

**T.C.**  
**BEYKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU**  
**(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan: **Nurten SANCAK**

İSTANBUL, 2011

**T.C.**  
**BEYKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU**  
**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Tezi Hazırlayan:**  
**Nurten SANCAK**

**Öğrenci No:**  
**070746296**

**Danışman:**  
**Dr. Zülfikar ÖZKAN**

**İSTANBUL, 2011**

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

09/04/2011

Nurten SANCAK

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

9.04.2011

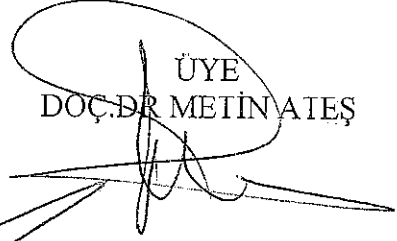
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746296 numaralı *Nurten Sancak*'ın "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak; Enstitümüze teslim ettiği "**TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 18.03 2011 tarih ve 2011/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oycağı/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

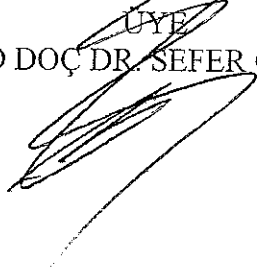
DANIŞMAN  
DR. ZÜLFİKAR ÖZKAN



ÜYE  
DOÇ.DR. METİN ATEŞ



ÜYE  
YRD DOÇ DR. SEFER GÜMÜŞ



# **TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU**

**Tezi Hazırlayan: Nurten SANCAK**

## **ÖZET**

Hasta bireyin sağlık durumu ve kendi kendine yetebilme seviyesi hangi düzeyde olursa olsun sağlık çalışanlarının amacı hastanın rahatsızlık durumunu tedavi etmek, hasta bireyi gelebilecek en iyi yeterlilik düzeyine getirmek ve hayat konforunu sağlamaktır. Çeşitli nedenlerle (kısmi yada tam bağımlı) hayatını makinelere bağlı olarak yaşamak zorunda kalan bireyler kısmi yada tam olarak başka bir bireyin yardımına ihtiyaç duymaktadırlar.

Yaptığımız çalışmada makinelere bağlı yaşamak zorunda kalmaları durumunda sağlık çalışanları ve hasta yakınlarının da kendilerine yakınlarının bakmasını istemeyip, sorun giderilemiyorsa makinelere bağlı yaşamak yerine ölmeyi tercih ettikleri görölmektedir. Ancak hasta birinci derece yakınları olduğunda sonuna kadar desteği isteyip her koşulda evde bakmayı kabullenmektedirler. Bunun yanında sağlık çalışanları geri dönüşümü olmayacak hastalar için yasal düzenlemelerin yapılması konusunda hemfikirde oldukları görölmüştür.

Her canlı gibi ölümlü olan insanında belli bir yaşam süresi bulunmaktadır. Önemli olan bu sürenin en iyi şekilde geçirilmesidir. Bireyin istemediği sadece yakınlarının vicdani rahatlama için hastanın yaşamının desteklerle devam ettirilmesi soru işaretlerinin olduğu bir konudur. Yaşamı yaşamak zorunda kalan bireyin fikri ön plana alınmalı bunun yanında yakınları vicdani olarak yük altında bırakmamak amacıyla yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Burada yine asıl görev sağlık çalışanları hasta ve hasta yakını arasındaki iletişime düşmektedir. Hasta yakınları açısından olaya baktığımızda tedavinin ne olursa olsun sonuna kadar devam etmesini istemelerinin nedeni dini inançlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İyi bir iletişim ve doğru bir yönlendirme ile hasta istemediği bir yaşamı yaşamak zorunda kalmaz ve hasta yakını da bilgilendirmeyle ortak alınan karar neticesinde vicdanen kendini rahatsız hissetmesinin önüne geçilir. Sağlık çalışanın, hasta ve hasta yakını arasındaki

iletişimin uygun olması, tedavi olarak yapılabilecek bir şey kalmadığında bireyin haysiyet ve onuruna yakışır bir şekilde semptomatik tedavisinin gerçekleştirileceği, kalan yaşam süresini acı çekmeden geçireceğini bilmeleri makine desteği ile bir süre daha istenmeyerek yaşamak zorunda kalınacak yaşam süresinin devam etmesinin önüne geçilecektir. Bu çalışmanın amacı, solunum destek ünitesine bağımlı olan hastanın yaşamıyla ilgili alınacak kararın kendi özgür iradesine bırakılması gerektiği, karar veremeyecek durumda olan hastalarda bilgilendirilmiş hasta yakınının bu kararı vermesinin uygun olduğu kararına varmaktır. Bu çalışmayla solunum destek ünitesi konusuna dikkatleri çekerek konuyla ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmaktır. Solunum destek ünitesinin kapatılması kararının yasalarla desteklenmesi ile doktor, hasta ve hasta yakınlarının yaşamla ilgili karar vermede yasal engellerle karşılaşmalarını önlemektir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık, hasta, solunum desteği, iletişim, bilgilendirme, ortak karar.

# **THE ETHICAL DIMENSIONS OF TERMINATING TREATMENT**

**Presented By: Nurten SANCAK**

## **SUMMARY**

Regardless of patient's medical condition and level of self-sufficiency, the main objective of healthcare workers is to treat the patient's ailment, increase his/her level of self-sufficiency and provide comfort in life. In cases where individuals are compelled to continue their lives (partially or completely dependent) to machines become partially or completely dependent on the help of others.

In this study it has been observed that individuals compelled to continue their lives dependent on machines tend to refuse help from healthcare workers or their relatives and prefer to die rather than continue living connected to a machine should the problem be incurable.

However patients with first degree relatives ask for support until the very end and accept being looked after at home regardless of condition. On the other hand, it has been observed that healthcare workers are at a consensus on the need for legal arrangements for patients with irreversible conditions.

As with all mortals humans have a certain life span. The important thing is that he/she spends this period in best conditions possible. Cases where patients wish to end their life because of their condition but relatives insist on life-support to relieve their consciousness remain rather controversial. Priority should be given to the patient having to experience the condition. Legal arrangements should be put in effect that relieves relatives from the burden of their conscience. Here, once again, the main responsibility is with the healthcare worker and their communication between the patient and his/her relatives. Looking from the relatives' perspective the reason for insisting on the continuation of treatment until the very end is mostly rooted in religious beliefs. Good communication and proper guidance could relieve the patient from a life they do not want to live whilst consoling relatives from their burden on

their conscience as the result of a joint decision taken after thorough contemplation. Good communication between healthcare worker and patient and relatives will help healthcare worker to offer symptomatic treatment that suits dignity and honor of the patient when no other treatment option is available. Patients will know that they will live the remainder of their life without pain and therefore this will curtail the likelihood of being forced to live a life they do not wish to continue. The purpose of this study is to rectify that patients connected to life support units should be able to freely make decisions concerning their lives and that it is completely acceptable for relatives to take this decision should patients be in a condition that prevent them doing so. This study intends to draw attention to the issue of life support units with the aim of helping the development of necessary legal arrangements. Establishing a legal standing for switching off life support units will prevent both doctors and patient relatives facing judicial problems in taking decisions related to the patient's life.

**Key words:** Health, patient, respiration support, communication, notification, joint decision.



## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET.....	i
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	xi
GİRİŞ.....	1

### I. BÖLÜM

TEDAVİYE SON VERME, HEKİMLİK VE HASTA KAVRAMLARI.....	4
1. GENEL OLARAK HEKİMLİK.....	4
1.1. Hekim ve Hekimlik.....	4
1.2. Hasta- Hekim İlişkisi.....	6
2. GENEL OLARAK SAĞLIK VE HASTALIK.....	12
2.1. Hasta ve Hastalık.....	12
2.2. Sağlık Nedir?.....	14

### II. BÖLÜM

TEDAVİYE SON VERME VE TIP ETİĞİ.....	16
--------------------------------------	----

<b>1. TEDAVİ NEDİR?.....</b>	<b>16</b>
<b>2. ETİK-TIP ETİĞİ NEDİR?.....</b>	<b>17</b>
<b>3. TEDAVİYE SON VERME.....</b>	<b>20</b>
3.1. Hekim Açısından Tedaviye Son Verme.....	20
3.2. Hasta Açısından Tedaviye Son Verme.....	23

### **III. BÖLÜM**

<b>TEDAVİYE SON VERMENİN HUKUKİ VE SOSYAL BOYUTU.....</b>	<b>25</b>
<b>1. HEKİM AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU.....</b>	<b>25</b>
<b>2. HASTA AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU.....</b>	<b>30</b>
<b>3. HASTANE AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU.....</b>	<b>36</b>

### **IV. BÖLÜM**

#### **TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU'NU GÖSTERMEYE YÖNELİK BİR HASTANE UYGULAMASI**

<b>1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....</b>	<b>39</b>
1.1. Çalışmanın Amacı.....	39
1.2. Çalışmanın Kapsamı.....	40
1.3. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	41
<b>2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>	<b>41</b>
2.1. Verilerin Çözümlemesi.....	41
2.2. Bulgular.....	48
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>83</b>

<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>86</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>89</b>
EK-ANKET FORMLARI.....	89
İZİN BELGESİ.....	99
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>100</b>

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Branşlarına Göre Dağılımı .....	48
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımda Görev Yapma Durumlarına Göre Dağılımı.....	49
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Hastanede Çalışmakta Olduğu Bölümlere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 6. Araştırmaya Katılan ağılık Çalışanlarının Görev Yaptığı Bölümdeki Çalıştığı Toplam Süreye Göre Dağılımı.....	50
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Hastanızın profili nedir</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	50
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Hastam uyguladığım tedaviye olumlu yanıt vermediğinde başka bir tedaviyi denerim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	51
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Hasta olsam ve uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsam tedavimin değiştirilmesini isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	51
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Birinci derece yakınım (anne-baba-eş-çocuk) uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa tedavisinin değiştirilmesini isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	52
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	52
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	53
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımla solunum cihazını kapatmalarını isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	54
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	54
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	55
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	55

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Hastanede tedavi aldığım sürece bana uygulanan tedavilere olumlu yanıt alınamıyorsa bunu bilmek isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	56
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Hastanede birinci derecede yakınıma uygulanan tedavilere olumlu yanıt alınamıyorsa bunun yakınıma söylenmesini isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	56
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Bilinci açık hastama uyguladığım tedavilere olumlu yanıt alamıyorsam bunu hastamla paylaşmak isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	57
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	58
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>İlerleyen dönemlerde solunum cihazına bağımlı ve bilincim açık olsa, cihazın kapatılmasını istediğimde yakınlarımın bunu desteklemesini isterim.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	58
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	59
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “ <i>Geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılmasını insani bir davranış olarak görüyorum.</i> ” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.....	59
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hata Yakınlarının Yaşlarına Göre Dağılımı.....	60
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Hata Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	60
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Aile Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Aile Tiplerine Göre Dağılımı....	62
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının (Anne-Baba-Eş-Çocuk-Kardeş) Tedavi Aldığı Hastanedeki Bölümlere Göre Dağılımı.....	62
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının Hastalığının Devam Ettiği Süreye Göre Dağılımı.....	63
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastasının Hekim Tarafından Önerilen Tedaviyi Düzenli Olarak Uygulama Durumuna Göre Dağılımı.....	63
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının Tedavisinin Kendileri İçin Maddi Külfet Oluşturma Durumlarına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının Tedavisinin Uzun Sürmesinin Maddi Olarak Yıpratma Durumuna Göre Dağılımı. ....	64
Tablo 34. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “ <i>Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz</i> ” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	64

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	65
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	65
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	66
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları. ....	66
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	67
Tablo 40. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	67
Tablo 41. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Hastanın solunum cihazından çıkarılması –yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları. ....	68
Tablo 42. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Solunum cihazından çıkarılmanın kanunlaştırılmasını istemiyorsanız istememe nedeniniz aşağıdakilerden hangisi ile örtüşmektedir” Düşüncesine Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.....	69
Tablo 43. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 11. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 14. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	70
Tablo 44. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 12. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 20. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	71
Tablo 45. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 13. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 15. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	73
Tablo 46. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 14. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 16. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	74
Tablo 47. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 15. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 12. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	76
Tablo 48. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 16. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 13. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	77
Tablo 49. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 17. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 11. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	79
Tablo 50. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 18. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 22. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi.....	80

## **KISALTMALAR**

**TUS:** Tıpta Uzmanlık Sınavı

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**DHB:** Dünya Hekimler Birliği

**HUMK:** Hukuk Usulü Mahkemeleri Kanunu

**CMUK:** Ceza Mahkemeleri Usulü Kanunu

## GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının birincil görev arz eden sorumlulukları, hasta bireyi iyileştirmek, yaşam kalitesini tıbbın ve tıbbi ekipmanın el verdiği ölçüde yükseltmek, bireyin elden geldiği ölçüde kendi ihtiyaçlarını karşılamasını sağlamaktır. Ancak farklı hastalıklar neticesinde yaşamının kalan kısmını tıbbi ekipmana bağımlı olarak yaşayan veya tıbbi olarak geri dönüşü olmayan- olmayacak hastanın destek tedavisinin devam edip etmemesi konusu günümüzde de tartışmalara neden olmakta, kesin bir yargıya varılamamaktadır.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık alanında tedavinin sonlandırılması ile ilgili yasal bir dayanak bulunmamaktadır. Buda bilinci yerinde olup içinde bulunduğu durumda yaşamını devam ettirmek istemeyen hastaları, karar verme özgür iradesine sahip olmayan hastalarda, hasta yakınlarını ve her iki durumda da hekimleri zor duruma düşürmektedir. Bu bağlamda, hekim, hasta ve hasta yakınları sorunlar yaşamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, solunum destek ünitesine bağımlı olan hastanın yaşamıyla ilgili alınacak kararın kendi özgür iradesine bırakılması gerektiği, karar veremeyecek durumda olan hastalarda bilgilendirilmiş hasta yakınının bu kararı vermesinin uygun olduğu kararına varmaktır. Bu çalışmayla solunum destek ünitesi konusuna dikkatleri çekerek konuyla ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmaktır. Solunum destek ünitesinin kapatılması kararının yasalarla desteklenmesi ile doktor, hasta ve hasta yakınlarının yaşama ilgili karar vermede yasal engellerle karşılaşmalarını önlemektir.

Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için tıbbi ekipmanlar ile kısmi veya tamamen başka birinin yardımına ihtiyaç duyması her hasta tarafından kabul görmemektedir. Günümüzde Hollanda’da kanunlar ile desteklenen ancak tartışmaların son bulmadığı Ötenazi konusu gibi solunum destek ünitesinin kapatılarak bireyin sadece semptomatik tedavisinin gerçekleştirilerek yaşamına devam etmesi konusu da tartışmaların bitmediği, ortak bir kararın alınamadığı, tüm dünyayı ilgilendiren bir konudur. Nefes alıp verme sorunu yaşayıp tıbbi ekipmanlar ve başkasının desteğine



ihtiyaç duyan, acı çeken bireyin ne kadar anlamaya çalışsak da içinde neler yaşadığını bilemeyiz bu nedenle yaşamıyla ilgili karar verebilme yetisine sahip bireyin yaşamının kalan kısmını nasıl geçirmek istediği konusunda fikrine başvurularak karar verilmeli, karar verme yetisi bulunmayan bireylerde ise sağlık alanında belli standartlar belirlenerek hasta yakınlarına hastalığın gidişatı, beklentiler ve olabilecekler konusunda bilgi sahibi edilerek hasta yakınlarının, hastanın solunum desteğinin devam ettirilip veya sonlandırılması konusunda bir sonuca varmaları sağlanmalıdır.

Rahatsızlığı nedeniyle, yaşamını devam ettirmesi amacıyla solunum destek ünitesine bağımlı olan bireylerin yaşam kalitesinin düşmesi, ilerleyen dönemlerde sorunun giderilme olasılığının olmaması durumlarında kişinin kendi özgür iradesine başvurularak, kendi ile ilgili karar veremeyecek olan hastalarda bilgilendirilmiş hasta yakınlarından karar vermeleri istenmeli. Hastanın kendi kararı veya hasta yakınlarının kararı ile solunum destek ünitesinin kapatılmalı ve bu kanunlarla desteklenmiş olmalıdır.

Bu çerçevede tezin birinci bölümünde hekim ve hasta kavramları üzerinde durulmuştur. Hekimin göreve başlamasına ve başlamasından uzmanlaşana kadar ki geçeceği aşamalar belirtilecektir. Hekim olduğunda kendisine, hastalarına ve mesleğine karşı yerine getirmesi gereken sorumlulukları irdelenmiştir. Hekimin sorumlu olduğu kişi olan hasta üzerine durulmuş, hasta bireyin kim olduğu ve hasta hekim arasındaki ilişkinin nasıl olduğu, nasıl olması gerektiği üzerine durulmuş ve arasındaki farklara değinilmiştir. Sağlık, hasta ve hastalık kavramları üzerinde durulmuştur. Sağlığın önemi, hasta bireyin kaybettikleri ve ihtiyaç duydukları gün yüzüne çıkarılmıştır.

Tezin ikinci bölümünde ise tedavi konusu irdelenmiş, etik ve tıp etiği üzerine durulmuştur. Tedaviye son verme konusu hekim ve hasta bağlamında ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Tezin üçüncü bölümünde tedaviye son vermenin hukuki ve sosyal boyutu incelenmiştir. İncelemede hekim açısından hukuki boyutu, hasta açısından hukuki boyutu ve hastane açısından hukuki boyutuna yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise araştırmanın yöntemi ve verilerin değerlendirilmesi üzerine durulmuştur. Araştırmanın yöntemi; çalışmanın amacı, kapsamı ve sınırlılıklarının üzerinde durulmuştur. Verilerin değerlendirilmesi; verilerin çözümlenmesi ve bulgulara yer verilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde kullanılan program ve analizinde kullanılan tanımlayıcı istatistikler açıklanmıştır. Bulgular kısmında ise çalışmaya katılan deneklerin anket sorularına verdikleri cevaplara göre tablolar oluşturulmuş ve yorumlanmıştır. Sağlık çalışanları ve hasta yakınlarına yönlendirilen anket sorularında aynı olan sorulara verilen soru yüzdeleri ki kare yöntemi ile karşılaştırılmış, sonucun anlamlı olup olmamasına bakılmış ve durum yorumlanmıştır.

Sonuç kısmında ise; teorik araştırma ile alan araştırması sonucu elde edilen veriler analiz edilmiş, ulaşılan sonuçlar bir bütün olarak değerlendirilerek çıkarılan sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

## I. BÖLÜM

### TEDAVİYE SON VERME, HEKİMLİK VE HASTA VE SAĞLIK KAVRAMLARI

#### 1. GENEL OLARAK HEKİMLİK

##### 1.1. Hekim (Doktor) ve Hekimlik

“Bin yıl önce, ilk üniversitelerin ortaya çıkmasıyla birlikte, akademik bir unvan olarak kullanılmıştır. Günümüzde, doktora sahibi olan kişilere verilmekle birlikte, genellikle Tıp Doktoru yani Tabip anlamında kullanılır ve kişilerin adlarından önce gelen Dr. kısaltmasıyla belirtilir. Bu meslek grubunun tarihi çok daha eskilere dayanır.

Doktor unvanı, ilk olarak Avrupa'da ortaya çıkmış ve zamanla Amerika'ya ve diğer Avrupa sömürgelerine de yayılmıştır.

Türkiye’de tıp doktorları 6 yıllık üniversite eğitimi görürler ve mezun olduklarında pratisyen doktor olarak anılırlar. Mezuniyetlerinin TC Sağlık Bakanlığı tarafından tasdiklenmesi sonrası reçete yazma ve sağlık kurumlarında çalışma iznine sahip olurlar. Belirli bir alanda uzmanlaşmak isteyenler, yılda iki defa yapılan (Nisan ve Eylül aylarında) Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girerler. Bu sınavı başaran (sınava girenlerin yaklaşık %5-10'u) pratisyen doktorlar uzmanlık alanlarına göre 4 ila 6 yıl arasında uzmanlık eğitimi görerek uzman doktor olurlar. İlaç ile tedavi eden tıp doktorları pratisyen veya uzman, fark etmez hekim başlığı altında anılırlar. Ameliyat ile tedavi eden tıp doktorları cerrah başlığı altında anılırlar. Tabip ismi hekim ve cerrahları kapsayan tüm tıp doktorları topluluğunu betimler.

Ayrıca Tıp Fakültesi dışında Diş Hekimliği Fakültesi mezunları da "Diş Doktoru", "Diş Hekimi" veya "Diş Tabibi" olarak adlandırılmaktadır, diş hekimlerinin uzmanlık alanı, mesleki sıfatları ile bütünleşmiş durumdadır.

Pratisyen Hekimlik dünyada tıp disiplinleri arasında ayrı bir uzmanlık alanıdır. 1. basamak hekimliğinin uzmanlık alanı "pratisyen hekimlik" dir. Dünyada pek çok

ülkede tıp fakültesini bitiren hekimler meslek örgütleri tarafından en az yarısı sahada olmak üzere bir eğitime tabi tutularak "pratisyen hekim" unvanını almaktadırlar. Türkiye'de şu anda 'genel tababet' olarak adlandırılan pratisyen hekimlik için mezuniyet sonrası bir eğitim bulunmamaktadır. Tüm dünyada bu eğitimi alan tıp doktorlar hastayı ilk gören ve tüm sağlık sorunlarını yakından takip eden aile hekimliği uygulamalarının bel kemiğidirler. Böylece küçük sağlık sorunları mahallede halledilmiş olacağından hem hastanın işi çabuk hallolmuş olur hem de daha karmaşık sorunlar için hastaneye sevk edilenlerin hastanelerdeki bekleme süresi azalmış olur.”<sup>1</sup>

Hekim, “İnsan sağlığının korunması için önlemler alan, hastalıklara tanı koyan, tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunarak hastalığın tedavisini sağlayan kişidir.”<sup>2</sup>

“Hekim temel olarak sağlık konusunda belirli eğitim almış, bilgi ve beceri kazanmış, amacı insanlara sağlık konusunda yardım etmek olan bir mesleğin üyesidir. Hekimin rolleri ve sorumlulukları bellidir, bilgisi ve becerileri sınırsız değildir.

Her şeyden önce hekim de bir insandır. Onun da olumlu ve olumsuz özellikleri, yeterli ve yetersiz yönleri olabilir. Önemli olan, hekimin kendini her yönüyle iyi tanımasıdır. Ancak bunu yapabildiğinde hekim hastasını tanıyabilir, anlayabilir ve yardım edebilir.”<sup>3</sup>

“Doktorluk sürekli ve çok çalışmak gerektirdiği için sevmeden yapılamayacak bir meslektir. İyi bir yaşam için sağlıklı olmak temel taş olduğu sürece tüm dünyada doktorlara her zaman ihtiyaç olacaktır “<sup>4</sup>

Yaşamı boyunca her insan en az bir defa belki de defalarca hastalanmıştır. Bu hastalık sürecinde kişinin olur olmaz istekleri, zamanlaması, huy değişiklikleri olabilmektedir. Bazı hastalar içe kapanırken bazıları ise dışa yönelim yada ajitasyon gösterebilmektedirler. Bunun nedeni ise hasta bireyin kendi durumunu kabul

---

<sup>1</sup>“Tabip”;Vikipedi,özgür ansiklopedi;4 Ocak 2011,Ekim 2009, <http://tr.wikipedia.org/wiki/Tabip>, (20.06.2010)

<sup>2</sup> Milliyet.com.tr,“Gözden Düşmeyen Meslek”,12.06.2010/07.07.2010/Cuma,Milliyet İnternet-Güncel.mht. (15.09.10)

<sup>3</sup> Evrim AKTEPE,Tıp Uygulamasında Davranış, ,s5. (12.06.2010)

<sup>4</sup> <http://www.milliyet.com.tr/2006/07/07/güncel/gün01/html>

etmemesi, reddetme yoluna gitmesidir. Kişideki bu değişiklikler ve sağlık sorununun ikisi ile birlikte hekim baş edebilmelidir. Hekim burada iyi bir psikolog, iyi bir iletişimci hem de mesleğini itina ile yapabilmelidir ki hastasına faydalı olabilsin, hasta verilen tedaviye eksiksiz uygulayabilsin-uygulatabilsin.

Dışarıdan görüldüğü gibi kolay bir meslek değildir sağlıkçı olmak. Ortaya çıkan olumlu sonuçlar her ne kadar sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarını sevince boğuyorsa da sonucun olumsuz olması hasta yakınlarının tepkilerine ve ne kadar doğru tedaviyi önerip uygulasalar da sağlık çalışanlarının üzülp kafalarında soru işaretlerinin oluşmasına neden olmaktadır.

Ortaya çıkan olumsuz sonuçlar bir anda hasta için yapılan tedavileri ve emekleri ortadan kaldırıp hasta için elinden gelen her şeyi yapan sağlık çalışanlarını suçlayabilmektedir.

## **1.2.Hasta-Hekim İlişkisi**

“Yirmi beş yıllık hayatımda hastayla iletişimin nasıl kurulacağı hakkında bir eğitim görmedim. Şimdiki tıp öğrencilerinin de bu tarzda bir eğitim almadığını biliyorum. Pratik uygulama derslerinde öğrencilerimin en çok sorduğu sorular:

“Hastayla nasıl iletişim kuruyorsunuz”

“Nasıl ameliyata ikna ediyorsunuz”

“Kanserli hastayla nasıl konuşuyorsunuz”

“Hastaya kanser tanısı konduğunda, ona bunu nasıl açıklıyorsunuz” şeklindeydi. Hastayla iletişim sağlarken; genelde hocalarımızı izleyerek, onların deneyimlerinden faydalanarak kazandıklarımıza kendi kültür ve deneyimimizi de katarak doğru yada yanlış bir yöntem bulmaktayız. Hastayla kurulan iyi bir iletişim, onun doktoruna

güven duymasını, daha detaylı anamnez vermesini sağlayacaktır, bu da bizim daha doğru tanı koymamızı sağlayacaktır.”<sup>5</sup>

“**Doktor hasta ilişkisini çeşitli etmenler oluşturur, güçlendirir, değiştirir ve bazen de bozar.** Çünkü bazen sağlam bazen de kırılabilir ilişkidir bu. Doktor ve hastaların paylaştıkları ortak nokta **karşılıklı saygıdır.** Bağlantı eğer iki taraftan birinde koparsa bu saygı tehlikeye düşer. Bütün hastaların bedensel, duygusal ve çoğunlukla psiko- sosyal ihtiyaçlarıyla ilgilenmek, doktor için zor bir görevdir. Hasta, doktorun da bir insan olduğunu unutmamalıdır”<sup>6</sup>

“Genel olarak hasta ve hekimin ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşturulması, yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel, ruhsal, davranışsal, sosyal açıdan tam bir iyilik halinin sağlanmasıdır. Dolayısıyla hasta ve hekim, aynı amaç için, birlikte çalışan bir ekibin bütünleyici iki tarafı konumundadır. Bu nedenle, tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınması ve uygulanması, hekimin olduğu kadar hastanın da sorumluluğudur. En iyi yararın sağlanmasında hasta değerlerinin doğru analiz edilmesi ve hasta özerkliğine saygı gösterilmesi öngörülmelidir.

Hasta-hekim ilişkisi tıp uygulamalarının temel dayanağı olup tedavi başarısı aynı zamanda bu ilişkinin şekline ve gücüne dayanır. Bu ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik gibi birçok etmen tarafından belirlendiğinden aynı zamanda toplumsal bir konudur.”<sup>7</sup>

“Hasta-hekim ilişkisi temel olarak bir kişilerarası ilişkidir. Ancak bunu günlük yaşamda görülen iki insanın ilişkisinden ayırmak gerekir. Hasta-hekim ilişkisi de bir insan ilişkisidir; fakat bu ilişkinin belli bir amacı, yapısı ve işleyişi vardır. Bunu iki yönlü, hatta çok yönlü bir iletişim süreci olarak görebiliriz, geribildirim olgusu vardır. Geleneksel tıp uygulamasında hekim etkin, hasta edilgin roldedir. Çağdaş tıp uygulamasında ise hem hekim, hem de hasta etkin roldedir. Ancak gene de

<sup>5</sup> Ahmet DİNÇÇAĞ, Hasta İle İletişim, Görsel- Sözel Sorgulama Tekniği, Nobel Tıp Kitabevleri

<sup>6</sup> Daniel GOLEMAN, . Sosyal Zeka, çev. Osman Çetin Deniztekin, Varlık/ Bilim, İstanbul, 2007,s1-2

<sup>7</sup> Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. Türk Psikiyatri Dergi 2004; 15(1): 64-9. s91

günümüzde hekimin görece hastadan daha etkin olduğunu görüyoruz. Hasta-hekim ilişkisinin etkin, sağlıklı, verimli olabilmesi için hekimin bazı özelliklerinin olması gereklidir.

1. BİLGİ: hekim mesleğiyle ilgili doğru ve yeterli bilgileri öğrenmiş, gerekli becerileri kazanmış olmalıdır. Mesleğiyle ilgili davranışları gösterebilmesi için bu temel bir koşuldur. Hekim yeni gelişmeleri izlemeli, sürekli olarak kendisini geliştirmelidir. Bunun için yeni kitapları ve dergileri izlemeli, bilimsel toplantılara ve kurslarına katılmalıdır.

2. İLGİ: Her hekim, hastasıyla ilişkisinde kişiliğinin bazı yönlerini, değer yargılarını, başkalarının davranışlarına karşı duyarlılığını ortaya koyar. Hasta-hekim ilişkisi bir insan ilişkisi olduğundan, hekimin bazı ilgilerinin ve içsel gereksinmelerinin de bu ilişkide rol oynayacağı düşünülebilir. Hekim ilgilerinin ve içsel gereksinmelerinin farkına varır ve bunları denetleyebilirse, mesleksi ilgi sınırlarının dışına çıkmaz. Burada sözü edilen ilgi, mesleksi bir ilgidir. Bu kavramla anlatılmak istenen şey, hekimin hastasını bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan hasta ve sağlıklı yönleriyle bir bütün olarak görmeye çalışmasıdır. Bunun amacı, hastayı tanımaya ve anlamaya çalışmaktır. Hekimin hastasının tüm yönleriyle ilgilenmesi, hastanın güven duymasını ve aralarındaki iletişimin sürmesini sağlar. Hekim mesleksi ilgisini hastaya yerinde ve uygun sorular sorarak tam ve iyi bir muayene yaparak gösterir.

3. DAVRANIŞ: iletişim sürecinde sözlü ve sözsüz iletişim araçları kullanılır. Hasta-hekim ilişkisi sözlü olarak sürerken, hekim bir yandan da hastanın davranışlarını, jestlerini ve mimiklerini inceler. Benzer biçimde hastada hekimin görünüşünü, beden hareketlerini, jestlerini ve mimiklerini inceler. İletişim sürerken konuşmanın hızı, ses tonu, vurgulamalarda karşılıklı olarak incelenir.

4. KABULLENME: hekim de bir insan olduğuna göre, onun da diğer insanlar gibi tümüyle önyargısız olması olası değildir. Ancak hekimin olabildiğince önyargısız olması ve hastasını sağlıklı ve hasta yönleriyle bir bütün olarak kabullenmesi beklenir.

5. ESNEKLİK: tıpta “hastalık yoktur hasta vardır” genel olarak kabul edilir. Bu ilke her hastanın kendine özgü olduğunu, hastaları kategorize edemeyeceğimizi gösterir. Bir hastanın tek bir belirtisine bakarak tanı koymak doğru değildir. Özellikle tanı koymada acele edilmemeli, tüm seçenekler gözden geçirilmelidir. Hekimin tutumu, hastanın o andaki ruhsal durumuna göre esnek olmalıdır.

6. DİNLEME: hekimin diğer özelliklerinin yanısıra iyi bir dinleyici olması gerekir. Hekim hastayı dinlerken yerinde ve uygun sorular sormalı, gerekirse açıklama istemelidir.

7. EŞDUYUM (EMPATİ): hasta için hekimin gösterdiği tepkiler ve duyarlılık önemlidir. Bunlar hekimin hastayı anlayıp anlamadığını gösteren ipuçlarıdır. Hekimin hastayı anlamasında ve tanınmasında önemli bir teknik de eşduyumdur. Bu teknik, bir an için ve geçici olarak kendini hastasının yerine koyarak onu anlamasına yardım eder. Bazı kişiler doğal olarak diğer insanlardan daha iyi eşduyum yapabilir, eşduyum yeteneği eğitimle geliştirilebilir.

8. ROLLER VE SORUMLULUKLAR: hekim sağlık alanında eğitim görmüş olmakla birlikte, bilgisi ve becerileri sınırlıdır. oysa, hasta ve yakınları hekime üstün bir rol vermek eğiliminde olabilir. Böyle bir durum ilişkiyi bozabilir, hekimin hastasına yardımcı olmasını güçleştirir. Bu nedenle hekim rollerini ve sorumluluklarını bilerek davranmalı, hastaya yardım etmeye çalışmalıdır. Hekimin rolleri ve sorumlulukları toplumun sağlık düzeyini geliştirmeye çalışma, topluma sağlık eğitimi verme, hastayı tanıma ve anlama, sorunlarına çözüm bulma olarak özetlenebilir.

9. BECERİLER: hekim, hasta-hekim ilişkisini yürütebilmek ve mesleğini yapabilmek için mesleki becerileri, iletişim sürecini öğrenmeli ve uygulamalıdır. Bir sorun karşısında çözüm bulabilmeli, yaratıcı olmalı, bilime ve etik kurallara uygun davranmalıdır. Hastayı daha iyi tanımak ve anlamak için gerekirse hasta yakınlarından da bilgi almalıdır.

10. GÜVEN VERME: Hastanın hekime güvenmesinin belli bir kuralı yoktur. Hasta ne zaman hangi durumlarda hekime güvenir? Bu sorunun yanıtı, hekimin yukarıdaki



özellikleri taşımasının yanı sıra hastanın hekimi değerlendirmesine bağlıdır. Bu değerlendirmede hekimin genel tutumu ve davranışları, bilgisini ve becerilerini doğru olarak uygulaması önemlidir. Bu nedenle hekimin hastasına güven vermesi için özel bir davranış gerekmez. Hekimin parasal çıkar elde etmek için hastasına yalancı bir güven vermesi de doğru değildir.

#### TIPTA KİŞİLERARASI İLİŞKİLER:

•Sağlık elemanlarının hastaya yardım etmek için bir ekip olarak çalışması, hastayla iletişime girmeleri gerekir. Bir hekim mesleğini uygularken hasta ve hasta yakınları dışında, sağlık ekibinde yer alan diğer mesleklerin üyeleriyle de ilişki kurmalı, eşgüdüm içinde çalışmalıdır. Sağlık elemanlarının birbirleriyle ilişkilerindeki genel özellikleri:

Hekimin diğer sağlık elemanlarıyla ilişkileri mesleksel ilişki ölçütlerine uygun olmalıdır.

•Hekimin sağlık ekibinin başı olması ona bir üstünlük duygusu vermemelidir. Sağlık ekibinde farklı mesleklerden üyeler yer aldığından, mesleksel olarak diğer üyelerin amiri değildir. Ekibin başı olması, hastaya verilecek hizmetin iyi olması için eşgüdümü sağlamak rolünü ve sorumluluğunu taşıması anlamını taşır.

•Hekimin diğer ekip üyeleriyle ilişkisi bir işbirliği ilişkisidir. Bu ilişkide karşılıklı saygı, doğruluk, açıklık, eleştiriye açık olma, deneyimleri paylaşma, bilgi alışverişinde olma temel olmalıdır.

•Hekimin diğer ekip üyeleriyle ilişkilerinde özel eğilimleri ya da özel ilişkileri değil, bilgi ve beceriler rol oynamalıdır.

•Hastanın zarar gördüğü bir yanlış uygulamada meslektaşlarını ya da ekip üyelerini kayırmamalıdır.

•Hastaya nitelikli bakım verebilmek için ekip üyeleriyle hizmet içi eğitim yapmalıdır.

•Hekim sağlık elemanlarıyla ilişkisinde bir yönlü iletişimden kaçınmalı, iletişim çok yönlü olmalıdır.”<sup>8</sup>

Hasta hasta olarak değil yaşayan, sosyal yaşamı olan bir insan olarak ele alınmalıdır, bu olmazsa “Hastanın fkesi her yöne yayılır. Hasta ile başa çıkmak, aile ve hastane personeli için çok zordur. Hastaya göre, doktorlar hiç bir içe yaramıyordur, yapılacak analizleri ve uygulanacak diyetleri bilmiyorlardır, odalarına başka biri yatırılmıştır... Bu öfkeye daha çok hemşireler muhatap olurlar. Onların yaptıkları her Şey yanlıştır. Odayı terk ettikleri anda, hasta zil alar. Hasta ziyaret eden aile üyelerini asık suratla karşılar. Sesini yükseltir, Şikayet eder ve ilgi ister. “Ben yaşıyorum, beni unutmayın. Sesimi duyabilirsiniz, henüz lmedim!” der. Hastaya saygı duyulursa ve zen gösterilirse sesini alçaltır ve öfkeli talepleri azalır”<sup>9</sup>

Bunun yanında hasta için güler yüzde önemlidir “İnsan beyni mutlu yüzleri tercih ediyor. **Mutlu yüzleri olumsuz ifade edilenlerden daha hızlı ve daha kolay bir Şekilde fark ediyor.** Buna “mutlu yüzün avantajı” denir. Beyinde olumlu duygular için harekete hazır bekleyen bir sistem vardır. Bu sistem insanları olumsuzdan olumlu ruh hallerine ve hayata daha iyimser bakmaya yöneltiyor. Gülmek iki beyin arasında en kısa yoldur. İnsan gülme ile anında sosyal bağ kurabilir. Ayrıca gülme engellenemez “<sup>10</sup>

“Günümüzde doktor- hasta görüşmeleri çok teknik ve bilgi merkezlidir. Doktorlar, genel olarak selamlaşma ve tokalaşma gibi günlük nezaket davranışlarını çok az kullanıyorlar. Arkadaşca kelimelere çok az ihtiyaç duyuyorlar. Son yapılan bir araştırmaya göre, doktorlar, 20 dakikalık bir görüşmenin sadece bir dakikkasında hastalara bilgi vermişlerdir. Doktorlar bilgi vermek için harcadıkları zamanı gözlerinde bytyorlar. Hastaların çoğu doktorların kendilerini dinlemediğinden yakınıyorlar. **Doktorların tedavilerinin amacına ulaşabilmesi için, hastaların, doktorların önerilerine uymaları gerekir.** Hastaların yaklaşık % 50 ‘si doktor

---

<sup>8</sup> Aktepe,a.g.e.,s5-9

<sup>9</sup> ROSS, Elisabeth Kübler, Büyümenin Son Aşaması ÖLÜM, ev. Nur Nirven, Ruh ve Madde Yayınları, İstanbul, 1987, s61

<sup>10</sup> Goleman, a.g.e., s59

muayeneleri ve kliniklerinden, kendilerine nasıl bakacakları konusunda nerdeyse hiç bilgi sahibi olmadan ayrılıyorlar”<sup>11</sup>

## 2. GENEL OLARAK HASTALIK VE SAĞLIK

### 2.1. Hasta ve Hastalık

“Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmeti satın alan kişidir” tanımı oldukça yetersizdir. Bu tanıma göre insanlar, ancak sağlık hizmetini satın aldıklarında ya da tükettiklerinde hasta tanımına uymaktadırlar.

Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.”<sup>12</sup>

“Hasta; çeşitli nedenlere bağlı olarak bedensel-ruhsal-toplumsal alanların bir ya da daha çoğunda uyumu bozulan, bu nedenle acı ve ağrı çeken, sorunuyla baş edemeyen ve profesyonel yardıma gereksinme duyan bir insandır.

Hasta hastalığı nedeniyle rollerini ve sorumluluklarını tam olarak yerine getiremeyebilir. Fiziksel gücü azalmış, hareketleri kısıtlanmış ve hoş gitmeyen duygular sahip olabilir. Çevresindekilerden her zamankinden daha çok ilgi, dikkat, sevecenlik, hoşgörü bekler. Bu durum hemen her toplumda ortak olarak görülen “hasta” rolüdür.”<sup>13</sup>

“Homeostatik dengenin devamlılığı bozulunca bireyin çevresindeki değişiklikler ile baş edemez duruma gelir. Hastalık durumu ortaya çıkar. Claude Bernard ve Cannon bireyin çevresinden ayrı düşünülemeyeceğini belirtmiş ve iç ortam kavramını tanımlamış, daha sonra hastalığın hem iç ortamdaki dengenin bozulmasından hem de iç ortam ve dış ortam arasındaki ilişkinin bozulmasından kaynaklandığını, aynı zamanda hastalığın sadece bu dengenin bozulmasından kaynaklandığını, aynı

---

<sup>11</sup>Thomas GORDON, Sterling EDWARDS, Doktor-Hasta İşbirliği, çev. Emel AKSAY, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1997, s12-14

<sup>12</sup> hasta hakları\woguzen21.htm. (15.09.2010)

<sup>13</sup> Aktepe,a.g.e.,s4

zamanda hastalığın sadece bu dengenin bozulması olmayıp, bazı adaptasyon mekanizmaları ile bozulan dengenin düzeltilmesi çabası olduğunu belirtmişlerdir. Geleneksel sağlık modelinde amaç hastayı hastalıktan kurtarmaktır. Birey bir bütün olarak ele alınmaz. Günümüzde bütüncül sağlık görüşü bireyin fiziksel, sosyal, metal ve ruhsal bir bütün olduğunu kabul eder. Sağlığın devamı ya da hastalığın oluşumu tek bir ajana bağlı değildir. Bireyi çevresi ile bir bütün olarak ele almak gerekir. Ajan bireyde bir reaksiyon yaratma yeteneği olan bir organizmadır. Eğer hastalık süreci bir ajanın bireyi etkilemesi olsaydı sağlık bakımı daha kolay olurdu. Ajanın vücuda girmesi hastalık için yeterli değildir. Hastalığın oluşması bireyin duyarlılığına ve ajanın hastalık yapma yeteneğine de bağlıdır. Suchman hastalığı 5 aşamada tanımlamaktadır.

1. Semptomların deneyimlenmesi

2. Hasta rolüne girme

3. Tıbbi bakımla ilişki

4. Bağımlı hasta rolü

5. İyileşme ve rehabilitasyon

Selye hastalığın oluşumunda stresin rol oynadığını belirtmiştir. Stres (gerilim) organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin yaşamını etkiler. Stres durumunda insanlarda hem bedensel hem de psikolojik düzeyde bir dizi olay ortaya çıkar. Baş ağrısı, tansiyon yüksekliği, kalp rahatsızlıkları gibi bedensel hastalıklar olabildiği gibi psikolojik hastalıklar da olabilir.

Bireyde stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, karşı koyma, endişe, depresyon gibi duygusal problemler gelişebilir. Hasta olan herkes değişik düzeyde anksiyete yaşar. Bazı bireyler hastalıklarını ilk öğrendiklerinde şok dönemi yaşarlar. Şokta olan birey hastalığı inkar eder. İnkâr çeşitli düzeylerde oluşur. Unutma inkarın hafif şeklidir. Örneğin: ilaç almayı unutma gibi. Genellikle inkar kendiliğinden

geçer, birey bulunduğu ortama uyum sağlar. Hastalığına karşı kuşku duyan birey, tanıyı inkar etmez. Tanı doğru olabilir ama, kuşkusunun nedenini bulmaya çalışır. Korku içindedir. Güveni azdır ve çok soru sorar. Hastaya en iyi yaklaşım sabırlı ve güvenilir olmaktır. Hasta olan bireyler nedenlerini araştırırlar. Bazıları yanıt bulamaz. Bazıları da hastalıklarını şu nedenlere bağlar: Bir yanlışı yüzünden cezalandırılma, ihmal sonucu, kader v.s. gibi. Neden ne olursa olsun hastalıkta yaşam ve ölüm üzerinde birçok sorun vardır.

Görüldüğü gibi bireyin sadece var olan sorununu görmek, onun çözümü ile uğraşmak yeterli değildir. Soruna çözüm getirebilmek için bu sorunun nereden kaynaklandığını araştırıp bulmak önemlidir. Bu nedenle insanın, çevresiyle bir bütün olarak ele alınıp değerlendirilmesi gerekir

Hasta hekime gelirken çeşitli endişelere, yanıtını veremediği sorulara, karamsarlık ya da umutsuzluk duygularına sahip olabilir. Hekimle ilgili endişeleri bulunabilir. Örneğin, nasıl biri olduğu, bilgi düzeyi, kendisine karşı nasıl davranacağı, doğru tanı ve tedavi konusu zihnini meşgul edebilir. Tüm bunlar hastada hekime karşı biraz çekingenlik ve korku yaratabilir. Öte yandan, kültürel olarak hekime bakış açısı ve önyargılar da bir korku yaratabilir. Hastanın sağlık elemanlarından ve kurumlarından doğruluk, açıklık, insancıl tutum ve davranış, saygı, tanı ve tedavi konusunda açıklama ya da bilgilendirme, tetkik sonuçlarının açıklanması, ameliyat gerekiyorsa her aşamanın açıklanması gibi beklentilerinin olduğu söylenebilir.<sup>14</sup>

## 2.2. Sağlık Nedir?

“Daha önceleri sağlık; hastalık ve sakatlığın olmayışı, hastalık da sağlıklı olmama gibi dar bir çerçeve içinde tanımlanırdı. Bu durumda bireyi etkileyen duygusal, sosyal ve entellektüel gereksinimler göz önünde bulundurulmuyordu. Oysa ki günümüzde birey fizyolojik, duygusal, sosyal ve entellektüel gereksinimleri ile bir bütün olarak görülmektedir.

---

<sup>14</sup>Emine ÇAKIRCALI, Hemşirelik Temel İlke Ve Uygulamaları, 1998,s2-4

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “**Sağlık**, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır.

Temel insan gereksinimleri ırk, din, cins, kültür ve yaş ne olursa olsun tüm insanlar için birdir, değişmez. Temel insan gereksinimlerinin karşılanması veya bunlara ilişkin sorunların giderilmesi bireyden bireye değişirken, aynı bireyde farklı durumlara göre de değişiklik gösterir. Gerçekte tüm insanlar fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimlerin bir birleşimidir. Bu etkileşim şekli sağlık ve hastalık durumlarının her ikisinde de vardır. Sağlık durumunda bu süreçler dengede ve “homeostazis” durumundadır. Fizyolojik fonksiyonları yeterli, sosyal yaşantısı düzenli ve üretken, duygu ve düşüncelerinin bilincinde ve bunları yeterince belirtebilen, entelektüel becerilerini yerine getirebilen bir birey sağlıklıdır.”<sup>15</sup>

“Sağlık elemanları kendilerine başvuran kişiyi bazı sorunları olan bir hasta insan olarak değil, bedensel-ruhsal-toplumsal (biyopsikososyal) bir bütün olarak görmek zorundadır. Başvuran bir kişiye salt bir alan açısından bakmak ona yardımcı güçleştirir. Başvurayı anlama ve tanıma amacı tam olarak gerçekleştirilemez.

Tıbbi yaklaşımlar: klasik tıp anlayışı, hastada bir hastalığın varlığı ya da yokluğuyla ilgili bilgi toplanması temelinde bir görüşü yansıtır. Bu yaklaşıma göre hasta, hastalığı olan bir kişiden başka bir şey değildir, hastalığı tedavi edilmelidir. Hastalığı ya organik kökenli, ya da ruhsal kökenlidir. Bu yaklaşım “ biyomedikal yaklaşım” olarak da bilinir.

“Çağdaş tıp anlayışı”, hastayı bedensel-ruhsal-toplumsal yönleriyle bir bütün halinde, insan olarak görmeyi simgeler. Bu insan sağlıklı ve hasta yönleriyle bir bütündür. Hastalıkların organik ve ruhsal olarak ayrılması da doğru değildir, bunlar içiçe olabilir ve her iki yön birbirini etkiler. Bu yaklaşım biyopsikososyal yaklaşım olarak bilinir.

---

<sup>15</sup> Çakırcalı,a.g.e.,s2

Sağlık elemanlarının ilişkide bulunduğu kişiler arasında hasta, hasta ailesi, iş ya da okul arkadaşları vardır. Bu nedenle hastanın ele alınmasında toplumsal çevresi de önemlidir.

Hastalığın nedenlerini araştırırken genel anlamda çevreyi; biyolojik, fiziksel ve toplumsal çevreyi de incelemek gerekir .<sup>16</sup>

## II. BÖLÜM

### TEDAVİYE SON VERME VE TIP ETİĞİ

#### 1. TEDAVİ NEDİR?

“**Tedavi (Sağaltım)** Sağlığı bozulmuş olan bireyi sağlıklı duruma kavuşturma amacıyla yapılan tıbbi işlemler bütünüdür. Bireyin rahatsızlığına göre değişik tedavi şekilleri bulunmaktadır.

Bunlar:

##### 1. Kimyasal Yöntemler

İlaç tedavisi

##### 2. Fiziksel Yöntemler

- Mekanoterapi (Bazı kemik-eklem, kas ve ya sinir hastalıklarının, mekanik aletler yardımıyla yaptırılan hareketlerle tedavisi.)
- Termoterapi (Isı veren ışınlarla uygulanan tedavi yöntemi.)
- Hidroterapi (Yaralanma, hastalık, ortopedik özür, hareket sistemi bozuklukları ve çeşitli hastalıklardan ağrı ve fonksiyon bozukluklarında

---

<sup>16</sup> Aktepe,a.g.e.,s3-4

hekimin koyduğu tanı ve belirlediği tedavi planına göre, suyun; katı (buz), sıvı ve gaz (buhar) hallerini hastaya tedavi aracı olarak uygulanması.)

- Aromaterapi (Bitkisel öz yağların kimyasal yapısı ve enerjilerinden faydalanan ve masaj, teneffüs (buğu), kompres, banyo ve diğer yollarla uygulanmasını içeren, sağlık ve güzelliği destekleyen doğal bir terapi.)

### 3. Cerrahi Tedaviler

Ameliyatla Tedavi

### 4. Psikolojik Tedavi

Ruhsal yönden sorunlar yaşayan bireylerin sorunlarının ortadan kaldırılması için uygulanan psikanaliz gibi psikolojik tedavi yöntemleri bulunmaktadır.

### 5. Diğer

- Aroma Terapi

Kaplıca Terapisi, şeklindedir”<sup>17</sup>

## 2. ETİK-TIP ETİĞİ NEDİR?

“Etik kelimesi köken olarak Eski Yunan’a kadar gider. Ahlak, ahlakla ilgili demektir ama aralarında fark vardır.

Ahlak ve Etik arasındaki fark: Etik daha çok ahlak üzerinde konuşur, sorgular, tartışır, düşünür, yargılar, Ahlak yöresel, Etik evrenseldir. Evrensel kabul gören kurallardır”<sup>18</sup>

“Etik tam olarak nedir ve bu tür sorularla uğraşan hekimler nasıl yardımcı olur? Basitçe etik, ahlak konusunda, geçmiş, şuan ve geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin

<sup>17</sup> <http://wikipedia.org/wiki/Tedavi>, ( 20.06.2010)

<sup>18</sup>“Etik Nedir?”;T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2010, <http://www.meb.gov.tr>, (18.07.2010)



dikkatli ve sistematik bir biçimde düşünülmesi ve çözümlenmesi ile uğraşır. Ahlak insanların karar ve eylemlerinin değersel boyutudur. Ahlakın dili ‘haklar’, ‘sorumluluklar’ ve ‘erdemler’ gibi isimler ve ‘iyi’ ve ‘kötü’, ‘doğru’ ve ‘yanlış’, ‘adil’ ve ‘adil olmayan’ gibi sıfatlar içerir. Bu tanımlamalara göre etik birincil olarak bilmekle ilgiliyken, ahlak yapmakla ilgilidir. Aradaki ilişki, etiğin, insanların belli bir yönde karar vermesi veya eylemesi için akla yatkın bir ölçüt sağlamaya çalışmasıyla kurulur.

Etik insan eylemi ve kararlarının tüm boyutlarıyla uğraştığı için, birçok alt dalı olan çok geniş ve karmaşık çalışma alanıdır. Tıp etiği *biyoetik*le yakından ilişkilidir, ancak eşanlı değildir. Tıp etiği birincil olarak tıp uygulamalarından kaynaklanan konulara odaklanırken, biyoetik, daha genel olarak biyolojik bilimlerin gelişmesiyle ortaya çıkan ahlaki sorunlarla ilgilenen çok geniş bir konudur. Biyoetik tıp etiğinden temel olan belli geleneksel değerlerin kabul edilmesini gerektirmemesi ile de ayrılır.

Bir akademik disiplin olarak tıp etiği, felsefeden ödünç alınan birçok sözcüğü de kapsayan kendi özgün sözcük dağarcığını geliştirmiştir.

“NEDEN TIP ETİĞİ ÖĞRENMELİ?”

“Hekim bilgili ve becerikli bir klinisyen olduğu surece etik önemsizdir.”

“Etik aile içinde öğrenilir, tıp fakültesinde değil.”

“Tıp etiği kitaplardan ya da derslerden değil, deneyimli hekimlerin nasıl davrandığı gözlemlenerek öğrenilir.”

“Etik önemlidir, ancak eğitim programımız şu haliyle zaten oldukça yoğun ve etik eğitimi için yer yok.”

Bunlar, tıp eğitiminde etiğe önemli bir yer vermemek için ileri sürülen yaygın nedenlerdir.

Her biri kısmen, ama sadece kısmen geçerlidir.

Dünyadaki tüm tıp fakülteleri giderek artan bir biçimde, öğrencilerinin etik öğrenimi için yeterli zaman ve kaynak sağlamaları gerektiğinin ayırına varıyorlar. Dünya Hekimler Birliği (DHB) ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu gibi örgütlerden bu yönde hareket etmeleri için güçlü bir destek alıyorlar.

Tıp eğitiminde etiğin önemi bu elkitabında açıkça ortaya konulmaktadır. Özetle, etik tıp uygulamasının temel bir parçasıdır ve öyle de kalacaktır. Kişilere saygı, aydınlatılmış onam, mesleki gizlilik gibi etik ilkeler hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Bununla beraber, hekimler, hastalar, hasta yakınları ve diğer sağlık çalışanları belli bir durumda doğru davranışın ne olduğunda anlayamayabilecekleri için bu ilkelerin yaşama geçirilmesinde sıklıkla sorun yaşanır. Etik öğrenimi öğrenciyi, güç durumları tanınması ve sorunlarla akla yatkın ve ilkel bir biçimde uğraşabilmesi için hazırlar. Etik ayrıca, hekimlerin toplumla ve meslektaşları ile etkileşimi ve tıbbi araştırmaların yürütülmesi açısından da önemlidir.”<sup>19</sup>

“ Etik, en azından tıp etiğinin kurucusu sayılan Yunanlı hekim Hipokrat zamanından beri (M.O. 5. yüzyıl) tıbbın bir parçasıdır. Hekimlerin hastalarının yararını kendi çıkarlarının üzerinde tutacaklarına ilişkin topluma söz verdikleri bir meslek olarak tıp kavramı, Hipokrat’a dayanır.”<sup>20</sup>

“Son zamanlarda tıp etiği, insan haklarındaki gelişmelerden büyük ölçüde etkilenmiştir. Birçok ahlaki geleneğe sahip çoğulcu ve çok kültürlü bir dünyada uluslararası insan hakları antlaşmaları, tıp etiği için ulusal ve kültürel sınırların ötesinde kabul edilebilir bir temel sağlayabilir. Dahası, hekimler zorunlu göç ya da işkence gibi insan hakları ihlallerinden kaynaklanan sağlık sorunları ile uğraşmak durumunda kalabilirler. Ayrıca sağlık hizmeti almanın bir insan hakkı olup olmadığı tartışmasından oldukça etkilenirler; çünkü bu soruya her ülkede verilen yanıt kimin sağlık hizmetine erişebileceğini büyük çapta belirler.”<sup>21</sup>

“Tıp etiği ayrıca hukukla da yakın ilişkilidir. Birçok ülkede hekimlerin sağlık hizmeti sunumu ve bilimsel araştırmalarda ortaya çıkan etik sorunlarda nasıl davranmaları

---

<sup>19</sup> Çeviri Murat CİVANER, Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, 2005, s11-13

<sup>20</sup> Civaner,a.g.e.,s13

<sup>21</sup> Civaner,a.g.e.,s13

gerektiğini belirleyen özgün yasal düzenlemeler vardır. Ek olarak, çalışma izni veren ve düzenleyici kurumlar meslek ahlakına ilişkin düzenlemelere aykırı davranmak nedeniyle hekimleri cezalandırabilir. Ancak etik ve hukuk aynı değildir. Etik sıklıkla yasalardan daha yüksek tutum standartları belirler ve ender de olsa hekimlerin, ahlaki olmayan eylemlerde bulunmalarını isteyen yasal düzenlemelere uymamalarını gerektirir. Ayrıca yasalar ülkeden ülkeye önemli biçimde farklılık gösterebilirken, etik tüm ülkeler için geçerli değerlere kaynaklık edebilir.”<sup>22</sup>

### **3. TEDAVİYE SON VERME**

#### **3.1. Hekim Açısından Tedaviye Son Verme**

Hastaya uygulanan tedaviler, hastanın hastalığını gidermek, yaşam kalitesini yükseltmek ve elden geldiği ölçüde kendi kendine yeter duruma getirmek için yapılmaktadır.

“Hekim bir bilgi ve aracı elinde bulunduran yetkin bir kişi olarak, mesleki etik ve ahlakının getirdiği zorunlulukla, hastanın bozulan sağlığını geri kazandırmaya çalışacaktır. Bunu yaparken ilk ve en önce denetleyen mekanizma “vicdanının sesidir”. Hekim her koşulda vicdanının sesini dinleyecek, kararlarını, tutum ve davranışlarını ona göre belirleyecektir. Vicdan için basit olarak “kişinin kendisini yargılama gücüdür” diyebiliriz. Hasta haklarının tıbbi açıdan gerçekleşmesi, hekimin her davranışını “yaptığım etik ve bilimsel kurallara uygun mu?” diye vicdanında yargılamasıyla olacaktır. Bu hastanın da tek güvencesidir.”<sup>23</sup>

“Verilecek tedavi hastaya ek bir yük getirecekse, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik değilse, yaşam süresini uzatacaksa ve medikal olarak etkisiz yada gereksiz olacaksa yaşam destek tedavilerini sonlandırmak düşünülebilir. Yaşam kalitesi ile ilgili beklentiler yalnızca hasta, hasta yakınları ve/veya hasta temsilcisini ilgilendirse de gereksiz tedavi medikal bir seçimdir. Eğer hasta yada hasta temsilcileri ve medikal takım tarafından ortak olarak ileri tedavinin yararsız olduğuna ve medikal olarak

---

<sup>22</sup> Civaner,a.g.e.,s13-14

<sup>23</sup>“Hasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri”;Türk Kardiyoloji Derneği; 2010./2009,TKDHasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri.mht, Cilt:37, Sayı:Supplementum 3, (15.09.2010)

tavsiye edilmediğine dair sağduyulu bir konsensus oluşturulursa aktif tedavi sonlandırılıp hastaya sadece bakım uygulanabilir.”<sup>24</sup>

“Tedaviyi sonlandırmak yada sınırlamak düzenli bir şekilde yapılır. İlaveten tedaviyi sonlandırma kararı verildikten sonra hasta yakınlarından hem ağrı tedavisi hem de doktorla iletişim ile ilgili hoşnutsuzluklar ortaya çıkar. Bu seçim tedaviyi kür veya iyileştirme amacından palyatif yöne kaydırır. Palyatif tedaviyle hastanın saygınlığı korunarak rahat ve ağrısız bir şekilde ölümü sağlanır. Yoğun Bakım Etik Komitesi Derneği tarafından yayınlanan Son Dönem Hasta Bakım Tavsiyeleri’ne göre palyatif bakım ve yoğun bakım ortak özelliklere sahip olmamalarına rağmen bir arada düşünölmek zorundadırlar.”<sup>25</sup>

“Ölkemizde Hasta Hakları 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname uyarınca hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği 01.08.1998 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik dokuz bölüm ve 51 maddeden oluşmaktadır. Yönetmeliğin amacı “Herkesin insan haysiyetine yakışır bir şekilde hasta haklarından yararlanabilmesi ve hak ihlallerine karşı korunabilmesi” olarak belirtilmiştir. Yönetmelik amaç, kapsam, dayanak, tanım ve ilkeler (1. Bölüm md. 1-5), sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (2. Bölüm md. 6-14), sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı (3. Bölüm md. 15-20), hasta haklarının korunması (4. Bölüm md. 21-23), tıbbi müdahalede hastanın rızası (5. Bölüm md. 24-31), tıbbi araştırmalar (6. Bölüm md. 32-36), diğer haklar (7. Bölüm md. 37-41), sorumluluk ve hukuki korunma yolları (8. Bölüm md. 42-47) ve son hükümlere (9. Bölüm md. 48-51) ilişkin ana başlıklar altında düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 25 inci maddesinde tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı düzenlenmiştir. Ancak bu hak sadece tıbbi tedavi ile ilgili olarak kullanılabilir. Ayrıca hasta tarafından bu hakkın kullanılmış olmasının, daha sonraki başvuruda hasta aleyhine değerlendirilemeyeceği de yönetmelikte özellikle belirtilmiştir. Hastaya ötenazi sonucunu doğurabilecek bir tedaviyi ret veya durdurma hakkı tanınmamıştır. Yönetmelik 28 inci maddesi 1inci fıkrasında rızanın bir şekil şartına bağlı olmadığını ve 2inci fıkrası ile de hukuka ve

<sup>24</sup> Ülkü AYPAR, Bilge ÇELEBİOĞLU, Seda Banu AKINCI, İsmail Aydın ERDEM, Yoğun Bakımın Sırları, 3. Baskı, s520, 2009

<sup>25</sup> Aypar, Çelebioğlu, Akıncı, Erdem, a.g.e, s521

ahlaka aykırı olarak alınan rızanın hükümsüzlüğü ve bu rızaya dayanılarak müdahale yapılamayacağı belirtilmiştir. Bu hüküm aydınlatılmış rıza uygulamasının yönetmelikte yer aldığını göstermektedir. Dünya Hekimler Birliğinin 39 uncu Genel Kurulunda alınan karar hariç, tüm diğer hasta hakları bildirme ve sözleşmelerinden farklı olarak ülkemizde yürürlükte olan yönetmelik açık olarak 13 üncü madde hükmüne göre “Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez.” Yönetmeliğin 12 nci maddesi “Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talepte edilemez.”

Tüm yayınlanan bildirgelerde yer almış olan ortak nokta, rıza olmadan tıbbi işleme tabii tutulmama hakkıdır. Osmanlı dönemi kadı sicillerinde önemli cerrahi müdahalelerden önce, hastaların kadı huzurunda rıza beyanında bulduklarına ilişkin kayıtlar bulunmaktadır. Bu beyanlarda hastanın hekimin müdahalesini kabul ettiğini göstermesinin yanında, günümüzde de uygulandığı şekilde hekimin hukuki sorumluluğunu da ortadan kaldırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Yapılacak tıbbi girişimlerde öncelikle hastanın onayının alınması, onay veremeyecek durumda ise yasal temsilcilerin onayının alınması aranmaktadır. Onay alınamayacak kadar acil durumlarda ise kişinin yaşamı ve sağlığı göz önüne alınarak tıbbi müdahaleye karar verilecektir. Hatta psikotik tipte olan hastalara uygulanacak tıbbi işlemlerde “aydınlatılmış rıza” olarak nitelenen bu en temel hasta hakkının uygulanmasının büyük önem taşıdığı belirtilmektedir. Medeni Kanun’da akıl hastalığı ve zayıflığı vesayeti (kısıtlılığı) gerektiren hal olarak kabul edilse de; aydınlatılmış rıza uygulamasında hekim, bu kişinin sırf insan olması dolayısıyla psiko sosyal ve manevi değerleri açısından saygı görme hakkı bulunduğunu kabul etmelidir.”<sup>26</sup>

1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasasınının 17. Maddesinde belirtildiği üzer “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi

---

<sup>26</sup>Süleyman KARACA;”İnsan Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Ötenazi”; Tıp ve Sağlık Hukuku Makaleleri; 31.03.2003,www.hukuki.net, (08.09.2010)

zorunluluklar ve kanunla yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”<sup>27</sup> Bu hükümle, kanunlarla kişinin yaşama hakkı korunma altına alınmış, kişinin kendi isteği olsa dahi medikal tedaviyi reddetse de yaşamını sonlandıracak herhangi bir girişimin sağlıkçılar tarafından yapılmasını yasaklamamıştır.

1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. Maddesinde belirtildiği üzere “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.”<sup>28</sup> .Bu maddeyle 17. Madde desteklenmiş, kişinin sağlığının korunup, yaşamın devamının devlet eliyle güvence altına alınacağı belirtilmiştir.

### **3.2. Hasta Açısından Tedaviye Son Verme**

“Hastalar kendi kişilikleri ile veya çevreye yansıtmaya çalıştıkları kişilikleri ile satın aldıkları hizmetin imajını karşılaştırırlar ve uyumlu olmasına dikkat ederler. Genç olmayı, hareketli ve enerjik kalmayı kendi kişiliği ile bağdaştıran bir hastaya benzer şekilde yaklaşılması, daha fazla konuşulması ve çevresini onun seveceği şekle sokulması memnuniyetini olumlu etkileyecektir.

Hastalar, sağlık kuruluşu seçimini o kuruluş hakkında elde ettikleri algılamalar ve imaj ile yaparlar. Seçim sonrası görüşleri de algılamalarına bağlı olarak değişir. Hastaların algıladıkları ile gerçek doğrular arasında oluşacak farkın hasta memnuniyeti açısından çoğu zaman önemi olmayacaktır.

İnsanlar, bir hizmetin yardımı ile ne kadar çok ihtiyacını karşılırsa, o kadar çok fayda sağlarlar. Motivasyon ise gideremedikleri ihtiyaçları ve gerçekleştirme istekleri karşısında, insanları harekete geçiren itici bir güçtür. İnsanları motive eden güç, ihtiyaçlarını karşılayabilme umududur. Hastaların da, hizmeti satın almadan önce ne

---

<sup>27</sup> Kemal GÖZLER;”Kişi Hakları ve Ödevleri”;Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982/12.09.2010/07.05.2010,<http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, s23, (10.09.2010)

<sup>28</sup> Gözler,a.g.e. s46

kadar çok motive olmuşlar ise, kullanım ve faydalanma sonrası tatmin ya da hayal kırıklıkları da o derecede yüksek olacaktır.

Tutumlar ve inançlar birbirini destekleyen güçlerdir. İnsanlar her şeye karşı tutum geliştirip inanç oluşturabilirler. Dolayısı ile, bir hastanenin reklamlarına, tanıtımına, satış gücüne, yansıttığı imaja, mal ve hizmetlerine karşı oluşabilecek en basit negatif bir tutum veya ters yönlü inanç, potansiyel hastaları soğutabilir ve alternatiflere yönelmesine neden olabilir. Asla unutmamak gerekir ki hastalar bu konuda oldukça acımasız olabilirler. Eğer hastaların ilk edindikleri izlenim olumlu ise, tutumları da olumlu olacak ve hastalar ilk buldukları aşamadan (-ki bu aşamalar haberdar olma, karşılaştırma yaparak ilk kararı verme, satın alma ve tatmin olma aşamasıdır.) bir sonrakine geçmek için bir kıvılcıma sahip olacaklardır.

Zaman ilerledikçe bir alanda geliştirilen teknolojik yenilik, bilginin bilgiye uyarlanması ile hızla diğer alanlara atlamaktadır. Bir lazer ışığının ne kadar çok çeşitli amaçlarla kullanıldığı buna çok basit bir örnektir. Piyasa sürülen yeni hizmetler kullanıcılarına artık daha fazlasını vermektedirler. Hastaneler de sundukları hizmetler ile hastalarına daha fazla olanaklar, kullanım kolaylığı, fayda, zaman tasarrufu sağladıkça, onların daha fazla tatmin olmalarını sağlayabilirler. Tatmin öncelikli olarak yenilikçilik düzeyi yüksek olan hastalar da belirir. Hastalarda oluşturulan her artı tatmin, yeni hastalar ve olumlu izlenimler demektir.”<sup>29</sup>

Her tedavinin sonucu olumlu bir sonuçla karşımıza çıkmamaktadır, hastalar geri dönüşü olmayan eksikliklerle yaşama devam ettikleri gibi yaşamına devam edemeyip son bulanlarda olmaktadır. Bu bağlamda hasta yakınları da manevi olarak çökmektedirler, sevdikleri insanı kaybetmiş yada onunla hastalık öncesi yaşamlarına dönemeyeceklerdir. “Avustralyada bir grup öncü araştırmacı, eşleri kısa bir müddet önce ölümcül yaralanmalar veya hastalık sonucu hayatını kaybeden 26 erkeği biraraya getirdi. Bu erkeklerin her birini eşlerinin ölümünden bir hafta ve altı hafta sonra ikişer kez kan vermeye ikna ettiler. Böylece araştırmacılar, yas tutma sırasında bağışıklık sistemini inceleyebildiler. **Yas tutma sırasında bağışıklık sisteminin kapandığını buldular.** T hücreler olması gerektiği gibi çoğalmadı. Zaman içinde

---

<sup>29</sup> Oğuz ENGİN, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, woguzen21.htm. (15.09.2010)

bağışıklık sistemi düzelmeye başladı. O zamandan bu yana söz konusu çarpıcı bulgular Amerika’da yapılan araştırmalarla da doğrulandı ve genişletildi”<sup>30</sup> Bu araştırmada gösteriyor ki yakını hasta iken hırpalanan hasta yakını yakınının ölümü ile daha kötü bir duruma düşmektedir. Bununla iletişim, bilgilendirme ve tedaviye hasta ve hasta yakınlarının katılmasının önemi daha çok göz önüne çıkmaktadır. Desteğe ihtiyacı olan birincil olarak hasta olabilir ancak burada hasta yakını da unutulmamalıdır.

### III. BÖLÜM

#### TEDAVİYE SON VERMENİN HUKUKİ VE SOSYAL BOYUTU

##### 1. HEKİM AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU

“Hekim, mesleki veya şahsi sebeplerle ya da tedaviye başladıktan önce veya sonra ortaya çıkan başka sebeplerle, hastaya faydalı olamayacağını anladığı zaman, hastayı bırakma hakkına sahiptir.

Hekimin hastayla, meslek dışı bir konuda hukuki ilişkisi olup çıkarları ters düşebilir. Böyle bir durumda hekimin hastaya fayda yerine zarar vereceği ortadadır. Hekim bu şartlarda hastanın tedavisine başlamış olsa dahi hastaya bakma işine son verebilir. Hekim hastayı muayene eder. Teşhisi belirledikten sonra uygulanacak tedavi konusunda kararını verir ve tedaviye başlar. Bu tedavi sonunu hekim beklemek zorunda değildir. Hekim mesleki bilgi ve becerisinin yetmediğini anladığı anda tedaviden vazgeçebilir. Araç ve gereç eksikliği nedeniyle tedavinin uygulanamayacağını anladığı zaman, tedavinin sonucunu beklemeden tedaviyi bırakabilir. Bu gibi hallerde uzman hekimin görüşünü alabilir. Tedaviyi uygulama

---

<sup>30</sup> Martin SELIGMAN, E. P. Öğrenilmiş İyimsizlik, çev. Semra Kunt AKBAŞ, İhy Yayınıcyık, Ankara, 2007, s193



konusunda yardım talep edebilir. Bunun yanında hastayı araç gereci olan başka bir sağlık kuruluşuna ve uzman hekime sevk edebilir. Bunun için hastanın rızasını almalıdır. Hekim, özel sebeplerle hastayı başka bir hekime sevk ederken de aynı özeni göstermelidir.

Hekim mesleki ve kişisel sebeplerle tedaviyi bitirmeden hastayı bırakabilir. Bu gibi hallerde bile hastayı çaresiz bırakamaz. Bu hak hastaya zarar verecek şekilde kullanılamaz. Başka bir hekimin müdahale etmesi için gerekli olan zamanda hasta zarar göreceyse, diğer hekimin hastaya bakacağı zamana kadar, kendi üzerine düşen hekimlik görevini yerine getirmelidir. Bu kurala aykırı hareket eden hekim sorumlu olur. Hastaya bakacak olan yeni hekime, hasta ile ilgili bilgi ve notları, vermelidir. Bu konuyla ilgili yasal düzenlemede mevcuttur.

Buna göre; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 19 : “Tabip ve diş tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkan verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe hastayı terk edemez. Hastayı bu suretle terk eden tabip veya diş tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahede notlarını verir”.

Hekim konsültasyon (Bir hastalığa birkaç hekimin teşhis koymasına işi) yapılmasını istediğinde hasta bunu kabul etmezse, hekim hastayı bırakabilir. Bununla ilgili yasal düzenleme şu şekildedir; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 24: “Hasta, konsültasyon yapılmasını arzu ederse, müdavi tabip veya diş tabibi bu talebi kabul eder. Müdavi tabip veya diş tabibi, konsültasyon yapılmasına lüzum gördüğü takdirde, keyfiyeti hastaya bildirir. Bu teklifin kabul edilmemesi halinde, müdavi tabip veya diş tabibi, hastasını bırakabilir. Bu Nizamnamenin yirmi birinci maddesinde yazılı sağlık tesislerinde, konsültasyonun hangi hallerde ve ne suretle yapılacağı, hastaneler talimatnamelerinde gösterilir”.( Müdavi Tabip : Hastaya bakan hekim).

Konsültan hekim ile tedaviyi yürüten hekim arasında teşhis ve tedavi yönünden farklı düşüncelerin olması halinde hastanın konsültan hekimin düşüncesini kabul etmesi durumunda, tedaviyi yürüten hekim görüşünde ısrarlı davranırsa hastayı bırakabilir. Böyle bir durumda hekim sorumlu olmaz. Bununla ilgili olarak Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 28: “Konsültan tabip veya dış tabibi ile müdavi tabibin kanaatleri arasında aykırılık hâsıl olur ve hasta, konsültan tabip veya dış tabibinin kanaatini tercih eder ise, müdavi tabip kendi görüşünde ısrar ettiği takdirde hastayı terk edebilir” hükmüyle yasal olarak düzenleme yapılmıştır.

Hasta hakları ile hekim hakları birbirini tamamlamaktadır. Hekim haklarının sınırlarını belirlemek hastaların faydasıdır. Çünkü hastalar kendilerini tedavi edecek hekimlerin hak ve sorumluluklarını bilirlerse muayene ve tedavi olmada kararlarını ona göre verirler.

Aynı şekilde hekimler de kendi hak ve sorumluluklarının neler olduğunu bilirlerse yapmış oldukların işin önemini anlayıp mesleklerini icra ederken daha dikkatli ve titiz olurlar. Hekimlerin haklarını neler olduğunu önceden tespit etmek hekim ile hasta arasındaki ilişkinin en iyi düzeyde olmasını sağlamaktadır.”<sup>31</sup>

Hekimler tedavisini sürdürdüğü hastalarının sağlıklarının ve sağlıklarıyla paralel giden sosyal hayat ve psikolojik hayatlarının sağlıklı devam etmesi için bir yandan kurallara uyup diğer taraftan bireysel özveri ve çaba harcamaktadırlar.

“Hekimlerin hastalarına, meslektaşlarına ve bağlı oldukları kuruma karşı sorumlulukları olduğu gibi hakları da vardır. Bu hakların ihlali söz konusu olduğunda ilgili taraf yalnızca hastalar değildir. Hekim haklarının daha bütünsel ele alınması gerektiği, bu haklara baktığımızda daha açık olarak görülüyor:

Baskı Altında Olmadan Mesleğini Uygulama Hakkı: Mesleki uygulamada hekimin gereksinim duyduğu klinik özgürlüğün sağlanmasına engel olabilecek her türlü baskı girişimi mesleğin doğasıyla çelişir. Özellikle adli hekimlik alanında sorun çıkartabilen bu durumda hekim; Cumhuriyet Savcılığı 'na, Türk Tabipleri Birliği' ne,

---

<sup>31</sup>Ersoy ERDOĞMUŞ;”Hekim Tedavi Bitmeden Hastayı Bırakabilir Mi?”;Artı Haberler;08.05.2009, <http://www.artigazetesi.com>, (17.01.2011)

Dünya Hekimler Birliği' ne ve iç hukuku tükettiye Avrupa İnsan Hakları Komisyonuna başvurabilir.

Hekimin Mesleği Uygularken Etik İlkeler Bağlı Olma Hakkı: Hekim mesleğini uygularken etik ikilemlerde yasal, politik, toplumsal, estetik ve ekonomik değerlerle çatışabilir. Bu çatışmayı çözümlerken hekimin özgür ve bağımsız karar verme hakkı olmalıdır.

Çağdaş, Bilimsel Tıp Olanaklarının Uygulama Hakkı: Tıp eğitiminde yüksek teknolojinin tıptaki uygulama alanları ile tanışan bir hekimin iş yaşamında tanı ve tedavide söz konusu gelişmeleri yaşamayı istemesi hakkıdır. Bu durumda resmi bir hastaya bakıyorsa hekim hastasını ileri bir merkeze sevk edebilir.

Kendi Değerlerine Ters Düşen Durumlardan Kaçınma Hakkı: Hastanın değerlerine saygı duyulan bir ilişkide hekim kendi değerlerini(hastalar açısından olumsuzluk yaratmamak koşulu ile ) savunabilir. Bir hekim kendi değerlerine ters düşen uygulamalara zorlanmamalıdır.

Sağlığını Koruma Hakkı: Hekim, mesleğini uygularken sağlık risklerini en aza indirecek çalışma koşullarını talep etme hakkına sahip olmalıdır. Bulaşılabilirlik potansiyeli yüksek olan hastalıklarda hekimin kendi sağlığını tehlikeye atmama hakkını da tartışmak gerekir.

Yeterli Bir Gelir Düzeyi Talep Etme Hakkı: Hekimlik mesleğindeki gelişmelerin izlenmesi, belirli bir bedeli gerektirir. Hukuken hekimin kendini ülke tıbbının gelişmesi düzeyinde yeterli yetiştirmesi gerekir. Bu hekimlerin; kitap alımı, dergi aboneliği ve kongre katılımı için bütçelerinden belirli bir pay ayırmalarını gerektirir. Yaptıkları ağır mesleki bilgi ve yoğun emek gerektiren ayrıca riskli hizmetin karşılığı, ödenmelidir.

Hastayı Reddetme Hakkı: Hasta- hekimin ilişkisinin temelinde yer alan öge güvendir. Hekimi kendisine güven duymayan hastayı reddetme hakkı olmalıdır. Tıpkı kendisindeki bulaşıcı hastalığı hekime söylemeyen hastada olduğu gibi. Bu durum hekimlik onurunun korunmasının olmazsa olmaz koşuludur. Kısaca doktor ya da diş

hekimini acil yardım, resmi ya da insani görevin yerine getirilmesi hariç olmak üzere, mesleki ve kişisel nedenlerle hastaya bakmayabilir.( Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 18. madde)

**Yönetmeliklere Katılma Hakkı:** Hekimin hem bulunduğu kurumda hem de ülke ile ilgili yönetmelik süreçlerde etkili olma ve sağlıkla ilgili hazırlanan mevzuatta görüş bildirme hakkı olmalıdır.

**Danışmanlık Hakkı:** Hekimin gereksinim duyduğu anda konsültasyon hakkı olmalıdır. Bu danışmanlık süreci, tanı ve tedavi sorunları için olduğu kadar, etik sorunlar içinde söz konusu olabilir. Her hekimin etik karar verirken yetersiz kaldığı durumlarda bir klinik etik uzmanından danışmanlık istemeye hakkı olmalıdır.

**İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı:** Hekim bilimsel gereklere uygun olarak tanı koyar ve gereken tedaviyi uygular. Bu çalışmaların şifa ile sonuçlanmamasından dolayı, deontoloji bakımından tenkit edilemez.(Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 13. madde)

**Yeterli Zaman Ayırma Hakkı:** Hekimden hastasına gerekli özeni göstermesi, bilgi ve belgeleri iyi bir şekilde kaydetmesi, hastaya hastalığı ile ilgili bilgileri vermesi beklenmektedir. Bunların hepsi zaman alan eylemlerdir. Bu nedenle de bir hekim bir poliklinikte günde 20 hatadan fazlasına bakmama hakkına sahiptir.( Tababet Uzmanlık Yönetmeliği 10. madde.)

**Tanıklıktan Çekilme Hakkı:** Hekim meslek sırrının söz konusu olduğu durumlarda tanıklıktan çekilebilir. “Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (HUMK) 245/4, Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (CMUK) 48.madde”

**Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı:** Bir hastalığın tedavisinde aynı anda birden fazla tedavi yöntemi uygulanabilmekte ise, hekim bunlardan dilediğini seçmeye özgürdür. Fakat uzun zamandan beri bilinen ve genel olarak kabul edilmiş yöntemlere öncelik vermelidir.

**Tabip ve diğ tabibi mesleğini uygularken hiçbir etki ve baskıya kapılmaksızın vicdani ve mesleki görüşüne göre davranır.**(Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 6. Madde)

**Acil Hizmetlerin Ambülans Sistemiyle Gerçekleştirilmesi:** Acil durumlarda hastaya

gitmeyen hekim taksirle ölüme sebebiyet suçundan sorumlu tutulur. Tıp etkinliğinin günümüzde ulaştığı düzey ve ambulans sisteminin oturduğu yerlerde ivedi durumlarda hekim aramak yerine, hastayı en çabuk biçimde olanakları yeterli bir sağlık kuruluşuna transfer etmeyen kişilerin, hekimin hastayı reddiyle oluşacak hukuksal durum ne ise benzeri durumda olmaları düşünülebilir.”<sup>32</sup>

## **2. HASTA AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU**

Sosyal çevresinde sağlıklı bir insanın nasıl hukuk ile koruma altına alınmış hakları varsa sağlığı ile ilgili sorun yaşadığını düşünen hasta bireyinde hukuk ile koruma altına alınmış “Hasta Hakları” adı altında hakları bulunmaktadır. Bunlar:

“Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı: Her bir birey hastalıktan korunmak için uygun hizmet alma hakkına sahiptir. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerinin görevi, sağlık hizmetlerinden, tıbbi ve teknolojik yeniliklerden yararlanmasını sağlamaktır.

Yararlanma Hakkı: Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri herkese eşit olarak verilmeli ve hastalığın türü, seyri ve tedavi maliyeti konusunda ayırım yapılmamalıdır.

Bilgi Alma Hakkı: Her birey, kendi sağlık durumu hakkında, mevcut sağlık hizmetleri ve onlardan nasıl yararlanabileceği konusunda ve tüm bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmeti verenler, hastanın kolay ulaşabileceği ve anlayacağı dilde bilgi vermek zorundadır. Hastaların kendi dosyalarında ve kayıtlarında kendileri ve hastalıkları ile ilgili bulunan bilgileri alma, fotokopi ile çoğaltma, soru sorma ve hata varsa onların düzeltilmesini talep etme hakkı vardır.

Rıza (Onay) Hakkı : Sağlığı ile ilgili kararlara iştirak edebilmesi için her birey kendisi ile ilgili bilgileri alma hakkına sahiptir. Bu bilgiler bilimsel araştırmalara

---

<sup>32</sup> Hasta Hakları Kanunu, <http://www.dralihatay.com/hastahaklari.htm>, (19.02.2011)

katılım dahil olmak üzere, her türlü işlem ve tedavi için şarttır. Sağlık hizmeti verenler, gerçekleşecek herhangi bir ameliyat veya tedaviye ilişkin tüm bilgileri-riskleri, sıkıntıları, yan etkileri ve alternatif durumları ile ilgili bilgiler dahil olmak üzere hastalara vermek zorundadır. Hastanın tedavi veya tıbbi müdahaleye itiraz etme hakkı veya tedavi sürecinde kararını değiştirip devam edilmesine karşı itiraz etme hakkı vardır. Hasta isterse sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmeyi reddetme hakkına da sahiptir.

**Özgür Seçim Hakkı:** Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi yöntemleri ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis ve tedavi yönteminin kullanılacağı, hekim veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli sağlık kurumları ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi verilmeli ve bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır.

**Mahremiyet Hakkı:** Her birey kişisel bilgilerinin gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir. Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve muhafaza edilmelidir. Tıbbi müdahale ve ziyaretler sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler nezdinde yapılmalıdır.

**Hastaların Vaktine Saygı:** Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak, tedavinin her aşaması için geçerlidir. Belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetler için bekleme sürelerinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinin görevidir. Önceden belirlenen süre içerisinde sağlık hizmeti verilemezse aynı kalitede alternatif hizmetler kullanımı sağlanmalı ve bundan kaynaklanan harcamalar makul bir süre içinde hastalara geri ödenmelidir. Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi dahil olmak üzere yeterli zaman ayırmalıdır.

**Saygınlık Görme Hakkı:** Her bireyin, saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli ve hijyenik şartlar sağlanmış, gürültü ve rahatsız edici bütün etkenler bertaraf edilmiş bir ortamda sağlık hizmeti alma hakkı vardır.

Dini Vecibeleri Yerine Getirme Hakkı Her bireyin kuruluşun imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirme hakkı vardır.

Ziyaret ve Refakatçi Hakkı: Her bireyin, kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etme, mevzuat ve imkanlar ölçüsünde ve hekimin uygun görmesi durumunda refakatçi bulundurmaya isteme hakkı vardır.

Kalite Standartları Hakkı: Her birey yüksek kalitede sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir. Kaliteli sağlık hizmeti hakkı, sağlık kurumları ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde sunum yapmasını gerektirir.

Güvenlik Hakkı: Kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi yanlışlık ve hatalardan meydana gelen zararlardan her bir bireyin korunma hakkı vardır ve yüksek güvenlik standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedavilerinden de yararlanma hakkı vardır.

Yeniliklerden Yararlanma Hakkı: Her birey uluslararası standartlara göre, yeniliklerden- tanı yöntemleri dahil olmak üzere- yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık Hizmetlerinin görevi, özellikle az rastlanan hastalıkları dikkate alarak araştırmalar yapmak ve onları desteklemektir.

Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı: Her birey hastalığının her evresinde, mümkün olduğu ölçüde acı ve sıkıntıdan korunma hakkına sahiptir. Sağlık Hizmetleri bu amaçla hastanın tedavisinin kolay ve rahat geçmesi için gerekli tedbirleri almalıdır.

Şikayet Hakkı: Her bireyin bir zarar gördüğünde şikayette bulunma hakkı vardır. Sağlık Hizmetleri, hastalara sahip oldukları haklar konusunda bilgi vermelidir. Şikayet, belli bir süre içerisinde sağlık hizmetleri yetkilileri tarafından yazılı olarak cevaplandırılmalıdır.

Tazminat Hakkı: Sağlık tedavisi sırasında fiziksel veya manevi ve psikolojik zarar gören bireyin tazminat alma hakkı vardır. Sağlık Hizmetleri, sorumluluğun gerçekte

kimde olduğu tespit edilemese bile, zararın nedeni ve önemi ne olursa olsun tazminat hakkının her zaman var olduğunu temin etmelidir.”<sup>33</sup>

“Gerek uluslararası bildirgelerde ve gerekse Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "her bireyin kendisi ve geleceği hakkında karar verebilme hakkı" teminat altına alınmıştır. Bu bağlamda, hastalıkları ve tedavileri konusunda en son sözü söyleyecek olanlar hastalardır. Hekimler, sağlık çalışanları ve hasta yakınları, hastaya hastalığının teşhis ve tedavisi için önerilerde bulunurlar. Ama, bunları kabul edip etmemek hastanın bileceği bir iştir. Hastanın rızası olmaksızın herhangi bir muayene, tetkik ve tedavi zorla uygulanamaz. Yapılacak olan işlemlerin hastanın yararına olması, bu durumu değiştirmez. Acil, yaşamsal bir tehlike olmaksızın, hasta tedavi olmamayı tercih edebilir. Uzun vadede hastanın ölebilecek olması nedeniyle, tedaviyi reddetmesi, intihar girişimi gibi kabul edilemez. Burada hasta, konuyla ilgili olarak uzun ve makul bir süre düşünme, danışma, kararını değiştirebilme, alternatif tedavileri deneme gibi fırsatlara sahiptir. Oysa, ani bir intihar girişiminde hastanın böyle bir şansı yoktur. Bu nedenle akut intihar olgusunda, hekim hastasını hayata döndürmek için gerekli müdahalede bulunmalıdır. Hastanın şu andaki tıbbi durumu yanında, geleceğiyle ilgili olarak da karar verme hakkı vardır. Örneğin; ilerleyici bir hastalığa yakalanan hasta, gelecekte yapay solunum cihazına bağlanması olasılığını göz önüne alarak, böyle bir tedaviyi istemediğini belirtebilir. Hastanın bilinci kapandığında, bu tercihi saygı duyulmalıdır. "Nasıl olsa, direnme gücüne sahip değil, hasta önceden reddetmiş olsa da biz tedaviyi uygulayalım" düşüncesi kabul edilemez. Bu hastanın kendi geleceğini belirleme hakkına saygısızlıktır.

Yasalarda belirtilen bazı durumlarda, kişinin rızası olmaksızın muayene, tetkik ve tıbbi işlemlere tabi tutulması söz konusu olabilmektedir. Örneğin, bir suçla bağlantılı olarak, sanık veya mağdurun vücudunda olayı aydınlatacak delillerin bulunduğu düşünülüyorsa, hakim kararıyla, bu kişiler tıbbi işlemlere zorlanabilmektedirler. Ancak, muayene ve tıbbi işlemde elde edilecek kanıtlar, olayın aydınlatılmasında kritik konumda değilse ve başka yollardan yeterli kanıt elde etmek mümkünse, bu zorlamaya gidilmemesi gerekir. Yine, salgın hastalık tehlikesi varlığında, risk grubundan bir kişinin aşı yaptırmak istememesi, bulaştırıcı verem hastasının tedaviyi

---

<sup>33</sup>“ Hasta hakları”;www.dralihatay.com. (19.02.2011)



reddetmesi, suç eğilimi olan bir psikiyatri hastasının hastaneye yatmayı kabul etmemesi karşısında, kamu otoritesi, toplum yararı gözetilerek söz konusu tıbbi girişimler zorla uygulanabilmektedir. Burada, kişinin kendisi hakkında karar verebilme hakkı ile kamu yararı çatışmaktadır.

Çocuklar ve temyiz kudreti olmayan erişkinler için, tedaviyle ilgili kararları hastanın yasal temsilcisi vermektedir. Ancak, yasal temsilcinin tedaviyi reddetmesi durumunda, acil ve yaşamsal bir tehlike varsa, hekim hastanın çıkarına olanı yapmalıdır. Örneğin, bir damar rüptürü ile hastaneye getirilmiş 76 yaşında ve demanslı bir hastanın vasisi, gerekli ameliyatın yapılmasına karşı çıkabilir. Hastanın bu durumda hemen öleceği; başka bir merkeze sevkinin ve alternatif bir tedavi şansının bulunmadığı kesin olduğundan, gereken tıbbi müdahale yapılmalıdır. Bekleme hastanın yaşamını tehdit etmiyorsa, bu durumda hukukun kararına başvurulmalıdır.

Hastanın talebi olsa bile, ötanazi mevzuatımıza göre suçtur. Hiçbir sağlık görevlisi, hastanın veya yakınlarının talebiyle, ölümü kolaylaştıracak bir girişimde bulunamaz. Hastaya yapılmakta olan tıbbî müdahalelerin sonlandırılması veya yapılması gereken bir müdahaleden, beklenen olası yanıt dikkate alınarak vazgeçilmesi gibi kimi durumlar ise, halen tartışmalı ve üzerinde çok farklı fikirler yürütülebilecek konulardır.

Hastanın, hekimin önerdiği tedaviyi, örneğin cerrahi bir girişimi reddetmesi, hekimin veya ilgili sağlık kurumunun o hastayı refüze etmesini haklı kılmaz. "Madem önerdiğimiz tedaviyi kabul etmiyorsun, o halde git başının çaresine bak! Nerede ve kime istersen tedavi ol!" denilemez. Hastaya, söz konusu cerrahi girişim dışındaki alternatif tedaviler uygulanır. Hastalara uygulanacak olan teşhis ve tedavi işlemleri kişiselleştirilmelidir. Organizma mekanik bir varlık değildir. Her hastaya standart protokollerin uygulanması mümkün olmaz. Hastaya uygulanacak olan tedavi ve diğer girişimler, hastalığının ağırlığına, yaygınlığına, hastanın yaşına, bünyesine, ek hastalıklarına, kendi beklentilerine, bütçesine göre seçilir. Hastanın tercihleri de, bu konuda temel belirleyicidir. Hasta, bazı tedavi ve girişimlerden vazgeçebilir, tanı-tedavi protokolünün değiştirilmesini isteyebilir. Bu taleplerinin gerekçesi ne olursa

olsun saygı duyulmalıdır. Örneğin, dinî inançları, felsefi ve siyasi görüşleri, kültürel gelenekleri, ekonomik durumu nedeniyle hastanın önerilen bir tedaviyi reddetmesi olasıdır. Bu talepler göz önüne alınarak, söz konusu tıbbi süreç esnetilmelidir. Bir sağlık kurumunda uygulanan her türlü tedavi, sadece hastalara yarar sağlamak içindir. Hastanın talebiyle ve onun sorununu çözmek, ona yardımcı olmak üzere gerçekleştirilir. Bundan dolayı, hastanın istediği ölçüde uygulanmalıdır. Hastaya rağmen, hastaya karşı, hastayı aşarak tedavi girişiminde bulunmak, işin doğasına terstir. Hastanın talep etmediği, razı olmadığı ve reddettiği bir eylem, tedavi olmaktan çıkar. Sağlık çalışanları hastaya yardımcı olmak yerine, ona baskı yapan; rızası dışında vücut bütünlüğüne müdahale eden; bedeni, geleceği ve yaşamı üzerinde tasarrufta bulunma hakkını kendinde gören birer despot konumuna giremezler.

Hastanın tedaviyi reddetme kararı, yanlış ve kendisi için zararlı olabilir. Bu yanlışlık hastaya, uygun bir şekilde anlatılmalı ve kararını yeniden gözden geçirmesi istenmelidir. Ancak, hasta kararında ısrar ediyorsa, bize bu karara saygı duymak düşer. Sonuçları kendileriyle sınırlı kalmak koşuluyla, insanların yanlış yapma özgürlüklerinin olduğu da unutulmamalıdır. Ayrıca, hastaya uygulanacak olan her girişimin, her tedavinin bir riski vardır. Bu, bazen ölüm veya kalıcı sakatlanmaya kadar varabilir. Hastanın talebi dışında veya istemediği halde uygulanması ve bir komplikasyon gelişmesi durumunda bunun sorumlusu kim olacaktır? □

Hastaya tedaviyi kabul etmesi için baskı yapılmamalıdır. Baskıdan söz ederken, fiziki bir zorlama yanında, duygusal veya düşünsel olarak yapılabilecek zorlamaları, yani önerilen tedaviyi reddetmesi karşısında, kararından dönmesi için hastaya manevi baskı yapılmasını da kastediyoruz. Tedavi olmadığı taktirde başına geleceklerin gerçekçi olmayan, abartılı ifadelerle anlatılıp, hastanın korkutulması; önerilen tedavinin olduğundan daha etkili ve faydalı gibi gösterilmesi; bazı zorluklarının ve risklerinin gizlenmesi hastaya baskı yapılması anlamına gelir. Ancak, hekim tedaviyi reddeden hastasıyla tekrar tekrar konuşup, ona mesleki bilgi ve deneyimine dayanarak telkinde bulunabilir. Endişelerini gidermek üzere daha geniş açıklamalar yapabilir. Bu tedavinin niçin gerektiğini ve tedavisiz kaldığında görebileceği zararları bir daha anlatabilir.

Hasta, bir tedavi veya girişime onay verdiği halde, sonradan bu kararını değiştirebilme hakkına sahiptir. Bunun için hiçbir gerekçe göstermek zorunda değildir. Örneğin, ameliyat olmayı kabul edip, premedikasyonu yapılan ve ameliyathaneye gönderilip ameliyat masasına yatırılan bir hasta: "Ben vazgeçtim, ameliyat olmak istemiyorum. Beni tekrar yatağıma geri götürünüz" diyebilir. Hekim buna uymak zorundadır. "Biz seninle anlaşmıştık. Ameliyatı kabul ettiğine dair yazılı onam vermiştin. Senin için bir sürü hazırlık yaptık. Artık istesen de dönemeyiz!" diyemez. Veya endoskopi sırasında tümörü görüp biyopsi almaya çalışan hekim, hastanın "Artık devam etmenizi istemiyorum, işlemi hemen sonlandırın, biyopsi almayın" demesiyle biyopsi almadan işlemi sonlandırmalıdır. Tedavi bir eylemdir. Bu eylemden beklenen yarar da, olası zarar da hastaya olacaktır. Dolayısıyla, tedavi olup olmama kararını hasta vermelidir. Hiç kimseye, hastanın yerine geçip, onun bedeni, yaşamı ve geleceği hakkında onu yok sayan, onu dışlayan ve onu aşan bir tasarruf hakkı verilemez."<sup>34</sup>

### 3. HASTANE AÇISINDAN HUKUKİ BOYUTU

Hasta bireylerin sağlıklarına yatarak tedavi ile yeniden kavuşabilmeleri için oluşturulan hastanelerin hasta başvurusunda hastayı reddetme gibi bir hakları yoktur. Hasta bireyin sağlık sorunu ne olursa olsun herhangi bir hastanenin aciline başvuru gerçekleştiğinde hastanın anamnezi alınmalı, fiziksel muayenesi ve gerekli tahlilleri yapılmalıdır. Sonuçlar doğrultusunda hastaya tedavi planı oluşturulmalıdır. Ancak bireyin sağlık sorununu gidermek amacı için uygun ekipman yetersizliği yada ilgili bölümün olmaması halinde hasta bireyin durumu kontrol altında tutularak sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak gerekli bir hastaneye nakli sağlanmalıdır. Bu durum Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420 Hasta Hakları Yönetmeliğinin 8. maddesinde ele alınmıştır.

**“Madde 8-** Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

<sup>34</sup> Tefvik Tozlu;”Okuyucu Köşesi-Hastaların Tedaviyi Reddetme Hakları”;medimagazin;27.12.2004/27.09.2004,http://www.medimagazin.com.tr. ( 22.02.2011)

Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.

Acil vak'alar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar.

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevkeden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.”<sup>35</sup>

“İnsan hakları evrensel bildirgesine göre, insanın İnsan olarak doğmaktan gelen, vazgeçilemez ve devredilemez haklarının en başında geleni yaşama hakkıdır. Bu hak, birinci kuşak insan haklarındandır. Sağlık hakkı, bireylerin devletle ilişkilerinden doğan ikinci kuşak insan haklarındandır. Hasta hakları ise toplumsal haklar olarak tanımlanabilecek, dayanışma hakları da denilen üçüncü kuşak insan haklarındandır. Hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmektedir. Burada öngörülen otonomi ve kendi yaşamını belirleme hakkıdır.

1970’li yıllara kadar, iki insan arasındaki ilişki olarak yaşanan ve dayanağını güven kavramının oluşturduğu hasta-hekim ilişkisinin sınırlarını tıbbi etik belirlenmiştir. Ancak herhangi bir hukuksal yaptırımı yoktur. Yani hak ve özgürlükleri koruyucu gücü yoktur.1970’li yıllardan sonra, gelişen tıp teknolojisi, karmaşıklaşan sağlık sistemi, denetimsiz özel sağlık kuruluşlarının sayısının çığ gibi artması, nüfusla orantılı olarak kamu sağlık kuruluşlarının arttırılmaması gibi nedenler sonucu hasta hakları telaffuz edilmeye başlandı. Buradan hareketle, insan onurunun ve

<sup>35</sup> “Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı”;Hasta Hakları Yönetmeliği;01.08.1998;Sayı:23420,http://www.saglik.gov.tr, s2-3 (22.02.2011)

bütünlüğünün korunması, hastaya kişi olarak gösterilen saygının artırılması için başlatılan çalışmaları takiben, 1981 yılında Dünya hekimler birliğinin Lizbon hasta hakları bildirgesi yayınlandı. İlk olması açısından önemli, fakat sadece hekim hasta ilişkisinin düzenlenmesine yönelik olup diğer sağlık personeli ve kurumlarla olan ilişkilere yer vermemesi nedeniyle yetersizdir. Dünya hekimler birliği bu eksikliği, 1995 yılında 6 maddeden oluşan Lizbon Bildirgesi'ni detaylandırıp güncelleştirerek, 11 ana başlıktan oluşan Bali Bildirgesi'ni yayınlayarak gidermiştir. 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nca Avrupa hasta haklarının geliştirilmesi bildirgesi yayınlandı. Bu üç bildirgenin de ana maddelerinden ve can alıcı maddelerinden birisi bilgilendirme ve bilgilendirilmiş onamdır.

Tıp etiğinin temel ilkelerinden birisi özerkliğe saygıdır. Hem hekimin hem hastanın özerkliği söz konusudur. Özerklik, bir insanın kendisiyle ilgili konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermesine ve bu kararlar doğrultusunda uygulamalarda bulunmasına denir. Hastanın kendi yaşamını kendisinin belirlemesinin yanında, klinik ve etik olarak uygun tutum sergileyen hekimi de içerir. Diğer yandan; tıbbın temel amaçlarından biri, özerkliği sınırlayıcı etkenlerin başında gelen hastalık olgusunu engellemek, olanakları ölçüsünde iyileştirmek ve ortadan kaldırmaktır. Bu nedenle tıpta hastanın özerkliğine saygı ayrıca önem taşır.

Özerkliğe saygı ilkesinin en önemli koşullarından ilki bilgilendirmedir. Bir kişinin özerk kararlar alıp, uygulamalar yapabilmesi için, içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Bilgilendirme basit bir bilgi verme olarak anlaşılmamalıdır. Bu nedenle bilgilendirme yerine aydınlatma terimi kullanılmaktadır. Aydınlatma, aktarılan bilgilerin anlaşılır olmasını ve hastanın hastalığı ile ilgili seçeneklere katılımını kapsamaktadır. Hastayı bilgilendirmek diğer deyişle aydınlatmak hekimin ve sağlık ekibinin görevidir.

Özerkliğe saygı ilkesinin ikinci önemli elemanı onam = rıza dır. Bu bilgilendirme yapıldıktan sonra alınan onamdır. Yani bilgilendirilmiş onamdır.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Mustafa UYSAL, Hasta Hakları ve Hasta Bilgilendirmenin Önemi, <http://www.konyadogumevi.gov.tr/html/makaleler/m.uysal/hasta%20haklari.pdf> (17.02.2011)

Hasta Hakları Yönetmeliği ile hastaların hastanelere başvurması ve gerekli hallerde uygun şekilde başka bir hastaneye nakledilmesi güvence altına alınmıştır. Hastanın bu hakkının hastaneden geri çevrilerek yada uygun nakli gerçekleştirilerek elinden alan sağlık kurumu ile ilgili hasta yada hasta yakınının İl Sağlık Müdürlüklerine başvurusu ile gerekli işlemler yapılmaktadır. Bunlar olayın gerçekleşmesine neden olan sağlık çalışanının uyarılmasından sağlık kurumunun kapatılmasına kadar gitmektedir.

## **IV. BÖLÜM**

### **TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTUNU'NU GÖSTERMEYE YÖNELİK BİR HASTANE UYGULAMASI**

#### **1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

##### **1.1. Çalışmanın Amacı**

Yaşamın kutsallığı ve vazgeçilmez bir hak olduğu herkes tarafından bilinen, yasalarla koruma altına alınan haklar arasındadır. Bunun yanında kişinin yaşamı ile ilgili alınacak kararlar da bireyin özgür iradesine bırakılmıştır –acil durumlar dışında-. Kendi ile ilgili karar verme ehliyetine sahip olmayan bireylerde kişinin birinci derece yakınlarına, yakınlarının fikir ayrılığı durumlarında hukukun yönlendirmesinden yardım alma yoluna gidilmektedir.

Hukuktan yardım alma yoluna gidilmeden kendi ile ilgili karar verme ehliyeti olmayan bireylerin birinci derece yakınlarının fikrine başvurulduğu durumlarda yaşamla ilgili karar veren bireylerin vicdani olarak kendilerini kötü hissedecekleri ve dini vecibeler nedeniyle sonuna kadar desteği istemeleri söz konusudur. Geri dönüşü olmayan hastalarda yakınlarının dini ve vicdani olarak iyi hissetmeleri için yaşam destek ünitelerinde yaşamlarını bir süre daha devam ettirmektedirler. Hastalık öncesi dönemde “Bu duruma düşersem yaşamak yerine ölmeyi tercih ederim” diyen

bireylerin istekleri de yine dini ve vicdani olarak yük olmaması için çoğunlukla yerine getirilmemektedir. Dini ve vicdani yük almak yerine sonuna kadar destek istenip birey istemediği bir yaşamı yaşaması sağlanmaktadır.

Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için tıbbi ekipmanlar ile kısmi veya tamamen başka birinin yardımına ihtiyaç duyması her hasta tarafından kabul görmemektedir.

Bu çalışmanın amacı, solunum destek ünitesine bağımlı olan hastanın yaşamıyla ilgili alınacak kararın kendi özgür iradesine bırakılması gerektiği, karar veremeyecek durumda olan hastalarda bilgilendirilmiş hasta yakınının bu kararı vermesinin uygun olduğu kararına varmaktır. Bu çalışmayla solunum destek ünitesi konusuna dikkatleri çekerek konuyla ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmaktır. Solunum destek ünitesinin kapatılması kararının yasalarla desteklenmesi ile doktor, hasta ve hasta yakınlarının yaşamla ilgili karar vermede yasal engellerle karşılaşmalarını önlemektir.

## **1.2. Çalışmanın Kapsamı**

Araştırmada doktor, hemşire ve sağlık memurlarının hastanenin değişik birimlerinde tedavi alan makine desteğine kısmi yada yüzde yüz ihtiyaç duyan hastaların destek tedavisiyle yaşamlarını devam ettirmelerine bakışları incelenmiştir. Çalışma ile ilgili örnek bir çalışma bulunmadığından değişik farklı çalışmalardan yararlanılmıştır. Bağımlı değişken hasta bireyin kısmi yada yüzde yüz makine desteğine ihtiyaç duyması, bağımsız değişkenler çalışmaya katılanların yaşama bakışları, hastaların yakınlık dereceleri, maddiyat, kararı verecek kişi olmaktır. Araştırma veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına olmak üzere iki tane anket formundan yararlanılmıştır. Sağlık çalışanlarına sosyodemografik özelliklerini de içeren 23 soruluk anket ile hasta yakınlarına sosyodemografik özelliklerini içeren 19 soruluk anketler ayrı ayrı uygulanmıştır. Araştırma kapsamına İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesin' de hemşire olarak çalışan 464 doktor, hemşire ve sağlık çalışanlarından örneklem olarak rasgele seçilen 100 kişiye anketler uygulanmıştır.

### **1.3. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırma zaman ve mali kısıtlardan dolayı İstanbul İli Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 154 doktor, 307 hemşire ve 2 sağlık memurları ile hastanede tedavi alan 665 hasta yakınlarıyla araştırma yapmak planlanmıştır.

## **2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **2.1. Verilerin Çözümlemesi**

Verilerin istatistik analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik olarak frekans, yüzde ve hipotez testi olarak ki-kare analizi yapılmıştır.

Ki-kare;" Hipotez testleri istatistik biliminin en önemli konularından birisini oluşturur. Elimizdeki herhangi bir istatistiksel yargının (hipotezin) doğru ve geçerli olup olmadığını, geçerliyse geçerliliğine ne kadar güvenebileceğimizi hipotez testlerinin yardımıyla bulabiliriz. Herhangi bir üretim, pazarlama, ya da benzer bir süreçte ana kütleyle ait bir değer, öngörülen ya da tahmin edilen bir değere eşit olup olmadığı bu testler yardımıyla tespit edilir. enm.blogcu.com.Örneğin elektrik ampülü üreten bir fabrika için ürettiği ampullerin ortalama ömrünün istenen standartta olması çok önemli olabilir. Ya da üretim sürecinin baştan sona tekrar düzenlenmesini gerektirecek kadar büyük hatalar olup olmadığı öğrenilmek istenebilir. üretim sürecinin sonucunda elde edilen mamulün –örneğin ekmek- ortalama maliyetinin belirlenmesi için ağırlığı ya da başka bir değeri hakkında hipotez testlerine ihtiyaç duyarız. Ancak bu tespiti elde edilen tüm ürünler için yapmamız bazen imkânsız, bazense çok zor ve maliyetli olabilir. Bu yüzden sözkonusu tespiti ana kütlede (üretilen malların tamamı) belirli yöntemlerle seçilen ve ana kütleyle mümkün olan en iyi şekilde temsil ettiği düşünülen bir örnek yapıyoruz. Ancak seçilen örnek ne kadar iyi olursa olsun, bir hata riski her zaman için mevcuttur. Bu yüzden testi yaparken belirli bir hata yapma riskini peşinen kabul etmiş oluruz. Yaptığımız testin önemine göre bu hata olasılığını kendimiz seçebiliriz. Örneğin bir deterjan fabrikası işletmesi



için hazırladığı ambalajların ortalama ağırlığının istenen değere eşit olup olmadığını yüzde 85'lik bir olasılıkla bilmek yeterli olabilirken bir ilaç fabrikası için ilacın muhtemel etkileri konusunda yüzde 99'luk bir olasılık bile çok yüksek bir belirsizlik anlamına gelebilir.

Daha terimsel bir açıklama yapacak olursak; ana kütle parametreleri hakkında bir varsayımın belirli bir anlamlılık seviyesinde geçerliliğinin, örnek istatistiklerinden hareketle araştırılmasına **hipotez testi** denir. Bu tanıma ek olarak, test edilebilecek konular arasında, birden fazla ana kütle parametreleri arasındaki ilişkinin öngörülen şekilde olup olmadığını da katabiliriz.

Hipotez testleri, aralık ve oran ölçülerine dayanan, ana kütle dağılımları hakkında belirli varsayımların geçerli olmasını gerektiren **parametrik hipotez testleri** ve genellikle nominal ve sıralama bildiren değerlere dayalı olarak yapılan, ana kütle dağılımı hakkında herhangi bir varsayımın geçerliliğinden bağımsız olarak gerçekleştirilebilen **parametrik olmayan hipotez testleri** olarak ikiye ayrılabilir. Bu çalışmada ikinci tür testler, yani parametrik olmayan hipotez testleri incelenecektir.

Parametrik olsun ya da olmasın, hipotez testleri dört aşamada yapılır:

- Hipotezlerin oluşturulması
- Anlamlılık seviyesinin belirlenmesi
- Örnek istatistiğinin standart rassal değişkene dönüştürülmesi
- Karar aşaması

Hipotez testi sonucunda belli bir hata yapma riskinin bulunduğu yukarıda bahsedilmişti. Şimdi yapılması muhtemel olan hata türlerini inceleyelim:

Hipotez testinin ilk aşamasında bir hipotez oluşturulur ve daha sonraki aşamalar gerçekleştirildikten sonra bu hipotezin doğru olup olmadığı belirli bir olasılıkla tespit edilir. Oluşturulan hipotez için iki olasılık vardır: Hipotez doğru olabilir; hipotez

yanlış olabilir. Temel hipotezimiz ( $H_0$ ) doğru olduğu halde test sonucunda hipotez reddedilmişse, **I. tip hata** ( $\alpha$  tipi hata) yapılmış olur. Temel hipotez ( $H_0$ ) yanlış olduğu halde reddedilmezse **II. tip hata** ( $\beta$  tipi hata) yapılmış demektir.

Bir tabloyla gösterecek olursak:

	$H_0$ Reddedilmez	$H_0$ Reddedilir
$H_0$ Doğru	Doğru Karar ( $1-\alpha$ )	Yanlış Karar ( $\alpha$ tipi hata)
$H_0$ Yanlış	Yanlış Karar ( $\beta$ tipi hata)	Doğru Karar ( $1-\beta$ )

Yapacak olduğumuz testi tasarlariken hangi tür hatanın bizim için daha zararlı olduğunu tespit edip hata yapma olasılıklarımızı (dolayısıyla testin güven olasılığını) önceden belirleriz.

1. Parametrik olmayan Hipotez Testleri
2. Parametrik testlerin aralık ya da oran ölçeğine göre elde edilmiş verilerle ve ana kütlelerin dağılımı hakkında belirli varsayımların geçerliliği altında yapılabildiğinden yukarıda bahsedilmişti. Parametrik testlerin uygulanabilmesi için örnek sayısı da önemli bir faktördür. Bu bilgiler ışığında şu sonuca varabiliriz: bir parametrik testin uygulanabilmesi için şu kısıtlar söz konusudur:

- Veri türü
- Dağılım türü
- Örnek sayısı

Eğer bu şartları sağlayan bir ana kütle ve örnek varsa parametrik bir test uygulanabilir ve ana kütlelerin bir parametresine ilişkin bazı sonuçlara varılabilir. Ancak her zaman istenen dağılımda, bir ana kütleimiz, istenen türde verilerimiz ve

yeterli sayıda örneğimiz olmayabilir. Böyle durumlarda parametrik olmayan testlere başvurulur.

Parametrik olmayan testler nominal değerler, sıralama bildiren değerler ve farkları anlamlı olmayan değerler için kullanılabilir. Elimizde bir grup bebeğin ağırlıklarını gösteren bir dağılım olsun; bu dağılımdan rastgele seçtiğimiz iki değer arasındaki fark, iki bebek arasındaki ağırlık farkını gösterecektir. Dolayısıyla seçtiğimiz sayılar farkları anlamlı olan iki sayıdır. [enm.blogcu.com](http://enm.blogcu.com).Elimizde bu türden bir seri olduğunda, diğer koşullar da sağlanıyorsa parametrik bir test yapabiliriz. Bu defa da elimizde bir yarıştı tamamlayan yarışmacıların sıralamalarının olduğunu varsayalım; Bu durumda rastgele seçtiğimiz iki değer arasındaki fark (örneğin ikinci ile beşinci arasındaki fark), rastgele seçilen diğer bir ikilinin farkına (örneğin yedinci ile onuncu arasındaki fark) gerçekte hiçbir benzerlik olmadığı halde eşitmiş gibi bulunabilecektir. Bu tür veriler farkları anlamlı olmayan veriler olarak adlandırılır. Elimizde bu tür veriler bulunduğunda da gerçekleştirilmesi için çok fazla kısıtın bir arada sağlanması gerekmeyen parametrik olmayan hipotez testlerine başvurulur.

Parametrik olmayan hipotez testleri, parametrik testler kadar hassas sonuçlar ve kesin değerler vermek yerine değerler hakkında genel bilgilere sahip olmamızı sağlarlar. Bu yüzden, yapacağımız çalışmalarda, eğer mümkün olabiliyorsa, parametrik testleri uygulamayı tercih etmeliyiz.

### **Ki-Kare ( $\chi^2$ ) Testleri**

Bu testin beş farklı uygulama alanı vardır:

1. Nicel ya da nitel özellikler ya da değişkenler arasında bağımlılık olup olmadığının araştırılması (ki-kare bağımsızlık testi);
2. Örnek sonuçlarının belirli bir teorik ihtimal dağılımına uygun olup olmadığının araştırılması (ki-kare uygunluk testi);
3. İki ya da daha fazla örneğin aynı ana kütlede gelip gelmediğinin araştırılması (bağdaşıklık testi);

4. Ana kütle varyanslarının testleri ve tahminleri;
5. İki den fazla ana kütle oranının birbirine eşi olup olmadığının ve çeşitli ana kütle oranlarının birbirine eşit olup olmadığının araştırılması.

Bu bölümde  $\chi^2$  bağımsızlık, homojenlik ve uygunluk testleri incelenecektir.

### 2.8.1 $\chi^2$ Bağımsızlık Testi

yukarıda bahsedildiği gibi iki değişken arasında ilişki ve bağımlılık olup olmadığının tespit edilmesinde kullanılır.

Değişkenlerin biri nitel, biri nicel olabileceği gibi, her ikisi nitel, her ikisi nicel de olabilir. Testin gerçekleştirilmesi için önce bir tablo oluşturulur ve değişkenlerden biri satırlara, diğeri de sütunlara yerleştirilir.

Testin Aşamaları

#### 1. Hipotezin oluşturulması

Bu testte iki değişken arasında bağımlılık olup olmadığını test edeceğimiz için hipotezlerimiz:

$H_0$ : İki değişken bağımsızdır

$H_1$ : İki değişken birbirine bağımlıdır.

şeklinde oluşturulur.

#### 2. $\alpha$ Anlamlılık seviyesinin belirlenmesi

#### 3. $\chi^2$ Test istatistiğinin hesaplanması

Bunun için;

$$\chi^2 = \sum_{i=1} (f_i - N_{pi})^2 / N_{pi}$$

i=1

$$= \sum (f_i - f'_i)^2 / f'_i$$

formülü kullanılır. Bu formülde;

$f_i$ : Gerçek frekansları;

$f'_i$ : Teorik frekansları

göstermektedir.

$\chi^2$  istatistiği hesaplandıktan sonra karar verme aşamasına geçilebilir. Burada örnek sayısı 30'dan büyükse normal dağılım, yani Z tablosundan, 30'dan küçükse  $\chi^2$  tablosundan elde edilen değer esas alınarak karşılaştırma yapılır ve karar verilir.

$\chi^2 < \chi^2_\alpha$  ise **H<sub>0</sub> reddedilemez** (bağımsızlık vardır);

$\chi^2 > \chi^2_\alpha$  ise **H<sub>0</sub> reddedilir** (bağımsızlık yoktur).

### 2.8.2 $\chi^2$ Homojenlik Testi

$\chi^2$  bağımsızlık testi iki değişken arasında bağımsızlık olup olmadığının araştırılmasına dayanırken homojenlik testleri iki ya da daha fazla bağımsız rassal örneğin aynı ana küleden gelip gelmediğinin test edilmesinde kullanılır.

Test için hipotezler şu şekilde oluşturulur:

H<sub>0</sub>: Homojenlik vardır (örnekler aynı ana küleden gelmiştir).

H<sub>1</sub>: Homojenlik yoktur (örnekler farklı ana külelerden gelmiştir).

Karar aşamasında,  $\chi^2$  bağımsızlık testinde olduğu gibi hareket edilir. Yani;

$\chi^2 < \chi^2_\alpha$  ise **H<sub>0</sub> reddedilemez** (homojenlik vardır);

$\chi^2 > \chi^2_\alpha$  ise **H<sub>0</sub> reddedilir** (homojenlik yoktur).

### 2.8.3 $\chi^2$ Uygunluk Testi

$\chi^2$  uygunluk testinde teorik frekanslara göre hesaplanan dağılımın, gerçek frekans, yani gözlemlenen frekanslara ait olup olmadığı araştırılır. enm.blogcu.com.Eğer gerçek frekanslarla teorik frekanslar birbirine yakınsa  $\chi^2$  istatistiğinin değeri küçük çıkacak, dolayısıyla testin sonucunda seçilen dağılımın teorik dağılımla uyumlu olduğu sonucuna varılacaktır.

Bu test için hipotezler;

$H_0$ : Uygunluk vardır (gerçek frekanslarla teorik frekanslar birbirine yakındır)

$H_1$ : Uygunluk yoktur (gerçek frekanslarla teorik frekanslar birbirinden farklıdır)

Şeklinde oluşturulur.

Uygun olan hata payı da belirlendikten sonra yukarıda formülü verilmiş olan  $\chi^2$  istatistiği hesaplanır ve yine yukarıda incelenen homojenlik ve bağımsızlık testleindeki şekilde kara verilir. Buna göre;

$\chi^2 < \chi^2_{\alpha}$  ise  **$H_0$  reddedilemez** (uygunluk vardır);

$\chi^2 > \chi^2_{\alpha}$  ise  **$H_0$  reddedilir** (uygunluk yoktur).<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Bowen, Earl K. & Starr, Martin K.(1982). Basic Statistics for Business and Economics. Mc Graw-Hill. 1<sup>st</sup> edition. Singapore  
Orhunbilge, Neyran (1997). Örnekleme Yöntemleri ve Hipotez Testleri. İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 270: İstanbul  
Turanlı, Münevver & Güriş, Selahattin. (2000). Temel İstatistik. Der Yayınları. İstanbul. 1. Baskı.

## 2.2. Bulgular

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
25-29 yaş	41	41,0
30-34 yaş	47	47,0
35-39 yaş	5	5,0
40 yaş ve üzeri	7	7,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun yaşlarına göre dağılımı Tablo 1'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 41'i (% 41,0) 25-29 yaş, 47'si (% 47,0) 30-34 yaş, 5'i (% 5,0) 35-39 yaş, 7'si (% 7,0) 40 ve üzeri yaş aralığındadır.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Branşlarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Dahiliye	80	80,0
Cerrahi	20	20,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun branşlarına göre dağılımı Tablo 2'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 80'i (% 80,0) dahiliye, 20'si (% 20,0) cerrahi branşındandır.

Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğu dahiliye bölümünde çalışmaktadırlar. Dahiliye bölümünde yatan hastaların büyük çoğunluğu uzun süreli tedavi almaktadırlar buda hastanın sağlık çalışanını sağlık çalışanının da hastayı iyi tanması anlamına gelmektedir.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Doktor	15	15,0
Hemşire	78	78,0
Sağlık memuru	7	7,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun mesleklerine göre dağılımı Tablo 3'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 15'i (% 15,0) doktor, 78'i (% 78,0) hemşire, 7'si (% 7,0) sağlık memurudur.

Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu hasta ile 24 saatini geçiren hemşireler oluşturmaktadır. Buda hastanın iyi ve kötü anına her defasında tanık olan çalışan grubu olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımda Görev Yapma Durumlarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Evet	81	81,0
Hayır	19	19,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun yoğun bakımda görev yapma durumlarına göre dağılımı Tablo 4'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 81'inin (% 81,0) yoğun bakımda görev yaptığı, 19'u (% 19,0) yoğun bakımda görev yapmadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu yoğun bakımda görev yaptığı görülmektedir. Servis hemşiresi hastasını her an görmemektedir, yapması gereken bir girişim varsa yada hasta çağırırsa hasta ile temasa girer ancak yoğun bakım hemşiresi için böyle bir şey yoktur, hemşirenin özel ihtiyaçları için hasta yanından ayrılması dışında hasta ile tüm zamanını geçirir, buda hastayı tanıyan grup olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 5. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Hastanede Çalışmakta Olduğu Bölümlere Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Yoğun bakım	53	53,0
Cerrahi	11	11,0
Servis	24	24,0
Diğer	12	12,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hastanede çalışmakta olduğu bölümlere göre dağılımı Tablo 5'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 53'ünün (% 53,0) yoğun bakım, 11'inin (% 11,0) cerrahi, 24'ünün (% 24,0) servis, 12'sinin (% 12,0) diğer hastane bölümlerinde çalıştığı görülmektedir.



**Tablo 6. Araştırmaya Katılan ağılık Çalışanlarının Görev Yaptığı Bölümdeki Çalıştığı Toplam Süreye Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
0-2 yıl	42	42,0
3-10 yıl	48	48,0
11-24 yıl	10	10,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun görev yaptığı bölümdeki çalıştığı toplam süreye göre dağılımı

Tablo 6'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 42'sinin (% 42,0) 0-2 yıl, 48'inin (% 48,0) 3-10 yıl, 10'unun (% 10,0) 11-24 yıldır görev yaptığı bölümde çalıştığı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların çalışma yılları bize tecrübe oranlarını göstermektedir. Birbirine yakın oranlarla mesleğe yeni başlayanlar, mesleğinde uzmanlaşanların yanında uzmanlaşma bitmiş emekliliğini bekleyenler olarak %10'luk bir kısım karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 7. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Hastanızın profili nedir” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı.**

	Frekans	Yüzde (%)
Geri dönüşümsüz bilinci açık hastalar çoğunlukta	18	18,0
Düzelen hastalar çoğunlukta	18	18,0
Geri dönüşümsüz bilinci kapalı hastalar çoğunlukta	1	1,0
Her grup hasta mevcut	63	63,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hasta profillerine göre dağılımı Tablo 7'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına 18'inin (% 18,0) gelen hastaların geri dönüşümsüz bilinci açık hastalar, 18'inin (% 18,0) düzelen hastalar, 1'inin (% 1,0) geri dönüşümsüz bilinci kapalı hastaların çoğunlukta olduğu, 63'üne (% 63,0) her grup hastanın geldiği görülmektedir.

**Tablo 8. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Hastam uyguladığım tedaviye olumlu yanıt vermediğinde başka bir tedaviyi denerim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	40	40,0
Katılıyorum	32	32,0
Kısmen katılıyorum	16	16,0
Katılmıyorum	3	3,0
Kesinlikle katılmıyorum	9	9,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Hastam uyguladığım tedaviye olumlu yanıt vermediğinde başka bir tedaviyi denerim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 8’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 40’ının (% 40,0) tamamen katılıyorum, 32’sinin (% 32,0) katılıyorum, 16’sının (% 16,0) kısmen katılıyorum, 3’ünün (% 3,0) katılmıyorum, 9’unun (% 9,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Soruya verilen cevaplardan da gördüğümüz gibi tedaviye olumlu bir yanıt alınmadığında alternatif başka bir tedaviye geçilmektedir.

**Tablo 9. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Hasta olsam ve uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsam tedavimin değiştirilmesini isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	61	61,0
Katılıyorum	29	29,0
Kısmen katılıyorum	9	9,0
Kesinlikle katılmıyorum	1	1,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Hasta olsam ve uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsam tedavimin değiştirilmesini isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 9’da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 61’inin (% 61,0) tamamen katılıyorum, 29’unun (% 29,0) katılıyorum, 9’unun (% 9,0) kısmen katılıyorum, 1’inin (% 1,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Oranlardan da gördüğümüz gibi hastası için başka bir tedaviyi denemeye olumlu bakan sağlık çalışanı kendisi içinde olumlu bir yanıt alınamadığında alternatif bir tedaviye geçilmesini istemektedir.

**Tablo 10. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Birinci derece yakınım (anne-baba-eş-çocuk) uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa tedavisinin değiştirilmesini isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	63	63,0
Katılıyorum	27	27,0
Kısmen katılıyorum	9	9,0
Katılmıyorum	1	1,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Birinci derece yakınım (anne-baba-eş-çocuk) uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa tedavisinin değiştirilmesini isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 10 'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 63'ünün (% 63,0) tamamen katılıyorum, 27'sinin (%27,0) katılıyorum, 9'unun (% 9,0) kısmen katılıyorum, 1'inin (% 1,0) katılmıyorumdur.

Hasta ve kendisi için alternatif başka bir tedaviyi destekleyen sağlık çalışanı birinci derece yakını için de aynı yolu izlediği görülmektedir.

**Tablo 11. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	22	22,0
Katılıyorum	26	26,0
Kısmen katılıyorum	35	35,0
Katılmıyorum	11	11,0
Kesinlikle katılmıyorum	6	6,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 11'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 22'sinin (% 22,0) tamamen katılıyorum, 26'sının (% 26,0) katılıyorum,

35'inin (% 35,0) kısmen katılıyorum, 11'inin (% 11,0) katılmıyorum, 6'sının (% 6,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Solunum desteği verilen dal hastanesinde çalışan sağlık çalışanları solunum desteğine ihtiyaç duyan hastalara uyguladıkları desteği gerek görüldüğünde kendilerine de uygulanmasını istedikleri görülmektedir.

**Tablo 12. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	18	18,0
Katılıyorum	22	22,0
Kısmen katılıyorum	26	26,0
Katılmıyorum	23	23,0
Kesinlikle katılmıyorum	11	11,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı **Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.**de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 18'inin (% 18,0) tamamen katılıyorum, 22'sinin (% 22,0) katılıyorum, 26'sının (% 26,0) kısmen katılıyorum, 23'ünün (% 23,0) katılmıyorum, 11'inin (% 11,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Solunum desteğine bağımlı olan hastalarında bulunduğu dal hastanesinde görev yapıp sorunu birebir yaşayan hastaları görmelerine rağmen sağlık çalışanlarına “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” yargısı yönlendirildiğinde net cevap verenlerin az olduğu görülmektedir. Bu da her ne kadar sorunu ve sorun yaşayanı sağlık çalışanı görse de kendi ile karar verme aşamasına geldiğinde sorunu birebir yaşamadığı için kesin bir karara varamadığı gözlenmektedir.

**Tablo 13. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapatturmalarını isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	34	34,0
Katılıyorum	31	31,0
Kısmen katılıyorum	17	17,0
Katılmıyorum	11	11,0
Kesinlikle katılmıyorum	7	7,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapatturmalarını isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 13’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 34’ünün (% 34,0) tamamen katılıyorum, 31’inin (% 31,0) katılıyorum, 17’sinin (% 17,0) kısmen katılıyorum, 11’inin (% 11,0) katılmıyorum, 7’sinin (% 7,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Verilen cevaplardan da görüldüğü gibi bilincin kapalı olma durumu ortaya çıktığında sağlık çalışanı soruya bilincin açık olma durumuna göre daha net cevap verdiği görülmektedir.

**Tablo 14. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	30	30,0
Katılıyorum	37	37,0
Kısmen katılıyorum	22	22,0
Katılmıyorum	6	6,0
Kesinlikle katılmıyorum	5	5,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 14’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 30’unun (% 30,0) tamamen katılıyorum, 37’sinin (% 37,0) katılıyorum, 22’sinin (% 22,0) kısmen katılıyorum, 6’sının (% 6,0) katılmıyorum, 5’inin (% 5,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Solunum desteğine sağlık çalışanının birinci derece yakını ihtiyaç duyduğunda sağlık çalışanının bu desteği yakını için istediği görülmektedir.

**Tablo 15. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	19	19,0
Katılıyorum	27	27,0
Kısmen katılıyorum	21	21,0
Katılmıyorum	24	24,0
Kesinlikle katılmıyorum	9	9,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 15’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 19’unun (% 19,0) tamamen katılıyorum, 27’sinin (% 27,0) katılıyorum, 21’inin (% 21,0) kısmen katılıyorum, 24’ünün (% 24,0) katılmıyorum, 9’unun (% 9,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Sağlık çalışanının birinci derece yakını solunum desteğine ihtiyaç duyduğunda sağlık çalışanı büyük oranda desteği yakını için istediği görülmüştü, bu duruma ek olarak birinci derece yakının bilinci de kapalı durumunda cihazın kapatılması yargısı hakkında sağlık çalışanının kesin bir yargıya varamadığı gözlenmektedir.

**Tablo 16. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	32	32,0
Katılıyorum	28	28,0
Kısmen katılıyorum	19	19,0
Katılmıyorum	15	15,0
Kesinlikle katılmıyorum	6	6,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını

isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 16'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 32'sinin (% 32,0) tamamen katılıyorum, 28'inin (% 28,0) katılıyorum, 19'unun (% 19,0) kısmen katılıyorum, 15'inin (% 15,0) katılmıyorum, 6'sının (% 6,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Sağlık çalışanın birinci derece yakını solunun desteği alması ve bilinci kapalılık durumuna ek olarak geri dönüşü olmaması durumu ortaya çıktığında solunum desteğinin kapatılmasına daha olumlu baktığı gözlenmektedir.

**Tablo 17. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Hastanede tedavi aldığım sürece bana uygulanan tedavilere olumlu yanıt alınamıyorsa bunu bilmek isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	77	77,0
Katılıyorum	20	20,0
Kısmen katılıyorum	2	2,0
Kesinlikle katılmıyorum	1	1,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Hastanede tedavi aldığım sürece bana uygulanan tedavilere olumlu yanıt alınamıyorsa bunu bilmek isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 17'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 77'sinin (% 77,0) tamamen katılıyorum, 20'sinin (% 20,0) katılıyorum, 2'sinin (% 2,0) kısmen katılıyorum, 1'inin (% 1,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi sağlık çalışanı kendi tedavisiyle ilgili olumlu olumsuz tüm değişikliklerin kendisi ile paylaşılmasını istediği görülmektedir.

**Tablo 18. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Hastanede birinci derecede yakınımaya uygulanan tedavilere olumlu yanıt alınamıyorsa bunun yakınımaya söylenmesini isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	40	40,0
Katılıyorum	31	31,0
Kısmen katılıyorum	21	21,0
Katılmıyorum	6	6,0
Kesinlikle katılmıyorum	2	2,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “*Hastanede birinci derecede yakınima uygulanan tedavilere olumlu yanıt alamıyorsa bunun yakınima söylenmesini isterim.*” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 18’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 40’ının (% 40,0) tamamen katılıyorum, 31’inin (% 31,0) katılıyorum, 21’inin (% 21,0) kısmen katılıyorum, 6’sının (% 6,0) katılmıyorum, 2’sinin (% 2,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Hasta sağlık çalışanının birinci derece yakını olduğunda olumlu veya olumsuz tedavi gelişmelerinin yakınına söylenmesi konusunda kendisine söylenmesini istemesi kadar net olmadığı gözlenmiştir.

**Tablo 19. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “*Bilinci açık hastama uyguladığım tedavilere olumlu yanıt alamıyorsam bunu hastamla paylaşmak isterim.*” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	33	33,0
Katılıyorum	26	26,0
Kısmen katılıyorum	30	30,0
Katılmıyorum	9	9,0
Kesinlikle katılmıyorum	2	2,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “*Bilinci açık hastama uyguladığım tedavilere olumlu yanıt alamıyorsam bunu hastamla paylaşmak isterim.*” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 19’da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 33’ünün (% 33,0) tamamen katılıyorum, 26’sının (% 26,0) katılıyorum, 30’unun (% 30,0) kısmen katılıyorum, 9’unun (% 9,0) katılmıyorum, 2’sinin (% 2,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Tabloda da görüldüğü gibi sağlık çalışanı kendisi için istediği bilgilerin paylaşılması isteğini hastası için de istediği görülmektedir.



**Tablo 20. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	11	11,0
Katılıyorum	14	14,0
Kısmen katılıyorum	26	26,0
Katılmıyorum	41	41,0
Kesinlikle katılmıyorum	8	8,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 20’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 11’inin (% 11,0) tamamen katılıyorum, 14’ünün (% 14,0) katılıyorum, 26’sının (% 26,0) kısmen katılıyorum, 41’inin (% 41,0) katılmıyorum, 8’inin (% 8,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Tabloda da görüldüğü gibi sağlık çalışanı bilinci açık birinci derece yakınımın solunum desteğinin kapatılması isteğini kabul etmediği görülmektedir.

**Tablo 21. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “İlerleyen dönemlerde solunum cihazına bağımlı ve bilincim açık olsa, cihazın kapatılmasını istediğimde yakınlarımların bunu desteklemesini isterim.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	21	21,0
Katılıyorum	22	22,0
Kısmen katılıyorum	21	21,0
Katılmıyorum	27	27,0
Kesinlikle katılmıyorum	9	9,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemlerde solunum cihazına bağımlı ve bilincim açık olsa, cihazın kapatılmasını istediğimde yakınlarımların bunu desteklemesini isterim.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 21’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 21’inin (% 21,0) tamamen katılıyorum, 22’sinin (% 22,0) katılıyorum, 21’inin (% 21,0) kısmen katılıyorum, 27’sinin (% 27,0) katılmıyorum, 9’unun (% 9,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Tabloda da olduğu gibi birinci derecede yakınının cihazın kapatılması isteğini onaylamayan sağlık çalışanı kendisi aynı konuma geldiğinde yakınlarının kendi isteğini onaylamaları düşüncesinde kesin bir yargıya varamadığı görülmektedir.

**Tablo 22. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	33	33,0
Katılıyorum	22	22,0
Kısmen katılıyorum	27	27,0
Katılmıyorum	12	12,0
Kesinlikle katılmıyorum	6	6,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 22’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 33’ünün (% 33,0) tamamen katılıyorum, 22’sinin (% 22,0) katılıyorum, 27’sinin (% 27,0) kısmen katılıyorum, 12’sinin (% 12,0) katılmıyorum, 6’sının (% 6,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Bilinci kapalı, geri dönüşümü olmayacak hastaların solunum desteğinin kapatılmasının yasallaştırılması konusunda da büyük kısım onaya olumlu baksa da toplam %18’lik bir kesim olaya olumsuz bakmakta, tam bir düşünce birliğine gidilemediği görülmektedir.

**Tablo 23. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının “Geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılmasını insani bir davranış olarak görüyorum.” Sorusuna Verdiği Cevaplara Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	32	32,0
Katılıyorum	21	21,0
Kısmen katılıyorum	34	34,0
Katılmıyorum	9	9,0
Kesinlikle katılmıyorum	4	4,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılmasını insani bir davranış olarak görüyorum.” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 23’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık

çalışanlarının 32'sinin (% 32,0) tamamen katılıyorum, 21'inin (% 21,0) katılıyorum, 34'ünün (% 34,0) kısmen katılıyorum, 9'unun (% 9,0) katılmıyorum, 4'ünün (% 4,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi %53'lük bir kesim solunum desteğinin kapatılmasını insani bir davranış olarak görürken %13'lük bir kesim insanlık dışı bir davranış görüşünde. Burada azımsanmayacak %34'lük bir kesim ise durumun onayına kısmen katıldığı görülmektedir. Buda olayın içinde olmalarına rağmen sağlık çalışanlarının konu hakkında kesin karara varamadıkları ve kafalarında soru işaretlerinin olduğu görülmektedir.

**Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Yaşlarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
25-29 yaş	9	9,0
30-34 yaş	7	7,0
35-39 yaş	7	7,0
40 yaş ve üzeri	77	77,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun yaşlarına göre dağılımı Tablo 24'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 9'u (% 9,0) 25-29 yaş, 7'si (% 7,0) 30-34 yaş, 7'si (% 7,0) 35-39 yaş, 77'si (% 77,0) 40 ve üzeri yaş aralığındadır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğuyla yaş aralığı 25-34'ken çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunlukla 40 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir.

**Tablo 245. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Okur-yazar değilim	17	17,0
İlkokul	51	51,0
Lise	19	19,0
Üniversite	13	13,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 245'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 17'sinin (% 17,0) okur-yazar olmadığı, 51'inin (% 51,0) ilkokul, 19'unun (% 19,0) lise, 13'ünün (% 13,0) üniversite mezunu eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların okur yazar oranlarının büyük çoğunluğu ilkokul düzeyinde olduğu görülmektedir.

**Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Aile Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Gelir giderden az	55	55,0
Gelir gidere denk	34	34,0
Gelir giderden fazla	11	11,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun aile gelir düzeylerine göre dağılımı Tablo 26'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 55'inin (% 55,0) gelirlerinin giderlerinden az, 34'ünün (% 34,0) gelirlerinin giderlere denk, 11'inin (% 11,0) gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi çalışmaya katılan hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun gelir gider düzeyi gelirin az olması yada gelir giderin birbirine denk olması söz konusudur. Solunum desteğinin birey için sağlanması maddi olarak azımsanmayacak kadar çoktur, buda uzun süreli destek tedavisi alması gereken hastalarda hasta ve hasta yakınının yıpranmasına neden olacaktır. %100 makine desteği ve başka birinin yardımına ihtiyaç duyan destek tedavisi alan hastalarda durum daha karışıktır. Hastanın evine çıkması için uygun ekipman, ev ortamın sağlanması ve oluşturulan uygun koşullarının devamlılığının sağlanması gerekir. Buna ek olarak rutin kontrollere gitmesi de hasta ve hasta yakınına da maddi olarak yıpratmaktadır. Gelirin az olduğu ailelerde durumun daha zorlaştığı, imkanlar sonuna kadar zorlanıp hastaya bakılmaya çalışıldığı birebir yapılan anket çalışmalarında gözlenmiştir. İmkanların hastaya yönlendirilmesi uzun süreli olan bu ve bu tür hastalıklarda ailenin maddi, hastanın yanında sürekli kalınması gerektiği için sosyal ve manevi yaşamın aksamasına devamında sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hastalığın ilk başında ailenin tüm üyeleri tarafından desteklenen hasta gün geçtikçe yakınındakilerinin uzaklaşmasına ve ihtiyacı olan ilginin azalmasına neden olmaktadır.

Çalıştığımız birimde gördüğümüz gibi ilk zamanlarda büyük istekle hasta bakımına başlayan hasta yakınları gün geçtikçe sayılarının azalmasına, “kesinlikle yaşamasını istiyoruz” dan “Allah hayırlısını versin” e kadar gidildiği görülmektedir.

**Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Aile Tiplerine Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Çekirdek aile (anne-baba- çocuk)	71	71,0
Geniş aile	27	27,0
Anne-baba ayrı (parçalanmış aile)	2	2,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun aile tiplerine göre dağılımı Tablo 27'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 71'inin (% 71,0) ailelerinin çekirdek aile (anne-baba- çocuk), 27'sinin (% 27,0) ailelerinin geniş aile, 2'sinin (% 2,0) ailelerinin anne-baba ayrı (parçalanmış aile) aile olduğu görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi hasta yakınlarının büyük çoğunluğu çekirdek aile, buda evde tedavi ve bakıma ihtiyaç duyulduğunda hastaya bakılması gerektiğinde ebeveynlerden birinin yada çocuklardan birinin yaşamını sosyal olarak sınırlaması anlamına gelmektedir.

**Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Kent (il)	95	95,0
Köy	2	2,0
Kasaba	2	2,0
Diğer	1	1,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun yaşadıkları yerleşim yerlerine göre dağılımı Tablo 28'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 95'inin (% 95,0) kent (il), 2'sinin (% 2,0) köy, 2'sinin (% 2,0) kasaba, 1'inin (% 1,0) diğer yerleşim yerlerinde yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının (Anne-Baba-Eş-Çocuk-Kardeş) Tedavi Aldığı Hastanedeki Bölümlere Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Yoğun bakım	3	3,0
Cerrahi	1	1,0
Servis	96	96,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun yakınının (anne-baba-eş-çocuk-kardeş) tedavi aldığı hastanedeki bölümlere göre dağılımı Tablo 29'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan

hasta yakınlarının 3'ünün (% 3,0) yoğun bakım, 1'inin (% 1,0) cerrahi, 96'sının (% 96,0) servis bölümünde tedavi alan yakınının olduğu görülmektedir.

**Tablo 30. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının Hastalığının Devam Ettiği Süreye Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
0-6 aydır hasta	28	28,0
1-2 yıldır hasta	15	15,0
3 yıl ve üzeridir hasta	57	57,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hasta olan yakınının hastalığının devam ettiği süreye göre dağılımı Tablo 30'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 28'inin (% 28,0) yakınının 0-6 aydır hasta, 15'inin (% 15,0) yakınının 1-2 yıldır hasta, 57'sininin (% 57,0) yakınının 3 yıl ve üzeri süredir hasta olduğu görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi çoğunun rahatsızlığının kronik olduğu ve yaşam boyu tedaviye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Uzun süreli maddi, manevi yıpranmalara ve sosyal olarak sınırlılıkların oluşmasına neden olmaktadır.

**Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastasının Hekim Tarafından Önerilen Tedaviyi Düzenli Olarak Uygulama Durumuna Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Uyguluyordu	83	83,0
Bazen uyguluyordu	17	17,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hastasının hekim tarafından önerilen tedaviyi düzenli olarak uygulama durumuna göre dağılımı Tablo 31'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 83'ünün (% 83,0) hastasının hekim tarafından önerilen tedaviyi düzenli olarak uyguladığı, 17'sininin (% 17,0) hastasının hekim tarafından önerilen tedaviyi düzenli olarak bazen uyguladığı görülmektedir.

**Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının Tedavisinin Kendileri İçin Maddi Külfet Oluşturma Durumlarına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Hayır	31	31,0
Biraz	47	47,0
Oldukça	22	22,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hastasının tedavisinin maddi külfet oluşturma durumlarına göre dağılımı Tablo 32'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 31'inin (% 31,0) hastasının tedavisinin kendilerine maddi külfet oluşturmadığı, 47'sinin (% 47,0) hastasının tedavisinin kendilerine biraz maddi külfet oluşturduğu, 22'sinin (% 22,0) hastasının tedavisinin kendilerine oldukça maddi külfet oluşturduğu görülmektedir.

**Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Hastalarının Tedavisinin Uzun Sürmesinin Maddi Olarak Yıpratma Durumuna Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde (%)
Hayır	22	22,0
Biraz	19	19,0
Oldukça	59	59,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hastasının tedavisinin uzun sürmesinin maddi olarak yıpratma durumuna göre dağılımı Tablo 33'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 22'sinin (% 22,0) hastasının tedavisinin uzun sürmesinin kendilerini maddi olarak yıpratmadığı, 19'unun (% 19,0) hastasının tedavisinin uzun sürmesinin kendilerini maddi olarak biraz yıpratıldığı, 59'unun (% 59,0) hastasının tedavisinin uzun sürmesinin kendilerini maddi olarak oldukça yıpratıldığı görülmektedir.

**Tablo 34. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları**

	Frekans	Yüzde (%)
İstemem	33	33,0
Gerekirse bakarım	62	62,0
Bilemiyorum	5	5,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun hastasının ömrünün geri kalan kısmını makinelere bağımlı olarak yaşamasını isteme durumlarına göre dağılımı Tablo 34'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 33'ünün (% 33,0) hastasının ömrünün geri kalan kısmını makinelere bağımlı olarak yaşamasını istemeyeceği, 62'sinin (% 62,0) hastasının ömrünün geri kalan kısmını makinelere bağımlı olarak yaşamasını gerekirse bakacağı, 5'inin (% 5,0) hastasının ömrünün geri kalan kısmını makinelere bağımlı olarak yaşamasını bilemeyeceği görülmektedir.

Çalışmaya katılan büyük çoğunluğu serviste tedavi alan hastaların yakınlarıdır, buda % 100 makine ve insan desteğinin gerek olmadığı birimlerdir. Hasta yakınları % 100 bakıma ihtiyaç duyan hastanın tam olarak farkında olmamakta sadece “yaşasın yeter” mantığı gütmekte “elimizden geleni yaparız” ibaresini kullanmaktadırlar. Ancak hasta yakınına verilen eğitim ile eve gönderildiğinde belirli bir süre sonra hastaya bakanların oranı azalmaktadır. Buda gösteriyor ki hasta ve hasta yakınına verilen ön bilgiler yetersizdir.

**Tablo 35. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
Onaylarım	29	29,0
Bilemiyorum	13	13,0
Onaylamam	58	58,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 35'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 29'unun (% 29,0) onaylarım, 13'ünün (% 13,0) bilemiyorum, 58'inin (% 58,0) onaylamam cevabını verdiği görülmektedir.

Verilen cevaplardan da görüldüğü gibi hasta bireyin kendi yaşamı ile ilgili karara büyük çoğunlukla saygı duyup onaylanırken kesinlikle onaylamayan ve çekimser olanlarında oranı az değildir. Hasta yakınları hastanın aldığı kararı onaylama aşamasında bile dini ve vicdani nedenlerle kesin bir yargıya varamamaktadırlar.

**Tablo 36. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
İsterim	42	42,0
Bilemiyorum	21	21,0
İstemem	37	37,0
Toplam	100	100,0



Örneklem grubunun “*Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?*” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 37’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 42’sinin (% 42,0) isterim, 21’inin (% 21,0) bilemiyorum, 37’sinin (% 37,0) istemem cevabını verdiği görülmektedir.

Burada da görüldüğü gibi hasta birinci derece yakının bilinci kapalı yada kendi yerine karar veremeyecek durumda dahi olsa imkanlarını sonuna kadar zorlayıp bakmayı kabullendiği hastanın yaşamı ile ilgili kesin kararda yer almayı istemediği görülmektedir. Makinelerin desteği ile yakınının yaşamasını istemeyenlerin oranında az değildir ancak burada da karşımıza bilgilendirme ve hastane sonrası evde bakımda hasta yakınlarının karşılaştıkları zorluklar ile birebir karşılaşmalarının olanaksızlığının getirdiği bir eksiklik karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 37. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “*Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?*” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları**

	Frekans	Yüzde (%)
İsterim	41	41,0
Bilemiyorum	18	18,0
İstemem	41	41,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “*Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?*” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 37’de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 41’inin (% 41,0) isterim, 18’inin (% 18,0) bilemiyorum, 41’inin (% 41,0) istemem cevabını verdiği görülmektedir.

**Tablo 38. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “*İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?*” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
İsterim	36	36,0
Bilemiyorum	12	12,0
İstemem	52	52,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “*İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?*” sorusuna verdiği cevaplara göre

dağılımı Tablo 38'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 36'sının (% 36,0) isterim, 12'sinin (% 12,0) bilemiyorum, 52'sinin (% 52,0) istemem cevabını verdiği görülmektedir.

Yakınları ile kesin bir yargı sergileyemeyen hasta yakınları sorun kendi başlarına geldiğinde makine desteğini büyük çoğunlukla kendileri için istemedikleri görülmektedir.

**Tablo 39. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunun cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
İsterim	36	36,0
Bilemiyorum	13	13,0
İstemem	51	51,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunun cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 39'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 36'sının (% 36,0) isterim, 13'ünün (% 13,0) bilemiyorum, 51'inin (% 51,0) istemem cevabını verdiği görülmektedir.

Bilinç durumunun kapalı olması hasta yakınının alması gereken solunum desteğini kendisi için istememesi yönünde karar vermesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 40. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
İsterim	36	36,0
Bilemiyorum	12	12,0
İstemem	52	52,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 40'da incelenmiştir. Buna göre araştırmaya

katılan hasta yakınlarının 36'sının (% 36,0) isterim, 12'sinin (% 12,0) bilemiyorum, 52'sinin (% 52,0) istemem cevabını verdiği görülmektedir.

Bilincin açık olması hasta hakkında tedavinin sonlandırılması konusunda karar vermeyi zorlaştırdığı gibi hasta yakınının kendi hakkında da karar vermesini zorlaştırdığı görülmektedir. Kesin yargılara varılamadığı görülmektedir.

**Tablo 41. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “*Hastanın solunum cihazından çıkarılması –yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir*” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
Tamamen katılıyorum	18	18,0
Katılıyorum	14	14,0
Kısmen katılıyorum	16	16,0
Katılmıyorum	43	43,0
Kesinlikle katılmıyorum	9	9,0
Toplam	100	100,0

Örneklem grubunun “*Hastanın solunum cihazından çıkarılması –yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?*” sorusuna verdiği cevaplara göre dağılımı Tablo 41'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 18'inin (% 18,0) tamamen katılıyorum, 14'ünün (% 14,0) katılıyorum, 16'sının (% 16,0) kısmen katılıyorum, 43'ünün (% 43,0) katılmıyorum, 9'unun (% 9,0) kesinlikle katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Hasta % 100 makine desteğinde ve tıbbi olarak yapılabilecek bir şey kalmasa bile hastanın solunum desteğinin kaldırılması hasta yakınları tarafından kanunlarla desteklenmesine olumlu bakılmamaktadırlar. Bu profilde bulunan hastalar hastanelerin yoğun bakımlarından çıkarılamamakta ve hastaların bu şekilde ne kadar devam edecekleri bilinmemektedir.

Bu konumda acil müdahale ile önceki yaşamına geri dönebilecek olan hasta bireyler yatak ve makine yokluğu ile kabul edilememekte, transfer için uygun yer arama yoluna gidilmektedir. Uygun yer bulunana kadar gelişebilecek geri dönüşü imkansızlıklar yada acil müdahale ile geri dönebilecek bireyler imkansızlıklar nedeniyle tedavi alamamaktadırlar. Uygun yere transfer edilene kadar ki geçen

sürede geri dönüşü imkansız sorunlar çıkabileceği gibi hasta bireyin hayatını kaybetmesine kadar gidebilmektedir.

**Tablo 42. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının “Solunum cihazından çıkarılmanın kanunlaştırılmasını istemiyorsanız istememe nedeniniz aşağıdakilerden hangisi ile örtüşmektedir” Düşüncesine Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları.**

	Frekans	Yüzde (%)
Dini inançlarım nedeniyle karşıyım	33	63,5
Daima hayata destek taraftarıyım. Kendini bilmese bile.	11	21,2
Böyle bir kararı vermek beni vicdanen rahatsız eder	5	9,6
Bilemiyorum ama karşıyım	3	5,8
Toplam	52	100,0

Örneklem grubunun solunum cihazından çıkarılmanın kanunlaştırılmasını istememe nedenlerine göre dağılımı Tablo 42'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının 33'ünün (% 63,5) dini inançları nedeniyle karşı olduğu için, 11'inin (% 21,2) daima hayata destek taraftarı olduğu, kendini bilmese bile, 5'inin (% 9,6) böyle bir kararı vermenin kendisini vicdanen rahatsız ettiği, 3'ünün (% 5,8) bilemiyorum ama karşıyım cevabını verdiği görülmektedir.

Tablodan da görüldüğü gibi hasta bireyin yapılabilecek bir şey kalmasa bile solunum desteğinden çıkarılmamasının büyük çoğunluklarla dini nedenlerle istenmediği görülmektedir. “Fiziksel bedenimizin durumu bozuldukça zihninizin içeriği başka bir bedene (ya da bilgisayar diskine) yüklenmeye [yedeklenmeye] başlanır. Bu bağışlanmış bir beden de olabilir, kendi DNA'nızdan yeni kopyalanmış bir beden de. Ama yaşlı zihin bitmek bilmeyen alışveriş gezilerini, yeniden ve yeniden oynanan komedileri, arkadaşların[ın] evlenmesini ve ayrılmasını düşünür. Ölüme ve yok olmaya korkulacak bir şey olarak değil, kollarımızı açıp karşılaşacağımız bir kaçınılmazlık olarak bakmaya başlar”<sup>38</sup> Doğum ne kadar doğalsa ölüme de öyle bakılması durumun daha kolay kabullenilmesini sağlayacaktır. Zaten İslam Dini de insan yaşamına sonsuzluk olarak değil yaşanıp bitecek bir süre olarak bakmaktadır. Burada şu karşımıza çıkıyor ki sadece doktor ile iyi iletişim ve bilgilendirme

<sup>38</sup> A'dan Z'ye Felsefe, Alexander Moseley. Çev. Ali Süha, <http://www.bilimfelsefedin.org/?p=1295>, (03.03.2011)

yetmiyor, inançları ağır basan toplumlarda dini olarak da doğru bilgilendirmenin ne kadar önemli olduğu karşımıza çıkmaktadır.

**Tablo 43. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 11. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 14. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		<i>“İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.”</i> (Sağlık çalışanları anketinin 14.sorusu)					Toplam	P
<i>“Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?”</i> (Hasta yakınları anketinin 11.sorusu)		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum		
<b>İstemem</b>	Sayı	13	14	2	3	1	33	
	Yüzde	39,4 %	42,4 %	6,1 %	9,1 %	3,0 %	100,0 %	
<b>Gerekirse bakarım</b>	Sayı	17	18	20	3	4	62	
	Yüzde	27,4 %	29,0 %	32,3 %	4,8 %	6,5 %	100,0 %	
<b>Bilemiyorum</b>	Sayı	0	5	0	0	0	5	
	Yüzde	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	30	37	22	6	5	100	
	Yüzde	30,0 %	37,0 %	22,0 %	6,0 %	5,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna istemem cevabını verenlerin 13’ünün (%39,4) “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 14’ünün (%42,4) katılıyorum, 2’sinin (%6,1) kısmen katılıyorum, 3’ünün (%9,1) katılmıyorum, 1’i (%3,0) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna gerekirse bakarım cevabını verenlerin 17’sinin (%27,4) “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 18’inin (%29,0) katılıyorum, 20’sinin (%32,3) kısmen katılıyorum, 3’ünün (%4,8) katılmıyorum, 4’ünün (%6,5) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 5’inin (%100,0) “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.” sorusuna katılıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.” sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki vardır. (p=0,015<0,05; X<sup>2</sup>=18,907)

**Tablo 44. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 12. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 20. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		“Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.” (Sağlık çalışanları anketinin 20.sorusu)					Toplam	P
		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum		
“Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız?” (Hasta yakınları anketinin 12.sorusu)								
<b>Onaylarım</b>	Sayı	4	5	7	8	5	29	0,203
	Yüzde	13,8 %	17,2 %	24,1 %	27,6 %	17,2 %	100,0 %	
<b>Bilemiyorum</b>	Sayı	3	1	2	7	0	13	
	Yüzde	23,1 %	7,7 %	15,4 %	53,8 %	0,0 %	100,0 %	
<b>Onaylamam</b>	Sayı	4	8	17	26	3	58	
	Yüzde	6,9 %	13,8 %	29,3 %	44,8 %	5,2 %	100,0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	11	14	26	41	8	100	
	Yüzde	11,0 %	14,0 %	26,0 %	41,0 %	8,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız?” sorusuna onaylarım cevabını verenlerin 4’ünün (%13,8) “Solunum cihazına bağımlı birinci

*derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.*” sorusuna tamamen katılıyorum, 5’inin (%17,2) katılıyorum, 7’sinin (%24,1) kısmen katılıyorum, 8’inin (%27,6) katılmıyorum, 5’inin (%17,2) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız?”* sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 3’ünün (%23,1) *“Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 1’inin (%7,7) katılıyorum, 2’sinin (%15,4) kısmen katılıyorum, 7’sinin (%53,8) katılmıyorum, 0’ının (%0,0) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız?”* sorusuna onaylamam cevabını verenlerin 4’ünün (%6,9) *“Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 8’inin (%13,8) katılıyorum, 17’sinin (%29,3) kısmen katılıyorum, 26’sinin (%44,8) katılmıyorum, 3’ünün (%5,2) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının *“Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız?”* sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *“Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.”* sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur. ( $p=0,203>0,05;X^2=10,971$ )

**Tablo 45. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 13. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 15. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		“İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” (Sağlık çalışanları anketinin 15.sorusu)					Toplam	P
“Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” (Hasta yakınları anketinin 13.sorusu)		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum		
<b>İsterim</b>	Sayı	10	8	4	7	4	33	0,467
	Yüzde	30,3 %	24,2 %	12,1 %	21,2 %	12,1 %	100,0 %	
<b>Bilemiyorum</b>	Sayı	9	17	16	15	5	62	
	Yüzde	14,5 %	27,4 %	25,8 %	24,2 %	8,1 %	100,0 %	
<b>İstemem</b>	Sayı	0	2	1	2	0	5	
	Yüzde	0,0 %	40,0 %	20,0 %	40,0 %	0,0 %	100,0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	19	27	21	24	9	100	
	Yüzde	19,0 %	27,0 %	21,0 %	24,0 %	9,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna isterim cevabını verenlerin 10’unun (%30,3) “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 8’inin (%24,2) katılıyorum, 4’ünün (%12,1) kısmen katılıyorum, 7’sinin (%21,2) katılmıyorum, 4’ünün (%12,1) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 9’unun (%14,5) “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 17’sinin (%27,4) katılıyorum, 16’sinin (%25,8) kısmen katılıyorum, 15’inin (%24,2) katılmıyorum, 5’inin (%8,1) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.



Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna istemem cevabını verenlerin 2’sinin (%40,0) “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” sorusuna katılıyorum, 1’inin (%20,0) kısmen katılıyorum, 2’sinin (%40,0) katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?” sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.” sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur. ( $p=0,467>0,05$ ;  $X^2=7,667$ )

**Tablo 46. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 14. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 16. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		“Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim” (Sağlık çalışanları anketinin 16.sorusu)					Toplam	P
		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum		
“Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?” (Hasta yakınları anketinin 14.sorusu)								
İsterim	Sayı	15	12	7	4	3	41	0,193
	Yüzde	36,6 %	29,3 %	17,1 %	9,8 %	7,3 %	100,0 %	
Bilemiyorum	Sayı	7	6	5	0	0	18	
	Yüzde	38,9 %	33,3 %	27,8 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	
İstemem	Sayı	10	10	7	11	3	41	
	Yüzde	24,4 %	24,4 %	17,1 %	26,8 %	7,3 %	100,0 %	
Toplam	Sayı	32	28	19	15	6	100	
	Yüzde	32,0 %	28,0 %	19,0 %	15,0 %	6,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?” sorusuna isterim cevabını verenlerin 15’inin (%36,6) “Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının

*kapatılmasını isterim*” sorusuna tamamen katılıyorum, 12’sinin (%29,3) katılıyorum, 7’sinin (%17,1) kısmen katılıyorum, 4’ünün (%9,8) katılmıyorum, 3’ünün (%7,3) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?”* sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 7’sinin (%38,9) *“Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim”* sorusuna tamamen katılıyorum, 6’sının (%33,3) katılıyorum, 5’inin (%27,8) kısmen katılıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?”* sorusuna istemem cevabını verenlerin 10’unun (%24,4) *“Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim”* sorusuna tamamen katılıyorum, 10’unun (%24,4) katılıyorum, 7’sinin (%17,1) kısmen katılıyorum, 11’inin (%26,8) katılmıyorum, 3’ünün (%7,3) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının *“Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?”* sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *“Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim”* sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur. ( $p=0,193>0,05$ ;  $X^2=11,159$ )

**Tablo 47. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 15. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 12. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		“İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” (Sağlık çalışanları anketinin 12.sorusu)					Toplam	P
“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?” (Hasta yakınları anketinin 15.sorusu)		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum		
<b>İsterim</b>	Sayı	8	5	15	3	5	36	<b>0,044</b>
	Yüzde	22,2 %	13,9 %	41,7 %	8,3 %	13,9 %	100,0 %	
<b>Bilemiyorum</b>	Sayı	2	4	1	5	0	12	
	Yüzde	16,7 %	33,3 %	8,3 %	41,7 %	0,0 %	100,0 %	
<b>İstemem</b>	Sayı	8	13	10	15	6	52	
	Yüzde	15,4 %	25,0 %	19,2 %	28,8 %	11,5 %	100,0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	18	22	26	23	11	100	
	Yüzde	18,0 %	22,0 %	26,0 %	23,0 %	11,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?” sorusuna isterim cevabını verenlerin 8’inin (%22,2) “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 5’inin (%13,9) katılıyorum, 15’inin (%41,7) kısmen katılıyorum, 3’ünün (%8,3) katılmıyorum, 5’inin (%13,9) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?” sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 2’sinin (%16,7) “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 4’ünün (%33,3) katılıyorum, 1’inin (%8,3) kısmen katılıyorum, 5’inin (%41,7) katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?” sorusuna istemem cevabını verenlerin 8’inin (%15,4) “İlerleyen dönemde solunum cihazına

ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 13’ünün (%25,0) katılıyorum, 10’unun (%19,2) kısmen katılıyorum, 15’inin (%28,8) katılmıyorum, 6’sının (%11,5) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?” sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.” sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ( $p=0,044<0,05$ ;  $X^2=15,876$ )

**Tablo 48. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 16. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 13. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapattırmalarını isterim.” (Sağlık çalışanları anketinin 13.sorusu)					Toplam	P
“İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?” (Hasta yakınları anketinin 16.sorusu)		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum		
<b>İsterim</b>	Sayı	14	12	7	0	3	36	0,289
	Yüzde	38,9 %	33,3 %	19,4 %	0,0 %	8,3 %	100,0 %	
<b>Bilemiyorum</b>	Sayı	3	5	3	1	1	13	
	Yüzde	23,1 %	38,5 %	23,1 %	7,7 %	7,7 %	100,0 %	
<b>İstemem</b>	Sayı	17	14	7	10	3	51	
	Yüzde	33,3 %	27,5 %	13,7 %	19,6 %	5,9 %	100,0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	34	31	17	11	7	100	
	Yüzde	34,0 %	31,0 %	17,0 %	11,0 %	7,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?” sorusuna isterim cevabını verenlerin 14’ünün (%38,9) “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapattırmalarını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 12’sinin (%33,3)

katılıyorum, 7'sinin (%19,4) kısmen katılıyorum 3'ünün (%8,3) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?” sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 3'ünün (%23,1) “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapattırmalarını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 5'inin (%38,5) katılıyorum, 3'ünün (%23,1) kısmen katılıyorum, 1'inin (%7,7) katılmıyorum, 1'inin (%7,7) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?” sorusuna istemem cevabını verenlerin 17'sinin (%33,3) “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapattırmalarını isterim.” sorusuna tamamen katılıyorum, 14'ünün (%27,5) katılıyorum, 7'sinin (%13,7) kısmen katılıyorum, 10'unun (%19,6) katılmıyorum, 3'ünün (%5,9) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?” sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımın solunum cihazını kapattırmalarını isterim.” sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur. ( $p=0,289>0,05$ ;  $X^2=9,666$ )

**Tablo 49. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 17. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 11. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		<i>“İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.”</i>					<b>Toplam</b>	<b>P</b>
		<i>(Sağlık çalışanları anketinin 11.sorusu)</i>						
<i>“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?”</i>		<b>Tamamen katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kısmen katılıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Tamamen katılmıyorum</b>		
<i>(Hasta yakınları anketinin 17.sorusu)</i>								
<b>İsterim</b>	Sayı	7	9	11	5	4	36	0,580
	Yüzde	19,4 %	25,0 %	30,6 %	13,9 %	11,1 %	100,0 %	
<b>Bilemiyorum</b>	Sayı	2	5	3	2	0	12	
	Yüzde	16,7 %	41,7 %	25,0 %	16,7 %	0,0 %	100,0 %	
<b>İstemem</b>	Sayı	13	12	21	4	2	52	
	Yüzde	25,0 %	23,1 %	40,4 %	7,7 %	3,8 %	100,0 %	
<b>Toplam</b>	Sayı	22	26	35	11	6	100	
	Yüzde	22,0 %	26,0 %	35,0 %	11,0 %	6,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?”* sorusuna isterim cevabını verenlerin 7’sinin (%19,4) *“İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 9’unun (%25,0) katılıyorum, 11’inin (%30,6) kısmen katılıyorum, 5’inin (%13,9) katılmıyorum, 4’ünün (%11,1) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?”* sorusuna bilemiyorum cevabını verenlerin 2’sinin (%16,7) *“İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 5’inin (%41,7) katılıyorum, 3’ünün (%25,0) kısmen katılıyorum, 2’sinin (%16,7) katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?”* sorusuna istemem cevabını verenlerin 13’ünün (%25,0) *“İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı*

*desteğini isterim.*” sorusuna tamamen katılıyorum, 12’sinin (%23,1) katılıyorum, 21’inin (%40,4) kısmen katılıyorum, 4’ünün (%7,7) katılmıyorum, 2’sinin (%3,8) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının *“İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?”* sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *“İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim.”* sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur. (p=0,580>0,05; X<sup>2</sup>=6,599)

**Tablo 50. Araştırmaya katılan Hasta Yakınlarının 18. Sorusu ile Sağlık Çalışanlarının 22. Sorusu Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Testi İle İncelenmesi**

		<i>“Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.”</i> (Sağlık çalışanları anketinin 22.sorusu)						
<i>“Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?”</i> (Hasta yakınları anketinin 18.sorusu)		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum	Toplam	P
Tamamen katılıyorum	Sayı	9	2	5	2	0	18	0,492
	Yüzde	50,0 %	11,1 %	27,8 %	11,1 %	0,0 %	100,0 %	
Katılıyorum	Sayı	6	2	4	2	0	14	
	Yüzde	42,9 %	14,3 %	28,6 %	14,3 %	0,0 %	100,0 %	
Kısmen katılıyorum	Sayı	3	7	3	2	1	16	
	Yüzde	18,8 %	43,8 %	18,8 %	12,5 %	6,3 %	100,0 %	
Katılmıyorum	Sayı	13	8	13	4	5	43	
	Yüzde	30,2 %	18,6 %	30,2 %	9,3 %	11,6 %	100,0 %	
Kesinlikle katılmıyorum	Sayı	2	3	2	2	0	9	
	Yüzde	22,2 %	33,3 %	22,2 %	22,2 %	0,0 %	100,0 %	
Toplam	Sayı	33	22	27	12	6	100	
	Yüzde	33,0 %	22,0 %	27,0 %	12,0 %	6,0 %	100,0 %	

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?”* sorusuna tamamen katılıyorum cevabını verenlerin 9’unun (%50,0) *“Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 2’sinin (%11,1) katılıyorum,

5'inin (%27,8) kısmen katılıyorum, 2'sinin (%11,1) katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?”* sorusuna katılıyorum cevabını verenlerin 6'sının (%42,9) *“Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 2'sinin (%14,3) katılıyorum, 4'ünün (%28,6) kısmen katılıyorum, 2'sinin (%14,3) katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?”* sorusuna kısmen katılıyorum cevabını verenlerin 3'ünün (%18,8) *“Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 7'sinin (%43,8) katılıyorum, 3'ünün (%18,8) kısmen katılıyorum, 2'sinin (%12,5) katılmıyorum, 1'inin (%6,3) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?”* sorusuna katılmıyorum cevabını verenlerin 13'ünün (%30,2) *“Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 8'inin (%18,6) katılıyorum, 13'ünün (%30,2) kısmen katılıyorum, 4'ünün (%9,3) katılmıyorum, 5'inin (%11,6) tamamen katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından *“Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?”* sorusuna tamamen katılmıyorum cevabını verenlerin 2'sinin (%22,2) *“Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.”* sorusuna tamamen katılıyorum, 3'ünün (%33,3) katılıyorum, 2'sinin (%22,2) kısmen katılıyorum, 2'sinin (%22,2) katılmıyorum cevabını verdiği görülmektedir.



Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “*Hastanın solunum cihazından çıkarılması – yapılabilecek bir Őey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki dūřünceniz nedir?*” sorusuna verdiği cevaplar ile araştırmaya katılan sağlık alışanlarının “*Bana göre bilinci kapalı ve geri dnūřü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.*” sorusuna verdiği cevaplar arasında anlamlı bir iliŐki yoktur. (p=0,492>0,05; X<sup>2</sup>=15,445)

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşamın önemi ve yaşama verilen önem gün geçtikçe kendini daha çok ortaya koymaktadır. Zaman geçtikçe insanlar gibi hayvanlar, bitkiler ve diğer canlılarda değişen dünya koşullarına hayatta kalabilmek için uyum sağlama yolları aramaktadır. Düzensiz enerji sarfiyatı ve doğanın kirlenmesi insanların ve diğer canlıların hayatını tehlikeye sokmasının yanında canlıların hücre yapılarının değişikliğe uğramasına da neden olmaktadır. Bu hücre farklılaşmaları insanlarda değişik hastalıklar ortaya çıkarmaktadır. Ortaya çıkan bu rahatsızlıkların tedavisinde bilinçsiz bir şekilde kullanılan antibiyotikler hastalığın ortadan kalkması yerine hastalık ajanının farklılaşıp daha da güçlenmesine neden olmaktadır. Buda kuşak antibiyotiklerinin çaresiz kalmasına tedavinin sağlanamamasına neden olmaktadır.

Sağlık alanında tedavi alan bireyin ve yakınlarının eğitim seviyesinin düşük olması, hasta, hasta yakını ve doktor arasında iyi bir iletişim olmaması, hasta ve hastalığın seyri hakkında uygun bilgilendirmenin yapılmaması hastanın ve hasta yakınlarının tedavinin tamamına katılmalarını engellediği gibi doğru karar vermelerinin de önüne geçmektedir. Doğru karar vermede de dini inançlarda karşımıza çıkmaktadır. Canı Allah'ın verdiği ve ondan başkasının alamayacağı üzerine durmaktadırlar. Böylece hastalığın ilerleyişini ve ortaya çıkabilecek olayların neler olabileceğini tam olarak kavrayamayan hasta yakınları önceden her şeye razıyım yaşasın bakarım derken olayın içinde kendi evlerinde baş başa kalmaları yaşam tarzlarının yanında hasta bireye bakışlarını da değiştirmektedir. Tüm aile bireyleriyle hastaneye iyileşmesi için getirilen hasta bireyler solunum makinesine bağımlı duruma geldiklerinde hasta yakınlarında ilgilenenlerin oranı azalmakta, çoğu hastaların bakan hasta yakını oranı bire inmenin yanında hastanın bakım evine bırakıldığı görülmektedir. Maddi durumu iyi olan hasta yakınlarının ise hastanın bakımı için başkalarını tuttuğu gözlenmektedir.

Solunum destek ünitesine bağımlı bir hastaya bakmak kolay değildir, tüm zamanın onun yanında geçecektir, sosyal yaşam aksayacak, maddi yönden yıpranılacak ve evin dekorasyonunun değişmesine kadar çoğu şey değişmek zorunda kalacaktır. Bunlar hasta yakını tarafından ortaya çıkacak zorluklardır, hasta tarafından yaşanacak zorluklarda bir bu kadar önemlidir ve dikkate alınması gerekir. Kendi hakkında karar

verme ehliyetine sahip hasta uygun şekilde bilgilendirilmelidir. Yaşamında ortaya çıkacak değişiklikler anlatılmalıdır. Çünkü yaşamı yaşayacak olan, mahremiyeti ortadan kalkacak olan, kendine yetemeyecek olup makineye bağımlı kaldığı için ev dışındaki yaşamı biten yada çok kısıtlanacak olan hasta bireyin kendisi olacaktır.

Solunum destek ünitesine bağımlı bireyin her istediğini yapsak bile ne kadarını yapabiliriz, yada istediği anda istediği sıcaklıkta bir bardak su yada çay içirebilecek miyiz? İsteddiği zaman onu dışarı çıkarıp yüzünde rüzgarın esintisini duymasını sağlayabilecek miyiz? Çok zor. Kısıtlılıklarla devam edecek bir yaşamı tam bir bilgilendirme sonrası ne kadar kişi kabullenebilir?

Sağlık çalışanlarına yapılan çalışmada çalışanların solunum destek ünitesinde yaşamaya olumlu bakmadıkları, yüzde yüz solunum desteği makinesine bağımlı ve bilinçleri yerinde olmadıklarında solunum desteği makinesinin kapatılmasını istedikleri görülmektedir. Bu konuda yasal düzenlemelerin yapılması istenmektedir. Ancak sağlık çalışanının yakını bu konuma geldiğinde kendi yakını için desteği istemektedir. Sağlık çalışanları kendileri ile ilgili net kararlar verirlerken sıra birinci derece yakınlarına gelince destek istenmektedir bu konuda sağlık çalışanları ile hasta yakınları hemfikirlerdir.

### **Konuyla ilgili öneriler;**

Hasta ve hasta yakınları hastaneye ilk yatıştan itibaren ilgilenen doktordan tedavi ve hastalığın ilerleyişi hakkında doğru bilgilendirme alabilmelidirler.

Hasta yakınları ve hasta tedavi planında yer almalıdırlar.

İlerde olabilecekler ile ilgili net bilgi verilmelidir.

Bilinci yerinde olan hastada karar hastanın özgür iradesine bırakılmalıdır.

Kendi ile ilgili karar verme yetisine sahip olmayan hastalarda olacaklar hakkında bilgilendirilmiş hasta yakını, ilgilenen hekim ve bilir kişilerden oluşacak hekim komisyonu hastanın ileriki yaşamı ile ilgili kararı vermelidirler.

Konuyla ilgili hasta yakınları gerekiyorsa dini yönden de bilgilendirilmelidirler.

Hasta yakınının vicdani olarak yıpranmaması için konu ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Son kararı hasta yada hasta yakını vermiş veriyormuş gibi bir intiba hasta ve hasta yakınları üzerinde bırakmamak gerekir.

Yaşamın kutsallığı ve yaşama hakkı ile hasta birey sonuna kadar yaşam desteği istiyor ancak hasta yakınları maddi yada hasta bakımı açısından destek olamayacaklarını belirtiyorlarsa bu konumda olan hastalar için devlet tarafından bakım, barınma ve tıbbi ekipman yönünden desteklenmesi için uygun düzenlemeler yapılmalıdır.

Hasta yakını bilinci yerinde olmayan hastasına bakamayacağını ancak sonuna kadar yaşamasını istediğini belirtiyorsa bu konumdaki hastalar içinde devlet tarafından durumlarına uygun bakım, barınma ve tıbbi ekipman için uygun düzenlemeler yapılmalıdır.

Yapılacak düzenlemelerle hastalar istem ile hasta yakınları tarafından, diğer şartlarda oluşturulan uygun merkezlerde yaşamlarının devamı sağlandığı için hasta yakınları da itemedikleri bir kararı vermemiş olacaklardır. Hastalara uygun ortamlar sağlandığı için bu durumdaki hastalar hastanelerin servis ve yoğun bakımlarından çıkacakları için hastanede uzun süreli kalışlar azalacak, durumu uygun hastalar sevki gerçekleştirilen hastaların yerlerine yerleşebileceklerdir.

Uzun süreli kalışlar azaltıldığı gibi hasta, hasta yakını maddi ve manevi yönden daha az yıpranmış olacaktır.

Sağlık kurumu için iş gücü yönünden önemli tasarruflar sağlanacaktır.

Uygun yönlendirmeler ile ülkemizin enerji ve maddi birikimlerinin kullanım oranı azalacaktır

## KAYNAKLAR

1. “Tabip”;Vikipedi,özgür ansiklopedi;4 Ocak 2011,Ekim 2009,  
http://tr.wikipedia.org/wiki/Tabip, (20.06.2010)
2. Milliyet.com.tr,”Gözden Düşmeyen Meslek”,12.06.2010/07.07.2010/Cuma,Milliyet  
İnternet- Güncel.mht. (15.09.10)
3. Aktepe, E. ,Tıp Uygulamasında Davranış, (12.06.2010)
4. <http://www.milliyet.com.tr/2006/07/07/güncel/gün01/html>, (12.12.2010)
5. Dinççağ, A., Hasta İle İletişim, Görsel- Sözel Sorgulama Tekniği, Nobel Tıp Kitabevleri
6. Goleman , D., Sosyal Zeka, çev. Osman Çetin Deniztekin, Varlık/ Bilim, İstanbul, 2007
7. Koch E, Turgut T., Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri:  
bir bakış. Türk Psikiyatri Dergi 2004;15(1): 64-9
- 8.Ross, E. K., Büyümenin Son Aşaması ÖLÜM, Çev. Nur Nirven, Ruh ve Madde Yayınları,  
İstanbul, 1987
- 9.Goleman, D., Sosyal Zeka, Çev. Osman Çetin Deniztekin, Varlık/ Bilim, İstanbul, 2007
10. Gordan, T.- Edwards, S., Doktor-Hasta İşbirliği, çev. Emel Aksay, Sistem Yayıncılık,  
İstanbul, 1997
11. hasta hakları\woguzen21.htm. (15.09.2010)
12. Çakırcalı, E.,Hemşirelik Temel İlke Ve Uygulamaları,1998
13. <http://wikipedia.org/wiki/Tedavi>, ( 20.06.2010)
14. “Etik Nedir?”;T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2010, http://www.meb.gov.tr, (18.07.2010)
15. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, Çeviri Murat CİVANER, 2005

16. “ Hasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri”;Türk Kardiyoloji Derneği; 2010,/2009,TKDHasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri.mht, Cilt:37, Sayı:Supplementum 3, (15.09.2010)
17. Aypar, Ü., Çelebioğlu, B., Akıncı, S. B., Erdem, İ. A., Yoğun Bakımın Sırları, 3. Baskı, 2009
18. Karaca, S.; ”İnsan Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Ötenazi”; Tıp ve Sağlık Hukuku Makaleleri; 31.03.2003,www.hukuki.net, (08.09.2010)
19. Gözler, K.;”Kişi Hakları ve Ödevleri”;Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982/12.09.2010/07.05.2010,<http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, (10.09.2010)
20. Oğuz ENGİN, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, woguzen21.htm.. (15.09.2010)
21. Seligman, Martin E. P. Öğrenilmiş İyimserlik, çev. Semra Kunt Akbaş, hyb Yayıncılık, Ankara, 2007
22. Erdoğan, E.;”Hekim Tedavi Bitmeden Hastayı Bırakabilir Mi?”;Artı Haberler;08.05.2009, <http://www.artigazetesi.com>, (17.01.2011)
23. <http://www.dralihatay.com/hastahaklari.htm>, (19.02.2011)
24. “ Hasta haklar”;www.dralihatay.com. (19.02.2011)
- 25.Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı”;Hasta Hakları Yönetmeliği;01.08.1998:Sayı:23420,[http:// www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), (22.02.2011)
26. UYSAL, M., Sükan, F., Doğum ve Çocuk Hastanesi , Konya (17.02.2011)
27. Bowen, Earl K. & Starr, Martin K.(1982). Basic Statistics for Business and Economics. Mc Graw-Hill. 1<sup>st</sup> edition. Singapore
28. Orhunbilge, Neyran (1997). Örneklem Yöntemleri ve Hipotez Testleri. İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 270: İstanbul

29. Turanlı, Münevver & Güriş, Selahattin. (2000). Temel İstatistik. Der Yayınları. İstanbul. 1. Baskı.

30. A'dan Z'ye Felsefe, Alexander Moseley. Çev. Ali Süha,  
<http://www.bilimfelsefedin.org/?p=1295>, (03.03.2011)

## **EKLER**

### **EK-ANKET FORMU 1**

#### **TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU HAKKINDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DÜŞÜNCELERİNİ SAPTAMA FORMU**

Denek Sıra No.....

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 25-29 b)30-34 c)35-39 d) 40 ve üzeri

2. Branşınız nedir?

- a) Dahiliye b) Cerrahi

3. Mesleğiniz nedir?

- a) Doktor b) Hemşire c) Sağlık Memuru

4. Yoğun bakımda görev yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

5. Hastanenin hangi bölümünde çalışmaktasınız?

a) Yoğun bakım

b) Cerrahi

c) Servis

d) Diğer

6. Kaç yıldır çalıştığınız bölümde görev yapmaktasınız?

a) 0-2 yıl

b) 3-10 yıl

c) 11-24 yıl

d) 25 ve üzeri yıl



7. Hastalarınızın profili nedir?

- a) Geri dönüşümsüz bilinci açık hastalar çoğunlukta
- b) Düzelen hastalar çoğunlukta
- c) Geri dönüşümsüz bilinci kapalı hastalar çoğunlukta
- d) Her grup hasta mevcut

8. Hastam uyguladığım tedaviye olumlu yanıt vermediğinde başka bir tedaviyi denerim

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Kesinlikle katılmıyorum

9. Hasta olsam ve uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa tedavimin değiştirilmesini isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Kesinlikle katılmıyorum

10. Birinci derece yakınım (anne-baba-eş-çocuk) uygulanan tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa tedavisinin değiştirilmesini isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Kesinlikle katılmıyorum

11. İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde solunum cihazı desteğini isterim

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

12. İlerleyen dönemde solunum cihazına ihtiyaç duyacak duruma geldiğimde –cihaza bağımlı kaldığımda- solunum cihazının kapatılmasını isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

13. İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı ve bilincim kapalıysa yakınlarımların solunum cihazını kapattırmalarını isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

14. İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağlanmak zorunda olsa solunum cihazı desteğini yakınım için isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

15. İlerleyen dönemde birinci derece yakınım solunum cihazına bağımlı duruma gelse ve bilinci kapalıysa cihazın kapatılmasını isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

16. Birinci derece yakınım bilinci kapalı ve geri dönüşümü olmayan nedenlerle solunum cihazına bağımlı ise solunum cihazının kapatılmasını isterim

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

17. Hastanede tedavi aldığım sürece bana uygulanan tedavilere olumlu yanıt alamıyorsa bunu bilmek isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

18. Hastanede birinci derecede yakınıma uygulanan tedavilere olumlu yanıt alamıyorsa bunun yakınıma söylenmesini isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

19. Bilinci açık hastama uyguladığım tedavilere olumlu yanıt alamıyorsam bunu hastamla paylaşmak isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

20. Solunum cihazına bağımlı birinci derece yakınımın bilinci açık ve cihazın kapatılmasını istiyorsa onun fikrini onaylarım.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

21. İlerleyen dönemlerde solunum cihazına bağımlı ve bilincim açık olsa, cihazın kapatılmasını istediğimde yakınlarımın bunu desteklemesini isterim.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

22. Bana göre bilinci kapalı ve geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılması yasallaştırılmalıdır.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

23. Geri dönüşü imkansız hastalarda solunum cihazının kapatılmasını insani bir davranış olarak görüyorum.

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Tamamen katılmıyorum

KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM

## EK-ANKET FORMU 2

### TEDAVİYE SON VERMENİN ETİK BOYUTU HAKKINDA HASTA YAKINLARININ DÜŞÜNCELERİNİ SAPTAMA FORMU

Ankete Katılan Sıra No.....

1. Yaşınız aşağıdaki grupların hangisi aralığındadır  
a) 25-29 b) 30-34 c) 35-39 d) 40 ve üzeri
2. Eğitim durumunuz nedir?  
a) Okur-yazar değilim  
b) İlkokul  
c) Lise  
d) Üniversite
3. Ailenizin gelir düzeyi nedir?  
a) Gelir giderden az  
b) Gelir gidere denk  
c) Gelir giderden fazla
4. Aile tipiniz nedir?  
a) Çekirdek aile (anne-baba- çocuk)  
b) Geniş aile  
c) Anne-baba ayrı (parçalanmış aile)
5. Nerede yaşıyorsunuz?  
a) Kent (il) b) Köy c) Kasaba d) Diğer
6. Yakınınız (anne-baba-eş-çocuk-kardeş) hastanenin hangi bölümde tedavi almakta?  
a) Yoğun bakım b) Cerrahi c) Servis

7. Yakınınız ne kadar zamandır hasta?
- a) 0-6 aydır hasta
  - b) 1-2 yıldır hasta
  - c) 3 yıl ve üzeridir hasta
8. Hastanız Hekim tarafından önerilen tedaviyi düzenli olarak uyguluyor muydu?
- a) Uyguluyordu
  - b) Bazen uyguluyordu
  - c) Hiç uygulamazdı
9. Yakınınızın tedavisi sizin için maddi külfet oluşturuyor mu?
- a) Hayır
  - b) Biraz
  - c) Oldukça
10. Yakınınızın tedavisinin uzun sürmesi maddi olarak sizi yıpratır mı?
- a) Hayır
  - b) Biraz
  - c) Oldukça
11. Yakınınızın ömrünün geri kalan kısmında makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?
- a) İstemem
  - b) Gerekirse bakarım
  - c) Bilemiyorum
12. Yakınınızın bilinci yerinde ve makinelere bağımlı olarak yaşıyor, sizden bu şekilde yaşamak istemediğini, makinelerden ayrılmak istediğini belirtirse (ölüm riski olsa da) onaylar mısınız?
- a) Onaylarım
  - b) Bilemiyorum
  - c) Onaylamam

13. Yakınınızın bilinci kapalı veya kendi yerine karar verebilecek yeterliliğe sahip değilse, kalan ömrünü makinelere bağımlı olarak yaşamasını ister misiniz?

- a) İsterim
- b) Bilemiyorum
- c) İstemem

14. Yakınınız için tıbbi açıdan yapılabilecek bir şey kalmadıysa, solunum cihazından çıkarılmasını ister misiniz?

- a) İsterim
- b) Bilemiyorum
- c) İstemem

15. İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı duruma gelseniz, bu makinelere bağımlı yaşamak ister misiniz?

- a) İsterim
- b) Bilemiyorum
- c) İstemem

16. İlerleyen dönemde yaşayabilmeniz için solunum cihazına ihtiyaç duyulsa ve bilinciniz kapalıysa desteğin size verilmesini ister misiniz?

- a) İsterim
- b) Bilemiyorum
- c) İstemem

17. İlerleyen dönemde solunum cihazına bağımlı yaşamak zorunda kalsanız ve bilinciniz açık olsa bu cihazın kapatılmasını ister misiniz?

- a) İsterim
- b) Bilemiyorum
- c) İstemem



18. Hastanın solunum cihazından çıkarılması –yapılabilecek bir şey yoksa- kanunlarla desteklenmeli midir, bu konudaki düşünceniz nedir?

- a) Tamamen katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Kısmen katılıyorum
- d) Katılmıyorum
- e) Kesinlikle katılmıyorum

19. (18. soruya cevabınız olumluysa 19. soruyu cevaplamayınız) Solunum cihazından çıkarılmanın kanunlaştırılmasını istemiyorsanız istememe nedeniniz aşağıdakilerden hangisi ile örtüşmektedir.

- a) Dini inançlarım nedeniyle karşıyım
- b) Daima hayata destek taraftarıyım. Kendini bilmese bile.
- c) Böyle bir kararı vermek beni vicdanen rahatsız eder
- d) Yasal olmadığı için
- e) Bilemiyorum ama karşıyım

KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM

## İZİN BELGESİ

### Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol IC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** *Süreyyapaşa E.A.H.*

**Çalışmanın adı:** *"Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu"*

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler .....*Nurten SANCAK*...tır.

### Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....**3 ay**.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç *26/11/2010* /Bitiş *26/02/2011*.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

### Yürürlük:

a) Çalışma yayım/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayım/proje/tez .....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

### Ek Bilgi:

#### Taraflar:

...../2010

Adı-Soyadı

Nurten SANCAK



OLUR

...../2010

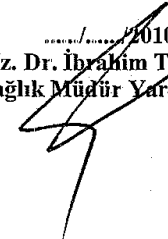
Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü



...../2010  
Uz. Dr. İbrahim TOPÇU  
Sağlık Müdür Yardımcısı



## ÖZGEÇMİŞ

03.08.1979 Ardahan İli Posof İlçesi Erim Köyü doğumluyum. İlk Okulu Erim Köyü İlkokulunda, Orta Okul ve Liseyi Posof Lisesinde 25.06.1999 tarihinde tamamladıktan sonra 15.09.1999 tarihinde Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümüne kaydoldum. 24.06.2005 yılında bu bölümden mezun oldum. 10.07.2007 tarihinde Süreyya Paşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde göreve başladım. Yoğun Bakım Hemşiresi olarak göreve devam etmekteyim.

**Nurten SANCAK**