

Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği

Informed Consent and Ethical Decision Making in the End of Life: Hacettepe Example

Dr. Aysun BALSEVEN ODABAŞI,^a
Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN^b

^aAdli Tıp AD, ^bTıp Etiği AO,
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 03.09.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 06.01.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Aysun BALSEVEN-ODABAŞI
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adli Tıp AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
balseven@hacettepe.edu.tr

ÖZET Amaç: Ülkemizde yaşamın sonu ile ilgili kararları vermek ve yaşamın sonundaki etik kararlarla ilgili araştırmalar yapmak hayli güçtür. Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi hekimleri ve poliklinik hastalarının yaşamın sonunda alınan etik kararlarla ilgili tutumları karşılaştırılmakta ve özerklik sorunu tartışılmaktadır. Amacımız, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi hekim ve hastalarına ulaşılarak, tanının açıklanması ve yaşamın sonundaki süreçte hekim, hasta ve ailesinin rollerinin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Daha önce Amerika Birleşik Devletleri, Japonya ve Suudi Arabistanlı hekim ve hastalar üzerinde uygulanan karşılaştırmalı araştırma, çalışma materyali olarak kullanılmıştır. Anket formu Türkçeye çevrilmiş, araştırma öncesi çalışabilirliği bir grup hekim ve hasta üzerinde denenmiştir. Veriler SPSS V.11.5 kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Hekimlerin ve hastaların büyük çoğunluğu tedavi edilemez kanser tanısının söylenmesinde aileden önce hastanın bilgilendirilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir. Bu olguda %67.6 hekim ve %85.3 hasta, tanının aile yerine hastaya söylenmesi gerektiğini bildirmiştir. Hekim ve hastaların büyük çoğunluğu hekim yardımcı intihara karşıdır. Hacettepe örneğinde hekim ve hastalarımız, aile ve hekimin otoritesini hastanın özerkliğine tercih etmektedir. **Sonuç:** Hastanemiz hekim ve hastalarına göre klinik karar verme sürecinde hastanın hekimi ve ailesinin görüşleri büyük rol oynamaktadır. Sonuçlar göstermektedir ki, özellikle hastanın memnuniyetini ve tedaviye uyumunu etkileyen, hasta ve ailesini ilgilendiren değişik klinik durumlar için, klinisyenlerin, yaşamın sonunda alınan etik kararlar konusunda farkındalığı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatılmış onam; karar verme; özerklik; hekim yardımcı intihar; yaşam desteği; hekim hasta ilişkisi

ABSTRACT Objective: End-of-life decisions are among the most difficult to make or study in our country. This study compares the attitudes toward ethical decision making in the end of life and autonomy issues among academic physicians and patients of Hacettepe University Hospital outpatient clinics in Hacettepe. Our aim was to assess the opinions of physicians and patients involving the patient versus the family in the process of diagnosis disclosure and decision-making in end of life process. **Material and Methods:** A questionnaire, previously developed collaboratively to compare the attitudes of US, Japanese and Saudi Arabia physicians and patients, was used as the study instrument. It was translated to Turkish and was validated on a group of doctors and patients before research. Data were analyzed using SPSS V.11.5. **Results:** Most of physicians and patients agreed that a patient should be informed of an incurable cancer diagnosis before their family was informed. In the case of a patient with incurable cancer, 67.6% of doctors and 85.3% of patients indicated that they would rather inform the patient of the diagnosis than the family. The majority of doctors and patients were against physician-assisted suicide. Physicians and patients in Hacettepe example relied more on family and physician authority and placed less emphasis on patient autonomy. **Conclusion:** Family and physician opinions are accorded a larger role in clinical decision making by the physicians and patients in our university hospital. The results emphasize the need for clinicians to be aware of those issues that may affect patient and family responses potentially affecting patient satisfaction.

Key Words: Informed consent; decision making; personal autonomy; suicide, assisted; life support care; physician-patient relations

Hekim-hasta ilişkisinin belirleyicileri; hekimlerin ve hastaların beklentilerinin yanı sıra, doktorun görev ve sorumlulukları, aydınlatılmış onam alma süreci ve söz konusu tıbbi uygulamanın etik ve yasal standartlara uygun olup olmadığıdır. Bu ilişkide; hekim-hasta etkileşiminin amaçları, hekimin zorunlulukları, hastanın değerlerinin rolü ve hastanın özerkliği kavramı oldukça önemlidir.

Yalnızca yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelere dikkate alan bir tıp uygulaması, hekimle hasta arasında hekimin baskın olduğu paternalistik (“babacı”) bir ilişkiye neden olur. Hekim hem hastalığın ne olduğuna (kuşkusuz sıklıkla neyin hastalık olduğuna da) hem de sonuçta sağlanacak yararın ne olabileceğine karar veren, kısacası “bilen” kişidir. Bu durum hekime tartışılmaz bir güç ve yetke kazandırır. Bugün ülkemiz de içinde olmak üzere pek çok ülkede tıbbın işleyişi, bu ahlaki temele yaslanan etik değerlendirmeye dayanmaktadır. Toplumsal yapısını paternalistik tutumların belirlediği öteki ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de hekim-hasta ilişkisinde hekim, genellikle ilişkideki yetke ögesidir.¹

Hastanın yaşamın sonunda alınan kararlara katılması ve tıbbi gerçeğin kendisine söylenmesi konusu son yıllarda ülkemizde ve dünyada daha sık tartışılmaktadır. Geri dönüşümsüz koma durumunda hastanın beslenme tüpünün çekilmesi ya da yaşam desteğine son verilmesi kararında hekimin rolü ve değişen tutumlarının tarihsel süreç içerisinde gözden geçirildiği Sprung’un çalışması her ne kadar Amerika Birleşik Devletleri (ABD) örneğini aktarmaktaysa da, aslında tüm dünyada hekim tutumlarında konu ile ilgili benzer değişimler yaşanmaktadır.² Gözlenen değişim, hastanın hastalığı sürecinde aktif bir katılımcı olması, hekim merkezli hekim-hasta ilişkisinden, hasta merkezli bir ilişkiye geçiş şeklinde yaşanmaktadır. Kanser, terminal dönem hastalıkları, ölümcül hastalıklar, bazı geriatrik hastalıklar gibi tıbbi durumlarda hekimler, etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Yaşamın sonunda özellikle yoğun bakım ünitelerinde bu ikilemler daha sık yaşanmakta ve bu sorunlarla baş etme, klinik/etik karar verme süreçlerini işletme konusunda, ilgili taraflar (hekim, hasta, hastanın ailesi) ait oldukları toplumun ahlaksal,

sosyal ve kültürel yapısından etkilenmektedir. Yoğun bakım hastaları bir süre sonra kendi adlarına karar verme yeterliliğini kaybettiklerinde (özerklik kaybı), karar verici konumundaki hasta yakınlarının sorumluluğu daha da artmakta ve kendilerini bir anda sevdiklerinin yaşam-ölüm kararını verme durumunda bulabilmektedirler. Bu durum süreç içerisinde hasta yakınlarında anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu (PTSB)’na varan psikiyatrik rahatsızlıklar yaratabilmektedir.³

Yaşamın sonunda alınan etik kararlar; tedaviye hiç başlamamak, başlanmış bir tedavinin sonlandırılması, canlandırma komutları, hekim yardımcı intihar, pasif ötanazi, boşunluk/boşuna tedavi (faydasız tedavi) kararı şeklinde olabilmektedir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde bu kavramları düşündüren durumlarla hekimler sıklıkla karşılaşmakta ve çoğu zaman bu etik ikilemleri tek başlarına çözmek durumunda kalmaktadırlar.

Bu çalışmada amacımız, değişik klinik durumlar üzerinden, Türk toplumunda yaşamın sonunda alınan etik kararlarda karar verme süreçlerini belirlemek; hasta, hekim ve hasta yakınlarının karar verme süreçlerindeki etkinliklerini değerlendirmektir.

Çalışmamızdaki ankette yer alan klinik durumlar Ruhnke ve ark.nın “Ethical Decision Making and Patient Autonomy. A Comparison of Physicians and Patients in Japan and the United States” başlıklı makalesindeki klinik durumlardır.⁴ Bu makalede yaşamın sonunda alınan kararlar konusunda hekim, hasta ve hasta yakınlarının tutumları ve hangisinin daha belirleyici olduğu karşılaştırılmıştır. Bu çalışma daha sonra bir grup Suudi Arabistanlı araştırmacı tarafından model alınarak kendi ülkelerine uyarlanmıştır. Böylece yaşamın sonunda alınan kararların etik değerlendirilmesiyle ilgili ABD, Japonya, Suudi Arabistan karşılaştırması gerçekleştirilmiştir.⁵ Bizim çalışmamız, bir üniversite hastanesinde çalışan hekimler ve başvuran hastaların konuyla ilgili tutumlarının belirlenmesi üzerine nispeten sınırlı bir çalışmadır. Çalışmamızın sonuçları Türkiye genelini yansıtmakta sınırlı kalacağından, Türkiye’deki durumu gösterir geniş ölçekli bir araştırma web tabanlı olarak ayrıca yürütülmektedir.

TABLO 1: Hastaların durumlara ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı.

	Katılıyorum	Katılmıyorum
	%	%
Durum 1: Tedavisi olmayan ileri dönem bir kanser hastalığınız olduğunu varsayalım.		
1.1. Doktor, size hastalığınızı söylemelidir. Ailenize, hastalığınızı söyleyip söylememe kararını size bırakmalıdır. Katılıyor musunuz?	85.3	14.7
1.2. Doktor, hastalığınızı size değil, ailenize söylemelidir. Hastalığının size söylenip söylenmeyeceğine aileniz karar vermelidir. Katılıyor musunuz?	25.3	74.7
1.3. Ailenizin hastalığınız konusunda bilgi sahibi olduğunu ve doktorun size hastalığınız ile ilgili bilgi vermesini istemediklerini varsayalım. Doktor yine de, size hastalığınız konusunda bilgi vermelidir. Katılıyor musunuz?	85.3	14.7
Durum 2: Varsayalım ki, altı hafta içinde vefatla sonuçlanacak son aşamada bir mide kanseri hastalığınız var ve giderilmesi mümkün olmayan ağrılar çekiyorsunuz. Doktordan, yaşamınızı sona erdirecek kadar çok miktarda ve yüksek dozda ağrı kesici ilaç istiyorsunuz.		
2.1. Yine doktorun sizi sadece bir kez gördüğünü ve hastalığınıza ilişkin genel bir bilgi aldığını varsayalım.		
2.1.1. Doktor size bu aşırı doz ve miktardaki ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	29.3	70.7
2.1.2. Doktor ailenizle konuştu ve aileniz bu aşırı doz ve miktardaki ilaçların verilmesini kabul etti. Doktor size ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	34.0	66.0
2.1.3. Doktor ailenizle konuştu, ama aileniz ilaçların verilmesini kabul etmedi. Doktor, siz istediğiniz için yine de ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	30.7	69.3
2.2. Aynı durum için, bu sefer, doktorun sizi 20 yıldır, çok iyi tanıdığını varsayalım.		
2.2.1. Doktor size bu aşırı doz ve miktardaki ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	42.7	57.3
2.2.2. Doktor ailenizle konuştu ve aileniz bu aşırı doz ve miktardaki ilaçların verilmesini kabul etti. Doktor size ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	44.7	55.3
2.2.3. Doktor ailenizle konuştu, ama aileniz aşırı doz ve miktardaki ilaçların verilmesini kabul etmedi. Doktor, siz istediğiniz için yine de ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	31.3	68.7
Durum 3: Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalığınız var ve altı haftadan fazla yaşamınız beklenmiyor. Durumunuz aniden kötüleşiyor, yaşamınız için derhal solunum cihazına bağlanmanız gerekiyor. Solunum cihazına bağlı olarak son birkaç hafta daha yaşayabileceksiniz. Siz her şeyin farkındasınız ve doktorunuz size solunum cihazı ile ilgili önerilerini, nedenleriyle birlikte anlattı.		
	Katılıyorum	Katılmıyorum
3.1. Siz, doktorunuzla birlikte solunum cihazına bağlanmak yerine "yaşamınızın sonlanması" kararını verdiniz. Ama aileniz solunum cihazına bağlanmanızı istiyor. Bu durumda, doktor, ailenizin kararına uyararak sizi cihaza bağlamalıdır. Katılıyor musunuz?	71.3	28.7
3.2. Solunum cihazına bağlanmak yerine, yaşamınızın sonlandırılmasını istiyorsunuz, ama doktorunuz ve aileniz, solunum cihazına bağlanmanızı istiyor. Bu durumda sizin isteğiniz gerçekleştirilmelidir. Katılıyor musunuz?	39.3	60.7
3.3. Siz, doktor ve aileniz hep birlikte solunum cihazına bağlanmadan yaşamınızın sonlandırılmasına karar veriyorsunuz. Ama yine de sizin cihaza bağlanmanız gerekir. Katılıyor musunuz?	69.3	30.7
3.4. Siz ve aileniz yaşamınızın sonlandırılmasını istiyorsunuz, ama doktor solunum cihazına bağlamak istiyor. Bu durumda doktorun kararı uygulanmamalıdır. Katılıyor musunuz?	36.9	63.1
3.5. Varsayalım ki, siz bir süre sonra karar veremeyecek kadar hasta duruma geliyorsunuz. Doktor solunum cihazına bağlanmanızı istiyor, ama aileniz istemiyor ve yaşamınızın sonlandırılmasını tercih ediyor. Bu durumda, doktorun kararı uygulanmalıdır. Katılıyor musunuz?	74.0	26.0
3.6. Varsayalım ki, siz bir süre sonra karar veremeyecek kadar hasta duruma geliyorsunuz. Ama daha önceden siz karar verecek durumdayken, bu duruma düştüğünüzde yaşamınızın sonlandırılması yönünde kararınızı bildirmişsiniz. Ama şu anda doktorunuz ve aileniz, sizin cihaza bağlanmanızı istiyor. Bu durumda sizin daha önce verdiğiniz karar, yani solunum cihazına bağlanmama kararınız uygulanmalıdır. Katılıyor musunuz?	44.7	55.3
3.7. Aileniz solunum cihazına bağlanmanızı, doktor ise bağlanmamanızı ve yaşamınızın sonlandırılmasını istiyor. Bu durumda cihaza bağlanmamanız gerekir. Katılıyor musunuz?	37.3	62.7

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Yaşamın sonunda alınan kararlarda etik karar verme süreçlerinin tartışılması, bu süreçte temel karar

vericinin kim olduğunun ve ilişkideki yetke ögesinin belirlenmesi amacıyla üç farklı senaryo içeren bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk senaryosu, tedavisi mümkün olmayan kanser olgu-

sunda tanının hastaya söylenmesiyle, ikinci senaryo hekim yardımcı intihar ile sonuncu senaryo ise yaşam desteğinin çekilmesi/verilmemesi kararının kimin tarafından alındığı ve belirleyicileriyle ilgilidir. Araştırmamız tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olup, Kasım 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hasta popülasyonu olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran çeşitli hasta grupları seçilmiştir. Anketler HÜTF Çocuk Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Dâhiliye ve Genel Cerrahi bölümlerinde çalışan hekimlere uygulanmıştır. Ancak örneklem sayısına ulaşılmadığı için diğer bölümlerden de rastgele örnekleme yöntemi ile hekimler seçilerek görüşmeler tamamlanmıştır. 150 hasta ve 151 hekim ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket uygulanmıştır.

Çalışmamızdaki ankette yer alan durumlar Ruhnke ve ark.nın "Ethical Decision Making and Patient Autonomy. A Comparison of Physicians and Patients in Japan and the United States" başlıklı makalesinden alınmış olup, anket formu Türkçeye çevrilmiş, daha sonra tekrar İngilizceye çevrilerek ifadelerin uygunluğu denetlenmiş, çalışma başlatılmadan önce bir grup hekim ve hasta üzerinde yürütülen pilot çalışma ile sorular denetlenmiş ve anlaşılabilirliği sağlanmıştır. Araştırma hizmet satın alınarak yapılmıştır. Projenin saha çalışmasında merkezi ekipler görev yapmıştır. Proje ekibi tarafından belirlenen eğitici tarafından projenin konusu, soru formu içeriği, pilot ve saha uygulaması ile ilgili eğitimler anketörlere verilmiştir. Anketler örneklem kapsamında yer alan katılımcılara anketörler tarafından tek tek, yüz yüze görüşmelerle uygulanmıştır. Anket tamamlandığında genel kontrolü yapılarak; yanıtlanmamış madde olup olmadığının kontrol edilerek, yanıtlanmamış maddelerin yanıtlanması ile görüşme tamamlanmıştır. Ayrıca, saha koordinatörlerinin ilgili oldukları sahada, anketlerin örneklem listesindeki katılımcılar tarafından doldurulup doldurulmadığı hem genel hem de bir kontrol listesi ile kontrol edilerek raporlanması sağlanmıştır.

Saha çalışması, bir süpervizör tarafından yürütülmüş olup, anketlerde %100 saha kontrolü,

%30 telefon kontrolü, %100 edit kontrolü yapılmıştır. Veri girişi ve analizler SPSS 11.5 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi ve ki-kare testinin varsayımı sağlanmadığında Fisher kesin ki-kare testinin çok gözlü tablolara genellenmiş biçimi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmamız 21.06.2007 tarihli HEK07/74 No'lu etik kurul kararı alınarak başlatılmış ve Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi (HÜ BAB 19.09.2007 tarih, 07/05-4 sayılı kararıyla) tarafından desteklenmiştir.

BULGULAR

HASTALARA AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan 150 hastanın %62.7'si erkek, %37.3'ü kadındır. Hastaların ortalama yaşı 33.7 ± 12.0 yıldır. Hastaların %14.7'si ilköğretim ya da ortaokul, %56.7'si lise, %28.7'si ise üniversite mezundur ve %2'si yüksek lisans yapmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların ESOMAR sosyo-ekonomik statüleri (SES)'ne bakıldığında çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%80.7) SES düzeyi B ve C1'dir.*

Araştırmamızın verilerine göre hastaların büyük çoğunluğu (%85.3), tedavisi olmayan ileri dönem kanser tanısı aldıklarında, bu tanının öncelikle kendisine söylenmesini istemektedirler. (Tablo 1, Durum 1.1.). Ailenin tanının hastaya söylenmesini istemedi-

* Avrupa Araştırmacılar Birliği (ESOMAR) sosyo-ekonomik statü tanımları:
A grubu "İyi eğitilmiş üst düzey yöneticiler ve profesyoneller": İyi eğitilmiş, üst düzeyden orta kademe kadar, geniş personelden sorumlu yöneticiler; iyi eğitilmiş bağımsız ya da kendi hesabına çalışan profesyonel meslek sahipleri.
B grubu "Orta kademe yöneticileri": İyi eğitilmiş orta kademe yöneticileri veya biraz daha az eğitilmiş ve daha az personelden sorumlu üst düzey yöneticileri.
C1 grubu "İyi eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan memurlar, vasıflı işçiler ve iş sahipleri": Küçük ve orta ölçekli işletmelerin orta kademe yöneticileri; iyi eğitilmiş, bedensel olmayan işlerde çalışan memurlar, süpervizörler/vasıflı kol ve beden işçileri ve küçük ticaret sahipleri, az eğitilmiş yöneticiler.
C2 grubu "Vasıflı işçiler ve bedensel olmayan işlerde çalışan memurlar": Daha iyi eğitilmiş süpervizörler/vasıflı kol işçileri; iyi eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan işçiler, küçük işletme sahipleri.
D grubu "Vasıflı ve vasıfsız el-beden işçileri ve az eğitilmiş bedensel olmayan yönetim pozisyonlarında çalışanlar": Daha az eğitilmiş süpervizörler/vasıflı ve vasıfsız el-beden işçileri ve az eğitilmiş bedensel olmayan işlerde çalışan işçiler; az eğitilmiş üst/orta kademe yöneticiler ya da daha küçük işletme sahipleri.
E grubu Daha az iyi eğitilmiş vasıflı ve vasıfsız el-beden işçileri, küçük işletme sahipleri ile çiftçiler/balıklar.

ği durumlarda bile, hastaların %85.3'ü hekiminden bu bilgiyi talep etmektedir (Tablo 1, Durum 1.3.).

Durum 2.1'de hastaların %29.3'ü ölümle sonuçlanacak kanser hastalığının ve giderilmesi mümkün olmayan ağrıların olduğu durumlar için, yaşamlarını sona erdirecek miktarda ilacın verilmesini hekimlerinden istemektedirler (Tablo 1, Durum 2.1.1.). Hastanın hekimini uzun bir süredir tanıyor olması durumunda ilacın verilmesini isteme oranı %42.7'ye çıkmaktadır (Tablo 1, Durum 2.2.1.).

Hastanın kendi adına karar verebilecek yeterliliğe sahip olduğu ve hekimiyle birlikte solunum cihazına bağlanmama kararı verdiği (yaşamının sonlandırılmasını talep ettiği), ama ailesinin bunu kabul etmediği durumda, hastaların %71.3'ü ailesinin isteğini incelemektedir. Yani solunum cihazına bağlanmayı kabul etmektedir (Tablo 1, Durum 3.1.).

Hastanın solunum cihazına bağlanmak istemediği, ancak hekiminin ve ailesinin solunum cihazına bağlanmasını istediği durumda hastaların %60.7'si hekiminin ve ailesinin kararını onaylamaktadır (Tablo 1, Durum 3.2.).

Hasta, ailesi ve hekiminin hastanın solunum cihazına bağlanmaması ortak kararını verdikleri durumda hastalara "Yine de sizin solunum cihazına bağlanmanız gerekir, katılıyor musunuz?" diye sorulduğunda hastalarımızın %69.3'ü "Katılıyorum" yanıtını vermişlerdir (Tablo 1, Durum 3.3.).

Hasta ve ailesinin hastanın yaşamının sonlandırılmasını istediği, ancak hekimin, hastanın solunum cihazına bağlanmasını istediği durumda, hastaların %63.1'i solunum cihazına bağlanma kararını desteklemektedirler (Tablo 1, Durum 3.4.).

Hastaların karar verme kapasitelerinin olmadığı ve onlar adına karar vericinin kim olması gerektiğinin sorgulandığı durumda, hastalarımızın %74'ü, aileleri yerine hekimlerinin karar vermesini talep etmektedirler (Tablo 1, Durum 3.5.).

Mevcut hastalığın bir süre sonra karar verme yeterliliğini ortadan kaldıracağı bilindiğinde, kişinin önceden konuyla ilgili olarak verdiği direktif ne kadar etkili olmaktadır? Araştırmamızın sonuç-

larına baktığımızda %55.3 oranında hasta, daha önceden yaşamının sonlandırılması yönünde vermiş olduğu kararına rağmen, doktorunun ve ailesinin vereceği kararın - kendi kararının aksi yönünde olsa bile- uygulanmasını talep etmektedir (Tablo 1, Durum 3.6.).

Ailenin hastanın solunum cihazına bağlanmasını istediği, hekimin kararının yaşamın sonlandırılması yönünde olduğu durumda hastaların %62.7'sinin kararı yaşamın sürdürülmesi yönünde olmuştur (Tablo 1, Durum 3.7.).

Cinsiyetler arasında sorulara verilen yanıtlar açısından bir farklılık olup olmadığına bakılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Yaş grupları arasında sorulara verilen yanıtlar açısından bir farklılık olup olmadığına bakılmış olup, Durum 1.2'yi tanımlayan soruya -*Tedavisi olmayan ileri dönem bir kanser hastalığınız olduğunu varsayalım. Doktor, hastalığınızı size değil, ailenize söylemelidir. Hastalığınızın size söylenip söylenmeyeceğine aileniz karar vermelidir. Katılıyor musunuz?*- verilen yanıtlar farklı ($p < 0.05$), diğer sorulara verilen yanıtlar farksız bulunmuştur ($p > 0.05$). Durum 1.2 için 40 yaş ve üzerinde olan hasta grubunda "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı, diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.016$).

Hastaların eğitim düzeylerine göre sorulara verdikleri yanıtlar açısından bir farklılık olup olmadığına bakılmış, Durum 2.1.2, 2.2.2, 2.2.3 ve 3.4'e verdikleri yanıtlar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Lise mezunları arasında bu sorulara "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı diğer eğitim gruplarına göre yüksektir (Tablo 2).

Hastaların SES düzeyine göre Durum 2.1.2, 2.2.3, 3.2, 3.4, 3.5 ve 3.6'ya verilen yanıtlar farklı ($p < 0.05$), diğer sorulara verilen yanıtlar farksız bulunmuştur ($p > 0.05$). Genelde SES düzeyi C2 olan grup diğerlerinden farklı yanıtlar vermiş olup, SES düzeyi C1 ve C2 olanlarda Durum 2.1.2 ve 3.4'e "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, SES düzeyi C2 olanlarda Durum 2.2.3, 3.2 ve 3.6'ya "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı yüksek iken, Durum 3.5'e "Katılmıyorum" yanıtını verenlerin oranı yüksektir.

TABLO 2: Eğitim düzeylerine göre hastaların durumlara ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı.

Durum	Eğitim	Katılıyorrum		Katılmıyorrum		Toplam	χ^2	P
		n	%	n	%			
1.1.	İlk-Ortaokul	16	72.7	6	27.3	22	3.383	0.184
	Lise	75	88.2	10	11.8	85		
	Üniversite	37	86.0	6	14.0	43		
1.2.	İlk-Ortaokul	9	40.9	13	59.1	22	3.600	0.165
	Lise	18	21.2	67	78.8	85		
	Üniversite	11	25.6	32	74.4	43		
1.3.	İlk-Ortaokul	19	86.4	3	13.6	22	0.128	0.938
	Lise	73	85.9	12	14.1	85		
	Üniversite	36	83.7	7	16.3	43		
Durum	Eğitim	Katılıyorrum		Katılmıyorrum		Toplam	χ^2	P
n	%	n	%					
2.1.1.	İlk-Ortaokul	5	22.7	17	77.3	22	3.385	0.184
	Lise	30	35.3	55	64.7	85		
	Üniversite	9	20.9	34	79.1	43		
2.1.2.	İlk-Ortaokul	5	22.7	17	77.3	22	7.959	0.019
	Lise	37	43.5	48	56.5	85		
	Üniversite	9	20.9	34	79.1	43		
2.1.3.	İlk-Ortaokul	6	27.3	16	72.7	22	3.383	0.184
	Lise	31	36.5	54	63.5	85		
	Üniversite	9	20.9	34	79.1	43		
Durum	Eğitim	Katılıyorrum		Katılmıyorrum		Toplam	χ^2	P
n	%	n	%					
2.2.1.	İlk-Ortaokul	6	27.3	16	72.7	22	4.236	0.120
	Lise	42	49.4	43	50.6	85		
	Üniversite	16	37.2	27	62.8	43		
2.2.2.	İlk-Ortaokul	7	31.8	15	68.2	22	8.978	0.011
	Lise	47	55.3	38	44.7	85		
	Üniversite	13	30.2	30	69.8	43		
2.2.3.	İlk-Ortaokul	5	22.7	17	77.3	22	6.963	0.031
	Lise	34	40.0	51	60.0	85		
	Üniversite	8	18.6	35	81.4	43		
Durum	Eğitim	Katılıyorrum		Katılmıyorrum		Toplam	χ^2	P
n	%	n	%					
3.1.	İlk-Ortaokul	19	86.4	3	13.6	22	3,202	0,202
	Lise	57	67.1	28	32.9	85		
	Üniversite	31	72.1	12	27.9	43		
3.2.	İlk-Ortaokul	7	31.8	15	68.2	22	4,999	0,082
	Lise	40	47.1	45	52.9	85		
	Üniversite	12	27.9	31	72.1	43		
3.3.	İlk-Ortaokul	18	81.8	4	18.2	22	2,093	0,351
	Lise	56	65.9	29	34.1	85		
	Üniversite	30	69.8	13	30.2	43		
3.4.	İlk-Ortaokul	5	22.7	17	77.3	22	10.905	0.004
	Lise	41	48.2	44	51.8	85		
	Üniversite	9	21.4	33	78.6	42		
3.5.	İlk-Ortaokul	17	77.3	5	22.7	22	1.211	0.546
	Lise	60	70.6	25	29.4	85		
	Üniversite	34	79.1	9	20.9	43		
3.6.	İlk-Ortaokul	12	54.5	10	45.5	22	2.731	0.255
	Lise	40	47.1	45	52.9	85		
	Üniversite	15	34.9	28	65.1	43		
3.7.	İlk-Ortaokul	5	22.7	17	77.3	22	4.908	0.086
	Lise	38	44.7	47	55.3	85		
	Üniversite	13	30.2	30	69.8	43		

Gelir gruplarına göre sorulara verilen yanıtlar arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

HEKİMLERE AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan 151 hekimin ortalama yaşı 44.2 ± 9.9 yıldır ve %51'i erkek, %49'u kadındır. Hekimlerin %72.9'u öğretim üyesi, %9.9'u öğretim görevlisi ve %17.2'si de uzmandır. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı Şekil 1'de görülmektedir. Çalışmaya en fazla katılım %35.8 ile pediatri bölümünden olmuştur. Bunu %11'lik katılım ile iç hastalıkları izlemiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu Hacettepe Üniversitesi (%56.3) ya da Ankara Üniversitesi (%22.5) Tıp Fakültesi mezunudur. Yine hekimlerin büyük çoğunluğu (%81.8) uzmanlığını Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden almıştır.

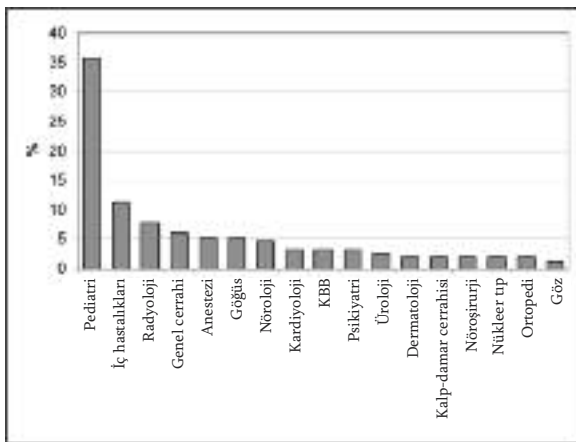
Hekimlerin ortalama çalışma süresi 20.8 ± 10.2 yıldır.

Hekimlerin her üç senaryo üzerinden verdikleri yanıtlar Tablo 3'te görülmektedir.

Cinsiyetler arasında üç duruma ilişkin sorulara verilen yanıtlar açısından bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Uzmanlık alanlarına göre sorulara verilen yanıtlar arasında farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Mezun olunan tıp fakültesine göre sorulara verilen yanıtlar arasında farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).



ŞEKİL 1: Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı.

Durum 2.2.1, Durum 2.2.2, Durum 3.6 ve Durum 3.7 dışındaki sorulara verilen yanıtlar arasında hekimlik süresine göre fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalışma süresi 11-20 yıl arasında olan hekimlerde Durum 2.2.1 ve 2.2.2'ye "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı daha düşüktür. Durum 3.6'da çalışma süresi 21 yıl üzerinde olanlarda, Durum 3.7'de ise çalışma süresi 16-20 yıl arasında olanlarda "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı düşük ve çalışma süresi 6-10 yıl olanlarda "Katılıyorum" yanıtı verenlerin oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Durum 1 ve Durum 2'de belirtilen tüm sorulara ve Durum 3.3, 3.7'de belirtilen sorulara verilen yanıtlar hasta ve hekimler arasında farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Farklılığın önemli bulunduğu durumlardan, Durum 1.2'de hekimlerde "Katılıyorum" yanıtını verme oranı yüksek iken, diğer durumlarda hastalarda "Katılıyorum" yanıtını verme oranı daha yüksektir.

Hekimin kanser tanısını önce hastasına söylediği ve tanının aileye söylenip söylenmeme kararını hastaya bıraktığı duruma hastaların %85'i, hekimlerin ise %67'si katılmıştır (Tablo 5, Durum 1.1).

Hekimin kanser tanısını önce hastanın ailesine söylediği ve hastaya söylenip söylenmeme kararını aileye bıraktığı duruma, hastaların %25'i, hekimlerin %41'i "Katılıyorum" yanıtını vermiştir (Tablo 5, Durum 1.2).

Ailenin kanser tanısının hastaya söylenmesini istememesine rağmen, hekimin bu bilgiyi hastasına her durumda vermesi gerektiği ile ilgili ifadeye hastaların %85'i, hekimlerin %54'ü "Katılıyorum" yanıtını vermişlerdir (Tablo 5, Durum 1.3).

Ölümlerle sonuçlanacak kanser hastalığının giderilmesi mümkün olmayan ağrıların olduğu, hekimin hastayı sadece bir kez gördüğü durumda, yaşamı sona erdirecek miktarda ilacın hastaya verilmesini hastaların %29'u onaylarken, hekimlerin sadece %8'i onaylamıştır. Hekimin hastayı 20 yıldır tanıdığı durum için bu oran hastada %42, hekimde %21'e yükselmektedir (Tablo 5, Durum 2.1.1 ve 2.2.1).

Hekimin hastayı sadece bir kez gördüğü, hastanın ailesinin de ilacın verilmesine onay verdiği durumda bu oran hastada %34, hekimde %13 ol-

TABLO 3: Hekimlerin üç duruma ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı.

	Katılıyorrum	Katılmıyorrum
	%	%
Durum 1: Tedavisi olmayan ileri dönem bir kanser hastalığınız olduğunu varsayalım.		
1.1. Doktor, size hastalığınızı söylemelidir. Ailenize, hastalığınızı söyleyip söylememe kararını size bırakmalıdır. Katılıyor musunuz?	67.6	32.4
1.2. Doktor, hastalığınızı size değil, ailenize söylemelidir. Hastalığınızın size söylenip söylenmeyeceğine aileniz karar vermelidir. Katılıyor musunuz?	41.6	58.4
1.3. Ailenizin hastalığınız konusunda bilgi sahibi olduğunu ve doktorun size hastalığınızı ile ilgili bilgi vermesini istemediklerini varsayalım. Doktor yine de, size hastalığınız konusunda bilgi vermelidir. Katılıyor musunuz?	54.7	45.3
Durum 2: Varsayalım ki, altı hafta içinde vefatla sonuçlanacak son aşamada bir mide kanseri hastalığınız var ve giderilmesi mümkün olmayan ağrılar çekiyorsunuz. Dokordan, yaşamınızı sona erdirecek kadar çok miktarda ve yüksek dozda ağrı kesici ilaç istiyorsunuz.		
2.1. Yine doktorun sizi sadece bir kez gördüğünü ve hastalığınıza ilişkin genel bir bilgi aldığını varsayalım.		
Katılıyorrum Katılmıyorrum		
2.1.1. Doktor size bu aşırı doz ve miktardaki ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	8.0	92.0
2.1.2. Doktor, ailenizle konuştu ve aileniz bu aşırı doz ve miktardaki ilaçların verilmesini kabul etti. Doktor size ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	13.3	86.7
2.1.3. Doktor ailenizle konuştu, ama aileniz ilaçların verilmesini kabul etmedi. Doktor, siz istediğiniz için yine de ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	8.0	92.0
2.2. Aynı durum için, bu sefer, doktorun sizi 20 yıldır, çok iyi tanıdığını varsayalım.		
Katılıyorrum Katılmıyorrum		
2.2.1. Doktor size bu aşırı doz ve miktardaki ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	21.3	78.7
2.2.2. Doktor ailenizle konuştu ve aileniz bu aşırı doz ve miktardaki ilaçların verilmesini kabul etti. Doktor size ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	26.7	73.3
2.2.3. Doktor ailenizle konuştu, ama aileniz aşırı doz ve miktardaki ilaçların verilmesini kabul etmedi. Doktor, siz istediğiniz için yine de ilaçları vermelidir. Katılıyor musunuz?	14.0	86.0
Durum 3: Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalığınız var ve altı haftadan fazla yaşamınız beklenmiyor. Durumunuz aniden kötüleşiyor, yaşamınız için derhal solunum cihazına bağlanmanız gerekiyor. Solunum cihazına bağlı olarak son birkaç hafta daha yaşayabileceksiniz. Siz her şeyin farkındasınız ve doktorunuz size solunum cihazı ile ilgili önerilerini, nedenleriyle birlikte anlattı.		
Katılıyorrum Katılmıyorrum		
3.1. Siz, doktorunuzla birlikte solunum cihazına bağlanmak yerine "yaşamınızın sonlanması" kararını verdiniz. Ama aileniz solunum cihazına bağlanmanızı istiyor. Bu durumda, doktor, ailenizin kararına uyarak sizi cihaza bağlamalıdır. Katılıyor musunuz?	65.6	34.4
3.2. Solunum cihazına bağlanmak yerine, yaşamınızın sonlandırılmasını istiyorsunuz, ama doktorunuz ve aileniz, solunum cihazına bağlanmanızı istiyor. Bu durumda sizin isteğiniz gerçekleştirilmelidir. Katılıyor musunuz?	33.8	66.2
3.3. Siz, doktor ve aileniz hep birlikte solunum cihazına bağlanmadan yaşamınızın sonlandırılmasına karar veriyorsunuz. Ama yine de sizin cihaza bağlanmanız gerekir. Katılıyor musunuz?	49.0	51.0
3.4. Siz ve aileniz yaşamınızın sonlandırılmasını istiyorsunuz, ama doktor solunum cihazına bağlamak istiyor. Bu durumda doktorun kararı uygulanmamalıdır. Katılıyor musunuz?	46.4	53.6
3.5. Varsayalım ki, siz bir süre sonra karar veremeyecek kadar hasta duruma geliyorsunuz. Doktor solunum cihazına bağlanmanızı istiyor, ama aileniz istemiyor ve yaşamınızın sonlandırılmasını tercih ediyor. Bu durumda, doktorun kararı uygulanmalıdır. Katılıyor musunuz?	66.2	33.8
3.6. Varsayalım ki, siz bir süre sonra karar veremeyecek kadar hasta duruma geliyorsunuz. Ama daha önceden siz karar verecek durumdayken, bu duruma düştüğünüzde yaşamınızın sonlandırılması yönünde kararınızı bildirmiştiniz. Ama şu anda doktorunuz ve aileniz, sizin cihaza bağlanmanızı istiyor. Bu durumda sizin daha önce verdiğiniz karar, yani solunum cihazına bağlanmama kararınız uygulanmalıdır. Katılıyor musunuz?	40.3	59.7
3.7. Aileniz solunum cihazına bağlanmanızı, doktor ise bağlanmamanızı ve yaşamınızın sonlandırılmasını istiyor. Bu durumda cihaza bağlanmamanız gerekir. Katılıyor musunuz?	22.5	77.5

maktadır. (Tablo 5, Durum 2.1.2). Hekimin hastayı 20 yıldır tanıdığı durum için bu oran hastada %44, hekimde %26'ya çıkmaktadır (Tablo 5, Durum 2.2.2).

Hekimin hastayı sadece bir kez gördüğü, ailenin hastaya bu miktardaki ilacın verilmesini reddetmesine rağmen hekimin hastaya ilaçları sağlaması durumuna hastaların %30'u, hekimlerin

TABLO 4: Hekimlerin hekimlik sürelerine göre sorulara verdikleri yanıtların dağılımı.

Durum	Hekimlik süresi	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam	χ^2	P
		n	%	n	%			
1.1.	6-10 yıl	22	88.0	3	12.0	25	5.826	0.120
	11-15 yıl	18	66.7	9	33.3	27		
	16-20 yıl	21	63.6	12	36.4	33		
	21 yıl ve üzeri	36	62.1	22	37.9	58		
1.2.	6-10 yıl	7	28.0	18	72.0	25	3.350	0.341
	11-15 yıl	12	42.9	16	57.1	28		
	16-20 yıl	12	36.4	21	63.6	33		
	21 yıl ve üzeri	28	48.3	30	51.7	58		
1.3.	6-10 yıl	16	64.0	9	36.0	25	6.013	0.111
	11-15 yıl	14	50.0	14	50.0	28		
	16-20 yıl	23	69.7	10	30.3	33		
	21 yıl ve üzeri	26	45.6	31	54.4	57		
Durum	Hekimlik süresi	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam	χ^2	P
		n	%	n	%			
2.1.1.	6-10 yıl	1	4.0	24	96.0	25	3.801	0.284
	11-15 yıl	1	3.6	27	96.4	28		
	16-20 yıl	2	6.1	31	93.9	33		
	21 yıl ve üzeri	8	13.6	51	86.4	59		
2.1.2.	6-10 yıl	2	8.0	23	92.0	25	5.730	0.125
	11-15 yıl	2	7.1	26	92.9	28		
	16-20 yıl	3	9.1	30	90.9	33		
	21 yıl ve üzeri	13	22.0	46	78.0	59		
2.1.3.	6-10 yıl	2	8.0	23	92.0	25	1.321	0.724
	11-15 yıl	1	3.6	27	96.4	28		
	16-20 yıl	2	6.1	31	93.9	33		
	21 yıl ve üzeri	6	10.2	53	89.8	59		
Durum	Hekimlik süresi	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam	χ^2	P
		n	%	n	%			
2.2.1.	6-10 yıl	6	24.0	19	76.0	25	8.241	0.041
	11-15 yıl	2	7.1	26	92.9	28		
	16-20 yıl	4	12.1	29	87.9	33		
	21 yıl ve üzeri	18	30.5	41	69.5	59		
2.2.2.	6-10 yıl	8	32.0	17	68.0	25	12.761	0.005
	11-15 yıl	2	7.1	26	92.9	28		
	16-20 yıl	5	15.2	28	84.8	33		
	21 yıl ve üzeri	23	39.0	36	61.0	59		
2.2.3.	6-10 yıl	4	16.0	21	84.0	25	4.520	0.210
	11-15 yıl	1	3.6	27	96.4	28		
	16-20 yıl	4	12.1	29	87.9	33		
	21 yıl ve üzeri	12	20.3	47	79.7	59		

TABLO 4: Hekimlerin hekimlik sürelerine göre sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (devamı).

Durum	Hekimlik süresi	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam	χ^2	P
		n	%	n	%			
3.1.	6-10 yıl	12	46.2	14	53.8	26	5.053	0.168
	11-15 yıl	20	71.4	8	28.6	28		
	16-20 yıl	21	63.6	12	36.4	33		
	21 yıl ve üzeri	41	69.5	18	30.5	59		
3.2.	6-10 yıl	11	42.3	15	57.7	26	1.168	0.761
	11-15 yıl	10	35.7	18	64.3	28		
	16-20 yıl	12	36.4	21	63.6	33		
	21 yıl ve üzeri	18	30.5	41	69.5	59		
3.3.	6-10 yıl	7	26.9	19	73.1	26	6.949	0.074
	11-15 yıl	14	50.0	14	50.0	28		
	16-20 yıl	15	45.5	18	54.5	33		
	21 yıl ve üzeri	34	57.6	25	42.4	59		
3.4.	6-10 yıl	15	57.7	11	42.3	26	5.507	0.138
	11-15 yıl	15	53.6	13	46.4	28		
	16-20 yıl	18	54.5	15	45.5	33		
	21 yıl ve üzeri	21	35.6	38	64.4	59		
3.5.	6-10 yıl	18	69.2	8	30.8	26	1.833	0.608
	11-15 yıl	21	75.0	7	25.0	28		
	16-20 yıl	20	60.6	13	39.4	33		
	21 yıl ve üzeri	37	62.7	22	37.3	59		
3.6.	6-10 yıl	13	52.0	12	48.0	25	12.445	0.006
	11-15 yıl	12	44.4	15	55.6	27		
	16-20 yıl	19	57.6	14	42.4	33		
	21 yıl ve üzeri	14	23.7	45	76.3	59		
3.7.	6-10 yıl	11	42.3	15	57.7	26	7.674	0.053
	11-15 yıl	6	21.4	22	78.6	28		
	16-20 yıl	4	12.1	29	87.9	33		
	21 yıl ve üzeri	13	22.0	46	78.0	59		

%8'i katılmıştır. (Tablo 5, Durum 2.1.3). Hekimin hastayı 20 yıldır tanıdığı durum için bu oran hasta da %31, hekimde %14'tür (Tablo 5, Durum 2.2.3).

Hasta, aile ve hekimin hastanın solunum cihazına bağlanmaması ortak kararını verdikleri durumda "Yine de hastanın solunum cihazına bağlanması gerekir, katılıyor musunuz?" ifadesine hastaların %69'u, hekimlerin %49'u "Katılıyorum" yanıtını vermişlerdir (Tablo 5, Durum 3.3.).

Ailenin hastanın solunum cihazına bağlanmasını istediği, hekimin kararının yaşamın sonlandırılması yönünde olduğu durumda "Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır, katılıyor musunuz?" ifa-

desine, hastaların %37'si, hekimlerin %22'si "Katılıyorum" yanıtını vermişlerdir (Tablo 5, Durum 3.7.).

TARTIŞMA

Yaşamın sonunda alınan etik kararları -tedaviye hiç başlamamak, başlanmış bir tedavinin sonlandırılması, canlandırma komutları, hekim yardımlı intihar, pasif ötanazi, boşunluk/boşuna tedavi (faydasız tedavi)- kimin vereceği ve verilen kararların nasıl uygulanacağı önemlidir.⁶

Yaşamın sonu konusu ve yaşamının sonunda olduğu düşünülen hasta ya da bu hasta gruplarıyla çalışan hekimlerle tutum araştırması yapmanın çe-

TABLO 5: Hasta-hekim karşılaştırması.

Durum	Katılma (%)	
	Hekim	Hasta
1. Hastanın tedavisi mümkün olmayan ileri dönem kanseri var.		
1.1. Doktor hastasına tedavisi mümkün olmayan ileri dönem kanseri olduğunu söylemelidir ve hastalığını ailesine söyleyip söylememe kararını hastaya bırakmalıdır.	67.6	85.3
1.2. Doktor hastanın ailesine hastanın ileri dönem kanseri olduğunu söylemelidir ve tanısının hastaya söylenip söylenmeme kararını hastanın ailesine bırakmalıdır.	41.6	25.3
1.3. Varsayalım, aile durumdan haberdar ve hastaya hastalığıyla ilgili bilgi verilmesini istemiyor. Doktor hastasını hastalığıyla ilgili olarak her durumda bilgilendirmelidir.	54.7	85.3
Durum	Katılma (%)	
Hekim	Hasta	
2. Altı hafta içinde ölmesi beklenen mide kanserinin son dönemindeki hastanın giderilmesi mümkün olmayan şiddetli ağrıları var. Hasta, doktordan çektiği acılara ve ağrılarına son verecek ve ölümüne neden olacak yüksek dozda ve çok miktarda ağrı kesici ilaç ister.		
2.1 Doktor hastayı bir kez görmüş ve basit bir anamnez almıştır.		
2.1.1 Hastaya bu aşırı doz sağlanmalıdır.	8.0	29.3
2.1.2 Varsayalım, doktor hastanın ailesi ile konuştu. Hastanın ailesi aşırı miktardaki ilacın verilmesini kabul etti. Doktor hastaya ilaçları sağlamalıdır.	13.3	34.0
2.1.3 Varsayalım, doktor hastanın ailesi ile konuştu ve aile hastaya aşırı miktardaki ilacın verilmesini reddetti. Doktor bu durumda yine de hastaya ilaçları sağlamalıdır.	8.0	30.7
2.2 Doktor hastayı 20 yıldır çok iyi tanımaktadır.		
2.2.1. Doktor hastaya aşırı dozdaki ilaçları sağlamalıdır.	21.3	42.7
2.2.2. Varsayalım, doktor hastanın ailesi ile konuştu. Hastanın ailesi aşırı miktardaki ilacın verilmesini kabul etti. Doktor hastaya ilaçları sağlamalıdır.	26.7	44.7
2.2.3. Varsayalım, doktor hastanın ailesi ile konuştu ve aile hastaya aşırı miktardaki ilacın verilmesini reddetti. Doktor bu durumda yine de hastaya ilaçları sağlamalıdır.	14.0	31.3
Durum	Katılma (%)	
Hekim	Hasta	
3 Hastanın ciddi, tedavi edilemez bir hastalığı var ve altı haftadan fazla yaşaması beklenmiyor. Durumu aniden kötüleşiyor, eğer solunum cihazına bağlanmazsa hemen ölecek, solunum cihazına bağlanırsa son birkaç haftasını solunum cihazına bağlı olarak geçirecek. Hasta her şeyin tamamen farkında ve durumu hakkında bilgilendirildi. Doktor hastaya solunum cihazı ile ilgili önerileri ve önerilerinin nedenlerini anlattı.		
3.1 Doktor ve hasta birlikte hastanın "ölümüne izin verilmesi" kararını verdi. Fakat aile hastanın solunum cihazına bağlanmasını istiyor. Doktor bu durumda hastayı solunum cihazına bağlamalıdır.	65.6	71.3
3.2 Hasta hemen ölümüne izin verilmesini istiyor, fakat doktor ve hastanın ailesi, hastanın solunum cihazına bağlanmasını istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır.	33.8	39.3
3.3 Doktor, hasta ve hastanın ailesi ölümüne izin verilmesini istiyor, fakat yine de hasta solunum cihazına bağlanmalıdır.	49.0	69.3
3.4 Doktor hastayı solunum cihazına bağlamak istiyor, fakat hasta ve ailesi hastanın ölümüne izin verilmesini istiyor. Bu durumda hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır.	46.4	36.9
3.5 Varsayalım, hastanın karar verme yeterliliğini ortadan kaldıran bir klinik tablosu var. Doktor hastayı solunum cihazına bağlamak istiyor, ama hastanın ailesi hastanın ölümüne izin verilmesini istiyor. Hasta bu durumda solunum cihazına bağlanmalıdır.	66.2	74.0
3.6 Varsayalım, hastanın karar verme yeterliliğini ortadan kaldıran bir klinik tablosu var. Aynı zamanda bu hastanın böyle bir durumda ölümüne izin verilmesi konusunda daha önceden bildirilmiş kararı (direktif, yetkilendirme bildirimi) var. Doktor ve hastanın ailesi hastanın cihaza bağlanmasını istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır.	40.3	44.7
3.7 Hastanın ailesi solunum cihazına bağlanmasını istiyor, fakat doktor hastanın ölümüne izin verilmesini istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır.	22.5	37.3

şitli güçlükleri bulunmaktadır. Yaşamın sonunda alınan kararlarda temel karar vericinin kim olduğu (hekim, hasta, hasta yakını) konusunda ülkemizde yapılmış çalışmaların sayıca az olması; ilgili kav-

ramların yeterince bilinmemesi ve bu konuların, tıbbi, psikolojik, sosyal, etik, yasal yönlerinin ilgili ortamlarda konuşulmaması, tartışılmaması nedeniyledir.

Gerek tıp eğitiminde sık sık vurgulanan kimi kavramlar (yaşama saygı, yaşamın korunması) ve her şeye rağmen hastayı yaşatma güdüsü, gerekse insanın doğasında var olan yaşam arzusu, alınan kararlarda yaşamı daima önceliklemektedir. Çoğu zaman yaşam kalitesi, boşuna tedavi, maliyet etkinliği, sınırlı kaynakların adil kullanımı... gibi kavramlar göz ardı edilebilmektedir. Araştırmamızda da Durum 3 ile tanımladığımız senaryoya verilen yanıtları değerlendirdiğimizde, hastaların büyük çoğunluğunun kararının, yaşam desteğinin verilmesi/sürdürülmesi yönünde olduğu görülmektedir. Hastanın kararı yaşam desteğinin çekilmesi yönünde olsa bile, hastalar aileleri ve hekimlerinin yaşam desteğinin sürdürülmesi yönünde verdikleri kararın uygulanmasını istemektedirler. Bu durum, hekimin ve hasta ailesinin kararı hastanın yaşatılması yönünde ise hastaların bu kararı onayladıkları, ancak yaşamın sonlandırılması yönünde olduğunda ise bu kararı destekledikleri şeklinde de yorumlanabilir.

Bu bağlamda hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi, yaşamın sonunda verilen desteğin çekilmesi kararı, hekim yardımcı intihar konuları, bu konularda karar vericinin kim olacağı ve sorumlulukları, etik ve hukuk açısından sorunlu konulardır.⁷ Genel olarak sağlık hizmetlerinde ve özel olarak da yaşamın sonundaki hastaya karşı hekim tutumlarında tıp etiği alanının ortaya koyduğu bilgilerin katkısı yadsınmaz. Dünyadaki değişime/dönüşüme paralel olarak; hastanın kendi hastalığının tanı ve tedavisinde aktif bir katılımcı olması, hekim merkezli hekim-hasta ilişkisinden, hasta merkezli bir ilişkiye geçiş konularında ülkemizde de değişim süreci başlamıştır. Kanser, terminal dönem hastalıkları, ölümcül hastalıklar gibi tıbbi durumlarda hekimler gerçeği söylemek/söylememek, canlandırma uygulamak/uygulamamak, faydasız tedavi kararları alıp/almamak konularında ikilemler yaşamaktadır. Bu konular aynı zamanda her ülkenin kendi ahlaki, sosyal ve kültürel yapısına göre farklılık gösterebildiği gibi, ülkelerin sağlık politikaları ve gelekselleşmiş hekim tutumları da bu konuda belirleyici olabilmektedir.⁸

Klinik uygulamada hekimin paternalistik tutumunun devam ediyor olması, hasta ve hasta ya-

kınlarının da bu tutumları genellikle kabulleniyor olmaları, bu değişimin önündeki engeller olarak görülmektedir. Türkiye’de son onlu yıllara kadar hekimin büyük bir saygınlığı ve hasta üzerinde tartışılmaz bir otoritesi varken, hasta doktora tamamen teslim olmuş ve hekim tedavinin tüm aşamalarında son sözü söylerken, geleneksel Türk kültürüyle de uyumlu olan bu durumun günümüzde kısmen değişmekle birlikte, halen pek çok hasta için devam ettiğini söylemek mümkündür.⁸ Hekimin kendi kültürel değerlerinin yanı sıra; etik ikilemler karşısındaki tutumu; hastanın bilinç-yetkinlik düzeyi, yaşı, inançları, ailenin beklentileri, hastanın beklentileri, tedavi masrafları gibi etkenler önemli belirleyicilerdir. Özellikle geriatrik yaş grubu için, yeterliliğin de kaybolduğu durumda, yaşamın sonunda alınan kararların sıklığının arttığını ve “yerine karar verme”, “yetkilendirilmiş bildirim” (geleceği belirleyen onam) prosedürlerinin daha sık işletildiğini söylemek mümkündür. Ülkemizde, yaşamın sonundaki kanser hastasının ağrısının giderilmesi ve palyatif bakımın verilmesi konusunda da standart uygulamalar bulunmamaktadır. Özellikle geriatrik gruplar için yaşamın sonuyla ilgili klinik kararlarda (canlandırma komutları, yaşam desteğinin verilmemesi, hekim yardımcı intihar...) yasal düzenlemeler, hekimin aktif rol almasına engel olabilmektedir.^{9,10}

Ülkemizde hekim-hasta ilişkisinde en önde gelen sorunlardan biri, tedavi kararlarını hastanın değil, çoğunlukla hasta yakınlarının ve/veya hekiminin vermesidir. Yaşamın sonunda alınan kararlarda bu durum iyice belirginlik kazanmaktadır. Hastanın yerine karar verme yetkisini kendisinde gören aile bireylerinin gerekçeleri; çoğunlukla yoğun bakım hastasının kendi adına karar verme yeterliliğini kaybetmesi, ağrı ve acı çekmesi, yaşam kalitesi gözetildiğinde yaşamın değil de ölüme giden sürecin uzatıldığının düşünülmesi, ekonomik zorluklar, tedavinin faydasızlığı... olabilmektedir.⁶⁻⁹ Bu sürecin karar verici konumunda olan hasta yakınları açısından da depresyon, anksiyete, PTSS yaratacak düzeyde zorlukları içerdiğine dair araştırma bulguları mevcuttur.³

Hastalık sürecinde yeterliliğini kaybeden yoğun bakım hastası adına bu kararları vermek duru-

munda kalan aile bireylerinin işini kolaylaştıracak bir uygulama olarak yetkilendirme bildirimini, geleceği belirleyen onam (advance directive) uygulamaları önerilmekte ve Batı'da yaygın olarak kullanılmaktadır. Pautex ve ark.nın¹¹ üç farklı pal-yatif bakım ünitesinde yaptıkları çalışmanın bul-guları, "advance directive" uygulamalarının hasta ve hasta yakınları için kolaylaştırıcı olduğu, stres ve anksiyeteyi azalttığı yönündedir. Ülkemizde he-nüz bu yönde uygulamalar bulunmamaktadır.

Kanser hastaları ve yaşamının sonundaki yo-ğun bakım hastalarına verilecek hizmetin bir ekip anlayışı içerisinde verilmesi, hizmet sorumluluğu-nun yalnızca hekime değil, hemşire, psikolog, sos-yal hizmet uzmanını da içerecek şekilde paylaş-tırılması, hasta ve ailelerine tıbbi yaklaşımın yanı sıra psikososyal desteğin sağlanması önemlidir.¹²

Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan girişi-min yarar sağlama/zarar vermeme ve sınırlı kay-nakların hakça dağıtımı ilkeleri açısından değeri-len-dirilmesi de önemlidir. Tedaviden beklenen yarar-ın, olası risklerden fazla olmaması durumunda (boşuna tedavi, faydasız tedavi) bu girişimin yapıl-masını etik açıdan haklı çıkarmak güçtür. Ancak yararın ne olduğu ve kime göre belirleneceği temelde değer yüklü bir sorudur. Ülkemizde halen sağlık çalışanları bazı durumlarda hastaya tedavi uygulanmasını yararsız buldukları halde, değişik nedenlerle (genellikle idari, sosyal, yasal) tedaviyi sonlandırma kararını alamamaktadırlar. Bu da tıp-ta sınırlı kaynakların adil kullanımında sıkıntılara yol açmaktadır. Uzatıldığı varsayılan "yaşamın ka-litesi"nin sorgulanması yanı sıra, maliyeti ve bunu kimin karşılayacağı gibi ekonomik kavramlar da birlikte değerlendirilmelidir.⁸

Karar verme sorumluluğunun ilgili taraflar arasında paylaşılması esastır. Bu durum, bilginin hasta ve ailesine verilmesi, verilen bilginin anlaş-ılır olması, hasta yeterliliği kavramı ve hasta/ailesi-nin özgür karar verme iradesini içerir (aydınla-tılmış onam süreci). Hastaya doğru bilgi verilmesi, hastanın doğru tercihte bulunmasını sağlar. Bu sü-reçte hekimin tutumu önemlidir; iletişim becerile-ri gelişmiş, bilgilendirme yaklaşımını bilen bir hekim, karşılıklı katılım modelini benimseyen em-patik bir tutumla hastaya hazır olduğu zaman ve

öğrenmek istediği kadar bilgiyi vermeye istekli ol-duğu mesajını iletmelidir.^{13,14}

Literatürde çeşitli kaynaklarda, günümüzde ABD başta olmak üzere İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde, hastanın bilgilendirilerek ona-mının alınmasının (aydınlatılmış onam) tıbbi uy-gulamaların temel elementlerinden biri haline geldiği bilinmektedir. Kanserli hastaya, terminal dönem hastalarına gerçeğin söylenmesi ve yaşamın sonunda alınan kararlara katılmaları konusu ülke-den ülkeye, kültürden kültüre de değişebilmekte-dir. Bunun nedeni olarak farklı etnik kökenler, dini inanışlar, kültürel değişiklikler, yasal düzenleme-ler gösterilmektedir.¹⁵⁻¹⁸

Ülkemizde yaşamın sonunda alınan kararlar ki-mi zaman sadece tıbbi kararlar olabileceken, idari ve yasal nedenlerle hekimler bu tıbbi kararın alın-masında çekinik davranabilmektedirler. 5237 sayılı TCK'nın 81. ve 84. maddelerini hekim eylemleri aç-ısından değerlendirerek, bu maddelerin hekimin ya-şamın sonuyla ilgili kararını/eylemini kısıtlayıcı hükümler içerdiğini belirten hukuki yorumlar yapılmaktadır. İntihara yönlendirme başlıklı Madde 84(1)'e göre; başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla ce-zalandırılır. Hekimin tıbbi eylemlerinin etik sınırla-rını belirlerken asıl yol gösterici olanın etik rehberler olması gerektiği, çünkü çoğu zaman tıbbi eylemlerin sınırlarını hukukun çizmesinin zor olduğu, tıbbi tek-nolojinin hızlı gelişimiyle etik sorunların her gün çe-şitlendiği ve bunların hukukun dar sınırları arasına hapsedilemeyeceği söylenebilir. Bu nedenle gerek Dünya Hekimler Birliğinin, gerekse Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin etik rehberleri yol gösterici olabilir. Hastane etik kurullarına, sağlık çalışanlarına ve he-kimlere ilgili konuda yol gösterici olabilecek ayrıntılı rehberlere gereksinim devam etmektedir.¹⁹⁻²¹

Hekimin kendi kültürel değerleri de çeşitli etik ikilemler karşısında tutumunu etkileyebilir. Mo-dern tıbbi uygulamada temel karar vericinin hasta olması, ancak karar öncesinde hastalığıyla ilgili her türlü bilginin kendisine verilmesi ve bu bilgi teme-linde onamının alınması gerekmektedir. Ülkemiz-deki uygulamalarda gözlemsel olarak sürecin böyle

işlemediği görüldüğünden mevcut durumun araştırma verileriyle ortaya konması, ilgili ortamlarda bu verilerin tartışılması önemlidir. Böylece klinik ve etik karar verme süreçlerine hasta ve hasta yakınlarının katılımının sağlanması, özellikle yaşamın sonunda alınan kararların sadece tıbbi kararlar olmadığına belirlenmesi, bu konuda hekimlerde duyarlılık ve farkındalık yaratılması ülkemiz açısından gereklidir. Bu konuların tıp eğitimi müfredatında yer alması, mezuniyet öncesi ve sonrası verilmesi önerilmektedir. Ayrıca hasta ve ailesi için, onların sorunlarına ilişkin sorumluluk düzeylerini ve davranışlarını geliştirecek, özerklik kavramının hasta/ailesi tarafından algılanmasına katkı sağlayacak eğitim çalışmaları planlanmalıdır.

SONUÇ

Tıp uygulaması sırasındaki müdahale ve kararların etik kavram ve değerlere uygun olması, hekimin büyük dikkat ve duyarlılığını gerektirir. Zaten asıl sorun hekimin etik sorunlar karşısında ne tür yöntem ve yaklaşım biçimi uygulayacağından öte, hekimin mesleğinin etik yönünü güncel biçimde

yaşama geçirme gayret ve amacıdır. Yaşamın sonunda hekimin karşı karşıya kaldığı etik ikilemlerin çözümünde, hekim kendi vicdanı ve kararının sorumluluğu ile baş başa bırakılmamalıdır. Bu kararların sorumluluğu ekip anlayışı içerisinde ve paylaşılan sorumluluk temelinde değerlendirilmelidir. Hastanın özerkliği, bilgilendirme ve karar verme hakkı her durumda merkezde yer almalıdır.

Yaşamın başlangıcı ve sonuyla ilgili konular, karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en iyi yararı/en üstün çıkarı gözetilerek kararın alınması açısından hastane etik kurullarına gereksinim duyulmaktadır. Bu kurulların oluşumuna hız verilmeli ve hem bu kurulların hem de yoğun bakım ünitesinde hizmet veren sağlık çalışanları başta olmak üzere bu tür hastalarla çalışan hekimlerin karar vermesine yardımcı olacak rehberler ilgili uzmanlık dernekleri, tabip odaları, TTB ve ilgili diğer kurumlar tarafından hazırlanmalı, yaşama geçirilmelidir. Etik alanda yapılan bu tartışmalar ve geliştirilen rehberler, konu ile ilgili yasal düzenlemelere de kaynaklık edecek, yol gösterecektir.

KAYNAKLAR

- Büken NO. Latest developments in medical ethics in Turkey. *Nurs Ethics* 2003;10(5):561-3.
- Sprung CL. Changing attitudes and practices in foregoing life-sustaining treatments. *JAMA* 1990;263(16):2211-5.
- Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest* 2008; 133(3):704-12.
- Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, Kinoue T, Takashima Y, Goldstein MK, et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 2000; 118(4):1172-82.
- Mobeireek AF, Al-Kassimi F, Al-Zahrani K, Al-Shimemeri A, al-Damegh S, Al-Amoudi O, et al. Information disclosure and decision-making: the Middle East versus the Far East and the West. *J Med Ethics* 2008;34(4):225-9.
- Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur D. [Denial of treatment, treatment termination]. *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. 1. Baskı. Ankara: Türk Felsefe Kurumu Yayını; 2005. p.231-2.
- Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *J Med Ethics* 2008; 34(5): 384-8.
- Buken NO. "Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey". *Journal of International Society for the History of Islamic Medicine (JISHIM)* 2003;2(4):31-7.
- Oguz NY, Miles SH, Buken N, Civaner M. End-of-life care in Turkey. *Camb Q Healthc Ethics* 2003;12(3):279-84.
- Rosenfeld KE, Wenger NS, Kagawa-Singer M. End-of-life decision making: a qualitative study of elderly individuals. *J Gen Intern Med* 2000;15(9):620-5.
- Pautex S, Herrmann FR, Zulian GB. Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. *Palliat Med* 2008;22(7): 835-41.
- Özbek Ö, Özşenol F, Oysul K, Beyzadeoğlu M, Pak Y. [Psychosocial Analysis Of Patients Undergoing Radiotherapy]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2003;23(3):189-94.
- Selph RB, Shiang J, Engelberg R, Curtis JR, White DB. Empathy and life support decisions in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2008;23(9):1311-7.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267(16):2221-6.
- Surbone A. Truth-telling, risk, and hope. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;809:72-9.
- Husebo S. Communication, autonomy, and hope. How can we treat seriously ill patients with respect? *Ann N Y Acad Sci* 1997;809:440-59.
- Schouwstra J, Van den Blink JW. Communication in cancer care. The Dutch situation. *Ann NY Acad Sci* 1997;809:422-39.
- Evans RW. How then should we die?: California's "Death with Dignity" Act. *Med Etika Bioet* 2000;7(1-2):3-9.
- 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu, Md. 81, Md. 84.
- Türk Tabipleri Birliği Yaşamın Başlangıcı ve Sonuna İlişkin Bildirgeler Sonuç Raporu. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu. 1. Baskı. Ankara: TTB Yayınları, 2008:27-34.
- Basturk E. [An Appraisal Of Do-not-resuscitate (dnr) Orders]. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2003;11(1):12-21.