

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HASTALARININ
TEDAVİYE KARAR VERME YETERLİĞİ**

Rahime AYDIN ER

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliği'nin Tıp Tarihi ve Etik AD.
Doktora Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

KOCAELİ
2009

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİ HASTALARININ
TEDAVİYE KARAR VERME YETERLİĞİ**

Rahime AYDIN ER

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliği'nin Tıp Tarihi ve Etik AD.
Doktora Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Yard. Doç. Dr. Mine ŞEHİRALTI

Kocaeli Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
(Proje No: 2008/13) Tarafından Desteklenmiştir.

KOCAELİ
2009

ÖZET

‘Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği’ adlı çalışmamızın amacı; psikiyatrik bozukluk nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterliklerini araştırmak ve farklı psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar verme yeterlikleri ile sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri ve klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Çalışma; Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri servisinde, 15 Haziran 2007 - 15 Şubat 2008 tarihleri arasında yatan 83 hasta üzerinde yürütülmüştür. Hastaların tedaviye karar verme yeterlikleri ile sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri, klinik değerlendirmeleri, hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan değerlendirilmiştir.

Hastaların yarısından fazlasının (%55.4) anlama, üçte ikisinden fazlasının (%67.5) değerlendirme ve çoğunluğunun (%73.6) muhakeme yeterliklerinin azaldığı belirlenmiştir. Hastaların en fazla tedavileriyle ilgili bilgileri anladıkları, yine tedaviyle ilgili bilgileri hastalığa ilişkin bilgilere göre daha iyi değerlendirdikleri saptanmıştır. Psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların değerlendirme yeterliği, diğer hastalık tanı gruplarında yer alan hastalara göre daha fazla azalmıştır. Değerlendirme dışında dört tanı grubunda yer alan hastalar, kendilerine anlatılan bilgileri benzer şekilde anlamış ve muhakeme etmişlerdir. Yalnız yaşayan (%9.6), ilk defa (%47.0) ve gönüllü olarak (%78.3) servise yatan; bilişsel işlem becerileri, sosyal ve mesleki işlevselliği iyi olan ve içgörüsü bulunan hastalar karar vermede daha yeterlidir. Hastalık belirti şiddeti arttıkça hastanın karar verme yeterliği azalmaktadır. Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi ile aracın yaptığı değerlendirme tutarlıdır.

Çalışma sonuçlarımız, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tümünün yetersiz olmadığını göstermektedir. Aynı zamanda psikiyatrik bozukluğu olan hastalara herhangi bir tedavi başlamadan veya müdahale yapılmadan önce, karar verme yeterliklerinin değerlendirilmiş olmasının önemini de ortaya koymaktadır. Bu nedenle; klinik uygulamaları sırasında hastanın karar verme yeterliğine ilişkin sorunlarla sıklıkla karşılaşan sağlık çalışanlarına, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine ilişkin etik eğitim ve danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır. Ayrıca; karar verme yeterliğinin nasıl değerlendirileceği ve yetersiz olan hastaların hangi koşullarda tedavi edilebileceklerine ilişkin kurumsal ve ulusal politikaların belirlenerek uygulamaya aktarılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yeterlik, karar verme kapasitesi, tedaviye karar verme yeterliği, aydınlatılmış onam, klinik etik, psikiyatrik bozukluk, MacCAT-T.

ABSTRACT

The purpose of the present study which is titled “Psychiatric Patients’ Competence to Decision Making Treatment” is patients’ psychiatric disorders to investigate competence to decision making treatment and to find out the relationship of patients’ different psychiatric disorders among competence to decision-making treatment and socio-demographic characteristics, clinical features and clinical assessments.

The study was carried out with 83 inpatients on Kocaeli University Education and Research Hospital Psychiatry service at between dates 15 June 2007 and 15 February 2008. The socio-demographic characteristics, clinical features and clinical assessments of patients with patient’s substitute, psychiatrist and nurse to evaluate of patient’s decision making competence were considered as independent variable. The patients’ competences to decision making treatment were considered as dependent variable. The correlation between these variables are analyzed with statistical tests.

More than half of the patients (55.4%) understanding, more than two-thirds (67.5%) appreciating and the majority (73.6%) reasoning competences were determined to impair. Information of the treatment understood and appreciated were determined better than information of disorder by patients. Appreciating competence of psychotic disorder group was impaired more than other disease groups. Patients in four diagnostic groups understood and reasoned the related information in a similar way. Patients who are living alone (9.6%), the first time (47.0%), and as a voluntary (78.3%) hospitalized; who are good at cognitive functions and social-occupational functionality and who have insight are more competence to treatment of decision-making. The patient’s decision making competence impairs when severity of symptoms of disease increases. The tool’s assessment and patient’s substitute, psychiatrist and nurse to evaluate of patient’s decision making competence are consistent.

Study results show all of the psychiatric patients’ are not incompetence. At the same time, those reveal the importance of assessment of decision-making competence in patients with psychiatric disorder before any treatment or intervention. Therefore, ethics training and consulting services about assessment of decision making competency should be planned to encounter employees who often faced problems related patient’s decision-making competence during clinical practice. In addition, we recommend institutional and national policies to be determined and put into practice related to how assessment decision making competence and incompetent patients can be treated in which conditions.

Key words: Competency, decision-making capacity, treatment decision-making capacity, informed consent, clinical ethics, psychiatric disorder, MacCAT-T.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen, değerli bilgi birikimini ve deneyimlerini benimle paylaşan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın hocam ve tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Mine Şehiraltı' ya,

Eğitimim ve akademik faaliyetlerime yaptığı çok değerli katkılarından ve tez çalışmam sırasındaki yardımlarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı sayın hocam Prof. Dr. Nermin Ersoy'a,

Tez çalışmam sırasındaki yardımlarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker'e,

Çalışma verilerinin değerlendirmesinde yardımcı olan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Yard. Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan'a,

Başta çalışmama katılan hasta ve hasta yakınları olmak üzere, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri servisi hekim ve hemşireleri ile destek veren herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aydınlatılmış Onam	3
2.1.1. Tanımı	3
2.1.2. Aydınlatılmış Onamın Haklılandırılması	4
2.1.3. Aydınlatılmış Onam Öğeleri.....	5
2.1.3.1. Ön Koşul Öğeler	5
2.1.3.2. Bilginin Öğeleri	6
2.1.3.3. Onamın Öğeleri	8
2.1.4. Psikiyatride Aydınlatılmış Onam	8
2.2. Yeterlik	10
2.2.1. Tanımı	10
2.2.2. Karar Verme Yeterliğinin Önemi	14
2.2.3. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi.....	16
2.2.3.1. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesine Yönelik Yaklaşımlar	18
2.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği	27
2.3.1. Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği	28
2.3.2. Duygu Durum Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği	28
2.3.3. Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği	29
2.3.4. Alkol-Madde Bağımlısı Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği ...	30
2.4. Yasalarda ve Etik Kodlarda Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların	
Tedaviye Karar Verme Yeterliği	31
2.4.1. Karar Verme Yeterliğinin Yasal Boyutu	31
2.4.1.1. Karar Verme Yeterliği Kavramının Gelişimi	31

2.4.1.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Gönülsüz Tedavisi	33
2.4.1.3. Vekil Onam	36
2.4.2. Etik Kodlarda Karar Verme Yeterliği	37
2.4.3. Türkiye’de Yasal ve Etik Yönden Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Karar Verme Yeterliği	38
2.4.3.1. Gönülsüz Tedavi	38
2.4.3.2. Vekil Onam	40
3. AMAÇ VE KAPSAM	41
4. GEREÇ VE YÖNTEM	44
4.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	44
4.2. Katılımcıların Özellikleri	44
4.3. Veri Toplama Araçları	45
4.4. Verilerin Toplanması	49
4.5. Çalışmanın Sınırlılıkları	50
4.6. Çalışma Verilerinin Değerlendirilmesi	51
5. BULGULAR	52
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile Klinik Değerlendirmeleri	53
5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	53
5.1.2. Hastaların Klinik Özellikleri	54
5.1.3. Hastaların Klinik Değerlendirmeleri	56
5.2. Hastaların MacCAT-T Puanları	57
5.2.1. Hastaların MacCAT-T Puan Ortalamaları	57
5.2.2. Hastalık Tanı Gruplarının MacCAT-T Puan Ortalamaları	58
5.2.3. Hastaların MacCAT-T Puanları	59
5.2.4. Hastalık Tanı Gruplarının MacCAT-T Puanları	61
5.3. Hasta Vekilinin, Psikiyatri Uzmanının ve Hemşirenin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi	63
5.4. Hastaların MacCAT-T Puanları ile Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri, Klinik Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki	65
5.4.1. Hastaların MacCAT-T Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlişkisi	65

5.4.2. Hastaların MacCAT-T Puanlarının Klinik Özellikleri ile İlişkisi	67
5.4.3. Hastaların MacCAT-T Puanlarının Klinik Değerlendirmeleri ile İlişkisi	70
5.5. Hastaların MacCAT-T Alt Bölüm Puanları Arasındaki İlişki	72
5.6. Hastaların MacCAT-T Puanları ile Hasta Vekilinin, Psikiyatri Uzmanının ve Hemşirenin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki	74
6. TARTIŞMA	76
6.1. Tüm Hastalık Tanı Grubundaki Hastaların Karar Verme Yeterliği	77
6.2. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	80
6.3. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Klinik Özellikleri Arasındaki İlişki.	84
6.3.1. Hastaneye Yatış Sayısı.....	84
6.3.2. Hastalık Süresi.....	86
6.3.3. Daha Önce Tedavi Görüp-Görmeme Durumu	87
6.3.4. Hastaneye Yatış Şekli	89
6.3.5. Adli Vaka Olup-Olmama ve Suç İşleme Durumu ile Suicid/Homisid Riski...	90
6.3.6. Hastalık Tanı Grubu	90
6.4. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Klinik Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki	97
6.4.1. Hastalık Belirti Şiddeti.....	97
6.4.2. Bilişsel İşlem Becerileri	98
6.4.3. Hastalık Psikopatolojisi	100
6.4.4. İçgörü	102
6.4.5. İşlevsellik	103
6.5. Hastaların MacCAT-T Alt Bölüm Yeterlikleri Arasındaki İlişki	104
6.6. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Hasta Vekilinin, Psikiyatri Uzmanının ve Hemşirenin Hastanın Karar verme Yeterliğini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki	106
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	108
KAYNAKLAR	114
ÖZGEÇMİŞ	127
EKLER	132

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: The American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
Boz.	: Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
EKT	: Elektrokonvulsif Tedavi
GDÖ	: Global Değerlendirme Ölçeği
HCCA	: Health Care Consent Act (Sağlık Bakım Onam Yasası)
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
İDÖ	: İçgörü Değerlendirme Ölçeği
KGİÖ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
MacCAT-T	: MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacArthur Tedavi İçin Yeterlik Değerlendirme Aracı)
Maks	: Maksimum
NBAC	: National Bioethics Advisory Commission (Amerikan Ulusal Biyoetik Danışma Komisyonu)
Ort	: Ortalama
SCL-40	: Semptom Listesi- 40
SMMT	: Standardize Mini Mental Test
SS	: Standart Sapma
TMK	: Türk Medeni Kanunu
WPA	: World Psychiatric Association (Dünya Psikiyatri Birliği)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Etik ve psikiyatri uzmanlarının karar verme yeterliliğini değerlendirmede kullandıkları değişkenler	18
Tablo 2.2.	Tedaviye karar verme yeterliğini değerlendiren araçlar	25
Tablo 5.1.	Hastaların sosyo-demografik özellikleri	53
Tablo 5.2.	Hastaların hastalık tanısına ilişkin özellikleri	54
Tablo 5.3.	Hastaların klinik özellikleri	55
Tablo 5.4.	Hastaların Klinik Global İzlenim Ölçeği'ne göre dağılımı	56
Tablo 5.5.	Hastaların klinik değerlendirmelerinin puan ortalamaları	56
Tablo 5.6.	Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamalarının dağılımı	57
Tablo 5.7.	Hastalık tanı gruplarının toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamalarının dağılımı	58
Tablo 5.8.	Hastaların MacCAT-T alt bölüm puanlarının dağılımı	60
Tablo 5.9.	Hastalık tanı gruplarının MacCAT-T alt bölüm puanlarının dağılımı	62
Tablo 5.10.	Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi	63
Tablo 5.11.	Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki	64
Tablo 5.12.	Hasta vekillerinin hastaya yakınlık derecesinin dağılımı	64
Tablo 5.13.	Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları ile sosyo- demografik özellikleri arasındaki ilişki	66
Tablo 5.14.	Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki	67
Tablo 5.15.	Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları ile klinik özellikleri arasındaki ilişki	69
Tablo 5.16.	Hastaların hastalık süresi ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki	70
Tablo 5.17.	Hastaların MacCAT-T puanlarının klinik değerlendirmeleri ile ilişkisi	72
Tablo 5.18.	Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki	73
Tablo 5.19.	Hastaların MacCAT-T anlama ve değerlendirme alt bölümlerinin kendi içerisindeki puan ortalamalarının karşılaştırılması	74
Tablo 5.20.	Hastaların MacCAT-T puanları ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki	75

1. GİRİŞ

Klinik etiğinin en önemli konularından birisi olarak öne çıkan aydınlatılmış onam, klinik uygulamaların ve araştırmaların etiğe uygun olarak yürütülmesinde temel bir role sahiptir (Dunn et al. 2006). Tedaviye başlamadan veya müdahale yapılmadan önce hastadan aydınlatılmış onam alınması etik ve yasal bir gerekliliktir (Henwood et al. 2006). Bu gereklilik; kişiye saygı ve özerkliğine saygı ilkelerinin uygulamaya geçirilmesini sağlayarak ve kişinin kendisiyle ilgili kararları verme hakkını koruyarak, çağdaş hekim-hasta ilişkisinin temelini oluşturur (Ersoy, 2003; Appelbaum, 2007).

Geçerli bir aydınlatılmış onam; hastaya planlanan müdahalenin veya önerilen tedavinin risklerinin ve yararlarının açıklanmasını, hastanın bu bilgiyi anlayacak yeterliğe sahip olmasını ve bu bilgiyi kullanarak zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak makul bir seçim yapmasını içerir (Ersoy, 2003; Appelbaum, 2007; Palmer, 2007). Onam yeterliği veya karar verme kapasitesi aydınlatılmış onamın bir ögesi olarak değil de, aydınlatılmış onam alınmadan önce olması gereken ya da olduğu varsayılan bir ögedir. Çünkü yeterlik özerk bir karar verebilmenin ön koşuludur ve aydınlatılmış onam yeterli bir kişinin gönüllülüğünü ve aydınlatılmış seçim yapmasını gerektirir (Beachamp and Childress, 2009). Bu nedenle de yeterli bir hastanın önerilen tedaviyi kabul veya ret hakkındaki kararlarına saygı duyulur (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Son yıllarda klinik araştırmaya katılanlarda olduğu gibi tedavi gören hastalarda da karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine duyulan gereksinim giderek artmaktadır (Dunn et al. 2006). Gereksinimi ortaya çıkaran nedenler; aydınlatılmış karar vermede yeterli olan hastanın özerkliğine saygıyı sağlamak ve kendi hakkında karar verme hakkını kullanabilmesine olanak tanımak, karar vermede yetersizlik potansiyeli taşıyan hastayı vereceği kararın olası risklerinden korumak ve zarar görmesini engellemektir. Burada önemli olan konu ise karar verme yeterliğinin nasıl, ne zaman ve kim(ler) tarafından değerlendirileceğidir (Kalaça, 1994; Appelbaum, 2007).

Karar verme yeterliğinin nasıl değerlendirileceğine ilişkin tartışmalar halen yapılmakla birlikte; ilgili bilgiyi anlayabilen, bu bilgiyi kendi değerleri doğrultusunda kullanabilen, vereceği kararın sonuçlarını önceden öngörebilen, isteklerini ve seçimlerini özgürce iletebilen hastanın karar vermede yeterli olduğu kabul edilmektedir (Eylar et al. 2005; Beachamp and Childress, 2009).

Klinik uygulamalarda hastanın tedaviye karar verme yeterliği konusuna çok fazla önem verilmemekle birlikte, özellikle hastanın verdiği kararın makul olmadığı düşünüldüğünde, yüksek fayda-düşük risk içeren bir tedavi hasta tarafından reddedildiğinde ve hastanın zihinsel durumunda ani değişimler olduğunda bu konuya daha fazla dikkat edilmektedir (Welie and Welie, 2001; Hurst, 2004).

Hastanın tedaviye karar verme yeterliği konusundaki tartışmaların öne çıktığı bir diğer durum ise psikiyatrik bozukluğu olan hastalardır. Son yıllara kadar psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar vermede yetersiz oldukları varsayılmaktayken (Grisso and Appelbaum, 1998a), günümüzde karar verme yeterliğinin pek çok hastalık tanısından bağımsız olduğu kabul edilmeye başlanmış ve belirli hastalık tanılarına özgü yeterlik sınıflandırılmasının yapılmasından da uzaklaşmıştır (Berghmans, 2001; Hazelton et al. 2003). Özellikle psikiyatri hastalarının karar verme yeterliği konusundaki çalışmalara ilgi artmış olmakla birlikte, yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmamızla; farklı psikiyatrik bozukluk tanısı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterliklerini araştırmayı ve hastaların tedaviye karar verme yeterlikleri ile sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri ve klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler bölümünde öncelikle aydınlatılmış onam ve yeterlik kavramları tanımlanmış, ardından da karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik yaklaşımlardan ve yeterliğin nasıl değerlendirildiğinden söz edilmiştir. Daha sonra özellikle psikiyatrik bozukluğu olan hastalarının karar verme yeterliği konusuna değinilmiştir. Son olarak yasalarda ve etik kodlarda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar verme yeterliği konusunun nasıl ele alındığından bahsedilmiştir.

2.1. Aydınlatılmış Onam

2.1.1. Tanımı

Aydınlatılmış onam kavramının farklı dillerdeki karşılığı; İngilizce '*informed consent*' (İz et al. 1992), Fransızca '*informed consentement*' (Ertürk, 2002) ve Almanca '*einverständniserklärung*'dir (Steuerwald, 1998). Latince kökü sentire olan con-sent-onam, 'duygu ve fizik-beden ile akılcı' anlamına gelmektedir (Ersoy, 2003). Türkçe sözlük anlamı 'razı olma, uygun görme, kabul etme, istek, isteme' olan onam (TDK, 2009); Hukuk Sözlüğü'nde 'uygun görme; onama; rızâ, muvâfakat' şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2003). 'Aydınlatılmış onam' ifadesi kullanıldığında çoğunlukla tedavinin kabul edildiği anlaşılmalı birlikte, 'aydınlatılmış ret' anlamına da gelmektedir (Ersoy, 2003; Beauchamp and Childress, 2009).

Özerklik, kötü davranmama ve yararlılık gibi tıp etiği ilkeleriyle ve bireyin kendi hakkında karar verme hakkı ile savunulan aydınlatılmış onam; 'hekim tarafından hastaya önerilen müdahalenin doğası, yarar ve riskleri ile seçeneklerin yarar ve risklerinin yeterli bir şekilde açıklanmasından sonra hastanın tıbbi müdahaleyi gönüllü bir şekilde kabul etmesi'dir (Jonsen et al. 2006). Aydınlatılmış onamın diğer bir açılımlı tanımı ise, 'hastaya; tanısı, tedavinin yapısı, içerdiği riskleri, eğer işlem yapılmazsa hastalığın gidişatı, tedavi seçenekleri anlaşılır bir

dille, tıbbi ve teknik terimler kullanmaksızın kavranabilir bir şekilde açıklanması, bu aydınlatmaya dayanarak hastanın işlemi kabul ya da reddetmesi'dir (Ersoy, 2003).

Önde gelen tıp ve araştırma etik kodları ile kurumsal etik kurallar, hekimin hastasına herhangi bir müdahale yapmadan veya tedaviye başlamadan önce hastadan aydınlatılmış onam almasının zorunluluk olduğunu belirtmektedir (Beauchamp and Childress, 2009).

2.1.2. Aydınlatılmış Onamın Haklılandırılması

Araştırma katılımcılarına yönelik endişelerden kaynaklanarak ortaya çıkan aydınlatılmış onam, ilkin kişinin görebileceği potansiyel zararı en aza indirmeyi amaçlamıştır. Günümüzde aydınlatılmış onam taleplerini haklı çıkarmada ileri sürülen yaklaşımlar, bireyin özerk seçimlerinin dokunulmazlığına ve haklarının korunmasına dayandırılmaktadır (Beauchamp and Childress, 2009).

Kişiden aydınlatılmış onam alınması sıklıkla özerkliğe saygı ilkesine dayandırılarak haklılandırılmaktadır (Beauchamp, 1997). İngiliz filozof Onara O'Neill' göre; özerklik ve özerkliğe saygı kavramlarının anlamları belirsiz olduğundan, aydınlatılmış onam koşullarının uygulanması değişken ve zordur. Bu nedenle aydınlatılmış onamın özerkliğe saygı ilkesine dayandırılarak haklılandırılmasına karşı çıkmaktadır. Beauchamp ve Childress'e göre; aydınlatılmış onam özerkliğe saygı ilkesini uygulamaya geçirir ancak araştırma, tıp ve sağlık bakımının tümünde geçerli olan aydınlatılmış onamın özelliklerini tanımlamak zordur. Bu nedenle de tüm alanlarda uygulanabilecek açık ve belirli bir aydınlatılmış onam modelinin kabul edilmesi de haklılandırılmaz (Beauchamp and Childress, 2009).

Aydınlatılmış onam haklar çerçevesinde de bir gereklilik olarak gösterilmektedir. Hastanın kendi hakkında karar verme hakkına saygı duyulması aydınlatılmış onamda şekillendirilmiştir. Böylece tıbbi kararlar, sadece hekimin değerlendirmesine göre değil, hastanın kendi değerleri ışığında yaptığı saptamalar doğrultusunda verilmektedir. Aydınlatılmış onamın kişilik haklarının korunmasında temel bir dayanak olduğu da belirtilmektedir (Kitamura et al. 1998; Marson et al. 2001).

2.1.3. Aydınlatılmış Onam Öğeleri

Aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için sadece ilgili bilginin hastaya açıklanması değil, sağlık çalışanları tarafından kabul edilen bazı standartların da karşılanmış olması gerekmektedir. Bir kişinin tıbbi bir müdahaleye veya tedaviye verdiği aydınlatılmış onam sadece kişi; eylemde bulunmaya yeterli olduğunda, müdahale/tedavi hakkında bilgilendirildiğinde, kendisine açıklanan bilgileri anladığında ve gönüllü olarak bir eylemde bulunduğunda geçerli kabul edilmektedir. Etik, yasal, felsefi, tıbbi ve psikolojik açıdan aydınlatılmış onamın 7 öğeden oluştuğu belirtilmektedir. Bu öğeler de şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ön koşul öğeler : 1. Yeterlik (anlama ve karar vermede)
2. Gönüllük (karar vermede)
- Bilginin öğeleri : 3. Bilginin açıklanması
4. Öneriler
5. Anlama (açıklanan bilgiyi ve önerileri)
- Onamın öğeleri : 6. Karar (bir planı tercih etmede)
7. Yetkilendirme (seçilen bir planda)

Aşağıda aydınlatılmış onam öğeleri sırasıyla ele alınmıştır.

2.1.3.1. Ön Koşul Öğeler

Aydınlatılmış onamın ön koşul öğeleri, aydınlatılmış onam alınmadan önce olması gereken ya da olduğu varsayılan öğelerdir (Beauchamp and Childress, 2009).

Yeterlik: Yeterlik; ‘hastanın amaçları, ilgileri ve değerleri doğrultusunda karar verme kapasitesi’ olarak tanımlanmaktadır (Lynn, 1983). Yeterlik aydınlatılmış onamın ahlaksal ve yasal geçerliği ile yakından ilişkilidir (Berghmans, 2001). Çünkü yeterli bir hastanın önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkındaki kararlarına saygı duyulur. Hasta karar vermede yetersiz olduğunda ise, yetersiz hastaların kararlarıyla ilgili farklı mekanizmaların aranması gerekmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a). Yeterlik kavramı 2.2. bölümde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Gönüllülük: Aydınlatılmış onamın ön koşul öğelerinden bir diğeri olan gönüllülük; ‘hastanın zorlama, baskı ve hile olmaksızın, başkalarının etkisinde kalmadan özgür bir seçim yapması’ anlamına gelmektedir (Marson et al. 2001; Beauchamp and Childress, 2009). Kararları sosyal rol ve beklentilerin şekillendirmesi ve zor fark edilen bir şekilde diğeri kişilerin kontrol etmesi nedeniyle tamamen gönüllü bir seçim yapmak zor olmakla birlikte (Beauchamp and Childress, 2009); özellikle psikiyatrik bozukluklar, ilaç bağımlılığı ve hastalığın neden olduğu ağrı, acı ve sıkıntı gönüllülüğü azaltan veya ortadan kaldıran durumlar olarak ifade edilmektedir (Ersoy, 2003; Beauchamp and Childress, 2009). Hekimin etik sorumluluğu hastasının kararına dolaylı veya gizli şekilde etkileyen faktörleri en az indirmektedir (Ersoy, 2003). Hasta önerilen tedavi veya müdahaleyi kabul veya reddetme kararında tamamen özgür olmalıdır. Zor kullanılarak veya aşırı baskı yapılarak alınan onam etik ve yasal açıdan geçersizdir (Marson et al. 2001).

2.1.3.2. Bilginin Öğeleri

Bilgilenme ögesine göre; hastanın bilerek onam vermesini veya reddetmesini sağlayacak gerekli bilginin hastaya açıklanması ve hastanın bu bilgileri anlaması gerekmektedir (Marson et al. 2001).

Bilginin açıklanması: Aydınlatılmış onamın yasal doktrini hekimin gerekli olan bilgiyi hastasına açıklamasını zorunlu kılmaktadır. Hekim tarafından yeterince bilgilendirilmeyen hasta karar vermede yetersiz olacaktır. Hastanın aydınlatılmış bir karar verebilmesi için hekimin hastasına; 1. önerilen tedavi / müdahalenin yan etki, risk ve sıkıntılarını 2. böyle bir tedavi / müdahaleden beklenen yararları 3. seçenek tedaviler ve bunların yan etki, risk ve sıkıntılarını 4. tedavisiz kalmanın muhtemel sonuçlarını açıklamış olması gerekmektedir (Beauchamp and Childress, 2009).

Aydınlatılmış onamla ilgili davalarda alınan kararlar sonucunda, aydınlatılmış onam alınırken hastaya ne kadar bilginin açıklanması gerektiği ile ilgili bazı standartlar geliştirmiştir. Bu standartlar; profesyonel uygulama standardı, makul kişi standardı ve subjektif standarttır. Bu standartlar etik açıdan da uygun bulunmaktadır.

- *Profesyonel uygulama standardı*: Bu standarda göre; hem uzmanlık alanı olduğu hem de hastanın iyiliğinden sorumlu olduğu için hekim, ilgili bilginin türünü ve miktarını belirlemek ile bu bilgiyi hastaya açıklamaktan sorumludur. Bu standardın uygulamaya aktarılmasını etkileyen bir takım zorluklar olduğu ileri sürülmektedir. Bu zorluklardan ilki, tıpta çoğu durumda ilgili bilginin ne olduğu konusunda bir belirsizliğin söz konusu olmasıdır. İkincisi, hekimin hastaya açıklanacak bilginin kapsamını saptamada zorluk yaşamasıdır. Üçüncüsü, tüm hekimlerin hastalarının en iyi yararına hizmet edecek bilgiyi saptamaya yönelik becerilere sahip olup olmadıkları konusunda şüphelerin bulunmasıdır (Beauchamp and Childress, 2009).

- *Makul kişi standardı*: Bu standart; ortalama bir hastanın işlemler, riskler, seçenekler ve sonuçlar hakkında gereksinim duyduğu önemli bilgiye ve karara aydınlatılmış katılımı için neyi bilmeye ihtiyacı olabileceği düşüncesine odaklanır. Standarda göre hastaya açıklanacak bilgi, makul bir kişiye başvurularak belirlenmiş olmalıdır (Ersoy, 2003; Beauchamp and Childress, 2009). Bu standardın uygulamaya aktarılmasına yönelik zorluklardan ilki, ‘makul kişi’ ve ‘önemli bilgi’ kavramının ayrıntılı bir tanımının bulunmamasıdır. Diğer bir zorluk olarak, hekimlerin bu standardı uygulamaya nasıl aktarabileceklerine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamaları gösterilmektedir (Beauchamp and Childress, 2009).

- *Subjektif standart*: Kişisel gereksinimler; inanç, yaşanan sağlık problemi ve geçmiş deneyimlerden dolayı farklılaştığından, bu standart hastaya açıklanacak olan bilgiyi varsayım dayalı ‘makul kişi’ yerine, bir kişinin belirli bilgi gereksinimlerine dayanarak belirlemeye başvurur. Bu standarda göre hekim, açıklaması gereken bilgiyi hastanın belirli bir durumdaki gereksinimleri doğrultusunda belirlemeli ve hastasına bu bilgiyi açıklamalıdır. Subjektif standart her bir kişinin belirli bilgi gereksinimlerini karşıladığından, bilginin açıklanmasının etik standardı olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, hekimin her hastanın ilgili bilgi gereksinimini saptamada ayrıntılı bir değerlendirme yapmasının zor olması nedeniyle de, bu standardın uygulamaya yeterince aktarılamadığı ileri sürülmektedir (Beauchamp and Childress, 2009).

Bilginin anlaşılması: Aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için açıklanan bilginin hasta tarafından anlaşılması ve kavranması gerekmektedir. Açıklanan bilginin yeterince anlaşılmamasında; hastanın sinirli, stresli veya endişeli olması, hastalığa bağlı çaresizlik ve korku yaşaması, hastanın veya hekimin iletişim becerilerinde eksikliklerin olması gibi değişik faktörler rol oynamaktadır (Ersoy, 2003; Beauchamp and Childress, 2009). Hastanın açıklanan bilgileri anlamasını ve kavranmasını sağlamak için; hekimin hastanın kapasitesine göre bilgileri sadeleştirilmesi, tıbbi-teknik terimler yerine basit terimler kullanılması, bilgileri yavaş ve gerekli tekrarları yaparak vermesi, hastanın anlayıp anlamadığının değerlendirilmesi önerilmektedir (Ersoy, 2003).

2.1.3.3. Onamın Öğeleri

Karar: Hastadan alınan aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için ilgili bilginin hastaya verilmesi ve karar vermesine ilişkin herhangi bir zorlama yapılmamasının yanında, önerilen tedavi veya müdahale hakkında verilen kararın makul bir karar olması da gerekmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Yetkilendirme: Aydınlatılmış onam, kişinin tıbbi bir müdahaleye veya araştırmaya katılmaya özerk bir yetki vermesidir. Burada hastanın tedaviyi kabul etmesinden veya tedaviye razı olmasından daha çok, aydınlatılmış bir şekilde gönüllü eylem aracılığıyla hekimi yetkilendirmesi kastedilmektedir (Beauchamp and Childress, 2009).

2.1.4. Psikiyatride Aydınlatılmış Onam

Psikiyatride aydınlatılmış onamın sorun yaratan yönü; psikiyatrik bozuklukların gerçeği değerlendirme yetisini ve bilişsel işlem becerilerini bozması nedeniyle, hastanın aydınlatılmış onam veremeyecek durumda oluşuna ilişkin inanışa dayanmaktadır (Winslade, 1983; Oğuz, 1995). Bu nedenle 1970'lerin ortalarına kadar psikiyatride aydınlatılmış onam; üzerinde çok fazla tartışılmayan, belirsiz ve yeterince açıklanmayan bir konu olmuştur. Farmakolojik tedavi ve psikoterapi gibi geleneksel tedavi yöntemleri hastalardan aydınlatılmış onam alınmadan yapılmış

hatta hastalar istekleri dışında gönülsüz olarak hastaneye yatırılmıştır (Miesel, 1983; Lidz et al. 1984). İstisna bir durum olarak sadece elektrokonvulsif tedavi (EKT) yapılmadan önce hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır (Miesel, 1983).

1970'lerin başından itibaren yaygınlaşan hasta haklarına ilişkin yasal gelişmelerden psikiyatrik bozukluğu olan hastalar da etkilenmiştir. Psikiyatrik tedavi için hastaneye yatmak istemeyen hastalara yönelik yasal düzenlemeler yapılmaya başlanmış, yalnızca psikiyatrik bozukluğa bağlı olarak kendilerine veya başkalarına zarar vermesi veya tehlikeli olması durumunda hastaların istekleri dışında hastaneye yatırılabilmesi kabul edilmiştir. Bununla birlikte gönülsüz olarak hastaneye yatırılan hastaların da durumlarıyla ilgili bilgilenme ve uygun tedavi görme hakkına sahip oldukları görüşü benimsenmiştir. Hastaneye gönüllü yatan hastaların ise aydınlatılmış onamları alınmadan tedavi edilmeme haklarının olduğu kabul edilmiştir (Miesel, 1983; Lidz et al. 1984).

1990 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (The American Psychiatric Association, APA) tarafından yayınlanan raporda, psikiyatrik bozukluğu olan bir hastaya uygulanacak EKT ile ilgili aydınlatılmış onam belgesinin neleri içermesi gerektiği açıklanmıştır (The Practice of Electroconvulsive Therapy, 1990). Yine APA tarafından 1996 yılında yayınlanan 'Psikiyatride Aydınlatılmış Onamın İlkeleri' başlıklı raporda psikiyatri uzmanlarının hastalığın doğası, önerilen tedavinin ve seçenek tedavilerin yararlarına ve risklerine ilişkin bilgilendirme yaptıktan sonra hastalarından aydınlatılmış onam almaları gerektiği belirtilir (Principles of Informed Consent in Psychiatry, 1996).

2.2. Yeterlik

2.2.1. Tanımı

Yeterlik kavramının farklı dillerdeki karşılığı; İngilizce '*competence*' (İz et al. 1992), Fransızca '*suffisance*' (Ertürk, 2002), Almanca '*Fähigkeit*' (Steuerwald, 1998), Latince '*competens*' (Glare, 2006) ve Osmanlıca '*ehliyet*'dir. Türkçe sözlük anlamı '1. Yeterli olma durumu 2. Bir işi yapma gücünü sağlayan özel bilgi, ehliyet; 3. Görevini yerine getirme gücü, kifayet'dir (TDK, 2009). İngilizce sözlük anlamı 'belirli bir görevi, eylemi veya fonksiyonu başarılı bir şekilde yapabilme' olan yeterlik (Wikipedia, 2009), Hukuk Sözlüğü'nde '1. Gerçek ya da tüzel kişinin haklarını yasaya uygun olarak dilediği gibi kullanabilmesi, görev yapabilmesi, yüküm ve sorumluluk altına girebilmesi 2. Bir kişinin bir konuda yeteri kadar bilgi ve beceriye sahip olması' şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2003). Temelde bir hukuk terimi olduğu belirtilen yeterlik, hukuk açısından kişinin özerkliğini gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğinin ölçütü olarak kabul edilmektedir. Ancak hukukun yeterliğe bakışı tıptan oldukça farklıdır. Hukuk genellikle yeterliği kişinin malvarlığıyla ilgili kararları verip veremeyeceği ile bağlantılı olarak ele almaktadır. Oysa tıpta yeterlik kişinin ya da hastanın tıbbi karar alma sürecine katılma yetkisinin olup olmadığını belirlemek için kullanılmaktadır (Oğuz, 1995).

Temel insan haklarından biri olarak görülen yeterli bir kişinin kendi hakkında karar verme hakkını güvence altına almak için, birçok ülkede yapılan yasal düzenlemelerde yeterlik tanımına yer verilmektedir. Bu düzenlemelerde yeterlik; genellikle ilgili bilginin anlaşılması, değerlendirilmesi ve bu bilgiye dayanarak verilen kararın iletilmesi şeklinde üç kritere dayandırılarak açıklanmaktadır. Bu ülkelerden birisi olan Hollanda yasalarında yeterlik, 'hastanın tedaviye ilişkin bilgileri anlaması ve makul bir şekilde değerlendirebilmesi' olarak tanımlanmaktadır (Nys et al. 2004; Vellinga et al. 2004). Kanada Sağlık Bakım Onam Yasası'nda (Health Care Consent Act, HCCA), 'onam istenen konudaki sorunu anlayabilen, onam vermesi veya vermemesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçları değerlendirebilen' kişinin karar vermede yeterli olduğu belirtilmektedir (HCCA, 1996). 2003 yılında da Kanada Yüksek Mahkeme'si tarafından, psikiyatrik

bozukluğu olan hastanın eylemlerinin doğasını anlayabildiği ve değerlendirebildiği zaman tedavisiyle ilgili karar vermede yeterli olduğu kabul edilmiştir (Ambrosini and Crocker, 2007).

Yasal düzenlemelerde yeterlik tanımlarından çok yetersizlik tanımları üzerinde de durulmaktadır. Örneğin; İngiltere yasalarında yetersizlik ‘1. zihinsel yetersizlik nedeniyle ilgili bilgiyi anlayamama, bu bilgiyi tutamama ve verilen bilgiye dayanarak bir karar verememe 2. bilinçsizlik veya diğer bir nedenden dolayı durumuyla ilgili bir seçimi iletememe’ şeklinde tanımlanmaktadır (Bellhouse et al. 2001; Van Staden and Krüger, 2003).

Türkiye’deki yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde; Türk Ceza Kanunu’nda ‘Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler’ başlığı altında yaptığı eylemin anlam ve sonuçlarını algılayamayan ve davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalan kişi, yetersiz olarak kabul edilmektedir (Madde 32), (Türk Ceza Kanunu, 2004).

Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)’nde yeterlikle ilgili ‘temyiz kudretinden yoksun olma (ayırtım gücüne sahip olma)’ ve ‘kısıtlı (mahcur) olma’ tanımlamalarına yer verilmektedir (Madde 15). Ayırtım gücüne sahip olma; hastanın makul surette hareket edebilmesi, davranışlarının amaç ve sonuçlarını doğru olarak kavraması ve buna uygun hareket etmesi olarak tanımlanırken; kısıtlı (mahcur) ise akıl hastalığı veya zayıflığı gibi nedenlerle kişinin hukuki işlem yapma ehliyetinin kısıtlanması olarak tanımlanmaktadır (Sert, 2004).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi tarafından Temmuz 2008’de hazırlanan ‘Aydınlatılmış Rıza Yönetmelik Taslağı’nda yeterlik; ‘hastanın yaş, akıl gücü gibi somut belirleyicileri ile algılama ve bilişsel işlevlerin sağlamlığını, önerilen tedavide karşılaşılabileceği ya da reddettiğinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olduğunu’ ifade eden bir özellik olarak tanımlanmaktadır (Madde 4), (Aydınlatılmış Rıza Yönetmelik Taslağı, 2008).

Yeterliğin uygulamaya yönelik tanımlarında, yasalardaki tanımlara benzer şekilde farklılıklar olduğu görülmektedir. Bazı tanımlarda ilgili bilginin anlaşılması ve değerlendirilmesi önemli bulunurken, bazı tanımlarda da yeterlik bir seçim yapabilmeye dayandırılmaktadır. Ganzini, ‘hastanın tıbbi kararının doğasını ve

sonuçlarını anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve kararını iletebilmesi’; Culver ve Gert, ‘hastanın makul tıbbi kararlar verebilmesi’; Welie ve Welie, ‘hastanın önerilen farklı tıbbi müdahaleler arasından seçim yapabilmesi’ olarak yeterliği tanımlamaktadırlar (Culver and Gert, 1990; Welie and Welie, 2001; Ganzini et al. 2004).

Etik uzmanları Beauchamp ve Childress tarafından yapılan yeterlik tanımında üç kriter de göz önünde bulundurulmakta; ilgili bilgiyi anlama kapasitesine sahip olan, bu bilgiyi kendi değerleri doğrultusunda tartarak bir karara varan ve verdiği kararı özgür bir şekilde iletebilen bir kişinin karar vermede yeterli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte yeterli bir kişinin amaçları doğrultusunda uygun seçimler yapabileceği ifade edilmektedir (Beauchamp and Childress, 2009). Jonsen, Siegler ve Winslade tarafından erişkin bir kişinin yasalar tarafından yetersiz olduğuna karar verilmedikçe kendi sağlık bakımı ile ilgili karar vermede yeterli olduğu belirtilmekte, tıbbi uygulamalarda kapasite kavramının kullanımı daha uygun bulunmaktadır. Kapasite kavramını da ‘hastanın tıbbi durumunu, tedavi seçeneklerini ve bu seçeneklerin muhtemel sonuçlarını anlayarak kendi değerleri doğrultusunda mantıklı seçimde bulunabilmesi’ olarak tanımlamaktadırlar (Jonsen et al. 2006). Etchells, Sharpe, Elliott ve Singer’e göre kapasite veya karar verme kapasitesi ‘hastanın kararla ilgili bilgiyi anlayabilmesi ve kararın beklenen sonuçlarını makul bir şekilde değerlendirebilmesi’dir (Etchells et al. 1996).

Literatürde de yeterlik ve kapasite kavramlarının genellikle birbiri yerine kullanıldığı ancak farklı anlamları olduğu ve iki kavram arasında tam bir ayırım yapılmasının zor olduğu belirtilmektedir (Welie and Welie, 2001; Nys et al. 2004). Yeterlik ve kapasitesi kavramlarına ilişkin birçok tartışmalı konu olmasına rağmen, üzerinde uzlaşmaya varılan konularda bulunmaktadır. Uzlaşmaya varılan konulardan ilki, yeterliğin mahkemeler ve yargı tarafından saptanan yasal bir tanımlama olduğudur. Yasalar tarafından aksi ispatlanmadıkça erişkin yaştaki her kişi yeterlidir. Bununla birlikte mahkeme tarafından kişinin yeterliğinin belirlenmesinde sıklıkla klinisyenlerden danışmanlık istenmektedir (Sullivan, 2004; Appelbaum, 2007). Kapasite ise klinisyenler tarafından belirlenen klinik bir tanımlamadır (Jones and Holden, 2004; Nys et al. 2004; Vellinga et al. 2004; Pachet et al. 2007). Uzlaşmaya varılan diğer bir konu, yeterlik genel bir kavramdır ve bir kişinin yaşamın tüm

alanlarında yeterli olduğuna ilişkin karar vermek oldukça zordur (Henwood et al. 2006). Karar verme kapasitesi ise belirli bir göreve ya da duruma özgü olup, mutlak değildir ve zamanla değişebilir (Etchells et al. 1996; Dekkers, 2001; Welie and Welie, 2001; Berghams et al. 2004; Nys et al. 2004; Shulman et al. 2007).

Beauchamp ve Childress, Grisso ve Appelbaum'a atıfta bulunarak; uygulamada yeterlik ya da kapasite terimlerinin kullanılması arasında fark olmadığını ileri sürmektedirler (Beauchamp and Childress, 2009). Grisso ve Appelbaum'a göre klinisyenler hastanın karar verme kapasitesinin azaldığını belirlediklerinde; uygulamada bu belirleme, yasal yetersizlik olarak kendini gösterebilir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Son yıllarda tüm durumları kapsayan genel bir yeterlik görüşünden uzaklaşmış; belirli alanlarla sınırlanan, duruma özgü yeterlik görüşü benimsenmeye başlanmıştır. Böyle bir eğilim karar verme yeterliğinin pek çok hastalık tanısından bağımsız olduğunun kabul edilmesini sağlarken, belirli hastalık tanılarına özgü yeterlik sınıflandırılmasının yapılmasından da uzaklaştırmıştır. Bu, yeterliğin belirli bir karar ile ilişkili olarak dikkate alınması gerektiği anlamına da gelmektedir (Silberfeld and Checkland, 1999; Berghmans, 2001; Hazelton, 2003). Örneğin; bir hasta belirli bir tıbbi tedaviye karar verme yeterliğine sahipken, bir başka tedavi kararını vermede yetersiz olabilir ya da önerilen tıbbi müdahalenin o anki sonuçlarına ilişkin kararları vermede yeterliyken, uzun vadeli sonuçlarına ilişkin kararları vermede yetersiz olabilir. Şizofrenik bozukluğu olan bir hastanın diabet tedavisine onam vermede yeterliyken, şizofreni tedavisine onam vermede yeterli olmaması yine bu duruma örnek verilebilir. Bu nedenle hastanın her bir tıbbi müdahale veya tedaviye ilişkin karar verme yeterliği ayrı değerlendirilmelidir (Culver and Gert, 1990; Van Staden and Krüger, 2003; Fisk et al. 2007).

Biz bu çalışmada yeterliğin 'bir görevi yapabilmek' şeklindeki genel anlamını temel alarak, 'tedaviye karar verme yeterliği' ifadesini kullanmayı daha uygun bulduk.

2.2.2. Karar Verme Yeterliğinin Önemi

Tıbbi uygulamalarda hastanın özerkliğine saygı duyulması, hastaya yarar sağlama ve hastanın zarar görmesini engelleme ahlaksal açıdan önemli bir ayrıcalığa sahiptir. Hastanın karar verme yeterliğinin önemi de bu süreçte rol oynar. Hastanın karar verme yeterliği hakkındaki bir karar hem hastanın özerkliğine saygı duyulmasına hem de hastaya yarar sağlamaya hizmet eder (Ettchals et al. 1996; Kitamura et al. 1998; Berghmans, 2001; Welie and Welie, 2001).

Buchanan ve Brock (1990)'e göre, karar verme yeterliğinin en önemli fonksiyonu hastanın kendi yaşamıyla ilgili kararları verme hakkını korumaya hizmet etmesidir (Welie and Welie, 2001). Yeterli olan bir hasta üzerinde yapılacak tıbbi girişime veya tedaviye karar verme yetkisi hekime değil, müdahaleye maruz kalacak kişiye (hastaya) aittir. Ulusal ve uluslararası yasalar tarafından vücut bütünlüğünün kişilerin onamı olmadan bozulamayacağı kabul edilmesiyle, yeterli bir kişinin seçimlerinin dokunulmazlığı da garanti altına alınmıştır. Ayrıca yeterlik hastanın özerkliğine saygı duyulmasını bekleme ve özerk karar verme hakkını kullanabilmesine hizmet ettiğinden, sağlık bakım sisteminde hasta haklarının korunmasında merkezi bir rol oynamaktadır (Grisso and Appelbaum, 1998a; Kitamura, 2000; Welie and Welie, 2001).

Sağlık bakımında yeterliğin önemi, sorumluluk kavramıyla da açıklanmaktadır. Genel olarak kabul edilen yaklaşıma göre her hasta kendi sağlık bakımından sorumludur (Welie and Welie, 2001). Başka bir kişi için en uygun eşe karar vermek ne kadar zorsa, bir başkasının sağlığını en iyi hale getirecek tıbbi müdahaleye karar vermek o derece zordur. Yine hastanın sağlığına ilişkin ilgilerinin sağlık çalışanları tarafından bilinmesi güçtür. Bu gerekçelere dayanarak, kişinin kendi sağlığıyla ilgili en iyi kararın yine kendisi tarafından verileceği kabul edilmekte ve bu anlamda herkesin sorumluluk alması gerektiği belirtilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Culver ve Gert'e göre yeterlik, hem hasta haklarının hem de hasta yararının korunmasına ve yükseltilmesine hizmet etmektedir. Karar vermede yetersiz olan bir hastanın olası zarar veren ve makul olmayan kararlarına saygı duyulmaması haklılandırılırken, yeterli bir hastanın tedaviyi ret kararı ise asla geçersiz kılanamaz

(Culver and Gert, 1990). Bu da hastanın sağlık bakımına ilişkin kararlarını kendi değerleri içerisinde vermesi anlamına gelmektedir (Kitamura et al. 1998). Karar vermede yetersiz bir kişi tarafından yapılan seçim, özerk bir seçim değildir ve yapılan seçim kişinin amaçlarını ve değerlerini yansıtmaz (Buchanan, 2004; Saks and Jeste, 2006).

Karar verme yeterliği, hastanın verdiği onamın geçerli olup olmadığının haklılandırılması açısından da önemlidir. Çünkü yeterli bir hastanın sağlık bakımıyla ilgili verdiği onam geçerlidir. Hasta karar vermede yeterliyse, sağlık çalışanlarının hastanın verdiği karara saygı duymaları etik ve yasal zorunluluktur. Eğer hasta karar vermede yetersiz ise, hastaya gereksinim duyduğu fakat istemediği tedavinin yapılması ya da gönülsüz hastaneye yatırılması haklılandırılabilir (Grisso and Appelbaum, 1998a; Berghmans, 2001).

Yine hastanın kendi değerlerini yansıtacak veya kendisine yarar sağlayacak kararları vermede yetersiz olduğuna karar verildiğinde, sağlık çalışanlarının bu hastaları potansiyel olarak zarar verebilecek kararlardan korumak, kaliteli ve uygun sağlık hizmeti almalarını sağlamakla ilgili ödevleri vardır. Çünkü bu hastalar; savunmasız, haklarını koruyamayan ve haklarının başkaları tarafından korunmasına gereksinim duyan kişilerdir. Bununla birlikte tıbbi tedavi ve işlemlerde daha fazla zedelenme, zarar görme ve haklarının çiğnenmesi gibi risklerle karşi karşiya kalabilmektedirler (Ettchals et al. 1996; Kitamura, 2000). Bu durumda hasta adına karar vermek üzere farklı mekanizmaların (vekil karar verici) harekete geçirilmesi gerekir. Hasta adına karar verecek olan vekil, sadece hastanın yetersiz olduğu kararları vermede yetkilendirilir (Culver and Gert, 1990; Benaroyo and Widdershoven, 2004).

2.2.3. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi

Son yıllarda karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine duyulan gereksinim giderek artmıştır. Bu gereksinimi ortaya çıkaran nedenlerden biri, yetersiz hastalar adına karar verecek vekillere gittikçe artan bir şekilde başvurulmaya başlanmasıdır (Sullivan, 2004).

Vekil karar vericinin sorumluluğuna ilişkin düzenlemelerin yanı sıra yeterliğin değerlendirilmesine yönelik gereksinimi ortaya çıkaran bir diğer neden, hasta popülasyonunun demografik özelliklerindeki değişikliklerle ilgilidir. Örneğin; yaşlı kişiler, karar verme yeterliğini olumsuz etkileyen demans gibi bir hastalığın ortaya çıkmasında daha fazla risk taşımaktadırlar. Yine yaşlılar gelecekte karar verme yeterliğinin bozulduğu durumlar için ileriye dönük bir plan yapmayı daha çok isteyebilmektedirler (Sullivan, 2004).

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik gereksinimi ortaya çıkaran diğer bir neden, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik başvuruların artmasıdır. Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi ve bu konuda danışmanlık istenen vakalara ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla birlikte; Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada 1980'lerin ilk ve ikinci yarısı arasında 65 yaşın üzerindeki kişilerin karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik taleplerin %50 arttığı belirtilmektedir. Önümüzdeki yıllarda özellikle yaşlılarda bu tür taleplerin daha da artacağı düşünülmektedir (Sullivan, 2004). Sağlık çalışanlarının hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik taleplerinde artışa gerekçe olarak, yeterli bir kişinin isteklerinin gözardı edilerek tedavi edilmesinin yasa dışı olması gösterilmektedir. Burada sağlık çalışanları yasalar karşısında kendilerini güvence altına almak istediklerinden, hasta için yapacaklarını haklılandırılmak adına böyle bir talepte bulunmaktadırlar (Silver, 2002).

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine duyulan gereksinimin artması hem yeterliğin kim tarafından ve nasıl değerlendirileceğine ilişkin tartışmaları gündeme getirmiş, hem de varolan değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesine olanak sağlamıştır (Sullivan, 2004).

Farklı uzmanlık alanından hekimler, günlük uygulamaları sırasında hastanın karar verme yeterliğine ilişkin sorunlarla doğrudan karşılaşmakta olup, sıklıkla klinik

deneyimlerine ve hastanın durumuyla ilgili bilgiye dayanarak yeterlikle ilgili değerlendirme yapmaktadırlar (Breden and Vollmann, 2004; Vellinga et al. 2004). Yeterliğin değerlendirilmesinde hekimler ‘altın standart’ olarak gösterilmelerine rağmen, çalışmalar farklı hekimlerin aynı hasta üzerinde farklı yeterlik yargısında bulduklarını da göstermektedir (Vellinga et al. 2004).

Karar verme yeterliğinin uygun bir şekilde değerlendirilmesi etik, sağlık ve ve hukuk bilimi üyelerinden oluşan multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir (Landry, 1999). Hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere psikiyatri uzmanları en sık başvurulan sağlık çalışanları olmakla birlikte (Kalaça, 1994; Oğuz, 1995; Leo, 1999; Silver, 2002), böyle bir değerlendirmede etik uzmanından, hastanın hekiminden ve aile üyelerinden de görüş alınması gerektiği belirtilmektedir (Vellinga et al. 2004). Hekim dışında psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve terapist gibi diğer sağlık çalışanlarının da karar verme yeterliğini değerlendiren uzmanlar arasında yer almasını savunanlar bulunmaktadır (Appelbaum, 2007; Pachet et al. 2007). Örneğin; Kanada’da 2005 yılında oluşturulan Bölgesel Kapasite Değerlendirme Ekibi (Regional Capacity Assessment Team) hastaların karar verme yeterliğini etik, sağlık ve hukuk alanındaki uzmanlardan oluşan multidisipliner bir ekiple değerlendirmektedir. Aynı zamanda sağlık profesyonellerine ve bakım vericilere karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmaktadır (Pachet et al. 2007).

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde sıklıkla başvurulan etik ve psikiyatri disiplinleri, birbirinden farklı yöntemler izlemektedirler. Yeterlik değerlendirmesinde etik uzmanları kişinin sağlık bakımına ilişkin değerleri ve tercihlerinden yararlanırken, psikiyatri uzmanları hastaya ilişkin klinik ve farmakolojik bilgiyi kullanır. Etik yaklaşım; hastanın tıbbi durumunu ve tedavi seçimini anlamasına odaklanmakta, tedaviyi reddetmesini yararlar ve riskler ışığında tartmaktadır. Etik ve psikiyatri uzmanı hastanın karar verme yeterliği hakkında farklı değerlendirmeler yaptığında ise, her iki disiplin içinden ikinci bir görüş istenmesi önerilmektedir. Tablo 2.1’de karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde etik ve psikiyatri uzmanlarının kullandığı değişkenler yer almaktadır (Schneider and Bramstedt, 2006).

Tablo 2.1. Etik ve psikiyatri uzmanlarının karar verme yeterliliğini değerlendirmede kullandıkları değişkenler

Etik uzmanı	Psikiyatri uzmanı
Hasta tıbbi durumunu, önerilen müdahalenin risklerini ve yararlarını, müdahaleyi reddetmesinin sonuçlarını anlıyor mu?	Standardize Mini Mental Test
Hasta önerilen her bir müdahalenin (test, tedavi, işlem) yararlarını ve risklerini tartabiliyor mu?	Hasta beslenme, giyinme ve kendine bakım gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebiliyor mu?
Hasta yaşam kurtarıcı müdahale kavramını anlıyor mu? Hasta sağlık bakımıyla ilgili değerlerini yansıtan seçimlerini ifade edebiliyor mu?	Hasta ruh sağlığı yasaları çerçevesinde zorla tedavi edilebilir mi?

Hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde aile üyelerinden nadiren görüş alınmakla birlikte, böyle bir değerlendirmede aile üyesinin mutlaka olması gerektiği iki görüşle savunulmaktadır. Bu görüşlerden ilkinde göre hasta ve aile üyeleri birlikte paylaşılan bir geçmişe sahiptir. Paylaşılan bu geçmişe dayanarak aile üyelerinden, hastanın verdiği kararın değerlerini yansıtıp yansıtmadığı belirlenebilir. İkinci görüşe göre; hastanın değerlerine ve beklentilerine ilişkin bilgiler sağlık çalışanından veya yeterliği değerlendiren bir araçtan çok, aile üyesinden öğrenilebilir. Bu nedenle hasta karar vermede yetersiz olduğunda, onun adına neyin en iyi olacağına ilişkin bilgi aile üyelerinden alınabilir. Ancak hasta ile aile üyelerinin istekleri çatıştığında, aile üyelerinin hastanın karar verme yeterliğine ilişkin değerlendirmeleri geçersiz kılınabilir (Vellinga et al. 2004).

2.2.3.1. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesine Yönelik Yaklaşımlar

Karar verme yeterliğinin nasıl değerlendirileceğine ilişkin yapılan tartışmalar sonucunda yeterliğin değerlendirilmesine ilişkin bazı yaklaşımlar ileri sürülmektedir.

Negatif ve Pozitif Yaklaşım

Bu yaklaşımda hastanın karar verme yeterliği negatif ve pozitif olmak üzere iki yaklaşıma dayandırılarak açıklanmaktadır. Appelbaum ve Roth tarafından (1982) açıklanan negatif yaklaşımda, hastanın karar verme yeterliğini engelleyen psikopatolojik bir durumun olup olmadığına bakılmaktadır. Bu yaklaşıma göre böyle bir durumun varlığında hasta karar vermede yetersiz kabul edilmektedir (Welie, 2001).

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik ikinci yaklaşım olan pozitif yaklaşımda, kimin yetersiz olduğunun belirlenmesinden çok, hastanın kendi sağlık bakımıyla ilgili kararları vermede yeterli olması için gereken becerilere ve niteliklere sahip olup olmadığı değerlendirilmektedir. Bu yaklaşımda hastanın kendi sağlık bakımıyla ilgili uygun kararları verip veremeyeceği test edilmektedir. Karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilen testler, bu amaca hizmet etmektedir (Glass, 1997; Kitamura et al. 1998; Welie, 2001).

Yeterliğin özellikle negatif yaklaşıma göre değerlendirilmesi, belirli psikiyatrik bozukluğu olan hastaların karar vermede yetersiz olarak kabul edilmesi nedeniyle eleştirilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların ya da belirtilerin bozulan karar verme yeterliği ile ilişkili olabileceği ancak böyle bir durumun varlığına dayanarak yeterlik değerlendirmesinin yapılmasının açıkça yanlış olduğu vurgulanmaktadır (Welie, 2001).

Yeterliğin Riskle İlişkili Olarak Değerlendirilmesi

Bu yaklaşıma göre bir görevi yapabilmeye istenen yeterlik düzeyi, görev yapıldığında karşılaşılan sonuçlar ve riskler doğrultusunda belirlenmiş olmalıdır (Cale, 1999). Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi onam veya ret kararıyla yaşamı daha az etkilenecek bir hasta için daha kolayken, kararından ciddi şekilde etkilenecek veya verdiği kararın sonuçları tehlikeli olan bir hasta için daha zordur (Berghmans, 2001).

İlk kez Drane tarafından karar verme yeterliğinin riskle orantılı olarak değerlendirilmesi gerektiği ortaya atılmış, geliştirdiği yeterliğin değişken-skala

modelinde tıbbi durumun ciddiyetini gösteren üç farklı kategori ve hastanın yeterli olup olmadığını belirlemede kullanılan üç standart ileri sürülmüştür. Her kategoride verilecek karar daha ciddi ve hastanın verdiği onamın geçerli sayılması için gerekli yeterlik standardı daha zorlayıcı olmaktadır. Tıbbi durumun üç kategorisi ve bu üç duruma ilişkin yeterlik standartları şunlardır:

Kategori I

Tıbbi durum: Tedavi tehlikeli değildir; tedavi yüksek yarar sağlarken düşük risk içermektedir; sınırlı tedavi seçenekleri vardır.

Yeterlik standardı: Hasta tıbbi durumunun farkındadır ve tedaviyi kabul eder.

Kategori II

Tıbbi durum: Hastalık tanısı belirsizdir; hastalık tanısı belirlidir fakat tedavisi tehlikeli veya muhtemelen etkisizdir; seçenek tedaviler vardır veya tedavisiz kalmakta bir seçenektir.

Yeterlik standardı: Hasta farklı tedavi seçeneklerinin risklerini ve sonuçlarını anlar ve ilgili bilgiyi anlayarak bir karar verir.

Kategori III

Tıbbi durum: Hastanın verdiği kararın sonuçları tehlikelidir veya makul değildir ya da yaşamı tehdit edicidir.

Yeterlik standardı: Hasta verdiği kararın nedenlerini sunabilmelidir ve sunduğu nedenler kişisel değerlerine uygun olmalıdır (Drane, 1985).

Hastanın karar verme yeterliğinin, verdiği kararın makul olmasıyla değerlendirildiği yeterliğin değişken-skala modeli, hastanın verdiği onam veya ret kararının geçerli ya da geçersiz kılınmasının haklılandırılmasında tercih edilen bir yöntemdir (Culver and Gert, 1990).

Yeterliğin Test Kullanılarak Değerlendirilmesi

Hastanın karar verme yeterliğinin belirlenmesinde kullanılan testler, genel beceri testleri ve karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilen testler olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır (Sullivan, 2004).

- Genel Beceri Testleri

Bu grupta bilişsel işlem testleri, nöropsikolojik testler ve bağımsız yaşam testleri yer almaktadır.

Bilişsel işlem testleri: Karar verme yeterliğinin belirli düzeyde bilişsel becerileri gerektirdiği konusunda fikir birliği olduğundan, değerlendirmede bu tür becerileri ölçen testlerden yararlanılmaktadır (Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission - NBAC, 1998). Bu amaçla kullanılan testler; Standardize Mini Mental Test (SMMT), Kısa Mental Durum Anketi ve Wechsler Yetişkin Zeka Skalası'nın alt testleridir (Welie, 2001; Sullivan, 2004). Oryantasyon, yakın ve uzak bellek, dikkat, adlandırma ve hesaplama; bu testlerin değerlendirdiği bilişsel becerilerdir.

Karar verme yeterliğinin belirlenmesinde hastanın bilişsel becerilerinin değerlendirilmesinin gerekli fakat yeterli bir koşul olmadığını ileri sürenler bulunmakla birlikte (Fitten et al. 1990), bu tür becerileri ölçmenin uygun fakat gerekli bir koşul olmadığını destekleyenler de bulunmaktadır (Winograd, 1984; Etchalls, 1996).

Nöropsikolojik testler: Moye; hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde dikkat, bellek, dil ve görsel becerileri ölçen nöropsikolojik testlerin kullanılması gerektiğini ileri sürmektedir. Bunlar; İşitsel Sözel Öğrenme Testi, Demans Değerlendirme Skalası, Wechsler Bellek Skalası ve Wisconsin Kart Sınıflandırma Skalası'dır (Moye, 1999). Mattis tarafından da yeterlik değerlendirilmesinde nöropsikolojik testlerin kullanılması desteklenmektedir (Mattis, 1990). Bununla birlikte bilişsel işlem ve nöropsikolojik testlerin hastanın tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilmedikleri belirtilmektedir (Sullivan, 2004).

Genel Bağımsız Yaşam Testleri: Bu grupta yer alan testler hastanın yaşam fonksiyonlarındaki bağımsızlığını değerlendiren testlerdir. Yeterliğin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan bağımsız yaşam testleri; Günlük Yaşam Aktiviteleri, Günlük Yaşam Aktiviteleri Aracı, Kendine Bakım Skalası, Günlük Problem Testi ve Bağımsız Yaşam Skalası'dır (Welie, 2001; Sullivan, 2004). Bu testler tuvalet, banyo, giyim, beslenme ve hareket gibi günlük yaşam aktivitelerine odaklanmaktadır. Başka bir ifadeyle bu testler, zihinsel karar verme süreçlerinden

daha çok fiziksel aktivitelerle ilgilidir. Bu grup testler de tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilmese de, hastanın genel fonksiyon düzeyi hakkında bilgi sunması açısından önemlidir (Sullivan, 2004). Yapılan çalışmalarda genel bağımsız yaşam testleri ile karar verme yeterliği arasında düşük bir ilişki bulunmuştur (Welie, 2001).

- Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmek Üzere Geliştirilen Testler

Bu testlerde karar verme yeterliğinin dayandırıldığı standartlar esas alınmaktadır. Sağlık çalışanları, etik uzmanları ve hukukçular tarafından tedaviye ve araştırmaya karar verme yeterliğinin nasıl değerlendirileceğine ilişkin yapılan tartışmalar sonucunda, karar verme yeterliği en az dört standarda dayandırılmaya başlanmıştır (Grisso and Appelbaum, 1998a; Palmer, 2007). Bu standartlar; anlama, değerlendirme, muhakeme ve bir seçimin ifadesidir.

Anlama: Tedaviyle ilgili bilginin anlaşılmasıyla ilgili olan bu standart, karar verme yeterliğinin temeli olarak gösterilmektedir (Eyler and Jeste, 2006). Hastanın tedaviye onam vermede veya reddetmede yeterli olması için, kararının içerdiği unsurları anlamış olması gerekmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a). Bu standart aydınlatılmış onama ilişkin bilgiyi anlamada gereksinim duyulan bilişsel becerilere odaklanır (Berghams et al. 2004; Eyler and Jeste, 2006).

Değerlendirme: Hastanın hastalığına, tedavinin yararlarına ve risklerine ilişkin bilgileri değerlendirmesi anlamına gelen bu standart, ilgili bilginin anlaşılmasından farklıdır. Hastalığın değerlendirilmesinde; hastanın açıklanan hastalık tanısına inanıp inanmadığı, hastalığını ve hastalık belirtilerini kabul edip etmediği ve kabul etmiyorsa ileri sürdüğü nedenler saptanmaktadır. Tedaviyi değerlendirme başlığında ise; hastanın önerilen tedavinin beklenen yararlarını bilip bilmediği, eğer bilmiyorsa buna yönelik açıklamaları veya tedavinin yararlı olacağını kabul etmemesinin nedenler belirlenmektedir. Bu standarta göre hastanın tedaviye karar vermede yeterli olması için; hastalığı, hastalığın gidişatı ve tedavisine ilişkin açıklanan bilgilerin farkında olması ve bu bilgileri mantıklı bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir (Appelbaum and Grisso, 1995; Berghams et al. 2004; Grisso and Appelbaum, 1998a).

Muhakeme: Bu standart hastanın hastalık ve tedavinin; günlük ve iş yaşamındaki, kişilerarası ilişkilerindeki etkisini ve sonuçlarını karşılaştırarak karar verme sürecindeki muhakemesini değerlendirmektedir. Açıklanan bilgi mantıklı bir biçimde kullanılmadığında, bilginin değerlendirilmesi ve makul bir karara varılması imkansızdır (Grisso and Appelbaum, 1998a). İlgili bilgiyi anlayabilen, değerlendirebilen ve bir karar iletebilen hasta, ilgili bilgiyi tercihleri doğrultusunda mantıklı bir biçimde kullanmadığında karar vermede yetersiz olabilir (Berghams, 2001).

Bir seçimin ifadesi: Bu standartta hastanın seçimine ilişkin bir kararı iletip ilemediği ve kararın makul bir karar olup olmadığı değerlendirilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a; Dunn et al. 2006). Bu standart, tedaviye onam verme veya reddetme yeterliğine sahip olan ve tercihlerini ifade edebilen bir kişinin özerkliğini korumaktadır (Berghams, 2001).

Özellikle 1990'lı yıllardan sonra yeterliğin dayandırıldığı bu standartlardan bazılarını veya hepsini ölçen ve sağlık çalışanlarına pratik bir yardım sunan yeterlik değerlendirme araçları geliştirilmiştir (Sullivan, 2004). Tedaviye karar verme yeterliğini ve klinik araştırmaya katılmaya karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilen araçlardan bazıları varsayıma dayalı bir senaryo kullanırken, diğerleri yapılandırılmış görüşmeleri içeren yöntemlerden yararlanmaktadırlar (Berghmans, 2001; Palmer, 2007).

Tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilen araçlar Tablo 2.2'de yer almaktadır (Sullivan, 2004; Sturman, 2005; Dunn et al. 2006). Araçların çoğu, yeterliğin dayandırıldığı anlama standardını ölçmektedir. Bu araçlardan MacArthur Tedavi İçin Yeterlik Değerlendirme Aracı (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment, MacCAT-T) diğer araçlara göre farklı hastalık tanı gruplarını kapsayan ve daha fazla hasta ile yürütülen çalışmalarda kullanılarak, geçerliği ve güvenilirliği test edilmiştir. Bu nedenle MCAT-T, hastanın tedaviye karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde 'altın standart' olarak gösterilmektedir (Vellinga et al. 2004). Bununla birlikte, belirli hastalık tanılarında veya durumlarda hangi aracın kullanılabileceği de farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; hastalık tanısı demans, alzheimer olan hastalarda Tedaviye Onam Verme Yeterliği Aracı (Competency to Consent to Treatment Instrument)'nın, karar verme

yeterliğinin kısa sürede değerlendirilmesi gerektiğinde Hopkins Yeterlik Değerlendirme Testi (Hopkins Competency Assessment Test) gibi uygulanması kısa süren bir testin kullanılması önerilmektedir (Sturman, 2005).

Bütün yeterlik değerlendirme araçlarının kullanımı; tanı, tedavi veya araştırma ile ilgili bilgilerin hastaya/kişiyeye anlatılmasını gerektirmektedir. Böylece araçlar aydınlatılmış onam sürecinde bilginin açıklanması, bireyin anladığının değerlendirilmesi ve kararın aydınlatılmış bir karar olması boyutunda klinik uygulamalara ciddi bir katkı sağlamaktadır. Bazı araçlar diğerlerinden daha fazla kullanılmasına rağmen, henüz karar verme yeterliğini değerlendirmede geçerli ve güvenilir kabul edilen tek bir araç yoktur (Ganzini et al. 2003; Fisk et al. 2007). Araştırmacıların ve klinisyenlerin daha fazla sayıda, farklı hastalık tanısı olan hastalarda yaptıkları çalışmalarda tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilen araçları test etmeleri önerilmektedir (Sturman, 2005).

Tablo 2.2. Tedaviye karar verme yeterliğini değerlendiren araçlar

Araç	Değerlendirilen Standart	Uygulama Süresi	Ölçüm Yöntemi
MacArthur Tedavi İçin Yeterlik Değerlendirme Aracı <i>MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)</i>	Anlama Değerlendirme Muhakeme Bir Seçimin İfadesi	15-20 dakika	Yarı yapılandırılmış görüşme
Kapasite Değerlendirmeye Yardım <i>Aid to Capacity Evaluation (ACE)</i>	Anlama Değerlendirme Bir Seçimin İfadesi	10-20 dakika	Yarı yapılandırılmış görüşme 7 bölüm
Hopkins Yeterlik Değerlendirme Testi <i>Hopkins Competency Assessment Test (HCAT)</i>	Anlama	10 dakika	Yapılandırılmış görüşme 10 soru
Tedaviye Onam Verme Yeterliği Aracı <i>Competency to Consent to Treatment Instrument (CCTI)</i>	Anlama Değerlendirme Muhakeme Bir Seçimin İfadesi	20-25 dakika	Yapılandırılmış görüşme Varsayımsal bir senaryo
Hopemont Kapasite Değerlendirme Görüşmesi <i>Hopemont Capacity Assessment Interview (HCAI)</i>	Anlama, Değerlendirme, Bir Seçimin İfadesi	30-60 dakika	Yarı yapılandırılmış görüşme Varsayımsal bir senaryo
Yeterlik Görüşme Skalası <i>Competency Interview Schedule (CIS)</i>	Anlama Değerlendirme Muhakeme Bir Seçimin İfadesi	*	Yapılandırılmış görüşme 15 soru
Tedaviye Onam Verme Kapasitesini Değerlendirme <i>Assessment of Consent Capacity for Treatment (ACCT)</i>	Anlama Değerlendirme Muhakeme Bir Seçimin İfadesi	45 dakika	Önerilen tedaviyle ilgili Varsayımsal bir senaryo
Ontario Yeterlik Anketi <i>Ontoria Competency Questionnaire (OCQ)</i>	Anlama Değerlendirme	*	Yarı yapılandırılmış görüşme
Karar Verme Kapasitesinin Doğrudan Değerlendirmesi <i>Direct Assessment of Decision-Making Capacity (DADMC)</i>	Anlama Muhakeme	*	Yapılandırılmış görüşme Varsayımsal bir senaryo
Yeterlik ve Yetersizlik Değerlendirme Testi İçin Yapılandırılmış Görüşme ve Puanlama Envanteri <i>Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (SICIATRI)</i>	Anlama Değerlendirme Muhakeme Bir Seçimin İfadesi	20 dakika	Yapılandırılmış görüşme 12 bölüm
Yeterlik Değerlendirme Görüşmesi <i>Competency Assessment Interview(CAI)</i>	Anlama, Muhakeme	*	Yarı yapılandırılmış görüşme
Kapasite Değerlendirme Aracı <i>Capacity Assessment Tool (CAT)</i>	Anlama, Değerlendirme, Muhakeme, Bir Seçimin İfadesi	*	Yarı yapılandırılmış görüşme

* Bu bölümlere ilişkin bilgi verilmemiştir.

Yeterliğin Değerlendirilmesine Yönelik Diğer Yaklaşımlar

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde bilişsel işlem becerilerine odaklı yaklaşımların kullanılmasının yanı sıra, öyküsel (narrative) etik, feminist etik ve bakım etiği gibi yaklaşımlardan yararlanılması gerektiği de ileri sürülmektedir. Bu yaklaşımlar; karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde hastanın duygularını, özgeçmişini, kişiliğini ve çevresiyle kurduğu iletişimi de göz önünde bulundurmaktadır (Berghams et al. 2004). Yaklaşımlara göre; kişinin anlamlandırma ve karar verme süreçleri; duyguları, kişiliği ve kendini algılamasıyla yakından ilişkili olduğundan, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde kişi için nelerin önemli olduğu, herhangi bir seçim yapmadan veya karar vermeden önce neleri göz önünde bulundurduğu dikkate alınmalıdır. Değerlendirmede; hastanın nasıl bir ruh hali içerisinde olduğu ve neler hissettiği hakkında fikir sahibi olabilmek için ‘hasta için hastalık ve tedavi ne anlama gelmektedir?’, ‘hastanın belirgin ve açık olmayan ifadeleri nasıl yorumlanabilir?’ ‘hastanın şu andaki durumunun yaşam öyküsü içerisindeki yeri nedir?’ sorularına cevaplar aranmalıdır (Berghams, 2001). Hastanın verdiği kararın makul olup olmadığına ilişkin bir yargıya varılmadan önce, hastanın tüm yaşam öyküsünün gözden geçirilmesi ve verdiği kararın kendi tercihlerini ve değerlerini yansıtıp yansıtmadığının değerlendirilmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Gerekirse bu konuda hasta yakınlarından bilgi alınması da önerilmektedir. Söz edilen yaklaşımlara göre tüm bunların göz önünde bulundurulması, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi için tamamlayıcı olacaktır (Berghams, 2001; Welie, 2001).

2.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Hastanın tedaviye karar verme yeterliğinin olup olmadığı konusuna ilişkin tartişmalar genellikle yaşlılar, zihinsel özrü olanlar, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar ve çocukların yer aldığı incinebilir grupta ortaya çıkmaktadır (Berghmans, 2001). ‘İncinebilirlik’; kendi çıkarlarını koruyacak güce, zekâya, eğitime, kaynağa ya da benzeri diğer niteliklere sahip olmayan ve bu nedenle kolay yönlendirilebilecek kişileri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Şehiraltı, 2005). Psikiyatrik bozuklukların genellikle şiddetli olması, kronik bir gidişat göstermesi ve hastaların toplum tarafından damgalanması nedeniyle, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar incinebilir kabul edilmektedirler (Roberts, 2002).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tıbbi tedaviye veya klinik araştırmaya katılmaya karar verme yeterliği, halen tartişılan bir konudur (Vollman, 1997). Günümüzde kabul edilen yaklaşıma göre, herhangi bir hastalık tanısı tek başına hastanın karar vermede yetersiz olduğunu göstermemektedir. Karar verme yeterliğinin hastalık tanısından bağımsız olduğu kabul edilmekle birlikte; özellikle hastada psikiyatrik bozukluk tanısının olması, tedaviye karar verme yeterliğinin azalmasında hazırlayıcı bir faktör olarak görölmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluklar ile hastanın karar verme yeterliği arasındaki ilişki son yıllarda yaygın bir şekilde araştırılmaya başlanmıştır (Saks and Jeste, 2006; Appelbaum, 2007). Ciddi psikiyatrik bozuklukların gerçeği değerlendirme yetisini ve bilişsel işlem becerilerini bozması, hastanın hastalığını ve tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmemesi; bu tür bozukluğu olan hastaların karar verme yeterliğinin azalmasında rol oynayan faktörler olarak gösterilmektedir. Bu faktörlerin; hastanın tıbbi tedaviye ilişkin bilgileri anlamasını, değerlendirmesini ve makul bir karar vermesini zorlaştırarak, karar verme yeterliğinin azalmasına neden olduğu ileri sürölmektedir (Appelbaum and Grisso, 1995; Grisso and Appelbaum, 1998a; Ness, 2002; Van Staden and Krüger, 2003; Appelbaum, 2007).

Bundan sonraki bölümde çalışmamızda yer alan dört hastalık tanı grubunun tedaviye karar verme yeterliği konusu açıklanmıştır.

2.3.1. Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda psikotik bozukluk tanı kriterleri; 'hezeyanlar (sanrılar), hallüsinasyonlar (varsanılar), karmakarışık konuşma, katatonik davranış, duygusal donukluk ve konuşamamazlık gibi belirtiler ile toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma' olarak belirtilmektedir (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV, 1994). Özellikle bu tanı grubunda görülen içgörü azlığı (hasta olduğunu kabul etmeme) ve hezeyanlar (düşünce içeriğinde bozulma); ilgili bilginin anlaşılmasını, hastalığın ve tedavinin değerlendirilmesi ile makul bir seçimde bulunulmasını engellediğinden, hastanın karar verme yeterliğini ciddi şekilde bozabilmektedir (NBAC, 1998; Leo, 1999; Ness, 2002; Rudnick, 2002; Van Staden and Krüger, 2003). Karar verme yeterliğine ilişkin tartışmalar ve endişeler özellikle psikotik bozukluklar arasında yer alan şizofrenik bozukluğu olan hastalarda ortaya çıkmaktadır (Koren et al. 2005). Şizofrenide görülen dikkat eksikliği, hatırlama güçlüğü ve problem çözme becerisinde bozulma, hastanın tedaviye karar verme yeterliğini azaltan faktörler arasında gösterilmektedir (Raymont, 2002; Appelbaum, 2007). Bununla birlikte bazı çalışmalarda; şizofrenik bozukluğu olan hastaların en az yarısının tedaviye karar vermede yeterli oldukları da belirlenmiştir (Grisso and Appelbaum, 1995a; Vollman et al. 2003).

2.3.2. Duygu Durum Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Temel bozukluğun kişinin duygu durumunda olduğuna inanılan bir hastalık grubu olup; duygu durum bozukluğuna bilişsel, psikomotor, psikofizyolojik ve kişilerarası ilişki alanlarındaki bozukluklar da eklenmektedir (Yazıcı, 1997). DSM-IV'te bipolar bozukluk ve major depresif bozukluk olmak üzere iki ana duygudurum bozukluğu tanımlanmaktadır (DSM-IV, 1994).

Bipolar bozukluklarda görülen artan duygu durum, dürtüleri kontrol edememe, dikkat eksikliği ve ambivalans nedeniyle hastanın ilgili bilgiyi anlaması ve

makul bir karar vermesi zorlaştığından, karar verme yeterliğinin azaldığı belirtilmektedir (NBAC, 1998; Van Staden and Krüger, 2003).

Depresyonda; bilişsel işlem becerilerinde bozulma, umutsuzluk, ilgi azlığı, yorgunluk, kendine yönelik suçluluk duygusu ve suicid düşüncesi gibi belirtiler görülebilmektedir. Bu belirtilerin; ilgili bilginin öğrenilmesini ve hatırlanmasını zorlaştırdığı, tedavinin yararları ve risklerine ilişkin bilginin değerlendirilmesini bozduğu (tedaviden beklenen yararların küçümsenmesi, olası risklerin abartılması gibi), buna bağlı olarak karar verme yeterliğinin azaldığı ileri sürülmektedir (NBAC, 1998; Leo, 1999; Berghmans, 2001; Ness, 2002; Raymont, 2002; Rudnick, 2002). Ancak yapılan çalışmalar depresyon bozukluğu olan hastaların dörtte üçünün tedaviye (Grisso and Appelbaum, 1995a; Vollman et al. 2003), büyük çoğunluğunun araştırmaya katılmaya karar vermede yeterli olduğunu ortaya koymaktadır (Appelbaum et al. 1999).

2.3.3. Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Anksiyete bozuklukları, daha çok fiziksel belirtilerle karakterize birçok hastalığı içeren bir hastalık tanı grubudur. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu bu tanı grubunda yer alan hastalıklar arasındadır (DSM-IV, 1994). Anksiyete bozukluklarında görülen obsesyon (yineleyici ve sürekli düşünce), korku ve panik gibi belirtiler ilgili bilginin alınmasını ve anlaşılmasını zorlaştırırken; travmaya yanıt, stres ve anksiyete gibi belirtiler ise sınırlı bir süre için kişinin yargılamasını olumsuz etkilemektedir (Leo, 1999; Ness, 2002; Henwood et al. 2006). Anksiyete bozukluğu olan hastaların genellikle tedavinin önemine veya yararlarına ilişkin bilgileri değerlendirmede zorluk yaşadıkları, buna bağlı olarak tedaviye karar verme yeterliklerinin azaldığı ileri sürülmektedir. Ayrıntılı çalışmaların bulunmadığı bu tanı grubunda yer alan hastalarda, karar verme yeterliğinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir (Raymont, 2002).

2.3.4. Alkol-Madde Bağımlısı Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği

DSM-IV; alkol-madde bağımlılığını ‘istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan miktarlarda madde kullanma gereksinimi, yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için madde alma, maddeyi bırakmak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar, madde kullanımına bağlı ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik sorun varlığına rağmen madde kullanmaya devam etme’ şeklinde tanımlanmaktadır (DSM-IV, 1994). Bağımlılıkta görülen iki belirtinin karar verme yeterliğinde bozulmaya neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu belirtilerden ilki kompulsiyondur (yineleyici davranış ya da zihinsel eylem) ve bu, basit bir kompulsiyon bozukluğu değildir. Bağımlı olan kişinin yaşamını madde arama kompulsiyonu etrafında sürdürmesi ve olumsuz sonuçlarına rağmen madde alımına engel olamaması; hastanın kullanılan maddenin risklerini ve tedaviden beklenen yararları makul bir şekilde değerlendirmesini zorlaştırmakta ve gönüllü bir seçimde bulunmasını riske atmaktadır (Charland, 2002). Karar verme yeterliğinin azalmasına yönelik ileri sürülen diğer bir belirti, bağımlılığın dikkat ve algılama gibi zihinsel fonksiyonları bozması ve impulsif (düşünmeden ve olası sonuçlarını öngörmeden) davranmaya neden olmasıdır. Bağımlılarda görülen bu tür belirtiler de ilgili bilginin anlaşılmasını ve kararın makul bir karar olmasını zorlaştırmaktadır (NBAC, 1998; Hazelton et al. 2003; Shulman et al. 2007). Hem alkol hem de madde bağımlılığında kişinin bağımlı olduğunu inkar etmesi yine tedaviye karar verme yeterliğini etkileyen bir diğer faktör olarak gösterilmektedir (Charland, 2002). Bununla birlikte standardize bir araç kullanılarak alkol-madde bağımlısı olan hastaların tedaviye karar verme yeterliğinin değerlendirildiği çalışma bulunmamakta ve bu tür çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (Sturman, 2005; Jeste and Saks, 2006).

Özetle psikiyatrik bozukluklar ile karar verme yeterliği arasındaki ilişki karmaşıktır (Ness, 2002). Psikiyatrik bozukluklarda görülen belirtilerin tıbbi tedaviye ilişkin karar vermede yetersiz olma riskini arttırdığı kabul edilmektedir (Silberfeld and Checkland, 1999; Grisso and Appelbaum, 1998). Ancak yeterliğin oldukça kuşkululu olduğu şizofrenik bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışma sonuçlarına göre, bu hastaların tümünde karar verme yeterliği azalmamaktadır (Berghmans, 2001). Ayrıca sadece psikiyatrik bozukluğu olan hastaların değil farklı tıbbi

hastalıkları olan hastaların da karar verme yeterlikleri azalabilmektedir (Dekkers, 2001; Jeste et al. 2003). Bu nedenle sadece psikiyatrik bozukluk tanısının varlığına dayanarak hastanın yetersiz olduğunun söylenemeyeceği ifade edilmekte (Jeste and Saks, 2006; Appelbaum, 2007), hatta psikiyatrik bozukluk ve karar verme yetersizliği arasında doğrudan bir ilişki olmadığı ileri sürülmektedir (Jeste and Saks, 2006). Tüm bunlara dayanarak psikiyatrik bozukluğu olan her hastanın karar verme yeterliğinin mutlaka değerlendirilmiş olması gerektiği savunulmaktadır (Grisso and Appelbaum, 1998; Jeste and Saks, 2006).

2.4. Yasalarda ve Etik Kodlarda Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Etik ve yasal açıdan kişilerin yeterliğinin azaldığına ilişkin makul bir neden olmadıkça karar verme yeterliğine sahip oldukları konusunda görüş birliği bulunmaktadır (Berghmans, 2001). Bununla birlikte psikiyatrik bozukluğu olan hastanın hangi durumlarda yetersiz kabul edileceği ve gönülsüz tedavi yapılacağı, yetersiz olan hastaların adına verilecek kararlarda nasıl bir yol izleneceği gibi konularda farklı düzenlemeler olduğu görülmektedir.

2.4.1. Karar Verme Yeterliğinin Yasal Boyutu

Birçok ülkenin yasaları tarafından kabul edilen yaklaşıma göre, tersi ispatlanmadıkça erişkin bir kişi yeterlidir ve karar verme kapasitesine sahiptir. Bu yaklaşım kişinin özerkliğine saygıyı uygulamaya geçirmede ve özerkliğinin yükseltilmesinde oldukça anlamlı bulunmaktadır (Silberfeld et al. 1995; Nys et al. 2004).

2.4.1.1. Karar Verme Yeterliği Kavramının Gelişimi

Karar verme yeterliğine ilişkin görüşlerin gelişiminde özellikle Amerika'da görülen davalarda alınan kararlar etkili olmuştur. Bunlardan ilki 1914 yılında görülen *Schloendorff* davasıdır. Bu davada onam alınmadan hastaya tıbbi müdahale

yapılması yasaklanmış olmakla birlikte, aydınlatılmış onamın ön koşul öğelerinden birisi olan yeterlik ögesine ilişkin bir tanım da yapılmıştır. Bu davada hakim Cardoza ‘yetişkin yaşta ve sağlam akli olan her insanın kendi bedenine ne yapılacağını belirleme hakkına sahip olduğunu’ belirtmiştir (Ersoy, 2003; Jones and Holden, 2004).

Dusky davasında (1960), mahkeme tarafından alınan kararda yasal yeterliğinin dayandırıldığı standartların ana hatları belirlenmiştir. Bu standartlar; davalının kendisine yönelik suçlamaları anlaması ve makul bir şekilde değerlendirmesidir (Schopp, 2006).

Rennie v. Klein (1978) davasında, hastada mental bir hastalığın olmasının tıbbi tedaviye aydınlatılmış onam vermede yetersiz olduğunu göstermediği karara bağlanmıştır. Ayrıca psikiyatrik bozukluğu olan birçok hastanın aydınlatılmış onam kararlarını vermede yeterli olabilecekleri, hastanın karar verme yeterliğinin mahkemeler tarafından değil, psikiyatri uzmanları tarafından değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu davadan bir yıl sonra görülen *Rogers v. Okin* (1979) davasında ise, psikiyatrik bozukluğu olan bir hastanın tedaviyi reddetmede yeterli veya yetersiz olup olmadığını belirlemede mahkemelere yetki verilmiştir (Kitamura et al. 1998).

1990 yılında görülen *Berkshire* davasında mahkeme; karar vermede yetersiz olan hastaya uygulanacak tedavinin hastanın hayatını kurtarıcı, sağlığında bozulmayı önleyerek iyileşmeyi sağlayıcı ve en iyi yararına olduğu durumlarda onamsız yapılmasını kabul etmiştir. Mahkeme kararında ‘hekimin belirli durumlar altında yetersiz hastaları, onların yararına olacak şekilde tedavi etme ödevine sahip olduğu’ belirtilmiştir (Raymont, 2002; Jones and Holden, 2004). Yine aynı yıl görülen *Zinerman v. Burch* davası, psikotik bozukluğu olan bir hastanın onam olmaksızın özgürlüğün kısıtlanmasını veya zorla yatırılmasını tartışır. Bu davada hakim Blackmun ‘hastalığı nedeniyle açıklamaları anlayamayan, durumunu ifade edemeyen ve isteklerini yansıtan bir kararı veremeyen hastanın onam veremeyeceğini ve gönülsüz hastaneye yatırılabilirliğini’ karara bağlamıştır (Kitamura et al. 1998).

Wisconsin davasında (1992), mahkeme tarafından kendisiyle ilgili kararları vermede yetersiz olarak saptanan hastanın kızı, vasi/koruyucu olarak tayin edilmiştir. Mahkeme tarafından alınan kararda vasinin, karar vermede yetersiz olan hastayı

gereksiz veya hatalı uygulamalardan koruması gerektiği ifade edilmiştir (Morenz and Sales, 1997).

2.4.1.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Gönülsüz Tedavisi

Psikiyatrik bozukluğu olan hastanın karar verme yeterliği konusundaki tartışmalar, özellikle hasta tedaviyi reddettiğinde veya hastaneye yatmak istemediğinde ön plana çıkmaktadır (Oğuz ve Özgüven, 2001). Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz tedavi edilmelerine yönelik karmaşık düzenlemeler olmakla birlikte, düzenlemelerin temelde iki ana görüşe dayandığı belirtilmektedir. İki görüşte de hastada psikiyatrik bozukluk tanısı şart koşularak; ilk görüş tehlikeliliğin varlığına veya olasılığına, ikincisi tedavi gereksinimine odaklanmaktadır (Peele and Chdoff, 1999). Amerika, Avustralya, Belçika, Fransa, Almanya, İsrail ve Hollanda gibi ülkelerinin ruh sağlığı yasalarında psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz hastaneye yatırılmasında bağlayıcı olan ‘tehlikelilik kriteri’ne yer verilmektedir (Peele and Chdoff, 1999; Large et al. 2008; Stefano and Ducci, 2008). Bu ülkelerin yasal düzenlemelerinde psikiyatrik bozukluk nedeniyle kendisi ya da toplum için tehlike oluşturma riski bulunanlar, hem tedavi edilmeleri hem de toplum güvenliğinin sağlanması gerekçeleriyle mahkeme kararıyla zorunlu klinik tedavi için hastaneye gönderilmektedir (Öncü ve Ger, 2007). İngiltere, İsviçre, İsveç, Norveç, Japonya, Hindistan, İtalya ve İspanya gibi ülkelerde ise psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz tedavi edilmeleri için bir kriter olarak tehlikeliliğin zorunlu olmadığı belirtilmektedir. Bağlayıcı tehlikelilik kriterinin olmadığı bu ülkelerde, genellikle tedavi için gereksinimin değerlendirilmesi zemininde hastanın gönülsüz tedavi edilmesine izin verilmektedir (Peele and Chdoff, 1999; Large et al. 2008; Stefano and Ducci, 2008). Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda ve Potekiz’de hem tedavi gereksinimi hem de tehlikelilik kriterleri kullanılarak hasta gönülsüz olarak tedavi edilmekte veya hastaneye yatırılmaktadır (Stefano and Ducci, 2008).

Tehlikelilik kriterini bağlayıcı olarak kabul eden ülkelerde karar verme yeterliği

Amerika'da psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz tedavi edilmelerinin ve hastaneye yatırılmalarının uygunluğu konusuna ilişkin tartışmalar sonucu bu konu, medeni haklar çerçevesinde ele alınmaya başlanmıştır (Arikan ve ark. 2007). 1960'lı yılların sonlarından itibaren yapılan yasal düzenlemelerde psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz hastaneye yatırılmasına ilişkin kriterler *'hastanın kendisi, başkaları veya mülkiyet için tehlike oluşturması ve/veya güvenlik ve sağlıkla ilgili temel gereksinimlerini karşılayamaması'* olarak belirlenmiştir (Stavis, 1994; Peele and Chdoff, 1999; Arikan ve ark. 2007). Önemli mahkeme kararları bulunmasına ve yasaların farklı eyaletlerde gözden geçirilerek düzeltilmesine rağmen, konu üzerindeki tartışmalar halen devam etmektedir. Yasadaki tehlikelilik kriterinin açık olmadığı ve hastanın bakım ya da tedavi gereksinimini kapsayıp kapsamadığının belirsiz olduğu ileri sürülmektedir (Arikan ve ark. 2007).

Amerika'da başlayan psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz tedavi edilmeleri ve hastaneye yatırılmaları konularındaki yasal düzenlemeleri takiben birçok ülke benzer yasal düzenlemeleri kabul etmiştir (Arikan ve ark. 2007). Ayrıca bazı ülkelerde özellikle bazı dönemlerde karar verme yeterliğine sahip olan hastalar için *'ulysses düzenlemeleri'* uygulamaya geçirilmiştir. Bu ülkelerden birisi olan Hollanda'da 2005-2006 yılları arasında ulysses düzenlemeleri; ciddi ancak iyilik dönemleriyle seyreden psikiyatrik bozukluğu olan hastanın sağlıklı ve yeterli olduğu zamanlarda, yetersiz olduğu dönemlerdeki istemsiz yatış ve tedavilerine ilişkin kararları olarak açıklanmıştır (Gremmen et al. 2007). Amerika ve İngiltere'de de ulysses kontratının psikiyatrik bozukluğu olan hastanın tedavisiyle ilgili ileri direktifleri olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Atkinson, 2004; Andreou, 2008).

Tehlikelilik kriterini bağlayıcı olarak kabul etmeyen ülkelerde karar verme yeterliği

İngiliz yasalarında hastaneye kabul sırasında onam verme kapasitesi azalan hastanın yatışı için tedavi edilme gerekliliğinin ortaya konması ve bilgilendirilerek yatışının yapılması istenmektedir. 1995 yılında İngiliz Tıp Birliği ve Hukuk Derneği tarafından, sağlık çalışanlarına ve hukukçulara yol göstermek için karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik pratik rehberler hazırlanmıştır. Bu rehberlerde karar verme yeterliğinin tek başına kararın kendisiyle ilişkili olmadığı, kararın arkasında yatan düşünce sürecinin de hesaba katılması gerektiği belirtilmiştir. Yine rehberlerde kişinin karar vermede yetersiz olduğu durumda, zihinsel yetersizlik varlığının gerekli fakat yeterli olmadığı ifade edilmiştir. (Nys et al. 2004). Son olarak 2007’de yürürlüğe giren ‘Zihinsel Kapasite Kanunu (The Mental Capacity Act 2007)’ beş temel ilkeyi içermektedir. Bu ilkeler şöyle sıralanmaktadır:

- 1- Erişkin bir kişi tedavisiyle ilgili kararları verme hakkına sahiptir ve tersi ispat edilmedikçe, bu konuya ilişkin kararları vermede yeterlidir.
- 2- Hastaların karar vermede yetersiz olduğu yargısına varılmadan önce kendileriyle ilgili kararları vermede gereksinim duyacakları uygun destekler konusunda hastalar yetkilendirilmelidir.
- 3- Hastalar karar verme kapasitesine sahip bakım vericilerinden, sağlık bakım profesyonellerinden ve diğer kişilerden farklı olabilecek kararlar verme hakkına sahiptir.
- 4- Kapasitesinde azalma olduğu yargısına varılan kişiler için yapılacak müdahaleler, onların en iyi yararına olmalıdır.
- 5- Kapasitesinde azalma olduğu yargısına varılan kişiler için yapılacak müdahaleler, anayasal haklarını ve özgürlüklerini sınırlandırmamalıdır (Mukherjee and Foster, 2008, Nicholson and et al. 2008).

İtalya’da psikiyatrik bozukluğu olan hasta, yapılması gereken acil psikiyatrik müdahaleler hariç, sağlık bakımıyla ilgili tüm haklara sahiptir. Hastanın hastalık tanısının onun yetersiz olduğu varsayımına götürmeyeceği vurgulanmakta ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin yasal olarak geçerli bir onam verebileceği belirtilmektedir (Nys et al. 2004).

Japonya’da Ruh Sağlığı ve İyiliği Yasası (The Japanese Mental Health and Welfare Law); psikiyatrik bozukluğu olan bir hastanın, gönüllü onamı olmaksızın hastaneye yatırılmasında tehlikelilik kriterini bağlayıcı olarak kabul etmemekte, tedaviye gereksinim kriterini de göz önüne almaktadır (Kitamura et al. 1998).

2.4.1.3. Vekil Onam

Hastanın yasal açıdan karar verme yeterliği olmadığına karar verildiğinde; onun adına karar vermede yetkilendirilen kişi vekilidir. Geleneksel olarak aile üyeleri, karar vermede yetersiz olan hastanın vekili olarak kabul edilmektedir (Lidz et al. 1984; Nwaishi, 2004; Jonsen et al. 2006). Buna gerekçe olarak, aile üyelerinin hastayla uzun zamandır devam eden bir ilişki içerisinde bulunmaları ile hastanın değerleri ve tercihleri hakkında bilgi sahibi olmaları gösterilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a; Hopp, 2000). Vekil mahkemeler tarafından atanabildiği gibi, hastanın kendisi de karar verme yeterliği azalmadan önce bu kişiyi belirleyebilmektedir (Kalaça, 1994). Birçok ülkede yeterli olmayan kişilerin adına kimlerin karar verebileceğine ilişkin yasal düzenlemeler bulunmaktadır.

Amerika'da 1976 yılında New Jersey'de görülen Quinlan davasından sonraki süreçte yapılan yasal düzenlemelerde, vekil karar vericiye ilişkin birçok standart belirlenmiştir (Beachumps and Childress, 2009). Bu standartlarda; karar vermede yetersiz olan hastanın aile üyelerine karar verme yetkisi tanınmış ve aile üyelerinin eş, ebeveyn, çocuk, kardeş gibi önceliği belirlenmiştir (Jonsen et al. 2006). İsveç'te yetersiz olan hastanın en yakın akrabasına hastanın durumu ve muhtemel tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmektedir (Nys et al. 2004). İngiltere'de ise karar vermede yetersiz olan kişilere atanan vekiller hastanın genel durumuyla ilgili değil, yalnızca psikiyatrik durumuyla ilgili kararlar verebilmektedirler (Meyers, 1990). Kanada'da Vekil Kararları Yasası (Substitute Decisions Act), yetersiz olan hastanın kararlarını verecek kişiyi sırasıyla; vasi, vekil, Onam ve Kapasite Kurulu tarafından onaylanan temsilci, eş veya partner, çocuk veya ebeveyn, kardeş, akraba ve avukat olarak belirtmektedir (Substitute Decisions Act, 1992). Japonya'da hastanın gözetiminden sorumlu kişiden onam alınmakta olup, yasada bu kişi; koruyucu, eş, ebeveyn ve hastanın bakımından sorumlu kişi olarak sıralanmaktadır (Kitamura et al. 1998).

Tüm bu düzenlemelerin ortak noktası; vekil olan kişinin de karar verme yeterliğine sahip olması ve hastanın değerlerini, inançlarını ve isteklerini göz önünde bulundurarak karar vermesi, en iyi yararına olacak şekilde davranması ve haklarını koruması gerektiğidir (Ersoy, 2003; Nys et al. 2004; Nwaishi, 2004; Jonsen et al.

2006). Yine kararı veren kişi kendisini hastanın yerine koymalı, kararı ‘o olsaydı’ diye düşünerek vermelidir (Kalaça, 1994). Yetersiz kişinin karara katılımı denenmeli veya bu konuda cesaretlendirilmelidir (Henwood et al. 2006).

2.4.2. Etik Kodlarda Karar Verme Yeterliği

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların karar vermede yetersiz olduğu düşünülerek özerkliklerinin ihmal edilmesi bu tür bozukluğu olan hastaların hakları ile ilgili tartışmaları başlatmıştır. Dünya Psikiyatri Birliği (World Psychiatric Association, WPA) tarafından 1977 yılında yayınlanan Hawaii Deklerasyonu’nda psikiyatrik bozukluğu olan kişilerden onam alınmadan uygulanacak tedavilerde uyulması istenen etik ilkeler açıklanmış ve hekimin onamsız tedavi etmekle ilgili yetkileri sınırlandırılmıştır (Hawaii Deklerasyonu, 1977).

Amerika’da 1982 yılında Tıpta Etik Problemlere Yönelik Oluşturulan Başkanlık Komisyonu (The President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine), yasalar doğrultusunda hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinden kaçınılmasını tavsiye etmiştir. Yine komisyon tarafından karar verme yeterliğinin, özellikle belirli bir klinik duruma özgü değerlendirilmesinin gerektiği de vurgulanmıştır (Jones and Holden, 2004).

Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association) tarafından yayınlanan Bali Bildirgesi’nde yasal ehliyeti olmayan fakat mantıklı kararlar verebilen hastanın, verdiği kararlara saygı gösterilmesi gerektiği belirtilmiştir (Bali Bildirgesi, 1995). 1996 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) ‘*Ruhsal Bozukluğu Olan Kişilerin İnsan Haklarının Korunması*’na yönelik bir klavuz yayınlamıştır. Bu klavuzda kişinin kendisiyle ilgili kararların yine kendisi tarafından verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, 2006). Aynı yıl WPA tarafından yayınlanan Madrid Deklerasyonu’nda, ruhsal bozukluğu olan hastaların işbirliği içerisinde tedavi edilmesi ve hastaların istek dışı tedavi edilmelerinin yalnızca özel koşullarda yapılabileceği üzerinde durulmuştur (Madrid Deklerasyonu, 1996).

Hastanın karar verme yeterliğinin önemli rolü, Avrupa Konseyi tarafından 1997 yılında imzaya açılan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi gibi uluslararası

belgelerde de tanımlanmıştır. Sözleşmede; müdahaleye onam verme yeterliği bulunmayan bir yetişkin üzerinde tıbbi müdahalenin sadece onun doğrudan yararına olduğunda yapılabileceği ancak temsilcisinden veya yasal olarak belirlenen kişi ya da makamdan izin alınması gerektiği belirtilmektedir. Kişinin mümkün olduğu kadar onam verme sürecine katılması da istenmektedir. Yine sözleşmede ‘akıl hastalığı olan kişilerin korunması’ ayrı bir başlık altında ele alınmıştır. Bu başlıkta yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığında sağlığına ciddi bir zarar gelebileceği durumlarda, ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişiden onam alınmadan psikiyatrik bozukluğun tedavisini amaçlayan bir müdahalenin yapılabileceği açıklanmıştır (Madde 6, 7), (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1997).

2.4.3. Türkiye’de Yasal ve Etik Yönden Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Karar Verme Yeterliği

2.4.3.1. Gönülsüz Tedavi

Türkiye’de psikiyatrik bozukluğu olan hastanın yeterliği ve zorunlu tedavi edilmesine ilişkin yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde; Türk Medeni Kanunu (TMK)’nun bazı maddelerinin (Madde 10, 13, 14, 432) bu konuya ilişkin genel ilkeler sunduğu belirtilmektedir (Öncü ve Ger, 2007). 22.11.2001 kabul tarihli ve 4721 sayılı TMK’nun 432. maddesinde ‘*akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya düzeltilmesi için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir*’ ifadesi yer almaktadır (TMK, 2001). Öncü ve Ger uygulamada genellikle hukuk mahkemelerinden, kişide psikiyatrik bozukluk olup olmadığı, varsa bunun toplum için tehlike oluşturup oluşturmadığı ve bu nedenle 432. madde uyarınca hastaneye yatmasına gerek olup olmadığı konusunda rapor istendiğini belirtmektedirler. Ayrıca yatırma kararını veren mahkemenin kararıyla hastanın hastaneden çıkarılabileceğini ancak pratikte bunun çok uygulanmadığını da ifade etmektedirler (Öncü ve Ger, 2007). Psikiyatrik bozukluğu olan hastanın zorla hastaneye yatırılmasına ilişkin

gerekçeler ise hastanın suç işlemesini önlemek, kamu düzen ve güvenini korumak olarak açıklanmaktadır (Oğuz ve Özgüven, 2001; Gülşen, 2003).

Türk Psikiyatri Derneği tarafından hazırlanan Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı Taslağı'nda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavisi ve hastaneye yatırılması ile ilgili düzenlemelere yer verilmektedir. Taslakta zorunlu yatış; 'ruhsal hastalığa bağlı tehlikelilik durumunda, kişinin hem tedavisini ve güvenliğini sağlamak, hem de toplum güvenliğini korumak amacıyla, tehlikelilik halinin ortadan kalkana kadar bir psikiyatri kliniğine yatırılması' olarak tanımlanmaktadır. Taslağın 'Ruh hastasının hastaneye yatırılmasıyla ilgili düzenlemeler' başlığında; zorunlu yatışı yapılan kişinin tehlikelilik halini ortadan kaldırmak amacıyla uygulanacak tedaviyi reddetme hakkının olmadığı ifade edilirken, kişinin tehlikelilik riski geçinceye kadar yapılacak tedaviye ilişkin kararda psikiyatri uzmanı ya da psikiyatri uzmanlarından oluşan bir ekip yetkilendirilmektedir. Tedaviye ilişkin her türlü itiraz için yetkili merci olarak da Sulh Hukuk Yargıçısı gösterilmektedir (Madde 3, 13), (Ruh Sağlığı Yasası Tasarısı Taslağı, 2007).

Konuya ilişkin Ruh Hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etik Kuralları; hekimin, kendisi ya da çevresi için zarar verme olasılığı yüksek olan ve bu nedenle zorunlu olarak yatırılması gereken hastayı ve yakınlarını istemli yatışa yönlendirmesi gerektiğini belirtir. Hastanın ya da temsilcisinin yatırılmaya karşı çıktığı durumlarda ise hekimin, tıbbi ve psikiyatrik gerekçeleri değerlendirerek istem dışı yatış kararını hekimlik bilgisi ve vicdanına göre vermesi istenmektedir. Yine hasta, psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle makul karar verme yetisini yitirmişse, hekimin istem dışı hastaneye yatırma ve tedavi etme kararında ülkemizdeki yasalar çerçevesinde hareket etmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Eğer hastanın kendisi ya da çevresi için tehlikelilik hali yoksa, hastanın tedaviyi reddetme hakkına saygı duyulması beklenmektedir (Madde 16, 17, 18), (Ruh Hekimliği-Psikiyatri Meslek Etik Kuralları, 2002).

Sonuç olarak diğer ülkelerle karşılaştırıldığında; yasal düzenlemelerde ve etik kodlarda, hastanın gönülsüz tedavi edilmesi ve hastaneye yatırılmasının daha çok tehlikelilik riskine dayandırıldığı görülmektedir. Tehlikelilik kriterinden bağımsız olarak tedavi gereksinimi açıkça ifade edilmemektedir. Bu konuya ilişkin Oğuz, Özgüven ve Gülşen; ailesi tarafından korunamayan, kendisi veya çevresi için tehlike

oluşturan psikiyatrik bozukluğu olan bir kişinin hürriyetinin kısıtlanabileceği ve zorla tedavi edilebileceğini ifade etmekle birlikte, bu konuyla ilgili eğer hastanın hastalığının ilerleme ihtimali yoksa, hem kendisi hem de çevresi için tehlikeli değilse zorla tedavi edilemeyeceği ve serbest bırakılması gerektiği şeklinde bir yorum getirmektedirler (Oğuz ve Özgüven, 2001; Gülşen, 2003).

2.4.3.2. Vekil Onam

Türkiye’de, Kanada’da olduğu gibi vekil onam ile ilgili ayrı bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. HHY’nde ve Aydınlatılmış Rıza Yönetmeliği Taslağı’nda belirlenen hasta vekili, Amerika, Kanada ve Japonya gibi ülkelerle benzerdir.

HHY’nin 24. maddesi hastanın yeterli olmadığı durumda vekilin kim olabileceği ve sorumluluğunun ne olduğu konusuna açıklık getirmektedir. Bu madde ‘hastanın temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde onamın veli ya da vasisinden alınacağını, bunların olmadığı durumda da mahkeme tarafından belirlenen vekilden onam alınması gerektiğini’ ifade etmektedir. Yine yönetmelikte hastanın mümkün olduğu kadar tıbbi müdahaleye katılmasının istenmesi, günümüzün çağdaş yaklaşımlarıyla da örtüşmektedir (HHY, 1998). Henüz taslak halinde olan Aydınlatılmış Rıza Yönetmeliği’nde yetersiz hastanın vekili olarak hasta yakını veya kanuni temsilcisi gösterilmektedir (Madde 10), (Aydınlatılmış Rıza Yönetmeliği Taslağı, 2008).

Ozanoğlu; hastanın karar veremeyeceği durumlarda onamın sırası ile eşinden, ebeveyninden, çocuklarından, kardeşlerinden, bunların hiçbiri yoksa diğer yakınlarından alınması gerektiğini belirtir (Ozanoğlu, 2003).

3. AMAÇ VE KAPSAM

Hastanın tedaviyle ilgili verdiği onamın geçerli olup olmadığını belirlemede, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü karar vermede yeterli olan hastaların tedavileriyle ilgili aydınlatılmış onam verebilecekleri kabul edilmektedir (Etchells et al. 1999). Bu kabul; hastanın özerkliğine saygı duyulması, hastaya yarar sağlama ve hastanın zarar görmesini engelleme açısından önemlidir (Kitamura et al. 1998; Welie and Welie, 2001).

Hekimlerin hastanın özerkliğine saygı duymaları gerektiğinin farkına varmalarına, mahkemelerin yeterli olan hastaların kendileriyle ilgili kararları verme hakkına sahip olduklarını kabul etmelerine, hastaların özerk seçimlerini koruyan hasta hakları hareketlerine ve yetersiz hastaların adına verilecek kararlarla ilgili yapılan düzenlemelere bağlı olarak, hastanın tedaviye onam verme yeterliği konusuna verilen önem giderek artmıştır (Grisso and Appelbaum, 1998a). Bu konuya ilişkin tartışmalar da, özellikle çocuklar ile psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yer aldığı incinebilir gruba ve yaşlı kişilere yönelmiştir (Palmer et al. 2002; Sturman, 2005).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar verme yeterliğine ilişkin tartışmalar; bu tür bozukluklarda sıklıkla görülen bilişsel işlem becerilerindeki bozulmalar ile hastaların hastalığı ve tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmemelerine bağlı olarak onam veremeyecek durumda oldukları ile ilgili inanışa dayanmaktadır (Oğuz, 1995; Van Staden and Krüger, 2003). Buna bağlı olarak psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviyi ret kararları dikkate alınmamakta hatta hastalar gönülsüz olarak vekil onamıyla hastaneye yatırılmakta ve bu durum hastaların yasal ve etik haklarının ihlaline neden olmaktadır (Grisso and Appelbaum, 1998; Kitamura, 2000; Raymont, 2002; Van Staden and Krüger, 2003).

Psikiyatrik bozuklukların hastanın tedaviye karar vermede yetersiz olma riskini arttırdığı fakat psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tümünün yetersiz olduğu ile ilgili genel bir varsayıma gidilemeyeceği belirtilmektedir. Bu bağlamda psikiyatrik bozukluğun hastanın tedaviye karar verme yeterliğini nasıl ve ne şekilde etkilediği önemlidir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Gelişmiş ülkelerde kabul edilen sağlık politikaları, ruh sağlığı yasaları ve meslek etik kodları psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz olarak hastaneye yatırılmaları ve onamsız tedavi edilmeleri konusundaki etik sorunların çözümünde yol gösterici olmuştur. Pek çok ülkede yayınlanan ruh sağlığı yasalarında gönülsüz olarak hastaneye yatan hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde tedavileriyle ilgili kararları verme konusunda yeterli oldukları belirtilmiştir. Alınan mahkeme kararlarıyla psikiyatrik bir bozukluğun varlığının tek başına hastanın karar vermede yetersiz olduğunu göstermediği kabul edilmiştir (Kitamura et al. 1998; Nys et al. 2004; Ambrosini and Crocker, 2007).

Son yıllara kadar tedaviyle ilgili kararları vermede yetersiz olduğu varsayılan psikiyatrik bozukluğu olan hastaların, karar verebilecek yeterliğe sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (Howe et al. 2005; Wong et al. 2005), sonuçlar açısından birbirleriyle çelişen çalışmalar da bulunmaktadır (Palmer et al. 2002; Vollmann et al. 2003).

Çalışmanın amacı: Yapılan literatür taramasında, ülkemizde ‘psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar verme yeterliği’ne ilişkin çalışmaya ve karar verme yeterliğini değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçütlere rastlanmamıştır. Türkiye’de kapsamlı bir ruh sağlığı yasasına ve diğer yol göstericilerine gereksinim duyulmakla birlikte Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından hazırlanan Ruh Sağlığı Yasası Taslağı henüz kabul edilmemiş, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların hakları ve meslek etiği kuralları da yeterince uygulamaya aktarılamamıştır. Bu nedenle sağlık çalışanları hasta tedaviyi reddettiğinde veya hastanın karar verme yeterliğinin şüpheli olduğu durumlarda yapılacaklarla ilgili karar vermede güçlük yaşayabilmektedir. Bu durum psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviyi reddetmelerinin dikkate alınmamasına ve gönülsüzce hastaneye yatırılmalarına neden olabilmektedir.

Bu çalışmayla; farklı psikiyatrik bozukluk tanısı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterliklerini araştırmayı ve tedaviye karar verme yeterlikleri ile sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri, bilişsel işlem becerileri ve içgörülerini; hastalık belirti şiddeti ve psikopatolojisi arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların farklı tıbbi problemleri de ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda gerek sağlık profesyonelleri gerekse hastanın yakınları tıbbi probleme ilişkin karar vermede hastanın yeterli olup olmadığı konusunda ikilem yaşayabilmektedirler. Hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmeye yönelik geliştirilen araçların klinik uygulamalarda kullanımı ile yaşanan bu gibi ikilemlerin azalması ve karşılaşılan sorunlarda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların haklarının ihlaline engel olması muhtemeldir. Çalışma sonuçlarının psikiyatrik bozukluğu olan hastaların hastaneye yatma ve hastaneden taburcu olma, farklı tıbbi tanılara ilişkin karar vermede söz sahibi olup olamayacaklarına ilişkin bir veri sağlayacağı da düşünölmektedir.

Çalışmamızda kullandığımız MacCAT-T'nin uygulanabilmesi için aydınlatılmış onam elde edilmesinde açıklanması istenen hastalık, önerilen tedavinin yararları ve riskleri konusundaki bilgilerin hastalara verilmesi gerekmektedir. Ülkemizde yalnız psikiyatrik bozukluğu olan değil, farklı tıbbi hastalıkları olan hastaların da bilgilendirilmesi konusunda eksiklikler olduğu yapılan araştırma sonuçları ile ortaya konmuştur (Ersoy, 1994; Şehiraltı, 1994; Kişioğlu ve ark. 2001). Çalışmamızdan elde edilecek sonuçların klinisyenlere psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bilgilendirilmesi ve hastadan aydınlatılmış onam alınması konularında rehberlik sağlayacağı ümit edilmektedir. Aynı zamanda hastaların izni ile kaydedilen görüşmeler tıp fakóltesi öğrencilerinin ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eğitimine kaynak oluşturabilecektir.

Ayrıca çalışmamız, hastaların tedaviye karar verme yeterliğinin şüpheli olduğu durumlarda bunu değerlendirmeye yönelik geliştirilen araçlardan birisi olan MacCAT-T'ni Türkiye'deki klinik uygulamalara kazandırabilecektir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Psikiyatrik bozukluk nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterliklerini ve hastaların karar verme yeterlikleri ile sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri ve klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yürüttüğümüz çalışma; ‘tanımlayıcı’ ve ‘ilişki arayıcı’ bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

4.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

‘Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği’ başlıklı çalışma Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri servisinde, 15 Haziran 2007 - 15 Şubat 2008 tarihleri arasında yatan hastalar üzerinde yürütülmüştür.

Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 19.06.2007 tarihinde İAEK 9/11 sayılı (Proje no: 57) ön onay almış olan çalışmamız için 13.01.2009 tarihinde İAEK 2/15 sayı ile etiğe uygunluk onayı alınmıştır.

4.2. Katılımcıların Özellikleri

Araştırmaya dahil etme ölçütleri: 15 Haziran 2007 ve 15 Şubat 2008 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri servisinde yatan;

- 18-65 yaş arası
- DSM-IV Eksen I tanı kriterlerini karşılayan
- Serviste en az beş gün yatan
- Son altı ay içerisinde EKT olmamış
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya almama ölçütleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen
- İletişim kurulamayan
- Görüşme yapmayı, değerlendirmeyi engelleyen fiziksel veya psikiyatrik bir hastalığı olan
- Son altı ay içerisinde EKT olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

4.3. Veri Toplama Araçları

1. Bilgi Formu (Ek 1): Bilgi formu araştırmacı, danışmanı ve psikiyatri uzmanı tarafından, konuyla ilgili çalışmalarda karar verme yeterliğini etkileyen faktörler arasında gösterilen bireysel değişkenler ile etki edebileceği düşünülen özelliklerden oluşturulmuştur. Hastaların sosyo-demografik bilgilerini (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi) ve klinik özelliklerini (hastalık süresi, daha önce psikiyatrik tedavi görme durumu, hastaneye yatış sıklığı gibi) içeren bilgi formunda 15 değişken yer almıştır. Burada yer alan bilgiler araştırmacı tarafından hastadan, hasta dosyasından, hastanın hekiminden ve/veya vekilinden alınarak toplanmıştır.

2. Soru Formu (Ek 2): Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesine yönelik soru formu kullanılmıştır. Bu form araştırmacı tarafından hastanın vekili, psikiyatri uzmanı ve hemşire ile görüşülerek doldurulmuştur.

3. Klinik Değerlendirmeler: Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ) hastalık belirti şiddetini, SMMT hastanın bilişsel işlem becerilerini, İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) hastanın içgörüsünü, Semptom Listesi-40 (SCL-40) hastalık psikopatolojisini ve Global Değerlendirme Ölçeği (GDÖ) hastanın işlevselliğini değerlendirmeye yönelik kullanılmıştır. SCL-40'ı hastadan kendisinin doldurması istenmiş, diğer klinik değerlendirmeler hastaların hekimleri tarafından yapılmıştır.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (Ek 3)

KGİÖ, herhangi bir hastalığın şiddeti ile hastalığın belirtilerindeki düzelmeyi genel olarak değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Ölçeği kullanan klinisyen, sözkonusu hastalıkla ilgili bilgi ve deneyimlerinin ışığında, hastalığın şiddeti ile belirtilerdeki düzelmenin derecesini 1'den 7'ye uzanan likert tipi bir derecelendirme üzerinde (1-

normal, hasta değil, 2- sınırda hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta) değerlendirir (Ersoy ve Varan, 2007) .

Standardize Mini Mental Test (Ek 4)

SMMT; 1975 yılında Folstein, Folstein ve Mc Hugh tarafından bilişsel yetileri değerlendirmek için geliştirilmiş, 1977 yılında Molloy ve Standish tarafından uygulayıcılar arasındaki farklılığı azaltmak amacıyla standardize uygulama klavuzu eşliğinde kullanılmıştır. Testin 60 yaş üzerindeki Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Güngen, Ertan, Eker, Yaşar ve Engin tarafından yapılmıştır (Folstein et al. 1975; Aydemir ve Köroğlu, 2006).

SMMT; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve maksimum 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Teste göre 24'ün altındaki puanlar bilişsel işlem becerilerinde bozulma olduğunu göstermekte (Soyuer ve ark. 2007), test puanının 23 ve 23'ün altında olması karar verme yeterliğinde azalma riskini arttırmaktadır (Etchells et al., 1999; Vellinga et al. 2005).

İçgörü Değerlendirme Ölçeği (Ek 5)

IDÖ, David tarafından 1990 yılında geliştirilen 8 sorudan oluşan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçekte tedaviye uyum, hastalığın farkında olma ve psikotik yaşantıları doğru olarak tanımlama şeklinde üç boyut bulunmaktadır. Ölçeğin en yüksek toplam puanı 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise 2001 yılında Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dankı ve ark. 2007).

Semptom Listesi - 40 (Ek 6)

Psikiyatrik hastalarda ruhsal belirtilerin düzeyini ve dağılımını saptamayı amaçlayan bir ölçüm aracıdır. Semptom Listesi-90'ın kısa formu olup, kırk soru içermekte ve kişinin kendisi tarafından doldurulmaktadır. Ölçeği dolduran kişiden ölçek maddelerini 1-hiç rahatsız etmedi, 2- biraz rahatsız etti ve 3- çok rahatsız etti şeklinde puanlaması istenir. Ölçeğin puan aralığı 0-120 olup, 90 soruluk formunun Türk üniversite öğrencilerinde geçerliliği ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Dağ tarafından yapılmıştır (Dağ, 1991).

Global Değerlendirme Ölçeği (Ek 7)

Endicott ve arkadaşları tarafından 1976'da geliştirilen GDÖ, kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Klinisyen kendi yargısını kullanarak kişinin genel uyum düzeyini 0-100 puan aralığında değerlendirir. Bu bilginin tedavi planını belirlemede ve daha sonra uygulanan tedavinin ne kadar etkili olduğunu ölçmede kullanılabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin kullanımını kolaylaştırmak için her 10 puanda bir işlevleri o düzeyde olan vakaların sosyal ve mesleki işlevleri ile hastalık belirtilerinin ağırlık derecesi örneklerle açıklanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder (Ersoy ve Varan, 2007; Sorias, 2007). Ayrıca ölçeğin hastanın genel yeterliğini değerlendirdiği de ileri sürülmektedir (Rutledge et al. 2008).

4. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi: Hastaların tedaviye karar verme yeterliği MacCAT-T ile değerlendirilmiştir.

MacArthur Tedavi İçin Yeterlik Değerlendirme Aracı (Ek 8, 14, 16).

MacCAT-T, Thomas Grisso ve Paul S. Appelbaum tarafından 1988-1998 yılları arasında yasal olarak tedaviye onam verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (Grisso and Appelbaum 1998b). Araç tıbbi tedaviye aydınlatılmış onam verme ile ilgili yasal ve klinik yeterliğe dayandırılmıştır. Bir dizi araştırma süreci sonrasında geliştirilen aracın pilot çalışması dört grup (şizofreni ve depresyon hastaları ile kalp hastalığı olan hastalar ve hasta olmayan kontrol grubu) üzerinde yapılmıştır. Aracın geçerlik çalışması 40 şizofreni ve 40 sağlıklı kişi üzerinde yapılarak uygulamada kullanılmaya başlanmıştır (Grisso and Appelbaum 1998a).

MacCAT-T, hastanın tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmede pratik bir yardım sunan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. MacCAT-T ile hastanın;

- Aydınlatılmış onamı alınırken açıklanan tedaviyle ilgili bilgiyi anlaması
- Hastalığa ve tedavinin yararına ilişkin bilgiyi değerlendirmesi
- Tedavinin günlük yaşamındaki etkisini ve sonuçlarını karşılaştırarak karar verme sürecindeki muhakemesi
- Tedaviyle ilgili bir seçimi ifade etmesi değerlendirilir.

MacCAT-T'nin anlama ve değerlendirme alt bölümleri; açıklanan hastalık, tedavi, tedavinin yararları/riskleri doğrultusunda hastanın hastalık, tedavi, tedavinin

olası sonuçları hakkındaki düşüncelerine ve hastanın hasta olup olmadığı hakkındaki inançlarına yönelik sorulan sorularla değerlendirilmektedir. Muhakeme alt bölümü; sonuçsal muhakemenin (hastanın istediği/istemediği tedavinin sonuçlarını ifade etmesi), karşılaştırmalı muhakemenin (tedavi olma ve tedavisiz kalma seçeneklerini karşılaştırarak farklılıklarını belirtmesi), genel sonuçların (tedavinin günlük ve iş yaşamındaki sonuçlarından bahsetmesi) ve mantıksal tutarlılığın (hastanın kendi muhakemesinden hareketle makul bir seçim yapması) değerlendirilmesiyle ölçülmektedir. Son olarak da hastadan bir seçimi ifade etmesi istenmektedir.

Puanlamada MacCAT-T görüşmesi sırasında hastanın sorulara verdiği cevaplar kullanılmaktadır. MacCAT-T puanlama rehberi sayesinde hastanın sorulara verdiği cevaplar 2 puan (yeterli), 1 puan (kısmen yeterli) veya 0 puan (yetersiz) olarak puanlanmaktadır. Hastanın sorulan sorulara verdiği cevaplar doğrultusunda MacCAT-T'nin dört alt bölümünde toplam puanlar elde edilir. Bu alt bölümler ve puan aralıkları ise;

- Anlama alt bölümü (0-6)
- Değerlendirme alt bölümü (0-4)
- Muhakeme alt bölümü (0-8)
- Bir seçimi ifade etme alt bölümü (0-2) dir.

MacCAT-T'nin anlama, değerlendirme, muhakeme ve bir seçimi ifade etme alt bölümlerine ilişkin 'yeterliliği' veya 'yetersizliği' gösteren 'sınır puanlar' ve 'toplam puan' vermediği belirtilmektedir (Grisso and Appelbaum 1998b). Bununla birlikte az sayıda çalışmada anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölümlerinde yeterliğin kesme puanları kullanılmış ve kesme puanlarının altında kalan hastaların yeterliğinin azaldığı kabul edilmiştir (Grisso and Appelbaum, 1995a; Vollman et al. 2003). Çalışma sonuçlarımızı kesme puanlarının kullanıldığı çalışma sonuçlarıyla karşılaştırmak amacıyla 3 kişi (araştırmacı, tıp etiği uzmanı ve psikiyatri uzmanı) tarafından hasta grubumuz için alt bölüm kesme puanları belirlenmiştir. Çalışmamızda MacCAT-T'nin alt bölümleri için kullandığımız kesme puanlar;

- Anlama alt bölümü için ≤ 4
- Değerlendirme alt bölümü için ≤ 2
- Muhakeme alt bölümü için ≤ 5 'dir.

4.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın yapılacağı Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ile görüşülerek çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri servisinde çalışan hekimler, psikologlar ve hemşirelerle toplantı yapılarak çalışma, çalışma takvimi ve görev dağılımı hakkında bilgi verilmiştir. Toplantıda tez önerisi hazırlık döneminde yurt dışından getirilerek çevrilen *'MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment'* adlı kitaptan hazırlanan MacCAT-T kayıt formları (Ek 8) tanıtılmıştır. MacCAT-T'nin uygulanabilmesi için klinisyen tarafından hastaya açıklanması istenen hastalık ve tedaviyle ilgili bilgileri içeren MacCAT-T kayıt formu bilgilendirme rehberi (Ek 9), psikiyatri servisi hekimlerine verilmiş ve hekim odasına da asılmıştır (Grisso and Appelbaum 1998b).

Serviste yatan 6 hasta ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda MacCAT-T görüşme formunda yer alan ve araştırmacı tarafından hastalara sorulacak sorular anlaşılır hale getirilmiştir.

15 Haziran 2007 tarihinden itibaren çalışma kapsamında hasta alımına başlanmıştır.

Araştırmaya alınması uygun görülen hastalara ve/veya vekillerine hem sözel hem de bilgilendirme rehberi (Ek 10, Ek 11) ile yazılı olarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan ve/veya vekillerinden aydınlatılmış onam alınmıştır (Ek 12, Ek 13).

Araştırmaya dahil edilen hastaların klinik değerlendirmeleri hekimleri tarafından KGIÖ, SMMT, İDÖ ve GDÖ kullanılarak yapılmıştır. Yine hekim tarafından hastaya servise yatışından sonraki ilk bir hafta içerisinde MacCAT-T kayıt formu bilgilendirme rehberi doğrultusunda hastalık, başlanan tedavinin yararları ve riskleri konularında bilgilendirme yapılmış, bu bilgiler MacCAT-T kayıt formuna da yazılmıştır.

Araştırmacı, hekimi tarafından bilgilendirilen hastayla yatıştan sonraki iki hafta içerisinde *'MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment'* kitabı rehberliğinde hazırlanan MacCAT-T görüşme formu (Ek 14) doğrultusunda

görüşmüştür (Grisso and Appelbaum, 1998b). Araştırmacı görüşme yapmadan önce hastanın hekimiyle görüşerek hastaya hastalık ve tedavisiyle ilgili anlatılanlar hakkında bilgi almış ve MacCAT-T kayıt formunu kontrol etmiştir. Ortalama 20-30 dakika süren hasta görüşmeleri hastanın yazılı izni (Ek 15) doğrultusunda ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşme sırasında kendisine açıklanan bilgiyi ifade edemeyen ya da yanlış ifade eden hastaya araştırmacı tarafından hekimle yapılan görüşme ve MacCAT-T kayıt formuna yazılan bilgiler doğrultusunda tekrar bilgilendirme yapılmış, MacCAT-T görüşmesi tekrarlanmıştır.

Sesli kayda alınan hasta görüşmelerinin her biri için ortalama on iki, on dört saat zaman ayrılarak görüşmeler bilgisayar ortamında yazılmıştır. Yazımı tamamlanan hasta görüşmeleri MacCAT-T puanlama rehberi (Ek 16) doğrultusunda 3 kişi (araştırmacı, tıp etiği uzmanı ve psikiyatri uzmanı) tarafından önce ayrı ayrı puanlanmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından her hasta için üç ayrı MacCAT-T puanlaması gözden geçirilmiş, farklı olan puanlamalar belirlenmiştir. Puanlamayı yapan üç kişi bir araya gelerek her hasta için tek bir puanlamada tartışarak uzlaşmıştır.

Çalışma verilerinin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanmaktadır.

4.5. Çalışmanın Sınırlılıkları

İlkin çalışma örneklem grubumuz ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların örneklemini tam olarak karşılamayabilmektedir. Çünkü çalışma Kocaeli ilinde ve bir hastanede yürütülmüştür. İkinci olarak hasta yakınları ile servis ziyaret saatleri (hafta içi 13:00- 14:00 saatleri arasında) sırasında iletişim kurulmaya çalışılmış, ulaşılamayan hasta yakınları ile hastalar aracılığı ile iletişime geçilerek randevu alınmıştır. Çalışmaya dahil edilerek görüşme yapılan tüm hastaların yakınları ile iletişime geçmekte güçlük çekilmiş, 83 hastanın 65'inin yakınından hastasının tedaviye karar verme yeterliği ile ilgili görüş alınabilmiştir.

4.6. Çalışma Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın yürütüldüğü 83 hastaya ilişkin verilerin frekansları, yüzde dağılımları alınmıştır. Hastaların MacCAT-T puanları bağımlı değişken, sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile klinik değerlendirmeleri; hasta vekilinin, psikiyatri uzmanı ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi bağımsız değişken olarak kullanılmıştır.

Hastaların MacCAT-T puanlarının normal dağılıma uymaması nedeniyle, analizlerde parametrik olmayan istatistik testleri kullanılmıştır. Buna göre hastaların sosyo-demografik özellikleri ile MacCAT-T puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Withney U testi ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

Hastaların klinik özellikleri ile MacCAT-T puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Withney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

Hastaların klinik değerlendirmeleri ile MacCAT-T puanları arasındaki ilişki Spearman ve Kendall's korelasyon testleri ile ortaya konulmuştur.

Hastaların MacCAT-T puanları arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon ile bakılmıştır.

Hastaların MacCAT-T anlama ve değerlendirme bölümlerinin kendi içerisindeki puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Wilcoxon ve Friedman testleri kullanılmıştır.

Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki farklılık Friedman testiyle, bu üç değerlendirme ile MacCAT-T puanları arasındaki ilişki Kendall's korelasyon ile ortaya konulmuştur.

$P=0.05$ 'in altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Psikiyatrik bozukluk nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterliğini belirlemek amacıyla planladığımız çalışma 15 Haziran 2007 - 15 Şubat 2008 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yürütülmüştür.

15 Haziran 2007 - 15 Şubat 2008 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisine 129 hasta yatırılmış, bu hastalardan 87'si araştırmaya dahil etme kriterlerini karşılarken, 42 hasta araştırmaya dahil etme kriterlerini karşılamamıştır (16 hasta EKT gördüğü, 9 hasta DSM-IV Eksen I tanı kriterlerini karşılamadığı, 8 hasta zihinsel özürlü olduğu, 4 hasta serviste 5 günden daha az yattığı, 3 hasta araştırmaya dahil etme yaş kriterlerini karşılamadığı ve 2 hasta iletişim kurulamadığı için çalışmaya dahil edilememiştir). Araştırmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 87 hasta çalışma hakkında bilgilendirilmiş; 83 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 4 hasta ise çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

Çalışmanın yapıldığı 83 hastanın verilerine ilişkin bulgular 6 bölümde ele alınmıştır.

5.1. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile klinik değerlendirmeleri

5.2. Hastaların MacCAT-T puanları

5.3. Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi

5.4. Hastaların MacCAT-T puanları ile sosyo-demografik ve klinik özellikleri, klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişki

5.5. Hastaların MacCAT-T alt bölüm puanları arasındaki ilişki

5.6. Hastaların MacCAT-T puanları ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile Klinik Değerlendirmeleri

Çalışmaya dahil edilerek görüşülen 83 hastanın sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile klinik değerlendirmelerine ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan hastaları sosyo-demografik özelliklerine göre sınıflandırdığımızda; hastaların %60.2'sinin (n=50) erkek, %39.8'inin (n=33) kadın olduğu görülmektedir. Yaşları 18 ve 63 arasında değişen hastaların yaş ortalamaları 35.06 ± 11.07 yıldır. Eğitim süreleri 2 ve 20 yıl arasında değişen hastaların eğitim süresi ortalaması ise 9.27 ± 4.11 yıl olup, üçte birinden fazlası (%38.6; n=32) ilkokul mezunudur. Hastaların yarıya yakını (%49.4; n=41) evli olup eşiyle birlikte, beşte ikisi (%41.0; n=34) bekar olup ailesiyle birlikte ve az bir kısmı (%9.6; n=8) yalnız yaşamaktadır. Çalışma süreleri 3 ay ve 55 yıl arasında değişen hastaların çalışma süresi ortalaması 16.22 ± 11.74 yıl olup, yarıdan fazlası (% 61.4; n=51) çalışmamakta ve üçte birinden fazlası (%38.6; n=32) çalışmaktadır (Tablo 5.1).

Tablo 5.1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	33	39.8
	Erkek	50	60.2
Eğitim durumu	Okur yazar değil	2	2.4
	Okur yazar	2	2.4
	İlkokul mezunu	32	38.6
	Ortaokul, lise mezunu	27	32.5
	Lisans mezunu	12	14.5
	Öğrenci	8	9.6
Medeni durum	Evli, birlikte yaşayan	41	49.4
	Bekar, birlikte yaşayan	34	41.0
	Evli, yalnız yaşayan	4	4.8
	Bekar, yalnız yaşayan	4	4.8
Çalışma durumu	Çalışan	32	38.6
	Çalışmayan	51	61.4
Toplam		83	100.0

5.1.2. Hastaların Klinik Özellikleri

Çalışmamızda yer alan hastaların hastalık tanımlarını DSM-IV Eksen I tanı kriterlerine göre sınıflandırdığımızda; hastaların %15.7'sinin (n=13) bipolar bozukluk manik epizot, %14.5'inin (n=12) majör depresyon, %13.3'ünün (n=11) şizofreni tanısı ve %56.5'inin (n=47) diğer hastalık tanımları ile serviste yatarak tedavi edildikleri görülmektedir. Hastaları hastalık tanı gruplarına göre sınıflandırdığımızda ise; hastaların %39.8'i (n=33) duygu durum bozukluğu, %27.7'si (n=23) psikotik bozukluk, %18.1'i (n=15) anksiyete bozukluğu ve %14.5'i (n=12) alkol-madde bağımlılığı tanı grubunda yer almaktadır (Tablo 5.2). Hastalık süreleri 1 ay ve 30 yıl arasında değişen hastaların hastalık süresi ortalaması ise 8.17 ± 7.34 yıldır.

Tablo 5.2. Hastaların hastalık tanısına ilişkin özellikleri

Hastalık tanısına ilişkin özellikler		n	%
Hastalık tanısı	Bipolar bozukluk depresif epizot	3	3.6
	Bipolar bozukluk manik epizot	13	15.7
	Bipolar bozukluk miks epizot	1	1.2
	Majör depresyon	12	14.5
	Majör depresif boz. psikotik özellikli	4	4.8
	Obsesif kompulsif bozukluk	5	6.0
	Travma sonrası stres bozukluğu	5	6.0
	Agorafobili panik bozukluk	1	1.2
	Panik bozukluk	1	1.2
	Anksiyete bozukluğu	1	1.2
	Konversiyon bozukluğu	1	1.2
	Disosyatif amnezi	1	1.2
	Psikotik bozukluk	3	3.6
	Şizofreni	11	13.3
	Sanrılı bozukluk	2	2.4
	Kısa psikotik bozukluk	2	2.4
	Genel tıbbi duruma bağlı psikotik boz.	2	2.4
	Şizoaffektif bozukluk	2	2.4
	Şizofreniform bozukluk	1	1.2
	Madde bağımlılığı	5	6.0
	Alkol bağımlılığı	6	7.2
	İlaç bağımlılığı	1	1.2
	Hastalık tanı grubu	Duygu durum bozuklukları	33
Anksiyete bozuklukları		15	18.1
Psikotik bozukluklar		23	27.7
Alkol-madde bağımlılığı		12	14.5
Toplam		83	100.0

Çalışmamıza katılan hastaları klinik özelliklerine göre sınıflandırdığımızda; hastaların yarıya yakınının (%47; n=39) ilk kez, dörtte birinden fazlasının (%27.7; n=23) 3 kez ve üzerinde, dörtte birinin de (%25.3; n=21) 2 kez psikiyatri servisinde yattıkları görülmektedir. Hastaların daha önce psikiyatrik tedavi görüp görmedikleri değerlendirildiğinde; büyük çoğunluğunun (%86.7; n=72) daha önce psikiyatrik tedavi gördüğü, az bir kısmının (%13.3; n=11) psikiyatrik tedavi görmediği gözlenmiştir. Hastaların çoğunluğu (%78.3; n=65) gönüllü olarak servise yatmayı istediğini, beşte biri (%21.7; n=18) gönülsüz olarak servise yatırıldığını bildirmiştir (Tablo 5.3).

Hastaların tamamına yakınının adli vaka olmadığı (%95.2; n=79) ve suç işlemediği (%92.8; n=77), yaklaşık üçte ikisine yakınının (%62.7; n=52) suicid/homisid riskinin bulunmadığı görülmektedir (Tablo 5.3).

Tablo 5.3. Hastaların klinik özellikleri

Klinik özellikler		n	%
Hastaneye yatış sayısı	1	39	47.0
	2	21	25.3
	3 ve üstü	23	27.7
Daha önce tedavi	Gören	72	86.7
	Görmeyen	11	13.3
Hastaneye yatış şekli	Gönüllü	65	78.3
	Gönülsüz	18	21.7
Adli vaka	Olan	4	4.8
	Olmayan	79	95.2
Suç	İşleyen	6	7.2
	İşlemeyen	77	92.8
Suicid/ Homisid riski	Var	31	37.3
	Yok	52	62.7
Toplam		83	100.0

5.1.3. Hastaların Klinik Değerlendirmeleri

Çalışmamıza katılan hastaları klinik değerlendirmelerine göre sınıflandırdığımızda; KGİÖ'ne göre hastaların %41'inin (n=34) orta düzeyde, %39.8'inin (n=33) belirgin düzeyde, %9.6'sının (n=8) hafif düzeyde ve %9.6'sının (n=8) ağır hasta oldukları görülmektedir (Tablo 5.4).

Tablo 5.4. Hastaların Klinik Global İzlenim Ölçeği'ne göre dağılımı

Klinik global izlenim ölçeği değerlendirmesi	n	%
Hafif düzeyde hasta	8	9.6
Orta düzeyde hasta	34	41.0
Belirgin düzeyde hasta	33	39.8
Ağır hasta	8	9.6
Toplam	83	100.0

SMMT puanları 21 ve 30 puan arası değişen hastaların test puan ortalaması 27.60 ± 2.37 olup, hastaların dörtte bire yakını (%22.9; n=19) testten 30 puan almıştır. SCL-40 puanları 40 ve 113 arasında değişen hastaların test puan ortalaması 72.38 ± 18.00 'dir. Hastaların İDÖ puanları 2 ve 18 arasında değişmektedir ve ölçek puan ortalaması 13.27 ± 4.26 'dir. Hastalar GDÖ'nden ise 15 ve 75 arasında puan almışlardır ve ölçek puan ortalaması 48.61 ± 13.02 'dir (Tablo 5.5).

Tablo 5.5. Hastaların klinik değerlendirmelerinin puan ortalamaları (N=83)

Klinik değerlendirme	Ortalama	SS
Standardize Mini Mental Test*	27.60	2.37
Semptom Listesi-40**	72.38	18.00
İçgörü Değerlendirme Ölçeği***	13.27	4.26
Global Değerlendirme Ölçeği****	48.61	13.02

* SMMT puan aralığı 0-30

** SCL-40 puan aralığı 0-120

*** İDÖ puan aralığı 0-18

**** GDÖ puan aralığı 0-100

5.2. Hastaların MacCAT-T Puanları

Çalışmanın yapıldığı 83 hastanın MacCAT-T'ndan aldıkları puanlara ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

5.2.1. Hastaların MacCAT-T Puan Ortalamaları

Çalışmamıza katılan hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları değerlendirildiğinde; hastaların anlama alt bölümü puan ortalaması 3.64 ± 1.45 , değerlendirme alt bölümü puan ortalaması 2.15 ± 1.24 , muhakeme alt bölümü puan ortalaması 4.28 ± 2.22 , bir seçimin ifadesi alt bölümü puan ortalaması 1.57 ± 0.54 ve toplam MacCAT-T puan ortalaması 11.67 ± 0.52 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6).

Tablo 5.6. Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamalarının dağılımı (N=83)

MacCAT-T alt bölümü	Ortalama	SS
Anlama*	3.64	1.45
Hastalık	1.14	0.52
Tedavi	1.36	0.51
Yarar-Risk	1.12	0.56
Değerlendirme**	2.15	1.24
Hastalık	1.02	0.68
Tedavi	1.13	0.65
Muhakeme***	4.28	2.22
Sonuçsal Muhakeme	1.12	0.61
Karşılaştırmalı Muhakeme	1.00	0.69
Genel Sonuçlar	0.90	0.70
Mantıksal Tutarlılık	1.27	0.61
Bir Seçimin İfadesi****	1.57	0.54
Toplam MacCAT-T*****	11.67	0.52

* Anlama alt bölümü puan aralığı 0-6

** Değerlendirme alt bölümü puan aralığı 0-4

*** Muhakeme alt bölümü puan aralığı 0-8

**** Bir seçimin ifadesi alt bölümü puan aralığı 0-2

***** Toplam MacCAT-T puan aralığı 0-20

5.2.2. Hastalık Tanı Gruplarının MacCAT-T Puan Ortalamaları

Hastalık tanı gruplarının MacCAT-T alt bölüm puan ortalamaları değerlendirildiğinde; MacCAT-T'nin tüm alt bölümlerinde en düşük puan ortalamasını psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastalar almıştır (anlama alt bölümü=3.22±1.56, değerlendirme alt bölümü=1.47±0.94, muhakeme alt bölümü=3.43±2.01 ve bir seçimin ifadesi alt bölümü=1.43±0.58). MacCAT-T alt bölümlerinde en yüksek puan ortalamasını; anlama alt bölümünde duygu durum bozukluğu (3.86±1.57), değerlendirme alt bölümünde alkol-madde bağımlılığı (2.58±1.08), muhakeme ve bir seçimin ifadesi alt bölümlerinde ise anksiyete bozuklukları (sırasıyla: 5.20±1.69; 1.86±0.35) tanı grubunda yer alan hastaların aldığı görülmektedir (Tablo 5.7).

Hastalık tanı gruplarının toplam MacCAT-T puan ortalamaları incelendiğinde; psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastalar en düşük (9.61±4.64), anksiyete bozukluğu tanı grubunda yer alan hastalar en yüksek (13.19±3.88) puan ortalamasını almıştır (Tablo 5.7).

Tablo 5.7. Hastalık tanı gruplarının toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamalarının dağılımı (N=83)

MacCAT-T alt bölümü	Hastalık Tanı Grubu			
	Anksiyete boz. (n=15) (Ort±SS)	Duygu durum boz. (n=33) (Ort±SS)	Psikotik boz. (n=23) (Ort±SS)	Alkol-madde bağ. (n=12) (Ort±SS)
Anlama	3.66±1.08	3.86±1.57	3.22±1.56	3.78±1.24
Değerlendirme	2.46±1.12	2.33±1.38	1.47±0.94	2.58±1.08
Muhakeme	5.20±1.69	4.33±2.60	3.43±2.01	4.66±1.61
Bir seçimin ifadesi	1.86±0.35	1.54±0.56	1.43±0.58	1.58±0.51
Toplam MacCAT-T	13.19±3.88	12.08±5.64	9.61±4.64	12.61±3.62

5.2.3. Hastaların MacCAT-T Puanları

Çalışmamıza katılan hastaların toplam MacCAT-T puanları değerlendirildiğinde; 83 hastadan 3'ü (%3.6) araçtan tam puan (20 puan) almıştır (2 hasta duygu durum, 1 hasta anksiyete bozukluğu tanı grubunda bulunmaktadır).

Hastaların MacCAT-T alt bölüm puanları incelendiğinde ise; anlama alt bölümünde 4 hastanın (%4.8), değerlendirme alt bölümünde 17 hastanın (%20.5), muhakeme alt bölümünde 9 hastanın (%10.8) ve bir seçimin ifadesi alt bölümünde 50 hastanın (%60.2) tam puan aldığı görülmektedir (Tablo 5.8).

Hastaların sadece ikisi bir seçimde bulunmamıştır. Bu nedenle bu alt bölüm diğer değişkenlerle karşılaştırma ve ilişki analizlerinde kullanılmamıştır.

Hastaların MacCAT-T alt bölümlerinde yüksek oranda yer aldıkları puan aralığı/puan değerlendirildiğinde; hastaların dörtte birinden fazlası (%26.5; n=22i) anlama alt bölümünden 5-4.1 puan aralığında puan almıştır. Hastaların yarıya yakını (%42.2; n=35) değerlendirme alt bölümünden 2 puan, beşte biri (%20.5; n=17) muhakeme alt bölümünden 4 puan ve yarısından fazlası (%60.2; n=50) bir seçimin ifadesi alt bölümünden 2 puan almıştır (Tablo 5.8).

Alt bölüm kesme puanları kullanılarak hastaların yeterlikleri değerlendirildiğinde; hastaların yarısından fazlasının (%55.4; n=46) anlama, üçte ikisinden fazlasının (%67.5; n=56) değerlendirme ve çoğunluğunun (%73.6; n=61) muhakeme alt bölümlerinde yeterliklerinin azaldığı görülmektedir (Tablo 5.8).

Tablo 5.8. Hastaların MacCAT-T alt bölüm puanlarının dağılımı

MacCAT-T alt bölümü	Puan aralığı /Puan	n	%	Ortalama±SS
Anlama*	6-5.1	15	18.1	3.64±1.45
	5-4.1	<u>22</u>	<u>26.5</u>	
	4-3.1	19	22.9	
	3-2.1	11	13.3	
	2-1.1	8	9.6	
	≤ 1	8	9.6	
Değerlendirme**	4	17	20.5	2.15±1.24
	3	10	12.0	
	2	<u>35</u>	<u>42.2</u>	
	1	11	13.3	
	0	10	12.0	
Muhakeme***	8	9	10.8	4.28±2.22
	7	9	10.8	
	6	4	4.8	
	5	14	16.9	
	4	<u>17</u>	<u>20.5</u>	
	3	13	15.7	
	2	7	8.4	
	1	6	7.2	
0	4	4.8		
Bir seçimin ifadesi	2	<u>50</u>	<u>60.2</u>	1.57±0.54
	1	31	37.3	
	0	2	2.4	
Toplam		83	100.0	

* Anlama alt bölümü kesme puanı ≤ 4

** Değerlendirme alt bölümü kesme puanı ≤ 2

*** Muhakeme alt bölümü kesme puanı ≤ 5

5.2.4. Hastalık Tanı Gruplarının MacCAT-T Puanları

Hastalık tanı gruplarının MacCAT-T alt bölüm kesme puanları kullanılarak yeterliği değerlendirildiğinde; psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların yeterliğinin diğer hastalık tanı gruplarında yer alan hastalara göre daha fazla azaldığı gözlenmiştir. Elde edilen sonuçları incelediğimizde;

MacCAT-T anlama alt bölümünde; anksiyete bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların üçte ikisinin (%66.8; n=10), duygu durum bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların yarıya yakınının (%48.6; n=16), psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların yarıdan fazlasının (%60.9; n=14) ve alkol-madde bağımlılığı tanı grubunda yer alan hastaların yarısının (%50.0; n=6) yeterliğinin azaldığı gözlenmiştir (Tablo 5.9).

MacCAT-T değerlendirme alt bölümünde; anksiyete bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların yarıdan fazlasının (%53.4; n=8), duygu durum bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların yarıdan fazlasının (%57.6; n=19), psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların tamamına yakınının (%91.3; n=21) ve alkol-madde bağımlılığı tanı grubunda yer alan hastaların üçte ikisinin (%66.6; n=8) yeterliğinin azaldığı görülmektedir (Tablo 5.9).

MacCAT-T muhakeme alt bölümünde; anksiyete bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların yarıdan fazlasının (%53.4; n=8), duygu durum bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların üçte ikisinden fazlasının (%69.7; n=23), psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların büyük çoğunluğunun (%86.8; n=20) ve alkol-madde bağımlılığı tanı grubunda yer alan hastaların çoğunluğun (%83.2; n=10) yeterliğinin azaldığı bulunmuştur (Tablo 5.9).

Tablo 5.9. Hastalık tanı gruplarının MacCAT-T alt bölüm puanlarının dağılımı

MacCAT-T alt bölümü	Puan aralığı/ Puan	Hastalık Tanı Grubu							
		Anksiyete boz. (N=15)		Duygu durum boz. (N=33)		Psikotik boz. (N=23)		Alkol madde bağ. (N=12)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Anlama*	6-5.1	2	13.3	9	27.3	2	8.7	2	16.7
	5-4.1	3	20.0	8	24.3	7	30.4	4	33.3
	4-3.1	7	46.7	6	18.2	4	17.4	2	16.7
	3-2.1	1	6.7	3	9.1	4	17.4	3	25.0
	2-1.1	1	6.7	5	15.2	2	8.7	0	0.0
	≤ 1	1	6.7	2	6.1	4	17.4	1	8.3
Değerlendirme**	4	3	20.0	10	30.3	0	0.0	4	33.3
	3	4	26.7	4	12.1	2	8.7	0	0.0
	2	6	40.0	10	30.3	12	52.2	7	58.3
	1	1	6.7	5	15.2	4	17.4	1	8.3
	0	1	6.7	4	12.1	5	21.7	0	0.0
Muhakeme***	8	0	0.0	7	21.2	1	4.3	1	8.3
	7	6	40.0	1	3.0	1	4.3	1	8.3
	6	1	6.7	2	6.1	1	4.3	0	0.0
	5	1	6.7	6	18.2	3	13.0	4	33.3
	4	4	26.7	4	12.1	5	21.7	4	33.3
	3	3	20.0	4	12.1	5	21.7	1	8.3
	2	0	0.0	4	12.1	2	8.7	1	8.3
	1	0	0.0	2	6.1	4	17.4	0	0.0
0	0	0.0	3	9.1	1	4.3	0	0.0	
Bir seçimin ifadesi	2	13	86.7	19	57.6	11	47.8	7	58.3
	1	2	13.3	13	39.4	11	47.8	5	41.7
	0	0	0	1	3.0	1	4.3	0	0

* Anlama alt bölümü kesme puanı ≤ 4

** Değerlendirme alt bölümü kesme puanı ≤ 2

*** Muhakeme alt bölümü kesme puanı ≤ 5

5.3. Hasta Vekilinin, Psikiyatri Uzmanının ve Hemşirenin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi

Çalışmanın yürütüldüğü hastaların vekillerinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesine ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Çalışmayı yürüttüğümüz hastaların karar verme yeterliğini değerlendiren vekillerin hastaların üçte birinden fazlasını (%38.5; n=25) yeterli, üçte birini (%33.8; n=22) yetersiz, dörtte bire yakını (%23.1; n=15 kişi) kısmen yeterli ve çok azını (%1.5; n=1) çok yeterli olarak değerlendirdikleri görülmektedir (Tablo 5.10).

Hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesini istediğimiz psikiyatri uzmanı hastaların yarısını (%50.6; n=42) yeterli, dörtte birinden fazlasını (%28.9; n=24) yetersiz, beşte birine yakını (%18.1; n=15) kısmen yeterli ve çok azını (%1.2; n=1) çok yeterli olarak değerlendirmiştir (Tablo 5.10).

Hastaların karar verme yeterliğini değerlendiren hemşire ise hastaların yarıya yakını (%42.2; n=35) yeterli, üçte birinin (%33.7; n=28) yetersiz, dörtte bire yakını (%22.9; n=19) kısmen yeterli ve çok azının (%1.2; n=1) çok yetersiz olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.10).

Tablo 5.10. Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi

Hastanın karar verme yeterliğini değerlendiren	n	%
Hastanın vekili* (N=65)	Çok yeterli	1 1.5
	Yeterli	<u>25</u> <u>38.5</u>
	Kısmen yeterli	15 23.1
	Yetersiz	22 33.8
	Çok yetersiz	2 3.1
Psikiyatri uzmanı (N=83)	Çok yeterli	1 1.2
	Yeterli	<u>42</u> <u>50.6</u>
	Kısmen yeterli	15 18.1
	Yetersiz	24 28.9
	Çok yetersiz	1 1.2
Hemşire (N=83)	Yeterli	<u>35</u> <u>42.2</u>
	Kısmen yeterli	19 22.9
	Yetersiz	28 33.7
	Çok yetersiz	1 1.2

* 18 hastanın vekilinden değerlendirme alınamamıştır.

Hastaların karar verme yeterliğini değerlendiren hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin değerlendirmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Tablo 5.11).

Tablo 5.11. Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki

Hastanın karar verme yeterliğini değerlendiren	Ortalama	Anlamlılık
Hasta vekili	2.05	$X^2= 3.164$ $p= 0.206$
Psikiyatri uzmanı	1.88	
Hemşire	2.07	

Çalışmamızda yer alan hasta vekillerinin hastaya yakınlık dereceleri değerlendirildiğinde; hasta vekillerinin yarıya yakınının (%47.7; n=31) hastanın ebeveyni, üçte bire yakınının (%32.3; n=21) eşi, %12.3'ünün (n=8) kardeşi, %6.2'sinin (4 kişi) çocuğu ve %1.5'inin (n=1) akrabası olduğu görülmektedir (Tablo 5.12).

Tablo 5.12. Hasta vekillerinin hastaya yakınlık derecesinin dağılımı

Hasta vekillerinin yakınlık derecesi	n	%
Ebeveyn	31	47.7
Eş	21	32.3
Kardeş	8	12.3
Çocuk	4	6.2
Akraba	1	1.5
Toplam	65	100.0

5.4. Hastaların MacCAT-T Puanları ile Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri, Klinik Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

5.4.1. Hastaların MacCAT-T Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlişkisi

Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamalarının sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçları Tablo 5.13'deki sırasıyla incelediğimizde;

Hastaların cinsiyetleri ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.13).

Hastaların yalnız ya da birisiyle birlikte yaşama durumları ile toplam MacCAT-T ve muhakeme alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir (*sırasıyla*: $Z=172.00$; $p=0.048$; $Z=169.50$; $p=0.042$). Az bir kısmı yalnız yaşayan hastaların (%9.6; n=16) toplam MacCAT-T ve muhakeme alt bölümü puan ortalamaları, büyük çoğunluğu birlikte yaşayan hastalara (%90.4; n=75) göre daha yüksektir (Tablo 5.13).

Birlikte yaşayan ve yalnız yaşayan hastaların MacCAT-T anlama ve değerlendirme alt bölüm puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.13).

Hastaların çalışma durumları ile toplam MacCAT-T, anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.13).

Tablo 5.13. Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki

Demografik özellik	MacCAT-T Bölümü			Toplam MacCAT-T (Ort±SS)
	Anlama (Ort±SS)	Değerlendirme (Ort±SS)	Muhakeme (Ort±SS)	
Cinsiyet				
Kadın (33)	3.76±1.37	2.39±1.22	4.60±1.99	12.49±4.63
Erkek (50)	3.55±1.50	2.00±1.24	4.08±2.36	11.13±5.10
<i>Z</i>	764.00	683.50	735.00	723.00
<i>p</i>	0.570	0.168	0.397	0.343
Medeni Durum*				
Birlikte yaşayan (75)	3.55±1.40	2.08±1.21	4.13±2.12	11.33±4.72
Yalnız yaşayan (8)	4.41±1.77	2.87±1.35	5.75±2.76	14.91±6.03
<i>Z</i>	184.50	203.50	169.50	172.00
<i>p</i>	0.075	0.119	0.042	0.048
Çalışma Durumu				
Çalışan (32)	3.66±1.42	2.15±1.27	4.28±2.06	11.63±4.65
Çalışmayan (51)	3.62±1.47	2.15±1.23	4.29±2.34	11.70±5.15
<i>Z</i>	801.00	813.50	815.50	801.00
<i>p</i>	0.888	0.980	0.996	0.888

* İstatistiksel analiz için gruplar birleştirilmiştir.

Yaş ortalaması 35.06±11.07, eğitim süresi ortalaması 9.27±4.11 ve çalışma süresi ortalaması 16.22±11.74 yıl olan hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; hastaların yaşı, eğitim süresi ve çalışma süresi ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.14).

Tablo 5.14. Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki

Demografik özellik		MacCAT-T Bölümü			
		Anlama	Değerlendirme	Muhakeme	Toplam MacCAT-T
Yaş	<i>Spearman's rho</i>	-0.055	-0.082	-0.083	-0.059
	<i>p</i>	0.619	0.460	0.455	0.598
Eğitim süresi	<i>Spearman's rho</i>	0.180	0.026	0.032	0.077
	<i>p</i>	0.110	0.820	0.777	0.500
Çalışma süresi	<i>Spearman's rho</i>	0.113	0.038	0.076	0.148
	<i>p</i>	0.492	0.820	0.645	0.367

5.4.2. Hastaların MacCAT-T Puanlarının Klinik Özellikleri ile İlişkisi

Hastaların MacCAT-T puanlarının klinik özellikleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçları incelediğimizde;

Hastalık tanı gruplarının toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları karşılaştırılmış; değerlendirme alt bölümünde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir ($F=9.51$; $p=0.023$). Hastaların dörtte birinden fazlasının (%27.7; $n=23$) yer aldığı psikotik bozukluk tanı grubunun değerlendirme alt bölümü puan ortalamasının; anksiyete ve duygu durum bozukluğu ile alkol-madde bağımlılığı tanı gruplarından daha düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 5.15).

Anksiyete ve duygu durum bozukluğu, psikotik bozukluk ve alkol-madde bağımlılığı tanı gruplarının toplam MacCAT-T ile anlama ve değerlendirme alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.15).

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile toplam MacCAT-T ve muhakeme alt bölümü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir (sırasıyla: $F=8.67$; $p=0.013$; $F=9.73$; $p=0.008$). Yarısına yakını ilk defa hastaneye yatan hastaların (%47.0; $n=39$) toplam MacCAT-T ve muhakeme alt bölümü puan ortalamaları iki kez ve üzerinde yatan hastalara (%53.0; $n=44$) göre daha yüksektir. Hastaların hastaneye yatış sayısı ile MacCAT-T anlama ve değerlendirme alt bölüm

puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.15).

Hastaların daha önce tedavi görme durumları ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.15).

Hastaların hastaneye yatış şekli ile toplam MacCAT-T, anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir (*sırasıyla*; $Z=168.50$; $p=0.000$; $Z=311.00$; $p= 0.002$; $Z=196.50$; $p= 0.000$; $F=176.50$; $p=0.000$). Dörtte üçünden fazlası gönüllü olarak servise yatan hastaların (%78.3; n=65) toplam MacCAT-T ve tüm alt bölüm puan ortalamaları gönülsüz olarak hastaneye yatırılan hastalardan (%21.7; n=18) daha yüksektir (Tablo 5.15).

Hastaların adli vaka olup olmama ve suç işleme durumları, suicid/homisid riskleri ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.15).

Tablo 5.15. Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puan ortalamaları ile klinik özellikleri arasındaki ilişki

Klinik özellik	MacCAT-T Bölümü			
	Anlama (Ort±SS)	Değerlendirme (Ort±SS)	Muhakeme (Ort±SS)	Toplam MacCAT-T (Ort±SS)
Hastalık Tanı Grubu				
Anksiyete bozuklukları (15)	3.66±1.08	2.46±1.12	5.20±1.69	13.19±3.88
Duygu durum bozuk. (33)	3.86±1.57	2.33±1.38	4.33±2.60	12.08±5.64
Psikotik bozukluklar (23)	3.22±1.56	1.47±0.94	3.43±2.01	9.61±4.64
Alkol-madde bağımlılığı (12)	3.78±1.24	2.58±1.08	4.66±1.61	12.61±3.62
<i>F</i>	3.04	9.51	6.18	4.94
<i>P</i>	0.385	0.023	0.103	0.176
Hastaneye Yatış Sayısı				
1 (39)	4.00±1.37	2.43±1.23	5.12±2.26	13.30±4.84
2 (21)	3.52±1.19	1.95±1.24	3.52±1.83	10.43±3.97
3 ve üstü (23)	3.13±1.65	1.86±1.21	3.56±2.06	10.04±5.19
<i>F</i>	5,75	4.49	9.73	8.67
<i>P</i>	0.056	0.106	0.008	0.013
Daha Önce Tedavi				
Gören (72)	3.66±1.42	2.15±1.26	4.29±2.25	11.69±4.94
Görmeyen (11)	3.49±1.66	2.18±1.16	4.27±2.14	11.58±5.10
<i>Z</i>	378.00	391.00	389.50	391.50
<i>P</i>	0.809	0.944	0.930	0.952
Yatış Şekli				
Gönüllü (32)	3.90±1.34	2.49±1.04	4.87±2.01	11.33±4.72
Gönülsüz (51)	2.67±1.45	0.94±1.16	2.16±1.58	14.91±4.63
<i>Z</i>	311.00	196.50	176.50	168.50
<i>P</i>	0.002	0.000	0.000	0.000
Adli Vaka				
Olan (4)	3.83±1.92	2.50±1.29	5.75±2.06	14.08±5.20
Olmayan (79)	3.63±1.43	2.13±1.24	4.21±2.22	11.55±4.92
<i>Z</i>	145.00	123.50	99.0	134.50
<i>P</i>	0.782	0.601	0.205	0.463
Suç				
İşleyen (6)	3.34±1.02	2.66±1.03	4.33±1.36	11.84±2.98
İşlemeyen (77)	3.66±1.48	2.11±1.25	4.28±2.28	11.66±5.07
<i>Z</i>	183.00	177.00	218.50	225.00
<i>P</i>	0.399	0.320	0.824	0.916
Suicid/ Homisid Riski				
Var (31)	3.28±1.54	2.09±1.10	4.12±2.04	11.09±4.67
Yok (52)	3.85±1.36	2.19±1.32	4.38±2.34	12.02±5.09
<i>Z</i>	615.50	775.50	738.50	690.00
<i>P</i>	0.073	0.618	0.521	0.275

Hastalık süresi ortalaması 8.17 ± 7.34 yıl olan hastaların, hastalık süresi ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.16).

Tablo 5.16. Hastaların hastalık süresi ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki

Klinik özellik		MacCAT-T Bölümü			
		Anlama	Değerlendirme	Muhakeme	Toplam MacCAT-T
Hastalık süresi	<i>Spearman's rho</i>	-0.070	-0.090	-0.020	-0.034
	<i>p</i>	0.527	0.419	0.854	0.758

5.4.3. Hastaların MacCAT-T Puanlarının Klinik Değerlendirmeleri ile İlişkisi

Hastaların MacCAT-T puanları ile klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 5.17'de yer alan sıralamayla ele alındığında;

Hastaların KGİÖ puanı ile MacCAT-T anlama alt bölümü puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemişken; toplam MacCAT-T, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf ters yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Kendall's tau_b* = -.195; *p* = 0.023; *Kendall's tau_b* = -.224; *p* = 0.018; *Kendall's tau_b* = -.193; *p* = 0.032) (Tablo 5.17). Hastaların hastalık şiddeti arttıkça toplam MacCAT-T ile değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanlarının düştüğü bulunmuştur.

Hastaların SMMT puanı ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; SMMT puanı ile toplam MacCAT-T ve anlama alt bölümü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Spearman's rho* = .318; *p* = 0.003; *Spearman's rho* = .384; *p* = 0.000). Hastaların SMMT puanı ile değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Spearman's rho* = .242; *p* = 0.027; *Spearman's rho* = .266;

$p=0.015$) (Tablo 5.17). Hastaların SMMT puanları arttıkça toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları da artmaktadır.

Hastaların SCL-40 puanı ile toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemiştir (Tablo 5.17).

Hastaların İDÖ puanı ile toplam MacCAT-T, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede pozitif yönde; anlama alt bölümü puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı zayıf pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla: *Spearman's rho*=.370; $p=0.001$; *Spearman's rho*=.418; $p=0.000$; *Spearman's rho*=.360; $p=0.001$; *Spearman's rho*=.252; $p=0.022$) (Tablo 5.17). Hastaların İDÖ puanları arttıkça toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Hastaların GDÖ puanı ile toplam MacCAT-T, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede pozitif yönde; anlama alt bölümü puanı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı zayıf pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla: *Spearman's rho*=.379; $p=0.000$; *Spearman's rho*=.369; $p=0.001$; *Spearman's rho*=.394; $p=0.000$; *Spearman's rho*=.264; $p=0.016$) (Tablo 5.17). Hastaların işlevsellikleri arttıkça toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları da artmaktadır.

Tablo 5.17. Hastaların MacCAT-T puanlarının klinik değerlendirmeleri ile ilişki

Klinik değerlendirme		MacCAT-T Bölümü			
		Anlama	Değerlendirme	Muhakeme	Toplam MacCAT-T
Klinik Global İzlenim Ölçeği	<i>Kendall's tau_b</i>	-0.129	-.224	-.193	-.195
	<i>p</i>	0.132	0.018	0.032	0.023
Standardize Mini Mental Test	<i>Spearman's rho</i>	.384	.242	.266	.318
	<i>p</i>	0.000	0.027	0.015	0.003
Semptom Listesi-40	<i>Spearman's rho</i>	-0.036	0.080	0.064	0.046
	<i>p</i>	0.749	0.472	0.565	0.680
İçgörü Değerlendirme Ölçeği	<i>Spearman's rho</i>	.252	.418	.360	.370
	<i>p</i>	0.022	0.000	0.001	0.001
Global Değerlendirme Ölçeği	<i>Spearman's rho</i>	.264	.369	.394	.379
	<i>p</i>	0.016	0.001	0.000	0.000

5.5. Hastaların MacCAT-T Alt Bölüm Puanları Arasındaki İlişki

Bu bölümde hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlılığı incelenmiştir. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde;

Hastaların anlama alt bölümü puanı ile değerlendirme ve muhakeme alt bölümü, toplam MacCAT-T puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı çok güçlü pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Spearman's rho*=.790; *p*=0.000; *Spearman's rho*=.727; *p*=0.000; *Spearman's rho*=.880; *p*=0.000) (Tablo 5.18). Hastaların anlama alt bölümünden aldıkları puan arttıkça değerlendirme ve muhakeme alt bölümleri ile toplam MacCAT-T puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Hastaların değerlendirme alt bölümü puanı ile muhakeme alt bölümü ve toplam MacCAT-T puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı çok güçlü pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Spearman's rho*=.817; *p*=0.000; *Spearman's rho*=.917; *p*=0.000) (Tablo 5.18). Hastaların değerlendirme alt bölümü puanları yükseldikçe muhakeme alt bölümü ve toplam MacCAT-T puanları da yükselmektedir.

Hastaların muhakeme alt bölümü puanı ile toplam MacCAT-T puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı çok güçlü pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Spearman's rho*=.943; *p*=0.000) (Tablo 5.18). Hastaların muhakeme alt bölümünden aldıkları puan arttıkça toplam MacCAT-T puanları da artmakta, bir başka ifadeyle muhakeme alt bölüm puanları düştükçe toplam MacCAT-T puanları da düşmektedir.

Tablo 5.18. Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları arasındaki ilişki

MacCAT-T bölümü		Değerlendirme	Muhakeme	Toplam MacCAT-T
Anlama	<i>Spearman's rho</i>	.790	.727	.880
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000
Değerlendirme	<i>Spearman's rho</i>		.817	.917
	<i>p</i>		0.000	0.000
Muhakeme	<i>Spearman's rho</i>			.943
	<i>p</i>			0.000

Hastaların MacCAT-T anlama alt bölümünde yer alan hastalığı, tedaviyi ve tedavinin yararlarını/risklerini anlama bölümleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir ($X^2=23.764$; *p*=0.000). Hastaların tedaviyi anlama puan ortalaması hastalık ve tedavinin yararlarını/risklerini anlama puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 5.19). Hastaların hastalık ve tedavinin yararlarını/risklerini anlama puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Hastaların MacCAT-T değerlendirme alt bölümünde yer alan hastalığı ve tedaviyi değerlendirme bölümleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir ($Z=-1.96$; *p*=0.050). Hastaların tedaviyi değerlendirme puan ortalaması hastalığı değerlendirme puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 5.19).

Tablo 5.19. Hastaların MacCAT-T anlama ve değerlendirme alt bölümlerinin kendi içerisindeki puan ortalamalarının karşılaştırılması

MacCAT-T alt bölümü	Ortalama	Anlamlılık
Anlama		
Hastalık	1.14	$X^2=23.764$ $p=0.000$
Tedavi	1.36	
Tedavinin yararları/riskleri	1.12	
Değerlendirme		
Hastalık	1.02	$Z= -1.96$ $p=0.050$
Tedavi	1.13	

5.6. Hastaların MacCAT-T Puanları ile Hasta Vekilinin, Psikiyatri Uzmanının ve Hemşirenin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

Hastaların MacCAT-T puanları ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirme arasındaki ilişki incelendiğinde;

Hasta vekilinin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirme ile toplam MacCAT-T, anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla: *Kendall's tau_b*=.379; $p=0.000$; *Kendall's tau_b*=.364; $p=0.000$; *Kendall's tau_b*=.307; $p=0.004$; *Kendall's tau_b*=.384; $p=0.000$) (Tablo 5.20).

Psikiyatri uzmanının hastanın karar verme yeterliğini değerlendirme ile toplam MacCAT-T, anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla: *Kendall's tau_b*=.382; $p=0.000$; *Kendall's tau_b*=.303; $p=0.000$; *Kendall's tau_b*=.382; $p=0.000$; *Kendall's tau_b*=.399; $p=0.000$) (Tablo 5.20).

Tablo 5.20. Hastaların MacCAT-T puanları ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki

Hastanın karar verme yeterliğini değerlendiren		MacCAT-T Bölümü			
		Anlama	Değerlendirme	Muhakeme	Toplam MacCAT-T
Hasta vekili	<i>Kendall's tau_b</i>	.364	.307	.384	.379
	<i>p</i>	0.000	0.004	0.000	0.000
Psikiyatri uzmanı	<i>Kendall's tau_b</i>	.303	.382	.399	.382
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000
Hemşire	<i>Kendall's tau_b</i>	.370	.527	.467	.461
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

Hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi ile toplam MacCAT-T, anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta derecede pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (*sırasıyla: Kendall's tau_b=.461; p=0.000; Kendall's tau_b=.370; p=0.000; Kendall's tau_b=.527; p=0.000; Kendall's tau_b=.467; p=0.000*) (Tablo 5.20).

Hastaların toplam MacCAT-T ve alt bölüm puanları ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi tutarlıdır. Hastaların MacCAT-T puanları arttıkça hasta vekili, psikiyatri uzmanı ve hemşire hastayı yeterli olarak değerlendirmektedirler.

6. TARTIŞMA

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye karar verme yeterliğini belirlemek amacıyla planladığımız çalışma, 15 Haziran 2007 - 15 Şubat 2008 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri servinde yatarak tedavi gören 83 hasta üzerinde yürütülmüştür.

Bu bölümde, hastaların tedaviye karar verme yeterliği ve hastaların hangi sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile klinik değerlendirmelerinin karar verme yeterliklerini etkilediği, yapılmış olan diğer çalışmalarla da karşılaştırılarak tartışılmıştır. Tartışma 6 bölümde ele alınmıştır.

6.1. Tüm hastalık tanı grubundaki hastaların karar verme yeterliği

6.2. Hastaların karar verme yeterliği ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki

6.3. Hastaların karar verme yeterliği ile klinik özellikleri arasındaki ilişki

6.4. Hastaların karar verme yeterliği ile klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişki

6.5. Hastaların MacCAT-T alt bölüm yeterlikleri arasındaki ilişki

6.6. Hastaların karar verme yeterliği ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi arasındaki ilişki

6.1. Tüm Hastalık Tanı Grubundaki Hastaların Karar Verme Yeterliği

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların, tedaviye karar verme yeterliklerinin değerlendirildiği araçtan (MacCAT-T) aldıkları toplam puan ortalaması, alabilecekleri üst puanın yarısından biraz fazladır (ort.= 11.67, maks.=20), (Tablo 5.6). Bununla birlikte hastaların az da olsa bir kısmı (%3.6) araçtan tam puan almıştır. Aynı araç kullanılarak Amerika'da yapılan bir çalışmada psikotik bozukluğu olan hastaların %12'si (Palmer et al. 2002), Çin'de yapılan bir çalışmada hastalık tanısı şizofreni olan hastaların %7.6'sı araçtan tam puan almıştır (Wong et al. 2005). Çalışmamızda hastalık tanısı şizofreni olan hastalar psikotik bozukluk tanı grubunda yer almakta ve bu tanı grubunda araçtan tam puan alan hasta bulunmamaktadır. Çalışma yöntemlerindeki farklılıkların böyle bir sonuçla karşılaşmamızda etkili olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü; Amerika'da yapılan çalışmada ayaktan tedavi gören, Çin'de yapılan çalışmada hastaneden taburcu edilme aşamasındaki hastaların karar verme yeterliği araştırılmıştır. Çalışmamızda ise hastaların karar verme yeterliği; hastaneye yatırılmalarından sonraki ilk iki hafta içerisinde, hastalık belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve tedaviye yeni başlanıldığı veya tedavinin tekrar düzenlendiği bir dönemde değerlendirilmiştir. Bu durumun da, psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların araçtan tam puan almamasında etkili olduğu düşüncesindeyiz. Hastaların karar verme yeterlikleri hastaneye yatmalarından ve tedaviye başlamalarından sonraki daha geç bir dönemde değerlendirilseydi, psikotik bozukluk tanı grubu içinde de araçtan tam puan alan hastaların olabileceği düşünülebilir.

Hastaların MacCAT-T alt bölümlerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların bir seçimin ifadesi alt bölümü dışında kalan tüm bölümlerden de, alınabilecek üst puanın yarısından biraz fazla puan aldıkları görülmektedir (anlama ort.=3.64, maks.=6; değerlendirme ort.=2.15, maks.=4; muhakeme ort.=4.28, maks.=8), (Tablo 5.6). Bu sonuca dayanarak çalışmada yer alan hastalar için tamamen yeterli ya da tamamen yetersiz gibi bir yoruma gitmek zor görünmektedir. Bununla birlikte hastaların dörtte birinden fazlasının (%27.7) psikotik bozukluk tanı grubunda yer aldığı ve karar verme yeterliklerinin hastaneye

yatmalarından sonraki ilk iki hafta içerisinde değerlendirildiği göz önüne alındığında bu sonuç, hastaların tamamen yetersiz olmadıklarını göstermektedir.

Hastalar tam puan aldıkları alt bölümler açısından değerlendirildiğinde ise; bir seçimin ifadesi alt bölümü dışında en fazla (%20.5) değerlendirme, en az (%4.8) anlama alt bölümünden tam puan almışlardır (Tablo 5.8).

Hastaların bir seçimin ifadesi alt bölümünde; hem üst puana yakın bir ortalama puan (ort.=1.57, maks.=2), hem de en fazla bu alt bölümde tam puan (%60.2; n=50) aldıkları görülmektedir (Tablo 5.8). Bir seçimin ifadesi alt bölümünde hastalara; hastaneye yatmalarının kendi seçimleri olup olmadığı, hastaneden taburcu olduktan sonra kendilerine önerilen tedaviye devam edip etmeme seçimleri ve seçimlerini tercih etme nedenleri sorulmuştur. Önerilen tedaviye devam etme ya da etmeme yönünde bir tercih sunanlar ve tercihini makul, mantıklı nedenlere dayandırabilen hastalar bu bölümden tam puan almışlardır. Birden fazla seçim ifade eden, bir seçim yapmada kararsız görünen veya yaptığı seçimi makul bir nedene dayandıramayan hastalar (%37.3; n=50) bu bölümden 'kısmen yeterli' oldukları anlamına gelen 1 puan almıştır. Hiçbir seçimde bulunmayan hasta sayısı ise çok az (%2.4; n=2) olmuştur. Bu alt bölümden 1 puan alan hastalardan bazılarının ifadeleri şöyledir:

'Ben yararına inanmasam dahi bilimin şeyine inanıyorum',
'Onu da bilmiyorum ilaçlara devam etsem mi, bilmiyorum',
'Mecburen ilaçları kullanacağım ne yapayım',
'İstemiyorum yani ne bileyim',
'İnsanlardan korktuğum için ilaçlarımı içicem',
'Doktor zaten bana faydası olduğunu gördüğü için o ilaçları vermiştir, bende kullanıcam',
'Unutmak için ilaçlarımı alıcam',
'Kesinlikle ilaçlarımı kullanırım, çünkü doktor verdi'.

Tüm hastalık tanı gruplarındaki hastalara ilişkin bu bulgular; hastaların aydınlatılmış onama ilişkin bilgileri anlamada, değerlendirmede ve muhakeme etmede çok yeterli olmasalar da, çoğunun aydınlatılmış onam sürecinin son aşaması olan bir seçimde bulunmayı yerine getirebildiklerini göstermektedir. Bu sonucun İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Madde 6) ve HHY'nde (Madde 26) yer alan, hastaların tamamen yeterli olmasalar da aydınlatılmış onam sürecine katılımlarının sağlanması yaklaşımını desteklediğini düşünmekteyiz (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1997; HHY, 1998).

Araca ilişkin alt bölüm kesme puanları kullanılarak tüm hastalık tanı grubundaki hastaların yeterliği değerlendirildiğinde ise; hastaların %55.4'ünün anlama, %67.5'inin değerlendirme ve %73.6'sının muhakeme alt bölüm yeterliklerinin azaldığı görülmektedir (Tablo 5.8). Bu sonuç; hastaların anlama alt bölümünde, dolayısıyla bu alt bölümde yer alan hastalığı, tedaviyi, tedavinin yarar ve risklerini anlamada daha yeterli olduklarını göstermektedir. Çalışma yöntemimize benzer bir şekilde; İngiltere, İspanya, Japonya ve Kanada'da yapılan çalışmalarda da farklı psikiyatrik bozukluk tanısı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterlikleri değerlendirilmiştir. MacCAT-T'nin kullanıldığı İngiltere'de yapılan çalışmalardan birinde hastaların %43.8'inin (Cairns et al. 2005a), diğerinde %60'ının tedavisiyle ilgili kararları vermede yetersiz oldukları belirtilmektedir (Owen et al. 2008). İspanya'da farklı bir araç kullanılarak yürütülen çalışmada hastaların %43.8'inin hastaneye yatışları sırasında onam verme yeterliklerinin bulunmadığı, bu hastaların yarıya yakınının (%44.4) taburcu edildiklerinde de karar vermede yetersiz oldukları ifade edilmektedir (Fraguas et al. 2007). Yine farklı araçların kullanıldığı Japonya'da yapılan çalışmada hastaların %24'ünün (Kitamura et al. 1998) ve Kanada'da yapılan çalışmada %74'ünün psikiyatrik tedaviyle ilgili kararları vermede yetersiz oldukları bildirilmiştir (Hoffman and Srinivasan, 1992).

Yapılan çalışmalarda farklı araçlar kullanılarak hastaların karar verme yeterlikleri değerlendirilmiş olmakla birlikte, çalışmamızda karar vermede yetersiz olan hastaların oranı diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Bununla birlikte sonuçlarımız, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tümünün yetersiz olmadığını göstermekte ve psikiyatrik bozukluğu olan hastalara herhangi bir tedavi başlamadan veya müdahale yapılmadan önce, karar verme yeterliklerinin değerlendirilmiş olmasının önemini ortaya koymaktadır.

6.2. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Cinsiyet, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$). %60.2'si erkek ve %39.8'i kadın olan hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterlikleri arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 5.13). Farklı psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde Amerika'da (Palmer et al. 2002; Palmer et al. 2004), İngiltere'de (Cairns et al. 2005a), İspanya'da (Fraguas et al. 2007) ve Almanya'da (Vollman et al. 2003) yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Amerika'da hastalık tanısı şizofreni olan ve ayaktan tedavi gören hastaların klinik araştırmaya karar verme yeterliğinin değerlendirildiği çalışmada da, çalışmamıza benzer şekilde hastaların cinsiyetleri ile anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterlikleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Stroup et al. 2005).

Hastaların *yalnız ya da birisiyle birlikte yaşaması*, karar verme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır. Yalnız yaşayan hastaların (%9.6) muhakeme alt bölümü puan ortalamasının, birlikte yaşayan hastalardan (%90.4) daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.042$), (Tablo 5.13). Başka bir ifadeyle; yalnız yaşayan hastalar kendilerine anlatılan bilgileri muhakeme etmede, birlikte yaşayan hastalara göre daha yeterlidir. Muhakeme alt bölümünde hastalardan seçiminin sonuçlarından (sonuçsal muhakeme) ve günlük aktivitelerine, sosyal ve iş yaşamına etkilerinden (genelleştirilmiş sonuçlar) bahsetmesi, tedavi olma veya olmama seçeneklerini karşılaştırması (karşılaştırmalı muhakeme) istenmiştir. Yine bu bölümde hastanın verdiği cevaplar üzerinden seçiminin mantıksal olarak kendi muhakemesini izleyip izlemediği (mantıksal tutarlılık) de değerlendirilmiştir. Tedavisiyle ilgili seçiminin en az iki sonucundan bahseden, tedavi olma ve olmama seçeneklerini karşılaştıran, seçiminin sonuçlarını günlük aktiviteleri, iş yaşamı ve sosyal ilişkilerinden en az ikisiyle ilişkilendiren ve son seçimi verdiği cevaplar üzerinden mantıksal olarak kendi muhakemesini izleyen hastalar bu bölümden tam puan almıştır. Seçimini açıkladığında sadece bir sonucundan bahseden, tedavi olma ve olmama seçeneklerini karşılaştırdığında yaptığı açıklamalar ayrıntılı olmayan,

seçiminin günlük, iş ve sosyal yaşamına etkilerinden birisini açıklayan ve son seçiminin mantıksal olarak kendi muhakemesini izleyip izlemediği belirsiz olan hastalar ise bu bölümden ‘kısmen yeterli’ oldukları anlamına gelen 1 puan almıştır. Seçiminin herhangi bir sonucunu açıklamayan, tedavi olma ve olmama seçeneklerini karşılaştıramayan, açıklama yapma konusunda cesaretlendirilse bile tedavinin günlük, iş ve sosyal yaşamındaki sonuçlarından bahsetmeyen ve son seçimi mantıksal olarak görüşme sırasındaki muhakemesini izlemeyen hastalar bu bölümden puan alamamıştır.

Hastaların çok az bir kısmı yalnız yaşamasına rağmen muhakeme alt bölümü puan ortalamalarının yüksek çıkmasında, günlük yaşamlarında kararlarını tek başına vermek durumunda kalmalarının etkili olduğu düşünülebilir. İngiltere’de tıbbi bir hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmada da, çalışmamıza benzer şekilde tek başına, bağımsız olarak yaşayabilen hastaların karar vermede daha yeterli olduğu bildirilmektedir (Raymont et al. 2004). Hastaların yalnız ya da birisiyle birlikte yaşaması, anlama ve değerlendirme yeterliklerinde ise anlamlı farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 5.13). Bu değişkenle, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların karar verme yeterlikleri arasındaki ilişkiyi karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılamamakla birlikte, bu değişkenle ilişkilendirilebilecek hastanın medeni durumu ile karar verme yeterliği arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların bazılarında hastaların medeni durumları ile karar verme yeterlikleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktayken (Cairns et al. 2005a; Fraguas et al. 2007), bir çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan bekar kişilerin karar vermede daha yetersiz oldukları belirlenmiştir (Hubbard et al. 2003).

Bir işte çalışıp-çalışmama durumu ile ***çalışma süresi***; hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinde anlamlı fark ortaya çıkarmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 5.13). İngiltere’de yapılan çalışmada bu sonuç desteklenirken (Cairns et al. 2005a), Amerika’da yapılan çalışmada ise farklı olarak, psikiyatrik bozukluğu olan ve herhangi bir işte çalışmayan kişilerin karar vermede daha yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Hubbard et al. 2003).

Yaş, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 5.14). Hem psikiyatrik hem de tıbbi bir hastalığı olan hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların yaşı ile karar verme yeterlikleri arasındaki ilişki konusunda birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmaların çoğunda da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde; hastaların yaşı ile karar verme yeterlikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (Palmer et al. 2002; Vollman et al. 2003; Palmer et al. 2004; Cairns et al. 2005a; Stroup et al. 2005; Wong et al. 2005; Fraguas et al. 2007). Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan az sayıda çalışmada ise bu sonuçlardan farklı olarak, hastaların yaşı ilerledikçe kendilerine anlatılan bilgileri anlamada zorlandıkları (Appelbaum et al. 1998), genç yaştaki hastaların bu bilgileri daha iyi değerlendirdikleri bildirilmektedir (Appelbaum et al. 1999). Tıbbi bir hastalık nedeniyle tedavi gören hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda da ileri yaşlardaki hastaların karar verme yeterliklerinin daha fazla azaldığı belirtilmektedir (Casarett et al. 2003; Flory and Emanuel, 2004; Raymond et al. 2004; Sorger et al. 2007). Çalışmaların bazılarında 65 yaşın üzerindeki hastaların çalışmaya alınmasının ve hastaların yaş ortalamasının birbirinden farklı olmasının böyle bir farklılığa yol açtığını düşünmekteyiz.

Stanley ve Guido (1984)'ya göre kararlarını aynı derecede muhakeme edebilselerde, yaşlı hastalar genç hastalara göre aydınlatılmış onama ilişkin bilgileri daha az anlamaktadır (Ness'den, 2002). Özellikle normal yaşlanma sürecinde (65 yaş ve üzeri yaşlarda) genellikle kişilerin bilişsel işlem becerilerinde azalma olduğu, duyulardaki kayıplara bağlı olarak anlama ve algılama gücünün olabileceği, bu nedenle klinisyenlerin aydınlatılmış onam sürecinde hastanın yaşını dikkate almaları gerektiği belirtilmektedir (Ness, 2002; Proust-Lima et al. 2007; Karlawish, 2008). Bununla birlikte, ileri yaşın tek başına hastanın karar vermede yetersiz olduğu yargısına götürmeyeceği de vurgulanmaktadır (Ness, 2002).

Çalışma yöntemimize göre çalışmamıza 65 yaşın üzerinde olan hastalar alınmamıştır. Özellikle yaşın karar verme yeterliği üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, ileri yaşlardaki hastaları da kapsayan çalışmaların yapılması açıklayıcı olacaktır.

Eğitim süresi de, hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinde anlamlı farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 5.14). Her eğitim seviyesindeki hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinin benzer olması nedeniyle, hastaların aldıkları eğitim süresinin bu alanlardaki yeterliklerini etkilemediği söylenebilir. Almanya'da (Vollman et al. 2003), İngiltere'de (Cairns et al. 2005a) ve İspanya'da (Fraguas et al. 2007) yapılan çalışmalarda da çalışma sonucumuza benzer şekilde, psikiyatrik bozukluğu olan hastanın karar verme yeterliğinde eğitim süresinin ve seviyesinin etkisi yoktur.

Amerika'da psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmaların bazılarında benzer bir sonuca ulaşırken (Palmer et al. 2002; Palmer and Jeste, 2006); diğerlerinde ise hastaların eğitim süresinin anlama yeterliklerinde anlamlı bir fark yarattığı, hastaların eğitim süresi arttıkça anlamada daha yeterli oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Lapid et al. 2003; Palmer et al. 2004; Appelbaum and Redlich, 2006). Çin'de şizofrenik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada bu sonuç desteklenirken (Wong et al. 2005), psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda eğitim süresi düşük olan hastaların karar vermede daha yetersiz oldukları ifade edilmektedir (Casarett et al. 2003; Raymont et al. 2004).

Tüm alışma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, hastaların eğitim süresi ve seviyeleri ile karar verme yeterlikleri arasındaki ilişkiye ilişkin farklı sonuçlara ulaşıldığı görölmektedir. Hastanın karar verme yeterliğinde eğitim seviyesinin ve aldığı eğitim süresinin etkili olup olmadığı konusunda da daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

6.3. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Klinik Özellikleri Arasındaki İlişki

6.3.1. Hastaneye Yatış Sayısı

Hastaneye yatış sayısı; hastaların muhakeme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır. İlk defa hastaneye yatan hastaların (%47) muhakeme alt bölümü puan ortalamasının, iki kez ve üzerinde hastanede yatan hastalardan (%53) daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.008$), (Tablo 5.15). Başka bir ifadeyle; ilk defa hastaneye yatan hastalar kendilerine anlatılan bilgileri muhakeme etmede, iki kez ve üzerinde hastanede yatan hastalara göre daha yeterlidir. Çalışma bulgularımıza göre hastaneye yatış sayısı; hastaların muhakeme yeterliklerinde etkin bir rol oynarken, anlama ve değerlendirme yeterliklerini ise etkilemediği görülmektedir ($p>0.05$), (Tablo 5.15).

Anlama alt bölümünde hastaların hastalık, tedavi ve tedavinin yarar ve riskleri olmak üzere 3 bölüme ilişkin kendilerine anlatılan bilgileri anlamaları değerlendirilmiştir. Hastadan kendisine yapılan açıklamaları kelimesi kelimesine tekrarlaması yerine, anlatılanları kendi ifadeleriyle açıklaması istenmiştir. İlk bölümde hastanın hastalık tanısı, hastalıkta görülen belirtiler ve hastalığın tedavisiz gidişatı ile ilgili bilgileri anlaması incelenmiştir. İkinci bölümde ise kullandığı ilaçlar, ilaç kullanım süresi ve kullanım şekli ile ilaç kullanırken dikkat edilmesi gerekenlere ilişkin bilgilerin hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı değerlendirilmiştir. Son bölüm olan tedavinin yarar ve riskleri bölümünde, hastanın tedaviden beklenen yararlar ile ortaya çıkabilecek yan etkilere ilişkin bilgileri anlaması değerlendirilmiştir. Üç bölüme ilişkin anlatılan bilgileri hatırlayan ve ilgili sorulara doğru cevaplar veren hastalar anlama alt bölümünden tam puan almışlardır. Bölüm içeriklerinden bazılarını hatırlayan, anlatılan bilgileri anlayıp anlamadığı belirsiz olan veya sorulara verdiği cevaplar yüzeysel olan hastalar bu bölümden 'kısmen yeterli' oldukları anlamına gelen 1 puan almıştır. Bölüm içeriklerini anımsayamayan, yanlış ifade eden veya bilgileri çarpıtan hastalar ise bu bölümden puan alamamıştır.

Değerlendirme alt bölümünde ise hastanın hastalığı ve tedaviyi değerlendirmesi ele alınmıştır. Hastalığı değerlendirmede, hastaya kendisine

söylenen hastalık tanısını kabul edip etmediği sorulmuş, hastalığını kabul etmesinin ya da etmemesinin nedenleri üzerinde durulmuştur. Hastalık ve belirtilerinin tümü veya birçoğu hakkında bilgili olan, kendisine anlatılan bilgileri kabul etmesede kabul etmemesine yönelik mantıklı nedenler sunan hastalar, bu bölümden tam puan almıştır. Açıklanan hastalık özellikleri ve belirtileri hakkında bilgisi olan fakat önemli bilgileri bilmeyen, hastalığının varlığı hakkında tartışan veya kararsız olan ve buna ilişkin sunduğu nedenleri açıkça ifade edemeyen hastalar ‘kısmen yeterli’ oldukları anlamına gelen 1 puan almıştır. Bu hastalardan birisinin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

Görüşmeci: Şu anda psikiyatri servisindesiniz ve hastalığımızın tanısı ... olarak kondu. Siz yaşadığınız şikâyetlerin psikolojik bir hastalıktan, rahatsızlıktan kaynaklandığını kabul ediyor musunuz?

Hasta: Şu an tam emin değilim. Tam berrak değil. Doktorla bunu da konuştuk. Söylediklerimin gerçek olup olmadığını ne sen bilebilirsin, ne ben bilebilirim dedim. Böyle bir şey gerçekse dedim benim söylediklerim yani ispat yok, bir şey yok. Gerçekten şu anda bende sandığımı sanıyorum. Çünkü ispatım yok. Belirli ispatlar vardı ama yok oldu şimdi. Ya gerçekten böyle bir şey varsa sandığımı sanmadıysam olanların ne olacak...

Hastalığını kabul etmeyen ve kabul etmeme nedenlerini ifade edemeyen veya psikiyatrik bir hastalık yerine farklı hastalık belirtilerine dayanarak açıklamada bulunan hastalar, bu bölümden puan alamamıştır. Tedaviyi değerlendirme başlığı altında ise, hastanın tedaviden beklediği sonuçlar ile tedavinin yarar sağlayıp sağlayamayacağına ilişkin düşünceleri incelenmiştir. Yarar sağlayan tedavinin en düşük olasılıklı yararlarını bile bilen veya tedavinin bazı yararlarının olacağına inanmayan fakat inanmamasının nedenlerini mantıklı açıklamalara dayandırabilen hastalar bu bölümden tam puan almıştır. Tedavinin bazı yararları olacağına inanıp-inanmamasına ilişkin sunduğu nedenler belirsiz olan veya tedavinin yararlarının olup olmadığı konusunda ikilemde olan hastalar, bu bölümde ‘kısmen yeterli’ olarak değerlendirilmiştir. Oldukça yarar sağlayan tedavinin yararları hakkında çok az bilgisi olan veya yarar sağlayacak tedaviye inanmayan hastalar ise bu bölümden puan alamamıştır. Bu bölümden puan alamayan hastalardan birisinin ifadeleri aşağıdadır:

Görüşmeci: Tedavinizden beklenen yararlar nelerdir? Verilen ilaçlar size nasıl fayda sağlayacak?

Hasta: Bence hiçbir yararı yok. Hayır. Benim sorunum bağırsaklarımdan. Bağırsaklarımdan ameliyat olmadıkça ilaçların yararının olacağını da düşünmüyorum...

Muhakeme alt bölümünde hastanın tedavisinin günlük, sosyal ve iş yaşamı üzerindeki etkilerini ve sonuçlarını, tedavi olma ve olmama seçeneklerini karşılaştırarak karar verme sürecindeki muhakemesi değerlendirilmiştir.

Amerika'da hastalık tanısı kronik şizofreni olan hastaların araştırmaya onam verme yeterliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların hastanede yatış süresi uzadıkça anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinin azaldığı belirlenmiştir (Kovnick et al. 2003). İspanya'da yapılan çalışmada da hastanede kalma süresi ile hastanın yeterliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hastanede kalma süresi uzadıkça hastanın karar vermede yetersiz olma riskinin arttığı belirtilmektedir (Fraguas et al. 2007).

Bu sonuçlardan farklı olarak Amerika'da yapılan bir çalışmada çalışma bulgularımıza benzer şekilde, hastaların hastaneye yatış sayısı anlama ve değerlendirme yeterliklerini etkilemezken, bulgularımızdan farklı olarak yatış sayısı hastaların muhakeme yeterliklerini de etkilememiştir (Grisso and Appelbaum, 1995c). İngiltere'de yapılan çalışmada hastaneye yatış sayısının hastanın karar verme yeterliği üzerinde etkisi bulunmamaktadır (Cairns et al. 2005a).

6.3.2. Hastalık Süresi

Hastalık süresi; hastaların karar verme yeterliklerinde etkin rol oynamamaktadır ($p>0.05$). Ortalama hastalık süresi 8.17 ± 7.34 yıl olan hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 5.16). Hastada kısa ya da uzun süredir psikiyatrik bir hastalığının olması, tedaviye karar verme yeterliğini etkilememektedir. Amerika'da yapılan ve şizofrenik bozukluğu olan hastaların araştırmaya karar verme kapasitelerinin değerlendirildiği çalışmalardan biri karar verme kapasitesi üzerinde hastalık süresinin (Candilis et al. 2008), diğeri hastalığın başlangıç yaşının etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Palmer and Jeste, 2006). Hastalığın erken yaşta ya da ilerleyen yaşlarda başlaması ile hastalık süresi ilişkili olduğundan, bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çin'de yapılan çalışmada, çalışma sonucumuzdan farklı olarak hastalık süresinin anlama yeterliğini etkilediği ve hastalık süresi uzadıkça hastanın anlama

yeterliğin arttığı belirtilmektedir (Wong et al. 2005). Çalışmamızda yer alan hastaların hastalık süresi ortalaması, bu çalışmada yer alan hastaların hastalık süresi ortalamasından (9.9±3.3 yıl) daha kısadır. Ayrıca çalışmamızda hastalık tanısı yeni konulan hasta sayısının fazla olmasının da, hastalık süresi ile hastaların karar verme yeterlikleri arasında anlamlı farklılık çıkmamasında rol oynadığı düşünülmektedir. Appelbaum'a göre de, hastalığın kronikleşmesi hastaların kendilerine anlatılan bilgileri anlamalarını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle de kronik bir psikiyatrik bozukluğu olan hasta hastaneye yatırıldığında, daha fazla özen gösterilmesi ve anlatılan bilgilerin tekrarlanması gerektiği ileri sürülmektedir (Appelbaum et al. 1998).

6.3.3. Daha Önce Tedavi Görüp-Görmeme Durumu

Daha önce tedavi görüp-görmeme durumu, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$). Anketin bu bölümünde hastaların hastaneye yatmadan önce ilaç, EKT ve psikoterapi gibi psikiyatrik bir tedavi görüp görmediklerine ilişkin bilgi toplanmıştır. Daha önce psikiyatrik tedavi gören (%86.7) ile görmeyen (%13.3) hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görülmektedir (Tablo 5.15). Daha önce tedavi görmüş olan hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında daha çok deneyimleri olduğundan, karar verme yeterliklerinin de ilk defa tedavi gören hastalara göre daha fazla olması beklenebilir. Çalışma bulgularımıza göre ise böyle bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Hastaların hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi ve daha önce tedavi görüp-görmeme durumu ile karar verme yeterlikleri arasındaki ilişki konusundaki çalışma bulgularımız birlikte değerlendirildiğinde; ilk defa hastaneye yatan ile iki kez veya daha fazla sayıda hastanede yatmış olan, yeni hastalanan ile uzun süredir hasta olan, daha önce tedavi gören ile görmeyen hastaların anlama ve değerlendirme yeterlikleri arasında farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç ve çalışma kapsamında yapılan hasta görüşmeleri sırasında hastalardan alınan geribildirimler, hastaların

hastalık ve tedavileri hakkında yeterince bilgi edinemediklerini düşündürmektedir. Hastalardan alınan geribildirimlerden bazıları aşağıdadır:

‘Çok teşekkür ediyorum. Allah razı olsun bana konuştuğunuz için, sorduğunuz için çok teşekkür ederim. Çok iyisiniz...’

‘Çok teşekkür ederim bana zaman ayırdığınız için ve beni rahatlattığınız için çok çok teşekkürler. Hiç uyku girmiyodu gözüme. Günlerdir uykusuz geçirdim. O kadar bi kötü durumdaydım. Çok meraktaydım ben. Uyuyamıyodum meraktan. Durumumu, ne olduğumu bilmiyordum. Konuşuyorsunuz, anlatıyorsunuz çok güzeldi.’

‘Teşekkür ederim hocam. Bizim gibi bi insanı yani oturtturup konuştunuz. Teşekkür ederim.’

‘Çok teşekkür ediyorum. Beni aydınlattınız yani beni bayağı aydınlattınız. Bunlar benim için önemli noktaları.’

‘Teşekkür ediyorum. Hep sorular sorulurdu. Karşılıklı konuşmak daha iyi. Sağolun ...’

‘Beni bilgilendirdiniz. Hiçbir şey bilmiyordum. Beni çok sevindirdin, Allah’ta seni sevindirsin.’

Psikiyatrik bozukluğu olan bir hastaya hastalık tanısının açıklanmasıyla ilgili uluslararası bir karşılaştırma McDonald-Scott ve arkadaşları (1992) tarafından yapılmıştır. Çalışmada Japonya ve Kuzey Amerika’daki 278 psikiyatri uzmanına, altı vaka senaryosu üzerinden hastalara hastalık tanılarını söyleyip söyleyemeyecekleri sorulmuştur. Hastalık tanısı şizofreni veya şizofreniform bozukluk olduğunda, Amerikalı psikiyatri uzmanlarının %70’i, Japon psikiyatri uzmanlarının ise %30’u hastayı tanıyla ilgili bilgilendirmektedir. Hatta Japon psikiyatri uzmanlarının alternatif olarak hastaya nevroz gibi belirsiz bir hastalık tanısını söylemeyi tercih ettikleri de belirtilmektedir. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalara hastalıkları ile ilgili bilgilendirmenin yeterince yapılamamasına yönelik gerekçeler ise toplumun bu tür bir rahatsızlığı olan hastayı damgalaması ve hastaya yönelik olumsuz tutum gösterilmesi ile hekimin şizofreni gibi bir tanıyı hastasıyla açıkça tartışmada kendisini rahatsız hissetmesi olarak gösterilmektedir (Kitamura, 2000).

Çalışma sonucumuz aynı zamanda ülkemizde aydınlatılmış onamın uygulamaya geçirilmesinde zorluklar yaşandığını gösteren çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir (Ersoy, 1994; Şehiraltı, 1994; Kişioğlu et al. 2001; Savaş et al. 2007). Oysa psikiyatrik bozukluğu olan hastaların da, kendilerine verilecek tedaviler ve yapılacak müdahaleler hakkında bilgilendirilmesi ve kendileriyle ilgili kararlara katılımlarının sağlanması gerekmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

6.3.4. Hastaneye Yatış Şekli

Hastaneye yatış şekli, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır. Dörtte üçünden fazlası (%78.3) gönüllü olarak servise yatan hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puan ortalamalarının, gönülsüz olarak hastaneye yatırılan hastalardan (%21.7) daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.002$, $p=0.000$, $p=0.000$), (Tablo 5.15). Gönüllü olarak servise yatan hastalar üç alt bölümde (anlama, değerlendirme ve muhakeme), servise gönülsüz olarak yatırılan hastalara göre daha yeterlidir. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmaların bazılarında da gönülsüz olarak hastaneye yatırılan hastaların hem tedaviye (Hoffman and Srinivasan, 1992) hem de hastaneye yatmaya onam verme yeterlikleri daha fazla azalmıştır (Appelbaum et al. 1998). Amerika'da şizofrenik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda gönülsüz hastaneye yatırılan hastaların bir çalışmada hastalık, tedavinin yararları ve riskleri hakkındaki (Rosenfeld et al. 1992), diğerinde araştırmaya ilişkin bilgileri daha az anladıkları bildirilmektedir (Candilis et al. 2006).

Hastanın karar verme yeterliği konusundaki tartışmalarda özellikle hasta tedaviyi reddettiğinde veya hastaneye yatmak istemediğinde ön plana çıkmaktadır. Ayrıca geleneksel olarak gönülsüz hastaneye yatırılan hastaların, karar vermede yetersiz oldukları ile ilgili bir varsayımın olduğu ifade edilmektedir (Rosenfeld et al. 1992; Oğuz ve Özgüven, 2001). Hasta psikiyatrik bir bozukluğun tedavi edilmesi amacıyla hastaneye yatırılmayı reddettiğinde, yeterliğinin daha dikkatli bir şekilde değerlendirmesi ve hastanın bilgilendirilmesine yönelik daha fazla gayret gösterilmesi önerilmektedir (Appelbaum et al. 1998). Çalışma sonuçlarımıza göre de hastanın hastaneye yatış şekli üç alandaki yeterliğini etkilediğinden, hastanın hastaneye zorla yatırılması durumunda, karar verme yeterliğinin daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi uygun olacaktır. Bununla birlikte ülkemizde psikiyatrik bozukluğu olan hastaların hastaneye yatırılmaları ve tedavi edilmelerine ilişkin bir yasa ve buna bağlı yönetmeliklerin bulunmaması, farklı uygulamalara yol açabilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla hastaneye yatırılmaları ve tedavi edilmeleri ile ilgili koşulları belirleyen bir yasal düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

6.3.5. Adli Vaka Olup-Olmama ve Suç İşleme Durumu ile Suicid/Homisid Riski

Adli vaka olup-olmama ve suç işleme durumu ile suicid/homisid riski, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı fark yaratmamaktadır ($p>0.05$). Adli vaka olan (%4.8) ve olmayan (%95.2), suç işleyen (%7.2) ve işlemeyen (%92.8), suicid/homisid riski olan (%37.3) ve olmayan (%62.7) hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölüm puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 5.15). Tehlikeli hasta tanımı; psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle kendisine ya da topluma zarar verme olasılığı olan hastalar için kullanılmaktadır (Ruh Sağlığı Yasası Tasarısı Taslağı, 2007). Çalışma anket formunda yer alan hastanın adli vaka olup-olmama ve suç işleme durumu ile suicid/homisid riskine ilişkin bilgiler, hastanın tehlikeli bir hasta olup olmadığı konusunda bilgi edinmek için konulmuştur. Bu değişkenler bizim çalışmamızda yer alan hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı fark yaratmamıştır. Tehlikeli olan hastalar, olmayan hastalar kadar tedavileriyle ilgili karar verme yeterliğine sahiptirler veya değildiler. İspanya’da yapılan çalışmada bu çalışma bulgumuzdan farklı olarak, karar vermede yeterli olan hastalarda suicid riski daha yüksektir (Fraguas et al. 2007).

6.3.6. Hastalık Tanı Grubu

Hastaları hastalık tanı gruplarına göre sınıflandırdığımızda; hastaların %39.8’inin ($n=33$) duygu durum bozukluğu, %27.7’sinin ($n=23$) psikotik bozukluk, %18.1’inin ($n=15$) anksiyete bozukluğu ve %14.5’inin ($n=12$) alkol-madde bağımlılığı tanı grubunda yer aldıkları görülmektedir (Tablo 5.2). Hastalık tanı gruplarında yer alan hastaların karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere kullandığımız araçtan aldıkları puanlar ilkin ortalama puan, ardından alt bölüm kesme puanları kullanarak iki alt başlıkta tartışılacaktır.

Hastalık tanı gruplarının araçtan aldıkları toplam puan ortalaması değerlendirildiğinde; psikotik bozukluk tanı grubu dışındaki tanı gruplarının alınabilecek üst puanın yarısından biraz fazla puan aldıkları görülmektedir (Tablo 5.15). Araçtan en yüksek puan ortalamasını (13.19) anksiyete bozukluğu tanı grubu almakta, bu tanı grubunu sırasıyla alkol-madde bağımlılığı (ort.=12.61), duygu

durum bozukluğu (ort.=12.08) ve psikotik bozukluk (ort.=9.61) tanı grupları izlemektedir.

Hastalık tanı gruplarının alt bölüm puan ortalamaları incelendiğinde ise; **anlama** alt bölümünde en yüksek puan ortalamasını (3.86) duygu durum bozukluğu tanı grubu almaktadır. Bu tanı grubunu sırasıyla alkol-madde bağımlılığı (ort.=3.78), anksiyete bozukluğu (ort.=3.66) ve psikotik bozukluk (ort.=3.22) tanı grupları izlemektedir. **Değerlendirme** alt bölümünde ise alkol-madde bağımlılığı tanı grubu en yüksek puan ortalamasını (2.58) alırken; bu tanı grubunu sırasıyla duygu durum bozukluğu (ort.=2.33), anksiyete bozukluğu (ort.=2.46) ve psikotik bozukluk (ort.=1.47) tanı grupları izlemiştir. **Muhakeme** alt bölümüne bakıldığında; anksiyete bozukluğu tanı grubu en yüksek puan ortalamasını (5.20) almakta ve bu tanı grubunu sırasıyla duygu durum bozukluğu (ort.=4.33), alkol-madde bağımlılığı (ort.=4.66) ve psikotik bozukluk (ort.=3.43) tanı grupları izlemektedir (Tablo 5.15). Psikotik bozukluk tanı grubu toplam ve alt bölümlerde en düşük puan ortalaması alan tanı grubu olmuştur.

Hastalık tanı grubu, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır ($p=0.023$). Psikotik bozukluk tanı grubu tüm alt bölümlerde en düşük puan ortalamasını almış olmakla birlikte, sadece değerlendirme alt bölümündeki puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık çıktığı, bu alt bölüm puan ortalamasının diğer hastalık tanı gruplarına göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 5.15). Dolayısıyla bu tanı grubunda yer alan hastaların değerlendirme yeterliği, diğer hastalık tanı gruplarında yer alan hastalara göre daha azdır. Çalışma bulgularımıza göre dört hastalık tanı grubunun, anlama ve muhakeme yeterlikleri arasında ise anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 5.15). Amerika'da yapılan çalışmalarda hastalık tanısı şizofreni ve depresyon olan hastaların karar verme yeterlikleri karşılaştırılmaktadır. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak, şizofrenik bozukluğu olan hastaların kendilerine anlatılan bilgileri anlama yeterliklerinin, depresyon hastalarına göre daha fazla azaldığı, değerlendirme yeterlikleri arasında ise anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1991; 1995c).

Yine Amerika'da yapılan bir başka çalışmada, hastalık tanısı depresyon olan hastaların karar verme yeterliği incelenmektedir. Çalışmada hastaların alt bölüm puan ortalamaları (anlama ort.=5.47, değerlendirme ort.=3.60 ve muhakeme ort.=5.65), çalışmamızda depresyon bozukluğu olan hastaların yer aldığı duygu durum bozukluğu tanı grubuna (anlama ort.= 3.86, değerlendirme ort.= 2.33 ve muhakeme ort.= 4.33) göre daha yüksektir (Lapid et al. 2003). Çalışmamızda hastalık tanısı depresyon olan hastalar, bipolar bozukluk tanısı konulan ve psikotik özellikleri olan hastalarla birlikte duygu durum bozukluğu tanı grubunda yer almıştır. Bu çalışmaya göre çalışmamızda duygu durum bozukluğu tanı grubunun alt bölüm puan ortalamasının daha düşük olmasında, bunun etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Amerika'da (Palmer et al. 2002) ve Çin'de (Wong et al. 2005) aynı araç kullanarak yapılan çalışmalarda hastalık tanısı şizofreni olan hastaların alt bölüm puan ortalamaları, çalışmamızda şizofrenik bozukluğu olan hastaların yer aldığı psikotik bozukluk tanı grubundan daha yüksektir. Örneğin; Çin'de yapılan çalışmada hastaların alt bölüm puan ortalamaları; anlama için 4.79, değerlendirme için 3.40 ve muhakeme için 6.38'dir. Çalışmamızda ise psikotik bozukluk tanı grubunun alt bölüm puan ortalamaları; anlama için 3.22, değerlendirme için 1.47 ve muhakeme için 3.43'dür (Tablo 5.15). Çalışma yöntemlerindeki farklılıkların böyle bir sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Amerika'da yapılan çalışmada ayaktan tedavi gören, Çin'de yapılan çalışmada ise hastaneden taburcu edilme aşamasındaki hastaların karar verme yeterlikleri değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise hastaların karar verme yeterlikleri, hastaneye yatışlarından sonraki ilk 2 hafta içerisinde değerlendirilmiştir. Hastalık belirtilerinin daha şiddetli olduğu, tedaviye yeni başladığı veya tekrar düzenlendiği bu dönemde karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinin; psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan şizofrenik bozukluğu olan hastaların, alt bölümlerden diğer çalışmalara göre daha düşük puan ortalaması almasında etkili olduğu düşünülmektedir. İsrail'de yapılan çalışmada, hastalık tanısı şizofreni ve şizofreniform bozukluk olan hastaların karar verme yeterlikleri, çalışmamıza benzer şekilde hastaneye yattıktan sonra MacCAT-T ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ise; hastaların alt bölümlerden aldıkları puan ortalaması (anlama=1.67, değerlendirme=1.48, muhakeme=1.28), çalışmamızda hastalık tanısı şizofreni ve

şizofreniform bozukluk olan hastaların yer aldığı psikotik bozukluk tanı grubuna göre daha düşüktür (Koren et al. 2005).

Hastalık tanı gruplarının alt bölümlerden aldıkları ortalama puana ilişkin bulgular birlikte ele alındığında; farklı hastalık tanı gruplarında yer alan hastaların sadece değerlendirme yeterliklerinde anlamlı bir fark ortaya çıkarken, anlama ve muhakeme yeterliklerinde ise anlamlı fark yoktur. Değerlendirme dışında dört tanı grubunda yer alan hastalar, benzer şekilde kendilerine anlatılan bilgileri anlayabilmekte ve muhakeme edebilmektedirler.

Hastalık tanı gruplarının alt bölüm kesme puanlarına göre yeterlikleri incelendiğinde; anksiyete bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların %66.8'inin anlama, %53.4'ünün değerlendirme ve %53.4'ünün muhakeme yeterliklerinin azaldığı görülmektedir (Tablo 5.9). Bu tanı grubunda yer alan hastaların en fazla anlama yeterliği bozulmuştur. Anksiyete bozukluğu tanı grubunda; obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, anksiyete bozukluğu ve konversiyon bozukluk tanısı konan hastalar yer almıştır. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda görülen belirtilerden korku, stres ve anksiyete nedeniyle kişide ilgili bilginin öğrenilmesinin, hatırlanmasının ve kullanılmasının bozulabildiği belirtilmektedir (Ness, 2002; Ghormley, 2004; Appelbaum, 2007). Yine travmaya yanıt veya anksiyete gibi şiddetli duygusal tepkilerin kişinin yargılamasını da olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Ness, 2002).

Duygu durum bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların; %48.6'sının anlama, %57.6'sının değerlendirme ve %69.7'sinin muhakeme yeterliği azalmıştır (Tablo 5.9). Bu tanı grubunun ise en fazla muhakeme yeterliği bozulmuştur. Bu tanı grubunda yer alan hastalıklardan birisi olan depresyonda; dikkati toplamakta zorlanma nedeniyle ilgili bilginin anlaşılmasında zorlanmaya; ümitsizlik, ilgisizlik, suçluluk, cezalandırılmayı hak ettiğini düşünme gibi belirtiler ve kendine zarar verme isteği nedeniyle ilgili bilginin muhakeme edilmesinde bozulmaya bağlı olarak karar verme yeterliğinin azaldığı belirtilmektedir (Ness, 2002). Yine bu tanı grubunda yer alan bipolar bozuklukta ise, irritabilite (sinirlilik) ve impulsivitenin karar verme yeterliğini etkilediği (Shulman et al. 2007); ikilem (kararsızlık) nedeniyle makul ve mantıklı seçim yapmada zorlanma görülebildiği ifade

edilmektedir (Van Staden and Krüger, 2003). Amerika’da bipolar bozukluğu olan hastaların araştırmaya onam verme yeterliklerinin değerlendirildiği çalışmalardan birinde, hastaların ilgili bilgiyi anlama yeterliklerinin şizofrenik bozukluğu olan hastalara benzer oranda bozulduğu belirlenmiştir (Palmer et al. 2007). Diğer çalışmada, özellikle manik bozukluğu olan hastaların ilgili bilgiyi anlama yeterliklerinin daha fazla bozulduğu ve karar vermede daha yetersiz oldukları bildirilmektedir (Misra et al. 2008).

Amerika’da (Grisso and Appelbaum, 1995a) ve Almanya’da (Vollman et al. 2003) majör depresyon bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda; hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinin azalması, çalışmamızda depresyon bozukluğu olan hastaların yer aldığı duygu durum bozukluğu tanı grubuna göre daha az orandadır. Örneğin; Almanya’da yapılan çalışmada; hastaların %17.1’inin anlama, %2.9’unun değerlendirme ve %8.6’sının muhakeme yeterliği azalmıştır. Çalışmamızda duygu durum bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların alt bölümlerden düşük puan ortalaması almasında etkili olduğunu düşündüğümüz faktörlerin, böyle bir sonuçla karşılaşmamızda da rol oynadığını düşünmekteyiz.

Psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların; %60.9’unun anlama, %91.3’ünün değerlendirme ve %87.1’inin muhakeme yeterliği azalmıştır (Tablo 5.9). Bu tanı grubunda yer alan hastalar anlamada daha yeterliyken, en fazla hastalığı ve tedaviyi değerlendirme yeterlikleri bozulmuştur. Psikotik bozukluklarda hastanın karar verme yeterliğinin bozulmasının nedeni olarak; içgörü eksikliği, bilişsel işlem becerilerindeki bozulma ve sık görülen hastalık belirtilerinden birisi olan hezeyan gösterilmektedir. Bu nedenlerin hastanın aydınlatılmış onam konularını anlamasını, hastalığını değerlendirmesini ve tedavi seçenekleriyle ilgili muhakemesini bozduğu, buna bağlı olarak hastanın makul bir seçimde bulanmada zorlandığı belirtilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1995c; Ness, 2002; Van Staden and Krüger, 2003; Shulman et al. 2007).

Hastalık tanısı şizofreni olan hastalar üzerinde Amerika’da (Grisso and Appelbaum, 1995a) ve Almanya’da (Vollman et al. 2003) yapılan çalışmalarda; çalışmamızla hem benzer, hem de farklı olan sonuçlara ulaşılmıştır. Farklı olan sonuçlardan birisi; çalışmamızda şizofrenik bozukluğu olan hastaların yer aldığı

psikotik bozukluk tanı grubunun anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinin azalması çalışmalarda şizofrenik bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek orandadır. Örneğin; Amerika'da yapılan çalışmada hastaların %28'inin anlama, %22.7'sinin değerlendirme ve %24'ünün muhakeme yeterliklerinin azaldığı bildirilmektedir. Diğer bir farklı sonuç ise; bu çalışmalarda şizofrenik bozukluğu olan hastaların en fazla muhakeme yeterliğinin azaldığı belirtilirken, çalışmamızda psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların en fazla değerlendirme yeterliği azalmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofrenik bozukluğu olan hastalar daha fazla oranda karar verme yeterliğine sahip olsada, çalışma sonucumuzla benzer şekilde; üç alt bölümde de yeterlikleri, diğer hastalık tanı gruplarına göre daha fazla azalmıştır.

Alkol-madde bağımlılığı tanı grubunda yer alan hastaların; %50'sinin anlama, %66.6'sının değerlendirme ve %83.2'sinin muhakeme yeterliği azalmıştır (Tablo 5.9). Bu tanı grubunda yer alan hastaların en az yarısı tedaviye karar vermede yeterli değildir. Bağımlıların karar verme yeterliğine ilişkin tartışmalar iki boyutta ele alınmaktadır. İlk boyutta bağımlılarda görülen belirtilerden birisi olan kompulsiyonun, karar verme yeterliğinde merkezi bir rol oynadığı belirtilmektedir. Eğer bir kişi yaşamını kompulsif olarak madde arama davranışı etrafında sürdürüyorsa ve olumsuz sonuçlarına rağmen maddeyi kullanmaya devam ediyorsa, kişinin durumunun sonuçlarını mantıklı olarak düşünmesinin zor olacağı vurgulanmaktadır. İkinci boyutta, bağımlılığın kişinin değerlerini değiştirdiğinden dolayı karar verme yeterliğini olumsuz şekilde etkilediği ifade edilmektedir (Charland, 2002). Bununla birlikte bağımlı olan bir hastada görülen bilişsel işlem becerilerinde ve yargılamada bozulma ile içgörü azlığının karar verme yeterliğini azalttığı (Hazelton, 2003; Shulman et al. 2007), kişinin günlük yaşamına ilişkin karar vermede de zorlandığı bildirilmektedir (Jeste and Saks, 2006). Ayrıca bağımlı olan kişilerin yeterliklerinin zaman aralıkları içinde değiştiği, bu nedenle tamamen yetersiz olarak kabul edilemeyecekleri ifade edilmektedir (Ling, 2002).

Amerika'da yapılan bir çalışmada ise; madde kullanım bozukluğu olan kişiler karar vermede sağlıklı erişkinlere göre daha yetersiz olmalarına rağmen, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır (Ernst et al. 2003). Çalışmamızda yer alan bu tanı grubunun karar verme yeterliğini değerlendiren çalışmaya ulaşılamamakla birlikte, literatürde MacCAT-T gibi bir araç kullanılarak bağımlı olan kişilerin

tedaviye onam verme yeterliğinin değerlendirildiği çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (Jeste and Saks, 2006). Çalışma sonuçlarımızın böyle bir ihtiyaca cevap vereceğini ümit etmekle birlikte, bu grupta yer alan hastaların sayısının az (n=12) olması nedeniyle daha fazla sayıda hasta üzerinde yapılacak çalışmalarda ayrıntılı sonuçlara ulaşılabileceğini düşünmekteyiz.

Alt bölüm kesme puanlarına göre hastalık tanı gruplarının yeterliğine ilişkin sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; yeterliği en fazla azalan psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların üçte birinden fazlası (%39.1) anlama, az bir kısmı (%8.7) değerlendirme ve (%12.9) muhakeme alt bölümlerinde yeterlidir (Tablo 5.9). Çalışma yöntemimize benzer şekilde farklı psikiyatrik bozuklukları olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda da, psikotik bozukluğu olan hastaların karar verme kapasitelerinin, diğer hastalık tanılarına göre daha fazla azaldığı belirtilmektedir (Appelbaum, 2004; Cairns et al. 2005a; Fraguas et al. 2007). Amerika’da yapılan bir çalışmada; psikotik bozukluk ile karar verme yetersizliği arasında anlamlı bir ilişki olduğunun bildirilmesi de çalışma sonucumuzu desteklemektedir (Cooper and Zapf, 2003). Son yıllarda yapılan araştırmalara dayanarak şizofrenik bozukluğun karar verme yeterliğinin azalması için bir risk olduğu sonucuna ulaşıldığı fakat bu riskin hastalık tanısıyla sınırlandırılmayacağı ifade edilmektedir (Dunn et al. 2007).

Bu sonuçlardan farklı olarak Avustralya’da hastanede yatarak tedavi gören ve hastalık tanısı şizofreni, şizoaffektif ve bipolar bozukluk olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada ise; hastalık tanısı ile hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliği arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu nedenle çalışma sonuçlarında hastalık tanısı ile karar verme yeterliği arasında ilişki olmadığı, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde hastalık tanısından daha çok, hezeyan gibi hastalık belirtilerinin daha önemli olduğu açıklanmaktadır (Howe et al. 2005).

Hastalık tanı gruplarının alt bölüm kesme puanları dikkate alınarak yeterliklerine ilişkin sonuçlarımız değerlendirildiğinde; psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların tedaviye karar vermede daha yetersiz oldukları bulunmuştur. Bununla birlikte bu tanı grubunda özellikle anlama bölümünde yeterli olan hastalar bulunmaktadır. Diğer taraftan çalışmamızda üzerinde daha önce hiç çalışılmamış anksiyete bozukluğu tanı grubunun anlama yeterliği, psikotik bozukluk tanı grubuna göre daha fazla azalmıştır. Dolayısıyla sonuçlarımız her hasta için

hastalık tanısına bakılmaksızın ayrı yeterlik değerlendirmesi yapılması gerektiği yorumlarını desteklemektedir (Silberfeld and Checkland, 1999; Jeste and Saks, 2006; Palmer and Jeste, 2006; Jacobs et al. 2008).

6.4. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Klinik Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

6.4.1. Hastalık Belirti Şiddeti

KGİÖ ile ölçülen *hastalık belirti şiddeti*, hastaların değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır ($p=0.018$, $p=0.032$), (Tablo 5.17). Tablo 5.4’de belirtildiği gibi, KGİÖ’ne göre çalışmamızda yer alan hastaların yarıya yakını (%41) orta düzeyde ve üçte birinden fazlası (%39.8) belirgin düzeyde hastadır. Hastalık belirti şiddeti arttıkça hastanın karar verme yeterliği olumsuz şekilde etkilenmekte, değerlendirme ve muhakeme yeterliği azalmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunda benzer bir sonuca ulaşılmıştır. Çalışmalarda; karar vermede yetersiz olan hastalarda psikiyatrik belirti şiddetinin yüksek (Grisso et al. 1997; Cairns et al. 2005a; Fraguas et al. 2007) ve psikiyatrik belirti şiddeti ile hastanın karar verme yeterliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Rosenfeld et al. 1992). Bununla birlikte değerlendirme yeterliğinin en önemli belirleyicisi olarak psikiyatrik belirtilerin şiddeti gösterilmektedir (Elbogen et al. 2007). Amerika’da hastalık tanısı şizofreni veya psikotik bozukluk olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada da, psikiyatrik belirtilerin şiddeti ile hastanın araştırmaya onam verme kapasitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Saks et al. 2002).

Amerika’da yapılan diğer çalışmalarda ise psikiyatrik belirti şiddeti ile hastaların değerlendirme ve muhakeme yeterlikleri arasında ilişki bulunamaması, bizim ulaştığımız sonuçtan farklıdır (Palmer et al. 2002; Grisso and Appelbaum, 1991; 1995c; 1998a). Ancak yeterliğinin belirli hastalık belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Örneğin; hastaların özellikle anlama yeterliği ile hastalık belirtilerinden birisi olan oryantasyon bozukluğu arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Çalışma bulgularımıza göre hastalık belirti şiddeti, hastaların değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır, anlama yeterliklerinde ise anlamlı farklılığa yol açmamakta ve hastalık belirti şiddeti farklı olan hastaların anlama yeterlikleri birbirine benzemektedir ($p>0.05$), (Tablo 5.17). Amerika'da yapılan çalışmalardan birinde benzer şekilde, psikotik bozukluğu olan hastaların psikiyatrik belirti şiddeti anlama yeterliklerini etkilemezken (Palmer et al. 2002), diğerlerinde ise depresyon ve şizofrenik bozukluğu olan hastalarda hastalık belirti şiddeti arttıkça, hastaların anlama yeterlikleri azalmaktadır (Grisso and Appelbaum, 1991; 1995c).

6.4.2. Bilişsel İşlem Becerileri

Hastaların SMMT ile değerlendirilen *bilişsel işlem becerileri*; anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinin tümünde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır ($p=0.000$, $p=0.027$, $p=0.015$), (Tablo 5.17). Çalışmamızda yer alan hastaların puan aralığı 0 ve 30 arasında olan SMMT puan ortalamasının 27.60 ± 2.37 olduğu ve hastaların %22.9'unun testten tam puan aldığı görülmektedir (Tablo 5.5). Bilişsel işlem becerileri iyi olan hastalar özellikle anlama alt bölümü olmak üzere, değerlendirme ve muhakeme alt bölümlerinde daha yeterlidirler. Karar verme yeterliğinde hastanın bilişsel işlem becerilerinin önemli bir rol oynadığı ve karar verme yetersizliğinde özellikle bilişsel işlem becerilerindeki bozulmaların önemli bir risk faktörü olduğu ileri sürülmektedir (Grisso and Appelbaum, 1991; Grisso and Appelbaum, 1995c; Kovnick et al. 2003; Appelbaum, 2004; Palmer and Jeste, 2006; Dunn et al. 2007; Resnick et al. 2007; Candilis et al. 2008). Bilişsel işlemlerden bazılarının karar verme yeterliğinin belirli bölümlerinde daha fazla rol oynadığı da ifade edilmektedir. Örneğin; kişinin açıklanan bilgiyi anlaması için dikkatini toplaması, algılamaya yönelik sözel becerilere sahip olması ve bellekte bir bozulmanın olmaması gerekir (Ghormley, 2004; Palmer and Jeste, 2006). Açıklanan bilginin değerlendirilmesi ve muhakeme edilmesinde ise; hastanın özetleme, problem çözme ve zihinsel esneklik gibi daha yönetimsel fonksiyonlara gereksinimi vardır (Palmer and Jeste, 2006).

Yapılan çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; çalışmaların çoğunda çalışma sonucumuzla benzer şekilde, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bilişsel işlem becerileri ile üç alt bölüm yeterlikleri veya karar verme yeterlikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Carpenter et al. 2000; Moser et al. 2002; Palmer et al. 2004; Raymont et al. 2004; Cairns et al. 2005a; Howe et al. 2005; Wong et al. 2005; Candilis et al. 2008). Bu sonuca dayanarak özellikle hastalığın akut döneminde hastanın bilişsel işlem becerilerine dayanarak karar verme yeterliği hakkında ön bir bilgi sağlanabileceği ileri sürülmektedir (Howe et al. 2005). Amerika'da hastalık tanısı şizofreni olan ve ayaktan tedavi gören hastaların klinik araştırmaya karar verme yeterliğinin değerlendirildiği çalışmada da, hastaların bilişsel işlem becerileri ile anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterlikleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada bilişsel işlemlerden birisi olan bellek, alt bölümlerde yeterli olmanın en güçlü hazırlayıcısı olarak gösterilmektedir (Stroup et al. 2005).

Yine Amerika'da psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmaların bazılarında hastaların bilişsel işlem becerileri ile sadece anlama yeterliği arasında ilişki olduğu belirlenmişken (Grisso and Appelbaum, 1995c; Lapid et al. 2003; Elbogen et al. 2007), bir çalışmada bilişsel işlem becerileri ile anlama ve değerlendirme yeterlikleri arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir (Kovnick et al. 2003).

Psikiyatrik bozukluk dışında tıbbi bir hastalığı olan hastaların karar verme yeterlikleri ile bilişsel işlem becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kanada'da yapılan çalışmada hastaların SMMT puanı arttıkça tedaviye onam vermede daha yeterli oldukları (Etchells et al. 1999), İngiltere'de (Raymont et al. 2004) ve Amerika'da (Raymont et al. 2007; Sorger et al. 2007) yapılan çalışmalarda karar vermede yeterli olmayan hastaların bilişsel işlem becerilerinde bozulmanın daha fazla olduğu belirtilmekteyken, Amerika'da yapılan bir başka çalışmada ise hastaların bilişsel işlem becerileri ile anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterlikleri arasında ilişki olmadığı görülmektedir (Schillerstrom et al. 2007).

Daha az sayıda çalışmada ise, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bilişsel işlem becerileri ile karar verme yeterlikleri arasında ilişki bulunmamıştır (Palmer et

al. 2002; Saks et al. 2002; Wong et al. 2005). Sağlık bakımıyla ilgili kararları vermede yeterli olan hastaların SMMT puanlarının düşük, karar verme yeterliği azalan hastaların SMMT puanlarının yüksek olabildiği de belirtilmektedir. Hastaların bilişsel işlemlerini ölçen testlerin karar verme yeterliğini değerlendiren araçların yerine kullanılamayacağı (Etchells et al. 1999), SMMT'in karar verme kapasitesini değerlendirmede geçerli bir araç olmadığı vurgulanmaktadır (Feinberg and Whitlatch, 2001; Vellinga et al. 2005).

Çalışmaların çoğunda ortaya konan hastanın bilişsel işlemlerinin karar verme yeterliğini etkilediği sonucunu, çalışma bulgularımız desteklemektedir. Bu işlevleri ölçen testlerin hastaların yeterliklerinin değerlendirmesinde kullanılan araçlara yardımcı olabileceği söylenebilir.

6.4.3. Hastalık Psikopatolojisi

Ruhsal belirtilerin düzeyini ve dağılımını saptamayı amaçlayan Semptom Listesi-40 ile ölçülen *hastalık psikopatolojisi*, hastaların karar verme yeterliklerinde anlamlı farklılığa neden olmamaktadır ($p>0.05$), (Tablo 5.17). Amerika'da yapılan çalışmalarda da çalışma sonucumuza benzer şekilde, hastalık psikopatolojisi ile hastaların tedaviye karar verme yeterliği (Saks et al. 2002; Palmer et al. 2004) ve araştırmaya onam verme yeterliği arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir (Palmer et al. 2005). Palmer tarafından bu sonuç; çalışmanın ayaktan tedavi gören, bu nedenle nispeten durağan hastalar üzerinde yapılmasıyla açıklanmaktadır. Yine Amerika'da yapılan bir çalışmada hastalık psikopatolojisi ile hastaların üç alt bölüm yeterlikleri arasında ihmal edilebilir ters yönlü bir ilişki bulunmuştur (Stroup et al. 2005).

Bu sonuçlardan farklı olarak, hastalık psikopatolojisi ile karar verme yeterliği arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar daha fazladır. Bu çalışmalarda hastalık psikopatoloji şiddeti ile hastaların anlama yeterliği (Wong et al. 2005; Palmer and Jeste, 2006), muhakeme yeterliği (Carpenter et al. 2000), anlama ve değerlendirme yeterlikleri (Kovnick et al. 2003) ile üç alt bölüm yeterlikleri arasında ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır (Candilis et al. 2008; Rutledge et al. 2008).

Çalışmalarda ayrıca ruhsal belirtiler ile karar verme yeterliği arasındaki ilişki ayrıntılı olarak değerlendirilmiş ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Özellikle muhakeme ve yargılama zayıflığı, soyut düşünmede zorlanma, hezeyan ve dikkat eksikliği gibi psikiyatrik belirtiler ile karar verme yeterliği arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (Grisso and Appelbaum, 1995c; Grisso et al. 1997; Cairns et al. 2005a; Howe et al. 2005; Wong et al. 2005; Jacobs et al. 2008); hallüsinasyon (objesiz algılama) ve hezeyan gibi psikotik belirtiler ile karar verme yeterliği arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Moser et al. 2002; Stroup et al. 2005; Palmer and Jeste, 2006). Psikotik bozukluklarda görülen negatif belirtilerin karar verme yeterliğinin bozulmasında pozitif belirtilere göre daha fazla rol oynadığı belirtilmektedir (Appelbaum, 2004). Amerika’da yapılan bir çalışmada; uygunsuz duygu durum ve apati (ilgi ve duygu uyandıran durumlara karşı duyarsızlık) gibi psikiyatrik belirtilerin, anlama ve değerlendirme yeterliklerinin en güçlü hazırlayıcısı olarak gösterilmektedir (Moser et al. 2002). Yine Amerika’da yapılan çalışmalarda, hastanın karar verme yeterliği üzerinde depresif duygu durumunun herhangi bir etkisinin olmadığı (Evans et al. 2003) ve anlama yeterliği ile depresif belirtilerin şiddeti arasında ilişki bulunmadığı ifade edilmektedir (Palmer and Jeste, 2006).

Çalışmalarda psikiyatrik belirtilerle karar verme yeterliği arasındaki ilişki konusunda ortaya konan farklı bulgular, hastalık psikopatolojisinin ve belirtilerinin değerlendirilmesinde farklı yöntemlerin kullanılması ve çalışma katılımcılarının farklı hastalık tanılarının olmasıyla ilişkili olabilir. Çalışmaların çoğunda hastalık psikopatolojisi tek bir hastalık tanı grubunda ya da farklı hastalık tanılarında farklı ölçekler kullanılarak yapılırken, çalışmamızda hastalık tanı gruplarının sayısının fazla olması nedeniyle tek bir ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Yine birçok çalışmada hastalık psikopatolojisi ve belirtileri hekimler tarafından değerlendirilirken, çalışmamızda bunu değerlendirmek üzere kullandığımız ölçeğin hastalar tarafından doldurmasının çalışmalarda ortaya konan sonuçlardan farklı bir sonuçla karşılaşmamızda, etkisinin olduğunu düşünmekteyiz.

6.4.4. İçgörü

İDÖ ile ölçülen *ıgörü*; hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmaktadır ($p=0.022$, $p=0.000$, $p=0.001$), (Tablo 5.17). Puan aralığı 0 ile 18 arasında olan ölçekten hastaların aldıkları puan ortalamasının 13.27 ± 4.26 olduğu görülmektedir (Tablo 5.5). Hastanın ıgürüsü ile tedaviye karar verme yeterlikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hastalığa ilişkin ıgürüsü ve hastalığının gidişatının farkında olan hastaların tedaviyle ilgili kararları vermede daha yeterli oldukları belirtilmektedir (Karlawish, 2008). Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda ıgörü azlığı (hasta ve tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmeme) karar verme yetersizliğinin en güçlü hazırlayıcısı olarak belirtilmektedir (Cairns et al. 2005a; Appelbaum, 2007). Şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk gibi birçok psikiyatrik bozuklukta görülen ıgörü azlığı; hastaların hem hastalıkları hem de tedavilerinin etki mekanizması, yararları ve yan etkileri ile ilgili anlatılan bilgileri anlamasını zorlaştırmakta, hastanın önerilen tedaviye bağlılığını da olumsuz etkilemektedir (Smith and Pristach, 1998). Çalışma bulgularımıza benzer şekilde; İngiltere’de yapılan çalışmada ıgürüsü azalan hastaların karar vermede yetersiz olma riskinin yüksek (Cairns et al. 2005a) ve Amerika’da yapılan çalışmada ıgörü düzeyi ile hastanın anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Dunn et al. 2007). Yine Amerika’da yapılan bir başka çalışmada ise bu bulguların tersine, hastanın karar verme kapasitesi üzerinde ıgörü düzeyinin etkisi yoktur (Palmer and Jeste, 2006). Bizim alışmamızda ise hastaların ıgürüsünün artması karar verme yeterliklerini olumlu yönde etkilemekte, özellikle değerlendirme ve muhakeme olmak üzere, anlama yeterlikleri de artmaktadır.

6.4.5. İşlevsellik

GDÖ ile değerlendirilen *işlevsellik*; hastaların anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinde anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır ($p=0.016$, $p=0.001$, $p=0.000$), (Tablo 5.17). Hastanın psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren ve hastanın genel yeterliğini değerlendirdiği de ileri sürülen ölçeğin puan aralığı 0 ve 100 arasında olup, çalışmamızda yer alan hastaların ölçekten aldıkları puan ortalaması 48.61 ± 13.02 'dir (Tablo 5.5). Hastalar en fazla (%33.7) 41-50 puan aralığında işlevsellik düzeyine sahiptir. Ölçekte bu düzey 'Ağır belirtiler (örneğin; intihar düşünceleri, ağır obsesyoneel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk (örneğin; hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz) vardır.' şeklinde açıklanmaktadır. Çalışmamızda sosyal ve mesleki işlevselliği yüksek olan hastaların özellikle değerlendirme ve muhakeme olmak üzere anlama yeterlikleri artmaktadır. Bu sonuç, hastaların karar verme yeterlikleri ile kendilerinin değerlendirdikleri hastalık belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken, hekim tarafından değerlendirilen global değerlendirme ölçeğinde yer alan belirtiler arasında ilişki olduğunu göstermesi açısından da oldukça anlamlıdır. İrlanda'da hastalık tanısı şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk ve psikotik özellikli depresyon olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada, çalışma bulgumuza benzer şekilde hastanın işlevsellik düzeyi ile anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterlikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. İşlevselliği iyi olan hastalar MacCAT-T alt bölümlerinden daha yüksek puan almışlardır (Rutledge et al. 2008). Benzer bir sonuca Amerika'da yapılan bir çalışmada daha ulaşılmıştır. Bu çalışmada, hastanın işlevsellik düzeyi ile muhakeme yeterliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Yine bu sonuca dayanarak şiddetli depresyon bozukluğu olan hastaların işlevsellik düzeyinin, MacCAT-T değerlendirme alanlarının bazılarında nasıl performans gösterdiklerinin tahmin edilmesinde kullanışlı olabileceği ileri sürülmektedir (Lapid et al. 2003).

Çalışmamızda hastaların hastalık psikopatolojisi dışında kalan tüm klinik değerlendirmeleri ile karar verme yeterlikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu nedenle hastanın yeterliğinin değerlendirilmesinde özellikle hastanın yeterli olup

olmadığı konusunda ikilemede kalındığında; hastalık belirti şiddeti, hastanın bilişsel işlem becerileri, içgörü ve işlevsellik düzeyine ilişkin değerlendirmelerin göz önünde bulundurulması uygun olacaktır. Sadece psikiyatrik bir hastalığın olmasına dayanarak hastanın karar vermede yetersiz olarak değerlendirilmesinin uygun olmadığı belirtilmekle birlikte; karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde hastanın bilişsel işlem becerileri ile negatif belirtiler gibi hastalık belirtilerinin göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır (Appelbaum, 2004; Palmer and Jeste, 2006).

6.5. Hastaların MacCAT-T Alt Bölüm Yeterlikleri Arasındaki İlişki

Hastaların MacCAT-T alt bölümleri olan anlama, değerlendirme ve muhakeme bölümlerindeki yeterliklerinin birbirleri arasında çok güçlü pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.000$), (Tablo 5.18). Hastaların bir bölümdeki yeterliklerinin artması, diğer bölümlerdeki yeterliklerini de olumlu yönde etkilemekte ve hastalar bu bölümlerde daha yeterli olmaktadır. Amerika’da (Palmer et al. 2002) ve İrlanda’da (Rutledge et al. 2008) yapılan çalışmalarda benzer bir sonuca ulaşılrken, Amerika’da yapılan bir başka çalışmada MacCAT-T alt bölümleri arasında tutarlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1998a).

Yine Amerika’da yapılan çalışmalardan bazılarında ise bu sonuçlardan farklı bulgulara ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan birinde MacCAT-T’nin anlama ve muhakeme alt bölümleri arasında güçlü, bu iki alt bölüm ile değerlendirme alt bölümü arasında ise zayıf bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Grisso and Appelbaum, 1995b). Diğer çalışmada anlama ve muhakeme alt bölümleri arasında güçlü, bu iki alt bölüm ile değerlendirme alt bölümü arasında ise herhangi bir ilişki olmadığı ifade edilmektedir (Appelbaum et al. 1999).

Bizim çalışma bulgularımız MacCAT-T alt bölümleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışma sonuçlarını desteklemektedir. MacACT-T’nin Türkiye’de ilk defa kullanıldığı çalışmamızda aracın alt bölümlerinde tutarlılık olması, bu aracın bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların anlama alt bölümünde yer alan hastalık, tedavi, tedavinin yararları ve riskleri hakkında anlatılan bilgileri anlamaları değerlendirildiğinde; hastaların en fazla tedavileriyle ilgili bilgileri anladıkları belirlenmiştir ($p=0.000$). Hastaların hastalık ile tedavinin yarar ve risklerine ilişkin bilgileri anlamaları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$), (Tablo 5.19). Çin’de yapılan çalışmada da hastaların bu üç alt bölümü anlamaları arasında anlamlı bir fark olduğu; hastaların en iyi tedavileriyle ilgili bilgileri, ardından sırasıyla tedavinin yararlarına / risklerine ve hastalığa ilişkin bilgileri anladıkları ifade edilmektedir (Wong et al. 2005). Japonya’da yapılan çalışmada ise çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak, hastalar tedavinin olası risklerine ilişkin bilgileri hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilere göre daha iyi anlamıştır (Kitamura et al. 1998).

Hastaların değerlendirme alt bölümünde yer alan hastalığı ve tedaviyi değerlendirmeleri incelendiğinde ise; tedaviyle ilgili bilgileri hastalığa ilişkin bilgilere göre daha iyi değerlendirdikleri görülmektedir ($p=0.050$), (Tablo 5.19). Çin’de şizofrenik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada da, şizofrenik bozukluğu olan hastaların tedavilerini hastalıklarına göre daha iyi değerlendirdikleri bildirilmektedir. Bu sonuç, sağlık çalışanlarının hastaya tedaviyle ilgili bilgileri açıklarken daha fazla zaman harcaması ve çaba göstermesiyle ilişkilendirilmektedir. Yine hastalar üzerinde tedaviyle ilgili bilginin daha fazla etkili olduğu ve bu nedenle hastaların tedaviye ilişkin bilgileri, hastalıkla ilgili bilgilerden daha iyi anladıkları ve değerlendirdikleri belirtilmektedir (Wong et al. 2005). Bizim çalışmamızda yer alan hastalar da tedavileriyle ilgili bilgileri daha iyi anlamakta ve değerlendirmektedir. Aynı zamanda yaptığımız görüşmelerde hastaların tedavileriyle daha fazla ilgili oldukları gözlenmiştir.

6.6. Hastaların Karar Verme Yeterliği ile Hasta Vekilinin, Psikiyatri Uzmanının ve Hemşirenin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

Hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi ile hastaların karar verme yeterlikleri arasında orta derecede pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.000$), (Tablo 5.20). Hasta vekili, psikiyatri uzmanı ve hemşire tarafından karar vermede yeterli olarak değerlendirilen hastalar; aracın anlama, değerlendirme ve muhakeme alt bölümlerinde yüksek puan almaktadır. Bir başka ifadeyle hastaların araçtan aldıkları puan arttıkça; hasta vekili, psikiyatri uzmanı ve hemşire de hastayı yeterli olarak değerlendirmektedir. Ayrıca hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmeleri arasında ise anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5.11).

Farklı psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde İngiltere’de (Cairns et al. 2005b) ve Almanya’da (Vollman et al. 2003) yapılan çalışmalarda, klinisyenlerin hastaların tedavileriyle ilgili karar verme kapasitelerini değerlendirmeleri ile MacCAT-T alt bölüm yeterlikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Kanada’da tıbbi bir hastalığu olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada da, klinisyenin hastanın karar verme yeterliğini değerlendirmesi ile yeterlik değerlendirme aracı kullanılarak yapılan değerlendirme arasında tutarlılık vardır (Etchalls et al. 1999). Yine tıbbi bir hastalığu olan hastalar üzerinde İngiltere’de yapılan çalışmada ise hastaların karar verme yeterliği ile klinik ekibin ve hasta yakınlarının hastanın yeterliği ile ilgili değerlendirmeleri arasında zayıf bir ilişki bulunduğu, klinik ekibin veya hasta yakınlarının karar verme kapasitesi olmayan hastaları nadiren tanımlayabildikleri ifade edilmektedir (Raymont et al. 2004). Bu çalışmada; hastanın yeterliğini değerlendiren klinik ekibin özellikle göreve yeni başlamış, daha kıdemsiz kişilerden seçildiği belirtilmektedir. Çalışma sonucu; değerlendirmeyi yapan klinisyenin deneyiminin az olması nedeniyle karar verme kapasitesi azalan hastayı tanımada zorlandığu, klinik ekibin ve hasta yakınlarının yeterlik değerlendirmesinde daha genel bir yargıda buldukları ile açıklanmaktadır. Klinisyen veya hasta yakınlarının karar vermede yetersiz olan hastayı daha az oranda belirlemelerinde, bu iki faktörün rol oynadığu ifade edilmektedir (Raymont et al.

2004). Amerika’da hafif düzeyde demanslı hastaların onam verme yeterliğinin değerlendirildiği çalışmada, hekimlerin %56’sının hastanın yeterliği ile ilgili doğru bir değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir (Marson et al. 1997; Moye et al. 2004).

Amerika’da bakım evinde kalan hastaların aydınlatılmış onam verme kapasitelerinin değerlendirildiği çalışmada, klinisyenin yeterlik değerlendirmesi ile araç kullanılarak yapılan yeterlik değerlendirmesi karşılaştırılmış; klinisyenlerin karar vermede yetersiz olan tüm hastaları belirleyemedikleri saptanmıştır (Barton et al. 1996). Hollanda’da hastaların tedaviye onam verme yeterliklerinin değerlendirildiği çalışmada; hekim ve aile üyesi ile aracın yeterlik değerlendirmesi arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. Çalışma sonuçlarında; hastaların çoğunun üç değerlendirmede yeterli olduğu, hastaların karar vermede yetersiz olarak değerlendirilmesinde hekimlerin daha toleranslı oldukları ve aile üyelerinin hastanın yeterliğinin değerlendirilmesinde daha fazla zorlandıkları belirtilmektedir (Vellinga et al. 2004). İngiltere’de yapılan çalışmada da karar verme kapasitesinin değerlendirilmesinde, aile üyeleri klinisyenlere göre daha çok zorlanmaktadır. Aile üyelerinin hastayla ilgili daha az klinik bilgiye sahip olmaları nedeniyle zorlandıkları, klinisyenlerin ise hastanın bilişsel işlemleri becerilerini değerlendirerek hastanın karar verme kapasitesini belirledikleri ifade edilmektedir (Resnick et al. 2007).

Yapılan çalışmalar hastanın karar verme yeterliği konusunda görüş alınan klinisyenler ve hasta yakınları tarafından yapılan değerlendirmeler ile bir araç kullanılarak ortaya konan değerlendirme arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda da hastaların yeterliklerin değerlendirildiği MacCAT-T ile hasta vekili, psikiyatri uzmanı ve hemşirenin yaptığı değerlendirmeler arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışma bulgumuz, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi sürecine hekimle birlikte aile üyesi ve hemşirenin katılması gerektiği görüşlerini desteklemektedir (Vellinga et al. 2004; Appelbaum, 2007).

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kişinin amaçları, ilgileri ve değerleri doğrultusunda karar verme kapasitesi olarak tanımlanan yeterlik, aydınlatılmış onamın önemli bir ön koşuludur. Tıp uygulamalarında hastanın karar verme yeterliğinin belirlenmesi; özerkliğine saygı duyulmasını ve yararının gözetilmesini sağlar. Karar verme yeterliği bulunan hastalar, hekimin önerdiği tedaviyi kabul veya ret hakkına sahiptirler. Bununla birlikte özellikle bazı hasta gruplarında karar verme yeterliğine ilişkin sorunlarla sıklıkla karşı karşıya kalınabilmektedir. Son yıllarda psikiyatrik bozukluğu olan hastalar, yeterlikleri en çok tartışılan ve bu konuda çalışmaların yürütüldüğü hasta grubunu oluşturmaktadır. Birçok ülkede psikiyatrik bozukluğu olan hastaların haklarına, tedavileri için aydınlatılmış onamlarının alınmasına, hangi koşullarda gönülsüz olarak tedavi edilebileceklerine ve hastanede yatırılacaklarına ilişkin yasal düzenlemeler ve rehberler oluşturulmuştur. Bu düzenlemeler, hastanın yeterliğinin belirlenmesi için yol gösterici olabilmekte ancak uygulamada sorunlar yaşanabilmektedir. Türkiye’de psikiyatrik bozukluğu olan hastalar için bu tür düzenlemelerin ve rehberlerin henüz oluşturulmamış bulunması, yeterliğin belirlenmesini daha fazla zorlaştırmakta, hastaların haklarının ihlal edilebileceği endişesini ortaya çıkarmaktadır.

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların karar verme yeterliğine ilişkin araştırmalardan elde edilecek sonuçlar; konuyla ilgili düzenlemelerin oluşturulmasında yol gösterici olabilir ve alanda çalışan uzmanlara rehberlik sağlayabilir.

Bu çalışmada; farklı psikiyatrik bozukluk tanısı nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların tedaviye karar verme yeterliklerini araştırmayı ve karar verme yeterlikleri ile sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri ve klinik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara dayanarak da bazı öneriler sunduk.

Tüm tanı grubundaki hastaların yeterliği değerlendirildiğinde; hastaların tedavileriyle ilgili kararları vermede kısmen yeterli oldukları belirlenmiştir. Hastaların tümünün yetersiz olmaması, psikiyatrik bozukluğu olan hastalara herhangi bir tedavi başlamadan veya müdahale yapılmadan önce, karar verme yeterliklerinin değerlendirilmiş olmasının önemini ortaya koymaktadır.

Tüm tanı grubundaki hastalar; en fazla ilgili bilgileri anlamada, en az muhakeme etmede yeterlidirler. Hastaların en fazla tedavileriyle ilgili bilgileri anladıkları, yine tedaviyle ilgili bilgileri hastalığa ilişkin bilgilere göre daha iyi değerlendirdikleri saptanmıştır. Hastaların tedavileriyle ilgili bilgileri daha iyi anlamalarının, bu bilgiyi daha iyi değerlendirilmelerini sağladığı düşünülebilir. Bizim çalışma grubumuzdaki hastalar için hastalığı anlama ve değerlendirmenin, tedaviyi anlama ve değerlendirmeden daha problemler olduğu görülmektedir. Çalışma kapsamında yapılan görüşmeler sırasında hastaların daha çok tedavileriyle ilgili bilgileri merak ettikleri ve bu bilgilerle ilgili soru sordukları gözlenmiştir. Hastalıklarının özelliklerinden çok tedavileriyle ilgili olmalarının bu sonuçların ortaya çıkmasına neden olduğu söylenebilir.

Aydınlatılmış onama ilişkin bilgileri anlamada, değerlendirmede ve muhakeme etmede çok yeterli olmasalarda hastaların çoğu bir seçimde bulunabilmiştir. Bu sonuç, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların karar verme yeterlikleri azalsada durumları elverdiği ölçüde bilgilendirilmeleri ve karar verme sürecine katılmaları gerektiği görüşüne uygundur.

Farklı hastalık tanı gruplarında yer alan hastaların yeterliği karşılaştırıldığında; sadece değerlendirme yeterliklerinde anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Karar verme yeterliğini belirlemek üzere kullandığımız aracın değerlendirme bölümünde; hastaların hastalıklarını kabul edip etmediklerine ve tedavilerinin yararlı olup olmayacağına ilişkin düşünceleri ile bunlara ilişkin sundukları nedenler sorgulanmaktadır. Psikotik bozukluk tanı grubunda yer alan hastaların değerlendirme yeterliği, diğer hastalık tanı gruplarındaki hastalara göre daha fazla azalmıştır. Değerlendirme dışında dört tanı grubunda yer alan hastalar, benzer şekilde kendilerine anlatılan bilgileri anlamış ve muhakeme etmişlerdir. Dolayısıyla bu sonuçlarımız sadece hastalık tanısına göre hastanın karar verme

yeterliğin belirlenmesinin uygun olmadığı görüşünü desteklemektedir. Hastalık tanısına bakılmaksızın her hastanın karar verme yeterliğinin ayrı değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Karar verme yeterliğini etkileyen tek sosyo-demografik özellik, hastaların yalnız ya da birisiyle birlikte yaşamasıdır. Yalnız yaşayan hastalar kendilerine anlatılan bilgileri muhakeme etmede, birlikte yaşayan hastalara göre daha yeterlidir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi, bir işte çalışıp çalışmama durumu ile çalışma süresi ise karar verme yeterlikleriyle ilişkili değildir. Özellikle hastaların yaşı, eğitim süresi ve seviyeleri ile karar verme yeterlikleri arasındaki ilişkiyi araştıran farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır (Appelbaum et al. 1998; Wong et al. 2005; Fraguas et al. 2007). Bu nedenle sosyo-demografik özelliklerin hastanın karar verme yeterliğinde etkili olup olmadığı konusunda planlanacak daha ayrıntılı çalışmalar, konunun açıklığa kavuşturulmasında yardımcı olabilir.

Hastalık tanı grubu dışında **karar verme yeterliğini etkileyen klinik özellikler,** hastanın hastaneye yatış sayısı ve yatış şeklidir. İlk defa hastaneye yatan hastalar kendilerine anlatılan bilgileri muhakeme etmede, iki kez ve üzerinde hastanede yatan hastalara göre daha yeterlidir. Hastaneye yatış sayısındaki artış; hastaların muhakeme yeterliğini olumsuz yönde etkilerken, anlama ve değerlendirme yeterliklerini ise etkilememektedir. Hastanın hastaneye yatış şekli; anlama, değerlendirme ve muhakeme yeterliklerinin tümüyle ilişkilidir. Servise gönüllü olarak yatan hastalar, gönülsüz olarak yatırılan hastalara göre tedaviye karar vermede daha yeterlidir. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda karar verme yeterliğine ilişkin tartışmalar da özellikle hasta hastaneye yatmak istemediğinde veya tedaviyi reddettiğinde ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle gönülsüz olarak ve birden fazla sayıda servise yatan hastaların karar verme yeterliğinin daha dikkatli değerlendirilmesi uygun olacaktır. Yapılan bir çalışmada hastalara sağlanan ilave eğitimlerin tedaviye karar verme yeterliklerini arttırdığı belirlenmiştir (Lapid et al. 2003). Buna dayanarak karar vermede yetersiz olan hastaların bilgilenmelerine yönelik daha fazla çaba gösterilmesi ve ilave eğitimin karar verme yeterliği üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmaların yapılması da önerilebilir.

Hastaların klinik özelliklerinden hastalık süresi, daha önce tedavi görüp-görmeme, adli vaka olup-olmama ve suç işleme durumları ile suicid/homisid riski, karar verme yeterliklerinde etkili değildir. Bu özelliklerden son üçü hastanın tehlikelilik durumuna ilişkin genel bir bilgi elde etmek amacıyla araştırdığımız değişkenlerdir. Elde ettiğimiz sonuçlar; etik kodlarda ve bazı ülkelerin yasalarında psikiyatrik bozukluğu olan hastaların zorla tedavi edilmelerinde, tehlikeliliği bağlayıcı tek kriter kabul etmeyen anlayışa uygun görünmektedir (Large et al. 2008; Stefano and Ducci, 2008).

Karar verme yeterliğini etkileyen klinik değerlendirmeler incelendiğinde, çoğunun hastaların karar verme yeterlikleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Hastalık şiddeti arttıkça hastaların ilgili bilgiyi değerlendirme ve muhakeme etme yeterlikleri azalmaktadır. Bununla birlikte hastalığın ve belirtilerinin şiddetli olması, hastaların anlama yeterliklerinde ise etkili olmamaktadır. Hastaların bilişsel işlem becerileri karar verme yeterliğinin tüm alt bölümleriyle ilişkilidir. Dikkat, bellek ve yönelim gibi bilişsel işlem becerileri bozulmayan hastalar; ilgili bilgiyi daha iyi anlamakta, değerlendirmekte ve muhakeme etmektedirler. Buna bağlı olarak da tedavileriyle ilgili kararları vermede daha yeterlidirler. Hastaların içgörülerini de karar verme yeterliklerinde anlamlı bir farkın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hastalığının ve tedaviye gereksinimi olduğunun farkında olan hastalar tedavileriyle ilgili kararları vermede daha yeterlidir. Hastaların işlevsellik düzeyleri karar verme yeterliklerini etkileyen diğer bir klinik değerlendirmedir. Psikolojik, sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyleri arttıkça hastalar, tedaviye karar vermede daha yeterli olmaktadır.

Hastalık psikopatolojisi ile hastaların karar verme yeterlikleri arasında ilişki bulunmamıştır. Hastaların ilgili bilgiyi anlamalarında, değerlendirmelerinde ve muhakeme etmelerinde hastalık belirtilerinin düzeyi ve dağılımı etkin bir rol oynamamıştır. Yapılan çalışmalarda bu konuya ilişkin birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmakla birlikte, hastalık psikopatolojisi ile karar verme yeterliği arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar daha fazladır (Wong et al. 2005; Palmer and Jeste, 2006; Candilis et al. 2008; Rutledge et al. 2008). Bu çalışmalarda, kullandığımız yöntemden farklı olarak hastalık psikopatolojisi tanıya özgü ölçeklerle ve hekim

tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise hastalık psikopatolojisi tüm hastalık tanı gruplarında aynı ölçekle değerlendirilmiş ve değerlendirme hastanın kendisi tarafından yapılmıştır. Çalışma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak benzer bir sonuçla karşılaşmadığımız düşünülebilir.

Çalışmamızda; hastalık psikopatolojisi dışında kalan tüm klinik değerlendirmeler, hastaların karar verme yeterliklerini etkilemektedir. Baskın olan görüşe göre klinik değerlendirmeler karar verme yeterliğini doğrudan ölçemez. Ancak yapılan çalışmaların çoğunda benzer sonuçlara ulaşılmıştır ve karar verme yeterliğinin belirli düzeyde bilişsel becerileri gerektirdiği konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Bu nedenle karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde hastalık belirti şiddetinin, hastanın bilişsel işlem becerilerinin, içgörü ve işlevsellik düzeyinin de dikkate alınması önerilebilir.

Hastanın araç kullanılarak yapılan yeterlik değerlendirmesi ile hasta vekilinin, psikiyatri uzmanının ve hemşirenin yeterlik değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aracın karar vermede yeterli olarak değerlendirdiği hastaları; vekiller, uzman ve hemşire de yeterli bulmuştur. Bu nedenle hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi sürecine hastanın değerleri ve beklentileri hakkında bilgi sağlayabilecek hasta yakınlarının, hastayla ilgili klinik bilgi sağlayabilecek hemşire ve hekim gibi sağlık personelinin katılması önerilebilir. Hastanın yeterliğine ilişkin bir karar verilmeden önce özellikle hastanın karar verme yeterliği konusunda çelişkide kalındığında, hasta yakınlarından ve hastaya bakım veren sağlık personelinin görüş alınması olası yanlış değerlendirmeleri önleyebilir. Çalışma sonucumuz; son yıllarda hekim, hastaya bakım veren sağlık çalışanları ve hastayı tanıyan yakınardan oluşan bir ekip tarafından hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirmesini öneren yaklaşıma uygundur.

Çalışmamızda kullandığımız MacCAT-T, hastaların tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmek üzere geliştirilen araçlardan biridir. Elde ettiğimiz sonuçlara göre hastaların bu araç kullanılarak yapılan yeterlik değerlendirmeleri ile psikiyatri uzmanı tarafından yapılan değerlendirme ve klinik değerlendirmeler arasında ilişki bulunmaktadır. Ayrıca aracın alt bölümleri arasında da güçlü bir ilişkinin olması Türkiye’de ilk defa kullanılan bu aracın psikiyatrik bozukluğu olan

hastaların yeterliğinin belirlenmesinde uygun olduğunu göstermektedir. Aracın uygulanmasında; öncelikle ilgili bilginin hastaya açıklanması gerekmekte, ardından hastanın bu bilgiyi anlaması, değerlendirmesi ve muhakeme etmesi ile bu bilgi doğrultusunda seçimini ifade etmesi değerlendirilmektedir. Bu bağlamda araç; aydınlatılmış onamın tüm unsurlarına ilişkin değerlendirme sağlamakta ve hastanın verdiği kararın aydınlatılmış bir karar olmasına olanak tanımaktadır. Çalışma kapsamında yapılan hasta görüşmelerinde; hastalar, hastalıkları ve tedavileri hakkında daha fazla bilgi edinmek istediklerini belirtmişler, aracın uygulanması sırasında yapılan görüşmelerden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma sonuçlarımız; yarıdan fazlası hastaneye en az ikinci defa yatmış olan, büyük çoğunluğu daha önce psikiyatrik tedavi almış bulunan ve yarıya yakını ilgili bilgiyi anlamada yeterli olan hastaların hastalıkları süresince yeterince bilgi alamadıklarını düşündürmektedir. MacCAT-T, ayrıntılı alt bölümleri ile hastaların bu beklentilerine yanıt verebilecek bir rehberlik sağlayabilir ve hastaların bilgilendirilmemelerinden doğacak hak ihlallerinin önlenmesine yardımcı olabilir.

Tıp fakültelerinde özellikle psikiyatri alanında olmak üzere mezuniyet sonrası eğitim programlarında hastanın aydınlatılması ve karar verme yeterliğinin değerlendirilmesine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, bu konuda yaşanan sorunların çözümüne katkıda bulunabilir. Hasta yeterliğinin belirlenmesinde güçlük çekilen durumlarda ise etik danışmanlık hizmetlerinin süreklilik kazanması, yeterliği değerlendirecek ekip içinde etik uzmanın yer alması önerilebilir.

Çalışmamız psikiyatrik bozukluk nedeniyle bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören belirli sayıda hasta üzerinde yürütülmüştür. Farklı merkezlerde, farklı tanı gruplarında ve daha fazla sayıda hasta ile MacCAT-T kullanılarak yürütülecek çalışma sonuçlarından daha ayrıntılı bilgi sağlanabilir. Bununla birlikte sonuçlarımızın tümü birlikte değerlendirildiğinde; Türkiye’de psikiyatrik bozukluğu olan hastaların haklarını korumaya yönelik gelişmiş ülkelere benzer yasal düzenlemelere gereksinim bulunduğu görülmektedir. Yapılacak düzenlemeler ve bunların uygulamaya aktarılması için oluşturulacak rehberlerde, karar verme yeterliğinin belirlenmesine ve psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavi edilme koşullarına ilişkin ayrıntılar yer almalıdır.

KAYNAKLAR

- Ambrosini D.L., Crocker, A.G. (2007). Psychiatric advance directives and the right to refuse treatment in Canada. *Can J Psychiatry*. 52: 397-402.
- Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV). (1994). Çev.: Ertuğrul Koroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andreou, C. (2008). Making a clean break: addiction and ulysses contracts. *Bioethics*. 22 (1): 25-31.
- Appelbaum, B.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T. (1998). Competence to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a test of standard proposed by APA. *Psychiatric Services*. 49 (9): 1193-1196.
- Appelbaum, P.S. (2004). Commentary: willingness and competence of depressed and schizophrenic inpatients to consent to research. *J Am Acad Psychiatry Law*. 32: 144-147.
- Appelbaum, P.S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 357 (18): 1834-1840.
- Appelbaum, P.S., Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study I. Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior*. 19 (2): 105-126.
- Appelbaum, P.S., Grisso, T., Frank, E., O'Donnell, S., Kupfer, D.J. (1999). Competence of depressed patients for consent to research. *Am J Psychiatry*. 156: 1380-1384.
- Appelbaum, P.S., Redlich, A. (2006). Impact of decisional capacity on the use of leverage to encourage treatment adherence. *Community Mental Health Journal*. 42 (2): 121-130.
- Arikan, R., Appelbaum, P.S., Sercan, M., Türkcan, S., Satmis, N., Polat, A. (2007). Civil commitment in Turkey: reflection on a bill drafted by psychiatrists. *International Journal of Law and Psychiatry*. 30: 29-35.
- Atkinson, J. M. (2004). Ulysses' crew or circe? the implications of advance directives in mental health for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 28: 3-4.
- Aydemir, Ö., Koroğlu, E. (2006). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. p: 289-293.
- Aydınlatılmış Rıza Yönetmelik Taslağı, (2008). 25 Kasım 2008 [hastahaklari@saglik.gov.tr]. Alıcı: [raay@kocaeli.edu.tr].
- Bali Bildirgesi, (1995). Erişim: Şubat 2009. [http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=6581].
- Barton, C.D., Mallik, H.S., Orr, W.B., Janofsky, J.S. (1996). Clinicians' judgement of capacity of nursing home patients to give informed consent. *Psychiatric Services*. 47: 956-960.

- Beauchamp, T.L. (1997). Informed consent. In: *Medical Ethics*. Ed.: R.M. Veatch. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers. p.: 185-208.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press. p.: 99-148.
- Bellhouse, J., Holland, A. (2001). Decision-making capacity in adults: its assessment in clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 7: 294-301.
- Benaroyo, L., Widdershoven, G. (2004). Competence in mental health care: a hermeneutic perspective. *Health Care Analysis*. 12 (4): 295-306.
- Berghmans, R.L.P. (2001). Capacity and consent. *Psychiatry*. 14: 491-499.
- Berghmans, R., Dickenson, D., Meulen, R.T. (2004). Mental capacity: in search of alternative perspectives. *Health Care Analysis*. 12 (4): 251-263.
- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, (1997). Erişim: Şubat 2009. [<http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=6582>].
- Breden, T.M., Vollmann, J. (2004). The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T. *Health Care Analysis*. 12 (4): 273-283.
- Buchanan, A. (2004). Mental capacity, legal competence and consent to treatment. *J R Soc Med*. 97: 415-420.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A.S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., Hotoph, M. (2005a). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*. 187: 379-385.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A.S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., Hotoph, M. (2005b). Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*. 187: 372-378.
- Cale, G.S. (1999). Risk-related standards of competence continuing the debate over risk related standards of competence. *Bioethics*. 13 (2): 131-148.
- Candilis, P.J., Fletcher, K.E., Geppert, C.M.A., Lidz, C.W., Appelbaum, P.S. (2008). A direct comparison of research decision-making capacity: schizophrenia / schizoaffective, medically ill and non-ill subjects. *Schizophrenia Research*. 99: 350-358.
- Candilis, P.J., Geppert, C.M.A., Fletcher, K.E., Lidz, C.W., Appelbaum, P.S. (2006). Willingness of subject with thought disorder to participate in research. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (1): 159-165.
- Carpenter, W.T., Gold, J.M., Lahti, A.C., Queern, C.A., Conley, R.R., Bartko, J.J., Kovnick, J., Appelbaum, P.S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiat*. 57: 533-538.

- Casarett, D.J., Karlawish, J.H.T., Hirschman, K.B. (2003). Identifying ambulatory cancer patients at risk of impaired capacity to consent to research. *Pain Symptom Manage.* 26: 615-624.
- Charland, L.C. (2002). Cynthia's dilemma: consenting to heroin prescription. *The American Journal of Bioethics.* 2 (2): 37-47.
- Cooper, V.G., Zapf, P.A. (2003). Predictor variables in competency to stand trial decisions. *Law and Human Behavior.* 27 (4): 423-436.
- Culver, C.M., Gert, B. (1990). The inadequacy of incompetence. *The Milbank Quarterly.* 68 (4): 619-643.
- Dağ, I. (1991). Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2: 5-12.
- Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, İ.T., Telci, Ş. (2007). Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 18 (2): 129-136.
- Dekkers, W.J.M. (2001). Autonomy and dependence: chronic physical illness and decision-making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy.* 4: 185-192.
- Drane, J.F. (1985). The many faces of competency. *The Hastings Center Report.* 15 (2): 17-21.
- Dunn, L.B., Palmer, B.W., Appelbaum, P.S., Saks, E.R., Aarons, G.A., Jeste, D.V. (2007). Prevalence and correlates of adequate performance on a measure of abilities related to decisional capacity: differences among three standards for the MacCAT-CR in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 89: 110-118.
- Dunn, L.B., Nowrangi, M.A., Palmer, B.W., Jeste, D.V., Saks, E.R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry.* 163 (8): 1323-1334.
- Elbogen, E.B., Swanson, J.W., Appelbaum, P.S. (2007). Competence to complete psychiatric advance directives: effects of facilitated decision making. *Law Hum Behav.* 31: 275-289.
- Ernst, M., Grant, S.J., London, E.D., Contoreggi, C.S., Kimes, A.S., Spurgeon, L. (2003). Decision making in adolescents with behavior disorders and adults with substance abuse. *Am J Psychiatry.* 160: 33-40.
- Ersoy, M.A., Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 18 (2): 163-171.
- Ersoy, N. (1994). Klinik etiğin önemli bir sorunu: aydınlatılmış onam. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics.* 2 (3): 131-136.
- Ersoy, N. (2003). Aydınlatılmış onam. İçinde: *Çağdaş Tıp Etiği.* Ed.: A. D. Erdemir, Ö. Öncel, Ş. Aksoy. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. s.: 204- 240.

- Ertürk, A.Ç. (2002). Fransızca - Türkçe / Türkçe – Fransızca Bilge Büyük Sözlük. 4. Baskı. Ankara: Öz - El Matbaası. s.: 58, 122.
- Etchells, E., Darzins, P., Silberfeld, M., Singer, P.A., McKenny, J., Naglie, G., Katz, M., Guyatt, G.H., Molloy, W., Strang, D. (1999). Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med.* 14: 27-34.
- Etchells, E., Sharpe, G., Elliott, C., Singer, P.A. (1996). Bioethics for clinicians: capacity. *Can Med Assoc J.* 155 (6): 657-661.
- Evans, J.D., Heaton, R.K., Paulsen, J.S., Palmer, B.W., Patterson T., Jeste, D.V. (2003). The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Biol Psychiatry.* 53: 422-430.
- Eyler, L.T., Jeste, D.V. (2006). Enhancing the informed consent process: a conceptual overview. *Beh. Sci. Law.* 24: 553-568.
- Eyler, L.T., Mirzakhani, H., Jeste, D.V. (2005). A preliminary study of interactive questioning methods to assess and improve understanding of informed consent among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 75: 193-198.
- Feinberg, L.F., Whitlatch, C.J. (2001). Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices. *The Gerontologist.* 41 (3): 374-382.
- Fisk, J.D., Beattie, B.L., Donnelly, M. (2007). Ethical considerations for decision making for treatment and research participation. *Alzheimer's & Dementia.* 3: 411-417.
- Fitten, L.J., Lusky, R., Hamann, C. (1990). Assessing treatment decision making capacity in elderly nursing home residents. *Journal of The American Geriatrics Society.* 38 (10): 1097-1104.
- Flory, J., Emanuel, E. (2004). Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *JAMA.* 292(13): 1593-1601.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). 'Mini-Mental State' a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.* 12 (3): 189-198.
- Fraguas, D., García-Solano, F., Chapela, E., Terán, S., Peña, J.J., Calcedo - Barba, A. (2007). Do psychiatric patients improve their competency to consent to hospitalization after admission? A prospective study in an acute inpatient ward. *General Hospital Psychiatry.* 29: 54-62.
- Ganzini, L., Volicer, L., Nelson, W., Derse, A. (2003). Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Psychosomatics.* 44: 237-243.
- Ganzini, L., Volicer, L., Nelson, W.A., Fox, E. (2004). Ten myths about decision-making capacity. *Journal of the American Medical Directors Association.* July/August: 263-267.

- Ghormly, C.M.O. (2004). Neuropsychological Impairment and Competent Informed Consent to Treatment Participation in People with Multiple Sclerosis and Depressed Inpatients. Doctora Thesis of Philosophy in the Dicipline of Clinical Psychology. The University of Tulsa The Graduate School. Tulsa-Oklahoma.
- Glare, G.W. (2006). Oxford Latin Dictionary. Italy: Oxford University Press.
- Glass, K.C. (1997). Refining definitions and devising instruments: two decades of assessing mental competence. *International Journal of Law and Psychiatry*. 20: 1-29.
- Gremmen, I., Widdershoven, G., Beekman, A., Zuijderhoudt, R., Sevenhuijsen, S. (2008). Ulysses arrangements in psychiatry: a matter of good care. *J. Med. Ethics*. 34: 77-80.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1991). Mentally ill and non-mentally ill patients' abilities to understand informed consent disclosures for medication: preliminary data. *Law and Human Behavior*. 15: 377-388.
- Grisso, T., Appelbaum P.S. (1995a). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *American Journal of Psychiatry*. 152: 1033-1037.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1995b). The MacArthur Treatment Competence study II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law and Human Behaviour*. 19 (2): 127-148.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1995c). The MacArthur Treatment Competence study III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behaviour*. 19 (2): 149-174.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1998a). *Assessing Competence to Consent to Treatment. A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York: Oxford University Press.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S. (1998b). *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*. Sarasota: Oxford University Press.
- Grisso, T., Appelbaum, P.S., Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services*. 48: 1415-1419.
- Gülşen, R. (2003). Hukuk sistemimizde akıl hastalarının durumu ve hareket hürriyetlerinin kısıtlanması. *T Klin J Psychiatry*. 4: 123-140.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, (1998). Erişim: Şubat 2009. [<http://saglik.gov.tr>].
- Hawaii Deklerasyonu, (1977). Erişim: Şubat 2009. [<http://www.codex.uu.se/texts/hawaii.html>].
- Hazelton, L.D., Sterns, G.L., Chisholm, T. (2003). Decision-making capacity and alcohol abuse: clinical and ethical considerations in personal care choices. *General Hospital Psychiatry*. 25: 130-135.

- Health Care Consent Act, (1996). Erişim: Şubat 2009.
[http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm].
- Henwood, S., Wilson, M.A., Edwards, I. (2006). The role of competence and capacity in relation to consent for treatment in adult patients. *British Dental Journal*. 200: 18-21.
- Hoffman, B.F., Srinivasan, J.A. (1992). A study of competence to consent to treatment in a psychiatric hospital. *Can J Psychiatry*. 37 (3): 179-182.
- Hopp, F.P. (2000). Preferences for surrogate decision makers, informal communication and advance directives among community-dwelling elders: results from a national study. *The Gerontologist*. 40 (4): 449-457.
- Howe, V., Foister, K., Jenkins, K. (2005). Competence to give informed consent in acute psychosis is associated with symptoms rather than diagnosis. *Schizophrenia Research*. 77: 211-214.
- Hubbard, K.L., Zapf, P.A., Ronan, K.A. (2003). Competency restoration: an examination of the differences between defendants predicted restorable and not restorable to competency. *Law and Human Behavior*. 27 (2): 127-139.
- Hurst, S.A. (2004). When patients refuse assessment of decision-making capacity how should clinicians respond? *Arch Intern Med*. 164 (13): 1757-1760.
- İz, F., Hony, H.C., Alderson; A.D. (1992). The Oxford Turkish English Dictionary. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- Jacobs, M.S., Ryba N.L., Zapf, P.A. (2008). Competence-related abilities and psychiatric symptoms: an analysis of the underlying structure and correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. *Law Hum Behav*. 32 (1): 64-77.
- Jeste, D.V., Dunn, L.B., Palmer, B.W., Saks, E., Halpain, M., Cook, A., Appelbaum, P., Schneiderman, L. (2003). A collaborative model for research on decisional capacity and informed consent in older patients with schizophrenia. *Psychopharmacology*. 171: 68-74.
- Jeste, D.V., Saks, E.J.D. (2006). Decisional capacity in mental illness and substance use disorders: empirical database and policy implications. *Behavioral Sciences and The Law*. 24: 607-628.
- Jones, R.C., Holden, T. (2004). A guide to assessing decision-making capacity. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 71 (12): 971-975.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., Winslade, W.J. (2006). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 6th ed. New York: The McGraw - Hill Companies. p.:60-65.
- Kalaça, Ç. (1994). Tıbbi Girişimi Reddeden Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Ankara.

- Karlawish, J. (2008). Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. *Neurosignals*. 16: 91-98.
- Kişioğlu, N., Tüfekçi, F., Uskun, E., Bakır, B. (2001). Bir devlet hastanesinde yatan hastaların bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam durumunun değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 9 (2): 98-101.
- Kitamura, T. (2000). Assessment of psychiatric patients' competency to give informed consent: legal safeguard of civil right to autonomous decision making. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 54: 514-522.
- Kitamura, F., Tomoda, A., Tsukada, K., Tanaka, M., Kawakami, I., Mishima, S., Kitamura, T. (1998). Methods for assessments of competency to consent in the mentally ill. Rationale, development and comparison with the medically ill. *International Journal of Law and Psychiatry*. 21 (3): 223-244.
- Koren, D., Poyurovsky, M., Seidman, L.J., Goldsmith, M., Wenger, S., Klein, E.M. (2005). The neuropsychological basis of competence to consent in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Biol Psychiatry*. 57: 609-616.
- Kovnick, J.A., Appelbaum, P.S., Hoge, S.K., Leadbetter, R.A. (2003). Competence to consent to research among long-stay inpatients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Services*. 54: 1247-1252.
- Landry, L.Y. (1999). Multi-disciplinary competence assessment: a case study in consensus and culture. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 20 (5): 423-437.
- Lapid, M.I., Rummans, T.A., Poole, K.L. (2003). Decisional capacity of severely depressed patients requiring electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*. 19 (2): 67-72.
- Large, M.M., Nielsse, O., Ryan, C.J., Hayes, R. (2008). Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 43: 251-256.
- Leo, R.J. (1999). Competence and the capacity to make treatment decisions: a primer for primary care physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1 (5): 131-141.
- Lidz, C.W., Miesel, A., Zerubavel, E., Carter, M., Sestak, R.M., Roth, L.H. (1984). Informed Consent A Study of Decisionmaking in Psychiatry. New York: The Guilford Press. p.: 10-22.
- Ling, W. (2002). Cynthia's dilemma. *American Journal of Bioethics*. 2: 55-56.
- Lynn, J. (1983). Informed consent: an overview. *Behavioral Sciences & The Law*. 1 (4): 29-45.
- Madrid Deklerasyonu, (1996). Erişim: Şubat 2009. [www.wpanet.org].
- Marson, D., Dymek, M., Geyer, J. (2001). Informed consent, competency and the neurologist. *The Neurologist*. 7: 317-326.
- Mattis, S. (1990). Neuropsychological assessment of competency in the elderly. *Forensic Reports*. 3: 107-114.

- Meyers, D.W. (1990). *The Human Body and The Law*. 2nd ed. California: Stanford University Press. p.: 155-179.
- Miesel, A. 1983. Making mental health care decisions: informed consent and involuntary civil commitment. *Behavioral Sciences & The Law*. 1 (4): 73-88.
- Misra, S., Socherman, R., Park, B.S., Hauser, P., Ganzini, L. (2008). Influence of mood state on capacity to consent to research in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 10: 303-309.
- Morenz, B., Sales, B.D. (1997). The complexity of ethical decisionmaking. *Ethics and Behavior*. 7(1): 1-14.
- Moser, D.J., Schultz, S., Arndt, S., Benjamin, M.L., Fleming, F.W., Brems, C.S., Paulsen, J.S., Appelbaum, P.S., Andreasen, N.C. (2002). Capacity to provide informed consent for participation in schizophrenia and HIV research. *American Journal of Psychiatry*. 159: 1201-1207.
- Moye, J. (1999). Assessment of competency and decision making capacity. In: *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*, Ed.: P.A. Lichtenberg. America: John Wiley and Sons p.: 488-528.
- Moye, J., Karel, M.J., Azar, A.R., Gurrera, R.J. (2004). Capacity to consent to treatment: empirical comparison of three instruments in older adults with and without dementia. *The Gerontologist*. 44 (2): 166-175.
- Mukherjee, E., Foster, R. (2008). The Mental Capacity Act 2007 and capacity assessments: a guide for the non-psychiatrist. *Clinical Medicine*. 8 (1): 65-69.
- Ness, D.E. (2002). Discussing treatment options and risks with medical patients who have psychiatric problems. *Arch Intern Med*. 162 (14): 2037-2044.
- Nicholson, T.R.J., Cutter, W., Hotopf, M. (2008). Assessing mental capacity: The Mental Capacity Act. *BMJ*. 336: 322-325.
- Nwaishi, C.C. (2004). *The Intimate Connection Between Autonomy And Decision-Making in Applied Health Care Ethics - A Case Study in Beauchamp And Childress*. Master's Thesis in Applied Ethics Centre for Applied Ethics Linköping University. Linköping. Erişim: şubat 2009.
[www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_liu_diva-2402-__fulltext.pdf].
- Nys, H., Welie, S., Papadatos, T.G., Ploumpidis, D. (2004). Patient capacity in mental health care: legal overview. *Health Care Analysis*. 12 (4): 329-337.
- Oğuz, N.Y. 1995. Ruh hastasının özerkliği ve yeterlik sorunu üzerine. *Kriz Dergisi*. 3 (1-2): 31-34.
- Oğuz, Y., Özgüven, H.D. (2001). Psikiyatri ve etik sorunları. İçinde: *Klinik Etik*, Ed.: A.E. Demirhan, Y. Oğuz, Ö. Elçioğlu, H. Doğan. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. s.: 354-369.

- Owen, G.S., Richardson, G., David, Szmukler, G., Hayward, P., Hotopf, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. *BMJ*. 337: 1-4.
- Ozanoğlu, H.S. (2003). Hekimin hastalarını aydınlatma yükümlülüğü. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 52 (3): 55-78.
- Öncü, F., Ger, C. (2007). Zorunlu tedavi. İçinde: *Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu*, Ed.: M. Sercan. Ankara: Tuna Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A. Ş. s.: 51-68.
- Pachet, A., Newberry, A., Erskjne, L. (2007). Assessing capacity in the complex patient: RCAT's unique evaluation and consultation model. *Canadian Psychology*. 48 (3): 174-186.
- Palmer, B.W. (2007). Assessment of decisional capacity. *Psychiatric Times*. 24 (13): 38-42.
- Palmer, B.W., Dunn, L.B., Appelbaum, P.S., Jeste, D.V. (2004). Correlates of treatment-related decision-making capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Arc Gen Psychiatry*. 61: 230-236.
- Palmer, B.W., Dunn, L.B., Appelbaum, P.S., Mudaliar, S., Thal, L., Henry, R., Golshan, S., Jeste, D.V. (2005). Assesment of capacity to consent to research among older persons with schizophrenia, Alzheimer disease or diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry*. 62: 726-733.
- Palmer, B.W., Dunn, L.B., Depp, C.A., Eyler, L.T., Jeste, D.V. (2007). Decisional capacity to consent to research among patients with bipolar disorder: comparison with schizophrenia patients and healthy subjects. *J Clin Psychiatry*. 68 (5): 689-696.
- Palmer, B.W., Jeste, D.V. (2006). Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (1): 98-106.
- Palmer, B.W., Nayak, G.V., Dunn, L.B., Appelbaum, P.S., Jeste, D.V. (2002). Treatment-related decision-making capacity in middle-aged and older patients with psychosis. A preliminary study using the MacCAT-T and HCAT. *Am J Geriatr Psychiatry*. 10: 207-211.
- Peele, R., Chdoff, P. (1999). The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. In.: *Psychiatric Ethics*, Ed.: S. Bloch, Chodoff, P., Gren, S.A. 3rd ed. New York: Oxford University Press. s.: 423-440.
- Principles of Informed Consent in Psychiatry, (1996). Approved by The Board Of Trustees. APA Document Reference No. 960001. Erişim: şubat 2009. [http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/199601.pdf].
- Proust-Lima, C., Amieva, H., Dartigues, J.F., Jacqmin-Gadda, H. (2007). Sensitivity of four psychometric test to measure cognitive changes in brain aging-population-based studies. *Am J Epidemiol*. 165 (3): 344-350.
- Raymont, V. (2002). "Not in perfect mind" the complexity of clinical capacity assesment. *Psychiatric Bulltein*. 26: 201-204.

- Raymont, V., Bingley, W., Buchanan, A., David, A.S., Hayward P., Wessely, S., Hotopf, M. (2004). Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross sectional study. *The Lancet*. 364: 1421-1427.
- Raymont, V., Buchanan, A., David, A.S., Hayward, P., Wessely, S., Hotopf, M. (2007). The inter-rater reliability of mental capacity assessments. *International Journal of Law and Psychiatry*. 30: 112-117.
- Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission, (1998). Research Involving Persons with Mental Disorders That May Affect Decisionmaking Capacity. Volume I. Erişim: şubat 2009. [<http://bioethics.georgetown.edu/nbac/capacity/TOC.htm>]
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A.L., Pretzer-Aboff, I., Galik, E., Buie, V.C., Russ, K., Zimmerman, S. (2007). Reliability and validity of the evaluation to sign consent measure. *The Gerontologist*. 47 (1): 69-77.
- Roberts, L.W. (2002). Ethics and mental illness research. *Psychiatr Clin N Am*. 25: 525-545.
- Rosenfeld, B., Turkheimer, E., Gardner, W. (1992). Decision making in a schizophrenic population. *Law and Human Behavior*. 16 (6): 651-662.
- Rudnick, A. (2002). Depression and competence to refuse psychiatric treatment. *J Med Ethics*. 28: 151-155.
- Ruh Hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etik Kuralları, (2002). Erişim: şubat 2009. [www.psikiyatri.org.tr].
- Ruh Sağlığı Yasası Tasarısı Taslağı, (2007). Erişim: şubat 2009. [www.psikiyatri.org.tr].
- Rutledge, E., Kennedy, M., O'Neill, H., Kennedy, H.G. (2008). Functional mental capacity is not independent of the severity of psychosis. *International Journal of Law and Psychiatry*. 31: 9-18.
- Saks, E.J.D., Jeste, D.V. (2006). Capacity to consent to or refuse treatment and/or research: theoretical considerations. *Behavioral Sciences and The Law*. 24: 411-429.
- Saks, E.R., Dunn, L.B., Marshall, B.J., Nayak, G.V., Golshan, S., Jeste, D.V. (2002). The California Scale of appreciation a new instrument to measure the appreciation component of capacity to consent to research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 10: 166-174.
- Savaş, H.A., Coşkun, A., Hayran, O., Gergerlioğlu, H.S., Arkonaç, O., Erkoç, ř. (2007). Tırkiye'deki psikiyatristlerin aydınlatılmış onama ilişkin gırurş ve tutumları. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi*. 1: 35-40.
- Schillerstrom, J.E., Rickenbacker, D., Joshi, K.G., Royall, D.R. (2007). Executive function and capacity to consent to a noninvasive research protocol. *Am J Geriatr Psychiatry*. 15 (2): 159-162.
- Schneider, P.L., Bramstedt, K.A. (2006). When patients refuse assessment of decision-making capacity. How should clinicians respond? *J. Med. Ethics*. 32: 90-93.

- Schopp, R.F. (2006). Involuntary treatment and competence to proceed in the criminal process: capital and noncapital cases. *Behav. Sci. Law.* 24: 495-528.
- Sert, G. (2004). Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. İstanbul: Babil Yayıncılık. s.132.
- Shulman, K.I., Cohen, C.A., Kirsh, F.C., Hull, I.M., Champine, P.R. (2007). Assessment of testamentary capacity and vulnerability to undue influence. *The American Journal of Psychiatry.* 164 (5): 722-727.
- Silberfeld, M., Checkland D. (1999). Faulty judgement, expert opinion and decision making capacity. *Theoretical Medicine and Bioethics.* 20: 377-393.
- Silberfeld, M., Corber, W., Madigan, K.V., Checkland, D. (1995). Capacity assessments for requests to restore legal competence. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 10: 191-197.
- Silver, M. (2002). Reflections on determining competency. *Bioethics.* 16 (5): 455-468.
- Smith, C.M., Pristach, C.A. (1998). Management of psychiatric disorders in patients with poor insight. *Dis Manage Health Outcomes.* 4 (3): 157-175.
- Sorger, B.M., Rosenfeld, B., Pessin, H., Timm, A.K., Cimino, J. (2007). Decision-making capacity in elderly, terminally ill patients with cancer. *Behavioral Sciences and The Law.* 25: 393-404.
- Sorias, O. (1997). Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri. İçinde: Psikiyatri Temel Kitabı, Ed.: C. Güleç, E. Köroğlu. Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık. Cilt 1. s.: 81-94.
- Soyuer, F., Erdoğan F., Öztürk A. (2007). Is there any relation between cognitive function and functional state in stroke patients? *Journal of Neurological Sciences.* 24 (2): 115-120.
- Stavis, P.F. (1994). Psychiatric involuntary treatment. Developments in Mental Hygiene Law in 1993. *Quality of Care Newsletter.* 58. Erişim: Şubat 2009. [http://www.cqc.state.ny.us/Counsels_corner/cc58.htm].
- Stefano, A., Ducci, G. (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe. *International Journal of Mental Health.* 37 (3): 10-21.
- Steuerwald, V.K. (1998). Türkçe - Almanca Sözlük. 1. Baskı. İstanbul: ABC Kitabevi. s.: 484, 1026.
- Stroup, S., Appelbaum, P., Swartz, M., Patel, M., Davis, S., Jeste, D., Kim, S., Keefe, R., Manschreck, T., McEvoy, C., Lieberman, J. (2005). Decision- making capacity for research participation among individuals in the CATIE schizophrenia trial. *Schizophrenia Research.* 80: 1-8.
- Substitute Decisions Act, (1992). Erişim: Şubat 2009. [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/reg/english/elaws_regs_960100_e.htm].

- Sullivan, K. (2004). Neuropsychological assessment of mental capacity. *Neuropsychology Review*. 14 (3): 131-142.
- Sturman, E.D. (2005). The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review*. 25: 954-974.
- Şehiraltı, M. (1994). Aile planlaması alanında sağlık çalışanlarından beklenebilecek etik yeterlilik. *Tıbbi Etik*. 2 (3): 115-120.
- Şehiraltı, M. (2005). İnsan üzerinde araştırma ve etik. *3 P Dergisi*. 13: 25-30.
- The Practise of ECT: recommendations for treatment, training and privileging: A Task force report of the APA, (1990). Erişim: Şubat 2009. [<http://www.ect.org/apa-task-force-report-on-electroconvulsive-therapy/> Washington DC. 1990: 188].
- Türk Ceza Kanunu, (2004). Erişim: Şubat 2009. [<http://www.tbmm.gov.tr>].
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü, (2009). Erişim: Şubat 2009. [<http://www.tdk.gov.tr>].
- Türk Medeni Kanunu, (2001). Erişim: Şubat 2009. [<http://www.tbmm.gov.tr>].
- Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, (2006). Ed.: K. Münir, T. Ergene, İ. Dağ. N. Erol, A.T. Aker. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. s.: 79-85.
- Türkiye Psikiyatri Derneği Ruh Sağlığı Yasası Taslağı, (2007). Erişim: Şubat 2009. [www.psikiyatri.org.tr].
- Van Staden, C.W., Krüger, C. (2003). Incapacity to give informed consent owing to mental disorder. *J. Med. Ethics*. 29: 41-43.
- Vellinga, A., Smit, J.H., Leeuwen, E., and et al. (2004). Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 9: 645-654.
- Vellinga, A., Smit, J.H., Leeuwen, E.V. and et al. (2005). Decision-making capacity of elderly patients assessed through the vignette method: imagination or reality? *Aging & Mental Health*. 9 (1): 40-48.
- Vollmann, J. (1997). Assessment of capacity to give informed consent in psychiatry. *European Psychiatry*. 12 (2): 111.
- Vollmann, J., Bauer, A., Danker, H. (2003). Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychological Medicine*. 33: 1463-1471.
- Welie, S.P.K. (2001). Criteria for patient decision making (in)competence: a review of and commentary on some empirical approaches. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 4: 139-151.
- Welie, J.V.M., Welie, S.P.K. (2001). Patient decision making competence: outlines of a conceptual analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 4: 127-138.
- Wikipedia The Free Encyclopedia. Erişim: Şubat 2009. [<http://en.wikipedia.org>].

- Winograd, C.H. (1984). Mental status tests and the capacity for self-care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 32 (1): 49-55.
- Winslade; W.J. (1983). Informed consent in psychiatric practice: the primacy of ethics over law. *Behavioral Sciences & The Law*. 1 (4): 47-56.
- Wong, J., Cheung, E., Chen, E. (2005). Decision making capacity for inpatients with schizophrenia in Hong Kong. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 193 (5): 316-322.
- Yazıcı, O. (1997). İki uçlu duygu durum bozuklukları ve diğer duygu durum bozuklukları. İçinde: *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ed.: C. Güleç, E. Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Ankara. Cilt 1. s.: 429-448.
- Yılmaz, E. (2003). *Hukuk Sözlüğü*. Ankara: Yetkin Yayınları.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Rahime AYDIN ER
Doğum Tarihi ve Yeri: 13.09.1976, İzmit
Yabancı Dili : İngilizce
Öğrenim Durumu:

Yıl	Derece	Kurum
1993-1997	Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
1997-2000	Yüksek Lisans	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
2004-	Doktora	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Çalışma Durumu:

Yıl	Kurum
1997-1998	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi
1998-	Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yayınlar:

1. Akpınar, A., Şenses, M.Ö., Er, R.A. (2009). Attitudes of the intensive care nurses towards end-of-life decisions in paediatric intensive care. *Nursing Ethics*. 16 (1): 83-92.
2. Şenses, M., Aydın, R. (2007). 19. yüzyılda Osmanlı'da hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*. 17 (2): 21-29.
3. Aydın, R., Şenses, M. (2006). 19. yüzyılda Osmanlı'da ebelik. *Hemşirelik Forumu*. Mayıs-Haziran, Temmuz-Ağustos, 1-5.
4. Aydın, R., Kutlu, Y. (2001). Hemşirelerde iş doyumu ve çatışma eğilimi ilişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5 (2): 37-45.
5. Aştı N., Aydın R., Bilgi G., Bostancı N., Candemir F., Durak N. (1998) Cognitive status in the daily activities and demographics of elderly persons who lived in a nursing home. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bülteni*. 10 (42).

Kongrelerde Sunulan Bildiriler:

- Uluslararası

1. **Er, R.A.**, Şehiraltı, M. *Tedaviye ve Araştırmaya Karar Verme Yeterliğini Değerlendiren Araçların İncelenmesi*. V. Tıp Etiği Kongresi “Tıbbi Etikten Biyoetiğe”, 13-15 Kasım 2008, Ankara.
2. **Er, R.A.**, Şenses, M.Ö., Akpınar, A., Ersoy, N. *Ortopedide Aydınlatılmış Onama Ait Etik Sorunlar: Kocaeli’den Bir Örnek*. V. Tıp Etiği Kongresi “Tıbbi Etikten Biyoetiğe”, 13-15 Kasım 2008, Ankara.
3. Akpınar, A., Şenses, M.Ö., **Er, R.A.** *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Pediatriye Yaşamın Sonu Hakkındaki Tutumları*. V. Tıp Etiği Kongresi “Tıbbi Etikten Biyoetiğe”, 13-15 Kasım 2008, Ankara.
4. **Aydın, R.**, Şenses, M. Harmancı, M.E. *Mecmû‘a-i Mu‘âlece’de Bedeni Güzelleştirme ve Güçlendirme Önerileri*. Uluslararası Türk Kültüründe Beden Sempozyumu. 5 Nisan 2007, Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul.

- Ulusal

1. **Er, R.A.** *Psikiyatrik Acil Hastasının Aydınlatılmış Onamı*. Kocaeli Acil Tıp Hizmetlerinde Etik Haklar ve Yükümlülükler Konferansları I-II, 28 Ocak-25 Şubat 2009. Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonu, Kocaeli.
2. **Er, R.A.** *Yatağa Bağımlı Hastanın Bakımında Yaşanan Etik İkilemler*. I. Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Kongresi, 27-29 Haziran 2008, Zonguldak.
3. Ertin, H.Ç., Öz, Y.C., **Er, R.A.** *Hastaya Bakım Verenlerin Zorlanma Durumu ve Bakımı Kolaylaştırıcı Çözüm Önerileri*. I. Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Kongresi, 27-29 Haziran 2008, Zonguldak.
4. **Aydın, R.** *Hastanın Mahremiyetinin Korunmasını Bekleme Hakkı: Tıbbi Gizlilik, Sır Tutma*. Hasta Hakları Konferansları 5, 12 Haziran 2007, Gölcük Belediyesi Kongre Sarayı, Kocaeli.
5. **Aydın, R.** *Yetersiz Yetişkinlerin Hakları: Bilgilenme, Haberdar Edilme Hakkı*. Hasta Hakları Konferansları 3, 4 Nisan 2007, Gebze Belediyesi Kongre Sarayı, Kocaeli.
6. Harmancı, E., Şenses, M., **Aydın, R.** *On Yedinci Yüzyıla Ait Bir Tıp Yazması: Mecmua-i Mualece*. IX. Türk Tıp Tarihi Kongresi- XXIV. Gevher Nesibe Tıp Günleri, 24-27 Mayıs 2006, Kayseri. (IX. Türk Tıp Tarihi Bildirileri, Ankara: Nobel Basımevi, 2006, s.182-192).

7. Akpınar, A., Şenses, M., **Aydın, R.** *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Pediatriye Yaşamın Sonuna İlişkin Tutumları*. II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 26–28 Eylül 2005, Çeşme/İzmir.
8. **Aydın, R.**, Şenses, M. *19. Yüzyılda Osmanlı'da Ebelik*. 4. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, 10-13 Mayıs 2005, Manisa.
9. Ağca, A., Altun, İ., Can, Y., **Aydın, R.** *17 Ağustos 1999 Marmara Depreminden Sonra Kocaeli'nde Çalışan Hemşirelerin Aktivitelerindeki Değişim, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri*. I. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi, 4-7 Mayıs 2000, Corinthia Club Otel, Tekirova/Antalya.

Poster Bildiri:

1. **Er, R.A.**, Şehiraltı, M. *Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Karar Verme Yeterliği ve Yeterliğin Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü*. II. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri, 28-30 Nisan 2008, İstanbul.
2. Ertin, H.Ç., **Aydın, R.**, Can, Y., Aker, A.T. *Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Geçmiş Afetlerden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması*. III. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları, 2004, İstanbul.

Seminer Sunumları:

1. 23 Şubat 2007 *İletişim Becerileri*. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı Hizmet İçi Eğitim Programı.
2. 23 Kasım 2006 *Yaşamın Sonu İle İlgili Etik Konular, Palyatif Bakım*. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı Seminer Programı.
3. 23 Mayıs 2006 *Bilginin Değişimiyle İlgili Etik Konular: Aydınlatılmış Onam, Gerçeğin Söylenmesi, Tıbbi Gizlilik*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Programı Seminer Programı.
4. 22 Şubat 2005 *Çatışma Yönetimi*, Gölçük Deniz Hastanesi Hizmet İçi Eğitim Programı.

Katıldığı Kurslar:

1. Ruhsal Travma Çalıştayı, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 28-30 Nisan 2008.
2. Psiko eğitim Grubu: Topluma Yeniden Katılım Programı, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 28-30 Nisan 2008.
3. Osteoporoz Kursu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 1 Mayıs 1999.
4. Öğretmenlik Formasyonu Kursu, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İstanbul, 4 Kasım 1996-22 Mayıs 1997.

Katıldığı Kongre, Panel, Sempozyum ve Seminerler:

1. 8 Ekim 2008 İlaç ve Tıp Alanında Ceza Hukuku, Etik ve Tıbbi Sorunlar, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
2. 17-18 Nisan 2008 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Ruh Sağlığını Güçlendirme, Geliştirme ve Koruyucu Ruh Sağlığı Toplantısı, Kocaeli.
3. 7-9 Aralık 2007 Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları V, İstanbul.
4. 5 Aralık 2007 Kocaeli Hasta Hakları Konferansları 8: Hasta- Hekim/Sağlık Çalışanı İlişkisi, İletişimi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Konferans Salonu, Kocaeli.
5. 2 Mayıs 2007 Hasta Hakları Konferansları 4: Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Hakkı: Tıpta Adalet. Sabancı ve Ortakları İlköğretim Okulu Konferans Salonu, Kocaeli.
6. 12 Mart 2007 Prof. Dr. Saadet Ülker, Prof. Dr. Necati Dedeoğlu, Prof. Dr. Nimet Karataş, Prof. Dr. İskender Sayek. Düünden Bugüne Sağlıkta Ekip Hizmeti. KOÜ. Morfoloji Binası Konferans Salonu, Kocaeli.
7. 7 Mart 2007 Hasta Hakları Konferansları 2: Hastanın Aydınlatılması: Kendi Hakkında Karar Verme Hakkı. Kocaeli Devlet Hastanesi Konferans Salonu, Kocaeli.
8. 12-13 Ekim 2006 II. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
9. 08-09 Haziran 2006 Tıbbi Hukuk, Tıbbi Etik ve Tıp Felsefesi Sempozyumu, Çorlu Asker Hastanesi, Tekirdağ.

10. 28-29 Nisan 2006 Second International Conference on Science and Moral Philosophy (Ethics) of Assisted Human Reproduction, İstanbul.
11. 20-22 Nisan 2006 I. Uluslararası Kocaeli ve Çevresi Kültürü Sempozyumu, Derbent Uygulama Oteli, Kocaeli.
12. 17-19 Aralık 2004 Halk Kültürlerini Koruma, Yaşatma ve Geleceğe Aktarma Uluslararası Sempozyumu, Kocaeli.
13. 25 Mayıs 2004 I. Kocaeli Gençlik Sempozyumu, Sabancı Kültür Merkezi, Kocaeli.
14. Nisan 2004 Pediatrik Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Gölcük Askeri Hastanesi, Kocaeli.
15. 16 Mayıs 2003 Liazon Psikiyatrisi Hemşireliği Paneli, Memorial Hastanesi, İstanbul.
16. 17-19 Ekim 2002 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi 7. Ergen Sempozyumu, Grand Otel Marmara, Kocaeli.
17. 30 Kasım- 2 Aralık 2001 Şizofreni Teşhis ve Tedavide Güncel Yaklaşımlar, Türk Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Psikososyal Sağlık Derneği ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ortak Toplantısı. İstanbul.
18. 17-18 Mart 2001 II. Şizofreni Günleri Sempozyumu, İstanbul.
19. 25-29 Eylül 2000 Hemşirelik Süreci Eğitim Programı, Kocaeli.

Akademik ve İdari Çalışmaları:

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı
Hemşirelik Bölümü İntibak Komisyonu Üyeliği

Üye Olunan Dernekler:

Psikiyatri Hemşireleri Derneği
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mensupları ve Mezunları Derneği
Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

EK – 1**PSİKIYATRİ HASTALARININ TEDAVİYE KARAR VERME YETERLİĞİ
ÇALIŞMASI BİLGİ FORMU**

1) Yaş		
2) Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Bayan	<input type="checkbox"/> Erkek
3) Eğitim durumu	<input type="checkbox"/> Okur- yazar değil	<input type="checkbox"/> Okur- yazar
	<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Orta Öğretim/Lise
	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/ Doktora
4) Eğitim süresi		
5) Medeni durum	<input type="checkbox"/> Evli/ Birlikte yaşıyor	<input type="checkbox"/> Bekar/ Birlikte yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Evli/ Yalnız yaşıyor	<input type="checkbox"/> Bekar/ Yalnız yaşıyor
6) Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor
7) Çalışıyorsa süresi		
8) Hastalık tanısı (DSM IV Eksen I tanı kriterlerine göre)		
9) Hastalık süresi		
10) Hastaneye yatış sayısı		
11) Hastaneye yatış şekli	<input type="checkbox"/> Gönüllü	<input type="checkbox"/> Gönülsüz
12) Adli vaka mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
13) Daha önce bir suç işlemiş mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
14) Suicid / homisid riski	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
15) Daha önce alınan tedaviler		

NOT: Burada yer alan bilgiler araştırmacı tarafından hastadan, hasta dosyasından, hastanın hekiminden ve vekilinden alınacaktır.

EK – 2

HASTA VEKİLİNİN, PSİKİYATRİSTİN VE HEMŞİRENİN HASTANIN KARAR VERME YETERLİĞİNİ DEĞERLENDİRMESİ SORU FORMU

Hasta Vekilinin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ile Psikiyatri Anabilim Dalı olarak psikiyatri servisinde yatan hastaların tedaviye karar verme yeterliğini değerlendirmeye yönelik bir çalışma planladık. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar psikiyatrik bozukluğu olan hastaların önerilen tedavileri kabul etme ve reddetme konusunda yeterli olup olmadıklarına ilişkin bilgi sağlayacaktır. Hastanızın tedaviyle ilgili kararları verip veremeyeceği konusunda sizin görüşünüz çalışmamız açısından önem taşımaktadır.

Sizce hastanız hastaneye yatma, ilaçla tedavi ve diğer tedaviler konusunda kendisi makul ve mantıklı karar verebilir mi? Bu konuda yeterli midir?

<input type="checkbox"/> Çok yeterli	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Kısmen yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz	<input type="checkbox"/> Çok yetersiz
--------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------------

Hastanın vekilinin yakınlık derecesi:

Psikiyatri Uzmanının Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi

Sizce hastanız hastaneye yatma, ilaçla tedavi ve diğer tedaviler konusunda kendisi makul ve mantıklı karar verebilir mi? Bu konuda yeterli midir?

<input type="checkbox"/> Çok yeterli	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Kısmen yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz	<input type="checkbox"/> Çok yetersiz
--------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------------

Hemşirenin Hastanın Karar Verme Yeterliğini Değerlendirmesi

Sizce hastanız hastaneye yatma, ilaçla tedavi ve diğer tedaviler konusunda kendisi makul ve mantıklı karar verebilir mi? Bu konuda yeterli midir?

<input type="checkbox"/> Çok yeterli	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Kısmen yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz	<input type="checkbox"/> Çok yetersiz
--------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------------

NOT: Bu form araştırmacı tarafından hastanın vekili, psikiyatri uzmanı ve hemşiresi ile görüşülerek doldurulacaktır.

EK – 3

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta Düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

EK – 4

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Oryantasyon

- Hangi yıl, mevsim, tarih, gün, ay 5
- Neredeyiz bölge, ülke, şehir, hastane bölümü 5

Kayıt

- Üç eşya ismi 3

Dikkat ve hesaplama

- 5'er, 7'şer sayma beş cevap yeterli 5

Hatırlama

- Kayıt bölümünde sayılan üç eşyanın ismini sor 3

Dil

- Kalem ve saati sorun 2
- “Ama, eğer ve demek yok” cümlesini tekrarlatın 1
- Üç adımlı bir komut verin 3
- “Gözlerini kapa” cümlesini okut ve okuduğunu yapmasını iste 1
- Bir cümle yazdır 1
- Bir şekli kopyalat 1

Toplam Puan:

EK – 5**İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

1. Herhangi bir hastalığı olduğunu düşünüyor mu?	0. Hayır 1. Bazen 2. Evet
2. Bir akıl/ ruh hastalığı olduğunu kabul ediyor mu?	0. Hayır 1. Şüpheleri var 2. Evet
3. Bu hastalığı nasıl açıklıyor?	0. Hezeyanlı açıklama 1. Bilmiyor 2. Sosyokültürel düzeyine göre kabul edilebilir açıklama
4. Yaşantılarını patolojik/ farklı olarak değerlendiriyor mu?	0. Kesinlikle karşı çıkıyor 1. Telkin edilebilir 2. Evet
5. Semptomlarını nasıl açıklıyor?	0. Dış güçlere, hezeyanlarına bağlıyor 1. Yorgunluk, stres gibi dış etkenler 2. Hastalığın bir parçası olarak
6. Tedavi için kendi talebi var mı?	0. Hayır 1. Bazen 2. Evet
7. Tedaviyi kabul ediyor mu?	0. Hayır (Zor kullanarak) 1. Bazen 2. Evet (Her zaman)
8. Tedaviyi neden kabul ediyor?	0. Zorunlu olduğu için “Başka çare yok” 1. Başkalarının isteği/ başka amaçlar için 2. Şikayetlerini ortadan kaldıracağı için
9. Önceki hastalıklarını nasıl değerlendiriyor?	0. Hiçbir zaman hastalığını kabul etmiyor 1. Geçştiriyor 2. Doğru, kabul edilebilir açıklama

Toplam Puan:

EK – 6

SEMPTOM LİSTESİ- 40

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek bazı şikayetlerin bir listesi vardır. Her birini dikkatlice okuyunuz. Belirtilen durumun, bugün de dahil olmak üzere sizi son on beş gün içinde ne kadar rahatsız ettiğini “Hiç rahatsız etmedi”, “Biraz rahatsız etti”, “Çok rahatsız etti” şeklinde belirtiniz.

1		2			3		
Hiç rahatsız etmedi		Biraz rahatsız etti			Çok rahatsız etti		
1.	Baş ağrısı	1	2	3			
2.	Sinirlilik ya da gerginlik	1	2	3			
3.	Baş dönmesi ya da baygınlık hissi	1	2	3			
4.	Kolayca kızma ya da sinirlenme	1	2	3			
5.	Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar	1	2	3			
6.	Sokaklarda ya da açık alanlarda korku hissi	1	2	3			
7.	Halsizlik ya da yavaşlama	1	2	3			
8.	Yaşamınıza son verme düşünceleri	1	2	3			
9.	Yaşadığınız hastalıkla ilgili düşünce veya hayaller	1	2	3			
10.	İştahınızın azalması	1	2	3			
11.	Kolayca ağlama	1	2	3			
12.	Kapalı yerlerde korkuya kapılma	1	2	3			
13.	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	1	2	3			
14.	Kontrol edemediğiniz öfkelenmeler	1	2	3			
15.	Evde yalnız kalmaktan korkma	1	2	3			
16.	Olanlar için kendinizi suçlamanız	1	2	3			
17.	Bel ağrısı	1	2	3			
18.	Kendinizi yalnız hissetmeniz	1	2	3			
19.	Karamsarlık hissi	1	2	3			
20.	Her şey için endişeye kapılma	1	2	3			
21.	Her şeye karşı ilgisizlik	1	2	3			
22.	Kalbinizde çarpıntı	1	2	3			
23.	Bulantı veya midenizde rahatsızlık	1	2	3			
24.	Adale (kas) ağrısı	1	2	3			
25.	Uykuya dalmakta güçlük, rahat uyuyamama	1	2	3			
26.	Otobüs, tren gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	1	2	3			
27.	Nefes almakta güçlük	1	2	3			
28.	Sizi korkutan yerlerden, şeylerden kaçınma	1	2	3			
29.	Bedeninizin bazı yerlerinde uyuşma, karıncalanma olması	1	2	3			
30.	Boğazınıza bir şey tıkanmış hissi	1	2	3			
31.	Gelecek konusunda umutsuzluk	1	2	3			
32.	Ölüm veya ölme düşünceleri	1	2	3			
33.	Aşırı yemek yeme	1	2	3			
34.	Sabah çok erken saatte isteğiniz dışında uyanma	1	2	3			
35.	Çarşı, pazar gibi yerlerde rahatsızlık duyma	1	2	3			
36.	Her şeyin bir yük gibi görünmesi	1	2	3			
37.	Sık sık tartışmaya girme	1	2	3			
38.	Başınıza kötü bir şey gelecekmiş duygusu	1	2	3			
39.	Korkutucu düşünce ve hayallere kapılma	1	2	3			
40.	Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk hissi	1	2	3			

EK – 7**GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmaları bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45,68,72)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarının aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. Aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. Aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikle hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. Geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Bir takım hafif semptomlar (örn. Depresif duygu durum ve hafif insomnia) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte bir takım zorlukların olması (örn. Ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. Donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. Az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. İntihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) ya da toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. Hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. Konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) ya da iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel bir takım bozukluklar vardır (örn. Depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanıllardan oldukça etkilenir ya da iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. Bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) ya da hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. Bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
11-20	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. Açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) ya da ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. Dışkı sürer) ya da iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. İleri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisi ya da başkalarına ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. Yinelenen şiddet gösterileri) ya da kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez ya da açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

Puan Aralığı :

EK – 8

MacCAT-T KAYIT FORMU

Hasta:

Klinisyen:

Tarih:

HASTALIĞA İLİŞKİN AÇIKLAMA

<u>Açıklama</u>	<u>Hastanın Cevabı</u>
1) Tanı	Puan <input type="text"/>
2) Hastalık Özelliği	Puan <input type="text"/>
3) Hastalık Özelliği	Puan <input type="text"/>
4) Hastalık Özelliği	Puan <input type="text"/>
5) Hastalığın Tedavisiz Gidişatı	Puan <input type="text"/>
	Anlama - Hastalık (Toplam) <input type="text"/>
Diğer	<input type="text"/>

TEDAVİNİN YARARLARI / RİSKLERİNE İLİŞKİN AÇIKLAMA

Açıklama	Hastanın Cevabı
	Puan <input type="text"/>
2) Yarar	Puan <input type="text"/>
	Puan <input type="text"/>
4) Risk	Puan <input type="text"/>
Diğer	

DEĞERLENDİRME - TEDAVİ

Araştırma : Tedaviyi istediğinize karar vermiş olabilirsiniz veya olmayabilirsiniz. Daha sonra bunun hakkında konuşacağız. Bu tedavinin size yararlı olabileceğini düşünüyor musunuz?

Katılıyorum

Katılmıyorum

Kararsızım

İnceleme: Durumunuzu oldukça düzelterek tedavinin muhtemel yararları olduğunu/olmadığını düşünüyorsunuz. Size muhtemelen yararlı olabilecek/olmayacak tedavinin ne yapacağını bana açıklayabilir misiniz?

	Değerlendirme - Tedavi
--	------------------------

İLK SEÇİM VE MUHAKEME

Seçim: Şimdi seçimlerinizi inceleyelim. İlki, ikincisi, ve diğerleri (tedavisiz kalma seçeneğini de içeren açıklamadaki her bir tedavi seçeneğinin adı). Bu seçeneklerden hangisi size en iyi görünüyor? Sizin için hangi seçeneğin daha uygun olduğunu düşünüyorsunuz?

Seçim:

Araştırma : İfade ettiğiniz seçimin en iyisi olduğunu düşünüyorsunuz. Bu seçimin neden diğerlerinden daha iyi olduğunu söyler misiniz?

İnceleme : Hastanın açıklamalarını tartışma

Açıklama	
	Sonuçsal
	Karşılaştırmalı

GENEL SONUÇLAR

Araştırma -1 : (Hastanın tercih ettiği tedavinin ismi) 'nin muhtemel bazı yararları, riskleri ve sıkıntıları hakkında konuşmak istiyorum. evde veya çalışırken günlük aktivitelerinizi nasıl etkileyecek?

Sonuçlar -1	
	Sonuçlar 1 <input type="text"/>

Araştırma -2 : Şimdi (diğer herhangi bir tedavinin ismi veya tedavisiz kalma seçeneği) ni düşünelim. Bunlar evde veya işteki günlük aktivitelerinizi nasıl etkileyecek?

Sonuçlar -2	
	Sonuçlar 2 <input type="text"/>

Genel Sonuçlar (Toplam)

FİNAL SEÇİM

Araştırma : Bu görüşmeye başladığımızda siz daha çok seçeneğini düşünüyordunuz veya seçeneği hakkında zorlanıyordunuz. Bir çok şeyi konuştuk. Şimdi ne yapmak istiyorsunuz?

Seçim	
	Seçim İfadesi <input type="text"/>

SEÇİMİN MANTIKSAL TUTARLILIĞI

Araştırmacının Açıklaması	
	Mantıksal Tutarlılık <input type="text"/>

MacCAT-T ÖZET PUANI

	Puanların Toplamı	÷	Bölüm Sayısı	=	Alt Skala Puanı
Anlama					
Hastalık		÷		=	
Tedavi		÷		=	
Yararlar - Riskler		÷		=	

Anlama Toplam Puan (0 - 6)

Değerlendirme

Hastalık

Tedavi

Değerlendirme Toplam Puan (0 - 4)

Muakeme

Sonuçsal

Karşılaştırmalı

Genel Sonuçlar

Mantıksal Tutarlılık

Muakeme Toplam Puan (0 - 8)

Bir Seçimin İfadesi Toplam Puan (0 - 2)

EK – 9

**MACARTHUR TEDAVİ İÇİN YETERLİK DEĞERLENDİRME ARACI
KAYIT FORMU BİLGİLENDİRME REHBERİ**

<i>A. HASTALIĞA İLİŞKİN</i>
1. Hastalığın Tanısı
2. Hastalığa İlişkin 3 Özellik (Hastalığın kognitif, affektif ve davranışsal belirtileri)
3. Hastalığın Tedavisiz Gidişatı
<i>B. TEDAVİYE İLİŞKİN</i>
1. Önerilen Tedavinin Adı
2. Önerilen Tedaviye İlişkin 3 Özellik (Tedaviden önce ve tedavi sırasında yapılması gereken işlemler, tedavinin süresi, hangi sıklıkta ve ne zaman alınacağı, diğer ilaçlarla etkileşimi gibi)
<i>C. TEDAVİNİN YARARLARI VE RİSKLERİNE İLİŞKİN</i>
1. Tedavinin En Önemli 2 Yararı
2. Tedavinin En Önemli 2 Riski

EK – 10



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
KOCAELİ

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Bu araştırma psikiyatri alanında bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni psikiyatrik bir hastalığınızın olmasıdır. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır.

Öncelikle araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilirsiniz.

Bazı psikiyatrik hastalıklar özellikle hastaların kendilerine sunulan bilgileri anlama ve değerlendirme yeteneklerini ciddi bir şekilde etkileyebilmekle ve hastaların karar verme kapasitelerini bozabilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluğu olan hastaların kendi tedavileriyle ilgili bir karar vermeleri zorlaşabilir. Yalnız son yıllarda yapılan çalışmalar psikiyatrik bir hastalığın tek başına bir kişinin yetersiz olduğunu göstermediğini hatta gönülsüz olarak hastaneye yatan hastaların hastanede yattıkları sürece tedavi kararları konusunda karar verebileceklerini de göstermiştir. Bu noktada hastanın hastalığının karar verme yeteneklerini nasıl ve ne şekilde etkilediği önemlidir.

Çalışmamızla psikiyatri servisinde yatan hastalara hastalıkları, tedavileri ve tedavilerin yararları ve zararları hakkında yaptığımız bilgilendirmenin ardından hastaların tedaviye karar verme yeterliklerinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde servise yatıştan sonraki ilk üç gün içerisinde tedavi eden hekiminiz hastalığınız, önerdiği tedavinin yararları ve riskleri konularında sizi bilgilendirecektir. Araştırmacı, hekimi tarafından bilgilendirilen hastayla yatıştan sonraki beş ila yedinci gün arasında görüşecektir. Yaklaşık 20-30 dakika süren bu görüşmelerde araştırmacı size hekiminizin anlattığı bilgilere yönelik sorular soracaktır. Görüşme sırasında size anlatılan bilgileri ifade edemediğinizde ya da yanlış ifade ettiğinizde tekrar bilgilendirme yapılacak ve görüşme tekrarlanacaktır. Görüşmeler değerlendirilmek için sizin tercihiniz doğrultusunda görüntülü veya sesli olarak kaydedilecektir.

Araştırmadan elde edeceğiniz yarar; hastalığınız, tedaviniz, tedavinizin yararları ve riskleri gibi konularda daha ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmiş olmakla birlikte sorularınızın cevaplanmış olmasıdır. Bu çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler uygulamaya yansiyabilecek, böylelikle gelecekteki hastaların aldığı hizmetin kalitesi de artabilecektir. Araştırmanın sizin zamanınızı alma dışında bir zararı bulunmamaktadır.

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ile birlikte yürütülecektir. Araştırmada uygulanacak olan yöntem anket ve görüşme yöntemidir. Hastalara hastalıkları ve tedavileri konusundaki bilgilendirme hekimleri tarafından yapıldıktan sonra çalışma ile ilgili görüşmeler Öğr. Gör. Rahime Aydın Er tarafından psikiyatri servisinde yapılacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Hiçbir sebep göstermeksizin bu araştırmada yer almayı reddetme hakkınız vardır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkmak istediğinizde, araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi açısından bunu araştırmacılara iletmeniz gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmanız, bu kurumdaki hizmetlerden yararlanmanıza engel teşkil etmeyecektir.

Araştırmacı bilginiz dahilinde çalışmada yer almanızın uygun olmadığına karar verdiğinizde sizi araştırmadan çıkarabilir. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler izninize bağlı olarak gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel ya da eğitim amaçlı kullanılacağı zaman isminiz telaffuz edilemeyecektir. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar, gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilirler.

Araştırma sonuçları psikiyatri alanında düzenlenen bilimsel çalışmalarda sunulacaktır. Yine araştırma sonuçları tıp eğitiminde de kullanılacaktır. Araştırma sonuçları açıklanırken katılımcıların kimlik bilgileri söylenmeyecektir. Bu amaçların dışında araştırmadaki kayıtlar herhangi bir şekilde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu bilgileri edindiğiniz araştırmaya gönüllülükle katılmayı kabul ettiğiniz zaman ya da araştırmaya katılmayı kabul etmediğinizde, bunu imzalayarak belirtmeniz gerekmektedir. İmzalı form kağıdının bir nüshası size de verilecektir. İmzanız gizli tutulacak ve herhangi bir yerde, herhangi bir amaç için kullanılmayacaktır.

Bu araştırma ile ilgili size verilen bilgilerin dışında herhangi bir şey yapıldığında açık ad, telefon numarası ve adresi bulunan araştırmacı ile Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na (Telefon: 3038073) başvurabilirsiniz.

Öğr. Gör. Rahime Aydın Er
Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Telefon: 262 3037835
e-posta: raay@kocaeli.edu.tr

EK – 11



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
KOCAELİ

HASTA VEKİLİ BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği

Bu araştırma psikiyatri alanında bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Karar Verme Yeterliği”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni yakınınızın psikiyatrik bir hastalığı olmasıdır. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır.

Öncelikle araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilirsiniz.

Bazı psikiyatrik hastalıklar özellikle hastaların kendilerine sunulan bilgileri anlama ve değerlendirme yeteneklerini ciddi bir şekilde etkileyebilmekle ve hastaların karar verme kapasitelerini bozabilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluğu olan hastaların kendi tedavileriyle ilgili bir karar vermeleri zorlaşabilir. Yalnız son yıllarda yapılan çalışmalar psikiyatrik bir hastalığın tek başına bir kişinin yetersiz olduğunu göstermediğini hatta gönülsüz olarak hastaneye yatan hastaların hastanede yattıkları sürece tedavi kararları konusunda karar verebileceklerini de göstermiştir. Bu noktada hastanın hastalığının karar verme yeteneklerini nasıl ve ne şekilde etkilediği önemlidir.

Çalışmamızla psikiyatri servisinde yatan hastalara hastalıkları, tedavileri ve tedavilerin yararları ve zararları hakkında yaptığımız bilgilendirmenin ardından tedaviye karar verme kapasitelerinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Hastanızın araştırmaya katılmasını kabul ettiğiniz takdirde servise yatıştan sonraki ilk üç gün içerisinde hastanıza tedavi eden hekim tarafından hastalığı, önerdiği tedavinin yararları ve riskleri konusunda bilgilendirme yapılacaktır. Araştırmacı, hekim tarafından bilgilendirilen hastayla yatıştan sonraki beş ila yedinci gün arasında görüşecektir. Yaklaşık 20-30 dakika süren bu görüşmelerde araştırmacı hastaya hekiminin anlattığı bilgilere yönelik sorular soracaktır. Görüşme sırasında kendisine açıklanan bilgiyi ifade edemeyen ya da yanlış tanımlayan hastalara tekrar bilgilendirmenin yapılması sağlanacak ve görüşme tekrarlanacaktır. Görüşmeler değerlendirilmek için sizin ve hastanızın tercihi doğrultusunda görüntülü veya sesli olarak kaydedilecektir.

Araştırmadan elde edeceğimiz yarar; hastanız hastalığı, tedavisi, tedavinin yararları ve riskleri gibi konularda daha ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmiş olmakla birlikte sorularının cevaplanmış olmasıdır. Bu çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler uygulamaya yansiyabilecek, böylelikle gelecekteki hastaların aldığı hizmetin kalitesi de artabilecektir. Araştırmanın hastanızın zamanını alma dışında bir zararı bulunmamaktadır.

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ile birlikte yürütülecektir. Araştırmada uygulanacak olan yöntem anket ve görüşme yöntemidir. Hastalara hastalıkları ve tedavileri konusundaki bilgilendirme hekimleri tarafından yapıldıktan sonra, hasta görüşmeleri de Öğr. Gör. Rahime Aydın Er tarafından psikiyatri servisinde yapılacaktır.

Bu araştırmada hastanızın yer alması tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Hiçbir sebep göstermeksizin bu araştırmada hastanızın olmamasını isteme hakkınız vardır. Hastanızın araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada hastanızın araştırmadan çıkarılmasını isteyebilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında hastanızın araştırmadan çıkarılmasını istediğinizde, araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi açısından bunu araştırmacılara iletmeniz gerekmektedir. Hastanızın araştırmaya katılmasını reddetmeniz veya araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmasını istemeniz, hem sizin hem de hastanızın bu kurumdaki hizmetlerden yararlanmanıza engel teşkil etmeyecektir.

Araştırmacı bilginiz dahilinde hastanızın çalışmada yer almasının uygun olmadığına karar verdiğinizde hastanızı araştırmadan çıkarabilir. Hastanızın çalışmadan ayrılmasını istediğinizde ya da araştırmacı tarafından hastanızın çıkarılması durumunda, hastanıza ait veriler izninize bağlı olarak gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Bu araştırmaya hastanızın katılmasını kabul ettiğiniz için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Hastanızın araştırmaya katılmasını kabul ettiğinizde, size ve hastanıza ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel ya da eğitim amaçlı kullanılacağı zaman isminiz telaffuz edilemeyecektir. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar, gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilirler.

Araştırma sonuçları psikiyatri alanında düzenlenen bilimsel çalışmalarda sunulacaktır. Yine araştırma sonuçları tıp eğitiminde de kullanılacaktır. Araştırma sonuçları açıklanırken katılımcıların kimlik bilgileri söylenmeyecektir. Bu amaçların dışında araştırmadaki kayıtlar herhangi bir şekilde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu bilgileri edindiğiniz araştırmaya hastanızın katılmasını gönüllülükle kabul ettiğiniz zaman ya da araştırmaya hastanızın katılmasını kabul etmediğinizde, bunu imzalayarak belirtmeniz gerekmektedir. İmzalı form kağıdının bir nüshası size de verilecektir. İmzanız gizli tutulacak ve herhangi bir yerde, herhangi bir amaç için kullanılmayacaktır.

Bu araştırma ile ilgili size verilen bilgilerin dışında herhangi bir şey yapıldığında açık ad, telefon numarası ve adresi bulunan araştırmacı ile Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na (Telefon: 3038073) başvurabilirsiniz.

Öğr. Gör. Rahime Aydın Er
Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Telefon: 262 3037835
e-posta: raay@kocaeli.edu.tr

EK – 12

HASTA ONAM FORMU

Sayın Rahime Aydın Er tarafından Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ‘katılımcı’ olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca bilgim dahilinde araştırmacı araştırmadan çıkarılmamın uygun olduğuna karar verdiğimde de araştırmanın dışında tutulabilirim.

Araştırmaya katılmam için herhangi bir ücret ödemeyeceğim gibi bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun kurumun hizmetlerinden yararlanmamı etkilemeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının,

Adı- Soyadı:

Telefonu:

Bilgilendirilme Tarihi ve İmza:

Araştırmaya Katılım Tarihi ve İmza:

Araştırmayı Red Tarihi ve İmza:

Sorumlu Araştırmacının,

Adı Soyadı :Rahime Aydın Er

Ünvanı :Öğretim Görevlisi

Adresi : Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Umuttepe Yerleşkesi
41300 KOCAELİ

Telefon : 262 3037835

HASTA VEKİLİ ONAM FORMU

Sayın Rahime Aydın Er tarafından Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra hastamın böyle bir araştırmaya katılması için davet edildim.

Eğer bu araştırmaya hastamın katılmasına izin verirsem bana ve hastama ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimizin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden hastamı araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için hastamı araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca bilginim dahilinde araştırmacı hastamın araştırmadan çıkarılmasının uygun olduğuna karar verdiğinde de hastam araştırmadan dışarı tutulabilir.

Hastamın araştırmaya katılması durumunda herhangi bir ücret ödemeyeceğim gibi bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya hastamın katılmasına izin vermek zorunda değilim ve katılmasına izin vermeyebilirim. Hastamı araştırmaya katmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer hastamın araştırmaya katılmasını reddedersem, bu durumun kurumunuzun hizmetlerinden yararlanmamızı etkilemeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde hastamın “katılımcı” olarak yer almasına karar verdim. Söz konusu bu kararımı herhangi bir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Hasta Vekilinin,

Adı- Soyadı:

Telefonu:

Bilgilendirilme Tarihi ve İmza:

Hastanın Araştırmaya Katılımına İzin Tarihi ve İmza:

Hastanın Araştırmaya Katılımına Red Tarihi ve İmza:

Sorumlu Araştırmacının,

Adı Soyadı :Rahime Aydın Er

Ünvanı :Öğretim Görevlisi

Adresi : Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Umuttepe Yerleşkesi
41300 KOCAELİ

Telefon : 262 3037835

MACARTHUR TEDAVİ İÇİN YETERLİK DEĞERLENDİRME ARACI GÖRÜŞME FORMU

GİRİŞ

Hastaya görüşmenin amacı hakkında bilgi verilir. Görüşme sırasında hasta soru sormaya cesaretlendirilir.

“Hekiminizin hastalığınız ve tedavinizle ilgili size anlattığı bilgilerle ilgili olarak görüşmek istiyorum. Hekiminizin anlattığı bilgileri anlayıp anlamadığınızı değerlendirmek için bazı sorular soracağım. Anlayamadığınız konulara ilişkin tekrar bilgiler verip, hastalığınız ve tedavinizle ilgili sormak istediğiniz sorulara da cevaplar vermeye çalışacağım.”

A. HASTALIĞI ANLAMA

“Hastalığınız nedir?”

“Ters giden nedir?”

“Eğer tedavi edilmezseniz şimdi ve ileride neler olabilir?”

Hasta açıklanan bilgileri tanımlamada sıkıntı yaşıyorsa hastanın ne anladığı ve ne anımsadığına yönelik harekete geçilir. Örneğin; eğer hasta hastalığın tedavisiz muhtemel gidişatını tanımlayamadıysa *“Eğer tedavi edilmezseniz ne olacaktı?”* gibi.

Hasta kendisine yapılan açıklamayı tanımlayamıyor veya yanlış tanımlıyorsa bu bilgi hastaya tekrar açıklanır ve hastanın bilgiyi anlaması tekrar değerlendirilir.

B. HASTALIĞI DEĞERLENDİRME

“Şu anda doktorlarınız durumunuzla ilgili tanınızı koydular. Bununla ilgili bir kuşkunuz varsa bunu benimle paylaşmanızı istiyorum. Siz ne düşünüyorsunuz?”

Eğer hasta hastalık teşhisi veya hastalığın özellikleri hakkında hekiminin söylediklerine katılmadığını ifade ediyorsa, araştırmacı katılmama nedenlerini, bunu kolay ve hızlı bir şekilde değiştirip değiştiremeyeceğini saptar. Hastadan kendisine yapılan açıklamalara katılmadığı noktaları açıklaması istenir. Araştırmacı hastanın inançlarını değiştirmemeli ve hastayı ikna etmeye çalışarak münakaşa içerisine girilmemelidir.

C. TEDAVİYİ ANLAMA

“Size tedavi olarak ne yapıyor?”

“Kullandığınız ilaçlar neler?”

“Kullandığınız ilaçlarla ilgili neler biliyorsunuz?”

“İlaçlarınızı ne kadar süre ve hangi sıklıkta kullanacaksınız?”

“İlacı kullanırken nelere dikkat etmeniz gerekiyor?”

“Bu hastalığın başka tedavi yöntemleri neler?”

D. TEDAVİNİN YARARLARINI/RİSKLERİNİ ANLAMA

“Kullandığınız ilaçların beklenen yararları neler?”

“Kullandığınız ilaçların ne gibi etkileri olabilir?”

E. TEDAVİYİ DEĞERLENDİRME

Burada amaç hastanın tedaviyi kabul edip etmediğini değil, tedavinin yararlı olacağına inanıp inanmadığını belirlemektir. Hastanın tedaviye taraftar olup olmadığı da önemli değildir. Hastaya tedavinin bazı yararlar sağlayabilme ihtimalinin olup olmadığı sorulur. Bu noktada hastanın “evet” ya da “hayır” deyip demediği önemli değildir. Hastanın mental hastalığa bağlı olarak konfüzyondan, delüzyondan veya affektif durumlardan dolayı tedavide isteksiz olup olmadığını belirlenir. Araştırmacı sorularında hastanın tedaviyi kabul veya reddine odaklanmaktan kaçınılmalıdır.

“Bu tedavinin size yararlı olabileceğini düşünüyor musunuz?”

Araştırmacı hastanın bu inançlarını kolayca değiştirip değiştiremeyeceğini veya inançlarının kalıcı olup olmadığını değerlendirebilir.

“Durumunuzu oldukça düzeltecek tedavinin muhtemel yararlarının olduğunu/olmadığını düşünüyorsunuz. Size muhtemelen yararlı olabilecek/olmayacak tedavinin ne yapacağını bana açıklayabilir misiniz?”

İLK SEÇİM VE MUHAKEME

1. Seçim: Önerilen tedavi ve alternatif tedaviler özetlendikten sonra hastadan bir tedaviyi seçmesi istenir.

“Şimdi seçimlerinizi inceleyelim. İlki....., ikincisi..... (tedavisiz kalma seçeneğini de içeren açıklamadaki her bir tedavi seçeneğinin adı). Bu seçeneklerden hangisi size en iyi görünüyor? Hangi seçeneğin size daha uygun olduğunu düşünüyorsunuz?”

Eğer hasta birden fazla seçim ifade ediyorsa veya seçim yapmada isteksizse bu da belirtilir.

2. Araştırma: Hastadan bu seçime nasıl vardıklarını açıklaması istenerek, hastaya bu seçimini alternatiflerden daha iyi görmesinin nedeni sorulur.

“İfade ettiğiniz seçimin en iyisi olduğunu düşünüyorsunuz. Bu seçimin neden diğerlerinden daha iyi olduğunu söyler misiniz?”

3. İnceleme: Hastanın cevaplarını kendi kelimelerinizle tekrarlayın. Ardından hastayı açıklamalarını tartışması için cesaretlendirin. Hastanın muhakemesini anlamana ve tanımlamanıza yardımcı olacak sorular sorun.

GENEL SONUÇLAR

Bu bölümün amacı hastanın hastalık belirtileri, tedavinin yararları ve riskleri gibi hastalık ve tedavinin tanımlanan tıbbi ve psikiyatrik yararlarının/risklerinin ötesinde tedavinin evde, kişilerarası ilişkilerde veya dinlenmede etkisi gibi günlük yaşamdaki sonuçlarını ifade edemediğini saptamaktır. Örneğin; hastanın tedavinin tıbbi yararlarının ve risklerinin “tedavi başımı döndürebilir” şeklindeki etkisinden öte günlük aktivitelerini nasıl etkileyebileceği, örneğin; “çalışırken iş makinesi kullanamayabilirim” şeklindeki etkilerini açıklayıp açıklayamadığı belirlenir.

“Tedavinizin muhtemel bazı yararları, riskleri ve sıkıntıları hakkında konuşmak istiyorum. evde veya çalışırken günlük aktivitelerinizi nasıl etkiler?”

“Şimdi tedavisiz kalma seçeneğini düşünelim. Tedavi edilmezseniz bu durum evde veya işteki günlük aktivitelerinizi nasıl etkiler?”

Hastaların çoğu başlangıçta “Daha iyi hissedeceğim, yaşamım daha rahat olacak” gibi genel cevaplar verirler. Araştırmacı bu açıklamalardan yola çıkarak hastaya “Evdeki veya işteki günlük aktivitelerinizi nasıl daha iyi etkileyecek?” gibi sorular sorabilir.

FİNAL SEÇİM

1. Araştırma:

“Bu görüşmeye başladığımızda siz daha çok seçeneğini düşünüyordunuz veya seçeneği hakkında zorlanıyordunuz. Birçok şeyi konuştuk. Şimdi ne yapmak istiyorsunuz?”

2. İnceleme: Hastanın final seçiminin mantıksal olarak önceki muhakemesini izleyip izlemediğine bakılır. Eğer izliyorsa inceleme yapmaya gerek yoktur. Eğer öyle değilse hasta ile tutarsızlık tartışılır. Genellikle hastanın ilk seçimi ile final seçimi değişmez fakat bazen hasta ilk seçimini yeniden düşünebilir ve değiştirebilir.

EK – 15

HASTANIN SES KAYITLARININ KULLANILMASI İÇİN İZİN FORMU

Hastanın / Vekilinin Adı:

Bu belge ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yürütülen çalışma kapsamında kendime/ hastama ait ses kaydımın alınmasına izin veriyorum.

Bu tür tıbbi kayıtlarım, **kimlik bilgilerim gizli tutulmak koşuluyla** iznimin alındığı tarihten sonra **sadece eğitimsel ya da bilimsel amaçlarla kullanılabilir.**

Yukarıdaki iznimi onaylıyorum.

Hastanın/ Vekilinin imzası:

İzni talep eden araştırmacının imzası:

İzin Tarihi:

**MACARTHUR TEDAVİ İÇİN YETERLİK DEĞERLENDİRME ARACI
PUANLAMA REHBERİ**

HASTALIK, TEDAVİ, TEDAVİNİN YARARLARI/ RİSKLERİNİ ANLAMA

2 PUAN: Hasta bölümlerin içeriğini hatırlar ve ilgili bölüm hakkındaki sorulara doğru cevaplar verir. Hastadan kendisine yapılan açıklamayı kelimesi kelimesine tekrarlaması istenmez hatta hastanın anlatılanları kendi ifadeleriyle açıklaması tercih edilir. Hastalığın Yararları/Riskleri bölümleri için hasta ortaya çıkabilecek yarar/risk olasılığını yanlışsız bir şekilde ifade etmelidir.

1 PUAN: Hasta bölüm içeriğinin bazılarını hatırlar fakat araştırmacı hastadan cevap elde etmek için gayret gösterse de hastanın anlayıp anlamadığı belirsizdir. Sorulara verilen cevaplardaki örnekler oldukça yüzeyseldir veya hastanın anladığına ilişkin belirsizlik vardır. Örneğin; cerrahi ağrı için ağrı rahatsızlık hissettirebilir. Yine hastanın cevaplarında anlatılan önemli bilgilerden bazıları eksiktir. Örneğin; hallüsinasyonlar için duyduğum şeyler demesi gibi.

0 PUAN: Araştırmacı hastadan cevap elde etmek için ciddi gayret gösterse bile hasta; a- Bölüm içeriklerini anımsamaz b- Bölüm içeriklerini yanlış tanımlar c- Bölüm içeriğindeki bilgileri çarpıtır.

Anlama Özet Puanlarının Hesaplanması

Hastalık, Tedavi, Tedavini Yararları/Riskleri Anlama bölümlerinin her biri için

* Bölümün tüm öğelerinin puanları toplanır.

* Toplam puan öğe sayısına bölünerek altskala puanı bulunur. Hastalık Anlama, Tedavi Anlama ve Yarar/Riskleri Anlama bölümleri için 2.0 ve 0.0 arasında altskala puanları bulunur. 3 anlama bölümünün her biri için elde edilen altskala puanları toplanarak anlama özet puanı elde edilir. Bu puan 6.0 ve 0.0 arasında değişir.

HASTALIĞI DEĞERLENDİRME

2 PUAN: Hasta açıklanan hastalık ve belirtilerin tümü veya birçoğu hakkında bilgilidir veya Hasta kendisine anlatılan açıklamaları kabul etmez fakat kabul etmemesine yönelik delüzyonel olmayan, mantıklı nedenler sunar. Mantıklı nedenlere yönelik bazı örnekler şunlardır:

- Diğer doktor başka şeyler söyledi.
- Geçen yılda benzer şikayetlerim ve doktorum bana farklı bir tanı söyledi.
- Kültürümde (hastanın kültürel geçmişine uygun olarak ilişkilendirdiği) bu olağandışı bir durum veya bir “hastalık” olarak düşünülemez.

1 PUAN: Hasta açıklanan hastalık özellikleri ve belirtileri hakkında bilgilidir fakat hastalık veya tedaviye ilişkin önemli olan bilgileri bilmez veya

Hasta hastalığın varlığı hakkında tartışır veya kararsızdır fakat buna ilişkin sunduğu nedenler belirsizdir veya nedenleri açıkça ifade edemez.

0 PUAN: Hasta kültürel geçmişi veya inancıyla ilişkilendirilmeyen bir şekilde hastalığı kabul etmez veya

Hasta medikal/psikiyatrik bir hastalık yerine farklı hastalık belirtilerine dayanarak açıklamada bulunur. Örneğin; psikotik belirtiler işle ilgili stresin, viral hastalık sadece yorgunluğun, fazla çalışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkar gibi veya

Hasta hastalık ve belirtilerini reddeder fakat reddetme nedenlerini açıklayamaz.

TEDAVİYİ DEĞERLENDİRME

2 PUAN: Hasta yarar sağlayan tedavinin en düşük olasılıklı yararlarını bile bilir ve delüzyona veya gerçeğin ciddi bir çarpıtmasına dayanmayan bir neden sunar veya

Hasta tedavinin bazı yararlarının olduğuna inanmaz fakat inanmamasının nedenleri delüzyonel değil, mantıklıdır. Mantıklı açıklamalara yönelik bazı örnekler şunlardır:

- Hastanın dini inançlarıyla (veya kültürel geçmişiyle) tutarlı tıbbi tedavi hakkındaki açıklamaları genellikle gerçek değerlendirmesi değildir.
- Hasta daha önce alınan antipsikotik tedaviden az fayda görme veya hiç fayda görmeme veya benzer açıklamayı yapan kişilerden bahsetme gibi tedavi ile ilgili geçmiş deneyimlerine dayalı açıklamalarda bulunur.

1 PUAN: Hasta tedavinin bazı yararları olacağına inanır veya inanmaz fakat buna ilişkin sunduğu nedenler belirsizdir veya araştırmacı hastanın ifade ettiği nedenlerin delüzyonel düşünceye veya gerçeği çarpıtmaya bağlı olup olmadığını saptayamaz veya

Hasta tedavinin bazı yararlarının olup olmadığı konusunda ikilemedir.

0 PUAN: Hasta oldukça yarar sağlayan tedavinin yararı hakkında çok az bilgilidir veya

Hasta yarar sağlayan tedaviye inanmaz ve buna ilişkin delüzyona veya gerçeği çarpıtmaya dayanan nedenler sunar.

Değerlendirme Özet Puanlarının Hesaplanması

Değerlendirme özet puanı iki değerlendirme bölümünün puanları toplanarak bulunur. Bu puan 4.0 ve 0.0 arasında olacaktır.

MUHAKEME

- SONUÇSAL MUHAKEME

2 PUAN: Hasta seçimini açıkladığında seçiminin en az iki spesifik sonucundan bahseder. Sonuçlar sadece bir veya daha fazla tedavi seçeneği ile ilgili olabilir. Sonuçlar “..... bana yardımcı olacak” veya “..... bana daha iyi gelecek” şeklindeki açıklamalardan daha spesifik olmalıdır. Örneğin;

“Tedavi ile sesleri duymayacağım”

“Daha az ağrı ile yürüyebileceğim” gibi

1 PUAN: Hasta seçimini açıkladığında sadece bir spesifik sonucundan bahseder.

0 PUAN: Hasta seçimini açıkladığında hatta neden bu seçimini daha iyi olarak değerlendirdiği sorulduğunda bile seçiminin hiçbir spesifik sonucundan bahsetmez.

- KARŞILAŞTIRMALI MUHAKEME

2 PUAN: Hastadan en az iki seçeneği karşılaştırması istendiğinde spesifik farklılıklardan en az birini ifade eder. Örneğin; “Tedavi X ile tedavi Y’den daha iyi yürüyebileceğim.” “Tedavi X daha çabuk iyileştirecek” (X tedaviyi Y’den daha iyi olarak değerlendirdiği anlamını çıkarır.)

Hastanın tercih ettiği tedaviye yönelik gerekçelerinde ifade edilmeyen diğer tedavi seçeneğinin negatif sonuçlarının olmaması söz konusuysa bu da karşılaştırmalı muhakeme olarak değerlendirilmelidir. Örneğin;

“Cerrahi en iyisi olarak görünüyor çünkü cerrahiden sonra hastanede uzun süre kalmam gerekmeyecek.”

“Tedavi X’i tercih ettim böylece uykulu (alternatif tedavinin bir yan etkisi) olmayacağım” gibi

1 PUAN: Hasta açıklamasında karşılaştırma yapar fakat ifade ettiği açıklamalar spesifik bir sonucu içermez. Örneğin; “Tedavi X tedavi Y’den daha iyidir.” gibi. Tedavi X’in nasıl daha iyi olduğuyla ilgili açıklama yapamaz.

0 PUAN: Hasta hiçbir karşılaştırmalı açıklama yapmaz.

- GENELLEŞTİRİLMİŞ SONUÇLAR

2 PUAN: Hasta iki araştırma sorusunun her biri için en azından bir tedavi seçeneğinin en az iki sonucundan bahseder. Örneğin;

“Tedavi X ile şehirde yürüyebileceğim, komşularıma gidebileceğim”

“Tedavi Y ile işte tehlikeli olabilecek kadar uykulu olabilirim” gibi

NOT: Günlük sonuçlar açıklanan sonuçlar doğrultusunda gitmelidir ve pratikteki günlük aktiviteler veya sosyal ilişkilerle ilişkilendirilmelidir. Örneğin; eğer uyuklama tedavinin bir yan etkisiyse “uykulu olacağım” şeklindeki bir açıklama yeterli değildir. “Uyanık kalmada sıkıntı duyabilirim ve işe zamanında gidemeyebilirim” şeklindeki açıklaması yeterlidir.

1 PUAN: Hasta araştırma sorularının sadece birisinin bir veya daha fazla günlük sonucunu ifade eder.

0 PUAN: Hasta açıklama konusunda cesaretlendirilse bile tedavinin hiçbir günlük sonucundan bahsetmez.

- MANTIKSAL TUTARLILIK

2 PUAN: Hastanın final seçimi, ilk seçimi sırasında verdiği cevaplar üzerinden mantıksal olarak kendi muhakemesini izler.

1 PUAN: Hasta final seçimini açıkladığında seçiminin mantıksal olarak kendi muhakemesini izleyip izlemediği belirsizdir.

0 PUAN: Hastanın final seçimi mantıksal olarak önceki muhakemesini izlemez.

Muhakeme Özet Puanlarının Hesaplanması

Dört muhakeme bölümünün puanlarının toplanmasından elde edilen muhakeme özet puanı 8.0 ve 0.0 arasında olacaktır.

BİR SEÇİMİ İFADE ETME

2 PUAN: Hasta bir tedavi seçimini ifade eder ya da tedavi seçimini bir kişinin veya bir yakınının yapmasını ister.

1 PUAN: Hasta iki veya üç tedavi seçimini ifade eder veya tedaviyi seçmekte kararsız görünür.

0 PUAN: Hasta herhangi bir tedavi seçimini ifade etmez.