anxiety of College Students. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*. 2012; 8(2); 98-106.
194. Krause N, Bastida E. Contact with the Dead, Religion, and Death Anxiety Among Older Mexican Americans. *Death Studies*. 2012; 36; 932-948.
195. Beshai JA, Lester D. Belief in a Day of Judgement and Death Anxiety: A Brief Note. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*. 2013; 112(1); 1-5.
196. Yıldız M. Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. İzmir; İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları; 2014.
197. Willis KD, Nelson T, Moreno O. Death Anxiety, Religious Doubt, and Depressive Symptoms across Race in Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16; 1-14.
198. Berggren I, Begat I, Severinsson E. Australian clinical nurse supervisors ethical decision-making style. *Nursing and Health Sciences*. 2002; 4(1-2); 15-23.
199. Özbek Güven G. Prenatal Dönemde Saptanan Anomalilerle İlgili Gebenin Karar Verme Süreçlerinin Etik Analizi (Doktora Tezi). Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
200. Öztürk H, Oğuz NY. Klinik uygulamalarda etik değerlendirme süreçleri. *Türkiye Klinikleri*. 1996; 4; 129-130.
201. Kadioğlu F, Kadioğlu S. Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Editör. *Klinik Etik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
202. Chang VT, Sambamoorthi N. Decision Making in Palliative Care. Werth JL, Blevins D, Editör. *Decision making near the end of life. Issues, Developments and Future Directions*. New York: Routledge; 2009.
203. Arda B, Şahinoğlu Pelin S. Tıbbi etik tanımı, içeriği, yöntemi, başlıca konuları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1998; 48(3); 323-336.
204. Örs Y, Büken N. Tıbbi etikte sorun kümeleri. 3. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri. Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları; 1998.
205. Berlinger N, Jennings B, Wolfs SM. *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*. New York: Oxford University Press; 2013.
206. Forte ND, Kawai F, Cohen C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Medical Ethics*. 2018; 19; 1-8.

207. Dünya Tabipler Birliği. Tıp Etiği Elkitabı. 3.baskı. Ankara; Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2015.
208. Gürcü Ş, Yeşilyurt E. Vergi Hukuku'nda Kanuni Temsilciler ve Sorumlulukları. Yaklaşım Dergisi; 2003; 130(10); 127-132.
209. NSW Department of Health. Guidelines for end-of-life care and decision-making. North Sydney; Warehouse Publications; 2005.
210. Spira N, Kenemore E. Cancer as a life transition: a relational approach to cancer wellness in women. *Clinical Social Work Journal*. 2002; 30; 163-186.
211. Sayım F. Sağlık Piyasası ve Etik. Bursa; MKM Yayıncılık; 2011.
212. Slowther A, Johston C, Goodall J, Hope T. Development of clinical ethics committess. *BMJ*. 2004; 328(7445); 950-952.
213. Gillon R. Clinical ethics committees pros and cons. *Journal of Medical Ethics*. 1997; 23(4); 203-204.
214. Grundstein-Amado R. Ethical decision-making processes used by health care providers. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18(11); 1701-1709.
215. Grundstein-Amado R. An integrative model of clinical-ethical decision making. *Theoretical Medicine*. 1991; 12; 157-170.
216. McCullough LB, Ashton CM. A methodology for teaching ethics in the clinical setting. *A clinical handbook for medical ethics. Theoretical Medicine*. 1994; 15; 39-52.
217. Cranford RE, Roberts JC. Biomedical ethics committes. *Primary Care* 1986; 13; 327-339.
218. Miedema F. A practical approach to ethical decisions. *American Journal of Nursing*. 1991; 20-25.
219. Forrow L, Arnold RM, Frader J. Teaching clinical ethics in the residency years. Preparing competent professionals. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1991; 16; 93-112.
220. Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara; Detay Yayıncılık; 2004.
221. Stoeckle ML, Doorley JE, McArdle RM. Identifying compliance with end-of-life care decision protocols. *Dimens Crit Care Nurs*. 1998;17(6):314-21.
222. You JJ, Fowler RA, Heyland DK. Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *CMAJ*. 2014;186: 425-32
223. İnci F. Onkolojide hasta ve ailesiyle iletişimde zor konular: Ölüm ve yas süreci. *Türkiye Klinikleri*. 2018: 49-55.
224. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Intertational Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(1): 288-96.
225. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20: 1757-67.
226. Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, Dupree C, Phillips-Salimi CR, Carr B, Haase JE. Novice nurses' experiences with palliative and end-of-life communication. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015; 32(4): 240-52.
227. Menekli T, Fadiloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014: 17(4); 222-29.
228. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015; 2; 41-46.

229. Attia AK, Abd-Elaziz WW, Kandeel NA. (2013). Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviours in end-of-life care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2013; 30, 297–304.
230. FriedenberG AS, Levy MM, Ross S, Evans LE. Barriers to end-of-life care in the intensive care unit: perceptions vary by level of training, discipline, and institution. *Journal of Palliative Medicine*. 2012; 15(4): 404-411.
231. Aslakson RA, Wyskiel R, Thornton I, Copley C, Shaffer D, Zyra M, Nelson J, Pronovost PJ. Nurse-perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patients: a qualitative exploration. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 15(8); 910-15.
232. Khraisat OM, Alakour NA, O'Neir TM. Pediatric end-of-life care barriers and facilitators: Perception of nursing professionals in Jordan. *Indian Journal Palliat Care*. 2017; 23: 199-206.
233. Beckstrand RL, Collette J, Callister L, Luthy KE. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: providing vital family care. *Oncology Nursing Forum*. 2012; 39(5): E398-E406.
234. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, Peteet JR, Prigerson HG, Vanderweele TJ, Balboni TA. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*. 2013; 31(4); 461-67.
235. Ho T, Barbero E, Hidalgo C, Camps C. Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards caring for dying patients. *J Ren Care*. 2010; 36: 2-8.
236. Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010; 33(3); 273-81.
237. Uslu F. Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
238. Hickman RL, Lipson AR, Pinto MD, Pignatiello G. Multimedia decision support intervention: A promising approach to enhance the intention to complete an advance directive among hospitalized adults. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014; 26; 187-93.
239. Mutto EM, Cantoni MN, Rabhansl MM, Villar MJ. A perspective of end-of-life care education in undergraduate medical and nursing students in Buenos Aires. *Argentina Journal Palliat Med*. 2012; 15(1); 93-98.
240. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016; 33; 30-38.
241. Harris M, Gaudet J, O'Reardon C. Nursing care for patients at end of life in the adult intensive care unit. *J Nurs Educ Pract*. 2014; 4(6): 84-89.
242. Cavaye J, Watts J. An integrated literature review of death education in pre-registration nursing curricula: key themes. *Int J Palliat Care*. 2014: 1-19.
243. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J*. 2013; 7: 14-21.
244. Rao JK, Anderson LA, Lin FC, Laux JF. Completion of advance directives among U.S. consumers. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 46(1); 65-70.
245. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, Kent S, Kim J, Herbst N, Mante A, Halpern SD, Courtright KR. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Affairs*. 2017; 36(7); 1244-51.
246. Heyland DK, Barwich D, Pichora D, Dodek P, Lamontagne F, You JJ, Tayler C, Porterfield P, Sinuff T, Simon J, ACCEPT (Advance Care Planning Evaluation in Elderly

- Patients) Study Team; Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med.* 2013; 173; 778–787.
247. Gamble ER, McDonald PJ, Lichstein PR. Knowledge, attitudes, and behavior of elderly persons regarding living wills. *Arch Intern Med.* 1991;515:277-80.
248. Pollack KM, Morhaim D, Williams MA. The public's perspectives on advance directives: implications for state legislative and regulatory policy. *Health Policy.* 2010; 96(1): 57-63.
249. Özcan M, Birgili F, Ceyhan MN. Healthy Turkish adults' perception of good death. *Health Med.* 2013; 7(10): 2872-79.
250. Lakin JR, Isaacs E, Sullivan R, Harris HA, McMahan RD, Sudore RL. Emergency physicians' experience with advance care planning documentation in the electronic medical record: useful, needed, and elusive. *Journal of Palliative Medicine.* 2016; 19(6); 632-638.
251. Peicius et al. Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Medical Ethics.* 2017; 18(1):1-7.
252. O'Sullivan R, Mailo K, Angeles R, Agarwal G. Advance directives survey of primary care patients. *Canadian Family Physician.* 2015; 61(4): 353-56.
253. Say Şahin D, Örnek Büken N. Attitudes and Behaviors Of Elderly Individuals Towards End-Of-Life Decisions, *Turkish Journal of Geriatrics.* 2020: 23(1); 90-99.
254. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. 2000. Views of elderly people on living wills: interview study. *British Medical Journal.* 2000: 320(7250); 1640-1.
255. Kaiser Family Foundation. Public strongly favors end-of-life conversations between doctors and patients, with about eight in 10 saying Medicare and other insurers should cover these visits. [Internet] 2015 [Erişim tarihi:28 Kasım 2021]. Erişim adresi: <http://www.kff.org/health-costs/press-release/public-strongly-favors-end-of-lifeconversations-between-doctors-and-patients-with-about-eight-in-10-saying-medicare-and-other-insurers-should-cover-these-visits/>.
256. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology.* 2010; 5(2); 195-204.
257. Bollig G, Gjengedal E, Rosland JH. They know!-Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliative Medicine.* 2015; 30(5); 456-470.
258. Chiu C, Feuz MA, McMahan RD, Miap Y, Sudore RL. Doctor, Make my decisions: decision control preferences, advance care planning, and satisfaction with communication among diverse older adults. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2016; 51(1); 33-40.
259. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, Onwuteaka-Philipsen BD, Cartwright C, van der Heide A, Nilstun T, Norup M, Mortier F; EURELD consortium. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med.* 2005; 60(9); 1961-74.
260. Say Şahin D, Örnek Büken N. Death Anxiety and Concept of Good Death In The Elderly, *Turkish Journal of Geriatrics.* 2020: 23(1); 18-26.
261. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In search of a good death: Observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine.* 2020: 132(10); 825-32.
262. Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine.* 2001; 135: 677-85.

263. Long SO. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: Similarities and differences. *Social Science & Medicine*. 2004; 58: 913-28.
264. Long SO. Becoming a cucumber: Culture, nature, and the good death in Japan and the United States. *Journal of Japanese Studies*. 2003; 29(1): 33-68.
265. Pool R. "You're not going to dehydrate mom, are you?" Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. *Social Science & Medicine*. 2004; 58: 955-66.
266. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Yunsheng MA, Reed G. Validation of a New Measure of Concept of a Good Death. *Journal of palliative medicine*. 2003;6(4): 4-7.
267. Akechi T, Miyashita M, Morita T, Okuyama T, Sakamoto M, Sagawa R, ve ark. Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2): 271-6.
268. Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(4): 261-71.
269. Yao CA, Hu WY, Lai YF, Cheng SY, Chen CY, Chiu TY. Does dying at home influence the good death of terminal cancer patients? *J Pain Symptom Manage*. 2007; (2):3-6.
270. Yun YH, Kim KN, Sim JA, Kang E, Lee J, Choo J ve ark. Priorities of a "good death" according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. *Support Care Cancer*. 2018;26(10):3479-88.
271. Mori M, Kuwama Y, Ashikaga T, Parson H. Acculturation and Perception of a Good Death Among Japanese Americans and Japonase Living in the US. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(1):32-40.
272. Hernandez L, Baez R, Monje M, Espinosa M. Role of the family doctor in the completion and registration of advance directives documents. *Semergen*. 2015; 41(3); 164-167.
273. Wilkinson DJ, Truog RD. The luck of the draw: physician-related variability in end-of-life decision-making in intensive care. *Intensive Care Med*. 2013;39(6):1128-32.
274. Koku F, Ateş M. Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2016: 2(3); 99-104.
275. Terzi K. Kanser Tanılı Hastalar ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Yaşam Sonu Dönem ve Bakımı. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
276. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23(21-22): 3188-96.
277. Periyakoil VS, Neri E, Kraemer H. No easy talk: a mixed methods study of doctor reported barriers to conducting effective end-of-life conversations with diverse patients. *PLOS ONE*. 2015; 10(4): e0122321.
278. Periyakoil VS, Neri E, Kraemer H. Patient-Reported barriers to high-Quality, end-of-life care: a multiethnic, multilingual, mixed-methods study. *Journal of Palliative Medicine*. 2016; 19(4): 373-379.
279. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(2):69-74.
280. Iglesias MEL, Pascual C, Vallejo RB. Obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients in intensive care units. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2013; 32(2): 99-106.
281. Sadler E, Hales B, Henry B, Xiong W, Myers J, Wynnychuk L, Taggar R, Heyland D, Fowler R. Factors Affecting Family Satisfaction with Inpatient End-of-Life Care. *PLoS ONE*. 2014; 9(11): e110860.

282. Festic E, Grewall R, Rabatin J, Divertie G, Shannon R, Johnson M. End-of-life care in the intensive care unit: the perceived barriers, supports, and changes needed. *Acta Med Acad.* 2010; 39: 150-58.
283. Pattison N, Carr SM, Turnock C, Dolan S. Viewing in slow motion: patients, families, nurses and doctors perspectives on end-of-life care in critical care. *Journal of Clinical Nursing.* 2013; 22(9-10): 1442-54.
284. Dong F, Zheng R, Chen X, Wang Y, Zhou H, Sun R. Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: a qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *European Journal of Oncology Nursing.* 2016; 21; 189-96.
285. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevroy O. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process perspectives of relatives. *Nursing Ethics.* 2012; 19(5): 666-76.
286. Almack K, Cox K, Moghaddam N, Pollock K, Seymour J. After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliative Care.* 2012; 11(1): 15.
287. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing.* 2010; 66(7); 1543-55.
288. Croxon L, Deravin L, Anderson J. Dealing with end of life- new graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing.* 2018; 27(1-2): 337-44.
289. Hussin EOD, Wong LP, Chong MC, Subramanian P. Nurses' perceptions of barriers and facilitators and their associations with the quality of end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing.* 2017; 27(3-4): e688-e702.
290. Şener A. Acil hemşirelerinin yaşan sonu bakım algılarını etkileyen faktörler [Doktora Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
291. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LCM. The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scandinavian Journal of Caring Science.* 2016; 31(3): 569-78.
292. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum.* 2010; 37(1): 43-9.
293. Albers G, Francke AL, de Veer AJ, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: a national survey study. *Patient Educ Couns.* 2014; 94(1): 4-9.
294. Borhani F, Hosseini SH, Abbaszadeh A. Commitment to care: a qualitative study of intensive care nurses' perspectives of end of life care in an Islamic context. *INR.* 2014; 61(1):140-47.
295. Ranse K, Yates P, Coyer F. End-of-life care in the intensive care setting: a descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australian Critical Care.* 2012; 25(1): 4-12.
296. Langley G, Schmollgruber S, Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices. *Nurs Crit Care.* 2014; 19(1): 9-17.
297. Dean P, Labram A, McCarroll L, Hughes M. End-of-life care in Scottish intensive care units. *Journal of the intensive care society.* 2010; 11(4): 245-49.
298. Gaeeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science.* 2014; 7(2): 8-19.
299. Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P, et al. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med.* 2007; 33: 104-10.
300. Keating NL, Landrum MB, Rogers SO Jr, et al: Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer.* 2010; 116: 998-1006.

301. İyilikçi L, Erbayraktar S, Gokmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Gunerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004;48(4): 457-62.
302. Eşer İ, Çetin P, Orkun N. Yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018; 34(1): 79-90.
303. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? why? a semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care*. 2005; 20(3): 207-213.
304. Özışık L, Topeli A. Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları. Örnek Büken N, Akpınar A. Editörler. Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası, 2014.
305. Buken NO. Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey. *JISHIM*. 2003; 2: 31-37.

8. EKLER

Ek 1. Araştırmada kullanılan soru formu ve ölçeğin orijinal şekli (hekim ve hemşire formatı)

End of Life Care Decisions Questionnaire (Medical Doctor)

"By completing this questionnaire, I indicate my consent to participate in this study.
I understand confidentiality will be maintained."

1. Age:

20-24 35-39 50-54 65 or older
 25-29 40-44 55-59
 30-34 45-49 60-64

2. Gender:

Male Female

3. Ethnicity:

African American
 Asian
 Caucasian
 Hispanic
 Native American
 Other Specify _____

4. Marital Status:

Married
 Widowed
 Divorced
 Separated
 Single

5. Religious Affiliation:

Atheist

- Catholic
 Jewish
 Protestant Specify _____
 None
 Other Specify _____

6. Profession:

- Physician Full Time
 Resident Physician Part Time

7. Highest level of education completed:

- PhD
 MD
 DO

8. What is your area of specialty?

- Pulmonary/Thoracic
 Oncology
 Internal Medicine
 Surgery Specify _____
 Cardiology
 Neurology
 Nephrology
 Family Practitioner
 Other Specify _____

9. Years of experience in specialty:

- Less than 1 year 11-15 years 1-5 years
 16-20 6-10 years Greater than 20

10. Have you ever attended a course, seminar, or workshop on the Patient Self Determination Act?

- Yes No (If no, skip #11)

11. If yes, was this mandatory to fulfill a degree, work, or continuing education requirement?

Yes No

12. Have you ever attended a course, seminar, or workshop concerning values, ethical, or moral development?

Yes No (If no, skip #13)

13. If yes, was this mandatory to fulfill a degree, work, or continuing education requirement?

Yes No

14. Have you, a family member, or a close friend ever had a life threatening experience or terminal illness?

Yes No

15. Has this life threatening experience or experience with terminal illness changed your beliefs, values, or attitude about death and dying?

Yes No

16. Has your personal experience with a life threatening event or terminal illness changed the way you approach end of life care discussions with patients and families?

Yes No

17. Have you discussed your end of life care wishes with your family?

Yes No

18. Have you completed advanced directives for yourself?

Yes No

19. Do you know your family's end of life care wishes?

Yes No

20. Have any of your family members completed advanced directives?

Yes No

21. A living will is a document that identifies what medical treatment you choose to omit or refuse in the event that you are unable to make those decisions for yourself AND are terminally ill.

Agree Disagree Unsure

22. The definition of a durable power of attorney for healthcare is: appointment of a proxy to make medical decisions on your behalf when you can no longer decide for yourself.

Agree Disagree Unsure

23. A durable power of attorney for healthcare applies when any illness or injury leaves you mentally incapacitated.

Agree Disagree Unsure

24. There is no ethical difference between withholding life support measures or withdrawing these measures once started.

Agree Disagree Unsure

25. Have you ever initiated a discussion about end of life decisions with patients or patients' families?

Yes No

If yes, how many times have you initiated these discussions:

less than 10 30-39 60-69 90-99

10-19 40-49 70-79 100 or greater

20-29 50-59 80-89 With ALL patients

26. How comfortable do you feel initiating end of life discussions with your patients?

Very comfortable Somewhat comfortable Not comfortable at all

27. Do you think that additional education would enhance your ability to communicate with patients and families about end of life care?

Agree Disagree Unsure

28. Whom do you think should initiate discussions on end of life decisions? Please rank the following person(s) from 1=highest priority to 8=lowest priority, use 0=NA (use each number only once).

Chaplain/Pastoral Care Associate Patient's Family

Registered Nurse Physician

Pastor/Priest/Rabbi Social Worker

Patient Other

Specify _____

End of Life Care Decisions Questionnaire**(Nurse)**

"By completing this questionnaire, I indicate my consent to participate in this study.
I understand confidentiality will be maintained."

1. Age:

20-24 35-39 50-54 65 or older
 25-29 40-44 55-59
 30-34 45-49 60-64

2. Gender:

Male Female

3. Ethnicity:

African American
 Asian
 Caucasian
 Hispanic
 Native American
 Other Specify _____

4. Marital Status:

Married
 Widowed
 Divorced
 Separated
 Single

5. Religious Affiliation:

Atheist
 Catholic
 Jewish

Protestant Specify _____

None

Other Specify _____

6. Profession:

Chaplain/Pastoral Care Full Time

Registered Nurse Part Time

Social Worker

7. Highest level of education completed:

Diploma Masters

Associate Doctorate

Bachelors

8. What is your area of specialty?

Intensive Care Unit

Coronary Intensive Care Unit

Advanced Care Unit

Telemetry

Bone Marrow Transplant Unit

Burn Unit

Neuro Unit

9. Years of experience in specialty:

Less than 1 year 11-15 years

1-5 years 16-20

6-10 years Greater than 20

10. Have you ever attended a course, seminar, or workshop on the Patient Self Determination Act?

Yes No (If no, skip #11)

11. If yes, was this mandatory to fulfill a degree, work, or continuing education requirement?

Yes No

12. Have you ever attended a course, seminar, or workshop concerning values, ethical, or moral development?

Yes No (If no, skip #13)

13. If yes, was this mandatory to fulfill a degree, work, or continuing education requirement?

Yes No

14. Have you, a family member, or a close friend ever had a life threatening experience or terminal illness?

Yes No

15. Has this life threatening experience or experience with terminal illness changed your beliefs, values, or attitude about death and dying?

Yes No

16. Has your personal experience with a life threatening event or terminal illness changed the way you approach end of life care discussions with patients and families?

Yes No

17. Have you discussed your end of life care wishes with your family?

Yes No

18. Have you completed advanced directives for yourself?

Yes No

19. Do you know your family's end of life care wishes?

Yes No

20. Have any of your family members completed advanced directives?

Yes No

21. A living will is a document that identifies what medical treatment you choose to omit or refuse in the event that you are unable to make those decisions for yourself AND are terminally ill.

Agree Disagree Unsure

22. The definition of a durable power of attorney for healthcare is: appointment of a proxy to make medical decisions on your behalf when you can no longer decide for yourself.

Agree Disagree Unsure

23. A durable power of attorney for healthcare applies when any illness or injury leaves you mentally incapacitated.

Agree Disagree Unsure

24. There is no ethical difference between withholding life support measures or withdrawing these measures once started.

Agree Disagree Unsure

25. Have you ever initiated a discussion about end of life decisions with patients or patients' families?

Yes No

If yes, how many times have you initiated these discussions:

less than 10 30-39 60-69 90-99

10-19 40-49 70-79 100 or greater

20-29 50-59 80-89 With ALL patients

26. How comfortable do you feel initiating end of life discussions with your patients?

Very comfortable Somewhat comfortable Not comfortable at all

27. Do you think that additional education would enhance your ability to communicate with patients and families about end of life care?

Agree Disagree Unsure

28. Whom do you think should initiate discussions on end of life decisions? Please rank the following person(s) from 1=highest priority to 8=lowest priority, use 0=NA (use each number only once).

Chaplain/Pastoral Care Associate Patient's Family

Registered Nurse Physician

Pastor/Priest/Rabbi Social Worker

Patient Other

Specify _____

End of Life Care Decisions Scale

Please read each statement concerning End of Life Care Decisions. Take your time and think about what each statement says. Beside each statement is a scale which ranges from strongly agree (SA) to strongly disagree (SD). For each item we would like you to circle the letters that represent the extent to which you agree or disagree with each statement. Please make sure that you answer EVERY ITEM and that you circle ONLY ONE letter(s) per item. Thank you for taking the time to complete this questionnaire.

SA = Strongly Agree A = Agree U = Undecided

D = Disagree SD = Strongly Disagree

- | | |
|---|-------------|
| 29. I believe my work experience enables me to discuss end of life care with patients and families. | SA A U D SD |
| 30. I believe my education enables me to discuss end of life care with patients and families. | SA A U D SD |
| 31. I feel comfortable using the words die/death when discussing end of life care with my patients or families. | SA A U D SD |
| 32. Health care professionals provide patients and families with adequate information about end of life care choices. | SA A U D SD |
| 33. The patient's wishes and details of end of life care discussions are recorded in the physician progress notes. | SA A U D SD |
| 34. End of life care discussions facilitate physician-family agreement on treatment choices. | SA A U D SD |
| 35. Terminally ill patients have adequate pain control. | SA A U D SD |
| 36. The patient's wishes and details of end of life care discussions are recorded in the nursing notes.. | SA A U D SD |
| 37. Patients understand the information they are given about end of life care. | SA A U D SD |
| 38. I frequently discuss pain control for my terminally ill patients with nurses/physicians. | SA A U D SD |

- | | |
|--|-------------|
| 39. All patients, even if they are not terminally ill, have the right to make decisions regarding end of life care (life support) even if that decision may lead to death. | SA A U D SD |
| 40. Patients and families are given consistent information about the consequences of their end of life care decisions. | SA A U D SD |
| 41. I frequently discuss pain control with my terminally ill patients. | SA A U D SD |
| 42. Terminally ill patients have adequate resources available for evaluating pain. | SA A U D SD |
| 43. Patients and families are often given options for treatment that are futile and prolong the dying process. | SA A U D SD |
| 44. Patients and families are given adequate time for the process of making end of life care decisions. | SA A U D SD |
| 45. I wait for the patient or family to initiate end of life care discussions. | SA A U D SD |
| 46. I frequently collaborate with other healthcare professionals to facilitate end of life care decisions. | SA A U D SD |
| 47. I believe patients and families are approached about end of life care decisions in an atmosphere that is nonthreatening and conducive to processing difficult decisions. | SA A U D SD |
| 48. Patients and families are regularly included in update discussions regarding their end of life care decisions. | SA A U D SD |

THANK YOU

COPYRIGHT 1999 PERMISSION FOR USE MUST BE OBTAINED IN WRITING FROM
M.L. STOECKLE, PhD, RN
mlstoeckle@yahoo.com

Ek 2. Soru formu ve ölçeğin uygulama yönergesi ve izin yazısı

MARY L. STOECKLE, PH.D., R.N.

752 PONTIUS RD
CINCINNATI, OHIO 45233

June 22, 2018

Dear Colleague,

Enclosed is a copy of the MD demographic pages, the RN etc. demographic pages and the EOLDQ II questions. I am currently not working in this field and am happy to share this instrument with you. I have not removed the three items from the Beliefs and Practices scale discussed in the article because the information is important and more data is needed on them.

The scales are as follows: Perceptions Scale (professional perception of the EOLD process) include items 32, 33, 35, 36, 37, 40, 42, 44, 47, 48. Beliefs and Practices Scale includes items 29, 30, 31, 34, 38, 39, 41, 43, 45, 46. Chronbach alphas for the EOLDQ II were: Perceptions .85, Beliefs and Practices .69, and total scale .82

Because the research questions just asked what the beliefs and practices of health care providers associated with end of life care decisions were, descriptive statistics were run. The rest of the statistics were related to instrument development.

Sincerely,

Mary L. Stoeckle, Ph.D., RN

Ek 3. Soru formunun Türkçe'ye uyarlanmış son hali

Sayın Hocam, Değerli Meslektaşım;

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Etiği ve Tarihi AD.'da Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN danışmanlığında yürüttüğüm **'Türkiye'de Hekim ve Hemşirelerin Yaşam Sonu Kararları Hakkındaki Tutumları'** başlıklı doktora tezimin anket formu aşağıdadır. Seçmeli sorulardan oluşan ve **en fazla 8-12 dakikanızı alacak** anketi değerli zamanınızı ayırarak cevaplayabilerseniz çok sevinirim. **Tamamen gönüllülük esasına dayalı bu çalışmayı sizin desteğiniz olmadan yapabilmemin imkansız olduğunu belirtir, desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.**

Saygılarımla,

Deniz SAY ŞAHİN

[Ankete Başla](#)

Yaşam Sonu Kararları Anketi Sosyodemografik Veri Formu (1.Bölüm)

1.Yaşınız ile ilgili aşağıdaki size uygun seçeneği işaretleyiniz.

- | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------------|
| 1) 20-24 | 2) 25-29 | 3) 30-34 | 4) 35-39 | 5) 40-44 |
| 6) 45-49 | 7) 50-54 | 8) 55-59 | 9) 60-64 | 10) 65 ve üstü |

2. Cinsiyetiniz:

- 1) Erkek 2) Kadın

3. Medeni durumunuz :

- 1) Evli 2) Dul (Eşi ölmüş) 3) Boşanmış 4) Bekar

4. Çocuk sahibi misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

5. Tamamladığınız en yüksek eğitim derecesi nedir?

- 1) Lisans 2) Yüksek Lisans 3) Uzmanlık Eğitimi 4) Doktora

6. Mesleğiniz:

- 1) Hekim 2) Hemşire

7. Gelir durumunuz nedir?

- 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

Yaşam Sonu Kararları Anketi Soru Formu (2. Bölüm)

8. Mezuniyet sonrası etikle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1)Evet 2) Hayır

9. Daha önce hiç 'Hastanın Kendi Kararını Kendisinin Vermesi' konusunu da içeren herhangi bir kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır

10. Daha önce hiç değerler, etik ya da ahlaki gelişim konularını içeren kurs, seminer ya da atölye çalışmasına katıldınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır

11. Daha önce hiç hayati tehlike geçiren ya da ölümcül hastalığı olan aile üyeniz ya da yakın bir arkadaşınız oldu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

12. Bu yaşamı tehdit eden deneyim ya da ölümcül hastalık deneyimi, sizin yaşam ve ölümle ilgili inanışlarınızı, değerlerinizi ya da davranışlarınızı değiştirdi mi?

1) Evet 2) Hayır

13. Yaşamı tehdit eden olayla ya da ölümcül hastalıkla ilgili kişisel deneyiminiz, hastalarla ve aileleriyle ilgili yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki tartışmalara yaklaşım biçiminizi değiştirdi mi?

1) Evet 2) Hayır

14. Yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerinizi ailenizle hiç tartıştınız mı?

1) Evet 2) Hayır

15. **“Yetkilendirme bildirim (Advance directives); hastaların belirli durumlarda kendi sağlıklarıyla ilgili karar veremeyecek duruma gelmeleri halinde, ilerideki sağaltımlarına ilişkin seçimlerini veya bu seçimleri kendi adına kimin yapmasını istediklerini belirten bildirimlerdir.”**

Kendiniz için yetkilendirme bildirimini doldurunuz mu/hazırladınız mı? (Cevabınız evet ise 18. soruyu atlayınız.)

1) Evet 2) Hayır

16. Kendiniz için, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğinizi kaybettiğiniz durumda, sizin adınıza tıbbi karar verebilecek kişiyi belirlediğiniz, “yetkilendirme bildirimini” ni hazırlamayı hiç düşündünüz mü?

1) Evet 2) Hayır

17. Aile üyelerinizin yaşam sonu tedavi ve bakım isteklerini biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

18. Ailenizden herhangi biri, ileriye dönük olarak, karar verme yeterliliğini kaybettiğinde, onun adına tıbbi kararları verebilecek kişiyi belirlediği bir yetkilendirme bildirimini doldurdu mu/hazırladı mı?

1) Evet 2) Hayır

19. **Yaşayan vasiyet (Living will); yaşamın son döneminde kişinin kendisine yapılması ya da yapılmaması gerekenleri önceden beyan ettiği sözlü ya da yazılı bildirimlerdir.**

Kendiniz için yaşayan vasiyet doldurunuz mu/hazırladınız mı? (Cevabınız Evet ise 22. Soruyu atlayınız.)

1) Evet 2) Hayır

20. Kendiniz için '**yaşayan vasiyet**' bırakmayı düşünür müsünüz?

- 1) Evet 2) Hayır

21. Ailenizden herhangi biri yaşayan vasiyet doldurdu mu/hazırladı mı?

- 1)Evet 2) Hayır

22. ***Tıbbi vekaletname (A durable power of attorney for healthcare), yaşamın son döneminde olmanız dahi, herhangi bir nedenle siz artık kendiniz adınıza karar veremeyecek durumda olduğunuzda sizin adınıza tıbbi kararları verecek, finansal konuları yönetecek bir vekili, sağlığınız yerinde iken tayin ettiğiniz yasal bir belgedir.***

Kendiniz için tıbbi vekaletname verdiniz mi? (Cevabınız Evet ise 25. soruyu atlayınız.)

- 1) Evet 2) Hayır

23. Kendiniz için '**tıbbi vekaletname**' hazırlamayı düşünür müsünüz?

- 1) Evet 2) Hayır

24. Eger tıbbi vekalet verecek olsaydınız, kimi vekil tayin etmeyi düşünürdünüz?

- 1)Ailemden birini 2) Yakın bir arkadaşımı 3) Avukatımı
4)Doktorumu 5) Diğer (Açıklayınız.....)

25. Ailenizden herhangi biri '**tıbbi vekaletname**' verdi mi/hazırladı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

26. Yaşam desteği ile ilgili uygulamalara tıbben faydasız/nafile olduğu gerekçesiyle hiç başlamamakla, başladıktan sonra fayda görülmediği için yaşam desteğini kesmek arasında etik açıdan bir fark yoktur.

- 1) Katılıyorum 2) Katılmıyorum 3) Emin değilim

27. Daha önce hiç hastalarla ya da hasta aileleriyle yaşam sonu bakım kararları hakkında bir görüşme başlattınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

28. Yanıtınız Evet ise, bu tür görüşmeleri kaç kez başlattınız?

1) 10'dan az 2) 10-49 3) 50-99 4) 100 ya da daha fazla 5) TÜM hastalarla

29. Hastalarınızla yaşam sonu kararlarıyla ilgili görüşmeleri başlatırken kendinizi ne kadar rahat hissediyorsunuz?

1) Çok 2) Biraz 3) Hiç

30. Yaşam sonu kararları ile ilgili ilave eğitimin, hastalar ve aileleri ile bu konuda iletişim kurma yeteneğinizi artıracacağını düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Emin değilim

31. Cevabınız evet ise sizce bu eğitim ne zaman verilmeli?

1. Lisans eğitimim sırasında
2. Lisansüstü/uzmanlık eğitimim sırasında
3. Meslek hayatımda Sürekli Mesleki Eğitim (SME)/Sürekli Tıp Eğitimi (STE) etkinliği şeklinde
4. Yukarıdaki süreçlerin hepsinde sürdürülebilir olarak

32. Yaşam sonu kararlarıyla ilgili görüşmeleri kimin başlatması gerektiğini düşünüyorsunuz? Lütfen aşağıdaki kişi(ler)i 1= en yüksek öncelik'ten 7= en düşük öncelik'e doğru sıralayınız, (Her rakamı sadece bir kez kullanınız)

___ Hastanın ailesi

___ Hemşire

___ Din görevlisi

___ Hasta

___ Hekim

___ Sosyal hizmet uzmanı

___ Diğer Belirtiniz_____

Yaşam Sonu Kararları Ölçeği (3. Bölüm)

Lütfen Yaşam Sonu Bakım Kararlarıyla ilgili her cümleyi/ibareyi okuyunuz. Zaman ayırıp her cümlenin ne anlattığı üzerine düşününüz. Aşağıda her cümleden sonra **“kesinlikle katılıyorum”**dan. **“hiç katılmıyorum”**a kadar değişen bir skala bulunmaktadır. Her madde için, her cümleye katılıp katılmama derecenizi temsil eden kısımlara işaret koyunuz. Lütfen HER MADDEYİ yanıtladığınızdan ve her madde için YALNIZCA BİR şıkkı işaretlediğinizden emin olunuz.

Bu soru formunu doldurmak için, zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

No	SORULAR	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
32 (29)	İş deneyimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.					
33 (30)	Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.					
34 (31)	Hastalarımla ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.					
35 (32)	Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.					
36 (33)	Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.					
37 (34)	Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.					
38 (35)	Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.					
39 (36)	Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.					
40 (37)	Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.					
41 (38)	Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.					

42 (39)	Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.					
43 (40)	Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.					
44 (41)	Son dönem hastalarımla ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.					
45 (42)	Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.					
46 (43)	Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan 'nafile/boşuna' tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.					
47 (44)	Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.					
48 (45)	Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.					
49 (46)	Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık işbirliği yaparım.					
50 (47)	Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.					
51 (48)	Hastalar ve aileler, yaşam sonu kararları hakkındaki güncel tartışmalara düzenli olarak dahil edilir.					

Ek 4. Yaşam Sonu Kararları Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları

1. Hemşirelere ait sonuçlar;

Türkiye’de Hekim ve Hemşirelerin Yaşam Sonu Kararları Hakkındaki Tutumları Ölçeği Faktör Analizi (Hemşire n=200)		
Yaşam sonu kararları hakkındaki Algı alt boyutu	1	2
Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.	0,615	
Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.	0,701	
Hastalar ve aileler, yaşam sonu kararları hakkındaki güncel tartışmalara düzenli olarak dahil edilir.	0,796	
Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.	0,702	
Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.	0,623	
Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.	0,463	
Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.	0,523	
Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.	0,568	
Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.	0,548	
Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.	0,476	
İnanç ve Uygulama alt boyutu		
İş deneyiminin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.		0,793
Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.		0,687
Hastalarımla ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.		0,704
Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık işbirliği yaparım.		0,815
Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.		0,671
Son dönem hastalarımla ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.		0,634
Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.		0,504
Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.		0,597
Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.		0,578
Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan ‘nafile/boşuna’ tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.		0,541
Açıklanan varyans yüzdesi (%)	25,002	41,532

Yaşam Sonu Kararları Ölçeği Varyans Analizi (Hemşire, n=200)			
Bölüm (Ölçek)	Alpha	KMO	Toplam açıklanan varyans
Algı	0,944	0,835	25,002
İnanç ve uygulama	0,691		41,532
Toplam	0,833		66,534

Yaşam Sonu Kararları Ölçek Sonuçları (Hemşire, n=200)	$\bar{X} \pm SS$
İş deneyiminin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.	2,52±1,07
Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.	2,48±1,16,
Hastalarımla ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.	2,65±1,12
Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.	2,66±1,08
Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.	2,81±1,11
Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.	2,29±0,91
Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.	2,41±1,26
Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.	2,76±1,02
Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.	2,39±1,23
Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.	2,16±0,72
Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.	2,41±1,11
Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.	2,66±1,03
Son dönem hastalarımla ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.	2,42±1,21
Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.	3,01±1,19
Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan 'nafile/boşuna' tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.	2,96±0,96
Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.	2,74±1,04
Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.	2,44±1,13
Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık işbirliği yaparım.	2,34±1,29
Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.	1,98±1,19

2. Hekimlere Ait Sonuçlar

Türkiye’de Hekim ve Hemşirelerin Yaşam Sonu Kararları Hakkındaki Tutumları Ölçeği Faktör Analizi (Hekim n=200)		
Yaşam sonu kararları hakkındaki Algı alt boyutu	1	2
Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.	0,708	
Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.	0,603	
Hastalar ve aileler, yaşam sonu kararları hakkındaki güncel tartışmalara düzenli olarak dahil edilir.	0,719	
Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.	0,888	
Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.	0,617	
Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.	0,685	
Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.	0,573	
Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.	0,582	
Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.	0,529	
Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.	0,568	
İnanç ve Uygulama alt boyutu		
İş deneyimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.		0,826
Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.		0,624
Hastalarımı ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.		0,711
Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık işbirliği yaparım.		0,716
Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.		0,586
Son dönem hastalarımın ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.		0,611
Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.		0,492
Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.		0,584
Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.		0,624
Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan ‘nafile/boşuna’ tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.		0,782
	Açıklanan varyans yüzdesi (%)	27,813 50,312

Yaşam Sonu Kararları Ölçeği Varyans Analizi (Hekim, n=200)			
3. Bölüm (Ölçek)	Alpha	KMO	Toplam açıklanan varyans
Algı	0,862	0,897	27,813
İnanç ve uygulama	0,918		50,312
Toplam	0,912		78,125

(Yaşam Sonu Kararları Ölçek Soruları Hekim, n=200)	$\bar{X} \pm SS$
İş deneyimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek/konuşabilecek duruma getirdiğine inanıyorum.	2,73±1,11
Eğitimimin beni yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını hastalarla ve aileleriyle görüşebilecek duruma getirdiğine inanıyorum.	2,88±1,06,
Hastalarımla ya da aileleriyle yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını konuşurken, ölmek/ölüm sözcüklerini kullanma konusunda rahatım.	3,05±1,17
Sağlık çalışanları hastalara ve ailelerine yaşam sonu tedavi ve bakım tercihleri konusunda yeterli bilgi sağlamaktadırlar.	3,76±0,88
Hastanın istekleri, yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri ile ilgili ayrıntılar hasta takip formuna kaydedilir.	3,21±1,17
Yaşam sonu tedavi ve bakım görüşmeleri, tedavi tercihlerindeki hekim-hasta uyumunu hızlandırır.	2,34±0,99
Terminal dönem hastalara ağrı kontrolü için yeterli destek verilir.	2,05±1,22
Yaşam sonu tedavi ve bakım konusundaki görüşmelerin detayları ve hasta istekleri hasta takip formuna kaydedilir.	2,97±1,16
Hastalar yaşam sonu tedavi ve bakım ile ilgili verilen bilgileri anlarlar.	2,99±1,63
Terminal dönemdeki hastalarım için ağrı kontrolü konusunu diğer hemşireler veya hekimler ile sıklıkla konuşurum.	2,26±0,95
Terminal dönemde olmasalar bile tüm hastalar, bu karar onları ölüme götürebilecek olsa bile yaşam sonu tedavi ve bakım (yaşam desteği) ile ilgili karar verme hakkına sahiptirler.	2,00±1,31
Hastalar ve ailelere, yaşam sonu tedavi ve bakım kararları ve bu kararların sonuçları hakkında tutarlı bilgi verilir.	2,57±1,07
Son dönem hastalarımla ağrı kontrolü konusunu sıklıkla konuşurum.	2,31±1,09
Terminal dönem hastaları ağrı ile baş edebilmek için yeterli kaynağa sahiptir.	3,44±1,23
Hastalara ve ailelere tedavi sürecini uzatan 'nafile/boşuna' tedavi seçenekleri de genellikle sunulur.	2,72±0,88
Hastalar ve ailelere yaşam sonu tedavi ve bakım kararlarını verebilmeleri için yeterli süre verilir.	2,82±1,05
Hastayı ya da aileyi, yaşam sonu bakım görüşmelerine başlamak için beklerim.	2,28±1,02
Yaşam sonu kararlarını kolaylaştırmak için diğer sağlık profesyonelleriyle sık sık işbirliği yaparım.	2,22±1,09
Hasta ve yakınlarının sakin ve zorlayıcı olmayan bir ortamda, yaşam sonu kararlarını daha iyi değerlendirdiğine inanıyorum.	1,27±1,01

Ek 5. Türkçe dil geçerliliği sertifikası



protranslate™

This letter is written to affirm that the article **“End of Life Decision Questionnaire Form”** belonging to **Mrs. Deniz Say Şahin** is translated from English to Turkish and proofread by our company.

Regards,

PROTRANSLATE.NET
TRANSLATION SERVICES
www.Protranslate.Net
0850 532 16 20
info@protranslate.net

Adres: Mehmet Akif Caddesi No.14 Köşklüçiftlik, Lefkoşa, Kıbrıs
Telefon: +90 (850)532 16 20

info@protranslate.net
www.protranslate.net

Ek 6. Etik Kurul İzni



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 02.01.2019 Çarşamba
Toplantı No:2019/1
Karar No: GO 2019/1

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Deniz SAY ŞAHİN'in sorumlu araştırmacı olduğu, *"Türkiye'de Hekim ve Hemşirelerin Yaşam Sonu Kararları Hakkındaki Tutumları"* başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

(Başkan)
Prof. Dr. Yakup YILDIRIM
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

(Başkan Vekili)
Prof. Dr. Ahmet ONAY
(İlahiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)

(Katılmadı)
Doç. Dr. Emrah ATAY
(Beden Eğitimi ve Spor YO Öğretim Üyesi)

(Katılmadı)
Doç. Dr. Mustafa LAMBA
(İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi)

(Katılmadı)
Doç. Dr. Ramazan ADANIR
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Özlem TAGAY
(Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Altan YILMAZ
(Mühendislik Mimarlık Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Cağan DEMİR BARUTCU
(Sağlık Bil. Fak. Öğretim Üyesi)

(Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Dilara AKÇORA YILDIZ
(Fen-Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Gaye GÖKALP YILMAZ
(Fen-Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Murat BAYEZİT
(Sağlık Bil. Fak. Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Mümin POLAT
(Sağlık Bil. Fak. Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ömer Gürkan DİLEK
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15100-BURDUR
Telefon : 0-248-213 12 76 / Faks: 0-248-213 12 74

Ek 7. Dijital Makbuz

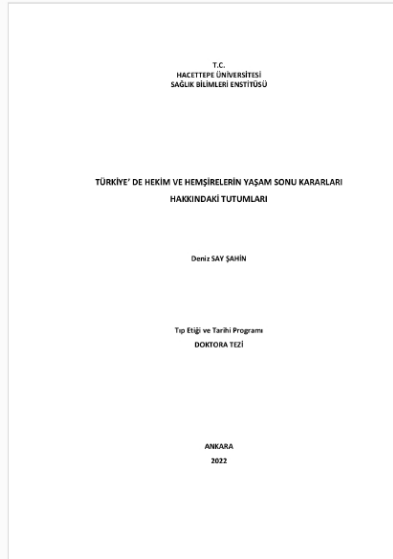


Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Deniz Say Şahin
Assignment title: TÜRKİYE' DE HEKİM VE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU KARARL...
Submission title: TÜRKİYE' DE HEKİM VE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU KARARL...
File name: TEZ_SON_D_ZELTME.docx
File size: 4.1M
Page count: 221
Word count: 56,929
Character count: 385,706
Submission date: 27-Apr-2022 11:11AM (UTC+0300)
Submission ID: 1821705294



Ek 8. Turnitin Raporu

TÜRKİYE' DE HEKİM VE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU KARARLARI HAKKINDAKİ TUTUMLARI

ORIGINALITY REPORT

15%	15%	3%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	kb.gcsu.edu Internet Source	2%
2	www.hubam.hacettepe.edu.tr Internet Source	1%
3	9lib.net Internet Source	1%
4	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	1%
5	docplayer.biz.tr Internet Source	1%
6	Submitted to Georgia College & State University Student Paper	1%
7	www.recepakdur.com Internet Source	<1%
8	www.dspace.yildiz.edu.tr Internet Source	<1%

www.deontoloji.hacettepe.edu.tr

9. ÖZGEÇMİŞ

Deniz SAY ŞAHİN
