

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI
ANABİLİM DALI**

**ÖLÜMCÜL HASTA, HEMŞİRE VE HEKİMLERİN ÖLÜM VE ÖTENAZİYE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Fadime KARAHİSAR

**Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Mağfiret Kara KAŞIKÇI**

**Yüksek Lisans Tezi
Erzurum – 2006**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
TABLolar DİZİNİ	IV
ÖZET	V
SUMMARY	VII
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ölümün Anlamı ve Evrenselliği	4
2.1.1. Hemşire ve Hekimler Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi	6
2.1.2. Hastalar Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi	8
2.1.3. Kaybın Evreleri	9
2.1.4. Ölüm Belirtileri	10
2.1.4.1. Yaklaşan Ölüm Belirtileri	10
2.1.4.2. Kesin Ölüm Belirtileri	11
2.1.5. Ölümden Sonra Vücudun Bakımı	11
2.2. Yaşamın Uzatılması ve Ötenazi	12
2.2.1. Ötenazi Çeşitleri	13
2.2.2. Hastanın Ötenaziye Hazırlığı	13
2.2.3. Hasta Yakınlarının Ötenaziye Hazırlığı	13
2.2.4. Yoğun Bakım Ekibinin Ötenaziye Hazırlığı	14
2.2.5. Dinlere göre Ötenazi	14
2.2.6. Ötenazi Cemiyetleri	14
2.2.7. Dünya Ülkelerinde Ötenazi	15

3. MATERYAL VE METOD	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve tarih	17
3.3. Evren ve Örneklem	17
3.4. Veri toplama araçları	17
3.4.1. Soru formu	17
3.5. Verilerin Toplanması	18
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	19
3.7. Verilerinin Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR	20
4.1. Hastalara İlişkin Bulgular	20
4.2. Hemşire ve Hekimlere İlişkin Bulgular	22
5. TARTIŞMA	29
5.1. Hastalara İlişkin Bulguların Tartışılması	29
5.2. Hemşire ve Hekimlere İlişkin Bulguların Tartışılması	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KAYNAKLAR	39
8. EKLER	
EK I	45
EK II	47

TEŞEKKÜR

Tezimin kurgulanmasında danışmanlığını aldığım Sayın Yard. Doç. Dr. Ayşen Yetkin'e ve tezimde bana danışmanlık yapan Sayın Doç. Dr. Mağfret Kara Kaşıkçı'ya, tezimin hazırlanması süresince bana yardımlarını esirgemeyen Sayın Yard. Doç. Dr. Ayşe Okanlı ve Sayın Yard. Doç. Dr. Elanur Karabulutlu'ya, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşire Müdür Yardımcısı Sayın Melahat Saylam'a, sabrından dolayı aileme sonsuz teşekkür ediyorum. Ayrıca tezimin verilerini toplarken Erzurum Aziziye- Yakutiye Araştırma Hastanesinde Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde tedavi gören hastalara, hemşire ve hekimlere teşekkür ediyorum.

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	21
Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 4. Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	25
Tablo 5. Hemşire ve Hekimlerin Ötenaziye Onaylama Durumlarının Dağılımı	27
Tablo 6. Hemşire ve Hekimlerin Ötenaziye Onaylama Nedenlerinin Dağılımı	27
Tablo 7. Hemşire ve Hekimlerin Ötenaziye Onaylamama Nedenlerinin Dağılımı	28

ÖZET

Bu araştırma ölümcül hastalar, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp merkezi Yakutiye ve Aziziye Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Cerrahi Klinikleri'nde bulunan ölümcül hastalığı olan 109 hasta, bu kliniklerde çalışan 55 hemşire ve 66 hekim oluşturmuştur. Hekim, hemşire ve hastaların tamamı araştırma kapsamına alındığı için ayrıca bir örneklem grubu tespit edilmemiştir.

Verilerin toplanmasında hasta, hemşire ve hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini, ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %37.6' sının 40 yaşın altında, %61.5'inin kadın, %36.7'sinin ilkokul mezunu, %75.2'sinin evli olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %42.2' si ölümü Allah'ın takdiri %17.4'ü sonsuzluk, %15.6'sı yeni bir hayat ve göç olarak tanımlamıştır. Hastaların %56.9'una hastalığı ve prognozu hakkında bilgi verildiği ve %47.7'sinin bu bilgiyi hekimden aldıkları bulunmuştur. Hastaların %71.6'sının ölümcül hastalıklarını öğrenmek istedikleri, ölümcül hastalıkları halinde %88.1'inin evde ölmek istediği, ölümcül hastalık durumunda %66.1'inin ölümü tercih ettiği saptanmıştır.

Hemşirelerin %49.1' inin ve hekimlerin %25.8'inin ölümün anlamını tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu olarak tanımladığı, hemşirelerin %65.5'inin ve hekimlerin %74.2'sinin ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri, hemşirelerin %70.9'unun ve hekimlerin %48.2'sinin ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin %65.7'sinin ve hekimlerin %63.5'inin inançları gereği ötenaziyi onaylamadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %27.3'ünün ve hekimlerin %10.6'sının aktif ötenaziyi, hemşirelerin %9.1'inin ve hekimlerin %19.7'sinin pasif ötenaziyi destekledikleri tespit edilmiştir.

SUMMARY

This study was carried out as descriptive with the aim of determining the thoughts and ideas of the physicians, nurses and fatal patients about the death and euthanasia.

The population of the study consisted of 109 patients who have fatal diseases in Surgery and Internal Medicine Clinics of Ataturk University Süleyman Demirel Medicine Center Yakutiye Research Hospital and 55 nurses and 66 physicians who work in these clinics. As the whole of physicians, nurses and patients were included in the study; any sampling method wasn't conducted.

In the collection of the data, questionnaire form was used with the aim of determining the ideas and thoughts and socio-economic features of patients, nurses and physicians about the death and euthanasia.

It was found out that 37.6% of the patients were under 40 years and 61.5% of them were female, and that 36.7% of them was primary school graduate, and 75.2% of them were married. 42.2% of the patients defined the death as the wish of the God, and 17.4% of them defined as infiniteness, and 15.6% of them defined as a fresh life and migration.

It was detected that 56.9% of the patient was given knowledge about their illness and prognosis of their illness and that 47.7% of them accepted from physician 71.5% of the patients wanted to learn their fatal illnesses, and in case of fatal illness, that 88.1% of the patients wanted to die at home, and, in case of fatal illness, that 66.1% of the patients preferred the death.

It was found out that 49.1% of the nurses and 25.8% of the physicians defined the death as the loss of functions and the end of life, and that 65.5% of the nurses and

74.2% of the physicians wanted to give care the fatal patients, and that 70.9% of the nurses and 48.2% of the physicians found insufficient education that they received.

It was determined that 65.7% of the nurses 63.5% of physicians the didn't approve of euthanasia due to their beliefs. It was found out that 27.3% of the nurses and 10.6% of the physicians supported active euthanasia, and that 9.1% of the nurses and 19.7% of the physicians supported passive euthanasia.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Evrensel bir olgu olan ölüme verilen anlam geçmişten bu yana değişiklik göstermiştir. Ölüm kavramı yüzyıllardan beri insanı düşünmeye yöneltmiş, tarihler boyunca tüm kültürlerde insanlar arasında bir esrar ve saygıyla karışık bir korku yaratmıştır. Günümüzde de ölüm kavramına kültürler ve dinler tarafından farklı anlamlar yüklenmektedir. Ancak bu kavramı olumsuz olarak tanımlayan toplumlarda bile; ölüm tabu niteliğini sürdürmektedir¹⁻⁴.

Yaşam aktivitelerinin tümünü etkileyen, ölüm süreci yaşamı sonlandıran noktayı oluşturur⁵. İnsan nasıl yalnız doğmuş ise, yalnız da ölmek zorundadır. Nasıl, nerede, ne zaman ve niçin öleceği konusunda bir kesinlik yoktur. Ölüm yalnızca doğal nedenlerden değil, kaza ya da hastalıklar nedeniyle de olabilir^{6,7}.

Geçmişte hastanelerden günümüzde olduğu kadar yararlanılmadığı için insanların çoğu evlerinde ve aile ortamında ölürlerd. Günümüzde ise ölümcül hastalığı olanlar hastaneye kaldırılmakta ve ölümlerin %85 gibi büyük bir kısmı hastanelerde gerçekleşmektedir^{2,8}. Ölümcül hasta ve ailelerinin hastane vb. kurumları tercihteki artışı hastanedeki ölümcül kişinin ve ailesinin bakımını da önemli kılmaktadır. Böylece ev ortamından ayrılan hasta, fiziksel bakım yönünden olduğu kadar psikolojik destek yönünden de hastane personeline bağımlı kalmaktadır^{4,9}.

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini¹⁰. Uluslar arası Hemşireler Birliği'nin yayınladığı Etik Kodlarla; hemşireliğin amacı; sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, sağlığı geri kazandırmak ve ıstırapı

hafifletmek olarak bildirilmiştir. Hemşirenin ıstırabı hafifletmesinde hastanın yaşamının son anlarında uygun ve şefkatli bakım sağlama, ağrıyı, acıyı hafifletme yükümlülüğü verilmektedir. Hatta hemşirenin hastanın yaşamının son anlarında onun daha fazla rahatını sağlama, ağrısını ortadan kaldırma ya da hafifletme ile ilgili tedavilerin de sürdürülmesini desteklemesi gerektiği bildirilmektedir ^{11,12}. Henderson'a göre de hemşirelik, hastanın iyileştirilmesi ve sağlam bireyin sağlığının korunup geliştirilmesi ya da huzurlu bir ölümün sağlanmasına yardımcı olma şeklinde tanımlanmıştır ¹³.

Hemşire, ölümü yaklaşan birey ve ailesine, aile bireylerinin inancı, isteği doğrultusunda fiziksel ve duygusal açıdan destek olmalıdır ⁹. Ölümcül hastaya bakım veren hemşire kendi ölümlülüğü ile yüz yüze gelme duygusu içinde hastası ile özdeşleşir ve onunla birlikte sağlığı geri kazanma savaşı verir ⁸.

Çoğunlukla terminal dönemde söz konusu olabilen dayanılmaz ağrı ve acıya katlanma, buna bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesi, bazı kişilerin bu kadar kötü bir hayatı yaşamaktansa ölmeyi tercih etmesine neden olabilmektedir. Buna niyetlenen bazı hastalar da kendi yaşamlarını kolayca ve çabuk sona erdirmek için hekim ya da hemşireden yardım isteyebilmektedir. Tıp dilinde bu isteğin adı "ötenazi" dir ^{7,11}.

Hemşire ve hekimin görevi, temel etik ilkeler doğrultusunda en ince ayrıntılarına kadar düşünüp değerlendirerek hastanın yararına olan eylemleri uygulamayı gerektirir ¹⁴. Hemşireliğin amaçları ve yüklenilen etik sorumluluklar kapsamında; hemşirenin aktif ötenaziye veya yardımcı intihara katılmasının etik açıdan savunulamayacağı, bunun hemşireliğin amacına uygun olmadığı gibi mesleğin etik geleneğine, etik kodlarına aykırı olduğu ve topluma ters düştüğü bildirilmektedir ¹¹. Dünya Hekimler Birliği'nin hasta haklarını içeren Lizbon Bildirgesi'nde (1981) hastanın saygın bir şekilde ölme hakkı bulunduğu kabul edilmiş, ötenaziye karar verme hakkına yeterince

bilgilendirilmiş olması koşulu ile sahip olduğu vurgulanmıştır ¹⁵. Hekimlerin kutsal yemini olan “Hipokrat Yemini”ne göre ;"benden zehir isteyene onu vermeyeceğim gibi kimseye ölümün yolunu göstermeyeceğim"sözleri “Aktif Ötenazi”yi yasaklamaktadır ¹⁶.

Ötenazi tartışmaları, Grek-Roma dönemine kadar uzanır ¹⁷. Ötenazinin yasallaşmasıyla ilgili gelişmeler 1906 yılında akademik düzeyde ele alınmıştır ¹⁸. Dünya ülkelerinin birçoğunda ötenazi suç kabul edilmektedir. Suçun niteliği ve cezası ülkeden ülkeye değişmektedir¹⁶. Ötenazi konusunda Hollanda’da büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Ayrıca Hollanda’da gerek evde gerekse hastanede uygulanan ötenaziden hiçbir ücret talep edilmemektedir¹⁶. Türkiye’de ise ötenazi Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13.maddesi ile açıkça yasaklanmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13. maddesine göre; “Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez” diye belirtilmiştir ¹⁹.

Ülkemizdeki literatür taramalarında Yurt’un “Hemşirelerin Ölüm ve Ölümcül Hastaya İlişkin Duygu ve Görüşlerinin İncelenmesi”ni, Ay’ın “Ölüme Karşı Hemşirelik Tutumu”nu, Bölükbaşı’nın “Sağlık Personelinin Ötenaziye Bakışı”nı, Abaan’ın “Ötanazi: Hastalarımıza borcumuz mu?”, Işıkhani’nin “Kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin ötenaziye ilişkin düşüncelerinin değerlendirilmesi”ni inceledikleri görülmüştür. Hasta, hemşire ve hekim gruplarının üçünün eş zamanda ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin alındığı bir araştırmaya ise rastlanmamıştır.

Bu nedenle bu araştırma ölümcül hastaların, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölümün Anlamı ve Evrenselliği

Ölüm, canlı varlıklardaki yaşamsal görevlerin bir daha yinelenmemek üzere sona ermesidir. Yani dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşümsüz durmasıdır^{20,21}.

İnsan yaşamında ölüm kaçınılmaz bir sonudur. Yaşam döllenme ile başlar, ölüm ile son bulur. Ancak ölüm, günlük yaşamın hareketi içinde çoğu zaman unutulur. Yaşlılık ve hastalık gibi ölüm de birçok kültürde yadsınan bir olgudur^{20,22,23}. Mantığın ölüm gerçeğinden kaçınılamayacağını söylemesine karşı, genelde hiç kimse, kendisi için ölümün kaçınılmaz olduğunu bilmek istemez ve bunu kolayca benimseyemez. Ölümün felaketle sonuçlanan bir olay, bir dönüm noktası veya ürkütücü, kaçınılması gereken, garip bir olay gibi tasarımları yapılır⁴.

17.yy. filozofu Michael de Montaigne ölüme ilişkin düşünceleri; " doğum her şeyin doğuşu ise, ölüm de her şeyin ölümü olacaktır. Bir anda olup biten bir şey için, bu kadar çok korku çekmek akıllıca mıdır? Ölüm, uzun ömürle kısa ömür arasındaki farkı kaldırır, çünkü yaşamayanlar için zamanın kıyası yoktur. Ölmek yaratılışımızın bir koşuludur. Dünyaya geldiğimiz gün bir yandan yaşamaya, bir yandan ölmeye başlarız. Yapmamız gereken dik durabilmek ve ölümü akılcı bir tutumla karşılamaktır. Onu yabancı gibi görmeyelim, onunla birlikte olmayı öğrenelim ve eğer kişiler cesursa, ölüm güzel bir olay haline gelebilir" şeklinde belirtmiştir. Yine Montaigne: "ölmeyi bilen başkasına yardımı bilendir. Ölmeyi bilmek bizi bireysellikten ve zorluklardan kurtaracaktır" diyerek belli bir olgunluk düzeyinde olan kişinin ölümü daha rahat karşıladığını ifade etmiştir^{4,24}.

Biyoloji gözlemcisi Lewis Thomas'a göre doğan her şey sanki ölen bir şeyin karşılığı gibidir. Lewis Thomas doğadaki birçok ölüm olayını gözlemledikten sonra, "ölümü kaçınılması gereken bir facia olarak görmemeliyiz. Doğanın bize verdiği yaşama fırsatını iyi kullanmayı, yaşam sürecini anlamlı kılmayı öğrenmeliyiz" demektedir²⁴.

İlkel dinlerde ve günümüzde ilkel dinlere inanılan toplumlarda, insanlar ölümün tanrıya karşı işlenmiş bir suçun cezası olduğu görüşünü korumuşlardır. Eski Mısır dinlerinde yaşam, ölüme ve öteki dünyaya dönük olarak düzenlenmiş, ölümden sonra yaşama düşüncesi ve tasarımı, öteki dünya varsayımı, bol ve geniş düşler, fanteziler, incelemeler, tasarımlarla geliştirilmiştir. Bu nedenle ölümler en kıymetli, en sevdiği eşyaları ile birlikte gömülmüştür^{6,25}.

Yahudiliğe göre ölüm; gerçek bir şekilde, ancak korkunç bir gerçek olarak karşılanmıştır. Dünya'ya gelen her insan, tabiatına uygun bir tarzda ölümü aşacaktır. İnsan ölmesi gerektiğini bilir. Çünkü ölüm hayatın organik, tabii ve makul bir bölümüdür²¹.

Hıristiyanlara göre ölümle yaşam sona ermemekte, daha güzel bir şekilde bürünmektedir. Hz. İsa'nın yeni bir düzen kurmak üzere yakında yeryüzüne döneceği fikri, Hıristiyanları ölümü aşmanın mümkün olduğuna inandırmıştır. Hıristiyan için ölüm bir son değil bir başlangıçtır, bir kayıp değil yüce bir kazançtır²⁶.

İslam'a göre ise ölüm bir son değil, daha gerçek bir hayat ve var oluşa geçiştir. Bu var oluş Kuran'da ahiret kavramı ile ifade edilir. Ahiret hayatına geçişin kapısı niteliğindeki ölüm, bu bakımdan ahiret kavramının ayrılmaz bir parçasıdır. Kişilerin bu dünyada çektiği acılar ve sıkıntılar ahiret inancı ile anlam kazanacaktır. Bu nedenle ölümü düşünen, onun ötesini de düşünmek durumundadır. Bu dünyada yaptığı her iyilik

ve kötülüğün mutlaka karşılığını alacağını bilen insan tutum ve davranışlarını Allah'ın belirlediği ölçüde ahiret hayatına yönelik olarak ayarlayacaktır. İslam'da bir inanç unsuru olarak ahiret, Allah'a inanç ile birlikte Allah'ın tek olduğu inanç sisteminin temelini oluşturmaktadır. Bu iki inanç unsuru ancak bir arada buldukları zaman var olabilmekte, sistemden birisi çıkarıldığı zaman diğeri de anlamını yitirmektedir. Kadir-i mutlak ve adil olan bir Tanrının olması, ahiret hayatını da beraberinde getirmekte, bu dünyada yapılanların ödül ve cezalarının verileceği bir ortamın olmasını zorunlu hale getirmektedir. Dolayısıyla İslam'da Allah ve ahiret inancı Kuran'ın sağlamak istediği Allah'ın tek olduğu esasını oluşturmaktadır. Böylece dünya hayatı ahiret hayatına şekil vermekte, insanın ahiret hayatındaki durumu, dünya hayatındaki yaşam tarzına bağlanmaktadır. Kuran'da ahiret olayları çok canlı bir şekilde anlatılmış, özellikle cennet ve cehennem konusunda diğer dinlerden daha somut bilgiler verilmiştir. Ancak ölümle ilgili ayrıntılı, doğrudan bilgiler verilmediği görülmektedir^{21,27}.

Doğal nedenlerden dolayı ani olarak ölmek, yaşlılıktan dolayı ölmek ve saygınlığını kaybetmeden ölmek, birçok insan tarafından daha kolay kabullenilerek "iyi ölüm" olarak adlandırılır. Ağır koroner hastalıklar, büyük kazalar sonrası gelişen ani ölüm çok trajik bir deneyimdir. Heim ve Thomas; ani ölümü ölenden çok, ölen bireyin yanında olup onu gözlemleyen için daha fazla acı verici olduğunu savunmaktadır⁴.

2.1.1. Hemşire ve Hekimler Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi

Ölüm toplumumuzda tabu olan bir konudur. Bu nedenle de kişilerin ölüm konusunda olumlu beklentileri pek gelişmemiştir²⁸. Ölüm kavramının yaşam aktiviteleri içinde yer alması ölme süreci ile ilgili olup, ayrıca tüm yaşam aktivitelerinin etkilendiği ve giderek sona erdiği bir durumdur⁵. Ölümü yaklaşan hastanın bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşirelerin bu hastalara

daha iyi bakım verebilmeleri için hastanın fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini bilmesi ve ölüm olayını kabullenmesi gerekir. Ölümün getirdiği psikolojik sorunlar ve ölüm olayı karşısında bireylerin gösterdikleri tepkiler çok değişik olabilmektedir³³.

Ölümcül hasta karşısında rahatsızlık duyduğumuz için hastadan uzaklaşırsak, hastanın yakınlığa, dostluğa en çok gereksinim duyduğu anda onu korkularıyla baş başa bırakmış oluruz. Ölümcül hasta karşısında suskun kalmamız erişkin hastalar için durumun daha çok farkına varmasını sağlar. Hastanın her isteğinin yapılmaya çalışılması da durumunda olağanüstü bir şeyler olduğunu düşündürür. Erişkin için ölüm korkusundan konuşulursa kederinin daha fazla artacağı ve insan ilişkilerinden kopacağı düşünülür. Oysa bu konuda konuşmamak, onu baskı altında tutan korku ve endişelerini azaltmaz. Her hasta yaklaşan ölümden söz etmek istemez. Eğer hasta ölümden söz etmek isterse, hemşire tutum ve varlığıyla, hastayı teşvik etmelidir. Ölümü yaklaşan kişi için gelecek söz konusu değildir. İçinde bulunan an, anlamlı olup, içtenlik, sevgi, barış ve dostlukla geçirilmeye çalışılmalıdır^{1,29}.

Hekimlerin diğer insanlardan daha fazla ölüm kaygısına sahip oldukları ve bunda "başarı ve başarısızlık" faktörünün etkili olabildiği savunulmaktadır. Çünkü hekim için hastanın ölümü bir "başarısızlık" olarak algılanabilir. Ciddi bir hastalığa yakalanmış hastayı iyileştirmek ise, hekimler için büyük bir "başarı" olarak kabul edilebilir. Bu durum mesleğe yeni başlamış, genç ve deneyimsiz hekimler için daha önemli olduğundan dolayı, onlar daha fazla ölüm kaygısı veya ölüm korkusuna sahip olabilirler³⁰.

Hastaya öleceğini söyleme sorumluluğu temelde hekime aittir. Hemşire hekimin bu konuda hastaya ne söylediğini bilmelidir. Hemşire hastanın bu duruma gösterdiği tepkileri gözlediği için gözlemlerini hekimle tartışıp kişiyi nasıl ele alacaklarına birlikte

karar vermelidirler. Aksi halde hemşire hastanın sorularını yanıtlamakta zorlanır ve hasta da gereksindiği bakımı alamamış olur²⁹.

Ölmek üzere olan hastaya ne söyleneceğinin kararını vermek zordur. Sorunu önce hastanın ailesi ile görüştükten sonra, ne yapılacağına karar verilmesi gerekir. Bazen hasta yakınları hastayı korumak adına hekime hastaya tanıyı söylememesi için baskı yapabilirler^{1,31}.

Ani bir ölüm olayından sonra hasta yakınları şok ve inkâr durumunda kalırlar. Hasta ölünce yakınlarının hekim ve hemşireleri suçlamaları sık karşılaşılan bir tepkidir. Kişiler sağlık personelini suçlayarak kendi yaşadıkları yoğun acı ve suçluluk duygusundan biraz olsun kurtulmaya çalışmaktadırlar. Yani bu tepkiler onları koruyucudur ve o anda bunlara gereksinimleri vardır^{29,32}.

Sağlık personeli için bu suçlamaları dinlemek ve sessiz kalabilmek kolay değildir. Ancak, hasta yakınlarının bu davranışın temelindeki güdüyü anlamak önemlidir. Böylelikle suçlayan bu kişilerin hedefinin çalışanlar olmadığı, acılarını hafifletmeye çalıştıkları, savunmaya geçmeden, sessiz kalarak, onların acılarının anlaşıldığı mesajı verilmiş olur. Sessiz kalmanın anlamı yapılan suçlamaların kabul edildiği anlamına gelmez, kişilerin yaşadığı acıların anlaşıldığını ve saygı duyulduğunu gösterir²⁹.

2.1.2. Hastalar Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi

Hastanın kendisinin öleceğini bilmesi büyük korkular yaratabilir. Bu korkular, fiziksel ve ruhsal acılar çekeceği, onurları ve mahremiyetleri dikkate alınmaması gibi birçok nedenlerden dolayı ortaya çıkabilir. Ölmek üzere olan hastanın öncelikle konuşma ve paylaşmaya ihtiyaçları vardır³³.

2.1.3. Kaybın Evreleri

Elizabeth Kubler-Ross Chiago Üniversitesi'nde (1969) ölümcül hastalığa yakalanan bireylerle görüşmeler yaparak ölümün kademe teorisini geliştirmiştir. Bu teori ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumla baş edebilme mekanizmalarını kapsamaktadır. Ancak bu mekanizmaların kapsadığı zaman ve geçiriliş biçimleri kişiden kişiye değişiklik gösterir ^{1,20}. Bu mekanizmalar; reddetme-inkâr, öfke-kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Reddetme-inkâr; ilk kademedir. Bu dönemde hasta öleceğine inanmak istemez. Bir anlamda ölüme hayır der, bir yanlışlık olduğunu umar ve gerçeği kabullenmek istemez. Bu dönem kısa sürer, hasta dış çevreyi kişisel ilişkilerini, ailesini düşünmeye başlar ^{1,4,20,23}.

Kızgınlık-öfke; burada birey neden ben ölmeliyim? Niçin ben? sorusunu sorar. Hayatının bitmesi, birçok planları ve hayallerini terk etmesi gerekmektedir. Bunu haksızlık olarak görür. Kendinden sağlıklı kişileri kıskanır, onlara öfke duyar "neden ben?" diye sorar.

Pazarlık; ölümle mücadele de üçüncü aşamadır. Tanrıyla, hemşire-hekimlerle veya diğer etki edebilen kişilerle anlaşmaya, hayatı uzatacak, ölümü geciktirecek isteklerde bulunmaya başlar.

Depresyon; genellikle çaresizliğin bir habercisidir. Pazarlık bir sonuç vermeyince hasta depresyona girer. Birey içine kapanmıştır, kimseyle konuşmak istemez. Bu dönemde "evet ben" şeklinde konuşmaya başlar.

Kabullenme; onaylama aşamasıdır. Gerçekten birey mutlu olmasa da ölümü kabullenmiştir. Bu dönemde yarım kalan işlerini yapmaya, dine daha fazla bağlanmaya

başlar. Birey "hazırım" şeklinde konuşmaya başlar. Kabullenme, bireyin yaşama değer vermesini ve yaşama isteğini daha fazla arttırır ^{1, 4, 20, 23}.

Bu evreler her zaman birbirini takip etmeyebilir. Herhangi bir evrenin süresi birkaç saat kadar kısa olduğu gibi, birkaç ay gibi uzun da olabilir ²⁰.

2.1.4. Ölüm Belirtileri

2.1.4.1. Yaklaşan Ölüm Belirtileri

Hastaların çoğu birçok olayda durumlarının farkında değildirler. Fakat öleceklerini sağlık personelinin ölüm belirtilerini görmelerinden daha önce hissederler. Ölümün bu önsezisi, zaman geldiğinde vücudun fiziki fonksiyonlarında olduğu kadar, kişinin mental görünümünde de derin değişiklikler yapar ⁴.

Solunum hızlı, yüzeysel, düzensiz veya anormal şekilde yavaş olabilir. Ölümü yaklaşan hasta sekresyonlarını çıkarmak için öksürebilecek, yutkunabilecek veya yatakta dönebilecek durumda olmayabilir. Hastanın baş ve omuzları yükseltilmelidir. Oksijenin azalmasına bağlı Cheyne-Stokes solunum olabilir. Gırtlakta mukus birikmesiyle ölüm takırtısı denilen, gürültülü solunum olabilir ^{1, 4, 20}.

Mental durum, açık bilinçten komaya kadar çeşitli farklılıklar gösterir. Bazı hastalar ölüm anına dek tamamen bilinçli, bazıları konfüzyonda veya kısmen bilinçli durumda olabilir. Refleksler yavaş yavaş kaybolur^{1,20}. Dolaşım sistemi yavaş yavaş görevini yapamaz duruma gelir. Ölüm öncesinde nabız hızlı ve düzensizdir. Radial nabız giderek kaybolur. Kaslar giderek gevşer, hasta yavaş yavaş hareket edemez durumdadır. Vücut supine pozisyonudadır. Çene ve yüz kasları sarkabilir, dudaklar kurur, yutkunma güçlüğü gelişir. Tonüs kaybına bağlı konuşma güçlüğü gelişir. Tonüs kaybının belirtileri genellikle ayak ve bacaklardan başlar, mide-bağırsak işlevlerinin kaybolması, reflekslerin kaybolmasına kadar gider. Tonüs kaybına bağlı üriner ve rektal

inkontinans olabilir. Hastanın derisi soğuktur, fakat hasta sıcaklık hissedebilir. Ter bezlerinin ağzı açık kaldığı için iri taneli aşırı terleme olabilir. Periferik dolaşım yetersizliğine bağlı olarak deri altına verilen ilaçlar iyi emilemez. Ağrı duyusunda azalma görülür. Gözler yarı açıktır ve en son kaybedilen duyu işitme duyusudur ^{1,4,20}.

2.1.4.2. Kesin Ölüm Belirtileri

Solunum yoktur, kalp atışları durmuştur, pupiller dilate ve fikstir, myotik değildir, ışığa tepki göstermez, göz küreleri ortada hareketsiz kalır, refleksler kaybolmuştur, Beyin dalgaları yoktur ^{1,20,34}.

2.1.5. Ölümünden Sonra Vücutun Bakımı

Hastanın öldüğüne hekim karar verir. Karar verildikten sonra cesedin hazırlanıp morga gönderilmesi gerekir. Morga göndermeden önce şu işlemler yapılır;

- Hastanın üzerindeki kıyafetleri çıkarılır, kol ve bacakları uzatılır, gözler açıksa kapatılır ve çenesi bağlanarak ağzı kapatılır.
- Hastanın kullandığı protezleri, mücevherleri ve saç tokaları da çıkartılarak aileye teslim edilir.
- Hastada sonda, dren tüpleri, intraket gibi uygulanan araç-gereçler çıkartılır. Kirli pansumanlar değiştirilir.
- Vücutunda kan lekeleri, akıntı varsa silinir, açık yarası varsa temiz bir ped ile kapatılır.
- Ayak parmakları özellikle başparmaklar bağlanır ve kimlik bilgilerini içeren kart ayak bileğine geçirilir. Hasta üzeri çarşafıla örtülerek morga gönderilir. Tüm bu işlemler yapılırken hastanın mahremiyetine saygı duyulmalıdır ^{1,20}.

2.2. Yaşamın Uzatılması ve Ötenazi

Dünyanın her yerinde sağlık ekibi insanı korumaya odaklanmıştır ve bu yolda yürüyeceğini de “Hemşirelik andı” ve “Hipokrat andı” ile yemin ederek temsil etmektedir³⁵. Hekimlerin hastaların tanı ve tedavilerine ilişkin daha kesin kararlar almalarına karşın, hemşireler hastaların ölüm olayı sırasında onların yanındadırlar ve yardımcı olurlar¹⁴.

Kişinin yaşama hakkı tabii ki en önemli hakkıdır ve özenle korunması gerekir. Ancak gülmek, konuşmak, doğal ihtiyaçlarını onurlu bir biçimde karşılayabilmek, özgürlük ve otonomi gibi insani niteliklerin kaybedilmesi halinde koşullar ne olursa olsun, insanın yaşama mahkûm edilemeyeceği de düşünülmektedir³⁶. Yoğun bakım olanaklarıyla birlikte yaşama geri döndürülemeyecek hastalarda tedavinin kim tarafından ve ne zaman sonlandırılacağı günümüzde sık karşılaşılan sorulardır. Bu durumda korku ve ıstırap içinde olan hastalar tedavilerinin kesilmesi hatta yaşamlarının sonlandırılması talebinde bulunurlar. Bu tür talepler ötenazi talebidir³⁷.

Stedman'ın tıp sözlüğünde ötenazinin iki tanımı mevcuttur;

1. Sakin, ağrısız ölüm
2. Tedavisi olmayan ve ağrılı hastaların bilinçli ve suni olarak yaşamına son verilmesidir³⁸.

Tıp mensuplarının yaptığı tanımlara göre de, tıbbın olanakları dışında olan, ağrılı ve ağrılarının dindirilemediği ölümcül hastalığa yakalanmış hastalarda rahat bir ölüm sağlamasına "aktif ötenazi" denilmektedir³⁹.

Ötenazi; hastalığından dolayı dayanılmaz acı çekmekte olan hastanın bu acıdan kurtarılması temeline dayanır¹.

2.2.1. Ötenazi Çeşitleri

Oğuz (1996) ötenaziye pasif ötenazi ve aktif ötenazi olarak ikiye ayırır ⁴⁰.

1-Aktif ötenazi; hastanın herhangi bir baskıya maruz kalmadan, kendi başına bilinçli ve özgür bir şekilde hekiminden yeterli bilgi almış olarak ötenazi kararını vermiş olması, ötenazinin hekim yardımıyla ve girişimiyle gerçekleştirilmesidir ³².

2-Pasif ötenazi; hayatı idame ettiren tedavinin kesilmesidir ²².

Hasta istemine göre sınıflandırmada ise;

1. Gönüllü ötenazi (volunter ötenazi); bilinci yerinde olan bir hastanın isteği doğrultusunda gerçekleştirilir. Hasta açıkça ölüm isteğinde bulunur ^{12, 22}.
2. Gönüllü olmayan ötenazi (nonvolunter ötenazi); hasta herhangi bir istek belirtmeksizin içinde bulunduğu duruma düşmüştür. Başkaları onun adına karar verir. Ötenazi hasta yakınlarının isteği üzerine gerçekleştirilir ^{12, 41}.
3. Gönülsüz ötenazi (involunter ötenazi); ya hastanın kararı sorulmamıştır ya da isteğine ve kararına ters bir ötenazi uygulaması yapılmıştır ¹².

Tedavi kesilmeden hastanın, hasta ailesinin ve yoğun bakım ekibinin olaya hazırlanması gerekir.

2.2.2. Hastanın Ötenaziye Hazırlığı

Hastanın, ağrı ve stresinin giderilmesi, aile ve arkadaşları ile görüştürülmesi, onurunun korunması, aile ve kültürel beklentilerin korunması, ruhani anlam ve tatminin kazandırılması ötenazi hazırlığında önemlidir. ^{12, 41}

2.2.3. Hasta Yakınlarının Ötenaziye Hazırlığı

Hasta yakınlarının, bilgilendirilmesi, ölen insanla birlikte olmaları, hayatın konforu konusunda ikna olmaları, duygularını ifade edebilmeleri, arkadaş ve diğer aile

üyelerinden destek almaları, sağlık ekibinden güven ve destek almaları ötenazi hazırlığı için gereklidir⁴¹.

2.2.4. Yoğun Bakım Ekibinin Ötenaziye Hazırlığı

Yoğun bakım ekibinin ötenaziye hazırlığında, hasta ve ekiple açık iletişim, ekip üyeleri arası uyum, iş birliği ve ekibe idari destek önemlidir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık ekibinin hazırlığından sonra hastanın yaşamsal fonksiyonlarının idamesinde kullanılan ilaçlar ya da tedavisel yaklaşımlar sonlandırılır. Yaşamsal tedavilerin kesilmesi genellikle basamaklı olarak yapılmaktadır. Önce mekanik ventilasyon, daha sonra kan ürünleri, hemodiyaliz veya vazopressörler kesilir. Total parenteral beslenme, antibiyotik, intravenöz sıvılar ve enteral besinlerin kesilmesi ise daha geç döneme bırakılır⁴¹.

2.2.5. Dinlere göre Ötenazi

Yahudilere göre, ızdıraptan kaçmak amacıyla kişinin ölümüne izin verilmez. “Yaşamın kutsallığı” ilkesine göre ölümü çabuklaştırmak amacıyla yapılan her türlü girişim, hastanın rızası olsa dahi yasaktır⁴².

Hıristiyanlığa göre ötenazi yasaktır. Tanrı insan yaşamı süresini belirlemiştir, ölüm kararı ancak Tanrıya aittir⁴³.

İslamiyet’te de ötenazi kaçınılması gereken bir fiildir. İstirap ve elem içindeki insanın Allah’tan ölüm isteğinde bulunması bile İslam dinince hoş karşılanmamış ve yasaklanmıştır⁴⁴.

2.2.6. Ötenazi Cemiyetleri

20. yy. başlarından itibaren, belirli şartlarda hastaların yaşamlarına son verebilmesini amaçlayan çabalar, 1930’lu yıllarda örgütlü bir harekete dönüşmüştür. İngiltere’de 1935 yılında kurulmuş olan “Gönüllü Ötenazi Cemiyeti” ötenazi

cemiyetlerinin en eskisi olarak bilinir. Bu cemiyetlerin ikincisi, 1938 yılında ABD’de kurulan, “Amerika Ötenazi Cemiyeti” dir. İstemli aktif ötenaziyi yasalaştırma konusunda yoğun bir çaba sarf eden ancak başarılı olamayan her iki cemiyetin faaliyetleri II. Dünya Savaşı’nın başlaması ile birlikte eski hızını kaybetmiştir ⁴⁵. Türkiye’de ötenazi cemiyeti yoktur.

2.2.7. Dünya Ülkelerinde Ötenazi

Dünya ülkelerinin ötenazi konusuna bakışları, bazı ayrımlar olsa da şimdilik pek farklı değildir. Ötenazi pek çok ülke tarafından suç kabul edilmektedir. Ama suç kabul etmenin pek çok farklı yolu vardır. Suçun niteliği ve cezası ülkeden ülkeye değişmektedir ⁴⁶.

İngiltere’de ötenazinin yasallaşması yolunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Fakat modern teknoloji dâhil hâkim olan düşünce yaşamı uzatmak için her türlü olanağın kullanılmasıdır. Avustralya’nın Kuzey Bölgesi’nde çıkarılan bir yasayla önce ötenazi uygulamasına izin verilmiş; ama sonra bu yasa yürürlükten kaldırılmıştır ⁴⁶.

Hollanda’da hem aktif ötenazi hem de pasif ötenazi uygulanmaktadır. Aktif ötenaziyi uygulayan hekim, ötenazi uygulaması sonucunda gerçekleşen hastanın ölümünü, prosedürüne uygun olarak savcılığa bildirmek zorundadır. Bu ülkede pasif ötenazi ise, doğal ölüm olarak kabul edilmekte ve kayda geçirilmektedir.

ABD Oregon Anayasa Mahkemesi, 16 Ekim 1997’de aldığı bir kararla, alt mahkemenin itirazını reddedip, doktorların hastanın durumunun kötüye gitmesi halinde, kişinin isteği de söz konusuysa ölüm hakkının kullanılabileceğini kabul etmiştir. Yine, Amerika’da ilk olarak California eyaleti, 1976 yılında Doğal Ölüm Yasası’yla, hastanın hastalığın belli aşamalarına girmesi halinde ölmek istediğini belgeleyen, önceden vermiş olduğu direktifi göz önüne alarak, pasif ötenazi uygulamasını kabul etmiştir. Bu

kabulleniş yıllar içinde de yaygınlık kazanmıştır. Hatta hasta, kendisiyle ilgili tıbbi kararlar konusunda birini vekil bile bırakabilmektedir. Bu vekil, gerektiğinde hastanın yaşamıyla ilgili kararları da alabilecektir ⁴⁶.

Türkiye’de ise ötenazi gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerdeki gibi kısıtlı, yetersiz ve niteliksiz sağlık hizmeti sonucu gerçekleşmesi olası bir durum olarak dikkat çekmektedir. Bu nedenle ötenazi tartışmalarının "hastanın kendi isteği ile yaşamına son verilmesi" değil gönülsüz, bilmeden, koşulların yetersizliği, kaynakların kısıtlılığı ile ortaya çıkan gönüllü olmayan ve gönülsüz ötenazi üzerine odaklandığı görülmektedir ¹².

Türkiye, ötenazi ile ilgili herhangi bir özel hükmü, ceza yasalarına koymamıştır. Ama pratikte ötenazi uygulayan kişinin yaptığı da kasten adam öldürme olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde de ötenazi uygulaması yasaklanmıştır. Bir de Sağlık Bakanlığı’nın Hasta Hakları Yönetmeliği vardır. Bu yönetmeliğe göre de ötenazi yasaktır. Yönetmelikte bu konu şöyle geçmektedir: "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi dahi olsa, kimsenin hayatına son verilemez ⁴⁶.

Eski Türk Ceza Kanununun 448. Maddesinde ; "Bir kişinin hayatını sonlandırmaya yönelik her türlü girişim 24–30 yıl hapis ile cezalandırılacağı bildirilmektedir Yine Eski Türk Ceza Kanununun 454.maddesinde; "Bir kişiyi intihar etmeye ikna etmek ya da yardımcı olmanın cezası 3–10 yıl hapistir şeklinde ifade edilmektedir ⁴⁷.

Yeni Türk Ceza Kanunun un’da gerek ötenaziyle, gerekse talep üzerine öldürmeyle ilgili bir düzenleme olmadığı için ötenazi kasten adam öldürme suçuna dâhil edilmektedir ⁴⁸.

3. MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüş ve düşüncelerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve tarih

Araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye ve Aziziye Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Cerrahi Klinikleri'nde yatarak tedavi gören ölümcül hastalığı olan erişkin hastalar, çalışan hemşire ve hekimler ile bu kliniklerde üzerinde Eylül 2001- Aralık 2001 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Eylül 2001 – Aralık 2001 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye ve Aziziye Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Cerrahi Klinikleri'nde yatan ölümcül hastalığı olan 120 hasta, bu kliniklerde çalışan 55 hemşire ve 66 hekim oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş araştırmaya katılmayı kabul eden hasta, hemşire ve hekimlerin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Hasta grubundan 11 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem dışı bırakılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Soru formu

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan soru formları kullanılmıştır.

3.4.1.1. Hastalar İçin Soru Formu

Araştırmacı tarafından, hastalar için oluşturulan soru formu konuyla ilgili literatür incelemesi sonucu hazırlanmıştır^{8,4,11}. Hastaların soru formunda, hastaların

sosyo-demografik özelliklerini, ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerini belirleyecek toplam 13 soru bulunmaktadır (EK I).

3.4.1.2. Hemşire ve Hekimler İçin Soru Formu

Hemşire ve hekimlere yönelik soru formu konuyla ilgili literatür incelemesi sonucu hazırlanmıştır. Hemşire ve hekimlere yönelik hazırlanan soru formunda , hemşire ve hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini, ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerini belirleyecek toplam 17 soru bulunmaktadır

Soru formunun ön uygulaması Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniği'nde yapılmıştır. Soru formu 10 hasta, 5 hemşire, 5 hekime uygulanarak soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Anlaşılır olmayan sorularda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hasta , hemşire ve hekimler araştırma kapsamına alınmamıştır (EK II).

3.5. Verilerin Toplanması

Soru formu, Eylül 2001- Aralık 2001 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hasta, hemşire ve hekimler ile yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır. Her uygulama yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışma kapsamına alınan hasta , hemşire ve hekimlere araştırmanın amacı açıklanmış ve cevaplamaı kabul edenlere soru formu uygulanmıştır.

3.7. Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilen değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır.

- Verilerin değerlendirilmesinde hasta, hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla yüzdelik,
- Hemşire ve hekimlerin ötenaziye ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastalara İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde; hastaların %37.6’sının 40 yaşın altında olduğu, %61.5’inin kadınlar, %36.7’sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri

Hastaların sosyo-demografik özellikleri(n=109)	S	%
Yaş		
≤40 yaş	41	37.6
41–50 yaş	22	20.1
51–60 yaş	27	24.7
≥61 yaş	19	17.6
Cinsiyet		
Kadın	67	61.5
Erkek	42	38.5
Öğrenim durumu		
İlkokul mezunu olmayan	36	33.0
İlkokul mezunu	40	36.7
Orta-lise	26	23.9
Yüksekokul	7	6.4
Medeni durum		
Evli	82	75.2
Bekâr	16	14.7
Dul	11	10.1
Yerleşim yeri		
İl	55	50.5
İlçe	29	26.6
Köy	25	22.9
Toplam	109	100

Tablo 2. Araştırma kapsamına alınan hastaların ölüme ilişkin görüşlerinin dağılımı

Ölüme ilişkin görüşler	S	%
Ölümün anlamı (n=109)		
Allah'ın takdiri	46	42.2
Sonsuzluk	19	17.4
Yeni bir hayat, göç	17	15.6
Korku	6	5.6
Çok soğuk, kötü bir şey, mezar, ayrılık, haksızlık	21	19.2
Hastalığı ve prognozu hakkında bilgi verilmesi (n=109)		
Evet-bilgi veriliyor	62	56.9
Hayır-bilgi verilmiyor	47	43.1
Hastalığı ve prognozu hakkında bilgiyi kimden alıyorlar (n=62)		
Hekim	52	47.7
Kendi kendime	5	4.6
Hemşire	3	2.8
	2	1.8
Ölümcül hastalığını öğrenme istekleri (n=109)		
Evet-öğrenmek istiyorum	78	71.6
Hayır-öğrenmek istemiyorum	31	28.4
Ölümcül hastalığını öğrenmeyi isteme nedenleri (n=78)		
Gerçekçi olmak, hayalci olmamak için	30	38.5
Kalan zamanı iyi değerlendirmek, yapamadıklarını yapmak için	27	34.6
Tıbbi imkânlardan tam olarak yararlanmak için	10	12.8
Kaybettiğim sevdiğlerime kavuşma zamanını bilmek ve en doğal hakkım	7	9.0
	4	5.1
Ölümcül hastalığını öğrenmeyi istememe nedenleri (n=31)		
Geri kalan zamanımda daha mutlu olmak için	12	38.7
Ölümden korktuğum için	8	25.8
Her an ölümü beklemek beni yıpratıyor ve acı veriyor	7	22.6
Kötü bir duygu, strese girip moralimin bozulmaması için	4	12.9
Ölümcül hastalığı olan hastaların hekim-hemşirelerden beklentileri (n=109)		
Daha çok ilgi, şefkat, güler yüz	66	60.9
Tıbbi tedavi ve bakımımın sonuna kadar yapılmasını, acılarımın dindirilmesini	25	22.9
Diğer hastalara nasıl davranılırsa bana da öyle davranınlar	4	3.6
Hiçbir şey beklemezdim	3	2.6
Yardım ve bakım	11	10.0
Ölmek istedikleri yer (n=109)		
Ev	96	88.1
Diğer	11	10.1
Hastane	2	1.8
Ölümcül hastalıkta tercih (n=109)		
Ölüm	72	66.1
Yaşamak	37	33.9
Toplam	109	100

Tablo 2’de, hastalara göre ölümün anlamı verilmiştir. Hastaların %42.2’si ölümü Allah’ın takdiri, %17.4’ü sonsuzluk olarak tanımlamışlardır. Hastaların %56.9’u kendilerine hastalığı ve prognozu hakkında bilgi verildiğini ve %47.7’sinin bu bilgiyi hekimden aldıkları saptanmıştır. Hastaların ölümcül hastalıklarını öğrenme isteklerine bakıldığında; %71.6’sının öğrenmek istedikleri, %28.4’ünün de öğrenmek istemedikleri belirlenmiştir. Hastaların %38.5’inin gerçekçi olmak-hayalci olmamak için, %34.6’sının kalan zamanı iyi değerlendirmek-yapamadıklarını yapmak için ölümcül hastalığını öğrenmek istedikleri tespit edilmiştir. Hastaların %38.7’sinin geri kalan zamanda daha mutlu olmak, %25.8’inin ölümden korktukları için ölümcül hastalığını öğrenmek istemedikleri bulunmuştur. Ölümcül hastalığı olan hastaların hekim ve hemşirelerden beklentilerine bakıldığında; hastaların %60.9’unun daha çok ilgi, şefkat, güler yüz ve bakım, %22.9’unun da tıbbi tedavi ve bakımın sonuna kadar yapılmasını ve acılarının dindirilmesini istediklerini ifade ettikleri görülmektedir. Hastaların ölümcül hastalıkları halinde %88.1’inin evde ölmek istediği ve ölümcül hastalık durumunda %66.1’inin ölümü tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 2).

4.2. Hemşire ve Hekimlere İlişkin Bulgular

Tablo 3’de hemşire ve hekimlerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin yaş ortalamasının 23.49 ± 2.46 , hekimlerin ise 29.91 ± 3.25 olduğu görülmüştür. Çalışma süreleri incelendiğinde hemşirelerin çalışma süresi ortalamasının 3.70 ± 2.48 , hekimlerin ise 5.57 ± 3.07 olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %50.9’unun ve hekimlerin %54.5’inin cerrahi kliniklerinde, hemşirelerin %49.1’inin ve hekimlerin %45.5’inin de dahiliye kliniklerinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma kapsamına alınan hemşire ve hekimlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Hekim/hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri(n=121)	Hemşireler S (55)		Hekimler S (66)	
		%		%
<i>Yaş (ortalama)</i>	23.49 ± 2.46		29.91 ± 3.25	
<i>Cinsiyet</i>				
Erkek	--	--	53	80.3
Kadın	55	100.0	13	19.7
<i>Medeni durum</i>				
Evli	17	30.9	45	68.2
Bekar	38	69.1	21	31.8
<i>Yerleşim yeri</i>				
İl	36	65.5	51	77.3
İlçe	14	25.5	11	16.7
Köy	5	9.1	4	6.1
<i>Çalışma süresi (ortalama)</i>	3.70 ± 2.48		5.57 ± 3.07	
<i>Çalıştığı klinik</i>				
Cerrahi	28	50.9	36	54.5
Dâhiliye	27	49.1	30	45.5
Toplam	55	100	66	100

Tablo 4'te hemşire ve hekimlere göre ölümün anlamına bakıldığında; hemşirelerin %49.1'inin, hekimlerin %25.8'inin ölümü tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu, hemşirelerin %12.7'sinin ve hekimlerin ise %28.8'inin yeni ve gerçekçi bir hayat, yeni bir başlangıç olarak tanımladıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %65.5'inin ve hekimlerin %74.2'sinin ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri, bulunmuştur. Hemşirelerin %21.8'inin ve hekimlerin %16.3'ünün ölümcül hastaya bakım vermeyi son ana kadar görev olarak gördükleri için, hemşirelerin %14.5'inin ve hekimlerin %20.4'ünün hastaların kalan zamanında daha rahat yaşamalarını sağlamak için ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri tespit edilmiştir. Ölümcül hastaya bakım vermeyi istememe nedenleri ise, hemşirelerin %21.7'sinin, hekimlerin %41.2'sinin sıkıntı-hüzün verici ve zorlayıcı olduğu için, hemşirelerin %9'unun, hekimlerin

%29.4'ünün para, zaman ve enerji tasarrufundan dolayı bakım vermek istemedikleri bulunmuştur. Hemşire ve hekimlerin ölümlerle ilgili aldıkları eğitim durumları incelendiğinde, hemşirelerin %70.9'unun, hekimlerin ise %48.2'sinin ölümlerle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları saptanmıştır. Hemşire ve hekimlerin ötenazi onaylama durumları incelendiğinde; hemşirelerin %63.6'sının ve hekimlerin %62.1'inin ötenaziyi onaylamadıkları, hemşirelerin %36.4'ünün, hekimlerin %34.8'inin ötenaziyi onayladığı ve hekimlerin %3.1'inin de cevapsız kaldığı saptanmıştır. Hemşirelerin %20'sinin, hekimlerin %60.9'unun hastaların daha fazla acı çekmemesi için, hemşirelerin %7.3'ünün, hekimlerin ise %17.4'ünün para-zaman –enerji tasarrufu için ötenaziyi onayladıkları saptanmıştır. Ancak para-zaman-enerji tasarrufu hemşire ve hekimlerin ölümcül hastaya bakım vermek istememe nedenlerinde de bir etken olduğu görülmektedir. Ötenaziyi onaylamama nedenleri ise; hemşirelerin %41.7'sinin, hekimlerin %63.4'ünün inançları gereği, hemşirelerin %10.9'unun, hekimlerin %22'sinin her insanın iyi veya kötü yaşama hakkına sahip olduğunu düşündükleri için ötenaziyi onaylamadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %27.3'ünün ve hekimlerin %10.6'sının aktif ötenaziyi, hemşirelerin %9.1'inin ve hekimlerin %19.7'sinin pasif ötenaziyi destekledikleri saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin dağılımı

Ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşler	Hemşire		Hekim	
	Sayı	%	Sayı	%
Ölümün anlamı	n = 55		n = 66	
Yeni ve gerçekçi bir hayat, yeni bir başlangıç	7	12.7	19	28.8
Tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu	27	49.1	17	25.8
Sonsuzluk, mutlu son	2	3.6	5	7.6
Hiçbir zaman kabullenemeyeceğim bir olgu, haksızlık	1	1.8	2	3
Yok oluş, kurtuluş, göç, doğal döngü, korku	10	18.2	23	34.8
Hepsi	8	14.6	--	--
Tanı-prognozu hakkında bilgi verme	n = 55		n = 66	
Bazen	23	41.8	26	39.3
Evet, bilgi veriyorum	3	5.5	22	33.3
Hayır, bilgi vermiyorum	29	52.7	18	27.4
Hastalara tanı-prognozu hakkında bilgi verirken neler hissettikleri	n = 26		n = 48	
Bunun hastanın hakkı olduğunu düşünüyorum	--	--	11	16.7
Duygularım hastanın yaşı ve tanısına göre değişiyor	3	5.5	5	7.6
O anda hastayı düşünüyorum	2	3.6	4	6.1
Üzülüyorum	1	1.8	2	3.0
Kendimi başarısız ve çaresiz buluyorum	2	3.6	--	--
Hepsi	18	32.8	26	48.3
Ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinme	n = 55		n = 66	
Hayır çekinmiyorum	22	40.0	29	43.9
Fark etmez	14	25.5	19	28.8
Evet çekiniyorum	19	34.5	18	27.3
Ölüme ilgili aldıkları eğitimin yeterlilik durumu	n = 55		n = 66	
Evet yeterli	16	29.1	34	51.4
Hayır yetersiz	39	70.9	32	48.6
Ölümcül hastaya bakım verme istekleri	n = 55		n = 66	
Evet-istiyorum	36	65.5	49	74.2
Hayır-istemiyorum	19	34.5	17	25.8
Bakım verme isteklerinin nedenleri	n = 36		n = 49	
Hastanın en doğal hakkı olduğuna inanıyorum	7	12.7	21	42.9
Yaşamının kalan zamanında daha rahat yaşaması için	8	14.5	10	20.4
Son ana kadar görevimiz olduğu için	12	21.8	8	16.3
Yaşam kalitesini arttırmak için	4	7.2	6	12.2
Son bir şans, son bir umut	5	9.0	4	8.2

Tablo 4'ün devamı

Bakım vermeyi istememelerinin nedenleri	n=19		n=17	
Para,zaman ve enerji tasarrufu için	5	9.0	5	9.4
Sıkıntı-hüzün verici ve zorlayıcı olduğu için	12	21.7	7	41.2
Bakımı gereksiz buluyorum, sonuç değişmiyor	2	3.6	5	29.4
Ötenaziye onaylama durumu	n = 55		n = 66	
Hayır onaylamıyorum	35	63.6	41	62.1
Evet onaylıyorum	20	36.4	23	34.8
Cevapsız	--	--	2	3.1
Ötenaziye onaylama nedenleri	n=20		n=23	
Daha fazla acı çekmemesi için	11	20	14	60.9
Para-zaman –enerji tasarrufu için	5	9.0	6	26.1
İnsanların yaşamak kadar ölmekte hakkıdır	4	7.2	3	13.0
Ötenaziye onaylamama nedenleri	n = 35		n = 41	
İnancım gereği	23	41.8	26	63.4
Her insanın iyi veya kötü yaşamak hakkıdır	7	12.7	9	22.0
Tıp yenilikler içindedir belki her an çaresi bulunabilir	5	9.1	6	14.6
Ötenazi çeşidini destekleme	n =20		n =23	
Pasif ötenazi	5	9.1	13	19.7
Aktif ötenazi	15	27.3	7	10.6
Hem aktif hem de pasif ötenazi	--	--	3	4.5

Tablo 5'te araştırma kapsamına alınan hemşire ve hekimlerin ötenaziye onaylama durumlarının dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %63.6'sı, hekimlerin %64.1'i ötenaziye onaylamadıklarını belirtmişler ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2= 0.02$, $df=1$, $p=0.962$).

Tablo 5. Hemşire ve hekimlerin ötenaziye onaylama durumlarının dağılımı

Hemşire ve hekimler	Ötenazi onaylama (n=119)				Toplam	
	Evet		Hayır		S	%
	S	%	S	%		
Hemşire	20	36.4	35	63.6	55	100
Hekim	23	35.9	41	64.1	64	100
Toplam	43	36.1	76	63.9	119	100
$\chi^2 = 0.02$ $df=1$ $p=0.962$						

Tablo 6’da Hemşire ve hekimlerin ötenaziyi onaylama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde hemşirelerin %55’inin, hekimlerin %60.8’inin hastaların daha fazla acı çekmemesi için ötenaziyi onayladıkları görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2 = 0.386$, $df=2$, $p=0.824$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşire ve hekimlerin ötenaziyi onaylama nedenlerinin dağılımı

Hemşire ve hekim grubu	Ötenazi onaylama nedenleri (n=43)						Toplam	
	Daha fazla acı çekmemesi için		Para-zaman enerji tasarrufu için		İnsanların yaşamak kadar ölmekte hakkıdır			
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*
Hemşire	11	55	5	25	4	20	20	100
Hekim	14	60.8	6	26.2	3	13	23	100
Toplam	25	58.2	11	25.6	7	16.2	43	100
$\chi^2 = 0.386$ $df= 2$ $p= 0.824$								

* Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 7’de Hemşire ve hekimlerin ötenaziyi onaylamama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde hemşirelerin %65.7’sinin, hekimlerin %63.5’inin inançları gereği ötenaziyi onaylamadıkları görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2=0.051$, $df=2$, $p=0.975$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşire ve hekimlerin ötenaziyi onaylamama nedenlerinin dağılımı

Hemşire ve hekim grubu	Ötenazi onaylamama nedenleri (n=76)						Toplam	
	İnancım gereği		Her insanın iyi veya kötü yaşamak hakkıdır		Tıp yenilikler içindedir belki her an çaresi bulunabilir			
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%*
Hemşire	23	65.7	7	20	5	14.3	35	100
Hekim	26	63.5	9	21.9	6	14.6	41	100
Toplam	49	64.4	16	21.2	11	14.4	76	100,0
$\chi^2 =0.051$ $df=2$ $p=0.975$								

* Satır yüzdesi kullanılmıştır.

4. TARTIŞMA

Ölümcül hastaların, hemşirelerin ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatürler ışığında tartışılmıştır.

5.1. Hastalara İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalara göre ölümün anlamı incelendiğinde; hastaların %42.2'sinin Allah'ın takdiri, %15.6'sının yeni bir hayat ve göç, %5.5'inin korku, %0.9'unun da hiçbir zaman kabullenilemeyecek bir olgu ve haksızlık olarak düşündükleri saptanmıştır (Tablo 2). Yazıcı'nın⁴⁹ çalışmasında da, yaşlı bireylerin %51.4'ünün ölümü kader, %22.1'inin rahatlık, %10.7'sinin korkunç olay, %10'unun da son olarak düşündükleri belirtilmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçları bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir⁴⁹.

Hastaların ölümcül hastalıklarını öğrenme isteklerine bakıldığında; %71.6'sının öğrenmek istedikleri, %28.4'ünün de öğrenmek istemedikleri saptanmıştır (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda hastaların kendileriyle ilgili tüm iyi veya kötü haberleri duymak istedikleri belirtilmiştir^{50,51}. Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçları bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir^{50,51}.

Hastaların ölümcül hastalığı öğrenme durumları incelendiğinde; hastaların %38.7'sinin geri kalan zamanda daha mutlu olmak için, %25.8'inin ölümden korktuğu için, %22.6'sının her an ölümü beklemenin yıpratıcı ve acı verici bir durum olması nedeniyle ölümcül hastalığını öğrenmeyi istemedikleri görülmüştür (Tablo 2). Başaran⁵¹ çalışmasında hastaların %16.7'sinin yaşamın anlamı kalmayacağı için, %83.3'ünün ölüm olayını kabullenmenin güç ve stres yaratıcı bir olay olduğu için ölümcül hastalık tanımlarını öğrenmek istemedikleri saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların ölümcül hastalık haberini kimden öğrenmek istedikleri incelendiğinde; hastaların %56.9'unun hekimlerden, %10.1'nin yakınlarından ve %0.9'unun da hemşirelerden duymak istediklerini belirttikleri görülmektedir (Tablo 2). Başaran'ın⁵¹ çalışmasında hastaların %46.4'ünün hekimden ölümcül tanısını duymak istedikleri belirtilmiştir. Her iki araştırmada da hastalar ölümcül hastalık haberini en fazla hekimden öğrenmek istemekteydiler. Bu sonuçlar araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Ölümcül hastalığı olan hastaların hemşire ve hekimlerden beklentileri incelendiğinde; hastaların %60.9'unun daha çok ilgi, şefkat, güler yüz ve bakım istedikleri, %22.9'unun tıbbi tedavi ve bakımın sonuna kadar yapılmasını ve acılarının dindirilmesini istedikleri tespit edilmiştir (Tablo 2). Ölümcül hastaya bakım veren kişi devamlı konuşmayıp, hastanın konuşmasına da fırsat vermelidir. Hasta kendi ölümünden konuşmak istediğinde izin verilmeli, herhangi bir bahane ile yanından uzaklaşılmalıdır. Hastanın yanında oturma, elini tutma, dinleme onu rahatlatacaktır. Hastanın hastalığı ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmak için güdeleyici soruların da sorulması gereklidir. Hemşirelerin böylesi bir iletişimi sürdürebilmeleri için sürekli okumaları, bilgilerini uygulamaya aktarmaları ve kendilerini geliştirmeleri gereklidir. Böylece yaşamının son günlerinde olan hastaların daha ilgili ve saygın bir bakım alma gereksinimleri ve hakları karşılanmış olur. Eğer hemşireler, ölümcül hasta ve onların ailelerinin gereksinimlerini anlar ve zamana uygun becerilerini geliştirip, sürdürürlerse, hasta ve ailesi rahat etmiş olur, hemşireler ise kişisel ve profesyonel doyuma ulaşmış olurlar. Hasta yaklaşan ölümden söz etmek istemediğinde onu anlamalı ve konuşması için zorlanmamalıdır^{33, 52}.

Araştırma sonucunda hastaların ölümcül hastalıkları halinde %88.1'inin evde, %1.8'inin ise hastanede ölmek istedikleri bulunmuştur (Tablo 2). Ensink ve arkadaşlarının⁵³ yaptıkları çalışmada hastaların %50'sinin evinde ölmek istedikleri belirtilmiştir. Tıbbın ve teknik gelişmelerin gücüne, ölümü önleyebileceğine, en azından ölümü geciktirebileceğine inanmak, özellikle tıp alanındaki gelişmeler karşısında aciz kalan aile, hastasını en kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna aktarma eğilimindedir. Bu da ölümcül hastanın evinde sevgi ve saygıdan uzak kalmasına neden olmaktadır^{33, 54}. Bu nedenle hastaların yaşamlarının son döneminde evlerinde olmak istedikleri düşünülmektedir. Bu çalışma sonuçları yapılan çalışma ve literatür bilgileri ile uyumludur^{33, 54}.

Ölümcül hastalık durumunda hastaların %66.1'inin ölümü, %33.9'unun da yaşamayı tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 2). Bireylerin yaşamı tehdit edici hastalıklara verdikleri tepkiler kültür, ırk, din ve sosyo ekonomik koşullardan etkilenmektedir⁵⁵. Bu çalışmada hastaların kültürel yapısı ve daha fazla acı ve ızdırap çekmemek için ölümü tercih ettikleri düşünülebilir. Türk kültüründe başkalarına muhtaç olmamak, aileye yük getirmemek için ölüm isteme nedeni olabilir. Çoğunlukla terminal dönemde söz konusu olabilen dayanılmaz ağrı ve acıya katlanmak, buna bağlı olarak yaşam kalitesinin sıfıra ya da daha aşağıya düşmesi, bazı kişilerin bu kadar kötü bir hayatı yaşamaktansa ölmeyi tercih etmesine neden olabilmektedir¹¹.

5.2. Hemşire ve Hekimlere İlişkin Bulgularının Tartışılması

Hekim ve hemşirelere göre ölümün anlamına bakıldığında; hemşirelerin %12.7'si ve hekimlerin %28.8'i ölümü yeni ve gerçekçi bir hayat, yeni bir başlangıç ve yeni bir mekan olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4). Başaran'ın⁵¹ çalışmasında ölümün anlamını; hemşirelerin % 8'i ve hekimlerin %8.9'u ölümden sonraki yaşamın başlangıcı

olarak tanımlamışlardır. Ay⁶ da ölümün, yaşamın son aşaması olduğunu belirtmiştir. Çalışmaların sonuçları bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir^{6,51}.

Hemşire ve hekimlerin tanı-prognoz hakkında bilgi verme durumları incelendiğinde; hemşirelerin %5.5'inin, hekimlerin %33.3'ünün bilgi verdiği saptanmıştır (Tablo 4). Başaran'ın⁵¹ çalışmasında, hekimlerin %68.9'unun hastaya tanı-prognoz hakkında bilgi verdikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hastalara tanı-prognoz hakkında hekimlerin daha çok bilgi verdikleri görülmektedir. Bu sonuçlar araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Hastalara tanı-prognozu hakkında bilgi verirken hemşirelerin %32.8'inin ve hekimlerin ise % 48.3'ünün bilgi almanın hastanın hakkı olduğunu, hastanın yaşı ve tanısına göre duygularının değiştiğini, o anda hastayı düşündüğü, üzüldüğü, kendilerini başarısız ve çaresiz hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Başaran'ın⁵¹ çalışmasında hastalara tanı-prognozu hakkında bilgi verirken, hemşire ve hekimlerin üzüntü, korku, çaresizlik, başarısızlık ve yardım isteme gibi duygular yaşadıkları belirtilmiştir. Araştırma sonuçları bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Hemşire ve hekimlerin ölümle ilgili aldıkları eğitim durumları incelendiğinde, hemşirelerin %70.9'unun, hekimlerin ise %48.2'sinin ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları saptanmıştır (Tablo 4). Yağan'ın⁵⁶ çalışmasında hemşirelik IV. sınıf öğrencilerinin %63.5'inin ölümcül hastanın bakımı konusunda verilen eğitimi yetersiz buldukları belirtilmiştir. Oğuz'un⁴⁰ çalışmasında da tıp eğitimi sırasında, ölüm ve ölümcül hasta ile ilgili tek öğretilen şeyin, yaşamı tehdit eden hastalıkların nasıl tedavi edileceği ve bu eğitim sırasında öğrencilerin ölüm karşısındaki tutumlarının yeterince ele alınmadığı vurgulanmaktadır. Aynı çalışmada çağdaş tıp eğitiminde, bu

tutumların nasıl olacağı ile ilgili eğitim ve hasta deneyimlerinin önemli olduğu belirtilmiştir.⁴⁰

Tablo 4 incelendiğinde; hemşirelerin %65.5'inin ve hekimlerin %74.2'sinin ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri saptanmıştır.

Ölümcül hastaya bakım verme isteklerinin nedenleri incelendiğinde; hemşirelerin %12.7'sinin ve hekimlerin %42.9'unun hastanın bakım almasının en doğal hakkı olduğu, hemşirelerin %14.5'inin hekimlerin %20.4'ünün hastaların kalan zamanında daha rahat yaşamasını sağlamak için ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri belirlenmiştir.

Ölümcül hastaya bakım vermeyi istememe nedenleri olarak; hemşirelerin %9'unun ve hekimlerin %29.4'ünün para, zaman ve enerji tasarrufu için, hemşirelerin %21.7'sinin ve hekimlerin %41.2'sinin sıkıntı-hüzün verici ve zorlayıcı bir durum olduğu için bakım vermek istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Ölümcül hastalığı olan bir bireye bakım verirken gerekli bilgi ve beceriye sahip olursa bile, bir insan olarak kaygı yaşanması doğaldır. Hemşireler ölümcül hastalara bakım verirken en çok, hastaya yanlış bir şey söyleyerek onları "altüst" etmekten korkarlar. Sürekli ölümcül hastaya bakım verseler ve sık sık ölüme tanık olsalar bile, hemşireler için her bir ölüm olayı benzersiz ve keder vericidir. Tatar⁴ çalışmasında hemşirelerin hayal kırıklığı ve depresyon gibi duyguları sıklıkla yaşadıklarını ve bundan dolayı da ölümcül hastaya bakım vermede zorlandıklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir^{4,52}.

Tablo 5 incelendiğinde; hemşirelerin %63.6'sının ötenaziyi onaylamadığı bulunmuştur. Ersoy ve Altun' un¹¹ çalışmasında da hemşirelerin %63.7'sinin yaşamın kutsallığına duydukları saygı gereği ya da kişisel ve mesleki değerleri ile bağdaşmadığı

yada meslek sorumluluğu anlayışı ile örtüşmediği için ötenaziyi onaylamadıkları belirtilmiştir. Hekimlerin ise %62.1'inin ötenaziyi onaylamadığı saptanmıştır. Onkoloji birimlerinde çalışan sağlık personeli arasında yapılan bir araştırmada, hemşire ve hekimlerin %38.5'inin ötenazinin yasal olarak uygulanmasına olumlu baktıkları, %59.1'inin ötenaziyi suç olarak görmedikleri ve %90.4'ünün ötenaziyi uygulayan kişi olmak istemedikleri saptanmıştır⁵⁷.

Hemşirenin ve hekimin görevi hastanın yararına hangisinin en iyi olacağını temel etik ilkeler doğrultusunda en ince ayrıntılarına kadar düşünüp değerlendirerek eyleme geçmeyi gerektirir. Bu açıdan bakılınca, hastanın yararına ise pasif ötenaziye ya da ölümüne izin verilebilir. Bu görüş Dünya Tıp Assemblesi tarafından da benimsenmiştir. Ancak bu, her hemşire ve hekimin hastasının yararına olacağını düşünerek ötenazi uygulayabileceği anlamına gelmemelidir⁵⁸.

Hemşire ve hekimlerin ötenaziyi onaylama nedenleri incelendiğinde; hemşirelerin %20.2'sinin ve hekimlerin %60.9'unun hastaların daha fazla acı çekmemesi için ötenaziyi onayladıkları saptanmıştır (Tablo 6). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Özler'in⁵⁸ çalışmasında hemşirelerin %69.3'ünün ötenaziyi tıbbi yardım metotlarından biri olarak gördükleri ve hastanın daha çok acı çekmesini istemedikleri için onayladıkları belirtilmiştir. Bu araştırma sonuçları, yapılan çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Ötenaziyi onaylamama nedenleri incelendiğinde; hemşirelerin %65.7'sinin, hekimlerin %63.5'inin inançlarından dolayı onaylamadıkları saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7). Özler'in⁵⁸ çalışmasında hemşirelerin %30.4'ünün tıbbın her hastayı sonuna kadar yaşatmak gibi bir görevi olduğu için, %30.4'ünün dini nedenlerle, %7.3'ünün aldıkları eğitimle

uyuşmadığı için ötenaziye karşı oldukları saptanmıştır. Amerikan hemşireler birliği bildirgesinde böyle bir eylemin hemşirelere karşı duyulan güveni sarsabileceği, dayanılmaz ya da tedavi edilemez hastalar için potansiyel bir son olarak görülebileceği, hemşirelerin kişiye saygı, hastayı rahatlatma ve uygun bakım verme görevlerine ters düşeceği gerekçesiyle ötenaziye karşı çıkmaktadır.

Hemşirelerin %9.1'inin pasif, %27.3'ünün de aktif ötenaziye destekledikleri saptanmıştır (Tablo 4). Akçil ve arkadaşlarının⁵⁹ çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin hasta bilinçli ve isteğinde tutarlı ise, hastanın durumu değişik disiplinlerden oluşan bir kurul tarafından çok iyi değerlendirildiğinde aktif ötenazinin kabul edilebileceğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca Ersoy ve arkadaşları⁶⁰ çalışmasında hemşirelerin %49.1'inin yakında ölecek hastanın isteği üzerine aktif olarak yaşamının sonlandırılması konusunda hekim ve hemşirelere yasal yetki verilmesi gerektiğine inandıkları belirtilmektedir.

Hekimlerin ise %19.7'sinin pasif, %10.6'sının aktif ötenaziye destekledikleri saptanmıştır (Tablo 4). Çalışkan ve arkadaşlarının⁶¹ çalışmasında hekimlerin %20.5'i pasif ötenaziye, %6'sının da aktif ötenaziye onayladıkları bulunmuştur. Hekimlerin pasif ötenaziye daha çok destekledikleri görülmüştür. Bu yönüyle sonuçlar benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ölümcül hastaların, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüş ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, bulguların incelenmesi sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların %42.2'sinin ölümü Allah'ın takdiri, %17.4'ünün sonsuzluk, %15.6'sının yeni bir hayat ve göç, %5.5'inin korku, %0.9'unun da hiçbir zaman kabullenilemeyecek bir olgu ve haksızlık olarak tanımlamışlardır.

- Hastaların %56.9'unun kendilerine hastalığı ve prognozu hakkında bilgi verildiği ve %47.7'sinin bu bilgiyi hekimden aldıkları saptanmıştır.

- Hastaların %71.6'sının ölümcül hastalıklarını öğrenmek istedikleri, %28.4'ünün de öğrenmek istemedikleri saptanmıştır.

- Hastaların ölümcül hastalıkları halinde %88.1'inin evde, %1.8'inin de hastanede ölmek istedikleri bulunmuştur. Hastaların ölümcül hastalık durumunda %66.1'inin ölümü, %33.9'unun da yaşamayı tercih ettikleri saptanmıştır.

- Hemşirelerin %49.1'i ve hekimlerin %25.8'i ölümün anlamını tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu, hemşirelerin %12.7'si ve hekimlerin %28.8'i yeni ve gerçekçi bir hayat ve yeni bir başlangıç olarak tanımlamışlardır.

- Hemşirelerin %65.5'inin ve hekimlerin %74.2'sinin ölümcül hastaya bakım vermek istedikleri, hemşirelerin %34.5'inin ve hekimlerin %25.8'inin bakım vermek istemedikleri bulunmuştur.

- Hemşirelerin %70.9'unun ve hekimlerin ise %48.2'sinin ölümle ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları saptanmıştır.

- Hemşirelerin %63.6'sının ve hekimlerin %62.1'inin ötenaziyi onaylamadıkları, hemşirelerin %36.4'ü ve hekimlerin %34.8'inin ötenaziyi onayladığı ve hekimlerin %3.1'inin de cevapsız kaldığı saptanmıştır.
- Hemşirelerin %55'nin ve hekimlerin %60.8'inin hastaların daha fazla acı çekmemesi için, hemşirelerin %25'inin ve hekimlerin ise %26.2'sinin para-zaman-enerji tasarrufu için ötenaziyi onayladıkları saptanmıştır.
- Hemşirelerin %65.7'sinin ve hekimlerin %63.5'inin inançları gereği, hemşirelerin %20'sinin ve hekimlerin %21.9'unun her insanın iyi veya kötü yaşama hakkı olduğuna inandığı için ötenaziyi onaylamadıkları saptanmıştır.
- Hemşirelerin %27.3'ünün ve hekimlerin %10.6'sının aktif ötenaziyi, hemşirelerin %9.1'inin ve hekimlerin %19.7'sinin pasif ötenaziyi destekledikleri saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Hemşirelik okullarının müfredat programlarında ölüm ve ölümcül hastaların bakımına yönelik konulara daha ağırlıklı yer verilmesi,
- Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastanın bakımıyla ilgili hizmet içi eğitim programından geçirilmesi,
- Ölümcül hastalarla daha sık karşılaşılan kliniklerde hemşirelerin ölümle baş etmelerine yardımcı olabilecek programların oluşturulması,
- Hemşirelere ölümcül hastanın bakımında destek sağlayacak grupların oluşturulması
- Ölümcül hastaya tanıyı ve prognozu söylemede profesyonel ekip oluşturulması ve bu ekipte hemşirenin de aktif olarak bulunması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı, 1998.
2. Yurt V. Hemşirelerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin duygu ve görüşlerin incelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Bildirileri Kitabı, Ege Üniversitesi, İzmir, 1992.syf 75.
3. Onur B. Gelişim psikolojisi, Ankara: Verso Yayımcılık, 1992:162–212.
4. Tatar Ü, Yürügen B. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelik Bülteni,1990;4(16):49-61
5. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Elements Of Nursing. NewYork: Churchill Livingstone: 1990.
6. Ay F. Ölümüne karşı hemşirelik tutumu. Yoğun Bakım Dergisi, 2001; 5(1): 44-47
7. Arsu T. Hayatın anlamı ve ölüm, (Çevrimiçi), <http://www.hastarehberi.com/psikiyatri/psikiyatri2/hayatnanlaimiveolum.htm>, 10 Mart 2006.
8. Şahin ES. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin incelenmesi. VII. Ulusal hemşirelik kongresi Özet Kitabı 22-24 Haziran 1999 Erzurum,29.
9. Hemşirelik Esasları A.Ö.F Önlisans eğitimi Eskişehir, Eylül 1991.
10. Birol L. Hemşirelik süreci Bozyaka Matbacılık 4. baskı İzmir,54
11. Ersoy N, Altın İ. Hemşirelerin yardımcı intihar hakkında görüşleri ile ilgili bir çalışma. Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi, 2001;9(1): 49-55.

12. Abaan S. Ötanazi: Hastalarımıza borcumuz mu? Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 1997; 5(2): 92-96.
13. Veliođlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş ofset 1999, İstanbul, 180-221.
14. Özaltın G. “Ölümcül hastaya yaklaşım”. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996; 4(3): 40-42
15. Koç S. Ötanazi ve beyin ölümü kavramları üzerine tartışmalar. Adli Tıp Dergisi, 1996; 12: 163-166
16. Ötanazi. (Çevrimiçi), [http:// www. doktorhakan.com/osg/rs/esn 16.htm](http://www.doktorhakan.com/osg/rs/esn16.htm) 15 kasım 2002.
17. İnceoğlu S. Ölüm hakkı ötanazi. İstanbul: Ayrıntı Yayınları. Birinci Basım, 1999: 16-20.
18. Smith, P.N. “Euthanasia and the doctors- a rejection of the BMA’ Report”. Journal of Medical Ethics, 1989; 15: 124-128.
19. [www.msb.gov.tr/prgs/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68 - 95k -](http://www.msb.gov.tr/prgs/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68-95k)
20. Çakırcalı E. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir, Geliştirilmiş II. Baskı, 1998
21. Karaca F. Ölüm psikolojisi. İstanbul: beyan yayınları, 2000.
22. Aypar Ü. Ötanazi. Hacettepe Tıp Dergisi, 1997; 28(1):43-47
23. Kubler-Rose E, Yaşamın Son Günleri. Çev: Terakye G. Ankara: Hürbilek Matbaacılık, 1992.
24. Bahçecik N. Terminal dönemdeki çocukta hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni, 1992, 23(7): 103-114.
25. Köknel Ö. Korkular, Altın Kitaplar, 1990

26. Bond CW. Religiosity, age, gender and death anxiety. (Çevrimiçi), www.dunanai.com/fddyq/fddyq.htm.1994, 23 Aralık 2005.
27. Paçacı M. Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı. İstanbul: Nuh yayınları, 1994: 308-309.
28. Engin K. Ölümü yaklaşan hasta ve bakımı. Türk Hemşireler Dergisi. 1985;1, 15-17.
29. Özcan A. Hemşire hasta ilişkisi ve iletişim. Saray Tıp Kitapevleri. İzmir: 1996
30. Yıldız M. Ölüm kaygısıyla dindarlık arasındaki ilişkisi üzerine bir yorum. Düşünen Siyaset, 1999;4: 105–119.
31. Yamaç D, Ceyhun B. Kanser hastasına doğru bilgi verme. Hekimler Birliği Vakfı Tıbbi Etik Dergisi, 1999;7(1):34–44.
32. Bölükbaşı N. Sağlık personelinin ötenaziye bakışı. Uluslar Arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1998.
33. Okan K. Ölümcül hastaya eşlik etme. (Çevrimiçi), <http://www.kenanokan.com/ eserler/olum.htm>, 31 Mayıs 2006.
34. Yaltkaya K, Saveren M, Erman M. Ölümü belirleme ilkeleri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,1992; 9 (1-2):
35. Çavuşoğlu H. Ölümcül hastalığı olan hasta ve bakım. Türk Hemşireler Dergisi, 1984; 34(3):
36. Aşıcıoğlu F, Bafra J, Seçkin Ç. Yaşamların desteklerin kesilmesi ya da sınırlandırılması (Pasif Ötenazi) bir olgu sunumu. Adli Tıp Dergisi,1995; 11: 71–76.
37. Oral U. Ötenazi. Tıbbi Etik Hekimler Birliği Vakfı, 1995; 3(1): 8.

38. Ötenazi. (Çevrimiçi), www.odevsitesi.com/ornekler/a17072005/129940-otenazi.asp - 6k, 07 Aralık 2005.
39. Aşıcıoğlu F, Bafra J, Seçkin Ç. Ötenazi tartışmaları. Adli Tıp Dergisi,1997; 13: 65–68.
40. Oğuz Y. Tıp etiği açısından ötenazi. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996; 4(3): 5–8.
41. Şahin A, Aypar Ü. Ötenazi ve anestezi. Cerrahi Tıp Bülteni, 1995; 4: 77–80.
42. Weiss I Rwin K. Care of the dying. Crit Care Med, 1993; 21: 1251.
43. Güven K. Kişilik hakları ve ötanazi. Ankara: Nobel Yayın, yayın no:10, 2000.
44. Yiğit Y. İslam ceza hukukuna göre ötanazi. Diyanet İlmi Dergisi, 2001; 36(2): 47.
45. Persels J. Forcing the issue of physician-assisted suicide. J.Leg.Med, 1993; 14: 93-124.
46. Bir Hak mı?.. Ötanazi (Çevrimiçi), <http://drkoray.hekim.net/otanazi.php>, 11 Nisan 2006.
47. Ötanazi, Türk Ceza Kanunu (Çevrimiçi), http://www.hukuki.net/topic.asp?TOPIC_ID=1783 10 Mayıs 2006
48. **Türk CezaKanunu**'nda (TCK) ötanazi (çevrimiçi) www.istanbul.edu.tr/iletim/index.php?tm=&sahypa=habaroka&haberno=532 - 24k - 15 Mayıs 2006
49. Yazıcı R.Yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ve bunun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 1994.

50. Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semistructured interviews with patients. *BMJ* 1996; 313: 729-31
51. Başaran N. Kanser tanısı konmuş hastalara, tanılarının söylenip söylenmemesine ilişkin doktor, hemşire ve hasta görüşlerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987.
52. Yiğit R. Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerinde yardım etme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998; 2(2): 10-15.
53. Ensink FB, Bautz MT, Hanekop GG. Improvement of palliative outpatient treatment of terminally ill cancer patients. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 2001; 36(9): 530-537
54. Aksoy Ş. Çevik E, Edisan Z. Yaşamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku ve Tarihi Dergisi*, 2002; 10(4): 263-268.
55. Çimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül hastalarda bütüncü yaklaşım. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2002.
56. Yağan K, Ege Üniversitesi hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin ölüme ilişkin düşüncelerinin incelenmesi, yüksek lisans tezi, ege üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik esasları ABD İzmir 1986.
57. Işıkhani H. Kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin ötenaziye ilişkin düşüncelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2002.

58. Özler H. Hemşirelerin ötanazi konusuna yaklaşımları ve Osmangazi Üniversitesi hastanesinden örnek bir çalışma. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı, Eskişehir, 2001.
59. Akçıl M, Bilgili, Kutlu Türkan S, Yardım M, Yıldız An. Üniversite son sınıf öğrencilerinin ötanazi konusundaki görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 1996.
60. Ersoy N, Altun İ, Beşer A. Tendency of nurses to undertake the role of patient advocate. *Journal of Asian and International Bioethics*, 1997; 7(6):167–9.
61. Çalışkan D, Özdemir O, Akdur R. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı bölgesinde çalışan hekimlerin ötanazi konusunda bilgi tutum davranışları ile ilgili bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 2003; 11(2): 91-101.

EK I**HASTALARIN ÖLÜM VE ÖTENAZİYLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİ TANILAMA FORMU**

1- Yaş:

2- Cinsiyet:

3- Öğrenim durumu:

a- İlkokul mezunu olmayan

b- İlkokul mezunu

c- Orta-lise

d-Yüksek okul mezunu

4- Medeni durumu:

a-Evli b-Bekar c-Dul

5- Yaşamının çoğunu geçirdiği yer:

a-İl b-İlçe c-Köy

6- Size göre ölümün anlamı nedir?

7- Hastalığınız ve prognozu hakkında bilgi verildi mi?

a-Evet b-Hayır

8- (7. sorunun cevabına evet yanıtı vermişseniz bu soruyu yanıtlayınız) Bu bilgiyi kim verdi?

a-Hekim b-Hemşire c-Yakınlarım d-Kendi kendime e-Diğer

9- Hastalığınız ölümcül olsaydı bunu öğrenmek ister miydiniz?

a- Cevabınız evet ise neden?

b- Cevabınız hayır ise neden?

10- Ölümcül bir hastalığınız olsaydı kimin söylemesini isterdiniz?

a-Hekim b-Hemşire c-Yakınlarım d-Fark etmez e-Diğer

11- Ölümcül bir hastalığınız olsaydı hekim ve hemşirelerden neler beklersiniz?

12- Nerede ölmek isterdiniz?

a-Evde b-Hastanede c-Diğer.....

13- Dayanılmaz ağrıların olsaydı, uzun süre ya da yaşamın boyunca yatağa bağımlı yaşayacağını öğrenseydin, ya da benzeri durumlarda, yaşam ya da ölüm arasında bir tercih yapacak olsaydınız hangisini tercih ederdiniz?

EK II**HEMŞİRE VE HEKİMLERİN ÖLÜM VE ÖTENAZIYLE İLGİLİ
GÖRÜŞLERİNİ TANILAMA FORMU**

1- Mesleğiniz:

a-Hekim

b-Hemşire

2-Yaş:

3- Cinsiyetiniz:

4- Medeni durum:

a -Evli

b-Bekar

c-Dul

5-Yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer:

a -İl

b- İlçe

c- Köy

6- Çalışma süresi:

7- Çalıştığı klinik:

a- Dahiliye

b- Cerrahi

8- Size göre ölümün anlamı nedir?

9- Ölümcül bir hastaya tanı ve prognozu hakkında bilgi veriyor musunuz?

- a- Evet
- b- Hayır
- c- Bazen

10- (9. soruya evet veya bazen cevabı vermişseniz bu soruyu cevaplayınız) O anda neler hissediyorsunuz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a- Üzülüyorum
- b- Çekiniyorum
- c- Kendimi başarısız ve çaresiz buluyorum
- d- O anda hastayı düşünüyorum
- e- Bunun hastanın hakkı olduğunu düşünüyorum
- f- Kendi ölümümü düşünüyorum ve ağlıyorum
- g- Duygularım hastanın yaşı ve tanısına göre değişiyor.
- h- Diğer

11- Ölen bireyin yakınları ile karşılaşmaktan çekinir misiniz?

- a- Evet
- b- Hayır
- c- Fark etmez

12- Ne kadar sıklıkla ölüm olayı ile karşılaşıyorsunuz?

- a- Her gün
- b- Haftada birden çok
- c-15-30 günde bir
- d- 2-3 ayda bir
- e- Yılda bir ya da birkaç kez

13- Öğrenciyken ölümle ilgili aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

a- Evet

b- Hayır

14- (13. soruya hayır cevabı vermişseniz bu soruyu yanıtlayınız) Bu eksikliği gidermek için ne yaptınız ya da ne yapmayı düşünüyorsunuz?

15- Ölümcül hastaya bakım vermek istiyor musunuz?

a- İstiyorum

- Neden?

b- İstemiyorum

- Neden?

16- Ötenaziyi onaylıyor musunuz ?

a- Cevabınız evet ise neden?

b- Cevabınız hayır ise neden?

17- (16. soruya evet cevabı vermişseniz bu soruyu yanıtlayınız) Ötenazinin aktif mi yoksa pasif mi yapılmasından yanasınız? (AKTİF ÖTENAZİ: Hastanın herhangi bir baskıya maruz kalmadan kendi başına bilinçli ve özgür bir şekilde doktorundan yeterli bilgi almış olarak ötenazi kararını vermiş olması ötenazinin doktor yardımıyla ve

girişimiyle gerçekleştirilmesidir. PASİF ÖTENAZİ:yaşamı sürdürücü tedavinin sonlandırılmasıyla gerçekleştirilir)

1-Aktif ötenazi

2-Pasif ötenazi

