

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE GENİŞLETİLMİŞ ÖZERKLİK  
İLKESİNE DOKTOR VE HEMŞİRELERİN BAKIŞI:  
BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

Lütfiye TEKPINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ULUDAĞ

KONYA-2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE GENİŞLETİLMİŞ ÖZERKLİK  
İLKESİNE DOKTOR VE HEMŞİRELERİN BAKIŞI:  
BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

Lütfiye TEKPINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ULUDAĞ

KONYA-2018

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Lütfiye TEKPINAR**'ın "**Sağlık Hizmetlerinde Genişletilmiş Özerklik İlkesine Doktor ve Hemşirelerin Bakışı: Bir Alan Araştırması**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/ Tezi olarak kabul edilmiştir.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya-Türkiye/ 27.06.2018

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ULUDAĞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Aydan YÜCELER

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatih KARA

Selçuk Üniversitesi

Tıp Fakültesi



Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 05/07/2018 tarih ve 16./04. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü



**APPROVAL**

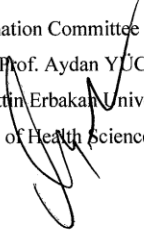
We certify that we have read this dissertation entitled “**The Perspective of Physician And Nurses’ of The Principle of Extended Autonomy in Healthcare: A Field Study**” by “**Lütfiye TEKPINAR**” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “**Health Management**”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences, Konya-Turkey/ 27.06.2018

Principal Advisor

Assist. Prof. Ayhan ULUDAĞ  
Necmettin Erbakan University  
Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member  
Assist. Prof. Aydan YÜCELER  
Necmettin Erbakan University  
Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member  
Assist. Prof. Fatih KARA  
Selçuk University  
Faculty of Medicine



This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK  
Director of Institute of Health Sciences



#### BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim

Tarih: 05.06.2018

Öğrencinin Adı-Soyadı: Lutfiye TEKPINAR

İmzası



28.06.2018

Turnitin

[YAZAR](#)

[Öğrenciler](#)

[Not Defteri](#)

[Kütüphaneler](#)

[Takvim](#)

[Tartışma](#)

[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE GENİŞLETİLMİŞ ÖZERKLİK İLKESİ...

### Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

Sil İndir Şuraya taşı...

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Lütfiye Tekpınar	SAĞLIK HİZMETLERİNDE GENİŞLETİLMİŞ ÖZERK...	%9	8%	3%	4%	--	--	ödev indir	979214137	28-Haz-2018

Dr. Öğr. Üyesi Ayhan Uludağ  


## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında sonsuz desteğiyle beni yüreklendiren, benimle bilgisini, tecrübesini ve zamanını hiç kısmadan paylaşan, bu konunun gündeme gelmesinde öncülük eden çok değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayhan Uludağ'a, araştırma sürecimde desteklerini ve bilgisini esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin TEKİN, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Yalçın İleri'ye, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Dr. Öğr. Üyesi Şerife Didem Kaya ve Dr. Öğr. Üyesi Aydan Yüceler'e ve çalışmaya katılan doktor ve hemşirelere teşekkür ederim.

Hayatımda ve tüm eğitim süreçlerimde büyük emeği olan, hoşgörüsüne hayran olduğum, sonsuz sevgi ve desteklerini daima hissettiğim canım aileme minnettarım...

Lütfiye TEKPİNAR

Konya, 2018

## İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i> .....	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i> .....	<i>ii</i>
<i>Approval</i> .....	<i>iii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i> .....	<i>iv</i>
<i>Benzerlik Raporu</i> .....	<i>v</i>
<i>Teşekkür</i> .....	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i> .....	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler</i> .....	<i>x</i>
<i>Tablolar Listesi</i> .....	<i>xi</i>
<i>Özet</i> .....	<i>xiv</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>xv</i>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. ÖZERKLİK .....	5
2.1.1. Özerkliğin Ön Koşulu Olarak Bireysellik/Kişilik ve Bireyselliğin/Kişiliğin Ön Koşulu Olarak Özerklik .....	5
2.1.1.1. Bireyselleşme .....	6
2.1.1.2. Birey (Kişi) Özerkliği .....	8
2.1.2. Hasta Özerkliği .....	12
2.1.2.1. Hak Kavramı .....	13
2.1.2.2. Sağlık Hakkı .....	15
2.1.3. Hasta Hakları Kavramı .....	16
2.1.4. Uluslararası Bildirgelerde Hasta Hakları ve Özerkliği .....	17
2.1.5. Türkiye’de Hasta Hakları ve Hasta Özerkliği .....	21
2.1.6. Tıp Etiği ve Hasta Özerkliği .....	25
2.1.7. Hipokrat Geleneği ve Karşıt Görüşler .....	28
2.1.8. Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta Özerkliği .....	30
2.1.8.1. Yararlılık İlkesi .....	30
2.1.8.2. Zarar Vermeme İlkesi .....	32
2.1.8.3. Özerkliğe Saygı İlkesi .....	33
2.1.9. Aydınlatılmış Onam Öğretisi ve Hasta Özerkliği .....	36
2.2. GENİŞLETİLMİŞ ÖZERKLİK İLKESİ .....	44
2.2.1. Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulama Alanı Olarak İleriye Dönük Hasta Talimatı (İDHT) .....	47

2.2.1.1. İleriye Dönük Hasta Talimatının Türleri .....	51
2.2.1.2. Dünya'da ve Türkiye'de İleriye Dönük Hasta Talimatı.....	56
2.2.1.2.1. İleriye Dönük Hasta Talimatına Tarihsel Bakış .....	56
2.2.1.2.2. Amerika'da İleriye Dönük Hasta Talimatı.....	57
2.2.1.2.3. Avrupa'da İleriye Dönük Hasta Talimatı .....	61
2.2.1.2.4. Diğer Dünya Ülkelerinde İleriye Dönük Hasta Talimatı.....	66
2.2.1.2.5. Türkiye'de İleriye Dönük Hasta Talimatı .....	67
2.2.1.3. İleriye Dönük Hasta Talimatına Yönelik Etik Sorunlar ve Uygulama Zorlukları .....	69
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>82</b>
3.1. Araştırma Modeli .....	82
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	82
3.3. Ön Uygulama .....	83
3.4. Veri Toplama Araçları .....	83
3.4.1. Sağlık Çalışanları İçin Kişisel Bilgi Formu.....	84
3.4.2. Genişletilmiş Özerklik İlkesi Bilgi ve Tutum Soruları.....	84
3.5. Verilerin Toplanması .....	84
3.6. Veri Analizi .....	85
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	85
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	85
3.9. Araştırma Soruları .....	86
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>87</b>
4.1. Doktor ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	87
4.2. Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusundaki Değişkenlere İlişkin Bulgular .....	90
4.3. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Bilgilendirmesi ve Hasta Özerkliğine Karşı Tutumlarına Yönelik Bulgular .....	97
4.4. Doktor ve Hemşirelerin Genişletilmiş Özerklik ve İDHT Konusunda Bilgi Düzeylerine ve Yaklaşımlarına İlişkin Bulgular .....	99
4.5. Sağlık Hizmeti Sunumunda Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Bulgular .....	102
4.6. Doktor ve Hemşirelerin Genişletilmiş Özerklik İlkesi ve İDHT'ye Karşı Bilgi ve Tutumlarının Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Bulgular.....	109
<b>5. TARTIŞMA ve SONUÇ .....</b>	<b>119</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>133</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>141</b>
Ek-A Anket Formu.....	141

<i>Ek-B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı .....</i>	<i>145</i>
<i>Ek-C Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni .....</i>	<i>146</i>
<i>Ek-D Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni .....</i>	<i>147</i>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>148</b>

## **KISALTMALAR VE SİMGELER**

**ACP:** Advance Care Planning

**DNR:** Do Not Resuscitate

**DNRO:** Do Not Resuscitate Order

**DNH:** Do Not Hospitalize

**DNI:** Do Not Intube

**HHY:** Hasta Hakları Yönetmeliği

**ICD:** Implantable Cardioverter Defibrillator

**İDHT:** İleriye Dönük Hasta Talimatı

**İDBP:** İleriye Dönük Bakım Planı

**MOLST:** Medical Orders for Life Sustaining Treatment

**PSDA:** Patient Self Determination Act

**POLST:** Physician Orders For Life-Sustaining Treatment

**SBDVY:** Sağlık Bakımında Devamlı Vekâlet Yetkisi

**TYD:** Temel Yaşam Desteği

**WMA:** World Medical Association

## TABLolar LİSTESİ

<i>Tablo 2.2.1.1.3. Avrupa Ülkelerinde İDHT'nın Yasal Durumu .....</i>	<i>61</i>
<i>Tablo 4.1.1. Doktor ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....</i>	<i>87</i>
<i>Tablo 4.1.2. Doktor ve Hemşirelerin Cinsiyete Göre Dağılımı .....</i>	<i>88</i>
<i>Tablo 4.1.3. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanının Cinsiyete Göre Dağılımı..</i>	<i>89</i>
<i>Tablo 4.1.4. Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımı .....</i>	<i>89</i>
<i>Tablo 4.1.5. Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı .....</i>	<i>90</i>
<i>Tablo 4.2.1. Doktor ve Hemşirelerin Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusunda Ders Alma Durumları .....</i>	<i>90</i>
<i>Tablo 4.2.2. Doktor ve Hemşirelerin Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Durumu.....</i>	<i>91</i>
<i>Tablo 4.2.3. Doktor ve Hemşirelerin Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusunda Bilgi Edindikleri Yerlerin Durumu .....</i>	<i>91</i>
<i>Tablo 4.2.4. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okuma Durumları.....</i>	<i>92</i>
<i>Tablo 4.2.5. Doktor ve Hemşireler İle Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji Konusundaki Değişkenlerin İlişkisi.....</i>	<i>92</i>
<i>Tablo 4.2.6. Doktor ve Hemşireler İle Hasta Hakları Konusundaki Değişkenlerin İlişkisi .....</i>	<i>93</i>
<i>Tablo 4.2.7. Doktor ve Hemşirelerin Tecrübe Süresinin Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okuma Durumuyla İlişkisi.....</i>	<i>96</i>
<i>Tablo 4.2.8. Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okuma Durumu İle Uzmanlık Alanı Arasındaki İlişki .....</i>	<i>96</i>
<i>Tablo 4.3.1. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Bilgilendirmesine Yaklaşımlarının Dağılımı .....</i>	<i>97</i>
<i>Tablo 4.3.2. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Özerkliği Kavramına Yaklaşımları .....</i>	<i>98</i>
<i>Tablo 4.3.3. "Hasta Özerkliği Kavramı size ne ifade ediyor" Sorusuna "Hastanın Karar Verme Gücüne Odaklananların" Verdiği Cevaplar .....</i>	<i>98</i>
<i>Tablo 4.3.4. "Hasta Özerkliği Kavramı Size Ne İfade Ediyor?" Sorusuna "Hak Temelli Bakış Açısına Sahip Olanların" Verdiği Cevaplar .....</i>	<i>99</i>
<i>Tablo 4.3.5. "Hasta Özerkliği Kavramı Size Ne İfade Ediyor?" Sorusuna "Kavramın Önemine Vurgu Yaparak" Verilen Cevaplar .....</i>	<i>99</i>

<i>Tablo 4.3.6. “Hasta Özerkliği Kavramı Size Ne İfade Ediyor?” Sorusuna “İlgisiz Cevap Verenlerin” Verdiği Cevaplar .....</i>	<i>99</i>
<i>Tablo 4.4.1. Doktor ve Hemşirelerin Bilinci Kapalı Hasta İçin Karar Vericinin Kim Olduğuna Dair Görüşleri.....</i>	<i>100</i>
<i>Tablo 4.4.2. Doktor ve Hemşirelerin Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliğini Kullanabilmesine Yönelik Yaklaşımlarının Dağılımı.....</i>	<i>100</i>
<i>Tablo 4.4.3. Doktor ve Hemşirelerin Genişletilmiş Özerkliğe Yaklaşımlarının Dağılımı .....</i>	<i>101</i>
<i>Tablo 4.4.4. Doktor ve Hemşirelerin İDHT’nın Mevzuatta Varlığına İlişkin Bilgi Durumu .....</i>	<i>101</i>
<i>Tablo 4.4.5. Doktor ve Hemşirelerin İDHT Hakkında Bilgi Düzeylerinin Dağılımı</i>	<i>101</i>
<i>Tablo 4.4.6. Doktor ve Hemşirelerin İDHT Veren Hastayla Karşılaşma Durumunun Dağılımı .....</i>	<i>102</i>
<i>Tablo 4.5.1. Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı.....</i>	<i>102</i>
<i>Tablo 4.6.1. Doktor ve Hemşirelerin Tecrübe Süresi İle İDHT’na Dair Mevzuat Bilgilerinin İlişkisi.....</i>	<i>109</i>
<i>Tablo 4.6.2. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanı İle Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliğini Kullanma Durumunun İlişkisi.....</i>	<i>110</i>
<i>Tablo 4.6.3. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanı İle Kişiye Rağmen Yararlı Olma Durumu Arasındaki İlişki.....</i>	<i>111</i>
<i>Tablo 4.6.4. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanı İle DNR Talimatına Bakış Arasındaki İlişki.....</i>	<i>112</i>
<i>Tablo 4.6.5. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliğini Kullanma Durumunun İlişkisi.....</i>	<i>112</i>
<i>Tablo 4.6.6. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle İDHT’na Dair Mevzuat Bilgilerinin İlişkisi.....</i>	<i>113</i>
<i>Tablo 4.6.7. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle İDHT Konusunda Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....</i>	<i>114</i>
<i>Tablo 4.6.8. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı ile Özerkliğini Kullanabilen Hastaya Tıbbi Gerçeklerin Tümü Açıkça Söylenmelidir Önermesine Katılım Arasındaki İlişki .....</i>	<i>114</i>

<i>Tablo 4.6.9. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Sağlık Çalışanının Yaptığı Bilgilendirmenin Hastanın Özerkliğini Kullanma Gücünü Etkiler Önermesine Katılım Arasındaki İlişki .....</i>	<i>115</i>
<i>Tablo 4.6.10. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Hastanın Sağlık Durumunu Olumsuz Etkileyebilecek Teşhis Hastadan Gizlenmelidir Önermesine Katılım Arasındaki İlişkisi .....</i>	<i>116</i>
<i>Tablo 4.6.11. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Hastanın İzin Vermiş Olduğu Uygulamalar Arasında Yer Almasa Bile Hasta Yararına Olan Her Şey Yapılmalıdır Önermesine Katılım Arasındaki İlişkisi .....</i>	<i>116</i>
<i>Tablo 4.6.12. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle DNR Talimatına Bakış Arasındaki İlişki .....</i>	<i>117</i>

# ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Hizmetlerinde Genişletilmiş Özerklik İlkesine Doktor ve Hemşirelerin

Bakışı: Bir Alan Araştırması

Lütfiye TEKPINAR

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2018

Bireyselleşen ve yalnızlaşan toplumda kişisel sorumluluklara verilen değerdeki değişimle birlikte hastanın kendi bedeni üzerindeki sahipliği artmıştır. Değişen değerler hastanın eş zamanlı karar vericiliğinin ötesinde, geleceğe yönelik açıklamalarını da bağlayıcı kılmayı gerektirmiştir. Böylece karar verme yetisinden yoksun kişiler adına alınacak tıbbi kararlarda insan onuru ve özerkliğe saygı en yüksek derecede korunabilecektir. Karar verme yetisinin kaybedildiği dönemlere ait tercihleri bildiren genişletilmiş özerklik ilkesi hastanın kişiselleşmiş esenliğinin bilinmesini sağlamaktadır. Böylece genişletilmiş özerklik ilkesi ile hastanın önceden açıklamış olduğu istekleri güvence altına alınmaktadır.

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmeti sunumunda genişletilmiş özerklik ilkesi ve onun uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatı hakkında doktor ve hemşirelerinin bilgi ve tutumlarının belirlenmesidir. Araştırmada hasta özerkliği, genişletilmiş özerklik ve ileriye dönük hasta talimatı konusunda literatür taraması yapılmıştır. İlgili literatür incelenerek sağlık çalışanları için kişisel bilgi ve genişletilmiş özerklik ilkesi bilgi ve tutum sorularından oluşan anket formu oluşturulmuştur. Tanımlayıcı istatistikler ve iki kategorik veri arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare testi yapılmıştır. Ayrıca değişkenlerin ilişki düzeyini tespit etmek için Contingency Coefficient, Cramer's V değerleri incelenmiştir.

Araştırmaya katılanların %51,9'u hemşire, %32,3'ü araştırma görevlisi hekim, %15,9'u öğretim üyesidir. Katılımcıların %46,8'i sağlık hizmeti sunumunda genişletilmiş özerklik ilkesini desteklemektedir. Ancak %53,8'inin ileriye dönük hasta talimatı konusunda bilgi düzeyinin zayıf olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların uzmanlık alanı ve ünvanı ile bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilme durumu arasında anlamlı ve düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir ( $p < ,05$ ). Katılımcıların %77,9'u genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatı mevzuatla açık bir şekilde belirlenmesini gerekli görmektedir. Katılımcıların %65,1'i ileriye dönük hasta talimatının sağlık hizmetleri için rehber bir uygulama olduğu ve bilinci yerinde olan herkes tarafından verilmesi gerektiğini desteklemektedir. Hasta hakları konusunda doktorların yarısından fazlasının (%54,2) orta, hemşirelerin yarısından fazlasının ise (%56,5) iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmektedir.

Sonuçlar incelendiğinde uluslararası literatürde yoğun tartışılan genişletilmiş özerklik ilkesinin katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından desteklendiği, ancak ileriye dönük hasta talimatının katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından bilinmediği görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğu genişletilmiş özerklik ilkesinin ve onun uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatı ile ilgili yasal düzenlemenin yapılması gerektiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin doktorlardan daha paternalist olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların tıp etiği ve özellikle hasta hakları bilgi seviyelerinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Genişletilmiş Özerklik; İleriye Dönük Hasta Talimatı; Hasta Hakları

## ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY  
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Perspective of Physician and Nurses' of The Principle of Extended  
Autonomy in Healthcare: A Field Study

Lütfiye TEKPINAR

Health Management Department

MASTER'S THESIS / KONYA-2018

With the change in the value given to individual responsibilities in the individualized and isolated society, the ownership of the patient on his own body has increased. The changing values beyond the patient's simultaneous decision-making its future-oriented instructions also must be binding. Thus, it will be maintained human dignity and respect for autonomy at the highest level in the medical decisions to be taken in the name of those who lack the ability to make decisions. The extended autonomy principle, which informs the preferences of the periods in which the decision-making capacity has been lost, provides the knowledge of the patient's personalized well-being. Thus, with the principle of extended autonomy requests that the patient has already announced are guaranteed.

The purpose of this study is to determine the knowledge and attitudes of physicians and nurses about the principle of extended autonomy in the provision of health care services and the advance directive that are the field of application. In the study was performed literature search about on patient autonomy, extended autonomy and advance directive. By examining the related literature was formed personal information for health professionals and principle of extended autonomy consists of information and attitude questions questionnaire form. It was performed the chi-square test to examine the relationship between descriptive statistics and two categorical data. In addition, Contingency Coefficient and Cramer's V values were examined to determine the relationship level of variables.

Survey participants are nurses 51,9%, research assistants 32,3%, faculty member 15,9%. 46,8% of the participants supported the principle of extended autonomy in health service delivery. However, 53,8% of them were found to have poor knowledge about advance directive. It was found significant and low level of association between participants' expertise field and title and the capacity to use autonomous incompetence patient ( $p < .05$ ). 77,9% of respondents think that it is necessary to clearly define the advance directive, which is the application area of the principle of extended autonomy with the legislation. 65,1% of the participants supported the fact that advance directive was a guideline for health care services and should be provided by everyone at the know-ment. More than half of the doctors (54,2%) are in the middle, and more than half of the nurses (56,5%) are in good knowledge.

When the results are examined, it is seen that the principle of extended autonomy, which is extensively discussed in international literature, is supported by about half of the participants. However, it appears that the advance directive is not known by the vast majority of participants. The majority of participants states that should be done legal regulation concerning the principle of extended autonomy and for advance directive which is its application field. Nurses participating in the research were found to be more paternalistic than doctors. In addition, it has been determined that medical ethics and especially patient rights information levels are low.

**Key words:** Extended Autonomy; Advance Directive; Patient Rights

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin yükselişi, insanın kendi bireyselliğinin ve kimliğinin farkında olmasına neden olmuştur. Bireyselleşen insan yaşamın her kademesini kontrol altına almak istemiş ve zamanla bireyin özerkliği gelişmiştir. Bir kişinin özerkliği gündeme geldiğinde genel olarak, o kişinin etki altında kalmadan serbestçe ve kendi akli yetileri ile karar verme ve davranışta bulunabilmesi kastedilmektedir.

Faden ve Beauchamp (1986) özerkliği; bireyin kendi egemenliği, seçim yapabilme özgürlüğü, kendi ahlâki pozisyonunu seçme ve seçimindeki sorumlulukları kabul etmesiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Özerklik tartışmalarında önemli görüşleri olan Dworking, (1988) özerkliğin; bağımsızlık, hareket etme özgürlüğü, irade özgürlüğü ve eleştirel düşünebilmeyi kapsadığını belirtmiştir. O'Neill (2003) ise bu listelere öz denetim ve kendi kaderini tayin etme kararlarını eklemiştir.

Bedenine sıkça müdahale edilen ve çoğu zaman ne olduğunun farkına varamayan kesim hastalardır. İnsanın kendi bedeni ve ona bağlı olarak sürdüreceği yaşamı yalnızca kendisine aittir ve özel bir değer taşımaktadır. Bu yüzden hasta özerkliği tartışmaları gündeme gelmektedir. Bu çalışmada birey özerkliğinin uzantısı olan hasta özerkliğinden kendi kaderini tayin edebilme ya da kendi bedeninin hüküm vericisi olabilmesi bağlamında bahsedilecektir. Kendi bedeninin sahibi olma hakkı hasta haklarının bir bileşenidir.

Hasta hakları kavramı, Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) 4. maddesinde; “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını” ifade etmektedir (T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420). HHY’de hastanın özerkliğini destekleyen ibareler bulunmaktadır.

Hastanın rızası ve izninin anlatıldığı HHY madde 24’te “Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi

istenebilir.” ifadeleri geçmektedir. Burada bahsedilen hastanın önceden açıklamış olduğu isteklerinin dikkate alınması ifadesi hastanın özerkliğinin genişletilmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca hastadan yeterliliğini kaybettiği dönem içinde rıza alınması, ileriye dönük bir talimat verebilmesinin temelini oluşturmaktadır.

İleriye dönük hasta talimatının daha derinlemesine incelenmesi genişletilmiş özerklik etik ilkesinde yer almaktadır. Bu ilke kişinin geleceğini etkileyen eylemleri planlamayı, ileriye yönelik kararlar almayı, kişisel hedefleri belirlemeyi ve geleceğe bir yatırım yapmayı taahhüt etmektedir (Olick, 2014). Veatch (2010) genişletilmiş özerklik ilkesini şöyle açıklamaktadır: Kişinin karar verme yetisi olduğu sırada verilen bir kararın, genellikle karar verme yetisini kaybettiği zamanda geçerli olduğu kabul edilmektedir. Bu durumda kişinin kararı, karar verme yetisi olmadığı dönemi kapsayacak şekilde genişletilmiş olmaktadır. Bu tip bir ileriye dönük karar verme sürecine dayanak oluşturan ahlâk ilkesi, genişletilmiş özerklik ilkesi olarak adlandırılmaktadır.

İleriye dönük hasta talimatı genişletilmiş özerkliğin uygulamaya geçirilmiş halidir. Hasta talimatının potansiyel faydaları açıktır; bireyler kişisel tercihlerini ve onurlarını ileriye dönük olarak desteklemekle kalmayıp, aynı zamanda yeterliği olmayan hasta adına nihai karar vericilere önemli bir rehberlik etmektedir. İleriye dönük bir hasta talimatı karar almada sorumlu olan temsilciye ilişkin, bakımla ilgili beyan veren kimsenin esas isteklerine ilişkin veya her iki konuda da sağlık bakım sağlayıcısına yol gösterebilmektedir. Bir sağlık bakım temsilcisi veya belirli bir temsilci olmadığında, yeterliği olmayan hastanın resmi veya gayri resmi koruyucusu olan herhangi bir kimseye, hastanın istekleri konusunda rehberlik etmektedir. Bu rehberlik, hastalar adına terminal dönem kararlarını çevreleyen endişe, belirsizlik veya çatışmaları da hafifletebilmektedir (Cantor, 1993).

Burada ileriye dönük hasta talimatı terimi üzerinde durulmalıdır. İngilizce’de “*advance directive(s)*”, Almanca’da “*patientenverfügung*” kavramıyla ifade edilen belge, Türkçeye “ileriye dönük hasta talimat(lar)”, “hasta talimat(lar)ı” “tıbbi vasiyet”, “hasta vasiyetnamesi”, “ileriye dönük beyanı”, “hastanın ileriye dönük tasarrufu” gibi çevrilebilmektedir. *Advance directive* ve *patientenverfügung* kavramları; hastanın kendi isteklerini belirtemeyeceği karar verme yetisini kaybettiği dönemler için önceden talimatlar hazırlamasını sağlayan hukuk temelli bir anlayıştır.

Bu sayede hasta kendisiyle ilgili sağlık hizmetlerini belirtemeyeceği durumlarda nasıl davranılmasını istediğini, yaşam uzatan tedbirleri isteyip istemediğini ve hangi m¼dahalenin ne kadar s¼reyle yapılmasını istediğini belirtebilmektedir.

Kavram hasta talimatı ya da hasta talimatnamesi olarak kullanılabilir. Özellikle talimatname yazılı olması gerektiğini vurgu yaptığından tercih edilebilir ama T¼rk hukukunda resmi kurum ya da kişilerce kullanılan belgelerin sonunda ‘name’ kullanıldığı için yanılsmaya sebep olabileceğinden tercih edilmemiştir. Hastanın ileriye d¼n¼k beyanı s¼z konusu olduğundan dolayı da hasta talimatı kavramı tercih edilmemiştir. Kavramın ikinci kelimesi literat¼rde hem tekil hem çoğul olarak ge¼mektedir. Çoğul kullanım birden fazla talimat ve istek bildirebileceğinden mantıklı bir tercih olacaktır ancak tek bir belge olması nedeniyle ayrıca Almanca kullanımında tekil, İngilizce kullanımında ise genelde tekil ge¼mesi nedeniyle bu ¼alıřmada kavramın T¼rkçe karşılığında “İleriye D¼n¼k Hasta Talimatı” (İDHT) kullanımını tercih edilmiştir.

Kavramı anlatmak için kullanılan kelimeler farklı içerikle anlamlandırılmaktadır. Hasta kelimesi kavramın sağlık ve tıpla ilgili olduğunu belirtmek için kullanılmıştır ayrıca talimatı oluşturan kişinin hasta olması gerektiği anlamına gelmemektedir. Hasta olabileceği gibi sağlıklı bir kimse de talimat oluşturabilmektedir. Benzer şekilde talimat kelimesi de tek bir talimatı i¼erdiđi yanılığı oluşturmamalı, bir belgeyi temsil etmektedir ve tek ya da birden çok talimatı, sağlık durumuna özg¼ istek(leri) belirtilebilmektedir. Bu kavramın üzerinde durulmasının ve Almanya’da olduğu gibi buna dayalı bir kuruma ihtiya¼ duyulmasının sebebi şu sorudur; “Karar verme yetimi kaybettiğim zaman, tıbbi olarak ne yapılması gerektiğine nasıl karar vereceğim ya da sağlık hizmeti kararlarımın ne olduğunu nasıl bildireceğim?” (¼nver, 2017).

İDHT hastanın bilincinin kapalı olduğu d¼neme ilişkin kararlara ya da yaşamının sonlarına doğru verilen kararlara ilgili olarak, önceden talimatlar vererek, hastalık s¼recini kendi değerleri ve istekleri doğrultusunda y¼netebilmeyi sağlamaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri, bilinci kapalı olan hasta için iyi olarak d¼ř¼nd¼kleri tedavide hastanın vekilini de g¼rmezden gelerek s¼rece devam etmek yerine hastanın ozerkliğine son anına kadar saygı duyulabilecek bir uygulamayı tercih etmelidir.

Bu alışma uluslararası literatürde yoğun tartışılan genişletilmiş özerklik ve onun uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatı hakkında doktor ve hemşirelerin bilgi ve tutumunu ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Araştırma Konya ilinde bulunan tıp fakóltesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşireleri kapsamaktadır. Ayrıca doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ilkesine bakışları, daha önce mevcut konu ile ilgili herhangi bir uygulamaya rastlanmadığı için, araştırmacının oluşturduğu soru formu verileriyle sınırlanmaktadır.

Tez alışması, giriş, özerklik ve genişletilmiş özerklik kavramlarının bulunduğu teorik bölüm, gereç ve yöntemi oluşturan bölüm, genişletilmiş özerklik ve ileriye dönük hasta talimatı ile ilgili uygulama bölümü ve tartışma ve sonuç bölümlerinden oluşmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ÖZERKLİK

İnsanın doğasında gönlünce hareket etme güdüsü bulunmaktadır. Belki de bundan dolayı kendi doğasına uymayan normları kabul etmemektedir. Her insanın sahip olduğu kendi değerleri, gerçekleri ve doğruları vardır. Bunların çerçevesinde bugününü ve yarınını belirlemek istemektedir. İnsanın bu isteğinin gerçekleşebilmesi özerkliğini kullanabilmesiyle kesişmektedir. Çünkü özerk bireyler kendi değerlerini ortaya koyabilmekte ve yarınını isteği doğrultuda çizebilmektedir.

Geçmişte siyasi yapıları ifade etmek için kullanılan özerklik kavramı günümüzde birçok algı ve görüşle açıklanmaktadır ve bağımsızlık, hareket etme özgürlüğü, irade özgürlüğü, düşünce özgürlüğü, seçim yapma özgürlüğü, karar verme özgürlüğü gibi ifadelerle birlikte anılmaktadır. İngilizce’de ‘Autonomy’ olarak kullanılan ve eski Yunanca’dan gelme özerklik kelimesi, ‘kendi kendine’ anlamına gelen ‘autos’ ve kural, yönetim anlamına gelen ‘nomos’ kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Özerklik kavramının ilk örnekleri Yunan şehir devletlerinin kendi-kendini yönetebilmesi anlamında kullanılmıştır (Beauchamp ve Childress, 1994).

Özerklik kavramı zamanla birey tanımının içine yerleşmiş, bireyin yükselişi, insanın kendi bireyselliğinin ve kimliğinin farkında olmasına neden olmuştur. Bireyselleşen insan yaşamın her kademesini kontrol altına almak istemiş ve zamanla bireyin özerkliği gelişmiştir. Bu çalışmada birey özerkliğinin uzantısı olan hasta özerkliğinden kendi kaderini tayin edebilme ya da kendi bedeninin hüküm vericisi olabilmesi bağlamında bahsedilecektir. Bu yüzden öncelikle kişilik kavramı ve birey özerkliği açıklanmaya çalışılmıştır.

#### 2.1.1. Özerkliğin Ön Koşulu Olarak Bireysellik/Kişilik ve Bireyselliğin/Kişiliğin Ön Koşulu Olarak Özerklik

İnsan var oluşunun gereği olarak verdiği kararlarla hayatına yön verme eğilimindedir. Karar verme süreci zordur ve ancak birey olmayı başarabildiği takdirde, kararlarının özerkliğinden bahsedilebilmektedir. Bireyleşme süreci özerkliğin kullanılma kapasitesini doğrudan etkilemektedir. Diğer yandan da kişi

bireyselliğe ulaşabilmek için öncelikle özerkliğini kazanması gerekmektedir. Bu çerçevede bakıldığında bireyselleşme ve özerklik iç içe olan iki kavramdır. İnsan bu iki kavramı da oturtabilmek için öncelikle kişiliğini oluşturmalı, kendi benliğinin ve iç sesinin farkına varmalıdır.

### **2.1.1.1. Bireyselleşme**

Sözlü kültürde gerçek dünyaya ait deneyimlerin yerine gelebilecek hiçbir şey yoktur. Benlik denen kavramın bilincine varabilmek için yüksek düzeyde soyutlama ve bağlamdan arındırma becerisi gereklidir. Her şey kendisini çevreleyen bağlamdan ayrılmalı ve kişinin dikkati içe doğru, benlik denen o belirlenmişliğe doğru dönmelidir. Hem benlik hem bilinç bir insanda bölünmeye yol açar ve her ikisi de yalnızca okuryazarlıkta yer alır. Benlik kavramının tam olarak bulunmadığı sözellikte belli bir topluluk bilinci gelişmeye başlamıştır. Okuryazarlığın gelişmesiyle ise benlik kavramı güçlenmiştir. Okuma yazma becerisi algılamayı değiştirmiş ve kişi topluluk düşünce tarzından uzaklaşıp daha benmerkezci ve soyut bir dünyaya yerleşmiştir (Sanders, 2013).

Yetişkinlerde benlik duygusu, kendilerine “Ben” demeyi öğrenmek zorunda olan çocuklardan daha gelişmiş bir bilinçtir. Bireyselliğin gelişmesinin temeli, anlık doyumlardan güvenlik adına, ruhsal ve maddi varlığın zenginleşmesi adına yapılmış fedakârlıktır. Bunlar mümkün görünmeyince, anlık hazlardan vazgeçmek için de bir neden kalmamaktadır. Bu yüzden kitlelerde bireysellik, seçkin denilen kesime oranla çok daha cılız, çok daha temelsizdir. Bireyin ilk örneği, sağ-kalma savaşından başarıyla çıkarak, kendini kabileden ve geleneklerden kurtarabilen; Yunanlı gözü pek ve özgüvenli kahramandır. Kahramanın hayatı gerçek bireyselliğin somutlanması olmaktan çok, bireyselliğin doğumunun habercisidir; varlığın korunması ile fedakârlığın bu evliliğinden birey doğacaktır. Bireyin varoluşundan bahsederken kasıt, uzay-zaman içindeki duygusal varoluşu değil, bunun yanı sıra, bilinçli bir insan olarak kendi bireyselliğinin farkında oluşu ve kendi kimliğini tanıyışıdır (Horkheimer, 2016).

İnsan ırkının gelişmesinde, insanın ayrı bir ben olarak kendisinin farkında olma derecesi, klanından kurtulma ve bireyselleşme sürecinin gelişme derecesine bağlıdır. Batı kültürünün gelişmesi, bireyselliğin tam olarak yaşanmasının temelini

atmaya sebep olmuştur. Bu kültür bireyi siyasal ve ekonomik bakımdan özgürleştirerek, kendi adına düşünebilmesini sağlamıştır. Böylece onu yetkeci baskılardan kurtararak, kendisini güçlerinin merkezi ve etken öznesi “Ben” olarak algılamasını ve böyle duymasını sağlayabilmiştir (Fromm, 2014).

Singer (2015) “insan” için farklı anlamlara karşılık gelen iki terim kullanmıştır. İlki biyolojik anlamı için, külfetli ama kesin bir ifade olan “Homo sapiens türünün üyesini”, ikincisi için ise “kişi” kavramını kullanmıştır. Kişi (person) kelimesinin kökeni klasik dramdaki bir aktörün giydiği maske için kullanılan Latince bir terimdir. Aktörler maske takarak bir rol oynadıklarını göstermişlerdir. Ardından “kişi” hayatta bir rol oynayan, fail olan anlamında kullanılmaya başlanmıştır.

Veatch (2010) ahlâkla ilişkili ve ilişkisiz olarak iki farklı kişi tanımı belirtmiştir. Ahlâkla ilişkili tanımı; ahlâki konumu tam veya en üst düzeyde olan insan anlamına gelmektedir. Ahlâkla ilişkisiz tanım ise; öz farkındalık ya da akılcılık gibi bir ya da daha fazla kritik fiziksel ya da akli yetiye sahip olan insanlar anlamına gelmektedir. John Lock (2004) kişiyi “akla ve tefekküre sahip ve faklı zamanlarda ve yerlerde kendini kendi gibi, aynı düşünen şey olarak görebilen, düşünen zeki bir varlık” olarak tanımlamıştır. Singer (2015) “insan” için, rasyonel ve öz farkındalığı olan bir varlık anlamında “kişi” kavramını kullanmayı önermiştir.

Kişi (person) kavramı hukukta kullanılır ki gerçek kişiler olabileceği gibi tüzel kişileri de ifade edebilmektedir. Temel hak ve hürriyetler literatüründe kullanılan ise “birey-fert” kelimesidir ve sosyolojik hatta biyolojik bir kavramdır. Bireyin karşılığı olan Fransızca individu ve İngilizce individual kelimeleri, Latince “bölünmez” anlamına gelen individuus kelimesinden gelmektedir (Gözler, 2011). Joseph Fletcher (1972) insan olmanın özelliklerini “İnsanlığın Göstergeleri” ismini verdiği şu maddelerle sıralamıştır; öz farkındalık, özdenetim, bir gelecek duygusu, geçmiş duygusu, başkalarıyla dostça ilişki kurmaya muktedir olma, başkalarına ilgi gösterme, iletişim ve merak. İnsan bu özellikleriyle bütünleşince kendi benliğinin farkına varmış ve bireyselleşmiştir. Bununla birlikte maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme isteği doğmuştur.

Aydınlanma Çağı’nda ortaya çıkan Tabii Hukuk ve Bireyci Doktrin gibi görüşler sayesinde, kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı

önemli gelişme kaydetmiştir. Tabii hukuk kişinin iktidar karşısında talep hakkına önem vermektedir. İnsanın maddi ve manevi varlığını serbestçe geliştirebilmesinde kişiliği için de fonksiyonel öneme sahip olan hak ve hürriyetleri zorunlu tutmaktadır. Bireyci doktrin ise, her ferde kendi maddi ve manevi varlığını serbestçe geliştirebilmesini ve bunu kendi bildiği ve istediği gibi yapma hakkını vermektedir (Gümüş, 2010). Bireyselleşme ve bireyin özerkliği maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme isteğinden gelmektedir.

Anlatıldığı üzere kişi ve birey kavramlarına yönelik birçok farklı bakış açısı bulunmaktadır. Bu tanımların hepsi birbiriyle iç içedir, ancak bu çalışmada temel alınan nokta Veatch'in ahlâkla ilgili ve ilgisiz olarak ikiye ayırdığı kişi tanımlarıdır. Burada bahsedilen temel hak ve hürriyetler literatüründe kullanılan, sosyolojik ve biyolojik bir anlam içeren, bireyi ifade eden kişi kavramıdır.

#### **2.1.1.2. Birey (Kişi) Özerkliği**

Birey kavramına yapılan tanımlara bakıldığında öz farkındalık, özdenetim ve akılcılık olguları öne çıkmaktadır. Bu bağlamda birey özerkliği incelendiğinde ahlâki konuma sahip, rasyonel davranabilen, öz farkındalık ve özdenetimi olan bir varlığın özerkliğinden söz edilebilmektedir. Bir kişinin özerkliği gündeme geldiğinde genel olarak, o kişinin etki altında kalmadan serbestçe ve kendi akli yetileri ile karar verme ve davranışta bulunabilmesi kastedilmektedir.

Clement (1996), özerkliğin iki temeli olarak olumlu ve olumsuz unsurlarından bahsetmektedir. Olumsuz unsurda özerklik, karar verirken baskının olmamasını gerektirir. Olumlu unsura göre özerklik ise, sadece “kendi için seçim yapmak” yeterli değil aynı zamanda seçimi üzerine eleştirel düşünebilme mecburiyeti de bulunmaktadır. Bu özerklik anlayışı psikolojik bir özerklik anlayışıdır; çünkü fiili gerçekleştireni harekete geçiren seçiminin temeline; nedenlerine, inançlarına, değerlerine, kendi kavramlarına ve duygularına odaklanmaktadır. Clement'a göre aslında özerklik sadece bireysel olarak başarılamaz; Gerçekte, özerk olma öğrenilmektedir ve bu öğrenme yeterliliği başkalarından ayırarak değil de onlarla girilen ilişkilerle birlikte başarılabilmektedir.

Özerklik kavramını bireye uygulayan ilk felsefeci Kant'a göre özerklik, sadece ahlâklılığın değil, insanın ve her akıl sahibi varlığın değerinin temelidir (Kant,

2002). Kant insanı, eylemlerinin hem belirleyeni hem de uygulayıcısı olduğunu düşünmektedir. Özerklik ilkesinin, ahlâkın tek ilkesi olduğunu ve bunun da ahlâklılık kavramının çözümlenmesiyle ortaya konulabileceğini belirtmektedir. Çünkü bu çözümlenmeyle ahlâklılık ilkesinin kesin bir buyruk olması gerektiği ve bunun da tam bir özerkliği buyurmasını ifade etmektedir. Akıl sahibi bir varlık olarak insan, kendi istencinin nedenselliğini, özgürlük düşüncesi olmadan fark edememektedir çünkü özgürlük, duyuvar dünyasının belirleyici nedenlerinden bağımsız olma durumudur. Özgürlük fikri özerklik kavramı ile bununla da ahlâklılık ilkesi sınımsıkıya bağılıdır ve bu ilke, akıl sahibi varlıkların bütün eylemlerinin temelinde bulunmaktadır (Kant, 2002).

Akıl sahibi tüm bireylerde bulunan özerklik, bir yönüyle kişinin psikolojik ve fizyolojik kapasitesiyle ilişkilidir. Bu kapasite zekâ, akıl yürütme, ilişki kurma ve kendini eleştirme yetisini içermektedir. Bu özellikler özerk bir birey olmak için zorunlu; ancak, yeterli değildir çünkü bireyin kapasitesi aynı zamanda dış koşullara da bağılı olmaktadır (Yazıcı, 2008).

Bauman'a (2013) göre de özgür davranabilmek için, özgür iradeden başka kaynaklara da ihtiyaç vardır. Gerçekten özgür olup olmadığımızı ve hayatımızın denetiminin elimizde olup olmadığını, özgürlüğümüzün ne kadar sınırlı olduğunu açıkça gösteren üç durum bulunmaktadır: bunların ilki; ulaşılacak hedefe karar vermenin ve ona niyet etmenin başka, söylenilen sözlere uygun davranabilmenin ve istenilen hedefe ulaşmanın başka olduğunu göstermektedir. İkinci durum; kararları hayata geçirecek araçlardan yoksun ve onların bulunabileceği yerin bilinmediği durumlarda kararlar ve niyetlerin yeterli olmadığı görülmektedir. İnsanların bugünkü özgürlükleri çünkü özgürlükleri tarafından sınırlanmıştır. Geçmişteki eylemlerin belirledikleri, şimdiki özgürlüğü kısıtlamış bulunmaktadır. Üçüncü olarak ise insanların içinde buldukları grup, hayatlarında önemli bir role sahiptir. Bir yandan özgür olmalarını sağlarken, diğer yandan özgürlüklerinde sınırlar çizerek kısıtlamaktadır.

Fromm (2014), insanın üç durumda özgür olduğunu belirtmiştir. Bunlar; ekonomik özgürlük, ahlâksal özgürlük ve zihinsel özgürlüktür. Ekonomik özgürlük: İnsanın elinden alınamaz bir çalışma özgürlüğünün bulunduğunu, kendi emeğinin ürününe sahip olma hakkının kesinlikle ona ait olduğu ve bu haktan ancak kendi

isteğiyle vazgeçebileceğini belirtir. Ahlâksal özgürlük: İnsanın tutkularından kurtulamadığı sürece gerçekten özgür olmadığını belirtir; bununla birlikte kişinin yaşamda tutarlı bir etkinlik yapabilmesini olanaklı kılacak bir ideal ve düşünsel tutum edinebilirse özgür olabileceğini ifade eder. Zihinsel özgürlük ise insan, ancak seçebildiği sürece özgürdür; fakat insan karşılaştırma yapabilecek bilgiye sahip olduğu zaman seçim yapabileceği anlamına gelmektedir.

Meyers (1987a Aktaran Yazıcı, 2008) kişisel yetenek ve yeterliliğe bağlı bir bireysel özerklik savını ortaya koymuştur. Ona göre kişi yaşamı üzerinde kontrollü olması gerektiğinden özerklik bir bireyin başına gelen bir şey değil, bir bireyin başardığı bir şeydir. Yeterlilik ise bir bireyin belli bir görevi yapmasını sağlayan organize olmuş yetenekler dağarcığıdır (Meyers 1987b Aktaran Yazıcı, 2008). Meyers'in özerklik çözümlemesi sosyo-kültürel çevreyi içine alan ama ağırlıklı olarak psikolojik boyuta dayalı bir yaklaşım içermektedir. Bu yönüyle Kant'ın hareket noktasından tamamen farklıdır. Çünkü Kant'a göre özerklik belli kişilerin sahip olabileceği veya olamayacağı bir durum değil, normatif koşullarını yerine getirdiği sürece akıl sahibi her yetişkin insanın sahip olabileceği bir özelliktir (Hill, 1992; Aktaran Yazıcı, 2008).

Faden ve Beauchamp (1986) özerkliği; bireyin kendi egemenliği, seçim yapabilme özgürlüğü, kendi ahlâki pozisyonunu seçme ve seçimindeki sorumlulukları kabul etmesiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Özerklik tartışmalarında önemli görüşleri olan Dworkin, (1988) özerkliğin; bağımsızlık, hareket etme özgürlüğü, irade özgürlüğü ve eleştirel düşünebilmeyi kapsadığını belirtmiştir. O'Neill (2003) ise bu listelere öz denetim ve kendi kaderini tayin etme kararlarını eklemiştir.

Quante'nin (2017) özerklik anlayışı bir kişinin biyografik kimliği olarak anılan kişilik kavramına bağlı olduğudur. Bundan dolayı özerkliğin kişiliği ifade ettiğini ve öte yandan da özerklik, kişiliğe sahip olmanın gerekli ön şartı olup olmadığını tartışmaktadır. Kişiler kendi kendine belirlediği karar verme ve hareket etme yeteneğine sahip olduklarında özerk olmaktadır. Buna ek olarak, özerklik etik bağlamda: kişilerin karakteristik bir özelliği olduğu varsayımı da vardır. Fakat kişilerin özerk olabilmesi için, rasyonel düşünme ya da mevcut durumun ve eylemin

olası seçeneklerinin değerlendirilmesinin yanı sıra kendi arzuları, idealleri ve niyetlerinin bilgisi gibi bazı psikolojik kapasitelere sahip olmaları gerekmektedir.

Berofsky ve Dworkin, eleştirel düşünme ve isteklerle özdeşleşmenin merkezi rol oynadığı bir kişisel özerklik kavramı varsayımından hareket etmektedir. Berofski (1995), inançlara dayanan, biyomedikal etik bağlamında ilgili bir kararın, saygıyı hak etmediğini; çünkü onun istek ve inançları eleştirel bakış açısı sonucunda doğmadığı, "gerçekten" bireyin kendinin öz kararı olmadığını ileri sürmektedir. Buna karşılık, Dworkin (1997), belli bir dini topluluk üyelerinin, istekler ve inançlarına saygı duyulması gereken bir kişi olarak tanınma hakkı olduğunu savunmaktadır. Bu noktada Quante (2017) iki soruyu gündeme getirmektedir:

(S 1) Özerk bir şekilde eleştirel düşünmeyi bırakmaya karar veren bir kişiye kişisel özerklik verilmesi gerekir mi?

(S 2) Böyle bir kişinin istediği ve inancına saygı göstermeli miyiz?

Kişilik kavramı, kişisel özerkliğin değerli bir benlik imajına sahip olmak için gerekli bir unsur olmadığı ancak saygının kaynağı olduğu şeklinde tanımlanırsa, eleştirel düşünceyi bırakan kişinin istek ve inançlarına saygı, kişinin bütünlüğüne saygıdan dolayı oluşmaktadır.

Hegel (1995), özgürlük bilincinin basamak basamak ilerlediğini düşünmektedir. Bu basamaklardan ilki, bireyin doğallıkla iç içe, özgür olmayan tikel olduğu basamaktır. İkinci aşamada ise, birey kendi özgürlüğünün farkına varmasıdır ancak bu tümüyle bir özgürleşme değildir. Aksine eksiktir ve sadece bir bölümüyledir. Birey doğanın dolayısıyla gelişmiştir ve onunla ilişkide kalmaktadır. Üçüncü aşamada ise, tikel özgürlükten, özgürlüğün salt genelliğine yükselmektedir; insan, insan olarak özgürdür. Hegel ayrıca Kant'a gönderimde bulunarak özgür olmanın hiçbir şey olduğu, asıl önemli olanın özgür hale gelmek olduğunu belirtmektedir (Bezci, 2005).

Oysa Kant için insanın özgürlüğü basamaklı bir özgürlük değildir. Kant'a göre insan, özgür olduğunu, kendi deneyimi ile bilemez, özgür olduğu bilgisi ona başka bir yerden; insanın içinde duyduğu buyruktan gelmektedir. Bu nedenle birey özgür olduğunu ancak dolaylı olarak bilmektedir (Heimsoeth, 1986). Bireyin içinde

var olan sorumluluk duygusu onun özgür olduğunun göstergesidir. Kant, insanın özgür olduğu için sorumlu olmadığını, aksine, sorumlu olduğu için özgür olması gerektiğini savunmaktadır (Ötkem, 2007).

Bireyin özerkliği yukarıda da bahsedildiği üzere farklı görüşler olmasına rağmen genel olarak üç kategoride gruplanmaktadır. Bunlardan liberteryan yaklaşım; özerkliği basitçe kendi kaderini tayin (self-determination) olarak görmektedir. Liberal görüş buna akılcılığın da ilave edilmesini gerekli görmektedir. Komünteryan (toplulukçu) yaklaşım ise; özerklikte bunlardan başka ahlâki konunun da önemli olduğunu belirtmektedir. Bu üç görüşü ayıt etmek mümkün olsa da, ayrı olduğunu düşünmek mümkün değildir (Maclean, 2009).

Liberteryanlar'a göre kendi kaderini tayin etme hakkı, birey olarak hem sahip olunan değerlerin nasıl bildirileceği ve kullanılacağına karar verme, hem de başkalarının bu konuda söz sahibi olmasını engelleme hakkına sahip olma anlamında kullanılmaktadır (Bird, 1999). Buradan "bireysel dokunulmazlık" ile "kendi kaderini tayin etme" iddialarına dayalı bir "dokunulamaz özel alan" kavramlaştırılmasına gidilmektedir (Yüksel, 2009).

Liberaller temel hak ve özgürlüklere büyük değer yüklemekte ve bunlar arasından self-ownership (kişinin kendisi üzerinde tam sahipliği) kavramının merkez olduğunu düşünmektedir. Böylece, bireyler kendi bedenlerinin, hayatlarının, kişisel değer ve kaynaklarının sahipleri olarak görülmekte ve bunları diledikleri gibi biçimlendirme hakkına sahiptirler. Bu yüzden liberaller tarafından bütün temel hak formlarının çekirdeği olarak görülmektedir (Bird, 1999).

Bedenine sıkça müdahale edilen ve çoğu zaman ne olduğunun farkına varamayan kesim hastalardır. İnsanın kendi bedeni ve ona bağlı olarak sürdüreceği yaşamı yalnızca kendisine aittir ve özel bir değer taşımaktadır. Bu yüzden hasta özerkliği tartışmaları gündeme gelmektedir.

### **2.1.2. Hasta Özerkliği**

İnsan kendini bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde hissetmemesi durumunda hasta olarak ifade edilmektedir (WHO, 1948). Hastalık durumunda yapılan müdahalelerin belli riskler getirdiği ve hastanın hayatında derin

izler bırakabilecek farklı sonuçlar doğurabileceği bilinmektedir. Bu nedenle hastanın bedenine yapılan müdahaleyi ayrıntısıyla bilmeye ve kendi kaderini belirlemeye hakkı vardır. Kendi kaderini tayin etme hakkı özünde özerklikten doğan bir görüş olarak düşünülmektedir. Bu bölümde öncelikle hasta özerkliğinin temelini oluşturan hak kavramı tartışılacaktır.

### **2.1.2.1. Hak Kavramı**

Hak, hürriyetin somuta dökülerek kullanılabilmesi için bir araç olarak görülmektedir (Kaboğlu, 1993). Bu yüzden öncelikle hürriyet kavramının incelenmesi gerekmektedir. Türk Dil Kurumu “hürriyet” kelimesini “özgürlük” kavramıyla ifade etmektedir. “Özgürlük” kelimesini ise iki şekilde tanımlamıştır: İlki “Herhangi bir kısıtlamaya, zorlamaya bağlı olmaksızın düşünme veya davranma, herhangi bir şarta bağlı olmama durumu, serbesti, ikincisi: Her türlü dış etkiden bağımsız olarak insanın kendi iradesine, kendi düşüncesine dayanarak karar vermesi durumu, hürriyet” (<http://www.tdk.gov.tr> 16.03.2018). Hürriyet, “serbest hareket etme gücü”dür, hak ise bir hürriyetin sağlanması için kişiye anayasa ve kanunlar ile tanınmış yetkilidir (Tunaya, 1982). Yalnız hak ve hürriyet kavramı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda ayırım yapılmadan kullanılmaktadır (Gözler, 2000).

Hak kavramı koruma altına alınmış çıkarları ifade etmektedir. Çıkarları belirleyen ise gereksinimlerdir. Gereksinim, hayatta kalmamız ve kabul edilebilir ölçüler içerisinde insanca bir yaşam sürdürebilmemiz için sahip olmamız gerekenlerdir. Bunlar hem somut hem soyut değerleri kapsamaktadır. Gereksinimlerin karşılanmasında herkes aynı fırsatlara sahip değildir. Çıkar çatışmaları vardır ve kaynaklar sınırlıdır. Paylaşmayı sağlamada ise güç dengesi oldukça önemlidir. Adaletli bir paylaşım hukuk düzeniyle sağlanmaktadır (Özlu, 2005). Hasta ve doktor arasındaki güç dengesizliği doktorun otorite gücü olarak görülmesine sebep olmuştur. Doktor hastanın çıkarını en iyi bilen taraf olarak görülebilmektedir. Bu düşüncenin beraberinde ise hastanın istek ve değerleri göz ardı edilebilmektedir.

İkinci Dünya Savaşından sonra Birleşmiş Milletler Şartının 26 Mayıs 1945’te kabul edilmesiyle İnsan Hakları ilk kez uluslararası hukuka taşınmıştır. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu, Uluslararası İnsan Hakları Bildirgesini

hazırlamıştır. 1947’de Nürnberg Mahkemesi tarafından hazırlanan Nürnberg Kodları, gönüllünün onamının alınmasını belirten toplum faydasını ve en az zararı gözetilen bir belgedir. 1964 Helsinki Bildirisi ile insan denekler üzerinde yapılan araştırmalarda hekimlere yol gösterici niteliktedir (Demirhan Erdemir, 2015). Bu belgelerle hasta haklarının da temeli atılmış olmaktadır.

İnsan Hakları Öğretisi 1776’dan itibaren kabul edilen Amerikan Haklar Beyannameleriyle ve 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannamesiyle uygulamaya konulmuştur. Birinci Dünya Savaşından sonra anayasa metinlerine geçen sosyal haklar, İkinci Dünya Savaşından sonra daha fazla konuşulmaya başlamıştır. 1926’da ise Birleşmiş Milletler Antlaşması insanın temel özgürlüklerini ilk defa uluslararası hukuk alanına çıkarmıştır.

İnsan haklarının içeriğinin yer aldığı İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 10 Aralık 1948’de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Tarafından kabul ve ilan edilmiştir. Beyanname Türkiye Cumhuriyeti tarafından 6 Nisan 1949’da kabul edilmiş ve onaylanmıştır (T.C Resmi Gazete 27 Mayıs 1949, Sayı: 7217). 1953’te İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Koruma Avrupa Sözleşmesi (European Convention on Human Rights) yürürlüğe girmiştir. Türkiye Cumhuriyeti 1954’te bu sözleşmeyi onaylamıştır ve taraf olması sebebiyle sözleşmenin hükümlerine uymak zorundadır (T.C. Resmi Gazete 19 Mart 1954, Sayı: 8662).

İnsan hakları konusu tarih içinde başlıca üç aşamadan geçmiştir. “Birinci Kuşak” İnsan Hakları bireysel nitelikli olup; eşitlik, özgürlük, kişi güvenliği ve siyasal haklar olarak sayılabilir. “İkinci Kuşak” İnsan Hakları ekonomik, sosyal ve kültürel özelliktedir ayrıca sosyal güvenlik, sendika, grev, sağlık ve eğitim gibi hakları kapsamaktadır. “Üçüncü Kuşak” İnsan Hakları ise 20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan ve genelde üçüncü dünya ülkelerinin taleplerini yansıtan yeni bir dizini oluşturmaktadır. Ulusların siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel geleceklerini belirlemeyi bilme hakkı, sosyal gelişme, kalkınma ve hasta hakları üçüncü kuşak hakları oluşturmaktadır (Demirhan Erdemir, 2015). Ayrıca haklar negatif ve pozitif statü hakkı gibi farklı ayrımlarla ifade edilmektedir.

Negatif statü hakları, kişinin devlet tarafından aşılamayacak ve dokunulamayacak haklarını oluşturur. Pozitif statü hakları devletin kişiye olumlu bir

edimde bulunmasını sağlayan ykmllklere. İŖte bu noktada sağlık hakkı pozitif haklar grubuna girdiğine dair tereddüt bulunmamaktadır. Ulusal ve uluslar üstü belgelerde sağlık hakkı ekonomik ve sosyal haklar listesinde kendine yer bulmuŖtur. Türkiye Cumhuriyeti 1982 anayasası da buna örnektir (zeltrk, 2012).

### 2.1.2.2.Sağlık Hakkı

İnsan haklarının bileŖenlerinden olan sağlık hakkı, bireylerin diğer haklardan faydalanabilmesi ve onurlu bir yaŖam sürebilmesi için önemlidir. İnsanın diğer tüm hak formlarını kullanabilmesi için öncelikli olması gereken bir yaŖama sahip olmasıdır. YaŖam hakkı ve sağlık hakkı birbiriyle doğrudan iliŖkili haklardır.

1982 tarihli anayasamızın 17. Maddesi “*herkes yaŖama hakkına sahiptir*” diyerek sağlık hakkının temelini oluŖturan yaŖam hakkı ile ilgili güvence sađlamıŖtır. Ayrıca sağlık hakkı anayasamızın temel haklar ve ödevler ile ilgili kısmının sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler bölümünde yer alan 56. maddesinde, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaŖama hakkına sahip olduğundan bahsetmekte ve devlete bu konuda görevler yüklemektedir (T.C. Resmi Gazete, 9 Kasım 1982, Sayı: 17863). Ayıca Sağlık Hizmetlerinin SosyalleŖtirilmesi Hakkında Kanun’da sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinde faydalanma hakkını açıkça belirtilmiŖtir.

Sağlık hakkı, insan hakları belgelerinde yer alan, gıda, konut, alıŖma, eğitim, insan onuruna yaraŖır bir hayat sürme, yaŖama hakkı, ayrımcılık gözetmeme, eŖitlik, iŖkence yasağı, özel hayatın gizliliği, bilgiye eriŖim gibi diğer insan haklarının gerekleŖmesi ile yakından ilgilidir. Belirtilen tüm bu haklar ve diğer hak ve özgürlükler, sağlık hakkını tamamlamaktadır (Sert, 2013).

Sağlık hakkı, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar kategorisine ait bir hak olarak kabul edilmektedir. İnsan hakları temel belgelerinde bu hakların niteliği ile ilgili olarak, genellikle, bütün insan haklarının bölünemez ve ayrılamaz nitelikte olduğuna, bütün hakların ancak birlikte bir anlam ifade ettiğine ve ekonomik, sosyal ve kültürel haklardan yararlanmada ayrımcılık yapılamayacağına dikkat çekilmektedir (Ŗahin, 2010). BirleŖmiŖ Milletler Genel Kurulunda 1966’da kabul edilen, 1976’da yürürlüğe giren ve Türkiye’nin de 2003 yılında onayladığı “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İliŖkin Uluslararası SzleŖmesi”nin 12. Maddesine göre szleŖmeye taraf devletlerin, herkesin ulaŖabileceđi en yüksek

fiziksel ve zihinsel sağlık hizmetini sağlaması gerekmektedir (T.C. Resmi Gazete, 11 Ağustos 2003, Sayı: 25196).

Özgürlükleri ve yetkileri birlikte içeren sağlık hakkı, sadece “sağlıklı olma hakkı” şeklinde değil; işkence yasağı, tıbbi tedavinin denenmemesi, kişinin sağlığını ve vücudunu kontrol etme hakkı, cinsel özgürlük hakkı, üreme özgürlüğü ve izinsiz tıbbi müdahaleye tabi tutulmama özgürlüğünü de bünyesinde barındırmaktadır (Şahin, 2010). Sağlık hakkının bileşenlerinden biri de hasta hakları olarak görülmektedir.

### **2.1.3. Hasta Hakları Kavramı**

Hastanın çıkarları doğuştan gelen vazgeçilemez, ertelenemez, devredilemez olan sağlık hakkının bir bileşenidir. Hastalar sürekli gelişen tıp ve tıbbi bilgiyle donanımlı sağlık çalışanı karşısında zayıf durumdadır ve menfaatleri belirli düzenlemelerle koruma altına alınmak zorundadır. Bu yüzden geçmişten günümüze birçok düzenleme getirilmiştir. Bunlardan en önemlisi doğrudan hasta haklarına yönelik yapılan düzenlemelerdir.

Hasta hakları kavramı, HHY 4. maddesinde; “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını” ifade etmektedir (T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420).

Hakeri’ye (2014) göre hasta hakları ile anlatılmak istenen, “hastanın kaybettiği sağlığını en kısa sürede, mümkün olduğunca en yüksek seviyede, en konforlu ve saygın şekilde geri getirilmesi; bunun mümkün olmadığı durumlarda ise hastalığına karşın yaşam kalitesinin korunabilmesi ve insan onuruna yakışır şekilde ölebilmesi için ihtiyaç duyacağı her türlü destek ve hizmete kolayca ulaşabilmesidir.” Bunlar gerçekleşirken hastanın maddi ve manevi bütünlüğüne dikkat ederek ve hastanın özerkliği korunarak muamele edilmesi gerekmektedir.

“Hasta hakları” ile ilgili ilk gelişmelerin Amerika Birleşik Devletlerinde ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Annas, 1978). 1970’lerin ilk yıllarında hekim-hasta ilişkisinin konu olduğu mahkeme kararlarında hekimin hastayı bilgilendirmesi ve

onam alması gerektiği yer almıştır. Böylece aydınlatılmış onam hakkı yargısal metinlerde yer alarak hasta ve hekim tarafından etik kural olarak benimsenmiştir (Annas, 1998). Daha sonra ise Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association) hasta hakları konusunda faaliyetler yürütmüştür ve 1973 yılında Hasta Hakları Beyannamesini (A Patient's Bill Rights) yayınlamıştır (Görkey, 2003).

ABD'den sonra ise Avrupa Konseyi Parlamenterler Asemblası hasta haklarıyla ilgili öneri taslağı oluşturmuştur. Ardından 13 Şubat 1997'de tıbbi verilerin korunması konusundaki öneri (Recommendation on the protection of medical data) ile hasta mahremiyeti, doğmamış çocuklara ve genetik verilerin elde edilmesi, hasta verilerinin güvenliği ve onam gibi konularda üye ülkelere standartlar getirilmiştir (Görkey, 2003).

Bu gelişmelerin ardından uluslararası platformda hasta hakları konusunda bildirgeler yayınlanmıştır. Dünya Tıp Birliğinin (World Medical Association-WMA) 1981'de Portekiz Lizbon'da benimsediği "Lizbon Bildirgesi", Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bürosu tarafından 28-30 Mart 1994 tarihleri arasında Amsterdam'da düzenlenen toplantıda "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" (Amsterdam Bildirgesi) olarak kabul edilen metin konuyla ilgili önemli çalışmalardandır. Dünya Tıp Birliği 1981 tarihli Lizbon Bildirgesi'ni, Eylül 1995'de Bali'de yapılan toplantıda gözden geçirerek genişletmiş ve güncelleştirmiştir (Lizbon Bildirgesi II) (Oğuz, 1997). 2002 yılında Roma'da Hasta Hakları Avrupa Statüsü benimsenmiştir. 2005 yılının Ekim ayında ise Santiago bildirgesi benimsenmiştir. Bildirgelerde ele alınan konular hasta özerkliği bağlamı olarak aşağıda ele alınmıştır.

#### **2.1.4. Uluslararası Bildirgelerde Hasta Hakları ve Özerkliği**

Dünya Tıp Birliği tarafından 1981 yılında kabul edilen Lizbon Bildirgesi hasta haklarının temelini oluşturan ilk belge olması açısından önemlidir. Bildirgenin içeriği incelendiğinde hastanın; özgür bir şekilde hekim seçme hakkı, yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine saygı duyulması, saygın bir şekilde ölme hakkı, uygun bir din adamı da dâhil olmak üzere, ruhsal ve ahlâki teselliye isteme ya da reddetme hakkından bahsedildiği görülmektedir (WMA, 1981). Görüldüğü üzere hasta

özerkliği, hasta haklarının temelini oluşturan bu belgeden itibaren dikkat çekmektedir.

Hasta hakları konusunda ikinci önemli belge Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa birimi tarafından Amsterdam'da 28-30 Mart 1994'te yayınlanan Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'dir (Amsterdam Bildirgesi). Lizbon Bildirgesi ile karşılaştırıldığında daha kapsamlı olan bu bildirmede hasta hakları; sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi, başvuru olmak üzere altı temel başlıkta ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri başlığında insan olma nedeniyle saygı görme, kendi kaderini tayin hakkı (self-determination), beden ve ruhen tam bir bütünlüğe ve güvenli bir yaşama sahip olma, özel yaşama saygı duyulması hakkından bahsedilmektedir (WHO, 1994).

Dünya Tıp Birliği Bali'de Eylül 1995'te, 1981'de yayınladığı Lizbon Bildirgesini güncelleştirerek yayınlamıştır (WMA, 1995). Kazandığı yeni içerik Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa kıtasıyla sınırlandırdığı hakları Dünya Tıp Birliği adına tüm dünyaya yayması kuşkusuz hasta haklarında önemli bir adım olmuştur (Görkey, 2003). Bildirmede yer alan başlıklar: Kaliteli tıbbi bakım alma hakkı, seçme özgürlüğü hakkı, kendi kaderini tayin hakkı, bilinci kapalı hastanın hakları, yasal olarak yeterli olmayan hastanın hakları, hastanın istemine karşı uygulamaların durumu, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onurunu koruma hakkı, dini yardım alma hakkı olarak belirtilmiştir.

Bali Bildirmesinde hasta haklarının sağlanması konusunda doktorlara sorumluluk yüklenirken, Amsterdam Bildirmesinde ilgili ülkelerin hasta haklarının geliştirilmesi konusunda çalışmalarını sağlanmaktadır ve hasta haklarının uygulanması konusunda hastalara sorumluluk verilmektedir (Sert, 2004). Amsterdam Bildirmesi'nde Bali Bildirmesinden farklı olarak hastaya, kendisi ile ilgili tıbbi ve kişisel bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı bölümlerini çıkarma, tamamlama ve düzeltme hakkı verilmektedir. Ayrıca hastanın mahremiyetini korumak için sağlık kurumunun gerekli önlemleri alması gerektiğinden bahsedilmektedir.

1981’de yayınlanan, 1995’te Bali’de yeniden ele alınarak yenilenen Lizbon Bildirgesi, en son olarak 2005 yılında Santiago Bildirgesi’yle geliştirilmiştir. 2005 tarihli WMA Hasta Hakları Bildirgesi’nin başında şu ifadeler geçmektedir: “...Bir hekimin her zaman vicdanına ve hasta için en iyi olana göre davranması gerekirken, aynı zamanda hasta özerkliği ve adalet ilkelerini güvence altına almak için eşit derecede çaba göstermesi de gerekmektedir” (WMA, 2005). Bildirge maddeleri önceki belgelerin en kapsamlı ve güncel halidir. Bildirgenin omurgasını özerkliğe saygı ilkesi ile ilgili haklar oluşturmaktadır.

Nitelikli bir tıbbi bakım hakkı ile ilgili olarak; hastanın her zaman en üstün yararının korunacak şekilde tedavi edilmesinden bahsedilmiş ve seçim yapma özgürlüğü belirtilmiştir. Hastanın kendi ile ilgili kararlarını belirleme hakkına dair: Hasta kendisi ile ilgili kararları özgürce verebilme hakkına sahiptir ve hekim verdiği kararların sonuçlarını hastaya bilgilendirmekle yükümlüdür (WMA, 2005). Önceki bildirgelerde geçen özellikle hastanın kendi kaderini belirleyebilme hakkı hasta özerkliğine geniş bir yelpaze sunmuştur. Doktorların sadece tıbbi esenlikle uğraşmaları ve bunun sonucunda ortaya çıkan paternalistik davranış, hastaya beden ve ruhen tam bir bütün olarak bakılmasıyla aşılabilmektedir.

Bilgilendirme hastanın özerkliğini kullanabilmesinde yol haritası görevi üstlenmektedir ve tüm bildirgelerde hastanın bilgilendirilmesinden bahsedilmiştir. Doktorun ve tıp biliminin karşısında zayıf durumda kalan hasta, daima bilgilendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Hastanın tedavi süreci ve bu süreci etkileyebilecek her türlü konu hakkında bilgi alması daha özerk seçimler yapmasını sağlamaktadır. Öte yandan Santiago bildirgesinde “Ender olarak, eğer verilecek bilginin hastanın yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararlara neden olacağına inanmak için iyi bir neden varsa, bu bilgi hastadan gizlenebilir” ifadeleri ile paternalist yapıdaki tedavi ayrıcalığı öğretisine değinildiği görülmektedir (WMA, 2005). Santiago Bildirgesinde hasta bilgilendirilmesi ile ilgili maddeler daha sonra yapılacak düzenlemelerin temelini oluşturur niteliktedir. Ayrıca hastanın kendi yerine bir temsilci seçme hakkından bahsedilerek yasal temsilcisinden bahsedilmiştir.

Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı ya da tedaviye yönelik girişimi onaylama ya da kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli biçimde bilgilendirilme hakkı bulunmaktadır. Hasta

uygulanacak test ya da tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmediği zaman olabilecekleri açıkça anlamalıdır (WMA, 2005). Seçim yapma hakkı hastanın özerkliğini kullanabileceği bir alan açmıştır. Hastaya tedaviyi kabul ya da red hakkı verilerek tedavi sürecine dâhil olması sağlanmıştır. Ayrıca hasta mahremiyetine önem gösterilerek doktor ve hasta arasında güven ilişkisi güçlendirilmiştir.

Bilinci kapalı hasta ile ilgili olarak: Bilinci kapalı ya da iradesini belirtemeyen hastalarda hastanın onamı en uygun zamanda yasal temsilcisinden alınmalıdır. Yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi müdahalenin gerektiği durumlarda daha önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onam verdiği varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir (WMA, 2005). Bilinci kapalı hastanın önceden bulunan açıklamalarının dikkate alınacağını gösteren bu kısım, genişletilmiş özerklik ilkesinin örneklerinin uluslararası belgelerde de bulunduğunu göstermektedir.

Yasal ehliyeti olmayan hasta ile ilgili olarak: Hasta çocuk ise ya da yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilcinin onamının alınması gereklidir. Bununla birlikte, hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde karar alma sürecine katılmalıdır. Eğer yeterliği olmayan hasta mantıklı kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir ve böylesi bir durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır. Yasal temsilcinin onam vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise, hekim kararı ilgili yasal mercilerde ya da diğer kurumlarda aramalıdır (WMA, 2005). Buradan hastanın özerkliğinin geniş bir çizgide korunduğu görülmektedir. Hastanın özerkliğini kullanamadığı durumlarda hekimin hasta yararını gözeteceği anlaşılmaktadır.

Görüldüğü gibi zamanla hastanın özerkliği daha fazla gündeme gelmiştir. Ancak kavramın kendisi açıkça belirtilmemiştir. Dünya Tıp Birliği 2017 toplantısında Hipokrat geleneğini benimseyen Cenevre Bildirgesi diğer adıyla Hekimlik Andı'nı yenilenecek, "Hastanın özerkliğini ve onuruna saygı göstereceğim" ifadesini eklemiştir. Böylece hastanın özerkliğine saygı kavramı doktorların meslek yemininde açık bir şekilde geçmektedir. Ayrıca açlık grevlerinde hekim tutumu

üzerine temel belge olan Malta Bildirgesini de güncelleyerek, doktorun kişinin özerkliğine saygı gösterme yükümlülüğünü vurgulamıştır (WMA, 2017).

### **2.1.5. Türkiye’de Hasta Hakları ve Hasta Özerkliği**

Hasta Hakları konusunda Dünyada ki ilerlemeler karşısında Türkiye’de de gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeleri gösteren yasal düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir;

- 1928’de çıkarılan 1219 sayılı Tababet-i Şuabatı-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun

- 1930’da çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- 1953’te yayınlanan 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 1960’ta çıkarılan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Hakkında Kanun

- 1979 yılında çıkarılan 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun

- 1961 ve 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası
- 1983’te çıkarılan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- 1987’de yayınlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- 1993 yılında yayınlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
- 1998 yılında yayınlanan 23420 sayılı ve 2014 yılında değişiklik yapılan Hasta

Hakları Yönetmeliği

- 2005 yılında yayınlanan 3077 sayılı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi
- 2007’de yayınlanan 21745 sayılı Hekim Seçme Yönergesi
- 2009’da yayınlanan Hasta Hakları Uygulama Genelgesi
- 2011’de yayınlanan 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin

Sağlanmasına dair Yönetmelik,

1928’de sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alanların mesleklerini yaparken uymaları gereken kurallar ve sahip olmaları gereken özelliklere ilişkin Tababet-i Şuabatı-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun çıkarılmıştır. Kanun’un 70. maddesinde hekimlere hastalardan onam alma zorunluluğu getirilmiştir. Ancak bahsedilen onam hekim hasta ilişkisinin yasal çerçevesindedir ve cezai

sorumluluktan bahsetmektedir. Oysa evrensel etik değerlerde ve uluslararası belgelerde de bahsedildiği üzere onam alınırken yeterince bilgi verilip verilmediği, hastanın değerlerine ve kararlarına saygı gösterip gösterilmediği, önemlidir. Burada hasta özerkliğinin çokta ön planda olduğu söylenemez.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık sorunları ile mücadele çerçevesinde 1930'da çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'yla sağlık hizmeti kamu görevi olarak devlete verilmiştir. Bu kanunla sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıyla birlikte hasta mahremiyetine de değinilmiştir.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde, Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nda bahsedilen tabip odalarına kayıtlı bulunan tabip ve diş tabiplerinin, bu Nizamname hükümlerine uyması gerektiği belirtilmiştir. Tüzüğün 24'üncü ve 29'uncu maddelerinde hastanın özerkliğine saygıyı destekleyici olarak konsültasyon hakkından bahsedilmiştir.

Türkiye'de sağlık hakkı ilk kez 1961 Anayasasında yer almıştır. 1982 Anayasasında ise bu hak korunmuştur. 1982'de yayınlanan Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 17. Maddesinde "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" ibaresi yer almaktadır. 56. maddesinde herkesin sağlıklı çevrede yaşama hakkından bahseder ve herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak için devlete sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca 1979 yılında Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun çıkarılarak bu işlemler esnasındaki haklar koruma altına almıştır. Bu düzenlemelerle hastanın özerkliği koruma altına alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı (2016) "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" dâhilinde Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği bölümünde sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı bulunan herkese, mevzuatla belirlenmiş haklar ve etik ilkeler çerçevesinde nitelikli bir sağlık hizmeti sunumu için 10 temel amaç belirlemiştir. Bunlar sağlık hizmeti sunumu:

- İnsan haysiyetine yakışır olmalıdır.
- Toplumun tüm kesimlerini kapsamalı ve adil olmalıdır.

- Hem fiziki hem de kurallar bağlamli erişilebilir olmalıdır.
- Savunmasız grupları öncelendir.
- Her türlü ayrımcılık ve damgalanmayı sağlık hizmetinden arındırmalıdır.
- İnsan haklarının sağlık alanına tamamıyla yansımalarını sağlamalıdır.
- Hasta - sağlık çalışanı arasında karşılıklı saygıyı tesis etmelidir.
- Çağdaş tıp yöntem ve cihazlarını kullanmalıdır.
- Hizmet merkezli, insan odaklı binalarda sunulmalıdır.
- Çalışan memnuniyetini gözetmelidir şeklinde belirtilmiştir.

Programda sağlık hizmetlerinin insan hakları temelinde, gelişen tıp dünyasına ayak uyduran ve insan ilişkilerini ve insanın değerini öne çıkaran bir platformda yoğun olarak sunulması planlanmıştır.

Evrensel dilde insan hak ve hürriyetlerinin olduğu kabul edilmiş ve bunlara saygı çerçevesinde bir yaşam sürdürülmesi için çaba gösterilmiştir. İnsan haklarının bir uzantısı şüphesiz ki hasta haklarıdır. Sağlıklı bireylerden daha savunmasız ve muhtaç olan hastaların haklarının ayrıca korunması önemli bir gelişme olarak görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini yüksek seviyede tutmak için; modern teşhis ve tedavinin bulunduğu nitelikli bir sağlık hizmetinin verilmesinin ötesinde ve hasta haklarının korunması, hastanın değerlerinin önemsendiği, ihtiyaç ve beklentilerinin giderildiği bir sağlık hizmeti ile mümkündür. Türkiye’de bu özellikleri destekler nitelikte olan, geçmişten günümüze yayınlanmış olan, bir dizi hakları bünyesinde tutan HHY 1998 yılında 23420 sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır. 2014 yılında gözden geçirilerek değişiklikler ve 2016 yılında ise bazı düzeltmeler yapılmıştır. Türkiye Cumhuriyetinin mevcut HHY 9 temel bölümden oluşmaktadır ve içeriği incelendiğinde hasta özerkliği ile ilgili olarak şunlar göze çarpmaktadır:

Madde 4’ün e bendinde hasta hakları: “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları” olarak anlatılmaktadır. Yönetmeliğin f bendinde ise, daha sonra da değinilecek olan hastanın özerkliğinin kullanmasında gerekli olan yeterlik kavramının tanımı yapılmıştır. Yine hastanın özerkliğini kullanmasında önemli iki nokta olan bilgilendirme ve rıza kavramları tanımlanmıştır. Bilgilendirme g bendinde

“Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesi” olarak anlatılmıştır. Rıza kavramı h bendinde “Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve aydınlatılmış olarak kabul etmesi” olarak tanımlanmıştır.

Yönetmeliğin 5. maddesinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında uyulması gerekenler sıralanmıştır. Aynı maddenin b bendinde bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkından, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkından, sağlık hizmetinin hiç ayırım gözetmeden sunulması gerektiğinden bahsedilmektedir. Ayrıca kişinin dokunulmazlığına, tıbbi araştırmaların rızaya bağlı olduğuna değinilmiştir. Bu maddedeki hükümler Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ve diğer uluslararası bildirelerle benzerlik göstermektedir.

Üçüncü bölümde bilgilendirmenin usulü açıklanırken madde 18’de “Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.” ifadesi yer almaktadır. Onamın hastanın aydınlatılmasıyla alındığı bilinmektedir. Sade, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden bir bilgilendirme yapıldığı takdirde hastanın özerk karar vermesini etkileyecek yeterli bilgi verilmemiş olabilir. Çünkü sade bir bilgilendirmede hasta tüm gerçekleri ya da seçenekleri öğrenememiş olmaktadır. Ayrıca birey sağlık durumunun normal olmadığını farkındadır ve zaten şüphe ve tereddütle doludur.

Bilgi vermenin caiz olmayan ve tedbir alınması gereken haller açıklanırken madde 19’da “Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.” ifadesi yer almaktadır. Bu açıklama tedavi ayrıcalığı öğretisi ile uyuşmaktadır. Hipokratçı anlayıştan gelen bu öğretisi paternalist anlamda bir etik yaklaşım için anlamlı iken özerklik ilkesine ağırlık veren etik anlayış için yönetmeliğin bir açmazı olarak görülebilir. Bu madde de hekim doktrini fazlasıyla öne çıkmaktadır. Bu yüzden hasta özerkliğine saygı ilkesiyle çelişmektedir.

Hastanın rızası ve izninin anlatıldığı madde 24'te “Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.” “Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.” ifadeleri geçmektedir. Burada bahsedilen hastanın önceden açıklamış olduğu isteklerinin dikkate alınması ifadesi hastanın özerkliğinin genişletilmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca hastadan yeterliğini kaybettiği dönem içinde rıza alınması, ileriye dönük bir talimat verebilmesinin temelini oluşturmaktadır.

Madde 31'de “Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.” “Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.” ifadeleri belirtilmektedir. Müdahalenin rızanın sınırlarında olması hasta özerkliğine saygının bir göstergesidir. Zaruret halinde rıza aranmaması ise varsayılan onamı gündeme getirmiştir. HHY incelendiğinde uluslararası bildirgelerle çok yakın ifadelerin yer aldığı görülmektedir.

### **2.1.6. Tıp Etiği ve Hasta Özerkliği**

İnsanlar binlerce yıl doğru davranışları yanlışla ayırt etme yollarını araştırmıştır. Bireylerin etik kararlar vermeleri ve karşılaştıkları durumlarda yapacakları doğru şeyi belirlemelerine yardımcı olmak amacıyla sistemler geliştirilmiştir (Harris, 2011).

Etik, ahlâk konusunda, geçmiş, şu an ya da geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin dikkatli ve sistematik bir biçimde değerlendirilmesi ve çözümlenmesi etkinliğidir. Ahlâk insanların karar verme süreci ve eylemlerinin değersel boyutudur. Ahlâkın dili haklar, yükümlülükler 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, ahlâk yapmakla ilgilidir. Aradaki yakın ilişki, etiğin, insanların belli bir yönde karar vermesi ya da eylemesi için akla yatkın bir ölçüt sağlamaya çalışmasıyla kurulur (WMA, 2015).

Etik alanın haritasına baktığımızda; olgular, kurallar ve haklar (etik kodlar), normatif etik, metaetik ve pratik etik düzeylerinden oluştuğu görülmektedir. Analiz her bir olgunun somut düzeyinde başlamaktadır. Bir olgu üzerinde anlaşmaya varılamaz ise ikinci düzeye yani kurallar ve haklar (etik kodlar) seviyesine gidilmektedir (Veatch, 2010; Beauchamp ve Childress, 2001). Örneğin sağlık hizmetlerinde hastanın özerkliği konusunda ki bir tartışmada; hastanın özerkliğine günümüzde de birçok doktorun ettiği hipokrat yemini çerçevesinde ya da HHY bağlamında çözüm getirilebilir.

Tartışma çeşitli kurallar ve hak talepleri ile çözülemiyorsa temel davranış ve karakter normlarının tartışıldığı normatif etik düzeyine gidilmektedir. Normatif etik; etik ilkeler (eylem kuramı), içsel açıdan iyi olana (değer kuramı) ve iyi karaktere (erdem kuramı) ilişkin olan sorular ile ilgilenmektedir. Fakat kişiler tartışmaya ilkeler, erdemler ya da içsel değeri olan unsurlar ile açıklık getiremezlerse ahlâki incelemenin bir sonraki düzeyi olan metaetik seviyesine ilerlemeleri gerekmektedir. Metaetik hangi eylemlerin ahlâki açıdan doğru olup olmadığını inceleyen sorular ile ilgilenmez, soruların yanıtlarının nerede aranacağını ve ne zaman doğru yanıt ulaştığımızı nasıl bilebileceğimizi sorgulayan temel nitelikteki ahlâk konuları ile ilgilenmektedir (Veatch, 2010). Pratik (uygulamalı) etik, etik normları ve teorilerini meslekler, kuruluşlar ve kamu politikası gibi spesifik sorunlar ve alanlara uygulamaktadır (Reamer, 2018). Etik bakışı, kişisel bir bakış açısının ötesine geçip tarafsız bir izleyici görüş noktasına gitmemizi gerektirmektedir. Etik olarak bakmak, içe dönük ilgilerimizi aşır mümkün olan en nesnel bakış açısıyla kendimizi özdeşleştirme yoludur (Singer, 2015).

Normatif etik kuramları genellikle deontolojik ve teolojik kurumlar olarak iki ana başlık altında toplanmıştır. Deontolojik teoriler belirli eylemlerin, sonuçlarını dikkate almaksızın kurallar, haklar ve ilkeleri kutsal ve dokunulmaz kabul etmektedir. Bu yüzden belirli eylemlerin daima doğal olarak doğru ya da yanlış, iyi ya da kötü olduğunu iddia etmektedir. Örneğin en ünlü deontologlardan biri olan Kant doğru söylemenin kişilerin doğal hakkı olduğunu tartışmaktadır. Teolojik kuramların bakış açısına göre ise olası sonuçları tartmadan etik seçimler yapmanın, yetersiz olduğu düşünülmektedir, herhangi bir eylemin doğruluğu ve haklılığı, o eylemin sonuçlarının iyiliğine göre belirlenmektedir (Reamer, 2018). Tıp etiğinde

hastanın özerkliğinden bağımsız, onun yararını düşünen Hipokratçı yaklaşım buna örnek verilebilir. Teolojik bir yaklaşım benimseyen Hipokrat etiğinde hastanın özerkliğine karşın paternalist davranılarak; görece olarak zarar verecek doğrudan vazgeçilebilmektedir.

Ahlâk her toplumda değişebilecek gelenek, alışkanlık, töre, örf-adet, tabu, yaşam biçimleri gibi tutum ve davranışlardır. Ahlâk görecelidir ve toplumdan topluma değişebildiği gibi aynı toplum içinde gruplara göre farklılıkta gösterebilir (Aydın, 2006). Eski çağlardan beri felsefeciler ve ahlâkçılar etiğin evrensel bir bakış açısı olduğunu belirtmişlerdir. Bu başkalarının çıkarlarına kendi çıkarına verdiği önemi vermekle mümkün olabilir. Koşullar durumları değiştirir ancak etik “ben” ve “sen”in ötesinden, evrensel yasaya gider, evrenselleştirilebilir yargıya, tarafsız seyircinin ya da ideal gözlemcinin görüş açısına gitmektedir. Birey kendi tercihleri yerine, artık onun kararından etkilenen bütün herkesin tercihlerini de dikkate almak zorundadır. Böylece birey tüm tercihleri tartıp etkileneceklerin tercihlerini en üst seviyeye çıkarma eğilimine doğru yönelmektedir. Etik, etkilenen herkes için her şeyi hesaba katınca en iyi sonuçları olan hareket tarzına doğru gitmektedir (Singer, 2015).

Sağlık hizmeti sunumundaki etik anlayışta da bu tercih dengesinin sağlanması gerekmektedir. Günümüzde bunu yapan ölçüt aydınlatılmış onam öğretisidir. Hizmet sunumundan doğrudan etkilenen hasta, doktorun tercihleri ile karşı karşıyadır ve yalnızca kendi tercihini gösterecek kadar da bilgiye sahip değildir. Bu noktada hastaya gerekli bilgiyi sağlama görevi doktora düşmektedir. Sonraki aşamada ise doktorun mesleğini en iyi şekilde icra etme çabasında hasta yararını güden tercihleri ile hastanın kendi yararına yaptığı tercihler hesaba katılarak sonuca varılmalıdır.

Tıpta yasal sorumluluklarla ilgili en eski tarihsel belge Hammurabi Yasalarıdır. M.Ö. 1800’de eski Mezopotamya’da Kral Hammurabi tarafından yürürlüğe sokulan bu yasada tıpla ilgili maddeler bulunmaktadır. Cezalandırma yöntemi ise kısasa kısastır. Eski Mısırda ise hekim tıp bilgilerini içeren bir kitaba uygun davranmak zorundaydı. Bu yazılı kurallara uyma sonucunda hasta ölüyor ya da iyileşmiyorsa sorumlu tutulmamaktaydı. Eski Yunan’da ise hekimin sorumluluğu Hipokrat ile başlamıştır. Burada da söz konusu tıp kurallarına uymak ya da uymamaktır (Aydın, 2004).

### 2.1.7. Hipokrat Geleneği ve Karşıt Görüşler

Etik alanın düzeyleri incelendiğinde ilk başta olgu düzeyi, sonraki aşamada ise tartışmalarda etik kodların çözüm olabileceği görülmektedir. Hipokrat Yemini hekimler tarafından uzun yıllar boyunca tıp etiği alanında savunulan ahlâkiliğin temel kaynağı olarak görülmüştür. Hipokrat geleneği bu yemin çerçevesinde gelişmiştir. Zamanla tıptaki bilimsel gelişmeler, sosyo kültürel ve ekonomik değişimler Hipokrat Yemini'ni temel alan yeni metinlerin çıkmasına sebep olmuştur.

Yemin metni iki kısımdan oluşmaktadır; ilk kısım mesleğe giriş yemini kısmı ve ikinci kısım tıp uygulamasına ilişkin koda yer verilen kısımdır. Mesleğe giriş yemini kısmında: Hekimler eğitimcilerine özel bir saygı borçludur ve böyle bir konuya Cenevre Bildirgesi'nde de değinilmiştir (WMA, 2015). Metinde yemini eden kişinin tıp bilgisini meslektaşları haricinde kimseyle paylaşmaması gerektiği yazmaktadır. Bu davranış günümüzde hastalarla bilgisini paylaşmaktan rahatsız olan yaşlı hekimlerde izlenmektedir (Veatch, 2010). Bu duruş bildirgelerde geçen ve günümüzde birçok ülkenin mevzuatında da bulunan; hekimlerin hastayı bilgilendirme ve hastanın rızası olmaksızın girişimde bulunmama yükümlülüğü ile çelişmektedir. Ayrıca liberal felsefe alanında bireye özgün bir değer atfedilir ve birey özerkliği vurgulanmaktadır. Bireyin bilmeye hakkı vardır ve aydınlatılmış onam öğretisi de bu görüş tarafından kabul görmektedir. Bu bağlamda Hipokratik etik ile liberal felsefe anlayışının hasta özerkliği bağlamı ters düştüğü görülmektedir.

Yeminde bütün yaşamımda hastaların iyiliği için uğraşacağım, zarar veren şeylerden uzaklaşmayı önereceğim, öldürücü bir ilaç istendiğinde vermeyeceğim ve benzerini de tavsiye etmeyeceğim, gebe kadınlara cenini düşürmeleri için ilaç vermeyeceğim, yaşamımı ve sanatımı dürüstlük ve saflık üzerine devam ettireceğim, girdiğim bütün evlere, ancak hastaların yararı için gireceğim ifadeleri yer almaktadır. Yemin metninde hastanın mahremiyetini korumayı öngören; “Gerek hastanın tedavisi sırasında gerekse tedavi dışında olsun gördüğüm ve duyduğum (ama) dışarıda konuşulmayacak olan insanların tasarrufundaki şeyleri saklayacak ve buna benzer şeyleri konuşmayacağım” ifadeleri de bulunmaktadır (Altuner, 2015). Bu ifadelerde görülmektedir ki yeminde hekime yasak olan davranışlarda yer almaktadır ve ötenazi açıkça yasaklanmıştır. Ayrıca hasta mahremiyeti gözetilerek, hastaya zarar vermeme ve yararını sağlama amacı güdülmektedir.

Yemin metninde bulunan “Hastaların yararı için kendi becerim ve yargım doğrultusunda beslenmeye dayalı tedavi yöntemlerini uygulayacağım, hastaları zarardan ve adaletsizlikten koruyacağım” ifadeleri kararın hastanın değil, hekimin becerisi ve yargısı ile hastaya yararlı olacak şekilde alınmasından bahsedilmektedir. Bu nedenle Hipokrat etiği paternalist (babacı) olarak adlandırılır (Veatch, 2010).

Tıbbi paternalizmde hekim “tıbben” yararlı olabilmek için hastasının dileklerini ve istemli eylemlerini yok saymaktadır. Hekim hastasını kendi doğruları yönünde davranmaya zorlamaktadır (Aydın, 2004). Hipokrat yemininde de geçtiği gibi hekimin hastaya tıbbi alanla ilgili bilgi vermemesi buna bir örnektir. Buradan hekimin otorite olduğu ve onun karşısında hastanın özerkliğinin ve özel yaşam alanının kaybolduğu tartışmaları doğmuştur.

Paternalist yaklaşımda hekim bilgilendirme yapmamakta ve hastaya karar verme hakkı yani tedaviyi red ya da aydınlatılmış onam hakkını tanımamaktadır. Hastanın ahlâki değerleri burada önemsenmemektedir. Hekim kendi ahlâk değerleri, mesleki bilgi, beceri ve deneyimleri ile muamele etmektedir. Hasta-hekim ilişkisi tamamen hekim kontrolündedir ve bu yüzden tıbbi araştırmalarda hasta hakları tehdit altına girebilmektedir. Hekim bireysel gerekçelerle hasta mahremiyetini korumayabilir ve hekimin baskın tavrına karşın hastanın onuru zarar görebilmektedir (Özlu, 2005).

Paternalizm hastanın yararı için onun üzerinde otorite kurmak olarak görüldüğü için yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri ile birleştiği düşünülmektedir. Fakat yararlılık ve zarar vermeme ilkelerinde hasta özerkliğini koruyucu nitelikte davranmak mümkündür. Bunun aksine paternalist bir anlayışta ise hekim hastanın iyiliğini hastadan daha iyi bildiği ya da yeterliliği olsa bile hastanın kendisi için neyin iyi olacağına karar veremeyeceğini varsaymaktadır. Aslında bireyin onamı olmadan özerkliğine müdahale edilerek hastanın kişisel özerkliği sınırlanmakta ve zedelenmektedir. Buradan hekimin mutlak yararlı olmayı güttüğü davranışının sonucunun paternalizme varabileceği vurgulanmalıdır (Aydın, 2004).

Paternalizm anlayışı ile ters düşen etik anlayışlar azımsanmayacak kadar çoktur. Dünyanın başlıca dini ve seküler geleneklerinin yaklaşımlarının tümünde,

Marksist düşüncede ve modern batı dünyasındaki liberal siyaset felsefesinde bu anlayış Hipokrat geleneğinden farklılık göstermektedir (Veatch, 2010).

### **2.1.8. Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta Özerkliği**

İlke; başlangıç ilk olan, kendisinden başka bir şeyin çıktığı temel, köken, dayanak, temel neden anlamlarına gelmektedir. İlkeler kurallardan yola çıkılarak geliştirilir ve hakların doğmasını sağlar. Etik görüşlerin savunulabilmesi için bunların bir ilke üzerine dayandırılması gerekmektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının davranışlarını; hekim-hasta ilişkisi olarak, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanı ve sağlık kurumları arasındaki her türlü ilişki sürecine tıp etiği ilkeleri yol göstererek rehberlik etmektedir (Özlu, 2005; Demirhan Erdemir, 2015).

Genel insan ilişkilerinde olduğu gibi tıp etiği alanında da belli etik ilkeler mevcuttur. Çeşitli sayıda tıp etiği ilkelerinden söz edilse de temelde dört ilke öne çıkmaktadır. Bunlar; “yararlılık”, “zarar vermeme”, “hasta özerkliğine saygı” ve “adalet” ilkeleridir. Yararlılık, zarar vermeme ve adaletsizlikten koruma Hipokrat Yemini’nde de geçmektedir. Özerkliğe saygı ilkesi ise daha sonralarda gündeme gelmiştir.

İlkeler akılcı kararlar alma sürecinde önemli bir role sahiptirler. Fakat bu dört ilkeden, özellikle özerkliğe saygı ilkesinin diğerlerinden önde tutulması Batı’nın liberal kültürünün bir yansımasıdır ve evrensel geçerliliği bulunmamaktadır. Ayrıca bu dört ilke özgün durumlarda çoğunlukla çatışmaktadır ve bu durumları çözmek için bazı ölçütlere ve süreçlere gereksinim doğmaktadır (Tıp Etiği El Kitabı, 2015).

#### **2.1.8.1. Yararlılık İlkesi**

İnsan doğasının yardımsever olduğuna inanıldığı için bu etik ilkenin ortaya çıktığı savunulmaktadır. Zarar vermemekten çok daha fazlası olan yararlılık ilkesi, hastaya mutlak yararlı olmayı ifade etmektedir. Yararlılık ilkesi hastalara faydalı olabilmek için ahlâki olarak olumlu ve doğrudan adımlar atmayı gerekli kılmaktadır. Burada yararlılık daima hastanın en üstün yararını gözetme olarak görülmektedir (Summers J, 2009).

Yararlılık ilkesi özünde barındırdığı iki ayrı ilke ile yaşama geçirilmektedir. Bunlar, "mutlak yararlı olmak/pozitif yarar sağlamak" (positive beneficence) ve

"yarar ve zararın dengelenmesi" (utilitiy) olarak belirlenmiştir. Bu iki kavram yardımseverliğin erdeminden, hastayla ilgilenmenin çeşitli şekillerinden ve yararlılığın zorunlu olmayan amaçlarından farklıdır. Mutlak yararlı olmanın bazı kuralları vardır. Bunlar (Beauchamp ve Childress, 2001);

- Hastaların haklarını savunmak ve korumak
- Hastalarda oluşacak zararı önlemek
- Hastalara zarar verecek durumları ortadan kaldırmak
- Engelli kişilere yardım etmek
- Tehlikedeki hastaları kurtarmak

Öte yandan William Frankena "Yararlılık İlkesi"nin dört öge ile daha iyi anlaşılabilceğini ileri sürmektedir. Buna göre: Bu ilke sağlık çalışanı hastaya kötü davranmamalı ve zarar vermemeli, kötülüğü ya da zararı önlenmeli, kötülüğü ya da zararı ortadan kaldırmalı, iyiliği arttırmalı ya da iyi olanı yapmalıdır temeline dayanmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994).

Yaşamını tehdit eden bir hastalığa yakalanan ancak tıbbi olarak belirtilen tedavi önlemlerini reddeden ve yeterliği olan bir hastada, hasta özerkliğine saygı ilkesinin, yararlılık ilkesi ile çatıştığı görülmektedir (Rich, 2002). Fakat yeterliği olan bir hastanın ya da vekilinin izni olmaksızın hareket etmek mümkün değildir. İyinin belirlenmesi kişisel bir karardır ve bir hastanın belirleyebileceği iyi, hekimin veya hemşirenin kararından farklı olabilir. Bu nedenle yararlılık ve özerklik kısmen de olsa örtüşmelidir; hastalar çeşitli düzeylerde bilgi sağlamak istemektedir ve bakımları için belirli bir yön seçmek isteyebilir. Çünkü hastalar için en büyük "iyi" kendi bakış açılarıdır. Bu, doktorun bakış açısına göre farklılık gösterebileceği için yararlılığı ortadan kaldırmaktadır (Lawrence, 2007). Doktorlar hastanın yararını gözetme çabasında özerkliğini çiğneyebilmektedir. Kimi zaman doktorlar hastanın sağlık durumunu kötü etkileyebilecek bilgileri ya da teşhisi hastadan gizleme eğilimindedirler. Bu durumu Veatch (2010) "tedavi ayrıcalığı öğretisi olarak tanımlamaktadır. Burada doktor hastanın yararını gözeterek bilgilendirmeyi eksik ya da yanlış yapmaktadır ancak bilgilendirmenin tam olmadığı durumda özerklikten bahsedilemeyeceği bilinen bir gerçektir.

Yararlılık ilkesi kısaca; sağlık uğraşları sırasında hastaya, her şeyin üzerinde ve öncelikle yararlı olmayı öngören bir ilke olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu bu yükümlülük kapsamında amaçlanan, bir eylemin olası olumlu sonuçları ile olumsuz sonuçlarını belli bir dengede tutabilmektir. Böylece bireysel eylemlerin niteliğinde "yarar" yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken; zarar verici olumsuz sonuçları ise olabildiğince azalacaktır (Beauchamp ve Childress, 1994). Bu dengenin sağlanmasında en önemli etken ise hastanın özerk kararlarına ses vermek olacaktır.

### **2.1.8.2. Zarar Vermeme İlkesi**

Yarar ve zararın dengelenmesinde etkili olan faktör, hekimlerin geleneksel etik anlayışında sıklıkla Latince “Primum non nocere” şeklinde dile getirilen “Öncelikle zarar verme” ilkesi yer almaktadır. Bu yaklaşım zarardan kaçınılmasına öncelik vermektedir. Bu ilkenin kökenini incelemiş olanlar, bazen hekimin girişimlerinin zarardan daha çok zarar verebileceğinin fark edilmeye başlandığı 19. yy’a dayandığını görmüşlerdir. Bu yaklaşım zarar verme ihtimali ortadan kalktığı zaman hastanın yararı için çaba gösterileceğini öngörmektedir (Veatch, 2010). Zarar kelimesinin anlamı düşünüldüğünde çeşitli tartışmalar ortaya çıkmaktadır, bu bağlamda aşağıdaki etik teoriler gündeme gelmiştir (Summers, 2009):

- Sonuççu yaklaşım, zararın, yararın engellenmesi ya da diğer seçimlerden daha az iyilik veya faydaya yol açması olarak söylemektedir.
- Hakiki bir hukuk etikçisi, kişinin potansiyelini engelleyen veya sınırlayan, akılcı niteliklerine karşı çıkma durumunu zarar olarak nitelemektedir.
- Bir deontolog, zararın, gücümüzü kullanmamızı engelleme ya da ahlâki öğretilerin yasal durumlarına karşı çıkma olduğunu söylemektedir.
- Bir erdem etikçisine göre "mutluluk arayışında olan, pratik bilgiye sahip kişi", kişiye aşırı zarar verebilir ve doğru sonuçları bulmasını engelleyebilir.
- Egoist bir etikçi ise zararı, kişisel ilgi ve duygulara karşı konulması şeklinde tanımlayabilmektedir.

Geleneksel tıbbi etik, 20.yy’ın son yarısında biyoetik haline dönüşmüştür. Bununla birlikte hastaya kimin zarar verdiği ve neyin fayda sağlayacağı kritik bir soru hale gelmiştir. Tıbbi bilgi yaygın değildi ve doktor dışında bilgi kaynağı olmadığı için; hekimlerin zarar ve yarar kararları tartışılmazdı. Nitekim, hastalara

eksik bilgi verilmesi hekimler tarafından zarar vermeme ilkesinde bağı olarak haklı görüldü. Çünkü hastaya hastalığı, tedavinin riskleri ve başarısız olabileceği ihtimali hakkında ayrıntılı bilgilerin açıklanmasının hastaya zarar verebileceği varsayılmıştır (Rich, 2002). Oysa bu durum hastanın kendi bedeni üzerindeki inisiyatifini yok saymaktadır.

Günümüzde hastaların doktorlarını seçebilme özgürlüğü olsa bile, doktor, hastadan dinlemesi ve itaat etmesini beklemektedir. Hastaya ne yapması gerektiğini söyleyecek olan doktordur ve tartışma değil disiplin beklemektedir ve bunu hastanın kendi iyiliği için yaptığını düşünmektedir. Doktorların hasta hakkında çıkardığı sonuçlar ve kanaatleri de genelde gizlidir ve bilginin saklanması yine hastanın kendi çıkarı gerekçesiyle savunulur; gereğinden fazla bilginin zararlı olabileceği, hastayı ya umutsuzluğa, bunalıma ve huzursuzluğa ya da itaatsizliğe sevk edebileceği düşünülmektedir (Bauman, 2013). Burada paternalist yapıda olan doktor gücünü hastaya zarar vermekten kaçınmaktan ziyade hastanın "en üstün yararı" için kullanmaktadır. Fakat hastanın özerkliği göz ardı edilmektedir.

Hekimlerin eylemlerinin amacı zarar vermek olmasa bile, büyük zarara sebep olması mümkündür. Çift etki öğretisine göre, bir eylemin öncesinde zararların ortaya çıkabileceği öngörülmüş olabilir; ancak gerçekte amaçlananın zarar vermek olmadığı koşulunda, söz konusu zararlar ahlâki açıdan kabul edilebilir nitelikte olmaktadır. Zarar vermeme ilkesinde yarar ve zararın dengelenmesinde önemli soru hekimin yargısı yerine meslektaşlarının, toplumun ya da hastanın yargısının temel alınıp alınmayacağıdır (Veatch, 2010). Hastanın yargısının temel alınmaması noktasında ise hasta özerkliği ilkesiyle ters düştüğü görülmektedir.

### **2.1.8.3. Özerkliğe Saygı İlkesi**

Özerkliğe saygı ilkesi öncelikli olarak bilgilendirilmiş onamla birlikte tanınmıştır. Bu tür uygulamalar hastaların bireysel kararlarını kapsar ve yetkinin özerkliğini ön plana çıkarmaktadır. Tıp etiği bağlamında özerkliğe saygı ilkesine Beauchamp kişisel özerklikten çok yetkinin özerkliğinin temel olması gerektiğini düşünmektedir. Quante ise tıp etiği için kullanılan özerkliğe saygı ilkesinin yetkinin özerkliğine başvurmaksızın düşünülemeyeceğini fakat bununla birlikte kişisel özerkliğe veya kişiliğin bütünlüğüne değinmek zorunda olduğunu savunmaktadır.

Beauchamp'ın özerkliğe saygı ilkesinin temelini oluşturan kişisel özerklikten ziyade yetkinin özerkliği olduğu tezini, makul yapmaya çalışan üç argümanı şu şekilde sunulabilir (Quante, 2017):

1. Yetkinin özerkliği kişisel özerklikten bağımsızdır.
2. Kişisel özerklik, tıp etiğinde özerkliğe saygı ilkesinin uygulanması için ne gerekli ne de yeterli değildir. Bilgilendirilmiş onam kavramında yansıtılan hastanın özerkliğine saygı yalnızca yetkinin özerkliği ile ilgilidir.
3. Özerkliğe saygı ilkesine kişisel özerklik kazandırma girişimi, tıp etiği bağlamında etik olarak kabul edilemez sonuçlar doğurmaktadır.

Beauchamp'ın bakış açısıyla bakıldığında özerkliğe saygı ilkesinin yalnızca yetkinin özerkliği temelinde olması gerektiği açıktır (Faden ve Beauchamp, 1986). Sonuç olarak: Yetkinin özerkliği, tıp etiği bağlamında özerkliğe saygı ilkesinin uygulanabilir temeli olduğu; ayrıca yetkinin özerkliği modelinin bilgilendirilmiş onam kavramının yapılandırılması için yeterli olduğu görüşündedir (Quante, 2017).

Quante (2017), Beauchamp'ın yetkinin özerkliğinin kişisel özerklikten bağımsız olduğu tezine karşı; kişisel özerkliğin yetkinin özerkliğine doğrudan ve dolaylı bir temel oluşturduğunu ayrıca; tıp etiğinde aslında özerkliğe duyulan saygının yetkinin özerkliğini değil aynı zamanda kişisel özerkliği de ifade ettiğini anlatmaktadır. Ayrıca yetkinin özerkliğinin temelinin kendi eyleminin alakalı ve ilgisiz yönleri ile sonuçlarını ayırt edebilme kapasitesi olduğunu belirtmektedir.

Hasta özerkliğine saygı ilkesi son onlu yılların bir ürünüdür, bu yüzden anlaşılması ve yaşama geçirilmesi açısından oldukça zorluk göstermektedir. Sağlık alanı, asıl karar verme noktasında hekimin bulunduğu “hekim merkezli”, koruyucu ve babacıl hekim anlayışından, hastasıyla yapıcı bir işbirliğine giren, iletişimi artıran, kişilik haklarına saygılı, tıbbi kararlara hastasını katan bir hekim kimliği anlayışına taşınmıştır. Hasta özerkliği etik bir ilke olmanın yanında, hekimin tıbbi gücünü kötüye kullanabilme olasılığı üzerinde de caydırıcı etkiye sahiptir. Hasta kendi yaşamı hakkındaki seçimleri daha güçlü biçimde kullanabilmektedir. Yasaların da hastaları koruyucu şekilde yönlendirmesi sağlanabilmektedir (Aydın, 2006). Bugün batı dünyasında üretilen yasalar, düzenlemeler ve etik değerler, hasta özerkliğinin uygulanmasını ve genişletilmesini sağlar niteliktedir.

Bauman'a (2013) göre özerklik; en iyimser bakışla kısmidir, en kötümser bakışla ise tümünden hayal ürünüdür: Özerklik sıklıkla ancak tüm failer arasındaki ve her failin yaptığı şeyler arasındaki çok çeşitli ve zengin bağlantılar karşısında, kişi kör olduğu ya da gözlerini bile bile kapattığı için ortaya çıkan bir durum gibi görünür.

Özerklik kavramı özerk birey, özerk seçim, özerk eylem öğelerini içermektedir. Özerk bireyin, kendi-kendini yönetebilme, herhangi bir eylemde bulunurken bazı ilkeleri göz önünde bulundurabilme, tutum ve davranışlarında kendi özgün görüşünü ortaya koyabilme yeteneklerine sahip olması gerekmektedir. Birey kendi yeterlik ve özgür koşulları içinde, özgün-akılcı karar ve eylemlerini belirlerken özerk seçim yapabilmelidir. Özerk eylem ise, bireyin amaçlı, bilinçli ve istekli olarak yaptığı eylemler olarak ifade edilmektedir (Gillon, 1985).

Özerkliğin tüm teorileri esasında bağımsızlık ve eylemlilik olarak iki temel durumun gerekli olduğunu kabul etmektedir. Bazı teoriler kendini yönetme kapasitesi olan özerk bireyin anlama, düşünme, müzakere etme ve bağımsız seçim yapabilme niteliklerini ön plana çıkarmaktadır. Özerk olmak, özerk eylemlerimize olan saygılılığımızla aynı değildir. Özerk bir bireye saygı duymak, o kişinin görüşlerini alma, seçim yapma ve kişisel değerler ve inançlara dayalı eylemler yapma hakkını kabul etmektir. Bu yalnızca saygılı bir tutumu değil, saygılı eylemleri de içermektedir. Ayrıca, kişilerin seçimlerine müdahalede bulunmama yükümlülüğünden daha fazlasını gerektirmektedir. Çünkü sağlık personelinin hastaların özerk tercihleri için kapasitelerini korumakla birlikte, özerk eylemlerini yok edebilecek diğer koşulları ortadan kaldırmak için de sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bağlamda saygı, kişilerin özerk davranmalarını sağlamak için onları tedavi etmeyi içermektedir. Beauchamp özerk eylemleri, önce "kasıtlı", ikincisi "anlayışla" ve üçüncü "bağımsız olarak gerçekleştiren" normal veya ortalama karar vericilerin eylemleri olarak analiz eder (Beauchamp ve Childress, 1994).

Kişinin özerk bir birey olarak kendini ifade edebilmesi ve gerçekleştirebilmesini aksatacak zamanlardan biri hastalık anlarıdır. Hasta durumundaki bireyin, özerk kimliğini gerçekleştirecek tutum ve davranışlarda bulunması güçleşir, iradesi serbest seçim yapabilme yeterliliğini kaybetmeye başlar. Bu nedenle tıbbi müdahale bir taraftan da, hastanın özerk kimliğini onarma, koruma

ve yeniden kazandırma işlemi anlamına gelmektedir. Tıbbi iyileştirme hastaya özerkliğini geri getirmekte ve böylelikle hastaya yararlı olma ilkesi başka yolla temin edilmektedir (Aydın, 2006). Karar verme sürecinde ana kavram özerklidir. Özerkliğin korunması gerekmele birlikte, bunun denge içinde yapılması önemlidir. Bu dengenin sağlanması, hastanın gereksinim duyduğu bilginin verilmesi ve hekimin hastanın beklenti ve değerlerini iyi analiz etmesi ile mümkündür (Beauchamp ve Childress, 2001). Karar aşamasında hastanın bilgilendirilmesi gerekliliğinin diğer bir önemli yönü, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesinde hasta katılımının sağlanması ve böylece hastanın yaşamını ilgilendiren bir süreçte, hastanın da sorumluluk almasının sağlanmasıdır (Atıcı, 2008).

Hastanın özerkliği, aydınlatılmış ve gönüllü olmakla ilişkilidir. Hekimin hastasına tıbbi süreçle ilgili olarak yalan söylemesi hastanın özerkliğine zarar vermektedir. Çünkü, yanlış aydınlatılmış bir hastanın hem özerk karar verebilme hakkı elinden alınmakta hem de doğru karar verebilme şansını kaybetmektedir. Tıbbi müdahaleler ve tıbbi araştırmalar kişinin yaşam bütünlüğüne bir dokunmadır ve yasalar buna zarar verici girişimleri yasaklamaktadır (Aydın, 2003).

Hastanın özerkliğinin temelini aydınlatılmış onam öğretisi oluşturmaktadır. Özerkliğin korunması, hastanın bilincinin yerinde olduğu ve hekimle bire bir iletişim kurabileceği anlarda aydınlatılmış onam gibi uygulamalarla sağlanabilmektedir. Fakat hastalık durumu yalnızca bilincin açık olduğu dönemleri kapsamamaktadır. Bu durumda hasta özerkliğine saygı ilkesinin tam anlamıyla uygulanabilmesi için, hastanın bilincini kaybettiği anlarda da özerkliğini kullanabileceği düzenlemeler yapılmasını gerektirmektedir.

### **2.1.9. Aydınlatılmış Onam Öğretisi ve Hasta Özerkliği**

Hasta-hekim ilişkisi tıbbi verilerin yanı sıra bir takım etik değerler çerçevesinde gelişmektedir. İnsan haysiyetine ve mahremiyetine saygı Hipokrat'tan günümüze kadar gelen etik anlayışlardır. Hipokratçı etik anlayışında hekimin hastanın değerlerini göz ardı ederek tek başına karar vermesi yer alırken, günümüzde hastanın karar vericiliği artırılarak; hekimler otorite gücü değil hastayla işbirliğine giren bir rol üstlenmişlerdir. Paternalist yapıdan sıyrılarak hastayı tedavi süreçlerine

dâhil etme, süreci işbirliği içinde yürütebilme ve dolayısıyla hastanın özerkliğini kullanabilmesi öncelikli olarak aydınlatılmış onam öğretisiyle mümkün olmaktadır.

Aydınlatılmış onam sürecini Harris (2011) şöyle değerlendirmektedir; “doktora tıp biliminden hastaya bir eğitim vermesi isteniyor ve sonra hastaya doktorun ne yapacağını söylemesine izin veriliyor” şeklinde düşünülebilmektedir. Doktorlar yoğun bilgi ve tecrübe sahibidirler ve hastanın o bilgilerinin tümüne ulaşması her zaman ve hatta hiçbir zaman mümkün değildir. Fakat doktorun müdahalede bulunacağı beden başkasının ve müdahale sonuçlarıyla baş başa kalacak olan da doktor değil hastadır. Bu yüzden doktorlar hastalık ve yapılacak uygulama süreci, alternatifleri, yan etkileri, riskleri ve hatta belki de yapacağı müdahaleye karşı kendi yeteneğinin nasıl olduğu ve daha yetenekli doktorlar varsa onların bilgisini dahi vermelidir. Özerklik ahlâk ilkesi, bireyin bedeninde ne yapacağına ve yapılmayacağına karar verme hakkını tanıyıp, güvence altına alarak insanlık onurunu korumaktadır. Aydınlatılmış onam ise bunun uygulanması yolunda atılmış önemli bir adımdır.

Aydınlatılmış onam aynı anda yasal bir doktrin, etik bir kavram ve klinik bir uygulamadır (Schermer, 2002). Onam tıp etiğinin vazgeçilmezidir ve aydınlatılmış onam çağdaş tıp etiğinin temelini oluşturmaktadır. Tarihsel olarak aydınlatılmış onam doktrini, insan denekleri ile tıbbi deneyler bağlamında geliştirilmiştir, ancak sonrasında tedavisel bir ortamda tıbbi karar verme sürecinde de aynı derecede önem kazanmıştır. Aydınlatılmış onam doktrini, hukuk ve tıp uygulamaları çerçevesinde gelişmiştir. Bu gelişim tarihi olaylar ve sosyal değişimler tarafından desteklenmiştir. Ayrıca etik ve felsefe teorilerinin yanı sıra yasal ve pratik kaygılar ve toplumsal hareketler de aydınlatılmış onamın gelişimine yön vermiştir.

Aydınlatılmış onamın özerk bir karar olarak tanımı, Faden ve Beauchamp'ın (1986) analizinin başlangıç noktasını oluşturur. Onlar aydınlatılmış onamı özerk kişiler/kişisel özerklik teorisi ile değil, yalnızca özerk eylemler/yetki özerkliği teorisi ile özdeşleştirmişlerdir. Faden ve Beauchamp'a göre, eğer bir eylem bilerek, anlayışla ve bağımsız olarak gerçekleştirilirse özerktir.

Faden ve Beauchamp (1986), “Aydınlatılmış Onamın Tarihi ve Teorisi” başlıklı çalışmasında, hem hukuki hem de etik teoride aydınlatılmış onam doktrininin

gelişimi hakkında tarihi bir bakış sağlamakla kalmayıp aynı zamanda aydınlatılmış onamın sistematik olarak kavramsal analizini sunmuşlardır. Aydınlatılmış onamı iki farklı şekilde tanımlamışlardır. İlk tanım; aydınlatılmış onam hasta bireyler ve denekler tarafından gerçekleştirilen belirli bir eylem; özerk bir yetkidir. İkinci tanım; aydınlatılmış onam, bir hasta veya denekten yasal olarak veya kurumsal olarak alınan etkin bir yetki anlamına gelir. Bu anlamdaki aydınlatılmış onamda özerk bir hareket ya da anlamlı bir yetki gerekli değildir; burada rıza yasal ve kurumsal kural ve gereklilikleri karşılayan prosedürleri içerdiğinde hasta aydınlatılmış olarak adlandırılmaktadır.

Ahlâki açıdan ilk tanım, aydınlatılmış onam için ölçütler ikinci tanım aydınlatılmış onam için bir kıyaslama veya model olmalıdır. Aydınlatılmış onam için olan prosedür ve yönetmelikler sağlık çalışanlarının yerine getirmesi için adil ve makul olan sınırlar dahilinde, en iyi ilk tanımın koşullarına uymalıdır. Bu yüzden aydınlatılmış onamın ilk tanımı, ikinci tanım için bir değerlendirme standardı olarak hizmet etmektedir (Schermer, 2002).

Aydınlatılmış onamla birlikte hastanın bireysel ve özerk seçimlerinin korunması ve uygulanması sağlanmaktadır. Hasta bilgilendirilmediği zaman ise ne hasta-hekim işbirliğinden ne de hastanın özerk seçimlerinden bahsedilebilir. Aydınlatılmış onam ifadesinden hastanın özerk seçim yapabilecek şekilde bilgilendirilmesi ve yapılacak müdahalelere karşı onamının alınması anlaşılmaktadır. Aydınlatılmış onam tedavi sürecinde hastaya sorumluluk yüklemektedir ve hastanın bireyselliğinin ve özerkliğinin korunmasında bir araç rolü üstlenmektedir. Böylece hastanın tercihlerini ifade edebilmesine fırsat tanınmaktadır. Bu uygulama özerkliğe saygı ilkesinin yaşama entegre edilme hallerinden biridir. Bunlardan bir diğeri ise sonraki bölümde bahsedilecek olan genişletilmiş özerklik ilkesidir. Hastaya seçim yapma özgürlüğünün verilmesi özerkliğe saygı ilkesinin bir gereğidir. Seçim fırsatının olması özerkliğin temelini oluşturmaktadır. Ancak hastaya seçim yapabilmesinin onamın aydınlatılmasıyla doğru orantılı olduğu daima hatırd tutulmalıdır.

Beauchamp aydınlatılmış onamın açık bir şekilde alınmasının yanı sıra; kısıtlama zımni (implicit) onam ve varsayılan (putative) onam olarak iki tür örtük onamdan bahseder. Örneğin; Beauchamp hastanın açık rızası olmaksızın bile HIV

testlerinin uygulanabilirliğini şöyle kanıtlamaktadır (Beauchamp ve Childress, 1994): hastadan, HIV virüsü testi yapmak için izin istediğinde açık onay verirse, sağlık çalışanı işleme devam etmeye yetkilidir. Eğer hasta, söylenince sessiz kalır, cevap vermezse; sessizlik, anlayış ve gönüllülük mevcut olduğu sürece, geçerli zımni onayı teşkil eder (Beauchamp ve Childress, 2001). Çoğunluk, bu uygulamanın, hastanın özerkliğinin etik açıdan meşru bir şekilde reddedildiğini savunmaktadır. Bu ölçüt ciddi riskler taşımaktadır çünkü belirgin değildir ve kötüye kullanılmaya da çok açıktır (Quante, 2017).

Örtülü rızayı kabul edilebilir kılmak için kişinin eylemleri, değerleri, idealleri ve inançları hakkında bilgi sahibi olunması bir ölçüt olarak çizilebilir. Bu bağlamda Beauchamp'ın desteklediği örtük ve varsayımsal onamın hastanın kişiliğiyle ilişkili olduğu görülmektedir çünkü ona göre değerlendirmenin standardı "belirli bir kişi hakkında bilinenler" olmalıdır (Beauchamp ve Childress, 1994). Dolayısıyla, kişiliği bu onam türleri için dolaylı bir temel olarak kabul etmektedir. Beauchamp böylece en güçlü argümanı olan yetki özerkliğinin özerkliğe saygı ilkesinin tek temeli olduğu teziyle de ters düşmektedir.

Beauchamp, biyomedikal etik için vazgeçilmez fakat aslında yetkinin özerkliği ile ilgili kapasitelerin fiilen yürütülmesinde yer almayan örtük veya varsayımsal onama saygı duyulmasını savunduğunda kendi ayrılma noktasını zayıflatmaktadır. Ancak açıkça dile getirilen bilgilendirilmiş onama (veya reddetme) saygı gösterilmesi, hastanın kişiliğine duyulan saygının göstergesidir (Quante, 2017).

Onam izin vermenin bir türüdür ancak burada iletişimsel bir edimden bahsedilmektedir. Onam izin vermenin kapsamından daha dar bir alana sahiptir. Onam ile bazı çeşitli haklar ve karşılıklı sorumluluklar arasında kavramsal bir ilişki olduğu için dar bir anlamı ifade etmektedir. Onam haklardan vazgeçme ya da bir kenara koymada ve diğer tarafların sorumluluklarını uyarılma ya da değiştirmede rol oynar. Bu yüzden onam için bilgilendirilmek zorundadır. Taraflar izin verdikleri eylemden daha fazlasını bilmelidir ve bu yüzden aydınlatılmış onam spesifik iletişimsel edimleri belirli taraflara yerleştirir; eylemin niteliği, riskleri, maliyeti, yan etkileri gibi konularda bilgi verme yükümlülüğü içermektedir (Manson, 2013). Bilginin saklanmasına yönelik her tür paternalistik davranış hasta için tehlike oluşturmaktadır. Hastanın özerkliğini yok sayarak seçmediği yönde hareket etmek ya

da bilgiyi saklamak doktor için de tehlikeli olabilecek “haksız fiil” oluşturabilmektedir.

Hastanın seçme hakkı, özerklik veya kendi kaderini tayin etme etik ilkesine dayanır. Etik ilke uyarınca, aydınlatılmış onam, bir hastanın ve sağlık kuruluşundan gerekli tüm bilgileri aldıktan sonra teşhis ve tedaviyle ilgili kendi kararlarını verme hakkını ifade eder. Dolayısıyla, aydınlatılmış onam, hem özerk bir karar bileşeni hem de bilgilendirici bir bileşen içerir (Harris, 2011).

Faden ve Beauchamp (1986) aydınlatılmış onamın bileşenlerini; açıklama, anlama, gönüllülük, yeterlik ve rıza olarak ifade etmişlerdir. Kaza ya da alışılmış davranışlar gibi kasıtlı olmayan eylemler asla özerk olamaz. Bir eylemin esas itibariyle özerk olması için yalnızca kapsamlı bir anlayışa ihtiyaç vardır. Faden ve Beauchamp'a göre bu, bir hastanın hem bir yetkilendirme yaptığı gerçeğini hem de yetkilendirdiği tedavi veya prosedüre ilişkin tüm maddi bilgileri anlaması gerektiğini ifade etmektedir. Bu da hastaya yapılan bilgilendirmenin nasıl olması gerektiğini gündeme getirmektedir.

Hastaya ne kadar bilgi aktarılması gerektiğini belirlemede kullanılan üç farklı ölçüt gündeme gelmektedir: Meslektaş ölçütü, makul kişi ölçütü ve öznel ölçüt. Meslektaş ölçütü, benzer koşullar altında diğer meslektaşları hastaya hangi bilgileri açıklıyorsa, hekimin de bunları açıklamasını gerektirmektedir. Bu ölçüt açıklanması gereken bilginin miktarını yalnızca doktorların bilebileceğini varsaymaktadır. Hipokratçı düşünceyle ilişkilidir ve her zaman hasta özerkliğine hizmet etmemektedir. Makul kişi ölçütü: makul bir hastanın bilmek isteyeceği ya da önemli bulacağı her tür bilginin açıklanmasını belirtmektedir (Veatch, 2010). Doktorun meslektaşlarının bir bilgiyi açıklayacak ya da açıklamayacak olması, hastaların bu bilgiyi istediğini ya da istemediğini belirtmemektedir. Bu durumda meslektaş ölçütü hastanın kendi kaderini tayin hakkını engelleyerek özerkliğine zarar vermektedir. Buna göre makul ölçüt hastanın özerkliğine saygıya daha ılımlı bir yaklaşımdır ancak her hasta makul ölçülerde olmayabilir.

Öznel ölçüt: burada amaç hastaya kendisinin anlamlı ve önemli bulacağı, bilmek isteyeceği bilgileri vermektir. Bilgi hastanın yaşantısı ve çıkarları ile uyuması gerekmektedir. Öznel yapıda olması herhangi bir hekimin ya da makul bir

hastanın değil, hasta bireyin kendisinin somut öznel çıkarlarını temel almaktadır. Bir doktorun hastanın önemseydiği tüm konuları bilmesi mümkün değildir ancak bilinenleri dikkate alabilir ya da hastasının kendi çıkarlarını açıklaması konusunda yönlendirebilir (Veatch, 2010). Birleşik Devletlerde, makul kişi ölçütü hâlen en çok kullanılan standarttır, İngiltere, meslektaş ölçütünü ve Almanya'da öznel ölçütü kullanmaktadır (Goldworth, 1996; Schermer, 2002). Hasta karar verirken kendi menfaatini koruyabileceği ne kadar çok bilgiyi alırsa o kadar özerk seçim yapabilir. Öznel ölçüt hastanın özerk seçim yapmasını destekleyerek hasta özerkliğini ön plana çıkarmaktadır.

Bu standartların tümü pratik ve teorik sorunlarla bağlantılıdır. Örneğin, tıp mesleği içinde tek bir açıklama standardının mevcut olup olmadığı belli değildir ve bu da, hekimin doğru tür ve miktarda bilgiyi açıklamasını gerektirdiğini garanti etmez. Makul kişi ölçütü aynı tür sorunlarla uğraşmak zorundadır. Makul bir kişinin neyi bilmek isteyeceği belli değildir ve yine de her hasta makul kişilerin aksine özel bilgilendirme ihtiyaçlarına sahip olabilir. Etik perspektiften bakıldığında hem meslektaş ölçütü hem de makul kişi ölçütü hastanın özerkliğini korumakta başarısızdır ve bu nedenle genellikle reddedilmektedir (Brock, 1987; Beauchamp ve Childress, 1989; Goldworth, 1996; Sechermer, 2002).

Faden ve Beauchamp'ın (1986) analizi öznel ölçütün ahlâki açıdan tercih edilmesi gerektiği yönündedir. Çünkü bu, hastanın gerçekten aydınlatılmış ve özerk karar vermek için ihtiyaç duyduğu bilgiyi aldığı garanti etmektedir. Bu ölçütün dezavantajı, hem hekimin hem de hastanın hangi bilginin gerekli olduğunu belirlemesinin zor olabilmesidir. Hekim, hastanın kim olduğunu öğrenmek durumunda kalacak ve ihtiyaç duyduğu bilgiyi anladıktan sonra bilgilendirme yapabilecektir. Öznel bir ölçütün kullanımında, bilgi ve anlayışın ayrılmazlığı netleşmiştir. Bu bağlamda doktor ve hasta arasında ortak bir anlayış olan etkin iletişimidir. Bu iletişim süreci boyunca, her iki taraf da yeterlik şartları ve yetki verilmiş olanın niteliği hakkında bir anlayış paylaşmaktadır.

Etik bir bakış açısından, doktorun hastanın karar vermesi için ihtiyaç duyduğu bilgiyi açıklamasını gerektiren öznel standart tercih edilir. Ancak öznel ölçüt hakkında özel bir güven hem hukuk hem etik için yetersizdir. Çünkü hastalar genellikle hangi bilginin onlar için önemli olan konuyla ilgili olduğunu bilmezler.

Bir doktordan hastaya kapsamlı bir arka plan anlatmasını ve her hastanın ilgileneceği bilgileri belirleyebilmek için hastanın karakter analizini yapmasını beklemek mantıksızdır (Beauchamp ve Childress, 2001). Çoğu yazar, hastanın önemli bir anlayışa ulaşması için doktor ve hasta arasındaki iletişimin önemini vurgulamaktadır. Anlayışa ilişkin sorunlar, yanlış inançları ve bilginin alınması ve kavranması için çeşitli psikolojik engellerin bulunduğunu belirtmektedir (Sechermer, 2002). Bu dengenin kurulması oldukça zor olsa da aydınlatılmış onamda yeterli bilgilendirmenin yapılarak, tüm süreçte hastanın gönüllü olması beklenmektedir.

Harris (2011) bu noktada sorun olduğunu belirterek aydınlatılmış onamın gönüllülük bileşeninden; “doktorların, hasta veya yakınlarına, korkutucu riskleri ifşa etme ve ardından gönüllü olarak aydınlatılmış onamın olduğunu ispatlamak için bir imza alma töreni yapmalarını rica ediyoruz” diyerek bahsetmektedir. Bir başka sorun tespiti ise, aydınlatılmış onam, hasta için en önemli olabilecek risklerin açıklamasını içermesine rağmen; doktorlar çeşitli tedavilerin risklerini ve yararlarını açıklamakta zorunlu kılınmaktadır, ancak doktorların kendileri hakkındaki riskleri ortaya çıkartabilecek bilgi vermeleri istenmemektedir. Örneğin, doktorlara, deneyimleri, tıp veya cerrahi performansları, diğer doktorlarla karşılaştırıldığında ölüm oranı, disiplin kurulu eylemleri, enfeksiyon hastalıkları, alkolizm ya da madde bağımlılığı öyküsü ya da etkileyebilecek herhangi bir engel hakkında hastalara bilgi vermeleri talep edilmemektedir. Ayrıca sağlık kuruluşunun kalitesi hakkında da hastalar bilgilendirilmemektedir. Bu tür sağlayıcıya özgü riskler, hasta için bir bütün olarak tedavisinde olumsuz sonuçların soyut istatistiksel riskinden çok daha önemli olabilir. Bu risklerin ifşa edilmemesi, mevcut aydınlatılmış onamın hastaların gerçek gereksinimlerini ve endişelerini karşılamamasının bir başka nedeni olabilmektedir.

Aydınlatılmış onam için ön şart olarak önemli bir rol oynayan yeterlik kavramıdır (Schermer, 2002). Yeterlik bir hastanın tedaviye razı olma hakkı olup olmadığını belirleyen, hastanın yetkili olduğunu değerlendiren ve karar verme yeteneğini değerlendirerek yeterince yüksek düzeyde olup olmadığını belirlemeyi içeren bir kavramdır. Yeterlik tıbbi karar verme hakkına sahip olanların, kendisi için olanı ve olmayanı birbirinden ayırmasını sağlayan bir kavramdır. Bir kişinin yeterliğinin olmadığını varsaymak, kendi kararlarını verme hakkına sahip olmadığı

ve özerk olamayacağı anlamına gelmesi nedeniyle, yeterliliğin tutarlı bir şekilde test edilmesi önemlidir (McMillan, 2013).

Yeterlik, HHY'nin 4'üncü maddesine 2014 yılında eklenmiştir. Bu madde de yeterlik: “yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan onay verenin önerilen tıbbi müdahalede karşılaşılabileceği ya da reddettiğinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma hali” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998, Sayı: 23420). Ancak kişiler yeterliğini kayb ettikleri dönemlerde de özerkliğini kullanmak isteyebilmektedir.

Yetki standardı ne olursa olsun, bir hastanın yetkinliği olmadığına karar verilirse, vekil ikameti için kararlar almak zorunda kalınacaktır. Genellikle aile üyelerinin en belirgin temsilcileri olduğu kabul edilir, ancak aile üyeleri arasındaki doğru hiyerarşiye ve hastayla ailesinin çıkar çatışmalarına ilişkin bazı zor sorular bulunmaktadır. Alternatif karar verme için üç temel ilke genellikle ayırt edilir. Bunların ilki genişletilmiş özerklik ilkesi, ikincisi hipokratçı fayda ve üçüncüsü ailenin vereceği kararın biraz yanlış olması durumunda bile kararı yok sayan sınırlı ailesel özerklik ilkesidir (Veath, 2010). Genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatı, hastanın kendi kaderini tayin hakkının en doğrudan uzantısını sunmaktadır.

## 2.2. GENİŞLETİLMİŞ ÖZERKLİK İLKESİ

Yüzyıllar boyu hekimler, hastalara yarar sağlamak ya da hastaları zarardan korumak amacıyla onların tercihlerine müdahale etme haklarının olduğu kanısındaydı. Ancak bireysel özerkliğe verilen önemdeki artışla, kişinin iradesine karşı yararını gözeten; bu tıbbi paternalizm anlayışı geri planda kalmıştır. Yalnızca hasta özerkliğine dayalı bir karar verme yaklaşımı da çare olarak görülmemektedir. Bunların yerine daha etik ve etkili bir yaklaşım, hastanın değerleri ve görüşleriyle bütünleşen bir esenliğin savunulmasıdır. Buda ancak hasta özerkliğini arttıran, paylaşım içinde bir karar verme modeliyle mümkün olmaktadır. Böyle bir modelde nihai seçenekler hastalarda bulunur; ancak hastanın hekimin yardımı ile en mantıklı kararı verebileceği kaçınılmazdır. Bu yüzden, doktor-hasta ilişkisine olan güvenin yapılandırılması ve özerkliği destekleyen hasta merkezli iletişimin benimsenmesi çok önemlidir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren Birleşik Devletler ve diğer birçok ülkedeki biyoetikçiler, doktor-hasta ilişkisinde bireysel özerkliğe vurgu yaparak toplumsal adalete doğru önemli bir geçiş yapmıştır (Harris, 2011). Her insanın özgür ve sorumlu bir birey olarak davranabilmesi ancak bugünkü özgür olamamasını yaratan ana nedenlerin ortadan kaldırılmasıyla mümkün olabilmektedir (Fromm, 2015). Sağlık alanında hastalara bu özgürlüğün tanınması ise bilgi paylaşımcı bir hasta-sağlık çalışanı iletişimine bağlıdır. Hastanın zihinsel özgürlüğünü kullanarak seçim yapabilmesi ve seçenekler arasında karşılaştırma yapabilecek bilgiye ulaşabilmesi sağlık çalışanı ile kurduğu terapötik ilişkiden geçmektedir.

Biyoetik algı özerkliğin kaybedileceği durumlar için çarenin daha fazla özerklik sağlamaktan geçtiğini vurgulamaktadır. Bunu sağlamak için hastalara sadece önerilen tedavilerin yararlarını ve risklerini anlatmayı değil aynı zamanda; hastanın duygusal ve bilişsel süreçleri için derinlemesine araştırma yapmalı, hem sağlık kurumunun kendi bilgisinde hem de bilimde durum hakkındaki belirsizlik ve sınırlamaları araştırmalı, hastaların kendi beklenti, motivasyon, inanç ve değerlerini anlamalı, “aydınlatılmış onam bireyselleştirilmeli” ve güvenilir bir sağlık hizmeti sağlayıcısı ile sürekli bir ilişkinin yer alması gerekmektedir (Geller ve ark., 1997; Schneider, 2006).

Biyoetiğin gelişiminde önemli bir kişi olan Joseph Fletcher (1972) insan olmanın göstergelerini şöyle tanımlamıştır: Özfarkındalık, özdenetim, bir gelecek duygusu, geçmiş duygusu, başkalarıyla dostça ilişki kurabilme, başkalarına ilgi gösterme, iletişim ve merak. Hastalıklar veya yaralanmalar insanların özfarkındalık ve özdenetimini dolayısıyla karar verme yetilerini kaybettiği dönemleri getirebilmektedir. Böyle durumlarda sağlık çalışanları ve hasta yakınları, hasta adına güç kararlar vermek zorunda kalmaktadır. Etik öğretiler ve yasalar, kararın yükünü taşıyanlar için, öncelikle hastanın en yüksek yararını korumayı gerektirmektedir. Hastaların karar verme yetisinin kaybolduğu zamanlara yönelik isteklerini dile getirmelerini sağlayan ve sağlık çalışanları ile hasta yakınları üzerindeki psiko-sosyal yükleri hafifletmek için kullanılan bir uygulama mevcuttur. Bu uygulama, hastanın özerkliğinin genişletilmesini desteklemekte ve hastanın alacağı sağlık hizmeti ile ilgili ileriye dönük hasta talimatı (İDHT) verebilmesini sağlamaktadır.

İleriye dönük hasta talimatının (İDHT) daha derinlemesine incelenmesi genişletilmiş özerklik etik ilkesinde yer almaktadır. Bu ilke kişinin geleceğini etkileyen eylemleri planlamayı, ileriye yönelik kararlar almayı, kişisel hedefleri belirlemeyi ve geleceğe bir yatırım yapmayı taahhüt etmektedir (Olick, 2014). Veatch (2010) genişletilmiş özerklik ilkesini şöyle açıklamaktadır: Kişinin karar verme yetisi olduğu sırada verilen bir kararın, genellikle karar verme yetisini kaybettiği zamanda geçerli olduğu kabul edilmektedir. Bu durumda kişinin kararı, karar verme yetisi olmadığı dönemi kapsayacak şekilde genişletilmiş olmaktadır. Bu tip bir ileriye dönük karar verme sürecine dayanak oluşturan ahlâk ilkesi, genişletilmiş özerklik ilkesi olarak adlandırılmaktadır.

Literatürde, kişinin ileriye dönük hasta talimatı ile uyguladığı özerklik farklı şekillerde nitelendirilmektedir: Cantor (1992) ve Rich (2002) "ileriye dönük özerklik" (prospective autonomy) olarak adlandırırken, Dresser (1994a) "gelecek odaklı özerklik" (future-oriented autonomy) olarak bahsetmektedir. Dworkin (1993) ve Dresser'in (1994b) yaptığı çalışmalarda "emsal özerklik" (precedent autonomy) olarak geçmektedir. Ayrıca Post (1995), "genişletilmiş özerklik" ve "emsal özerklik" (extended autonomy and precedent autonomy) kavramlarını eşdeğer olarak kullanmaktadır. Veatch (2010) ve Quante (2017) ise "genişletilmiş özerklik" (extended autonomy) olarak belirtmektedir.

Son otuz yıl içinde gündeme gelen genişletilmiş özerklik kavramı, daha çok bir 'negatif özgürlük' tür. Hastaların başkalarının müdahalesine karşı özgürlüklerini sağlamak veya arttırmak için önlemler ve ilkeler geliştirilmiştir. Bu, birçoğunun milliyetçi liberalizm olarak anladığı bir anlayıştır. Bu anlayış doktorun hasta için en iyi bildiği müdahaleyi reddederek, bunun yerine her bireyin kendi hayatını en iyi şekilde konumlandırabileceğini öngörmektedir. Bu özgürlük sadece zihinsel olarak yeterli olan bireyler için geçerlidir. Makul bir rasyonaliteye sahip olmayan ve yararsız bir karar vermesi olası olan hastanın bu hakkı ortadan kalkmaktadır (Coggon ve Miola, 2011).

Geçici özerkliğin aksine, genişletilmiş özerklik kavramı, kişinin kendisi için kararlar alamayacağı dönemlerdeki sağlık bakımını kontrol etmek amacıyla planlar yapmasını sağlamaktadır. Gelecekte yeterliğin kaybolabileceği durumlar karşısında bakım ve tedavinin gidişatını yönlendirmek için genişletilmiş özerklik ilkesi uygulamaya konulmaktadır. Böylece hasta, sağlık çalışanları ve yakınlarının saygı duymaları gereken ileriye dönük özerk değer ve kararlar bırakabilmektedir.

Ronald Dworkin, genişletilmiş özerkliğin ahlâki dayanağını şöyle savunmaktadır: “Hem yasal doktrinde hem de biyoetik literatüründe ki baskın eğilim, yeterliği olmayan bireylerin haklarını, yeterliği olan dönemdeki hakların bir uzantısı olarak görmek gerekmektedir. Yeterliği olmayan bireylerin haklarını, bu kişiler adına başkaları uygulamaya geçirmektedir. Genişletilmiş özerklik geçmiş isteklerin kanıtı değildir. Bilgilendirme gibi belli şartlar yerine getirildiği sürece mevcut özerk kararlarla eşit değere sahiptir. Mevcut özerklik, kişinin içinde bulunduğu süreçteki menfaatlerini ifade ederken; genişletilmiş özerklik, kişinin gelecek çıkarlarını sürdürebilmektedir” (Παντελιδάκης, 2013).

Genişletilmiş özerkliğin bir uygulaması olarak, İDHT, öngörülen kararları içermektedir. Kişisel olarak seçilmiş bir vekil ya da sağlık bakım yetkilisinin, hastanın istekleri ve en üstün yararı doğrultusunda karar verme sorumluluğunu yerine getirmesi beklenmektedir (Olick, 2014). Genişletilmiş özerklik ilkesi ileriye dönük verilen talimatlarla, yeterliği olmayan hastanın yararı üzerinde uzanan meşru bir özerklik vererek; kendi kaderini tayin etme hakkı getirmektedir. Başka bir deyişle kişi: "Tıpkı bugünkü menfaatlerini korumak için tercih yapabilecek özerkliğe sahip

olduğu gibi, yeterliği olmadığı dönemdeki tercihlerini önceden belirleyebileceği genişletilmiş özerklik hakkına da sahiptir” (Παντελιδάκης, 2013).

Özetlemek gerekirse, genişletilmiş özerklik, ileride arzulanan bir geleceği planlamak ve güvence altına almak amacıyla kararlar almak ve bu kararları yazılı olarak eyleme geçirmeye dayanan ahlâk ilkesi olarak görölmektedir. Hastanın bilincinin kapalı olduğu ya da tercihlerini iletemeyeceği döneme ilişkin kararlara ya da yaşamının sonlarına doğru verilen kararlara ilgili olarak, önceden talimatlar vererek, hastalık sürecini kendi değerleri ve istekleri doğrultusunda yönetebilmeyi sağlamaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri, bilinci kapalı olan hasta için iyi olarak düşündükleri tedavide hastanın vekilini de görmezden gelerek sürece devam etmek yerine hastanın özerkliğine son anına kadar saygı duyulabilecek bir uygulama tercih edebilirler.

### **2.2.1. Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulama Alanı Olarak İleriye Dönük Hasta Talimatı (İDHT)**

Özerkliğe saygı ilkesi kişilere saygı etiğinde önemli bir rol oynamaktadır. Kişilere duyulan saygının merkezine özerklik kavramı konulabilmektedir. Ancak, özerkliği belirgin olmayan ya da özerkliğini tam olarak kullanamayan hastaların da saygıyı hak ettiği aşıkârdır. İDHT tam da bu noktada dikkat çekmektedir. İnsanların karar verme yetisi yerinde olduğu zamanlardaki tercihlerine saygı duyulması beklenir. Karar verme yetisini kaybettikten sonra ise bu süreç daha karmaşık bir hal almaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda mevcut tıbbi durum için uygun rıza şartı aydınlatılmış onam öğretisi ile sağlanmaktadır. Yalnız hastanın bilinci yerinde değilken oluşan tıbbi durumlarda hastadan o anda rıza almak mümkün değildir. Sağlık hizmeti sunumu için önceden açıklamış olduğu isteklerinin dikkate alınmasında ise herhangi bir engel bulunmamaktadır.

Sağlık alanındaki bilim ve tekniğin gelişimi, yüksek bir yaşam kalitesi getirmekle birlikte aynı zamanda yaşamın uzatılmasını da sağlamaktadır. Böylece insanların sağlıklı daha uzun yaşama isteği yerine getirilirken, acının uzatılması ve ölümün geciktirilmesi de birçok korku ve belirsizliği beraberinde getirmektedir. Hastanın bu gelişmeleri, yaşamın uzatılması için nasıl bulduğu ve devam eden

acıların veya makineye bağılı yaşamanın ne kadar önemli olduğu kendi takdirine bırakılmalıdır (Ünver ve Kaya, 2016).

Birleşik Devletler’de herhangi bir zamanda kalıcı bitkisel hayatta olan insanların tahmini sayısı 10 ile 40 bin arasında değışmektedir. Rita Green adında bir hemşire hastalığının ardından kalıcı bitkisel hayata girdiğinde 24 yaşındaydı ve bilincine kavuşmadan 63 yaşında hayatını kaybetmiştir. Kalıcı bitkisel hayatta olan bir hastanın hiç farkındalığı olmadığı ve asla tekrar farkındalığa ulaşamayacağı belli olunca, hayatın bilinçsel olarak bir değeri kalmamaktadır (Singer, 2015).

Daha önceki yıllarda yeterliği olmayan bir hasta, hayatını kurtaracak tıbbi müdahaleyi bırakmayı tercih etse bile, paternalist doktrin hastanın önceden seçmiş olduğu isteklerini geçersiz kılan bir temel oluşturmuştur. Söz konusu temel, Yehova Şahitleri’nin dini itirazlarına rağmen, tedavi kararı veren bir sağlık hizmeti anlayışı sunmuştur. Bu kararların alınmasında, yeterliği olmayan bir hastanın vasisinin, hastanın önceki değerleri ve önceden belirttiği tercihleri yerine, tıbbi esenliğinin korunması için rehberlik etmesi etkili olmuştur (Cantor, 1993). Tıp etiğinde gelişen yeni bir yaklaşımla, tıpta geleneksel paternalistik modelin, artan bir şekilde özerkliğe ve hastanın kendi kararını kendisinin vermesine dayanan bir ilişki modeline doğru değışimi gerçekleşmiştir. Aydınlatılmış onamın yasal öğretisi hem bu değışimi hızlandırmış, hem de meydana gelmesine katkı sağlamıştır.

Hastanın rızasını önemseyen aydınlatılmış onam kavramı, hasta özerkliğinin durumsal ve aynı anda uygulanması üzerine kurulu iken, İDHT emsal veya öngörülen özerkliğe yani genişletilmiş özerkliğe dayanmaktadır. İki özerklik uygulamasının aynı ahlâki otoriteye dayanıp dayanmadığı açık bir felsefi sorundur ancak her ikisi de karar alma yetisine ve gönüllülük esasına dayanmaktadır (Jox, 2014). İDHT genişletilmiş özerkliğin uygulamaya geçirilmiş halidir. Hasta talimatının potansiyel faydaları açıktır; bireyler kişisel tercihlerini ve onurlarını ileriye dönük olarak desteklemekle kalmayıp, aynı zamanda yeterliği olmayan hasta adına nihai karar vericilere önemli bir rehberlik etmektedir. İleriye dönük bir hasta talimatı karar almada sorumlu olan temsilciye ilişkin, bakımla ilgili beyan veren kimsenin esas isteklerine ilişkin veya her iki konuda da sağlık bakım sağlayıcısına yol gösterebilmektedir. Bir sağlık bakım temsilcisi veya belirli bir temsilci olmadığında, yeterliği olmayan hastanın resmi veya gayri resmi koruyucusu olan

herhangi bir kimseye, hastanın istekleri konusunda rehberlik etmektedir. Bu rehberlik, hastalar adına terminal dönem kararlarını çevreleyen endişe, belirsizlik veya çatışmaları da hafifletebilmektedir (Cantor, 1993).

Kişinin yaşamıyla ilgili alınan kararlarda, doktor müdahalelerinin başladığı andan, devam ettiği tüm süreçte hastanın rızasına ihtiyaç duyulmaktadır. Belirleyici ve temel hak sahibi olan hastanın kendisidir. Teşhis, tedavi ve iyileştirme müdahalelerine yönelik gereklilikler, insan onuru ve özgürlüğü, yaşam hakkı ve vücut dokunulmazlığının gözetilmesi mevzuatla da desteklenmektedir.

Karar verme yetisi bulunmayan bazı hastaların, geçmişte karar verme yetenekleri mevcut olabilmektedir ve bu dönemlerde taleplerini ifade etmektedir. Karar verme yetisi olmayan hastaların bakımında yapılması gereken ilk şey, söz konusu hastanın önceden belirttiği istekleri olup olmadığının belirlenmesidir. Bu durum hasta yakınlarıyla konuşularak yürütülebilir veya bugün sıklıkla kullanılan ve daha önce de bahsedilen İDHT olarak bilinen prosedür kullanılabilir (Veatch, 2010). Olick (2014) İDHT'yi, "genellikle bir vekil tayin etmek ve geri döndürülemez hastalık veya yaralanma, yeterlik kaybı, kontrol kaybı, tıbbi müdahalelere bağımlılık, ağrı ve acı ile yaşam kalitesinin düşmesi gibi durumlarda, tedaviyi sürdürerek yaşama devam etmek veya tedavinin durdurulmasını önceden belirlemek için kullanılmaktadır" şeklinde açıklamışlardır.

İDHT'de, hastanın bilincini kaybettiği dönemde içinde bulunduğu sağlık statüsüne karşın (ağrı ve külfet belirtilerinin tedavisi, suni ve sıvı beslenmesi vb) kabul ettiği ya da reddettiği müdahalelerin (sunil solunum, antibiyotikler, kan/kan bileşenleri vb) ayrıntılı listesi, hastanın atadığı vekil bilgisi, organ bağışına karşı tutumu, ölüme yaklaşımı, tedavinin yerine ilişkin istekleri ayrıntılı olarak belirtilmektedir (Ünver ve Kaya, 2016). Kişi yararsız tedaviyi durdurma ya da hiç başlamama talimatı da verebilmektedir. Böyle bir durumda öncelikle yararsız tedavinin ne olduğunu ayırt etmek gerekmektedir. Ahlâki açıdan gerekli olduğu düşünülen yani hasta için getirdiği yükten daha fazla fayda sağlayan ve makul olarak istenen ve gerçekleştirilen tedavi olağan tedavi olarak görülmektedir. Vazgeçilmesi kabul edilebilen yani hasta için yarardan daha fazla yük getiren ve dolayısıyla istenmeyen ve zorunlu yapıda olmayan tedaviler ise olağan dışı tedaviler olarak görülmektedir. Ahlâki açıdan gerekli olmayan bu tedavilerin sınıflandırılmasında

yararsızlık, ağır yük ve orantısallık kavramları öne çıkmaktadır. Yararlı bir amaca hizmet etmeyen tedavi yararsız olarak düşünülmektedir ancak bir tedavi yararlı bir amaca hizmet ediyor olsa bile kişiler için ağır yük teşkil ediyorsa bu tedavi gözden çıkarılabilir nitelikte olabilir. Burada ayırt edilmesi gereken yarar zarar oranıdır ve hangi tedavinin dışta kalabileceğini belirlenmesinde kullanılmak üzere orantısallık kriterinin benimsenmesi talep edilmiştir (Veatch, 2010). Yararsız tedavi Türk Tabipler Birliği (2010) tarafından; “hastaya önerilen ya da durumu için mümkün olabilen tedavinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşamın niteliğine çok az katkı sağladığı, beklentilere cevap verme olasılığı taşımadığı ve makul yaşam şansı tanımadığı durumlardaki tedavi ya da uygulama olarak değerlendirilmektedir.”

İDHT, ihtiyaç duyulduğunda hastanın tedaviye karar verme sürecine katılamayabileceği varsayımına dayanarak, hastalık öncesinde tedavinin türü ve kapsamı hakkında belirttiği ifadeleri içermektedir. Yazılı veya sözlü olarak verilebilir ve genellikle kişinin adına karar verebilecek kişilerin adlarını ve hangi tedavilerin istenip istenmediğini belirtmektedir. İleriye dönük talimat hastalara, tıbbi bakımları ile ilgili haklarını önceden kullanma fırsatı tanımaktadır. Ayrıca bireylere; sağlık, hastalık ve ölümle alakalı tıbbi değerler, tutumlar ve inançlara dayalı sağlık ve tıbbi tedaviyle ilgili hedeflerini belirleme imkânı sağlamaktadır (Ekore ve ark., 2012). Kişi talimatları kendisi oluşturabileceği gibi, bir sağlık profesyoneli ile birlikte de planlayabilmektedir. Bilgi asimetrisinin olmasından dolayı ikinci durum akılcı bir talimat oluşturmak açısından önemli olabilmektedir. Atkinson (2007) İDHT'nın gelişmesini etkileyen faktörleri şöyle belirtmektedir: Toplumda sunulan sağlık hizmetlerinin gelişmesi, tedavi sürecine hasta katılımının artması, hastalık belirtileri ve tanılarıyla ilgili endişelerin artması, sağlıkta bireysel sorumluluğun öne çıkması, kontrol etme içgüdüğü ve kişisel tercihlere yapılan vurgu.

Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları aile ve hastanın istekleri arasında ciddi tartışmalar yaşayabilmektedir. Hasta talimatları bu tartışmalara bariyer olacağı gibi yararsız tedaviden kaçınıp maliyet tasarrufu da sağlayabilmektedir. Ayrıca İDHT, sağlık hizmetleri esnasında hem hasta yakınları hemde sağlık çalışanları için daha az stresli ve daha belirgin bir tedavi süreci sunmaktadır (Arenson ve ark., 1996). İDHT hastalar, akrabalar ve sağlık çalışanları arasında bir güven oylaması değildir ve hastaların artık kendileri için karar veremeyecekleri zamanlara dair alınacak bakım

ve tedavi kararını alacak olan yakınları üzerindeki yükü hafifletebilmektedir (Trachsel ve ark., 2014).

İDHT kişinin özerkliğini artık kullanamayacağı dönemde tıbbi kararlara katılanları rahatlatılabildiği gibi hastaya kendi yaşamı için daha fazla yönlendirme ve kontrol olasılığı sağlamaktadır (Quante, 2017). Post (1995) artık hastanın özerkliğinin İDHT ile genişletilmesi uygulamasının karmaşık olmasına rağmen ilke olarak doğru olduğu konusunda ortak bir biyoetik varsayım olduğunu belirtmiştir.

Tıp Enstitüsü'nün 2014 yılında yayınladığı “Amerika'da Ölmek: Kalitenin Arttırılması ve Yaşamın Sonuna Kadar Bireysel Tercihlerin Onaylanması” (Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences near the End of Life) başlıklı raporunda yaşam sonu bakımına ilişkin ( YSB-EOL/yaşam sonu bakım-end of life) 5 reform önermiştir; 1) kişi merkezli, ailesel yaşam sonu bakımının sağlanması; 2) klinisyen hasta iletişimi ve ileriye dönük bakım planını (İDBP-Advance Care Planning/ACP); 3) mesleki eğitim ve gelişim; 4) yüksek kaliteli YSB desteklemek için politikalar ve ödeme sistemleri; 5) halk eğitimi ve katılımı (Institute Of Medicine, 2014).

Bir hasta talimatı, rıza ehliyeti bulunan ve reşit olan hastanın gelecekte olası rıza ehliyetinin olmadığı durumlara ilişkin kendi yazılı açıklamasını içermektedir. Hasta talimatı kabul edilen veya yasaklanan tıbbi müdahalenin tür ve kapsamını içermektedir. Bunun içeriğinde, tüm tıbbi müdahalenin reddedilebileceği gibi, bir kısmının veya her tıbbi müdahalenin yapılmasına devam edilmesi de yazılmış olabilmektedir (Ünver ve Kaya, 2016).

### **2.2.1.1. İleriye Dönük Hasta Talimatının Türleri**

Son yıllarda biyoetik alanında popüler tartışma konusu olan İDHT, bünyesinde birçok bilgi barındırmaktadır. Pek çok ülkede hastanın kendi isteklerinin bulunduğu talimatlar ve vekil ataması yaptığı talimatlar yasal olarak kullanılmaktadır. Farklı isimlerde anılan bu talimatlar işlevsel olarak aynıdır. Kullanılan kavramların Türkçe karşılıkları üzerinde ise belli bir uzlaşma bulunmamaktadır.

İnsanların hayatlarının sonunda nasıl ve ne süreyle tedavi edilmek istedikleri bilinmemektedir. Doktorlar da bilinci kapalı hastaya sonsuz bakım yapmak amacıyla yola çıkmazlar. Ancak bir umutla başlanılan tedavi, hastanın kalp krizi geçirmesi, felç geçirmesi veya oksijenli kan dolaşımını kesen bir başka yaralanma geçirmesi sonucu başarıyı düşürebilir. Beynin büyük bölümü zarar görmüş ise her türlü tedavi sağlansa bile bilincin yeniden kurtarılması çok mümkün değildir. Bu gibi durumlarda hastanın tedavi süreciyle ilgili kararlar verilmelidir (Capron, 2009). Bu karar verme sürecine dair hastalar İDHT ile önceden isteklerini bildirebilir, kendisi için karar verici bir vekil atayabilir. Ya da doktorlar hastalar için karar verici rolünü üstlenebilir.

İDHT genel olarak yaşayan irade (living will), vekil talimatı (Proxy directive) ve birleşik talimat (combined directive) olarak üçe ayrılmaktadır (Olick 2014):

a. Yaşayan İrade (Living Will): Bu kavram Manso (2017), Simon (2014), Andorno (2009), Brown (2003) ve Cantor'un (1993) yaptığı çalışmada yaşayan irade- yaşamla ilgili karar (living will) olarak geçmektedir. Ancak Capron (2009) yaşayan iradenin doktorları ve ilgili diğer sağlık çalışanlarını belirli koşullar altında yapmaları gereken davranışa yönlendirdiği için "yönlendirme talimatı" (instruction directive) olarak adlandırmıştır. Gou ve Harstall (2004) yaşayan iradenin zaman zaman "yaşam sonu talimatı" (end-of-life instruction) veya "tedavi talimatı" (treatment directive) olarak ifade edildiğini belirtmektedir. Veatch (2010) hastanın tedaviyle ilgili doğrudan isteklerini belirttiği için "doğrudan talimat" (substantive directive) olarak adlandırmaktadır.

Yaşayan irade (living will) bireylerin gelecekte karar alma yetisinin olmadığı zamanlarda kullanılmak üzere, tedavi tercihlerini (belirli tedaviler hakkında karar vermesi veya kısıtlanmasıyla) ifade etmeleri için tasarlanmış yazılı belgeler olarak tanımlanmaktadır (Doukas, 2013). Yaşayan irade genellikle tedaviyi reddetmek için kullanıldığı düşünülmesine rağmen yapay beslenme ve solunum gibi temel destek tedavi isteklerini belirtmek için de kullanılmaktadır. Bu özellikle hastanın bireysel tercihlerinin dikkate alınmasının yasal bir zorunluluk olmadığı bazı ülkelerde oldukça önemlidir (Adorno, 2009). Genellikle ölüm sürecinde kullanılacak olan bu belgeye dair sorun ise insanların ölüm anının önceden tahmin etmelerinin çok güç olduğu ve belirgin bir talimat yazılmasının zor olmasıdır (Capron, 2009).

Yaşayan irade bir kişinin belirli bir yaşam sürecine sahip olma ya da sahip olma arzusuyla ilgili özel talimatların açıklanmasına izin vermektedir. Bireyler kalıcı olarak yeterliklerini kaybettiklerinde veya tercihlerini dile getiremediklerinde bu talimatlar uygulanmaktadır (Guo ve Harstall, 2004). Yaşayan irade birkaç açıdan önem arz etmektedir. İlki, hastanın yakınları ve doktorları karar verme yükünden kurtarmaktadır. Hastanın kararı yalnızca kendi fiziksel durumunu değil aynı zamanda evde ya da hastanede bakım sağlayacak taraflardaki maddi ve manevi yükleri etkileyeceğinden oldukça önemlidir. İkincisi, hastanın yeterliğini kaybettiği dönemde bile karar verme sürecine katılmasını sağlamaktadır. Son olarak, yaşayan iradenin varlığı sağlık hizmet sunucularının halkı yaşamı uzatan tedavilerin her zaman iyilik olarak görülmediği duygusu hakkında bilgilendirmesinde yardımcı olmuştur (Capron, 2009).

b. Sağlık Bakımında Devamlı Vekalet Yetkisi-SBDVY (“Durable/Lasting Power of Attorney for Healthcare”-DPAH, Durable/Lasting Power of Attorney-DPA): Bireylerin karar verme yetisini kaybettikleri dönemde onlar adına sağlık kararlarını vermeleri için vekil atamalarını Simon (2014), Doukas (2013), Brown (2003) ve Beauchamp ve Childress (2001) SBDVY (“DPAH/DPA”) olarak isimlendirmiştir. Veatch (2010), “vekil talimatı” (proxy directive) olarak belirtmiştir. Brauer ve ark. (2008) vekil talimatı (proxy directive) ve SBDVY (DPAH) eş kavramlar olarak belirtmişlerdir. Guo ve Harstall (2004) SBDVY’nin “sağlık bakımı için vekil atama” (mandate for health care), “atama talimatı” (appointment directive), “sağlık bakımı için vekil karar mercii” (substitute decision maker for health care) veya “kişisel talimat vekili” (personal directive agent) olarak anıldığını belirtmektedir. Capron (2009) “sağlık hizmeti vekili” (“health-care proxy”) adıyla da geçtiğini ifade etmektedir, ayrıca “atama talimatı” (appointment directive) olarakta belirtmektedir. Almanya’da bu kavram bakım yetkilendirmesi ya da bakım için temsil yetkisi (vorsorgevollmacht), İsviçre’de bakım vekâleti (vorsorgeauftrag) olarak geçmektedir (Yücel, 2018; Ünver ve Kaya, 2017).

SBDVY belgesi kişilerin karar verme yetisini kaybettiği dönemlerde doktorla iletişim kurabilecek ve sağlık bakım kararlarını verebilecek güvenilir bir kişi atamasını sağlamaktadır. Hasta yaşayan irade yazdığında vekilin asıl görevi doktorların hastanın yaşayan iradesine uygun hareket etmesini sağlamak ve

talimatları yorumlamalarında yardımcı olmaktadır. Bu yüzden SBDVY yaşayan iradenin alternatifi olarak değil, bir ek olarak kabul edilmelidir (Simon, 2014). SBDVY, hastanın değerleriyle ve tercihleriyle tutarlı bir şekilde ilgili kararlar vermede yardımcı olmak için bir vekil atar ve öngörülemeyen sağlık durumları veya mevcut tedaviler karşısında karar verme yetisi olmayan hastanın değerlerini ve tercihlerini takip etmede esneklik sağlamaktadır (Doukas, 2013). Almanya’da SBDVY’nin söz konusu olmadığı zamanlar için vasilik yetkilendirmesi kavramı gündeme gelmektedir. Hasta tarafından seçilip yetkilendirilen bir kişi yoksa vesayet mahkemesi o hasta için bir vasi atamaktadır.

Vekil talimatı, hastanın kendi adına karar veremeyeceği durumlarda kimin karar verici olarak görev yapacağını belirlemektedir. Vekil karar vericiyi belirleyen talimat özellikle en yakın akrabasının karar verici olmasını istemeyen hastalar için önem taşımaktadır. Çünkü yasal olarak kişinin en yakın akrabası karar verici konumundadır (Veatch, 2010). Bazen doktorlar tarafından SBDVY yaşayan iradeden daha yararlı görülmektedir. Bunun nedeni vekilin hastanın mevcut tıbbi durumu ışığında karar verebilmesi ve bu kararı verirken doktorun tavsiyesini alabilmesidir. Ancak uzmanlar vekil atanan belgeyle yaşayan irade belgesinin birlikte olmasını tavsiye etmektedir. Bu vekil üzerindeki yükü hafifletebilir ve zor kararlarda yol gösterici olabilir. Vekilin hastanın ne istediğini doğru şekilde aktarma oranını artırmaktadır (Capron, 2009).

Yaşayan irade belgesinde açık olmayan ifadeler ikinci bir tür İDHT olarak SBDVY’nin gelişmesine neden olmuştur ancak Sansone ve Philips’e göre SBDVY’nin yaşam destek kararları üzerindeki etkisi sınırlıdır çünkü karar veren kişi (vekil) hastanın tedavi tercihlerini bilmeyebilir. Ayrıca bazı araştırmacılar da etik ve psikolojik yük getirdiği ve ölüme neden olan karar alabilmenin ağır olduğu görüşündedir (Brown, 2003).

c. Birleşik Talimatlar (Combined Directive): Hem sağlık bakım vekili belirlemek hem de gelecek tedavi ve bakım süreçleri için yaşayan iradeyi içeren talimatlardır (Olick, 2014). İDHT kapsamlı bir türü olan birleşik talimatlar özellikle yaşam sonuna ait zor kararlar verilmesinde tek bir belgesinin yeterli olmadığı durumlarda büyük öneme sahiptir (Guo ve Harstall, 2004). Yaşayan irade ile SBDVY arasındaki fark, ilki kişinin istek ve tercihlerini belirtmesini, ikincisi ise

yeterliği olmadığı dönemdeki tıbbi karar verme sürecinde kendi adına karar verebilecek sağlık bakım vekili atamasını sağlamaktadır. Bu nedenle, bir İDHT iki yönlü bir amaca hizmet etmesini sağlamanın etkili bir yolunun, SBDVY'nin yaşayan iradeye entegre edilmesidir (Jahn Kassim ve Alias, 2017).

İDHT olarak hazırlanan belgelerde Haman (2006) bunların dışında; canlandırma yapmama talimatı (do not resuscitate orders-DNRO), yaşayan iradenin iptal edilmesi (revocation of living will) belgelerinin de olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca yaşam destek tedavilerinde doktor istekleri (Physician orders for life-sustaining treatment-POLST) bulunmaktadır (Olick, 2014). Guo ve Harstall (2004) talimatların kullanımının; kişisel tercih kullanımını arttırmak, acıyı ve ağrıyı en aza indirmek, yaşamı sürdüren tedavilerin kullanımını azaltmak ve maliyetleri düşürmek olarak dört durum için fayda sağladığını belirtmektedir.

DNR (Do-Not-Resuscitate): Genellikle İDHT'de ele alınan “yaşamı sürdüren” tedavilerin merkezi bir bileşeni olarak, DNR talimatı ile ilgili kararlar, yaşam sonu tedavi tercihlerinde önemli bir husustur (Triplett v ark., 2008). Resüsitasyonun amacı, temel yaşam desteği (TYD) ve ileri kardiyak yaşam desteği (İKYYD) ile kalp, akciğerler ve beyin gibi hayati organları canlı tutmak için bu organlara olan kan akımını sağlamaktır (Parlakgümüş ve ark., 2010). Gerek bazı durumlar için bilinen düşük başarı oranlarından dolayı gerekse tüm kardiyopulmoner arrest olgularına hatta Kardiyopulmoner Resüsitasyon'dan (KPR) sonra çok kısa bir süre hayat beklentisi olan olgular da dâhil uygulanması, KPR uygulanmaması talimatını (Do Not Resuscitate Order-DNRO) gündeme getirmiştir. KPR uygulamalarında bazı durumlarda KPR'ın boşuna bir çaba olarak nitelendirilmesi DNR protokolünü daha da kabul edilebilir kılmıştır (Kuvaki ve ark., 2014). DNR, hastanın kalbi veya solunumunun durması durumunda, herhangi bir resüsitasyon çalışması yapılmayacağını bildiren yazılı bir talimattır. Önceleri DNR talimatı hastanın vekiline verilmiş bir hak iken şimdilerse ise birçok devlette İDHT bünyesinde ve yasalarla desteklenmektedir (Haman, 2006). Literatürde KPR sonrası uzun süreli hayatta kalanların oranı %5-20 arasında değişmektedir. KPR'nin tüm hastalarda yapıp yapılmaması gerektiğine ilişkin tartışmalar sürmektedir. KPR başarısının, yalnızca nabzın düzeltilmesi, kan basıncının devamlılığı ve hastanın yoğun bakımdan taburcu edilmesine göre değil sağlıklı bir şekilde hayatını idame

ettirmesine göre belirlenmesi gerekliliğini akla getirmektedir. Örneğin, KPR ile hayatta kalan ancak yaygın nörolojik defisiti olan eve bağımlı yaşayan bir bireyde ölüm sürecinin uzatıldığı iddia edilmektedir (Parlakgümüş ve ark., 2010). Hastanın özerkliği prensibi bağlamında hem yapılan KPR müdahalesinin etkisizliği hem de katlanılacak sonuçlara göre hasta tedavi seçenekleri arasından kendi değer ve beklentilerine göre karar vermesi gerekmektedir.

### **2.2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de İleriye Dönük Hasta Talimatı**

İDHT ilk olarak yaşayan irade (living will) kavramıyla 1960’ların sonlarında Amerika’da ortaya çıkmış ve daha sonraki yıllarda Dünyada da yaygınlaşmıştır. Günümüzde İDHT Amerika’nın tüm eyaletlerinde uygulanmasının yanı sıra birçok Avrupa ülkesinde ve diğer bölgelerdeki bazı ülkelerde de yasalarla desteklenmektedir. Buna rağmen konu üzerinde ki yasal ve etik tartışmalar hâlen devam etmektedir.

İDHT, sadece klinik uygulamalarla ilgili olarak değil, aynı zamanda kültürel yorumlama ve adaptasyon için uygun bir alanın tanımlanması gereken bir politika perspektifinden yola çıkılarak da bir sorun olmaya devam etmektedir. Aynı zamanda İDHT, “Kararları kim ve kimin için?” sözünden daha genel olarak; kültürlerarası anlamlı bir değişimi test etmek için mükemmel bir durumdur. Bu temel meseleleri uluslararası ya da küresel bir perspektiften müzakere etme fırsatına sahip olmak, toplumların sosyal yapı anlayışını büyük ölçüde geliştirebilir (Andorno ve Brauer, 2010).

#### **2.2.1.2.1. İleriye Dönük Hasta Talimatına Tarihsel Bakış**

Batı dünyasında gözlenen büyük bireyselleşme ve kişisel sorumluluklara verilen değerdeki değişimle birlikte hastanın kendi kaderini belirlemesi çok daha önemli hale gelmiştir. Bazı yasal kararlar ve modern tıp etiği hasta özerkliğini doktorların hastanın esenliği için verdiği en iyi karardan üstün olduğunu vurgulamaktadır. Tıp etiğinde aydınlatılmış onam hastanın özerkliğine saygıda hâlen yaygın bir şekilde bilinen önemli bir ölçüttür. Yalnız zamanla karar verme sürecine hastanın değerlerinin dâhil edildiği, bireye özgü seçimlerin ön planda olduğu, hastanın sorumluluğunu artıran ve otoritesini güçlendiren “İleriye Dönük Hasta Talimatı”na (advance directive) (İDHT) duyulan ihtiyaç gündeme gelmiştir.

### 2.2.1.2.2. Amerika’da İleriye Dönük Hasta Talimatı

İDHT’nın kökeni “yaşayan irade” (living will) olarak adlandırılan formuna dayanmaktadır. Bu kavram ilk olarak Amerika’da 1930’lu yıllarda insan hakları hukukçusu Luis Kutner tarafından teklif edilmiştir. 1970’lerde Choice in Dying isimli grubun öncüsü olan Ötanazi Eğitim Konseyi (Euahanasia Education Council) tarafından tanıtılmaya başlanmıştır (Weatch, 2003). Kutner (1969) bir makalesinde, kişinin rıza verme kapasitesinin kaybı durumunda dikkate alınacak son istek ve vasiyetinin, ölümü durumunda izlenecek talimatları içerdiği gibi, tedaviye ilişkin tercihlerinin de yer alabileceği bir yaşayan irade belgesi belirtmektedir. Doktoru hayatı koruma görevinden muaf tutmak için kullanılan bu belgenin akıl ve özgür iradeye sahip en az iki şahit tarafından doğrulanması ve onaylanması gerektiğini de ifade etmiştir.

Kutner’in meşgul olduğu Amerika Ötanazi Topluluğu 1972’de yaşayan iradenin ilk versiyonunu bastırmıştır. Bu belge fiziksel ya da zihinsel yetersizlikten kurtulmanın mümkün olmadığı durumlarda, imza sahibini yapay araçlar ya da kahramanca önlemlerle hayatta tutmayıp ölmesine izin verilmesini belirten kısa ve nispeten basit isteklerden oluşan bir metindir. Ayrıca bu belge ölüm anını hızlandırırsa bile acı çekmeden merhametli bir son dönem için ilaç taleplerini de içermektedir (Zucker, 1999; Aktaran Simon, 2014)

1976’da Kaliforniya’da onaylanan Doğal Ölüm Yasası (Natural Death Act) yaşayan iradeyle ilgili ilk yasal düzenlemedir ve terminal dönemdeki hastanın yaşamayı reddetme hakkını güçlendirmiştir. Bu yasanın çıkmasına bazı alkol ve uyuşturucu karışımını aldıktan sonra kalıcı bitkisel hayata giren 21 yaşındaki Karen Ann Quinlan’ın davasıyla ilgili kamu tartışması sebep olmuştur. Fakat ilginç nokta, dünyadaki dikkatin hastanın yaşayan iradesinin olmadığı bir duruma yönelmesidir. Hastanın ailesinin yaşam desteğinin çekilmesini istemesi üzerine doktorlar, tedaviyi bırakmanın suç ve cinayete yol açacağı gerekçesiyle solunum cihazını kapatmayı reddetmişlerdir (Carpon, 2009). Yüksek mahkeme ise anayasal olarak korunan mahremiyet hakkının devletin hayatın korunması konusundaki yükümlülüğünden daha büyük olduğu gerekçesiyle yasal vasisi olarak babasının, tedavinin durdurulması isteğini yerine getirilmesinin makul olduğunu belirtmiştir (Simon, 2014).

1983'te Pensilvanya yaptığı düzenlemeyle sağlık bakımında devamlı vekalet yetkisi (SBDVY) (durable power of attorney for health care-DPAHC) hakkında yasa çıkaran ilk eyalet olmuştur. 1983'teki bir diğer önemli bir gelişme ise, 32 yaşındaki Nancy Cruzan'ın araba kazası sonucunda kalıcı bitkisel hayata girmesiyle başlayan süreçtir. Cruzan'ın ailesi yaşam desteğinin geri çekilmesi hakkı için mahkemeye dilekçe vermiştir. Haziran 1990'da Amerika Yüksek Mahkemesi, Missouri Yüksek Mahkemesi'nin Cruzan'ın boruyla beslenmeyi reddetme hakkının olduğunu fakat açık ve ikna edici kanıt gerektiği kararını onaylamıştır. Daha sonrasında Amerika Yüksek Mahkemesi'nin kararıyla Aralık 1990'da Cruzan'ın yaşam desteği kaldırılmıştır (Brown, 2003). Quinlan ve Cruzan davaları önemli kamu tartışmaları yaratmıştır ve hastanın kendi kaderini belirlemesini sağlayan yasal düzenlemelere temel olmuştur.

Amerika'da 1990 yılında, Hastanın Kendi Kaderini Belirlemesi Yasası (PSDA-Patient Self Determination Act) olarak adlandırılan yasa çıkarılmıştır. PSDA hastanın tedaviyi reddetme veya kabul etme hakkını yasal olarak koruyan ve devlet tarafından finanse edilen sağlık kurumlarında geçerli olan bir yasadır. Bu yasa ilgili sağlık kurumlarına şu görevleri yüklemiştir: (1) hastanın tedaviyi kabul/red ya da İDHT oluşturma gibi kanunla tanınmış haklarla ilgili tüm yetişkinlere yazılı bilgi sağlanması, (2) bireyin tıbbi kayıtlarında İDHT olup olmadığının belgelenmesi, (3) hastanın İDHT'si sahip olup olmadığına bakılmadan tedavi edilememesi ve ayrımcılık yapılmaması, (4) sağlık kurumlarının çalışanlarına ve halka İDHT ile ilgili konular hakkında eğitim sağlanması (Hunsaker ve Mann, 2013). Daha sonrasında ise toplum ruh sağlığı merkezleri yasaya dâhil edilmiş ve pek çok durumda psikiyatride İDHT verilebilmesi açıkça belirtilmiştir. Bu kanunda hastanın özerkliğini vurgulamanın yanısıra, yalnız karar vermek hakkı vermeyip aynı zamanda sağlık personeline de uygulama sorumluluğu getirmektedir (Atkinson, 2007).

Yaşayan irade kavramının gündeme geldiği ilk süreçte tek bir red kararının tüm kişilerin ihtiyaçlarını karşılayacağı ve herkesin yapmak istediğinin yalnızca tedaviyi reddetmek olduğunu varsayan bir model söz konusu olmuştur. Günümüzde ise hastaların özellikle terminal dönem ve yoğun bakım süreci dahil olmak üzere tüm tedavi süreçlerinde kişiye özgü tercihleri kapsayan bir İDHT belgesi oluşturulabilmektedir (Veatch, 2010).

İDHT ve ilgili yasal düzenlemelerin hastanın özerkliğini güçlendirdiği kaçınılmaz bir gerçektir. Ancak burada dikkat çekilmesi gereken nokta; ne hastanın kendi kaderini belirlemesini sağlayan yasalar ne de İDHT yeni bir hasta hakkı oluşturmamaktadır. Bunlar sadece her insanın zaten var olan haklarını tanımlamaktadır (Brown, 2003).

İDHT'yi aydınlatılmış onam formunun ikame edebileceği düşünülebilmektedir. Yalnız aydınlatılmış onam süreci, eş zamanlı gerçek iradeyi temsil etmektedir ve tıbbi müdahaleye ilişkin yazılı ve sözlü bir açıklamadan ibarettir. Yazılı metin okuma ve anlama şartıyla imzalandığında ise süreç bitmektedir. Hasta bazen çok açık uçlu bir onam formu da imzalayabilmektedir. Aydınlatılmış onam sürecindeki eksiklikler zaman zaman malpraktis davalarında gündeme gelmektedir. İDHT ise geleceğe dönük iradeyi temsil etmektedir ve sağlık hizmetlerinde hasta ve vekillerin özerkliğinin etik ve yasal olarak tanınmasını sağlamaktadır. Hastanın karar verme yetisi olmadığına bile kendi değerleri, hedefleri ve inançlarına göre kararlar alabilmelerine olanağı tanımaktadır.

ABD'de parlamento tarafından 1991 yılında Hastanın Kendi Kaderini Tayin Yasası'nın (Patient Self Determination Act-PSDA) onaylanmasından sonra İDHT'nin yaygınlığı giderek artmıştır. ABD'nin tüm eyaletlerinde İDHT yasalarla desteklenmektedir. 1991'de yürürlüğe giren yasayla birlikte Medicare ve Medicaid programlarının geçerli olduğu tüm sağlık kurumlarına ve bakım evlerine yetişkin insanları İDHT hakkında eğitim verme sorumluluğu yüklenmiştir. Hastalar bu yasayla sağlık bakım kararına katılım hakkı ve tıbbi veya cerrahi müdahaleyi kabul ya da reddetme ve bu hakların kullanımını yöneten sağlayıcıların politikaları hakkında bilgi alma hakkına sahip olmuştur.

Ancak eyalete göre yasalaşması nedeniyle belgelerin nasıl oluşturulduğu ve nelerin dâhil edilebileceği gibi konularda önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca İDHT taşınabilir değildir yani Ohio Toledo'daki bir kişi tarafından oluşturulan yaşayan irade 60 mil uzaklıktaki Michigan Detroit'te uygulanamamaktadır (Guin ve Winston, 2018). American Living Will Registry internet sitesinde tüm eyaletlerin yasalarla uyumlu olarak İDHT formu bulunmaktadır. Registry sistemine üye olan halka danışmanlık hizmeti sağlanmakta ve talimatlar sistemde saklanmaktadır. Yıllık

belli bir ücret karşılığında verilen bu hizmet kullanıcılara yasa değişikliklerini ve talimatlarını yenilemeleri gerektiğinde bildirim yapmaktadır.

Amerikan nüfusunda 60 yaş ve üzeri insanların 2000-2010 yılları arasında İDHT kullanım oranı incelenmiştir. 2000 yılında İDHT kullanım oranı % 47 iken 2010 yılında % 72'ye yükselerek, on yılda %25'lik artış yaşanmıştır. 2000 ve 2010 yılları sağlık bakımında devamlı vekâlet yetkisi (SBDVY) arasında her yıl yaşayan iradeden daha popüler hale gelmiştir. Ayrıca hastanede ölüm oranı %45'ten %35'e düşmüştür. Sosyo-demografik verilerin karşılaştırılmasından sonra on yıl boyunca hastanede ölümlerin azalması eğilimi İDHT kullanım oranının artmasıyla azımsanmayacak kadar ilişkili çıkmıştır (Silveria ve ark., 2014).

Ocak 2016'da Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi (Centers of Medicare and Medicaid Services) yaşamın son dönemindeki hastalar için geliştirilmiş yaşam sonu bakım ortamı yaratılmasında önemli bir adım olan Medicare Doktor Ücreti Çizelgesi'ni (Medicare Physician Fee Schedule) güncellemiştir. Güncelleme, doktorlar ve diğer uygulayıcılar tarafından Medicare yararlanıcılarına sağlanan iki ön bakım planlama hizmeti için (advance care planning) ayrı bir ödeme ve ödeme oranı oluşturmuştur; bu ödeme hemşirelik uygulamaları, doktor asistanlarını, sosyal hizmet uzmanlarını ve diğer eğitimli danışmanlık hizmetlerini içermektedir (Sonenberg ve Sepulveda-Pacsi, 2018).

ABD'de yaşayanların yaklaşık %36'sının ileriye dönük bir hasta talimatı, %29'unun yaşayan iradesi (living will), %33'ünün SBDVY bulunmaktadır ve %32'sinde herhangi bir İDHT tanımlanmamıştır. İDHT oranı hastalığı olanlarda sağlıklı yetişkinlerden daha yüksektir; en çok kronik hastalığı olanlar en az ise HIV/AIDS hastaları bir İDHT oluşturmuştur (Yadav ve ark., 2017).

ABD'de yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırma katılımcıların %73'ünün İDHT olduğu ve %28'inin talimatlarını kimseyle paylaşmadığını göstermektedir (Inoue ve ark., 2017). Gelecek için yapılan hazırlıklar, yalnızlaşma, yaşlanma ve hastalıklar İDHT'nın artmasına sebep olabilen etkenlerdir. Fakat talimatların aile ya da arkadaşla paylaşılmaması da yalnızlaşmanın daha ciddi bir getirisi olarak görülebilir. Özellikle yaşlı hastalarda daha iyi bir yaşam sonu süreci için oluşturulan

İDHT yakınlarla paylaşıldığı zaman uygulama esnasında daha güvenilir ve nitelikli bir sonuç ortaya çıkabilmektedir.

Schiffman ve Werner'in (2017) İDHT üzerine yaptığı literatür taramasında; Amerikalıların yaşayan irade (living will) hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları, ancak diğer İDHT'yi duymadıklarını ortaya koymuştur. İDHT konusu birçok ülkede nispeten yenidir. Örneğin, Brezilya'da Ağustos 2012'de Federal İdare Konseyi (Federal Council of Medicine) tarafından yaşayan iradeleri yöneten bir karar yayınlanmıştır.

ABD'de İDHT oluşturma oranı diğer ülkelere göre biraz daha yüksektir; bunun nedeni diğer ülkelere göre uygulamaya daha erken geçilmesi, ayrıca uzmanların Amerikan halkına İDHT ile ilgili eğitimler vermesinden kaynaklı olabilir. İDHT yasal hale gelse bile bunun kültüre ve toplumun değerlerine paralel şekilde uygulamaya geçirmek belli bir süreç istemektedir. Bu nedenle yasalarla destekli olan her ülkede uygulama oranı hemen yükselmeyebilir.

#### **2.2.1.2.3. Avrupa'da İleriye Dönük Hasta Talimatı**

Avusturya, Almanya, İsviçre gibi bazı Avrupa ülkeleri hastanın yaşam sonu kararlarını alabilmesi ve İDHT verebilmesi için yasalarını ve medeni kanunlarını değiştirmişlerdir. Bu durum hayat sonu kararlarının bireysel alan için özel bir konu olarak kabul edildiğini göstermektedir (Veshi ve Neitzke, 2015).

Avrupa'da İDHT 1990'ların sonlarında ve 2000'lerde yaygınlaşmaya başlamıştır. İlk olarak 1990'larda Danimarka, Hollanda ve Almanya'da yasal olarak desteklenmiştir. Ardından 2000'li yılların başlarında Büyük Britanya ve İspanya İDHT'yi yasal hale getirmiştir. Amerika'da tarihi 1960'lara uzanan hastanın kendi kaderini tayin hakkının Avrupa'da bu kadar geç yasal hale gelmesinin sebebi mahkeme kararları arasındaki farklılık olabilir. Amerika'da doktorların hasta üzerindeki karar alma yetkisi kısıtlanır ya da hastanın kendi kaderini belirleme hakkı genişletilirken; Avrupa böyle kararlar vermede gecikmiştir. Çeşitli Avrupa ülkelerinde İDHT ile ilgili mevcut yasal durum aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 2.2.1.1.3. Avrupa Ülkelerinde İDHT'nın Yasal Durumu**

Ülke	Yasal Düzenleme	Oviedo Sözleşmesini Onayladı (imzaladı)	Yaşayan İrade'in (LW) Yasal Gücü	Sağlık Bakım Vekili Atamayı Seçme Hakkı
Avusturya	Yaşayan İrade (LW) Yasası (2006)	-	Var <sup>a</sup>	Var
Belçika	Hasta Hakları Yasası; Ötanazi Yasası (2002)	-	Var	Var
Bulgaristan	-	2003	Yok	Yok
İngiltere ve Galler	Zihinsel Yetenek Yasası (2005)	-	Var <sup>a</sup>	Var
Finlandiya	Hastanın Konumu ve Hakları Yasası	2009	Var	Resmi Düzenleme Yok
Fransa	Law n <sup>o</sup> 2005-370 (2005)	2011	Yok	Var <sup>b</sup>
Almanya	Vasilik Kanununun İyileştirilmesi (2009)	-	Var	Var
Yunanistan	-	1998	Yok	Yok
Macaristan	Sağlık Bakım Yasası (1997)	2002	Var <sup>a</sup>	Var
İtalya	Yaşayan İrade (LW) Yasası (2011)	(1997)	Yok	Yok
Litvanya	-	2002	Yok	Yok
Hollanda	Hollanda Tıbbi Tedavi Sözleşmesi Yasası (1995); Hollanda Ötanazi Yasası (2002)	(1997)	Var	Var
Norveç	-	2006	Yok	Var <sup>b</sup>
Portekiz	-	2001	Yok	Yok
Sırbistan	-	2011	Yok	Var
Slovakya	-	1998	Yok	Yok
İspanya	Bölgesel Kanunlar (2000'den beri)	1999	Var <sup>a</sup>	Var
İsviçre	Yetişkinlerin Korunması Hakkında Kanun (2013)	2008	Var	Var

Tablo 2.2.1.1.3 Kaynak: Simon 2014

a Yasal olarak bağlayıcı olmak için sıkı resmi ve usule ilişkin koşulların sağlanması gerekiyor.

b Vekilin tıbbi tedaviyi reddetme yetkisi yoktur.

Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda'da da İDHT yasal olarak desteklenmektedir (Veshi ve Neitzke, 2015). Birleşik Krallık'ta, 1 Ekim 2007'de yürürlüğe giren İngiltere ve Galler Akıl Yürütme Yasası, İDHT'nin geçerliliğini ve uygulanmasını düzenlemektedir. Bu Yasası'nın amacı, yasal belirsizlikleri açıklığa kavuşturmak ve karar verme yetisini kaybetmiş bireyler adına vekil atama ve vekil karar alma konusunda mevcut kanunu değiştirmektir (Mental Capacity Act 2005, Chapter 9). Birleşik Krallık'ta yaklaşık olarak halkın %7'si İDHT oluşturmuştur (Aw ve ark., 2012).

İDHT Finlandiya'da 1992'de çıkarılan Hastaların Durumu ve Hakları Yasası (Act on the Status and Right of Patients 1992), Danimarka'da 1998'de çıkarılan Hastaların Hukuki Statüsü Yasası (Law on Patients' Legal Status 1998) ve Hollanda'da 1994'te çıkarılan Tıbbi Tedavi Sözleşmeleri Yasası (Medical Treatment Contract Act 1994) ile uygulanmaktadır. Portekiz'de, Parlamento Temmuz 2012'de Ulusal Yaşayan İrade Tescil Sicilini (National Living Will Registry) düzenlemiştir (Schiffman ve Werner, 2017). Hasta Özerkliği ve Klinik Bilgi ve Belgelerle İlgili Görev ve Sorumlulukları (Autonomy of the Patient and Rights and Duties related to Clinical Information and Documentation) düzenleyen 41/2002 sayılı İspanyol Temel Kanunu (The Spanish Basic Law 41/2002), kişilerin karar verme yetisine sahip oldukları döneme ilişkin isteklerini bildirmelerine izin vermektedir.

Hollanda'da hastanın tedaviyi red hakkının yanı sıra 2002 yılında yürürlüğe giren Ötanazi ve Yardımlı İntihar Yasası ile hekimler belirli şartlar altında hastaların yaşamlarını aktif olarak sonlandırmak için yardımcı olmaktadır. Hollanda'da hasta talimatı türleri diğer ülkelerdeki yasal düzenlemelerden biraz daha farklı olarak üç ayrı türde olduğu söylenebilir; tıbbi müdahalenin reddi yönündeki olumsuz talimat, tıbbi kararlara ilişkin temsilci tayini ve ötanazi talebini içeren talimat. Tıbbi müdahaleye rıza ve tıbbi kararlara ilişkin temsilci tayini Hollanda Medeni Kanununda düzenlenmektedir. Hastalar karar verme yetilerini kaybettikleri durumlar için ötanazi isteklerinin bulunduğu İDHT hazırlayabilirler ancak bu doktorlar için yasal olarak bağlayıcı değildir (Simon, 2014; Yücel, 2018). Hollanda'da yapılan bir araştırmada halkın %7'sinin İDHT bulunmaktadır (Van Wijmen ve ark., 2010). Başka bir araştırmada katılımcıların %76'sının İDHT konusunda bilgisi vardır. Bir talimata sahip olanların %65'inin gelişmiş ötanazi talimatı, %40'nın tedavi reddi belgesi (refusal of treatment document), %30'unun SBDVY ve %28'inin yeniden canlandırmama (DNR-Do Not Resuscitate) talimatı bulunmaktadır (Matthijs ve ark. 2010).

Alman tıp hukuku öğretisinde 90'lı yılların sonundan beri İDHT'nin bağlayıcılığı doktrin ve uygulayıcılar tarafından gittikçe artan biçimde kabul görmektedir. Almanya'da karar verme yetisi olmayan hastanın durumuna bakıldığında; tıbbi müdahalelerde İDHT ölçüdür. Temyiz veya rıza ehliyeti yoksa hastanın rızasının alınamayacağı aşikârdır ve bu yüzden bakım yetkilendirmesi veya

kanuni bir temsilcilik yetkilendirmesi (örn: yaşı küçük olanlarda) mevcutsa onların rızası alınır. Temsilcinin bu türü de mevcut değilse vesayet mahkemesi bir vasi tayin etmektedir (Ünver ve Kaya, 2017).

Alman Medeni Kanunu'nun §1901a maddesinde hasta talimatı (Patientenverfügung), §1896/2 ve §1901c maddelerinde bakım yetkilendirmesi (Vorsorgevollmacht), vesayet yetkilendirmesi (Betreuungsverfügung-Betreuungswünsche) kavramı kullanılmaktadır (Ünver ve Kaya, 2017; Yücel, 2018). Alman Yüksek Federal Mahkemesi'nin XII. Özel Hukuk Dairesi, 17 Mart 2003 tarihli ve 8 Haziran 2005 tarihli kararlarıyla doktor hasta talimatının bağlayıcılığını kabul etmiştir. 1 Eylül 2009 tarihinde hukuksal açıklık ve güvenliği dikkate alan Bakım Hakkının Değiştirilmesine İlişkin Üçüncü Kanun yürürlüğe girmiştir. Kanun koyucu, hasta talimatı kurumuyla bütün reşit vatandaşların eline, rıza ehliyetinin kaybedildiği olaylar açısından bir doktor müdahalesini veya bakım nitelikli refakati isteyip istemediği noktalarında kendi yaşamının her kademesini ihtiyatla belirleyebileceği bir araç vermiştir (Ünver ve Kaya, 2017).

Almanya'da 2012 yılında nüfusun sadece % 10'u İDHT bırakırken (Evans ve ark., 2012), sonraki birkaç yıl içinde bu oran %25'e yükselmiştir (Leder, 2015). Yükseköğrenim gören insanların % 83.3'ü yeterliklerini kaybettikleri durumlar için İDHT vasıtasıyla yaşam sonu sağlık hizmeti kararlarını vermek istemişlerdir. İDHT oranı yüksek eğitime sahip bireyler ve 65 yaş ve üzeri kişiler için daha önemli bulunmuştur. Tercih edilen ölüm yeri kişilerin kendi eviydi ve ölüm için en az tercih edilen yer ise özellikle kadınlar da hastane idi (Fegg ve ark., 2015).

2 Şubat 2016 tarihli ve 2016/87 sayılı Fransız kanunu, hastanın yaşam sonu haklarıyla ilgili 20 Nisan 2005 tarihli (Le'oneti Law olarak adlandırılan) 2005-370 sayılı kanunun bir uzantısıdır. Yeni yasa mevcut hasta haklarını güçlendirerek yenilerini eklemektedir ve İDHT'nin geçerliği, tıbbi karar verme üzerine etkileri, içeriği, kapsamı ve korunması ile ilgili çeşitli değişiklikler getirmiştir. Hekim, üç durum haricinde direktiflere uymak zorundadır: hayatı tehdit eden acil bir durum varsa, talimatlar açıkça uygunsuzsa ve hastanın tıbbi durumu ile uyumlu değilse (Aubry, 2016). Fransa'da ölümcül bir hastalığa sahip olan kişilerin %64'ü sağlık bakım vekili (health care proxy) tayin etmiş, %6'sı kendi isteklerini belirten İDHT oluşturmuştur, %8'i ise dini bir temsilci ile görüşmek istemiştir. Sağlık hizmeti vekili

atayan kişilerin çoğunluğu yaşlı kimselerdir. Buradan sağlık çalışanları, akrabalar ve doktor ile hasta ilişkisinin özellikle yaşam sonu kararlarında oldukça önemli olduğu anlaşılmaktadır (Trarieux-Signol ve ark., 2014).

Veshi ve Neitzke (2015) incelediği Almanca ve İngilizce konuşan ülkelerde hastanın hayat sonu kararları özel bir konu olarak kabul edilmektedir ve yasalarla açıkça tanımlanmamış durumlarda mahkeme kararına gerek duyulmaktadır. Örneğin İngiltere’de yalnızca hastanın en iyi çıkarına ilişkin bir çatışma olduğu zaman mahkeme kararına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastanın en iyi çıkarı kavramı Birleşik Krallık’ta hastaların geçmiş ve şimdiki arzusu veya duyguları anlamına gelmektedir. Almanya’da Vasilik Mahkemesi yalnızca yasal vasiinin rızası reddi ve reddin iptal edilmesi konularında vasi ve doktor arasında anlaşmazlık olduğu zaman karar vermek zorundadır.

İsviçre Medeni Kanunu’nda 360. madde de bakım vekâleti (Vorsorgeauftrag) ve 370. madde de hasta talimatı (Patientenverfügung) kavramları kullanılmaktadır. Danimarka Sağlık Kanunu §26’da yaşam vasiyeti (Livstestamente) kavramı yer almaktadır. Hasta talimatlarıyla ilgili 2007’de bir yönetmelik çıkarılmıştır, 2012’de bu yönetmeliğin uygulanması amacıyla özellikle hekimlerin hasta talimatlarıyla ilgili yükümlülüklerini açıklamak üzere bir yönetmelik daha çıkarılmıştır. Avusturya Hasta Talimatları Hakkında Fedaral Yasada kişilerin kanunda belirtilmeyen başka hususlara da talimatta yer verebileceği, özellikle güvenilen belirli bir kişiyi tayin edebileceği, güvenilen kişiye belirli bir kişiyle iletişim kurulmaması ya da belirli bir kişiye bilgi verilmesi yönünde talimat verilebileceği belirtilmektedir (Yücel, 2018).

Veshi ve Neitzke’nin (2015) on Avrupa ülkesinde İDHT yasal ve etik yönünü incelediği çalışmada İtalyan parlamentosunun en paternalist yaklaşımı benimsediği ortaya konmuştur. Avusturya, Almanya ve İsviçre’de hastanın kendi kaderini tayin hakkına önem verildiği ve desteklendiği, İtalya, Fransa, Portekiz ve İspanya’da hasta özerkliği olmasına rağmen hekim merkezli bir yaklaşım benimsendiği vurgulanmıştır. İncelenen tüm Batı Avrupa ülkeleri, hastanın kendi kaderini tayin hakkını tanımışlardır. Yine de, Romanca konuşan ülkelerdeki ulusal parlamentolar doktor-merkezli bir yaklaşımı benimsemişlerdir, çünkü bu ülkelerde doktorlar hastaları korumak için daha yüksek yükümlülüklere sahiptir. İngiltere’de ve Almanya’da ulusal yasalar hekimin kararlarına güvenmez ve bu gücü tıbbi olarak

tarafsız kişilere verir. Bu ülkeler hasta özerkliğini, geçmişte paternalizm için eleştirilmiş olan hekimlerin çıkarlarına karşı korumanın en iyi yolu saymaktadır. İncelenen ülkeler arasında Alman parlamentosu en liberal yaklaşımı benimsemiştir ve bunu İngiltere, İspanya ve Fransa izlemektedir.

#### **2.2.1.2.4. Diğer Dünya Ülkelerinde İleriye Dönük Hasta Talimatı**

Kanada’da karar verme yetisinin olmadığı dönemlerde birey adına SBDVY atayabilmek için 1992 Vekil Karar Yasası (Substitute Decisions Act) çıkmıştır. Sağlık bakım vekilinin belirlendiği formda kişi ayrıca kendi isteklerini de iletebilmektedir. SBDVY atayabilmek için ise en az 16 yaşında ve zihinsel yeterliğe sahip olmak gerekmektedir (Ministry of the Attorney General Ontario, 2016).

Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü (Canadian Institute for Health Information) ve Sürekli Bakım Rapor Sistemi (Continuing Care Reporting System/CCRS) üzerinde depolanan uzun dönem bakımına ilişkiler veriler incelenmiştir. Kanada’da uzun dönem bakımı alan kişilerin %76’sı DNR talimatına sahiptir ve bu talimatlar birey hastaneye kaldırılmadan önce oluşturulmuştur. Uzun dönem bakım evinde kalanların ise %21’i hastaneye kaldırılmama (do-not-hospitalize/ DHN) talimatı vermiştir (Perry ve Lawand, 2017).

Tayvan palyatif bakımda Asya’da bir lider olmuştur ve 2015 yılında PSDA (Patient Self Determination Act) yasasını kabul etmiştir. Bu yasaya göre hastalar son dönem yaşam destek tedavilerine ilişkin İDHT oluşturabilmektedir. Tapei Şehir Hastanesinde yapılan çalışmada İDHT oluşturulması için iletişim kurulan yaşlı hastaların %78’i İDHT oluşturmuştur. Hastaların ölümünden sonra veriler incelenmiştir. İDHT olan hastalarda yaşam sonu destek tedavisi alma olasılığı daha düşük çıkmıştır (Yen ve ark., 2017).

Avustralya’da sekiz farklı yargı alanından altısında İDHT oluşturma yasal bir hak olarak tanınmaktadır. Avustralya’da İDHT karar verme yetisine sahip yetişkinler ile aile ve sağlık çalışanları arasında bakım hedefleri hakkında konuşmaları içeren daha geniş bir süreç olan ileriye dönük bakım planının (IDBP-Advance Care Planning/ACP) yalnızca bir parçasıdır ve Avustralya nüfusunun %14’ünde İDHT bulunmaktadır (White ve ark., 2014).

Avustralya'da, önceden belirlenmiş sağlık yönergelerini düzenleyen yasalar, Avustralya Başkent Bölgesi (Medical Treatment Act 1994 (ACT)), Kuzey Bölgesi, Natural Death Act 1988 (NT), Queensland Powers of Attorney Act 1998 (Qld), Güney Avustralya (Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995) ve Victoria Medical Treatment Act 1988 (Vic) olmak üzere altı Avustralya yargısında yürürlüğe girmiştir (Willmott, 2006). Avustralya Başkenti Bölgesi'nde ve Güney Avustralya'da Tıbbi Tedavi ve Palyatif Bakım Yasası 1995 Kabulü ile kişi hayatını sürdüren tedaviyi reddetmek de dâhil olmak üzere tedavi kararlarını vermek için bir vekil atayabilmektedir. Güney Avustralya Yasası ve Northern Territory'deki 1988 tarihli Doğal Ölüm Yasası da, kişinin iletişim kurma yeteneğini yitirmesi durumunda tedaviye ilişkin bir talimatın yapılmasına izin vermektedir (Capron, 2009).

Çinde ise bir kişinin kendi tedavisi hakkında daha önceden verdiği talimatlara uyma zorunluluğu yoktur. Ayrıca sağlık bakım vekili ile ilgili yasadaki uyumsuzluklar bulunmaktadır (Willmott ve ark., 2017).

Malezya'da İDHT'na yönelik belirli bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Genel ifade, Malezya Tabipleri Birliği'nin Tıbbi Etik Kurallarının II. Bölümü'nün 5. Maddesinde (Clause 5 of Section II of the Code of Medical Ethics of the Malaysian Medical Association (CME)) belirtilmiştir. Bu durum, ölmekte olan bir hastadan, her zaman İDHT ve bu konuda ailenin isteklerinin alınması gerektiğini belirtmektedir (Jahn Kassim ve Alies, 2017).

2005 yılında İsrail parlamentosu Ölüm Sürecinde Olan Hasta Yasası'nı (Dying Patient Law) çıkarmıştır. Kanun ölüm sürecinde olan hastanın kendi kaderini belirleyebilmesi için İDHT oluşturma hakkını vermektedir. Birey İDHT oluşturarak terminal hastalık durumunda almak istediği tedavileri belirleyebilmektedir. Birçok ülkeden farklı olarak doktor hastanın talimatını uygun bulmamış olsa bile hastanın isteklerine uyulmaktadır. Tüm İDHT Sağlık Bakanlığı'nda bilgisayarlı bir merkezde onaylanmış ve depolanmıştır. Böylece hastaneler merkezle iletişime geçebilir ve belirli İDHT'larını doğrulayabilmektedir (Shvartzman ve ark., 2015).

#### **2.2.1.2.5. Türkiye'de İleriye Dönük Hasta Talimatı**

Tıbbi tedavi sürecinde hastanın özerkliğini koruyucu uygulama rıza şartının aranmasıdır. Türkiye mevzuatı gereği tıbbi müdahale hastanın rızası bağlamında şu

koşullara bağlıdır; müdahale için tıbbi gereklilikler olmalı, tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilmeli ve aydınlatılmalı, hasta karar verme yeteneğine sahip ve tıbbi müdahaleye rıza göstermiş olmalıdır. Hasta yeterliğini (rıza ehliyetini) kaybettiği durumlarda ise velisi ya da vasisinden izin alınır. Onların olmadığı durumlarda ise bu şart aranmamaktadır (HHY madde12-22-25-31).

İDHT hastanın yeterliğini kaybettiği dönemlerde büyük önem kazanan bir uygulama olmasından dolayı öncelikle yeterlik kavramının neyi ifade ettiği anlamak gerekmektedir. HHY madde 4'te yeterlik kavramının tanımı yapılmıştır. Bu durum oluşabilecek karışıklıklara açıklık getirmektedir. Türkiye mevzuatına bakıldığında doğrudan İDHT'nın bahsedildiği bir düzenleme bulunmamaktadır. Ancak HHY madde 24'te geçen "Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak *önceden açıklamış olduğu istekleri* göz önüne alınır. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir." ibaresi kişilerin İDHT oluşturmasına açık kapı bırakmaktadır.

İDHT temelini genişletilmiş özerklik ilkesi oluşturmaktadır. Hastanın özerkliği ise kişinin kendi kaderini tayin hakkını ifade etmektedir. Bu bağlamda T.C Anayasası madde 12 ve 17, Medeni Kanun madde 23 hasta özerkliğini destekler niteliktedir. E-nabız genelgesiyle kişilerin kendi sağlık durumlarını yönetebilmeleri hedeflenmiştir. Hastanın karar vericiliğine ve özerkliğine duyulan saygı gösterilmiştir. Bu madde hastanın özerkliğini daha iyi kullanmasına, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki asimetrik bilginin kırılmasına kapı açmaktadır. İDHT hastanın en üstün yararının kendi kararları dâhilinde gelişebileceği ve hastanın yalnızca tıbbi yönden değil bir bütün olarak esenliğine odaklandığı düşünülürse HHY madde 5 ile ortak bir paydası olduğu görülmektedir.

İDHT en çok bahsi geçen konulardan olan tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme hakkı HHY madde 25'te belirtilmiştir. Talimat formunda bulunan diğer bilgilerden biri olan organ ve doku nakli; Organ ve Doku Nakli Kanunu ile yasal hale gelmiştir. Madde 14'te organ ve doku nakli bilgisi olmadığı durumda hastanın velisinin/vasisinin rızasıyla hareket edildiği geçmektedir ve bununla hastanın vekiline ağır sorumluluk yüklenmektedir.

Mevzuat incelendiğinde SBDVY ya da Alman hukukunda geçtiği şekliyle bakım yetkilendirmesi ve sağlık bakım yetkilisi oluşturmasını destekleyen düzenlemeler bulunmaktadır. Bunlar: HHY madde 24-25, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge madde 16, Tıbbi Cihaz ve Klinik Araştırmalar Yönetmeliği madde 9, Organ ve Doku Nakli madde 14 olarak belirtilebilir. Diğer yandan İDHT dikkat çeken DNR talimatına yönelik. Türkiye mevzuatında özel bir hüküm bulunmamaktadır. HHY madde 13'te ötenazi yasaktır ifadesi yer almaktadır.

Türkiye'de İDHT'na örnek verilebilecek bir olay geçtiğimiz yıl Antalya'da görülmüştür. Antalya'da Yehova Şahidi bir hasta şahitlerle birlikte 'operasyon öncesi ve sırasında ölüm riski bile olsa kan transfüzyonu yapılmayacağına dair' yazılı belge imzalamıştı. Bunun sonucunda hastaya kan verilmeden böbrek nakli gerçekleştirilmiştir (<http://www.hurriyet.com.tr> 07.10.2017).

Türkiye'de 2015 yılında kurumlar arası işbirliği ile Tıbbi Vasiyet Çalıştayı düzenlenmiştir. Bu çalıştayda ilgili alanlardaki kişiler bir araya getirilerek konu tartışılmıştır. Hukuken, Türkiye'nin imzaladığı uluslararası sözleşmelere rağmen yasal düzenlemeler gerektiği gözlenmiştir. Ancak, hukukun değişmesi de hasta ve hasta yakınlarının yani halkın, konuyu yeterince anlaması, özümsemesi ve ihtiyaç duyması ile ilgilidir. Çalıştay sonunda katedilmesi gereken uzun bir yol olduğu, toplumun bu konuda geleneksel, sosyal ve psikolojik olarak hazırlanması için, faydasız tedavilerle acısız ve yaşam süresi gereksiz olarak uzatılan insanların ve ailelerin sayısının artması ile daha tartışılır hale geleceği öngörülmüştür (Akçiçek ve ark., 2017).

### **2.2.1.3. İleriye Dönük Hasta Talimatına Yönelik Etik Sorunlar ve Uygulama Zorlukları**

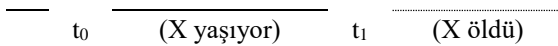
Tıp etiği alanında güncel tartışma konusu olan genişletilmiş özerklik ilkesinin doğurduğu her başlık farklı bir tartışmayı gündeme getirmektedir. İDHT ile uygulamaya konulan genişletilmiş özerklik ilkesi, bilgilendirilmiş onam sürecindeki tartışmalı konulardan birçoğunu içerdiği gibi talimatların oluşum şekli, anlaşılabilirliği, kişilik tartışmaları, kişinin yeterliğinin olup olmadığı ve çıkarlarının nasıl korunduğu, yasalarla uyumu gibi pek çok konuda farklı görüş bulunmaktadır.

Genişletilmiş özerklik ilkesinin benimsenmesindeki en temel nokta hastanın kişisel değerlerine bağlı olarak en üstün yararının korunmasıdır. Derin tartışmaların yapıldığı nokta da burasıdır.

İDHT kullanılmasına yönelik en etkili felsefi argüman insanın “önemli/eleştirel çıkar” (critical interests) ve “deneyimsel çıkar” (experiential interests) olarak iki tür çıkarı arasında ayırım yapan Dworkin’in (1993) çalışmasından kaynaklanmaktadır. Deneyimsel çıkarlar ortak, günlük deneyimlerdir ve kendilerine ait herhangi bir içsel değer taşımazlar, insanlar tarafından acı veya zevk verici olarak görülürler. Eleştirel/önemli çıkarlar, insanın hayatına yön veren değerler, inançlar seçimler ve kalıplara göre yaşamın değerinin nasıl algılandığına yönelik önemli ilgi alanlarıdır (Dworkin, 1993) . Bu ayırım yeterliğini kaybetmiş bir hasta için oldukça önemlidir. Eleştirel çıkarlar bilinci kapalı, az düzeyde bilinci yerinde veya ileri düzey Alzheimer hastalığından muzdarip biri gibi, yeterliği olmayan kişilerin çıkarlarının korunmasında karmaşık problemlerle ilgilidir. Ancak kişiye zevk ya da acı veren deneyimsel çıkarları da söz konusu olabilir (Capron, 2009).

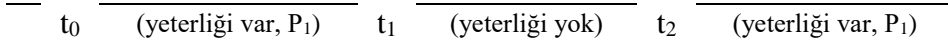
Alzheimer hastalığı veya geri dönüşümsüz demans hastalıklarında İDHT uygulanabilirliği büyük tartışma konusu olmuştur. Quante (2017) bunlara saygı gösterilmesi gerektiğini savunarak özerklik ve yeterliğin kaybı durumundaki kişilik tartışmalarında bireyin yeterliği ve kişiliği ile İDHT’nin farklı şekillerde ilişkili olduğu dört durum ortaya koymuştur. Bu tartışmalarda hastaların karar aldığı dönemde kişilik sahibi ve yeterliğinin olduğu varsayılmaktadır. Bu durumlarda X (X kişi olarak değerlendirildiğinde) özerk kararlar verebildiği bir noktada ( $t_0$ ) İDHT oluşturmuştur. Oluşturulan İDHT şuanla ( $t_1$ ) ilgilidir.

#### Birinci Durum



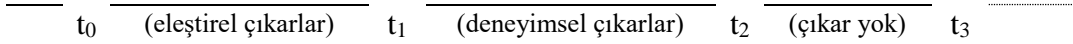
Buradaki İDHT kişinin ölümünden sonra organ bağışında bulunma iznini temsil etmektedir. Bireyin ölümünden sonra kalıcılığının/sürekliliğinin ve yeterliliğinin devam etmediği düşünülürse önemli bir genişletilmiş özerklik örneği sunmaktadır. Bu durum kişiliğin kalıcılığının İDHT uygulanabilmesinde etik bir gereklilik olmadığını göstermektedir.

## İkinci Durum



Kişi yeterliğe sahip olduğu dönemde (t<sub>0</sub>-t<sub>1</sub>) İDHT hazırlamıştır. Yeterliğini kaybettiği dönemde uygulanacak müdahale ile yeterliğini kazanacağı kesin olarak bilinmektedir ve kişilik özellikleri de aynı kalacaktır. Bu durumda bazen İDHT bağlayıcı olmadığı düşünülmektedir. Çünkü genellikle talimatlara ‘mevcut kişiliğin onarılamaz olması veya yeterliğin geri döndürülemez olduğu durumlarda geçerlidir’ şeklinde madde eklenmektedir. Bu yüzden talimatlar açık ve anlaşılır şekilde hazırlanmadır.

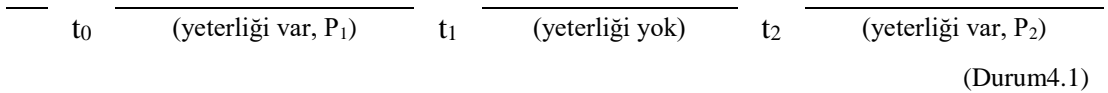
## Üçüncü Durum



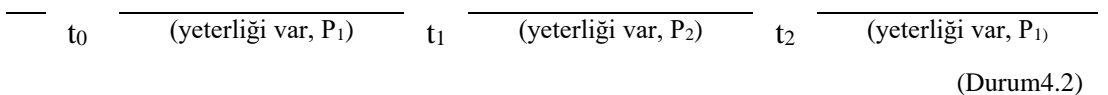
Bu durumda bir birey kişiliğini ve yeterliğini kalıcı olarak kaybettiği alzheimer ve diğer demans durumlarında üç aşama oluşmaktadır: X’in yeterliği olduğu ve eleştirel çıkarlarının olduğu aşama, yalnızca deneyimsel çıkarlarının olduğu aşama ve artık çıkarının olmadığı son aşama. Bu durumda hastalık geri döndürülemezdir ve belirleyici soru şöyledir: kişinin t<sub>0</sub>-t<sub>1</sub> aralığında oluşturduğu ve deneyimsel çıkarları olduğu dönemdeki tıbbi uygulamaları yasakladığı bir İDHT uygulanmaya konmalı mı? İDHT belgelenmiş olan hastanın genişletilmiş özerkliğine saygı gösterilmeli ve acı ve ağrı çekmesine rağmen tıbbi müdahale yapılmamalı mıdır?

## Dördüncü Durum

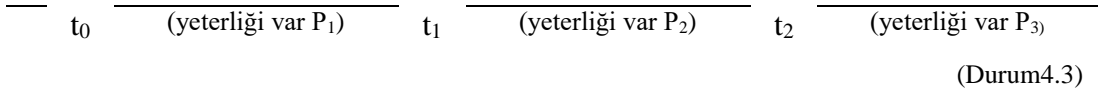
Bu durum kişilik değişiklikleriyle karakterizedir ve üç alt türü bulunmaktadır.



Hasta t<sub>1</sub>-t<sub>2</sub> dönemi için tıbbi müdahaleleri yasaklayan İDHT oluşturursa, özerk kararına saygı duyulmalı mı? veya reddetmeli mi? çünkü t<sub>2</sub> den sonraki dönemde farklı bir kişiliğe sahiptir.



Birey  $t_0$ - $t_1$  döneminde kişilik değişikliği sırasında eski kişiliğinin onarılması talimatını vermiştir,  $t_1$ - $t_2$  aralığında ise tıbbi tedaviyi reddettiğini belirten ve önceki talimatın iptal edilmesine dair İDHT vermiştir. Burada hangi karara uyulması gerekmektedir?



Bireyde tıbbi işlemler sonucu büyük kişilik değişikliği oluşmaktadır. Böyle durumda İDHT durumu ne olacaktır? Genişletilmiş özerklik boyutunu sınırlamak ve Alzheimer veya diğer demans hastalıklarında İDHT ahlâki geçersizliğini ispatlamak için oluşturulan argümanlardan ilk ikisi İDHT geçersiz kılmak için güçlü değildir fakat üçüncü argüman da durum farklı olabilir. İnsanların nasıl tedavi edilmesi gerektiğine dair inançlarımızın çoğunu anlamak için deneyimsel ve eleştirel çıkarları ayırt etmeye ihtiyacımız vardır. Örneğin uyuşturucu ve benzeri maddelerin kişilere uzun süren zevk vermesine rağmen neden zararlı olduğunu düşündüğümüzü açıklamak için buna ihtiyacımız vardır (Dworkin, 1993).

Cantor (1992) İDHT ile özerkliğin genişletilmesine dair bazı ahlâki konular ortaya koymaktadır. Birincisi, yeterliğe sahip olamayan kişilerin gerçek menfaatleri nelerdir? Bu çıkarlar, yeterliğini kaybeden hastanın yaşadığı eş zamanlı yararlar ve zararlarla sınırlı mıdır? Alternatif olarak, hastanın çıkarları, önceden tanımlanmış onur kırıcı bir statünün uzatılması veya yakınlarına dayatılan yük ve acı gibi hasta tarafından artık hissedilemeyen unsurları kapsar mı? Bir kişi yeterliğini kaybettiğinde, daha önceden ifade edilmiş kişisel değerlerin ihlalini anlamayacak veya değerlendiremeyeceği göz önüne alındığında, gelecek odaklı özerkliğin ahlâki boyutu nedir?

Dworkin (1993) özerkliğe saygı gösterilecekse, kişilerin eleştirel çıkarlarına saygı gösterilmesini, çünkü bunların bir kişinin hayatının önemli temel değerleri olduğunu belirtmektedir. Bazı araştırmacılar bu görüşün sebep olduğu pratik sonucu reddetmektedir. Bazı yorumcular da çeşitli açılardan itiraz etmektedir. İlk olarak, kalıcı bitkisel hayattaki bir hasta için karar vermede İDHT kullanılmasının uygun olmadığını ileri sürmüşlerdir. Çünkü hastanın artık talimat verdikleri esnada ki kişi olmadığı “yeni bir kişi” olduğu ileri sürülmektedir. Bu yüzden mevcut talimata göre tedavi etmek daha önce bu bedene sahip olan kişinin isteklerinin uygulandığını

göstermektedir. Kişilikteki bu süreksizlik İDHT uygulanamaz hale getirmektedir (Capron, 2009). Bir diğeri ise bireyler karar verme yetisini kaybettikleri döneme ait bilinçli karar vermede yetersiz kalmaktadır çünkü insanlar gelecekte sağlık durumlarının neler olabileceğinin farkında değildir ve tıbbi tercihleri tam olarak anlama yeteneğine sahip değildirler (Schneider, 2006). Kişinin kendini karar verme yetisini kaybetmiş bir durumda düşünmesi gerçekten de zordur. Süreçler hakkında yeterli tıbbi bilgiye sahip olmayan kişilerin yaptığı seçimlerde düşündürücü olacaktır.

Dresser (1995) eleştirel çıkarların merkezileştirilmesine karşı çıkararak demansa giren hastanın deneyimsel çıkarlarının daha önemli olduğunu işaret etmektedir. Capron'a göre (2009) kalıcı olarak bilinci kapalı hastanın insan onuruna yakışır bir tedaviden başka herhangi bir çıkarının olup olmadığı sorgulanırsa; böyle hastalar bilinç duygularından yoksun olduklarından, onların deneyimsel çıkarlarına önem vermek mantıksızdır, bu da eleştirel çıkarlarının tespit edilmesini gündeme getirmektedir.

Filozof Derek Parfit (1984) kişisel kimlikten bahsederek, psikolojik süreklilik derecesi belirli bir minimum seviyenin altına düştüğünde, kişinin kimliğinin bozulduğu ve artık "aynı kişiden" söz edilemediğini savunmaktadır. Bu sava göre İDHT uygulandığında, sağlıklı zamanlarda oluşturulan bir talimatın, hastalıktan dolayı kişilik değişikliği yaşamış "başka birine" uygulanabileceği anlamına gelmektedir. Buchanan ve Brock (1989), Parfit'in aksine, kişisel kimliğin süreksizliğinden bahsederek bazı nörolojik hasarların şiddetli olduğu ve hastayı bir kişi olarak bile konuşamayacağını varsayıldığını ileri sürmektedir. Simon (2014) ise bu sınır geçilmediği sürece, İDHT'nin aynı kişinin çıkarlarını temsil ettiğini düşünmektedir. Ayrıca sınır geçilse bile İDHT, farklı bireyler olarak kabul edilenler arasında samimi bir ilişki kurulması nedeniyle belli bir yetkiyi korumaktadır.

Yapılan ve kaçınılan eylemin ölümle sonuçlanması arasında ahlâki açıdan fark olduğunu düşünen sav özerklik ve aydınlatılmış onam temeline dayalı bir argümana dayandırılmaktadır. Hastanın ya da vekilinin talebi üzerine kişinin ölmesine izin vermek her zaman için özerkliğe saygı ilkesinin gereğidir. Bunun tersine; özerkliğe saygı ilkesi hiçbir zaman hastayı öldürmeyi gerektirmemektedir. Özerklik kavramı başkalarının yaşam planlarına müdahale etmemeyi gerektiren bir

etik ilkedir ve kişinin bu planlarını kolaylaştırmasını gerektirmemektedir. Burada özerklik kavramı ile negatif hak gündeme gelmektedir, ancak kişinin bu planlarını gerçekleştirecek hizmet ya da kaynaklara erişmesini sağlayacak pozitif hak doğurmamaktadır (Veatch, 2010). Bu yüzden İDHT'nin gönüllü ötanaziyi haklı çıkarıp çıkarmadığına yönelik etik görüşler mevcut tartışma konularından biridir (Quante, 2017).

İDHT ile ilgili başka bir tartışma konusu ise, ne zaman uygulamaya konulacağıdır. Örneğin ölümcül hastalık sürecinde karşılaşılabilecek pek çok durum vardır, terminal dönem olarak ifade edilen sürecin ise tespit edilmesi çoğu zaman zordur (Capron, 2009). Genel görüş talimatların hasta yalnızca terminal dönemde ve ölüm sürecinde olduğunda uygulamaya konmasıdır. Ancak hasta tedaviye rağmen zaten ölecekse yaşamı uzatmak için alınacak önlemlere geç kalınmış demektir. Bundan başka gündeme gelen sorular; Hasta terminal dönemde değil de kalıcı bitkisel hayatta olduğunda talimatlar uygulanmalı mıdır? Hasta ölüm sürecinde ya da bitkisel hayatta olmadığı durumlarda talimatlar geçerli olacak mıdır? Ya da hastanın karar verme yetisini kaybettiği durumda (taniya bağlı olarak) vekil istediği zamanda İDHT uygulamaya konmalı mıdır? şeklindedir (Veatch, 2010).

Bir başka sorun da, hastaların her zaman reddetmiş oldukları şey hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve dolayısıyla bu durumun İDHT'nin geçersiz kılacak bir risk olmasıdır (Shaw, 2012). Hastalar isteklerine saygı duyulacağından emin olmak istemektedirler ve hekimler, hastanın isteklerine uymalarının kendileri için olumsuz sonuçlar doğurmayacağı konusunda bilgi sahibi olmayı istemektedir. Her ikisi de önceden verilen talimatların yetkisinin yasal şartlarına ve koşullarına bağlı bulunmaktadır (Simon, 2014).

İDHT uygulanabilirliğinde önemli bir faktör kültür ve din ögesidir. Yakın zamana kadar Müslüman aileler bir arada yaşar ve ölene kadar ebeveynleri ile çocuklar ilgilenirdi. Şimdilerde aile üyeleri farklı şehirlerde yaşamakta ve özellikle engelli ve kronik rahatsızlığı olan ebeveynin bakımına ayrılan süre daha az olmaktadır. Kronik hastalığı olan birçok kişi son dönemlerini hastanelerde geçirmektedir. İDHT kişilerin hastaneye sevk edilmeden uygun palyatif bakım ya da evde bakım almaları için önemlidir. Dinin bazı özel tıbbi durumlarda tedaviyi reddetme ve tedaviden çekilmeye izin verdiği konusunda halk bilgilendirilerek

talimat oluşturmaya teşvik edilebilir. Bunun için tıbbi tedavinin yararsızlığına inanan ve palyatif bakım onen sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasındaki iletişim önemli rol oynamaktadır (Jahdali ve ark., 2012).

### 2.2.2. İDHT İçeriği ve Uygulanabilirliği

Sağlık hizmeti sunumu esnasında İDHT'ye başvurmayı gerektiren süreci kısaca anlatmak konuyu daha net kavramayı sağlayacaktır. İDHT hastanın özerkliği temeline dayalı olarak ortaya çıkmıştır. Tıp etiğinde hasta özerkliği ilk olarak aydınlatılmış onam öğretisi ile kendini göstermiştir ve hastanın tıbbi müdahaleye tabi tutulabilmesi için rıza şartı aranmaktadır. Hasta karar verme yetisine sahip ise kendi istekleri doğrultusunda karar verebilmektedir. Karar verme yetisini kaybettiği durumlarda ise öncelikli olarak kişinin İDHT'si olup olmadığı kontrol edilmektedir. Eğer bir yaşayan irade oluşturulmuş ise oradaki istekleri göz önüne alınmaktadır. Bununla birlikte SBDVY'de oluşturmuş ise sağlık hizmetini belirleyebilmek için hem yaşayan iradeye hem de vekilin tavsiyelerine dayanarak karar verilmektedir. Eğer yalnızca SBDVY varsa hastanın vekilinin/vasisinin/yakınının rızası ya da kararına ihtiyaç duyulmaktadır. Hiçbir İDHT bulunmadığı zamanlarda ise bazı ülkelerde hasta için mahkeme kararıyla bir vasi atanmaktadır. Böyle bir yasanın olmadığı ülkelerde ise genel olarak hastanın yakınlarına ya da doktoruna önceden söyledikleri düşünülerek hastanın varsayılan isteklerine göre karar verilmektedir. Hastanın gerçek istekleri İDHT'sinde yer almaktadır. Ancak eğer talimat metninde yer almayan bir durumla karşılaşılırsa o zaman vasi hastanın daha önceki beyanlarını (varsayılan onam) göz önüne alarak karar vermektedir. Eğer hasta tamamen bilincini yitirmemiş ise hem vasi hem doktor, rıza aranan müdahaleye karşı hastanın zımni onamına (bakış, mimik vs.) dikkat etmelidirler.

İDHT'yi kimlerin hazırlayabileceğine dair birçok farklı fikir gündeme gelmiştir. Bu konuda; mental hastalıklı bireyler, diyaliz gerektiren böbrek hastaları, akciğer rehabilitasyonu gerektiren hastalar, kardiyak bakım gerektiren hastalar, acil serviste bulunan hastalar, karar verme kapasitesi sorgulanabilen hastalar, ALS (amyotrophic lateral sclerosis) hastaları, AIDS'li hastalar, hospise izin veren hastalar, ciddi bir hastalığı olan bireyler gibi ayrımlar getirilmiştir (Brown 2003). Yalnız günümüzde böyle sınırlamalar yapmaksızın, reşit ve yeterliğe sahip olan her birey İDHT oluşturulabilmektedir. Kişi talimat belgesini tek başına oluşturabilir, yardımcı

bir kurum, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve doktordan yardım alarak da oluşturabilmektedir. İDHT oluşturulabilmesi için öncelikle toplumun yoğun bir aydınlatılmaya ihtiyacı vardır. Tıbbi durumların ayırt edilebilmesi, karmaşıklığın ve yanlış anlamamanın oluşmaması için ise doktorların bilgisi ve eğitimi gerekmektedir. Bu nedenle tıbbi bilgilerden uzak olarak İDHT oluşturulması belgenin anlaşılmasını zorlaştırabilir ve geçersiz sayılmasına sebep olabilmektedir.

Sağlıklı bir talimat metnin oluşturulmasında İDBP süreci önemli bir rol oynamaktadır. İDBP, hastanın karar vermesi gereken sağlık hizmeti ile ilgili olarak hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları, aileleri ve önemli diğer kişiler arasındaki iletişim süreci olarak tanımlanmaktadır. En ayrıntılı İDHT bile; hasta, sağlayıcı ekip ve vekil karar vericiler arasında iletişim olmamışsa, sınırlı bir değere sahip olacaktır. Bu iletişim süreci sayesinde hastalar alternatif bakım planlarının prognozunu ve olası sonuçlarını daha iyi anlayabilirler. İDBP için temel gerekçe, karar verme süresi boyunca hastanın kendi kaderini tayin hakkına saygı gösterilmesini sağlamak olsa da, genel olarak asıl gerekçe sağlık hizmeti verme sürecini iyileştirmek ve daha iyi bakım sonuçları üretmektir (Teno ve ark., 1994). Ayrıca hastalara ve ailelere bu müdahalelerin başarı oranları ile ilgili güncel bilimsel kanıtları ve potansiyel acı yükünü tartışmaları için de yardımcı olmaktadır (Cotter ve ark., 2018).

Burada İDHT'nin oluşturulacağı ülke mevzuatı öncelikli öneme sahiptir çünkü talimat metnin içeriğini hangi tür beyanlarının geçebileceği mevzuatla genişletilmekte veya sınırlandırılmaktadır. Ele alınması gereken konular; hangi tedaviler reddedilebilmekte ya da talep edilebilmektedir, İDHT ne zaman uygulamaya konulabilir, SBDVY belirleyebilecek yasal düzenlemeler nelerdir ve yetki sınırlaması yapılmış mıdır, İDHT nerede oluşturulabilir, noter onayına veya bir avukata gerek var mı gibi konuların yasal düzenlemelerdeki yeri tespit edilerek İDHT oluşturulmalıdır.

Bir ülke İDHT'yi yasayla desteklemiş olsa bile halkın bu belgeyi oluşturma zorunluluğu bulunmamakta, gönüllülük esasına dayalı olarak hazırlanmaktadır. İDHT'nin yasal olduğu her ülke kendi yasal düzenleme ve kültürüne göre taslak formlar oluşturmuşlardır. Bazı ülkeler kişinin yalnızca SBDVY atamasına izin verirken, bazıları tüm sağlık hizmeti tercihleri ve organ bağışısı bilgisini de ifade etmesine imkân vermektedir. Bazı formlarda ise bunların yanında ölüm sonrası

istekleri de yer almaktadır. Amerika'nın bazı eyaletleri ve bazı Avrupa ülkelerinde özellikle Almanya hukukuna bağlı olarak oluşturulabilecek bir İDHT formu geniş kapsamlı belgeler arasındadır. Bu yüzden İDHT içeriği bu ülkelerde oluşturulabilecek talimat metinleri örnek alınarak anlatılmıştır. En geniş haliyle talimat metninde olması gerekenler (Ünver ve Kaya, 2017; U.S Department of Health and Human Service, 2014; American Living Will Registry, 2013; Dialog Ethic, 2012; Haman, 2006);

1. Bireyin değer yargılarını ve yaşama bakış açısını anlayabilmek ve İDHT'nin ciddiliğini belirtmek için kişinin; şimdiye kadarki yaşamı ve gelecek beklentileri önemlidir. Bunu anlamak için şunlara dikkat edilebilir; kişinin yaşamında ne değerli? Yaşamından memnun mu? Uzun yaşamak istiyor mu? Yaşam kalitesi mi süresi mi daha önemli? Acı tecrübeleri, diğer insanlarla ilişkiler; aile ve arkadaşlarının rolleri nelerdir? Nefes alma, ağrı veya bağımlılık gibi özel korkuları var mı? Felç olmak, aile üyelerini tanıyamama veya başkalarıyla iletişim kuramama durumundan kurtulmak ister mi? Başkasının bakımına muhtaç olmaktan korkuyor mu? Dinin rolü ve benzeri konuların önemi nedir?

2. Kişisel veriler, kimlik bilgileri ve bu metni neden oluşturduğuna dair açıklanmalar bulunmalıdır.

3. İDHT geçerli olduğu durumların ayrıntısı belirtilmelidir.

4. Yaşayan irade ve SBDVY'yi oluşturan bilgilerin ikisi de İDHT içinde yer almalıdır.

5. Tıbbi talimatlar; kabul/reddedilen tedaviler, belirli doktor müdahalelerinin özellikleri, kapsamı ve sonlandırılması ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Örneğin; yeniden canlandırma ya da DNR, DNI (do not intube-entübe etme), kalp pili ve ICD (implantable cardioverter defibrillator - takılabilir kardioverter defibrilatör), yaşam destek önlemleri, ağrı ve acıları dindirme, sun'i veya sıvı beslenmesi, sun'i solunum, diyaliz, antibiyotikler, kan ve kan bileşenlerini istiyorum/istemiyorum.

6. Tedavini yeri, bakım ve yardım konusunda açıklamalar yapılmalı. Örneğin; hastane, ev ya da darülacezede ölmeyi, şu kişi ya da inanç grubunun temsilcisinden

yardım almayı istiyorum/istemiyorum. Ya da, hastaneye kaldırılmama talimatı-DNH verilebilir.

7. İDHT bağlayıcılığına, yorumuna, uygulanmasına ve geri alınmasına ilişkin beyanlar bulunmalı. Örneğin; talimatımda belirttiğim isteklere doktor ve diğer sağlık çalışanları uymalıdır eğer uyamayacak ise başka bir ekibin yerine getirmesini istiyorum, bu metinde açıklanmayan bir durumla karşılaşırsa varsayılan rızam araştırılmalıdır ve şu kişi/kişilerin görüşüne başvurulmalıdır. Talimatımı geri almadığım sürece değişiklik yapılmasını istemiyorum ancak jest, mimik vb tepkilerimden dolayı tedavi ekibi farklı bir isteğim olduğuna inanırsa güncel isteğimin ne olduğu şu kişi/kişilerinde yardımıyla araştırılmalıdır.

8. Vekil ve bakım temsilcisine ilişkin bilgiler bulunmalıdır. Herhangi bir sağlık bakım vekili tayin etmek istenmediğinde tedaviyi yapan doktorun ya da aile hekiminin karar vermesi de istenebilir. Talimat metninde bulunmayan bir durumla karşılaşıldığında karar verilmesi için ilgili mahkeme tarafından vasi atanması da istenebilir.

9. Diğer ek açıklamalar; talimatın yorumuna yardımcı olacak belgeler, yer almalıdır. POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment-Yaşamı Sürdüren Tedavi için Hekim Talimatları) veya MOLST (Medical Orders for Life Sustaining Treatment-Yaşamı Sürdürme Tedavisi için Tıbbi Talimatları) olarak bilinen planlama formu. Bu formlar sağlık hizmeti tercihleri hakkında daha ayrıntılı rehberlik sağlamaktadır. Doktor rehberlik için kişi ile ve/veya ailesiyle konuşacaktır, ancak form doktor, hemşire veya asistan doktor tarafından doldurulmaktadır.

10. Organ ve doku bağışığı bilgileri yer alabilir. Örneğin; kalıcı beyin hasarı ya da kalp durmasından sonra organlarımın verilmesini istiyorum.

11. Gebelik; hamile bir kadının İDHT'nin uygulanmasını gerektirecek bir tıbbi durum geliştirdiğinde bir başka sorun ortaya çıkabilir. Birçok talimat formu bunu ele almamaktadır. Bu durumu ele alan çoğu devlet, yaşayan iradeyi hamilelik süresince geçici olarak geçersiz kılar veya askıya alınmasını sağlar. Böyle devletlerde, kadının isteğine bakılmaksızın, çocuğu doğana kadar kadını canlı tutmak için her türlü çaba gösterilmektedir. Arizona ve Maryland'da İDHT hamileliği kapsayacak isteğe bağlı hükümlere sahiptir.

12. Ölüm sonrası talimatları bulunabilir. Örneğin; bedenim otopsi yapılabilir, kadavra olarak kullanılabilir veya hasta kaydı bilimsel araştırma amaçlı kullanılabilir.

13. Son söz ve açıklamalar bulunmalıdır. Örneğin; belirli bir tedaviyi istediğim/reddettiğim sürece doktor aydınlatmasından vazgeçiyorum. Bu belgenin değiştirilmesi ya da geri alınabileceğini biliyorum, kararımın içerik ve sonuçlarının bilincindeyim, bu talimatı kendi sorumluluğum dâhilinde ve dış baskı olmadan oluşturdum, akli yetim tamamen yerindedir.

14. Bilgi aldığı ve danıştığı kişi(ler) ya da kurum(lar)ın bilgisi verilmelidir.

15. Doktorun İDHT oluşturan kişinin rıza ehliyetinin olduğuna dair tarihli ve imzalı onayı veya noter onayı bulunmalıdır.

16. İDHT'nın geçerlik süresine dair bilgiler bulunmalıdır.

Kişilerin yeterliği kaybettikten sonraki dönem için karar vermeleri hem tıp bilgisinin eksikliği hem de o psikolojik olarak o dönemi düşünmek istememesinden kaynaklı olarak oldukça zordur. Yaşam sonu sağlık hizmeti kararlarıyla ilgili konuşmalar hastada ek bir stres oluşturabilir ve gerçek isteklerini doğru yansıtamamasına sebep olabilir. Bu yüzden kişinin aydınlatılması için ek süreye ve doktor, hemşire ve sosyal hizmet uzmanının empatik yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu süreçte hasta ve yakınlarına yeterli bilgi verilerek kişinin ideal kararını sunmasına yardımcı olunmalıdır. İDBP süreci olarak bilinir bu süreç kişilerin sağlık hizmet kararlarını tasarlaması ve belgelendirmesini sağlayan bir yöntemdir. Hastanın ailesinin sürece katılımı şarttır. Bu proaktif İDBP konuşmaları hem kişisel stresi hem de mali yükleri azaltmaya yardımcı olmaktadır. Hemşirelik uygulamaları hasta bakımlarının merkezinde bulunmaktadır. Bu yüzden İDBP esnasında hastaların önemli bakım kararlarını alırken köşe taşı olarak hemşirelerinde aktif katılımcı olmaları sağlanmalıdır (Dube, 2015). Dünyada genişletilmiş özerklik ilkesi İDHT'nin yasalarla desteklenmesiyle pozitif hak haline gelmiştir. Talimatların hukuki boyut kazanması özerklik tartışmalarına atılan önemli bir adımdır. Yalnız İDHT içeriğinin hazırlanmasında ve uygulamaya konulmasında hastanın doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı veya diğer ilgili sağlık çalışanlarıyla olan terapötik ilişkisi ön plana çıkmaktadır.

İDHT'nın yürütülmesi bir süreçtir; Bu nedenle, en çok ihtiyaç duyulduğunda en iyi sonuçları sağlamak için en az ihtiyaç duyulduğunda konuşmayı başlatmak hem hekimlerin hem de hastaların yararınadır (Siaw-Asamoah, 2012). Hastalar genellikle hastalık nüksettiği dönemde hastaneye başvurmaktadır. Sağlık çalışanları kişilere hastaneye kabul edilmeden önce İDHT oluşturmaları için teşvik edebilirler. İDHT hakkında hastanın bilgisi kısıtlı ya da tamamen yanlış olabilir örneğin bazen SBDVY finansal bir yük olarak düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanı ve hemşireler hem bireyi hem de aileyi İDHT hakkında eğitmek için değerli bir rol oynamaktadır (Janna ve Heymann, 2008).

Doktorlar, rıza gösterme veya reddetme kapasitesini kaybedecek bir hastanın ilerideki tıbbi tedavi sürecine yönelik İDHT oluşturmalarını sağlayabilmektedirler. İDHT ağır yaralanma, terminal dönem, bitkisel hayat, geçici bir bilinç kaybı veya duyarsızlaşma gibi hastanın karar verme yetisini kaybettiği durumlarda kullanılmaktadır (Jahn Kassim ve Alias, 2017). Ancak bazı uzmanlar, temel karar verme kapasitesine sahip olmalarına rağmen, ciddi hastalıkları olan hastalarda da tam özerklik ölçümünün tehlikeye düştüğünü öne sürmektedirler (Tonelli ve Misak, 2010). Bazıları ise İDHT'yi, demans (Shaw, 2012) ve şizofreni gibi ruhsal bozukluk durumlarında da uygulanabilir görmektedir (İngiltere Kalp NHS Vakfı Vakfı v JB [2014] 137 BMLR 232 <http://www.mentalhealthlaw.co.uk> 11.12.2017).

İDHT konusu her zaman sağlık çalışanları arasında ve vaka yönetimi aracılığıyla hasta hizmetlerinin ön saflarında bulunan sosyal hizmet uzmanlarıyla bütünleştirildiği için de artan şekilde sosyal hizmet alanında önemli bir konu olmuştur (Davis, 2013). Sağlık hizmetlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları özellikle sahte paternalizmi önlemek için müracaatçıları kendi kaderini tayin hakkına teşvik edip İDHT oluşturmalarını sağlayabilmektedir (Reamer, 2018). İDHT'ye teşvik etmek ve danışmanlık hizmeti sağlayabilmek için sosyal hizmet uzmanlarının hastalarla ve sağlıklı bireylerle yapacağı görüşmeler önemli katkılar sunmaktadır (Nedjat-Haiem, 2018). Toplum odaklı hizmet anlayışına sahip olan sosyal hizmet uzmanları ölümcül hastalıklarda, ölüm sürecinde olan hastalarla ve onların yakınlarıyla karşılaşacaktır ve bu ilişkilerde İDHT konusunda bilgilendirmek ve tavsiyelerde bulunması gerekmektedir (Bosma ve ark., 2010). ABD'de 1997-2013 yılları arasında hayatını kaybeden ve İDHT bulunan kişilerin verileri incelenerek

yapılan araştırmada kişilerin %71'inin ölümden bir yıl önce oluşturduğu ve daha yaşlı hastalar, kanser hastaları, ruh sağlığı hastalarının İDHT oluşturan öncelikli grup olduğu tespit edilmiştir (Enguidanos, 2017). Buda göstermektedir ki kişiler ölümün yakın olduğunu düşündüklerinde İDHT oluşturmak istemektedirler.

Çoğu ülkede kişiler sürekli vekâlet yetkisini bir bireye bırakabilirken İsviçre'de tüzel bir kişide vekil olarak aday gösterilebilmektedir. İtalya, Portekiz ve İşpanya'da Sağlık Bakanlığı İDHT ulusal kayıtlarını tutmaktadır. İngiltere, İrlanda ve İskoçya'da Kamu Vasisi (Public Guardian) ulusal bir vekil kütüğünün kurulması ve yönetilmesinden sorumludur. Birçok Avrupa lkesinde İDHT zamanla sınırlı değildir ancak Avusturya, Portekiz ve İtalya'da İDHT'nın geçerlilik süresi beş yıla sınırlanmaktadır (Veshi ve Neitzke, 2015). Fransa'da 2005 yasası üç yıl ile sınırlarken 2016'daki yeni düzenlemede herhangi bir sınır koymamıştır. Bu değişim nörodejeneratif hastalıkların uzun yıllar devam etmesi ile açıklanmaktadır (Aubry, 2016). İDHT belli bir süreyle sınırlandıran ülkeler kişisel kimliğin zamanla yalnızca fiziksel bir süreklilik sorunu olmadığını savunan Derek Parfit'in (1989) felsefesini benimsemiş görünmektedir. 2 şubat 2016 tarihli ve 2016/87 sayılı Fransız kanunu, hastanın yaşam sonuyla ilgili haklarını güçlendirir ve yeni haklar ekler. Düzenlemeler uyarınca, İDHT yasal olarak bağlayıcı hale gelmektedir ve hekim; hayatı tehdit eden acil bir durum, talimatların açıkça uygunsuzluğu ve talimatların hastanın tıbbi durumu ile uyumlu olmadığı bu üç durum haricinde İDHT uymak zorundadır (Aubry, 2016).

Genişletilmiş zerklik ilkesi ve onun uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatına genel olarak bakıldığında mevzuata bağlı olarak uygulanabilir olduğu görülmektedir. Yasalarla desteklenmiş olması uygulanmasının nn açmaktadır yalnız süreçte önemli bir role sahip olan sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve tutumu doğrudan bir etkiye sahiptir. Doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ve onun uygulama alanı olan İDHT konusunda bilgi ve yaklaşımlarının tespit edilmesi amacıyla uygulama araştırması yapılmıştır. Bunlara ait tespitler üçüncü bölümde ele alınmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Modeli**

Nicel araştırma olarak uygulanan bu çalışmanın modeli, genel tarama modelidir. Çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki derecesini belirlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Nicel bir araştırma olan bu çalışmada bireylerden bilgiler soru formu kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmada, yerli ve yabancı literatür incelenmiş, araştırmanın amaç, önem ve sınırlıkları tespit edilmiştir. Ardından veri toplama metodu belirlenmiş, veri toplama aracı hazırlanmış ve örneklem tespit edilmiştir. Pilot uygulama yapılmış ve uzman görüşü alınmıştır. Sonrasında anketler uygulanmış ve doldurulanlar değerlendirilerek veri kodlaması ve analizi yapılmıştır. Son olarak araştırma bulguları ortaya konmuş ve değerlendirmesi yapılmıştır. Bu çalışmada öncelikle doktor ve hemşirelerin tıp (sağlık) etiği/ deontoloji, hasta hakları ve İDHT konusundaki bilgi düzeylerindeki mevcut durum tespit edilmiştir. Daha sonra doktor ve hemşirelerin sağlık hizmet sunumunda hasta özerkliği ve genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulanmasına yönelik yaklaşımları belirlenmiştir. Son olarak ise doktor ve hemşirelere ait değişkenler ile sağlık hizmeti sunumu esnasında hasta özerkliği ve genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulanmasına dönük yaklaşımları arasındaki ilişki ortaya konmuştur.

#### **3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi**

Araştırma evrenini Konya'daki tıp fakültesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşireler oluşturmaktadır. Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2017 verilerine göre bu kurumlarda çalışan toplam doktor ve hemşire sayısı Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi 1375 (Doktor: 769, Hemşire: 606), Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 874 (Doktor: 530, Hemşire: 344) olmak üzere 2249 olarak tespit edilmiştir. Örneklem hesabında bu veri dikkate alınmıştır.

Araştırmada örneklem seçimi için olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada evreni oluşturan sağlık kurumları birbiriyle benzer yapıda oldukları için ve her bir bireyin seçilme şansı eşit ve birbirinden bağımsız olduğundan homojen olarak kabul edilebilir. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile 2249 (doktor: 1299, hemşire: 950) kişilik evrenden ulaşılması

gereken en az örneklem sayısı aşağıdaki formül (İslamoğlu 2009) ile hesaplanarak %95 güven düzeyinde 328 olarak bulunmuştur.

$$n = \frac{Z^2PQ}{E^2 + \frac{Z^2PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{2249}} = 328$$

Formülde verilen parametrelerin anlamları ise şunlardır:

Z: 1,96 (Standart normal değişken = %95 güven düzeyinde)

N: Evren büyüklüğü

P: Anakütle oranı = (%50) 0,5 sapma payı (Maksimum hata olarak alındı),

Q: 1-P = 0,5

E: Varsayılan hata (%5) = 0,05

Araştırmada anket formu Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan doktor (öğretim üyesi ve araştırma görevlisi) ve hemşirelere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır ve 372 anket araştırmaya dâhil edilmiştir. Uygulamanın yapıldığı hastaneler için alınan izin belgesi (EK-C ve EK-D)'de gösterilmiştir.

### 3.3. Ön Uygulama

Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla hasta hakları ve etik alanında uzman kişiler ile görüşme yapılmıştır. Ardından 30 doktor ve hemşire ile pilot uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar üzerinden anket formu gözden geçirilerek, gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada ilgili literatür taranarak elde edilen sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu, sosyo-demografik özellikleri belirleyen sorular ile genişletilmiş özerklik ile ilgili bilgi ve tutum ölçmek üzere oluşturulan soruların

bulunduğu iki bölümden oluşmaktadış. Uygulanan anket formunun içeriği ise aşağıda yer almaktadır.

Çalışmada kullanılacak veri toplama araçları (EK-A):

Bölüm 1: Sağlık alışanları İçin Kişisel Bilgi Formu

Bölüm 2: Genişletilmiş zerklik İlkesi Bilgi ve Tutum Soruları

### **3.4.1. Sağlık alışanları İçin Kişisel Bilgi Formu**

Araştışmacı tarafından hazırlanan, sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim düzeyi, gelir durumu, görev yaptığı kurum, mesleği, çalıştığı bölüm, mesleki tecrübe süresi ve uzmanlık dalı bilgisini içeren sosyo demografik sorular bulunmaktadır.

### **3.4.2. Genişletilmiş zerklik İlkesi Bilgi ve Tutum Soruları**

Araştışmacı tarafından sağık çalışanlarının genişletilmiş özerklik ilkesi bilgi ve tutumlarını ölçmek amacıyla yerli ve yabancı literatür incelenerek geliştirilen soru formu, tıp (sağlık) etiği/deontoloji ve hasta hakları dersi alıp almadığı ve bu konulara ilişkin bilgisini nasıl değerlendirdiği ve HHY'yi okuyup okumadığına ilişkin sorular bulunmaktadır. Ayrıca doktor ve hemşirelerin hastanın özerkliğini nasıl değerlendirdiği, hasta bilgilendirmesinin nasıl olması gerektiği, genişletilmiş özerklik ve ileriye dönük hasta talimatı hakkında soruların yer aldığı bilgi ölçüm soruları yer almaktadır. Bunun ardından hasta bilgilendirmesi, hastadan alınan onam, hasta özerkliği, özerkliğe saygı ilkesi ve genişletilmiş özerklik ilkesi hakkında 5'li likert tipinde hazırlanan önermelerin bulunduğu tutum ölçümü formudur.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler araştışmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak 04.10.2017-27.11.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Bir anketin doldurulması için ortalama 10 dk. süre ayrılmıştır.

### 3.6. Veri Analizi:

Araştırmada, veriler toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. İstatistik programından yararlanılarak verilerin analizi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile hesaplanmıştır. İki kategorik veri arasındaki ilişkiyi incelemeyi sağlayan ki-kare ( $x^2$ ) testi yapılmış,  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir. Değişkenlerin ilişki dőzeyi hesaplanırken  $r \times r$  sayıda tablolarda Contingency Coefficient,  $r \times c$  sayıda tablolarda Cramer's V değeri incelenmiştir (Gamgam ve Altunkaynak, 2008). Değerler 0-1 arasında değişmekte olup, tıpkı korelasyon katsayısının bőyőklőğünün yorumlanmasında olduğu gibi, 0-30 arası değerler zayıf, 31-60 arası değerler orta, 61-100 arası değerler ise gőçlő bir ilişkinin varlığını göstermektedir (Őzbay, 2008).

### 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmanın yőrutőlebilmesi için Necmettin Erbakan Őniversitesi Meram Tıp Fakóltesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulundan 22.09.2017 tarihli ve 2017/1015 sayılı (Bkz. EK-B) kararı ile etik kurul izni alınmıştır.
- Araştırmanın ilgili kurumda yőrutőlebilmesi için Necmettin Erbakan Őniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Hastanesi başhekimliğinden 04.10.2017 tarihli ve 13592 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-C) alınmıştır.
- Araştırmanın ilgili kurumda yőrutőlebilmesi için Selçuk Őniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi başhekimliğinden 07.10.2017 tarihli ve 23374 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-D) alınmıştır.
- Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelere araştırma ile ilgili açıklama anket formunun őr kısmında belirtilmiştir ve sőzel onam alınmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma Konya'da Necmettin Erbakan Őniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Hastanesi ve Selçuk Őniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesinde alışan doktor ve hemşireleri kapsamaktadır.

- Bu araştırmada doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ilkesine bakışları, daha önce mevcut konu ile ilgili herhangi bir uygulamaya rastlanmadığı için, araştırmacının oluşturduğu soru formu verileriyle sınırlıdır.

### 3.9. Araştırma Soruları

Doktor ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunumu esnasında genişletilmiş özerklik ilkesi ve İDHT bilgi düzeylerini tespit etmek ve İDHT'nın uygulamaya konmasına yönelik bakış açılarını değerlendirmek için yapılan çalışmanın temel soruları şu şekildedir:

1. Doktor ve hemşirelerin hasta hakları ve etik konularında bilgi düzeyi hangi durumdadır?
2. Doktor ve hemşirelerin hasta özerkliği kavramını tanımlayabilme oranı ne düzeydedir?
3. Doktor ve hemşirelerin hasta özerkliği kavramına ilişkin görüşleri nelerdir?
4. Doktor ve hemşireler hastanın bilinci kapandığı durumlarda, hasta için karar verici seçimlerinde en sık tercih ne olmaktadır?
5. Aydınlatılmış onam sürecinde en fazla tercih edilen bilgilendirme biçimi hangisidir?
6. Doktor ve hemşirelerin paternalist davranış eğilimleri hangi düzeydedir?
7. Doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ilkesi konusunda bilgileri hangi düzeydedir?
8. Doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ilkesi konusundaki tutumları nasıldır?
9. Doktor ve hemşirelerin ileriye dönük hasta talimatının uygulanmasına yönelik tutumları nasıldır?
10. Doktor ve hemşirelerin uzmanlık alanları ile genişletilmiş özerklik ilkesine/İDHT'ye bakışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
11. Doktor ve hemşirelerin ünvanları ile genişletilmiş özerklik ilkesine/İDHT'ye bakışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
12. Doktor ve hemşirelerin tecrübe süresi ile genişletilmiş özerklik ilkesine/İDHT'ye ilişkin mevzuat bilgisi ile ilgili bilgileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?

## 4. BULGULAR

Bu bölümde doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ilkesi ve onun uygulama alanı olan İDHT konusunda bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçmek amacıyla yapılan uygulama araştırmasından elde edilen bulgular sunulmuştur.

### 4.1. Doktor ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde doktor ve hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgilere ve puan ortalamalarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.1.1. Doktor ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Tanımlayıcı Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	30,66	9,11
Tecrübe Süresi (Yıl)	8,29	7,66
<b>Cinsiyet</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kadın	229	61,60
Erkek	143	38,40
<b>Yaş</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18-25	97	26,10
26-35	178	47,80
36-45	70	18,80
46-55	14	3,80
56 ve üzeri	10	2,70
Cevapsız	3	0,80
<b>Medeni Hal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evli	239	64,20
Bekâr	133	35,80
<b>Öğrenim Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Lise	73	19,60
Lisans/Ön lisans	104	28,00
Lisansüstü	195	52,40
<b>Gelir Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gelirim Giderimden Az	74	19,90
Gelirim Giderimden Fazla	110	29,60
Gelirim Giderime Denk	186	50,00
Cevapsız	2	0,50
<b>Meslek</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doktor	179	48,10
Hemşire	193	51,90
<b>Çalışılan Kurum</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	212	57,00
Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi	160	43,00
<b>Çalışılan Bölüm (Doktor/Hemşire)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>

Temel Bilimler	21	5,60
Dahili Bilimler	195	52,50
Cerrahi Bilimler	156	41,90
<b>Tecrübe Süresi (Yıl)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0-5	181	48,70
6-10	97	26,10
11-20	66	17,70
21 ve üzeri	28	7,50
<b>Katılımcıların Ünvanı</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Öğretim Üyesi (Hekim)	59	15,90
Araştırma Görevlisi Hekim	120	32,20
Hemşire	193	51,90
<b>Katılımcıların Uzmanlık Alanı</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Temel Bilimler	21	5,60
Dahili Bilimler	103	27,70
Cerrahi Bilimler	55	14,80
Hemşire	193	51,90
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>100,00</b>

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1.1’de gösterilmekte olup yaş bilgisini sadece 3, gelir durumunu 2 kişi cevapsız bırakmıştır. Doktor ve hemşirelerin yaş ortalamasının  $30,66 \pm 9,11$ , tecrübe süresi ortalamasının ise  $8,29 \pm 7,66$  olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %61,6’sı kadın, %64,2’si evli, %52,4’ü lisansüstü eğitim düzeyindedir ve %50’si gelirin giderine denk olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %48,1’i doktor, %51,9’u hemşiredir. Doktor ve hemşirelerin %52,5’i dahili bilimler, %41,9’u cerrahi bilimler ve %5,6’sı temel bilimlerde çalışmaktadır. Temel bilimlerde çalışan hemşire bulunmamaktadır. Akademik personelin ünvanına göre bakıldığında, %32,2’si araştırma görevlisi hekim, %15,9’u öğretim üyesi olduğu görülmektedir. Doktorların ise %57,5’i dahili, %30,7’si cerrahi ve %11,7’si temel bilimlerde uzmandır.

**Tablo 4.1.2. Doktor ve Hemşirelerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Değişkenler	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
Meslek		N	%	N	%	N	%
Doktor	S7	84	46,9	95	53,1	179	100,0
	S1	84	36,7	95	66,4	179	48,1
Hemşire	S7	145	75,1	48	24,9	193	100,0
	S1	145	63,3	48	33,6	193	51,9
<b>Toplam</b>		<b>229</b>	<b>100,0</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>372</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.1.2 incelendiğinde kadınların %63,3'ü hemşire, %36,7'si doktordur. Erkeklerin ise %66,4'ü doktor, %33,6'sı hemşiredir. Doktorların %53,1'nin erkek, hemşirelerin %75,1'nin kadın olduğu dikkat çekmektedir. Sonuçlar göstermektedir ki araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından özellikle hemşireler kadın yoğunluktadır.

**Tablo 4.1.3. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanının Cinsiyete Göre Dağılımı**

Değişkenler	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
Uzmanlık Alanı		N	%	N	%	N	%
Temel	S10	12	57,1	9	42,9	21	100,0
	S1	12	5,2	9	6,3	21	5,6
Dahili	S10	54	52,4	49	47,6	103	100,0
	S1	54	23,6	49	34,3	103	27,7
Cerrahi	S10	18	32,7	37	67,3	55	100,0
	S1	18	7,9	37	25,9	55	14,8
Hemşire	S10	145	75,1	48	24,9	193	100,0
	S1	145	63,3	48	33,6	193	51,9
<b>Toplam</b>		229	100,0	143	100,0	372	100,0

Tablo 4.1.3 incelendiğinde katılımcılardan hemşirelerin uzmanlık alanları bulunmadığı görülmektedir. Bu yüzden yalnızca doktorların uzmanlık alanına bakılabilmektedir; kadın doktorların %23,6'sı dahili, %7,9'u cerrahi bilimlerde, erkeklerin %34,3'ü dâhili, %25,9'u cerrahi bilimlerde uzmandır. Dahili bilimlerde çalışanların %52,4'ü kadın, %47,6'sı erkektir. Cerrahi bilimlerde ise %67,3'ü erkektir.

**Tablo 4.1.4. Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımı**

Değişkenler	Meslek						
	Doktor		Hemşire		Toplam		
Çalıştığı Bölüm		N	%	N	%	N	%
Temel	S8	21	100,0	0	0	21	100,0
	S7	21	11,7	0	0	21	5,6
Dâhili	S8	103	52,8	92	47,2	195	100,0
	S7	103	57,5	92	47,7	195	52,5
Cerrahi	S8	55	35,3	101	64,7	156	100,0
	S7	55	30,7	101	52,3	156	41,9
<b>Toplam</b>		179	100,0	193	100,0	372	100,0

Tablo 4.1.4 incelendiğinde doktorların %57,5'i dahili, %30,7'si cerrahi, %11,7'si temel bilimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin ise %52,3'ü cerrahi, %47,7'si dahili bilimlerde.

**Tablo 4.1.5. Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı**

Değişkenler	Meslek						
	Doktor		Hemşire		Toplam		
Çalıştığı Kurum		N	%	N	%	N	%
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	S8	109	51,4	103	48,6	212	100,0
Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi	S7	109	60,9	103	53,4	212	57,0
	S8	70	43,8	90	56,3	160	100,0
	S7	70	39,1	90	46,6	160	43,0
<b>Toplam</b>		179	100,0	193	100,0	372	100,0

Tablo 4.1.5 incelendiğinde araştırmaya katılan doktorların %60,9'u, hemşirelerin ise %53,4'ü meram tıp fakültesi hastanesinde çalışmaktadır. Meram Tıp Fakültesi hastanesinde yakın oranlarda doktor (%51,4) ve hemşire (%48,6) araştırmaya katılırken, Selçuk Tıp Fakültesi hastanesinden katılanların yarıdan fazlası (%56,3) hemşiredir.

#### 4.2. Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusundaki Değişkenlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde doktor ve hemşirelerin tıp etiği/deontoloji ve hasta hakları konusunda ders alma durumları ve bilgi durumlarının dağılımı incelenmiştir.

**Tablo 4.2.1. Doktor ve Hemşirelerin Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusunda Ders Alma Durumları**

	Mesleğinizle İlgili Eğitim Süreciniz Boyunca, Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji Dersi Aldınız mı?		Mesleğinizle İlgili Eğitim Süreciniz Boyunca Hasta Hakları Dersi Aldınız mı?	
	N	%	N	%
Evet, Bağımsız Ders Olarak Aldım	240	64,5	105	28,2
Evet, Başka Dersin İçinde Aldım	89	23,9	162	43,5
Hayır	42	11,3	102	27,5
Cevapsız	1	0,3	3	0,8
<b>Toplam</b>	372	100,0	372	100,0

Tablo 4.2.1 incelendiğinde mesleki eğitimlerinde tıp (sağlık) etiği/deontoloji dersi alma konusunda, doktor ve hemşirelerin %64,5'i bağımsız ders olarak, %23,9'unun başka dersin içinde aldığı, %11,3'ünün ise bu dersi hiç almadığı görülmektedir. Hasta hakları konusunu ise katılımcıların %43,5'i başka dersin içinde, %28,2'i bağımsız ders olarak almıştır, %27,5'si ise bu dersi hiç almamıştır. Hasta

hakları dersi almayanların, mesleğiyle ilgili etik dersi almayanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hasta haklarının daha çok başka dersin içinde, tıp (sağlık) etiği/deontoloji dersinin ise daha çok bağımsız ders olarak alındığı tespit edilmiştir. Tıp etiği dersini hiç almayan kişiler %11,3 oranında iken, %27,6 gibi azımsanmayacak bir oranda hasta hakları dersini hiç almayan doktor ve hemşire bulunmaktadır.

**Tablo 4.2.2. Doktor ve Hemşirelerin Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Durumu**

	Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji Konularında Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?		Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyinizi Nasıl Değerlendirirsiniz?	
	N	%	N	%
<b>Çok Kötü</b>	3	0,8	1	0,3
<b>Kötü</b>	25	6,7	29	7,8
<b>Orta</b>	162	43,5	175	47,0
<b>İyi</b>	152	40,9	142	38,2
<b>Çok İyi</b>	29	7,8	23	6,2
<b>Cevapsız</b>	1	0,3	2	0,5
<b>Toplam</b>	372	100,0	372	100,0

Tablo 4.2.2’de görüldüğü gibi doktor ve hemşirelerin yarıya yakını (%48,7) tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda bilgi düzeyini iyi, %43,5’i orta olarak değerlendirmektedir. Hasta hakları konusunda bilgi düzeylerini ise %47’si orta, %44,4’ü iyi olarak değerlendirmektedir. Doktor ve hemşirelerin yaklaşık yarısı mesleki etik konusunda bilgi düzeylerini iyi, hasta hakları konusundaki bilgilerini ise orta düzeyde olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.2.3. Doktor ve Hemşirelerin Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji ve Hasta Hakları Konusunda Bilgi Edindikleri Yerlerin Durumu**

	Tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda en fazla bilgi edindiğiniz yer neresidir?		Hasta hakları konusunda en fazla bilgi edindiğiniz yer neresidir?	
	N	%	N	%
<b>Mesleki Diplomamı Veren Okul</b>	247	66,4	158	42,5
<b>Okuduğum Yayınlar Ve Katıldığım Özel Eğitim/Seminer/Kongre vb. Programlar</b>	44	11,8	62	16,6
<b>Hizmet İçi Eğitim</b>	45	12,2	120	32,3
<b>Mesleki Tecrübe</b>	5	1,3	9	2,4

<b>Cevapsız</b>	31	8,3	23	6,2
<b>Toplam</b>	372	100,0	372	100,0

Tablo 4.2.3'e bakıldığında tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda en çok bilgi, mesleki diplomanın alındığı okul (%66,4), ikinci olarak ise hizmet içi eğitimlerden edinildiği görülmektedir (%12,2). Hasta hakları konusunda bilgi de aynı şekilde en çok mesleki diplomanın alındığı okul (%42,5), ikinci olarak ise hizmet içi eğitimlerden alınmıştır (%32,3). Tıp etiği konusunda bilgi yüksek oranda mesleki diplomanın alındığı okuldan edinilirken, hasta hakları konusunda bilgi, yakın oranlarda mesleki diplomayı veren okul ve hizmet içi eğitimlerden edinilmiştir. Hasta haklarının bağımsız ders olarak alınmayıp, genelde başka dersin içinde alınması bunu etkileyen sebeplerden biri olabilir. Her iki soruya cevap vermeyenlerin sayısının yüksekliği göze çarpmaktadır (13. soru 31 kişi, 16. soru 23 kişi).

**Tablo 4.2.4. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okuma Durumları**

<b>Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okudunuz mu?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Evet, birden fazla okudum</b>	51	13,7
<b>Evet, bir kez okudum</b>	157	42,3
<b>Hayır</b>	162	43,5
<b>Cevapsız</b>	2	0,5
<b>Toplam</b>	372	100,0

Tablo 4.2.4'e göre doktor ve hemşirelerin HHY'yi okuma durumlarına bakıldığında, %43,5'nin hiç okumadığı görülmektedir. Katılımcılar, genel olarak HHY'yi ya hiç okumamış ya da bir kez okumuştur.

**Tablo 4.2.5. Doktor ve Hemşireler İle Tıp (Sağlık) Etiği/Deontoloji Konusundaki Değişkenlerin İlişkisi**

<b>Değişkenler</b>		<b>Meslek (S7)</b>				<b>Toplam</b>		
		<b>Doktor</b>		<b>Hemşire</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Tıp (sağlık) etiği dersi alma durumu (S11)</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Bağımsız ders olarak</b>	S11	141	58,8	99	41,3	240	100,0	$X^2=39,422^*$ $P=,000$ $\Phi_c=,326^{**}$
	S7	141	78,8	99	51,6	240	64,7	
<b>Başka dersin içinde</b>	S11	34	38,2	55	61,8	89	100,0	
	S7	34	19,0	55	28,6	89	24,0	
<b>Hayır</b>	S11	4	9,5	38	90,5	42	100,0	
	S7	4	2,2	38	19,8	42	11,3	
<b>Toplam</b>		179	100,0	192	100,0	371	100,0	
<b>Tıp (sağlık) etiği konusunda bilgi edinilen yer (S13)</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Mesleki diplomayı</b>	S13	137	55,5	110	44,5	247	100,0	$X^2=17,015^*$

<b>veren okul</b>	S7	137	79,7	110	65,1	247	72,4	P=,001 $\Phi_c=,223^{**}$
<b>Okuduğu yayınlar ve katıldığı programlar</b>	S13	22	50,0	22	50,0	44	100,0	
	S7	22	12,8	22	13,0	44	12,9	
<b>Hizmet içi eğitim</b>	S13	10	22,2	35	77,8	45	100,0	
	S7	10	5,8	35	20,7	45	13,2	
<b>Mesleki tecrübe</b>	S13	3	60,0	2	40,0	5	100,0	
	S7	3	1,7	2	1,2	5	1,5	
<b>Toplam</b>		172	100,0	169	100,0	341	100,0	

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.2.5 incelendiğinde sağlık çalışanlarının mesleği ile tıp(sağlık) etiği/deontoloji dersi alma durumu arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve orta düzeyde ( $\phi_c=,326$ ) ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda ders alma durumları şöyledir: Doktor ve hemşirelerden bağımsız ders olarak alanların (%64,7); %58,8'i doktor, %41,3'ü hemşiredir; başka dersin içinde alanların (%24); %38,2'si doktor %61,8'i hemşire, bu dersi almayanların (%11,3) ise %9,5'i doktor, %90,5'i hemşiredir. Mesleğe göre bakıldığında; doktorların %78,8'i, hemşirelerin ise %51,6'sı bağımsız ders olarak almıştır. Tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunu bağımsız ders olarak alınması doktorlarda daha yüksek orandadır. Bu dersi hiç almayan doktor (%2,2) çok az iken, hemşire (%19,8) oranı azımsanmayacak bir durumdadır.

Sağlık çalışanlarının mesleği ile tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda bilgi edindikleri yer arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,223$ ) ilişki tespit edilmiştir. Tıp etiği konusunda bilgisi olduğunu düşünenlerin, bilgi edindikleri yerler şu şekildedir: Mesleki diplomanın alındığı okuldan bilgi edinen (%72,4) doktor (%55,5) ve hemşirenin (%44,5) oranı birbirine yakın iken, hizmet içi eğitimlerden bilgi edinenlerin çoğu hemşiredir (%77). Doktor (%79,7) ve hemşirelerin (%65,1) çoğu tıp etiği bilgisini mesleki diplomayı aldıkları okulda edinmişlerdir. Hizmet içi eğitimden bilgi edinen azımsanmayacak oranda (%20,7) hemşire bulunmaktadır.

**Tablo 4.2.6. Doktor ve Hemşireler İle Hasta Hakları Konusundaki Değişkenlerin İlişkisi**

Değişkenler		Meslek (S7)						
		Doktor		Hemşire		Toplam		
Mesleğinizle ilgili eğitim süreciniz boyunca hasta hakları dersi aldınız mı? (S14)		N	%	N	%	N	%	
<b>Bağımsız ders olarak</b>	S14	43	41,0	62	59,0	105	100,0	$X^2=18,633^*$ P=,000
	S7	43	24,0	62	32,6	105	28,5	
<b>Başka dersin</b>	S14	68	42,0	94	58,0	162	100,0	$\Phi_c=,225^{**}$

<b>İçinde</b>	S7	68	38,0	94	49,5	162	43,9	
<b>Hayır</b>	S14	68	66,7	34	33,3	102	100,0	
	S7	68	38,0	34	17,9	102	27,6	
<b>Toplam</b>		179	100,0	190	100,0	369	100,0	
<b>Hasta hakları konusunda bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? (S15)</b>								
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Çok Kötü</b>	S15	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
	S7	1	0,6	0	0,0	1	0,3	
<b>Kötü</b>	S15	24	82,8	5	17,2	29	100,0	
	S7	24	13,4	5	2,6	29	7,8	
<b>Orta</b>	S15	97	55,4	78	44,6	175	100,0	X <sup>2</sup> =31,143* P=,000 Φ <sub>c</sub> =,290**
	S7	97	54,2	78	40,8	175	47,3	
<b>İyi</b>	S15	48	33,8	94	66,2	142	100,0	
	S7	48	26,8	94	49,2	142	38,4	
<b>Çok İyi</b>	S15	9	39,1	14	60,9	23	100,0	
	S7	9	5,0	14	7,3	23	6,2	
<b>Toplam</b>		179	100,0	191	100,0	370	100,0	
<b>Hasta hakları konusunda en fazla bilgi edindiğiniz yer neresidir? (S16)</b>								
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Mesleki diploması veren okul</b>	S16	89	56,7	68	43,3	157	100,0	
	S7	89	54,9	68	36,4	157	45,5	
<b>Okuduğu yayın ve katıldığı programlar</b>	S16	39	62,9	23	37,1	62	100,0	X <sup>2</sup> =38,810* P=,000 Φ <sub>c</sub> =,327**
	S7	39	24,1	23	12,3	62	17,8	
<b>Hizmet içi eğitim</b>	S16	28	23,5	91	76,5	119	100,0	
	S7	28	17,3	91	48,7	119	34,1	
<b>Mesleki tecrübe</b>	S16	5	55,6	4	44,4	9	100,0	
	S7	5	3,1	4	2,1	9	2,6	
<b>Toplam</b>		162	100,0	187	100,0	349	100,0	
<b>Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okudunuz mu? (S17)</b>								
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Birden fazla</b>	S17	13	25,5	38	74,5	51	100,0	
	S7	13	7,3	38	19,9	51	13,8	
<b>Bir kez</b>	S17	48	30,6	109	69,4	157	100,0	X <sup>2</sup> =69,442* P=,000 Φ <sub>c</sub> =,433**
	S7	48	26,8	109	57,1	157	42,4	
<b>Hayır</b>	S17	118	72,8	44	27,2	162	100,0	
	S7	118	65,9	44	23,0	162	43,8	
<b>Toplam</b>		179	100,0	191	100,0	370	100,0	

\* Pearson Chi-Square \*\* Cramer's V

Tablo 4.2.6 incelendiğinde katılımcıların meslekleri ile hasta hakları dersi alma durumları arasında anlamlı (p=,000) ve düşük düzeyde (φ<sub>c</sub>=,225) ilişki bulunduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta hakları konusunda ders alma durumlarına bakıldığında; bağımsız ders olarak alanların (%59) ve başka dersin içinde alanların (%58) çoğu hemşiredir. Bu dersi hiç almayanların ise çoğunluğu (%66,7) doktordur. Mesleğe göre bakıldığında; doktorlar genel olarak hasta hakları dersini ya başka dersin içinde almış (%38) ya da hiç almamıştır (%38). Hemşirelerin çoğunluğu ise başka dersin içinde almıştır (%49,5). Doktor ve hemşireler hasta

hakları dersini çoğunlukla başka dersin içinde almıştır ve bu dersi hiç almayan ciddi bir oranda doktor bulunmaktadır.

Katılımcıların meslekleri ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,290$ ) ilişki tespit edilmiştir. Doktor ve hemşirelerin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerine bakıldığında; doktorların yarıdan fazlasının (%54,2) orta, hemşirelerin yarıdan fazlasının ise (%56,5) iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, hemşireler doktora göre hasta hakları bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu belirtmektedir

Katılımcıların meslekleri ile hasta hakları konusunda bilgi edindikleri yer arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve orta düzeyde ( $\phi_c=,327$ ) ilişki tespit edilmiştir. Hasta hakları konusunda bilgisi olduğunu düşünenlerin, bilgi edindikleri yerler şu şekildedir: Mesleğe göre bakıldığında; doktorların yarıdan fazlası (%54,9) mesleki diplomayı aldıkları okulda, önemli bir kısmı (%24,1) okuduğu yayın ve katıldığı programlardan bilgi edinmiştir. Hemşirelerin ise yarıya yakını (%48,7) hizmet içi eğitim ile bilgi edinmiştir. Mesleki diplomanın alındığı okuldan bilgi edinen doktor (%56,7) ve hemşire (%43,3) yakın oranlardadır. Aynı şekilde mesleki tecrübe sonucu bilgi edinen doktor (%55,6) ve hemşire (%44,4) oranı da birbirlerine yakındır. Okuduğu yayın ve katıldığı programlardan bilgi edinenlerin çoğu doktor (%62,9) iken, hizmet içi eğitimden bilgi edinenlerin çoğu ise hemşiredir (%76,5).

Katılımcıların meslekleri ile HHY'yi okuma durumları arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve orta düzeyde ( $\phi_c=,433$ ) ilişki tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının HHY'yi okuma durumları incelendiğinde: Birden fazla okuyanların (%74,5) ve bir kez okuyanların (%69,4) büyük bir kısmı hemşiredir. Hiç okumayanların ise önemli bir kısmı (%72,8) doktordur. Mesleklere göre incelendiğinde ise doktorların çoğunluğu (%65,9) HHY'yi hiç okumamıştır. Hemşirelerin ise yarıdan fazlası (%57,1) bir kez okumuş, önemli bir kısmı (%23) ise hiç okumamıştır.

**Tablo 4.2.7. Doktor ve Hemşirelerin Tecrübe Süresinin Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okuma Durumuyla İlişkisi**

		Tecrübe Süresi (S9)									
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		11-20 Yıl		21+ Yıl		Toplam	
Hasta Hak. Yönet. Okudunuz mu? (S17)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

<b>Birden Fazla</b>	S17	16	31,4	16	31,4	13	25,5	6	11,8	51	100	X <sup>2</sup> =19,458* P=,003 Φ <sub>c</sub> =,162**
	S9	16	8,9	16	16,5	13	20	6	21,4	51	13,8	
<b>Bir Kez</b>	S17	67	42,7	49	31,2	26	16,6	15	9,6	157	100	
	S9	67	37,2	49	50,5	26	40	15	53,6	157	42,4	
<b>Hayır</b>	S17	97	59,9	32	19,8	26	16	7	4,3	162	100	
	S9	97	53,9	32	33,0	26	40	7	25	162	43,8	
<b>Toplam</b>		180	100	97	100	65	100	28	100	370	100	

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.2.7 incelendiğinde doktor ve hemşirelerin tecrübe süreleri ile HHY'yi okuma durumları arasında anlamlı (p=,003) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,162$ ) ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların tecrübe sürelerine göre HHY'ni okuma durumları incelendiğinde: HHY'yi hiç okumayan grubun, yarısından fazlasını (%59,9), bir kez okuyanların ise çoğunluğunun (%42,7) en az tecrübeye sahip doktor ve hemşireler oluşturmaktadır. Birçok kez okuyan doktor ve hemşireler ise oldukça azdır (%13,8) ve bunların çoğunluğunu 0-10 yıl tecrübeye sahip çalışanlar oluşturmaktadır (%62,8). En tecrübeli gruba bakıldığında ise HHY'nin okunmuş olması göze çarpmaktadır.

**Tablo 4.2.8. Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okuma Durumu İle Uzmanlık Alanı Arasındaki İlişki**

Uzmanlık Alanı (S10)	Hasta Hakları Yönetmeliği'ni Okudunuz Mu (S17)										
	Birden Fazla Okudum		Bir Kez Okudum		Hayır		Toplam				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Temel Bilimler</b>	S10	2	9,5	9	42,9	10	47,6	21	100	X <sup>2</sup> =73,244* P=,000 Φ <sub>c</sub> =,315**	
	S17	2	3,9	9	5,7	10	6,2	21	5,7		
<b>Dahili Bilimler</b>	S10	6	5,8	25	24,3	72	69,9	103	100		
	S17	6	11,8	25	15,9	72	44,4	103	27,8		
<b>Cerrahi Bilimler</b>	S10	5	9,1	14	25,5	36	65,5	55	100		
	S17	5	9,8	14	8,9	36	22,2	55	14,9		
<b>Hemşire</b>	S10	38	19,9	109	57,1	44	23	191	100		
	S17	38	74,5	109	69,4	44	27,2	191	51,6		
<b>Toplam</b>		100	157	100	162	100	370	100	100		

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.2.8'e bakıldığında doktor ve hemşirelerin HHY'yi okuma durumları ile uzmanlık alanları arasında anlamlı (p=,000) ve orta düzeyde ( $\phi_c=,315$ ) ilişki tespit edildiği görülmektedir. HHY'yi okumayanların büyük bir kısmı dahili bilimler doktorudur (%44,4). HHY'yi bir kez okuyanların ise çoğunluğu hemşiredir (%69,4). Temel bilim doktorlarının %47,6'sı, dahili bilim doktorlarının %69,9'u ve cerrahi bilim doktorlarının %65,5'i HHY'yi hiç okumamış, hemşirelerin ise %57,1'i bir kez okumuştur.

### 4.3. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Bilgilendirmesi ve Hasta Özerkliğine Karşı Tutumlarına Yönelik Bulgular

Hastanın özerkliğini kullanabilmesi kendi sağlığı ile ilgili aldığı bilgi doğrultusunda mümkün olmaktadır. Bilgilendirmeyi yapan doktor ve hemşirenin ne kadar bilgi verdiği bu açıdan önemlidir. Bu yüzden doktor ve hemşirelerin taraf oldukları bilgilendirme şekilleri incelenecektir. Ayrıca “Hasta özerkliği kavramı size ne ifade ediyor” şeklinde sorulan açık uçlu soruya verilen cevaplar tahlil edilmiştir.

**Tablo 4.3.1. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Bilgilendirmesine Yaklaşımlarının Dağılımı**

Hastaya bilgi verme konusunda aşağıdaki seçeneklerden hangisine veya hangilerine katılırsınız?*	N	%
Makul (ortalama) kişinin bilmek isteyeceği bilgiler verilmelidir	139	22,6
Aynı vakayla karşılaşan meslektaşların açıkladığı kadar bilgi verilmelidir	35	5,7
Hastanın bilmek isteyeceği ve önemli bulacağı bilgiler verilmelidir	152	24,7
Hastanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek bilgi dışındaki tüm bilgiler verilmelidir	82	13,3
Hastanın kendi sağlığı ile ilgili her türlü bilgi verilmelidir	205	33,3
Herhangi bir bilgilendirmeye gerek yoktur	3	0,4
<b>Toplam</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

\* Çoklu yanıtı soru olduğu için toplam N sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Tablo 4.3.1’de görüldüğü üzere doktor ve hemşirelerin hastayı bilgilendirme ölçütleri incelendiğinde; %33,3’ü hastayı ilgilendiren her bilginin verilmesini, %24,7’si öznel ölçütü, %22,6’sı makul kişi ölçütünü, %13,3’ü paternalist yapıda olan tedavi ayrıcalığı öğretisini ve %5,7’si meslektaş ölçütünü tercih ettiği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.3.2. Doktor ve Hemşirelerin Hasta Özerkliği Kavramına Yaklaşımları**

		Meslek (S7)						
		Doktor		Hemşire		Toplam		
Hasta özerkliği kavramı size ne ifade ediyor (20)		N	%	N	%	N	%	
Hastanın Karar Verme Gücüne Odaklananlar	S20	62	55,4	50	44,6	112	100	X <sup>2</sup> =14,373* P=,006 Φ <sub>c</sub> =,197**
Hak Temelli Bakış Açısına Sahip Olanlar	S7	62	34,6	50	25,9	112	30,1	
	S20	39	54,2	33	45,8	72	100	
	S7	39	21,8	33	17,1	72	19,4	

<b>Kavramın Önemine Vurgu Yapanlar</b>	S20	8	42,1	11	57,9	19	100
	S7	8	4,5	11	5,7	19	5,1
<b>İlgisiz Cevap Verenler</b>	S20	13	72,2	5	27,8	18	100
	S7	13	7,3	5	2,6	18	4,8
<b>Cevapsız</b>	S20	57	37,7	94	62,3	151	100
	S7	57	31,8	94	48,7	151	40,6
<b>Toplam</b>	S20	179	100	193	100	372	100

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.3.2’de görüldüğü üzere meslekler ile “Hasta özerkliği kavramı size ne ifade ediyor” şeklindeki soru arasında anlamlı ( $p=,006$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,197$ ) ilişki tespit edilmiştir. Doktor ve hemşirelerin %40,6’sı hasta özerkliği kavramı için hiçbir açıklama yazamamıştır. Cevap vermeyenlerin %31,8’i doktor, %48,7’sinin hemşireler olduğu görülmektedir. Hasta özerkliği kavramını açıklarken hastanın karar verme gücüne odaklananları (%30.1) incelediğimizde, %55,4’ü doktor, %44,6’sı hemşiredir. Doktorların %34,6’sı, hemşirelerin %25,9’u hastanın karar verme gücüne odaklanarak tanımlama yapmıştır. Hak temelli bakış açısıyla yaklaşanlara (%19,4) baktığımızda, %54,2’si doktor, yarıya yakını (%45,8) hemşiredir. Doktorların beşte biri (%21,8), hemşirelerin %17,1’i hak temelli yaklaşmıştır. Hasta özerkliği kavramının önemine vurgu yapanların (%5,1), %57,9’u hemşire, %42,1’i doktordur. Cevap verenlerin az bir kısmı ise (%4,8) kavramı doğru tanımlayamamıştır.

**Tablo 4.3.3. “Hasta Özerkliği Kavramı size ne ifade ediyor” Sorusuna “Hastanın Karar Verme Gücüne Odaklananların” Verdiği Cevaplar (Benzer Cevaplar Birleştirilmiştir)**

Hastanın kendi bedeni hakkında karar verebilmesi.
Her hasta kendi kararını hür iradesiyle verme hakkına sahiptir.
Hastaya yapılacak müdahale ve tedavilerle ilgili kendi kararını verebilmesi.
Hastanın kendi sağlığı, vücut bütünlüğü ile ilgili bağımsız olarak istediği kararı alabilmesi.
Hastanın beden ve ruh sağlığı ile ilgili konularda kendi özgür iradesi ile karar verebilmesidir.
Kendi bedeni üzerindeki kendi tasarrufu.
Hastanın fiziksel veya ruhsal bütünlüğüne yapılacak müdahalelere kendisinin karar vermesi.
Hastanın sağlığı ile ilgili verecek kararları tek maliki kendisidir.
Hastanın tedavi ve tıbbi müdahaleler için tercihte bulunma ve son kararı verebilme hakkına sahip olmasıdır.
Hastalar herhangi bir medikal problem durumunda hekimle birlikte değerlendirme yaptıktan, olumlu ya da olumsuz tüm açılardan değerlendirdikten sonra son kararı kendileri vermesidir.
Hastanın hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kendisi ile ilgili kararları kendisi vermesi.
Herhangi bir dış baskı olmada, hastanın kendine yönelik değerlendirme, düşünebilme, karar verebilme ve kararın uygulanması gibi genel durumlardır.

**Tablo 4.3.4. “Hasta Özerkliği Kavramı Size Ne İfade Ediyor?” Sorusuna “Hak Temelli Bakış Açısına Sahip Olanların” Verdiği Cevaplar (Benzer Cevaplar Birleştirilmiştir)**

Hasta haklarını ifade ediyor.
-------------------------------

Hastaya yapılacak tüm işlemleri sahip olduğu hakları ifade ediyor.
Hastadan işlem öncesi rıza alma.
Kendine yapılacak işlem hakkında onay vermesi.
Hastaya yapılacak tıbbi müdahalelerde hastanın rızası alınmalıdır.
Hastanın kendisine yapılacak müdahalelerde rıza gösterip-göstermeme özgürlüğünün olması.
Hastanın rızası olan tedavileri uygulamak, yapılacak işlemleri anlattıktan sonra rızasını istemek.
Hasta özerkliği denilince hastanın hastaneyi ve doktorunu seçebilme hakkı ve tedaviyi kabul ya da reddetme hakkının olduğunu anlıyorum.
Hastanın kendi durumunu ve yapılan tedaviyi anlayabilmesi ve bununla ilgili olumlu ya da red yönünde etkili olabilmesi.
Hastanın kendisine karşı uygulanacak müdahaleye karşı onay verebilmesi veya reddetmesi.
Bireye saygı, mahremiyete saygı, tedavi bakıma katılabilmesi, tedavide söz hakkının bulunabilmesi.
Hastanın kendi haklarını bilmesi ve kendisiyle ilgili yapılacak uygulamalar konusunda bilgilendirme ve söz sahibi olma hakkıdır diye düşünüyorum.

**Tablo 4.3.5. “Hasta Özerkliği Kavramı Size Ne İfade Ediyor?” Sorusuna “Kavramın Önemine Vurgu Yaparak” Verilen Cevaplar (Benzer Cevaplar Birleştirilmiştir)**

Kesinlikle olmalı.
Olmazsa olmaz bir konudur.
Birey olarak hastanın şuan ve yakın gelecekte sağlık amacıyla bile olsa hukuki olarak kararlarının geçerli olmasıdır.
Hastaya daha geniş ve isteğe uygun hizmeti alma olanağı sunar ve zarar görme riskini aza indirir.
Hasta bireyin gereksinimlerine göre sosyo-ekonomik durumu etnik ya da kültürel durumuna uygun hizmet alma hakkının olması.

**Tablo 4.3.6. “Hasta Özerkliği Kavramı Size Ne İfade Ediyor?” Sorusuna “İlgisiz Cevap Verenlerin” Verdiği Cevaplar (Benzer Cevaplar Birleştirilmiştir)**

Bilinci kapalı olduğunda ötenazi hakkı.
Onam aydınlatması.
Fazla abartılıyor.
Gereksiz.
Bu kavramın sadece belirli sosyo-kültürel düzeyde olan bilinçli hastalar için geçerli olduğunu düşünüyorum.
Tüm zihinsel fonksiyonları normal kişinin, ileride ortaya çıkabilecek – tıbbi çözümü olmayan durumlar için- karar vermesi.
Hastanın bilinci yerinde iken ileri dönemde sağlığı ile ilgili olabilecek konularda yapılmasını istediği talimatlarıdır.

#### **4.4. Doktor ve Hemşirelerin Genişletilmiş Özerklik ve İDHT Konusunda Bilgi Düzeylerine ve Yaklaşımlarına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde doktor ve hemşirelerin bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesi konusunda bilgi düzeylerinin dağılımı incelenmiştir.

**Tablo 4.4.1. Doktor ve Hemşirelerin Bilinci Kapalı Hasta İçin Karar Vericinin Kim Olduğuna Dair Görüşleri**

Hastanın Bilinci Kapandığı Durumda Hasta İçin Karar Verici Kim Olmalıdır? (S18)*	N	%
Kendi Doktoru	125	29,8

<b>Bir Başka Doktor</b>	5	1,2
<b>Doktorlardan Oluşan Bir Komisyon</b>	119	28,2
<b>Yasal Temsilci</b>	146	34,8
<b>İleriye Dönük Hasta Talimatı</b>	21	5,0
<b>Diğer</b>	4	1,0
<b>Toplam</b>	420	100,0

\*Çoklu yanıtli soru olduğu için toplam N sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Tablo 4.4.1’de görüldüğü üzere doktor ve hemşirelere bilinci kapalı hasta için karar verici kim olmalıdır diye sorulduğunda en çok yasal temsilci (%34,8) seçeneği işaretlenmiştir. İkinci ağırlıklı olarak kendi doktoru (%29,8), üçüncü olarak doktorlardan oluşan bir komisyon (%28,2) seçeneği işaretlenmiştir. Beş kişi bu soruyu cevapsız bırakmıştır. İDHT’nı işaretlenme oranı ise yalnızca %5,0’dır.

**Tablo 4.4.2. Doktor ve Hemşirelerin Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliğini Kullanabilmesine Yönelik Yaklaşımlarının Dağılımı**

<b>Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliğini Kullanabilmesini Nasıl Değerlendirirsiniz? (S19)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Mümkün değildir, sağlık çalışanı hasta için en doğru kararı verir.</b>	50	13,4
<b>Mümkün değildir, sadece yasal temsilci ile görüşülebilir/ rıza alınabilir.</b>	181	48,7
<b>Mümkündür, hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük talimat alınabilir.</b>	130	34,9
<b>Cevapsız</b>	11	3,0
<b>Toplam</b>	372	100,0

Tablo 4.4.2’ye bakıldığında bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesini, doktor ve hemşirelerin %62,1’i mümkün bulmamıştır, %48,7’si sadece yasal temsilci ile görüşülebileceğini/rıza alınabileceğini, %13,9’u ise sağlık çalışanının hasta için en doğru kararı vereceğini belirtmiştir. Katılımcıların %34,9’u ise hastanın özerkliğini kullanabilmesinin mümkün olduğunu ve hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük talimat alınabileceğini belirtmiştir. Doktor ve hemşirelerin büyük kısmı bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesini mümkün görmediği tespit edilirken, %34,9’unun İDHT alınabileceğini desteklediği görülmektedir.

**Tablo 4.4.3. Doktor ve Hemşirelerin Genişletilmiş Özerkliğe Yaklaşımlarının Dağılımı**

Özerkliğini kullanabilen bir hastadan bilinci kapalı olduğu döneme dair talimat alınarak, hastanın özerkliği genişletilmeli mi? (S21)	N	%
Evet	171	46,8
Hayır	73	20,0
Bazen	121	33,2
<b>Toplam</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.4.3'te doktor ve hemşirelerin hastanın özerkliğinin genişletilmesini nasıl değerlendirdiklerine bakıldığında; yaklaşık yarısı (%46,8) desteklemiş, %33,2'si bazı durumlarda genişletilebileceğini, %20'si hastanın özerkliğinin genişletilmemesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlık hizmet sunumunda genişletilmiş özerklik ilkesine ve bu bağlamda İDHT oluşturulmasına doktor ve hemşirelerin yaklaşık olarak yarısının destek verdiği görülmektedir.

**Tablo 4.4.4. Doktor ve Hemşirelerin İDHT'nın Mevzuatta Varlığına İlişkin Bilgi Durumu**

Genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan "ileriye dönük hasta talimatı" mevzuatımızda yer almakta mıdır? (S22)	N	%
Evet	64	17,2
Hayır	44	11,8
Bilmiyorum	257	69,1
Cevapsız	7	1,9
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.4.4'e göre katılımcılara "İleriye dönük hasta talimatı mevzuatımızda yer almakta mıdır?" sorusu yöneltildiğinde %69,1'i bilmiyorum, %17,2'si evet, %11,8'i hayır, cevabını vermiştir.

**Tablo 4.4.5. Doktor ve Hemşirelerin İDHT Hakkında Bilgi Düzeylerinin Dağılımı**

İleriye dönük hasta talimatı (tıbbi vasiyet) hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? (S23)	N	%
Çok kötü	24	6,5
Kötü	176	47,3
Orta	126	33,9
İyi	43	11,6
Çok iyi	1	0,2
Cevapsız	2	0,5
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.4.5'e göre doktor ve hemşirelerin yarıdan fazlası (%53,8) İDHT konusunda bilgi düzeyini zayıf, %33,9'u orta, %11,6'sı iyi olarak değerlendirmektedir. İki kişi bu soruya cevap vermemiştir.

**Tablo 4.4.6. Doktor ve Hemşirelerin İDHT Veren Hastayla Karşılaşma Durumunun Dağılımı**

İleriye dönük tıbbi vasiyet veren hastayla karşılaştınız mı? (S24)	N	%
Evet	36	9,7
Hayır	333	89,5
Cevapsız	3	0,8
<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.4.6'ya göre doktor ve hemşirelere "İleriye dönük tıbbi vasiyet veren hastayla karşılaştınız mı?" sorusu yöneltildiğinde %89,5'i daha önce böyle bir hastayla karşılaşmadığını, az bir kısmı (%9,7) ise karşılaştığını belirtmiştir. İDHT veren hastayla karşılaşanların bir kısmı yurt dışında görev yaptığı esnada karşılaştığını dile getirmiştir.

#### **4.5. Sağlık Hizmeti Sunumunda Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Bulgular**

Doktor ve hemşirelere yöneltilen sağlık hizmeti sunumu esnasında genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulanmasında aşağıdaki önermelere ne derecede katılırsınız sorusuna verilen cevapların puan ortalamaları Tablo 4.5.1.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.5.1. Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>ÖNERMELER</b>						
Hastanın özerkliğini kullanabilmesinde aydınlatılmış onam bir araç olmalıdır. (Soru 33)	N	%	A.O.	SS		
Kesinlikle katılmıyorum	10	2,7				
Katılmıyorum	16	4,4				
Kararsızım	32	8,8	3,991	0,872		
Katılıyorum	216	59,2				
Kesinlikle katılıyorum	91	24,9				
<b>Toplam</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>				
Cevapsız	7	1,9				

**Tablo 4.5.1. (Devamı) Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Hastanın kendi sağlığı ile ilgili bilmek istedikleri, sağlık çalışanı (doktor ve hemşire) için önemlidir. (Soru 34)	N	%	A.O.	SS
Kesinlikle katılmıyorum	11	3,0	3,937	0,862
Katılmıyorum	18	4,9		
Kararsızım	29	7,9		
Katılıyorum	236	64,0		
Kesinlikle katılıyorum	75	20,2		
<b>Toplam</b>	<b>369</b>	<b>100,0</b>		
Cevapsız	3	0,8		
Genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı (ileriye dönük hasta talimatı) mevzuatla ayrıntılı olarak belirlenmesi gereklidir. (Soru 43)	N	%	A.O.	SS
Kesinlikle katılmıyorum	10	2,7	3,918	0,878
Katılmıyorum	13	3,6		
Kararsızım	58	15,8		
Katılıyorum	201	54,9		
Kesinlikle katılıyorum	84	23,0		
<b>Toplam</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>		
Cevapsız	6	1,6		
Terminal dönemdeki hasta destek tedavisine muhtaç olsa bile, evinde ölmek isterse taburcu edilmelidir. (Soru 37)	N	%	A.O.	SS
Kesinlikle katılmıyorum	13	3,5	3,799	1,001
Katılmıyorum	26	7,0		
Kararsızım	73	19,8		
Katılıyorum	167	45,3		
Kesinlikle katılıyorum	90	24,4		
<b>Toplam</b>	<b>369</b>	<b>100,0</b>		
Cevapsız	3	0,8		
Sağlık çalışanının verdiği bilgi, hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkiler. (Soru 35)	N	%	A.O.	SS
Kesinlikle katılmıyorum	9	2,4	3,797	0,965
Katılmıyorum	33	8,9		
Kararsızım	64	17,3		
Katılıyorum	182	49,2		
Kesinlikle katılıyorum	82	22,2		
<b>Toplam</b>	<b>370</b>	<b>100,0</b>		
Cevapsız	2	0,5		
Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınmalıdır. (Soru 45)	N	%	A.O.	SS
Kesinlikle katılmıyorum	12	3,2	3,675	0,909
Katılmıyorum	31	8,4		
Kararsızım	67	18,1		
Katılıyorum	215	58,1		
Kesinlikle katılıyorum	45	12,2		
<b>Toplam</b>	<b>370</b>	<b>100,0</b>		

**Tablo 4.5.1. (Devamı) Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Toplam</b>	370	100,0		
<b>Cevapsız</b>	2	0,5		
<b>Özerkliğini kullanabilen hasta tedaviyi reddettiği zaman sağlık personeli her şartta hastanın kararına uymalıdır. (Soru 36)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	14	3,8		
<b>Katılmıyorum</b>	47	12,7		
<b>Kararsızım</b>	71	19,1	3,660	1,069
<b>Katılıyorum</b>	158	42,6		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	81	21,8		
<b>Toplam</b>	371	100,0		
<b>Cevapsız</b>	1	0,3		
<b>İleriye dönük hasta talimatı sağlık hizmetleri için rehber bir uygulamadır ve bilinci yerinde olan herkes tarafından verilmelidir. (Soru 44)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	8	2,2		
<b>Katılmıyorum</b>	28	7,6		
<b>Kararsızım</b>	93	25,2	3,655	0,871
<b>Katılıyorum</b>	194	52,6		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	46	12,5		
<b>Toplam</b>	369	100,0		
<b>Cevapsız</b>	3	0,8		
<b>Özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçeklerin tümü açıkça söylenmelidir. (Soru 27)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	20	5,5		
<b>Katılmıyorum</b>	47	12,9		
<b>Kararsızım</b>	70	19,2	3,6044	1,12697
<b>Katılıyorum</b>	147	40,4		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	80	22,0		
<b>Toplam</b>	364	100,0		
<b>Cevapsız</b>	8	2,2		
<b>Özerkliğini kullanabilen hasta, tedavisiyle ilgili son kararları mutlaka kendisi vermelidir. (Soru 41)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	16	4,3		
<b>Katılmıyorum</b>	51	13,7		
<b>Kararsızım</b>	68	18,3	3,582	1,058
<b>Katılıyorum</b>	173	46,6		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	63	17,0		
<b>Total</b>	371	100,0		
<b>Cevapsız</b>	1	0,3		
<b>Hastalar hayatlarının sonuna kadar kendi sağlık kararlarını verebilmelidir. (Soru 40)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	12	3,3		
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	12	3,3		
<b>Katılmıyorum</b>	56	15,2	3,493	1,008
<b>Kararsızım</b>	88	23,8		
<b>Katılıyorum</b>	164	44,4		

**Tablo 4.5.1. (Devamı) Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	49	13,3		
<b>Toplam</b>	369	100,0		
<b>Cevapsız</b>	3	0,8		
<b>DNR (yeniden canlandırma yapmama) talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir. (Soru 38)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	26	7,1		
<b>Katılmıyorum</b>	57	15,5		
<b>Kararsızım</b>	90	24,5	3,400	1,147
<b>Katılıyorum</b>	132	36,0		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	62	16,9		
<b>Toplam</b>	367	100,0		
<b>Cevapsız</b>	5	1,3		
<b>İleriye dönük talimatı bulunan bir hastanın bilinci kaybolduğu an yapılacak tıbbi işlemler için talimatlar değil yasal temsilcisinin kararı daha geçerli olmalıdır. (Soru 46)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	21	5,7		
<b>Katılmıyorum</b>	95	25,6		
<b>Kararsızım</b>	126	34,0	3,053	1,027
<b>Katılıyorum</b>	101	27,2		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	28	7,5		
<b>Toplam</b>	371	100,0		
<b>Cevapsız</b>	1	0,3		
<b>Sağlık çalışanı (doktor ve hemşire) daima hastanın isteklerine uymalıdır. (Soru 42)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	47	12,7		
<b>Katılmıyorum</b>	110	29,7		
<b>Kararsızım</b>	83	22,4	2,878	1,175
<b>Katılıyorum</b>	101	27,3		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	29	7,8		
<b>Toplam</b>	370	100,0		
<b>Cevapsız</b>	2	0,5		
<b>Hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şey yapılmalıdır. (Soru 32)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	44	11,9		
<b>Katılmıyorum</b>	126	34,1		
<b>Kararsızım</b>	72	19,5	2,843	1,169
<b>Katılıyorum</b>	100	27,0		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	28	7,6		
<b>Toplam</b>	370	100,0		
<b>Cevapsız</b>	2	0,5		
<b>Hastalar bedenleri üzerinde yapılacak uygulamalarda karar verici olarak doktoru görmelidir. (Soru 31)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>

**Tablo 4.5.1. (Devamı) Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Geniştirilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	52	14,0		
<b>Katılmıyorum</b>	153	41,2		
<b>Kararsızım</b>	54	14,6	2,671	1,164
<b>Katılıyorum</b>	89	24,0		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	23	6,2		
<b>Toplam</b>	371	100,0		
<b>Cevapsız</b>	1	0,3		
<b>Özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçekler bazen kısıtlanarak söylenmelidir. (Soru 26)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	70	19,1		
<b>Katılmıyorum</b>	118	32,2		
<b>Kararsızım</b>	73	19,9	2,651	1,204
<b>Katılıyorum</b>	82	22,3		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	24	6,5		
<b>Toplam</b>	367	100,0		
<b>Cevapsız</b>	5	1,3		
<b>Hastanın bilinci kapandığı zaman “yeni bir kişi” haline geleceği için önceden verdiği talimatlara uyulmamalıdır. (Soru 47)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	53	14,3		
<b>Katılmıyorum</b>	125	33,7		
<b>Kararsızım</b>	122	32,9	2,619	1,054
<b>Katılıyorum</b>	52	14,0		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	19	5,1		
<b>Toplam</b>	371	100,0		
<b>Cevapsız</b>	1	0,3		
<b>Sağlık çalışanı tek başına hasta için en iyi kararı veren kişidir. (Soru 39)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	73	19,7		
<b>Katılmıyorum</b>	154	41,6		
<b>Kararsızım</b>	79	21,4	2,400	1,065
<b>Katılıyorum</b>	50	13,5		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	14	3,8		
<b>Toplam</b>	370	100,0		
<b>Cevapsız</b>	2	0,5		
<b>Hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek teşhis hastadan gizlenmelidir. (Soru 28)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	107	29,2		
<b>Katılmıyorum</b>	106	29,0		
<b>Kararsızım</b>	71	19,4	2,398	1,213
<b>Katılıyorum</b>	64	17,5		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	18	4,9		
<b>Toplam</b>	366	100,0		
<b>Cevapsız</b>	6	1,6		
<b>Yasal temsilcisine, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, doktorunun takdirine bırakılmalıdır. (Soru 30)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>

**Tablo 4.5.1. (Devamı) Doktor ve Hemşirelerin Sağlık Hizmeti Sunumu Esnasında Genişletilmiş Özerklik İlkesinin Uygulanmasına Yönelik Katılım Durumları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	94	25,3		
<b>Katılmıyorum</b>	157	42,3		
<b>Kararsızım</b>	48	12,9	2,312	1,143
<b>Katılıyorum</b>	54	14,6		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	18	4,9		
<b>Toplam</b>	371	100,0		
<b>Cevapsız</b>	1	0,3		
<b>Hastaya, kendi sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, doktorunun takdirine bırakılmalıdır. (Soru 29)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>A.O.</b>	<b>SS</b>
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	111	30,2		
<b>Katılmıyorum</b>	139	37,9		
<b>Kararsızım</b>	53	14,4	2,253	1,182
<b>Katılıyorum</b>	41	11,2		
<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	23	6,3		
<b>Toplam</b>	367	100,0		
<b>Cevapsız</b>	5	1,3		

Doktor ve hemşirelerin en çok destekledikleri önermeler azalan şekilde Tablo 4.5.1’de gösterilmektedir. Soru 33’e verilen cevaplara bakıldığında; doktor ve hemşirelerin %84,1’i aydınlatılmış onamın, hastanın özerkliğini kullanabilmesinde araç olduğunu (3,991±0,872) belirtmektedir. Soru 34’e bakıldığında; benzer bir oranda doktor ve hemşire (%84,3) hastanın kendi sağlığıyla ilgili bilmek istediklerinin sağlık çalışanı için önemli olduğuna (3,937±0,862) ortalama ile katılmaktadır. Soru 43’e verilen cevaplar incelendiğinde; doktor ve hemşirelerin %77,9’u genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan İDHT’nın mevzuatla açık bir şekilde belirlenmesini (3,918±0,878) ortalama ile gerekli görmektedir. Bu oran konuyla ilgili mevzuatın şekillenmesi gerektiği noktasında önemli ipucu vermektedir. Soru 37’ye verilen cevaplara bakıldığında; doktor ve hemşirelerin %69,7’si terminal dönemdeki hasta destek tedavisine muhtaç olsa bile evinde ölmek istediğinde taburcu olmasına (3,799±1,001) ortalama ile hak vermeleri kayda değer olarak görülmektedir. Kişinin özerkliği ve aynı zamanda, ölüm sürecinde olan birinin isteklerinin değeri göz önüne alındığında bu sonuç oldukça önem kazanmaktadır. Özerkliği kullanma gücünün sahip olunan bilgiyle orantılı olduğu bilinmektedir. Soru 35’in cevapları incelendiğinde; katılımcıların %71,4’ü, doktor ve hemşirenin verdiği bilgi hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkilediğini (3,797±0,965) ortalama ile desteklemektedir.

Soru 45 incelendiğinde; doktor ve hemşirelerin %70,3'ü tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın önceden açıklamış olduğu isteklerinin göz önüne alınmalıdır önermesini (3,675±0,909) ortalama ile desteklediği görülmektedir. Soru 36 incelendiğinde; doktor ve hemşirelerin %64,4'ünün özerkliğini kullanabilen hasta tedaviyi reddettiği zaman sağlık personeli her şartta hastanın kararına uymalıdır önermesine (3,660±1,069) ortalama ile katıldığı görülmektedir. Soru 44 incelendiğinde; ileriye dönük hasta talimatı sağlık hizmetleri için rehber bir uygulamadır ve bilinci yerinde olan herkes tarafından verilmelidir önermesini katılımcıların %65,1'inin (3,655±0,871) ortalama ile desteklediği görülmektedir. Soru 27 incelendiğinde; doktor ve hemşirelerin %62,4'ünün özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçeklerin tümünün açıkça söylenmesini (3,604±1,126) ortalama ile desteklediği tespit edilmiştir. Soru 41 incelendiğinde; özerkliğini kullanabilen hasta, tedavisiyle ilgili son kararları mutlaka kendisinin vermelidir önermesine doktor ve hemşirelerin %63,6'sının, (3,582±1,058) ortalama ile katıldığı görülmektedir. Soru 40'a verilen cevaplara bakıldığında hastalar hayatlarının sonuna kadar kendi sağlık kararlarını verebilmelidir önermesine doktor ve hemşirelerin %57,7'sinin, (3,493±1,008) ortalama ile katıldığı görülmektedir. Soru 38'e verilen cevaplar incelendiğinde; DNR (yeniden canlandırma yapmama) talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir önermesine %52,9 oranında doktor ve hemşirenin, (3,400±1,147) ortalama ile katıldığı tespit edilmiştir. Soru 46 incelendiğinde; ileriye dönük talimatı bulunan bir hastanın bilinci kaybolduğu an yapılacak tıbbi işlemler için talimatlar değil yasal temsilcisinin kararı daha geçerli olmalıdır önermesine doktor ve hemşirelerin %34,7'sinin, (3,053±1,027) ortalama ile katılmakta olduğu ve benzer bir oranın da (%34) kararsız katılımcı olduğu bulunmaktadır.

Soru 42'ye verilen cevaplara bakıldığında; doktor ve hemşirenin daima hastanın isteklerine uymasını katılımcıların %42,4'si desteklememektedir ve verilen cevaplar (2,878±1,175) ortalama ile kararsızlığa yakındır. Soru 32'ye verilen cevaplara bakıldığında; hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şeyin yapılmasına doktor ve hemşirelerin %46,5'ı katılmamıştır ve verilen cevaplar (2,843±1,169) ortalama ile kararsız kalma durumuna yakındır. Soru 31'e verilen cevaplar incelendiğinde; hastalar bedenleri üzerinde yapılacak uygulamalarda karar verici olarak doktoru görmelidir önermesini

katılımcıların %55,2'si desteklememektedir ve verilen cevaplar (2,671±1,164) ortalama ile kararsızlığa yakındır. Soru 26'ya verilen cevaplar incelendiğinde; özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçekler bazen kısıtlanarak söylenmelidir önermesine doktor ve hemşirelerin %51,3'ü katılmamıştır ve verilen cevaplar (2,651±1,204) ortalama ile kararsızlığa yakındır.

Doktor ve hemşirelerin en az destekledikleri önermelere bakıldığında paternalist yaklaşımı niteleyen ifadeler olduğu görülmektedir. Bunlardan 29'uncu sorunun cevapları incelendiğinde hastaya kendi sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, doktorunun takdirine bırakılmalıdır ifadesinin (2,253±1,182) ortalama ve (%68,1) oranla destek bulmadığı görülmektedir. Soru 30 incelendiğinde yasal temsilcisine, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi doktorunun takdirine bırakılmalıdır önermesine (2,312±1,143) ortalama ve (%67,6) oranla katılım olmadığı görülmektedir. Soru 28'e verilen cevaplara bakıldığında (%58,2) paternalist yaklaşım olan tedavi ayrıcalığı öğretisini tanımlayan, hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek teşhis hastadan gizlenmelidir ifadesine (2,398±1,213) ortalama ile katılım olmamıştır. Aynı zamanda yine paternalist yaklaşım içeren soru 39'daki sağlık çalışanının tek başına hasta için en iyi kararı veren kişidir önermesine (2,400±1,065) ortalama ve (%61,3) oranla katılım olmadığı görülmektedir. İDHT'nin oluşturulmasında önemli bir tartışma konusu olan; soru 47'deki hastanın bilinci kapandığı zaman "yeni bir kişi" haline geleceği için önceden verdiği talimatlara uyulmaması gerektiğine dair önerme (%48) doktor ve hemşireler tarafından yeterli desteği alamamıştır (2,619±1,054). Ayrıca ciddi sayılabilecek bir oranda kararsız (%33,7) katılımcı bulunmaktadır.

#### 4.6. Doktor ve Hemşirelerin Genişletilmiş Özerklik İlkesi ve İDHT'ye Karşı Bilgi ve Tutumlarının Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Bulgular

**Tablo 4.6.1. Doktor ve Hemşirelerin Tecrübe Süresi İle İDHT'na Dair Mevzuat Bilgilerinin İlişkisi**

	Tecrübe Süresi (S9)										X <sup>2</sup> =21,440*
	0-5 Yıl		6-10 Yıl		11-20 Yıl		21+ Yıl		Toplam		
İDHT mevzuatımızda yer almakta mıdır? (S22)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Evet	S22	27	42,2	20	31,3	8	12,5	9	14,1	64	100

	<b>S9</b>	27	15,2	20	21,1	8	12,5	9	32,1	64	17,5	P=,002
<b>Hayır</b>	<b>S22</b>	17	38,6	7	15,9	12	27,3	8	18,2	44	100	$\phi_c=,171^{**}$
	<b>S9</b>	17	9,6	7	7,4	12	18,8	8	28,6	44	12,1	
<b>Bilmiyorum</b>	<b>S22</b>	134	52,1	68	26,5	44	17,1	11	4,3	257	100	
	<b>S9</b>	134	75,3	68	71,6	44	68,8	11	39,3	257	70,4	
<b>Toplam</b>		178	100	97	100	65	100	28	100	365	100	

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.1'de görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının tecrübe süreleri ve İDHT'nin Türkiye mevzuatında yer alıp almadığı konusundaki bilgileri arasında anlamlı ( $p=,002$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,171$ ) ilişki tespit edilmiştir. İDHT'nin mevzuattaki durumu hakkında bilgisi olmayanların yarıdan fazlası (%52,1) 0-5 yıl deneyime sahip olanlardır. İDHT'nin Türkiye mevzuatında yer aldığını düşünenler ise katılımcıların %17'sidir, %12'si ise yer almadığını düşünmektedir. En tecrübeli grubun %39,3'ünün konu hakkında bilgisi yoktur ve %32,1'i ise İDHT'nin mevzuatımızda yer aldığını düşünmektedir. Deneyim süresi düştükçe bilmiyorum cevabı artmaktadır. Yalnız tecrübe süresi 6-10 yıl arasında olanların %21,1'i, tecrübe süresi 21 yıl ve üzeri olanların %32,1'i İDHT'nin mevzuatımızda yer aldığını düşünmektedir. Yüksek tecrübeye sahip çalışanların azımsanmayacak oranı, İDHT'nin mevzuatımızda yer aldığını belirtmektedir.

**Tablo 4.6.2. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanı İle Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliği Kullanma Durumunun İlişkisi**

	Uzmanlık Alanı (S10)											
	Temel Bilimler		Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler		Hemşire		Toplam			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesini nasıl değerlendirirsiniz?(S19)</b>												
<b>Mümkün değildir, sağlık çalışanı hasta için en doğru kararı verir</b>	S19	2	4	15	30	8	16	25	50	50	100	
	S10	2	9,5	15	15	8	15,1	25	13,4	50	13,9	
<b>Mümkün değildir, sadece yasal temsilcisi ile görüşülebilir/rıza alınabilir</b>	S19	7	3,9	37	20,4	28	15,5	109	60,2	181	100	$X^2=17,52^*$
	S10	7	33,3	37	37	28	52,8	109	58,3	181	50,1	$P=,008$ $C=,156^{**}$
<b>Mümkündür, hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük talimat alınabilir</b>	S19	12	9,2	48	36,9	17	13,1	53	40,8	130	100	
	S10	12	57,1	48	48	17	32,1	53	28,3	130	36	
<b>Toplam</b>		21	100	100	100	53	100	187	100	361	100	

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.2'ye göre uzmanlık alanı ile bilinci kapalı hastanın özerkliği kullanabilmesine dair soru arasında anlamlı ( $p=,008$ ) ve düşük düzeyde ( $c=,156$ ) ilişki tespit edilmiştir. Bilinci kapalı hastanın özerkliğini, kullanmasının mümkün olduğunu ve ileriye dönük talimat bırakabileceğini belirtenlerin %40,8'i hemşire ve

%36,9'u ise dahili bilimler doktorudur. Cerrahi bilimlerde çalışan doktorların %32,1'i ileriye dönük talimat bırakabileceğini belirtirken, temel bilimlerde çalışan doktorların y %57,1'i ve dahili bilimlerde çalışan doktorların %48'i hastanın ileriye dönük talimat verebileceğini belirtmektedir. Hemşirelerin ise %28,3'ü hastanın ileriye dönük talimat verebileceğini düşünmektedir. Genel olarak bakıldığında en paternalist yaklaşıma hemşireler (%50) ve dahili bilimler (%30) doktorlarının sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.6.3. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanı İle Kişiyeye Rağmen Yararlı Olma Durumu Arasındaki İlişki**

	Uzmanlık Alanı (S10)										
	Temel Bilimler		Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler		Hemşire		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şey yapılmalıdır. (S32)</b>											
<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	S32	2	4,5	15	34,1	6	13,6	21	47,7	44	100
<b>Katılmıyorum</b>	S10	2	9,5	15	14,6	6	11,1	21	10,9	44	11,9
<b>Katılıyorum</b>	S32	6	4,8	50	39,7	16	12,7	54	42,9	126	100
	S10	6	28,6	50	48,5	16	29,6	54	28,1	126	34,1
<b>Kararsızım</b>	S32	2	2,8	20	27,8	12	16,7	38	52,8	72	100
	S10	2	9,5	20	19,4	12	22,2	38	19,8	72	19,5
<b>Katılıyorum</b>	S32	8	8	17	17	13	13	62	62	100	100
	S10	8	38,1	17	16,5	13	24,1	62	32,3	100	27
<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	S32	3	10,7	1	3,6	7	25	17	60,7	28	100
	S10	3	14,3	1	1	7	13	17	8,9	28	7,6
<b>Toplam</b>		21	100	103	100	54	100	192	100	370	100

\* Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.3'te görüldüğü üzere uzmanlık alanı ile hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şey yapılmalıdır önermesi arasında anlamlı ( $p=,006$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,159$ ) ilişki tespit edilmiştir. Dahili bilimler doktorlarının %63,1'i, cerrahi bilimler doktorlarının %39,7'si, temel bilimler doktorlarının %38,1'i ve hemşirelerin %39'u hastanın onayı olmasa dahi yararına olan her şeyin yapılabilmesini desteklememektedir. Destekleyenler ise temel bilim doktorlarının %52,4'ü, cerrahi bilim doktorlarının %37,1'i, dahili bilim doktorlarının ise %17,5'i, hemşirelerin ise %41,2'sidir. Sonuçlara bakıldığında paternalist yaklaşarak yararlılık ilkesini en fazla gözeten grubun temel bilimler doktorları ve onların ardından hemşireler olduğu göze çarpmaktadır.

**Tablo 4.6.4. Doktor ve Hemşirelerin Uzmanlık Alanı İle DNR Talimatına Bakış Arasındaki İlişki**

	Uzmanlık Alanı (S10)										
	Temel Bilimler		Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler		Hemşire		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>DNR (yeniden canlandırma yapmama) talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir. (S38)</b>											
<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	S38	1	3,8	3	11,5	5	19,2	17	65,4	26	100
	S10	1	5	3	2,9	5	9,4	17	8,9	26	7,1
<b>Katılmıyorum</b>	S38	2	3,5	8	14	9	15,8	38	66,7	57	100
	S10	2	10	8	7,8	9	17	38	19,8	57	15,5
<b>Kararsızım</b>	S38	5	5,6	21	23,3	8	8,9	56	62,2	90	100
	S10	5	25	21	20,6	8	15,1	56	29,2	90	24,5
<b>Katılıyorum</b>	S38	10	7,6	51	38,6	16	12,1	55	41,7	132	100
	S10	10	50	51	50	16	30,2	55	28,6	132	36
<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	S38	2	3,2	19	30,6	15	24,2	26	41,9	62	100
	S10	2	10	19	18,6	15	28,3	26	13,5	62	16,9
<b>Toplam</b>		20	100	102	100	53	100	192	100	367	100

\* Pearson Chi-Square \*\* Cramer's V

Tablo 4.6.4'te görüldüğü üzere uzmanlık alanı ile DNR (yeniden canlandırma yapmama) talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir önermesi arasında anlamlı ( $p=,002$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,167$ ) ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların %52,9'u DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmemesi gerektiği görüşündedir. Bu görüşte olanların büyük kısmını hemşireler ve dahili bilim doktorları oluşturmaktadır. Katılımcıların %22,6'sı DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu görüşte olanların ise büyük kısmını hemşireler ve cerrahi bilimler doktorları oluşturmaktadır. Yaklaşık olarak dörtte birlik (%24,5) bir kısım konu üzerinde kararsız kalmıştır. Konu hakkında yeterli bilginin olmaması ya da hasta özerkliği ve mevzuat arasında kalmak bunun sebebi olarak görülebilir.

**Tablo 4.6.5. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Bilinci Kapalı Hastanın Özerkliğini Kullanma Durumunun İlişkisi**

	Ünvan (S50)								
	Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesini nasıl değerlendirirsiniz?(S19)</b>									
<b>Mümkün değildir, sağlık çalışanı hasta için en doğru kararı verir</b>	S19	7	14	18	36	25	50	50	100
	S50	7	12,3	18	15,4	25	13,4	50	13,9
<b>Mümkün değildir, sadece yasal temsilcisi ile görüşülebilir/rıza alınabilir</b>	S19	22	12,2	50	27,6	109	60,2	181	100
	S50	22	38,6	50	42,7	109	58,3	181	50,1

<b>Mümkündür, hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük talimat alınabilir</b>	S19	28	21,5	49	37,7	53	40,8	130	100
	S50	28	49,1	49	41,9	53	28,3	130	36
<b>Toplam</b>		57	100	117	100	187	100	365	100

\*Pearson Chi-Square \*\*Contingency Coefficient

Tablo 4.6.5'e göre sağlık çalışanlarının ünvanı ile bilinci kapalı hastanın özerkliğinin olup olmaması durumu arasında anlamlı ( $p=,014$ ) ve düşük düzeyde ( $c=,183$ ) ilişki tespit edilmiştir. Bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanmasının mümkün olmadığını ve yasal temsilci ile görüşülebileceğini düşünenlerin %60,2'si hemşire, %27,6'sı araştırma görevlisi hekimdir. Mümkün olduğunu ve hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük talimat alınabileceğini düşünenlerin %40,8'i hemşire, %37,7'si araştırma görevlisi hekim ve %21,5'i öğretim üyesidir. Öğretim üyelerinin %49,1'i hastanın bilinci açıkken ileriye dönük talimat vererek bilinci kapandığında özerkliğini kullanabileceğini belirtmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerin %42,7'si mümkün olmadığını sadece yasal temsilciyle görüşülebileceğini, benzer bir oranı (%41,9) mümkün olduğunu ve hastadan bilinci açıkken ileriye doğru talimat alınabileceğini düşünmektedir. Hemşirelerin ise %58,3'ü mümkün olmadığını yasal temsilciyle görüşülebileceğini belirtmiştir.

**Tablo 4.6.6. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle İDHT'na Dair Mevzuat Bilgilerinin İlişkisi**

	Ünvan (S50)								
	Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan "ileriye dönük hasta talimatı" mevzuatımızda yer almakta mıdır? (S22)</b>									
<b>Evet</b>	S22	11	17,2	14	21,9	39	60,9	64	100
	S50	11	18,6	14	11,9	39	20,7	64	17,5
<b>Hayır</b>	S22	14	31,8	13	29,5	17	38,6	44	100
	S50	14	23,7	13	11,0	17	9,0	44	12,1
<b>Bilmiyorum</b>	S22	34	13,2	91	35,4	132	51,4	257	100
	S50	34	57,6	91	77,1	132	70,2	257	70,4
<b>Toplam</b>		59	100	118	100	188	100	365	100

\*Pearson Chi-Square \*\*Contingency Coefficient

Tablo 4.6.6'da görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının ünvanı ile İDHT'nın mevzuatımızda yer alıp almadığına dair bilgi düzeyleri arasında anlamlı ( $p=,009$ ) ve düşük düzeyde ( $c=,190$ ) ilişki tespit edilmiştir. İDHT'nın mevzuatımızda yer aldığını düşünenlerin, %60,9'u hemşiredir, %21,9'u araştırma görevlisi hekim, %17,2'si

öğretim üyesidir. Mevzuatımızda yer almadığını düşünenler benzer oranlarda öğretim üyesi (%31,8) ve hemşiredir (%38,6), %21,9'u ise araştırma görevlisi hekimdir. Bu konuda fikri olmayanların %51,4'ü hemşiredir. Öğretim üyelerinin, yarıdan fazlasının (%57,6) bu konuda herhangi bir bilgisi yoktur, azımsanmayacak bir kısmı ise (%18,6) İDHT'nın mevzuatımızda bulunduğunu düşünmektedir.

**Tablo 4.6.7. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle İDHT Konusunda Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki**

	Ünvan (S50)								
	Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam		
İleriye dönük hasta talimatı (tbbi vasiyet) hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? (S23)	N	%	N	%	N	%	N	%	
Çok Kötü	S23	0	0,0	11	45,8	13	54,2	24	100
	S50	0	0,0	11	9,2	13	6,8	24	6,5
Kötü	S23	33	18,8	74	42,0	69	39,2	176	100
	S50	33	55,9	74	62,2	69	35,9	176	47,6
Orta	S23	19	15,1	31	24,6	76	60,3	126	100
	S50	19	32,2	31	26,1	76	39,6	126	34,1
İyi	S23	6	14,0	3	7,0	34	79,1	43	100
	S50	6	10,2	3	2,5	34	17,7	43	11,6
Çok İyi	S23	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100
	S50	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	0,3
<b>Toplam</b>		59	100	119	100	192	100	370	100

$X^2=40,919^*$   
 $P=,000$   
 $\Phi_c=,235^{**}$

Tablo 4.6.7'de görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının ünvanı ile İDHT bilgi düzeyi arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c =,235$ ) ilişki tespit edilmiştir. İDHT hakkında bilgi düzeyini çok kötü olarak değerlendirenlerin %54,2'si hemşiredir; kötü olarak değerlendirenlerin ise %42'si araştırma görevlisi hekimdir. İyi düzeyde olarak belirtenlerin %79,1'i hemşiredir. Ünvana göre incelendiğinde; Öğretim üyelerinin %55,9'u bilgi düzeyini kötü ve %32,2'si orta düzeyde bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Araştırma görevlisi hekimlerin %71,4'ü, hemşirelerin ise %42,7'si İDHT konusunda bilgi düzeyini kötü olarak görmektedir.

**Tablo 4.6.8. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı ile Özerkliğini Kullanabilen Hastaya Tıbbi Gerçeklerin Tümü Açıkça Söylenmelidir Önermesine Katılım Arasındaki İlişki**

	Ünvan (S50)								
	Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam		
Özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçeklerin tümü açıkça söylenmelidir. (S27)	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Kesinlikle</b>	S27	4	20,0	2	10,0	14	70,0	20	100

$X^2=30,671^*$

<b>Katılmıyorum</b>	S50	4	6,8	2	1,7	14	7,4	20	5,5	P=,000 $\Phi_c=,205^{**}$
<b>Katılmıyorum</b>	S27	11	23,4	15	31,9	21	44,7	47	100	
	S50	11	18,6	15	12,8	21	11,2	47	12,9	
<b>Kararsızım</b>	S27	5	7,1	13	18,6	52	74,3	70	100	
	S50	5	8,5	13	11,1	52	27,7	70	19,2	
<b>Katılıyorum</b>	S27	20	13,6	61	41,5	66	44,9	147	100	
	S50	20	33,9	61	52,1	66	35,1	147	40,4	
<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	S27	19	23,8	26	32,5	35	43,8	80	100	
	S50	19	32,2	26	22,2	35	18,6	80	22,0	
<b>Toplam</b>		59	100	118	100	188	100	365	100	

\*Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.8'de katılımcıların ünvanları ile hastaya tıbbi gerçeklerin açıkça söylenmesi arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,205$ ) ilişki tespit edildiği görülmektedir. Araştırmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %74,3'ü, öğretim üyelerinin %66,1'i ve hemşirelerin %53,7'si tıbbi gerçeklerin açıkça söylenmesini desteklemektedir.

**Tablo 4.6.9. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Sağlık Çalışanının Yaptığı Bilgilendirmenin Hastanın Özerkliği Kullanma Gücünü Etkiler Önermesine Katılım Arasındaki İlişki**

		Ünvan (S50)								
		Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam		
Sağlık çalışanının verdiği bilgi, hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkiler. (S35)		N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	S35	0	0,0	4	44,4	5	55,6	9	100	$X^2=32,939^*$ $P=,000$ $\Phi_c=,211^{**}$
<b>Katılmıyorum</b>	S50	0	0,0	4	3,4	5	2,6	9	2,4	
	S35	5	15,2	8	24,2	20	60,6	33	100	
<b>Katılmıyorum</b>	S50	5	8,5	8	6,7	20	10,4	33	8,9	
<b>Kararsızım</b>	S35	3	4,7	14	21,9	47	73,4	64	100	
	S50	3	5,1	14	11,8	47	24,5	64	17,3	
<b>Katılıyorum</b>	S35	26	14,3	64	35,2	92	50,5	182	100	
	S50	26	44,1	64	53,8	92	47,9	182	49,2	
<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	S35	25	30,5	29	35,4	28	34,1	82	100	
	S50	25	42,4	29	24,4	28	14,6	82	22,2	
<b>Toplam</b>		59	100	118	100	192	100	370	100	

\*Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.9'a bakıldığında sağlık çalışanının verdiği bilgi hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkilemesi durumu ile katılımcıların ünvanları arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,211$ ) ilişki tespit edildiği görülmektedir. Sağlık çalışanının verdiği bilgi hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkilediğini desteklemiştir. Ünvana göre bakıldığında; öğretim üyeleri %86,5'i, araştırma görevlisi hekimlerin %78,2'si ve hemşirelerin %62,5'i, sağlık çalışanının verdiği bilginin hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkilediğini düşündüğü görülmektedir.

**Tablo 4.6.10. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Hastanın Sağlık Durumunu Olumsuz Etkileyebilecek Teşhis Hastadan Gizlenmelidir Önermesine Katılım Arasındaki İlişkisi**

		Ünvan (S50)							
		Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam	
Hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek teşhis hastadan gizlenmelidir. (S28)		N	%	N	%	N	%	N	%
Kesinlikle Katılmıyorum	S28	21	19,6	41	38,3	45	42,1	107	100
	S50	21	35,6	41	34,5	45	23,9	107	29,2
Katılmıyorum	S28	13	12,3	44	41,5	49	46,2	106	100
	S50	13	22	44	37	49	26,1	106	29
Kararsızım	S28	10	14,1	23	32,4	38	53,5	71	100
	S50	10	16,9	23	19,3	38	20,2	71	19,4
Katılıyorum	S28	12	18,8	11	17,2	41	64,1	64	100
	S50	12	20,3	11	9,2	41	21,8	64	17,5
Kesinlikle Katılıyorum	S28	3	16,7	0	0	15	83,3	18	100
	S50	3	5,1	0	0	15	8,0	18	4,9
<b>Toplam</b>		59	100	119	100	188	100	366	100

\*Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.10 incelendiğinde çalışanların ünvanı ile hastanın durumunu olumsuz etkileyecek teşhisin hastadan saklanması gerektiğine dair önerme arasında anlamlı ( $p=,002$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,183$ ) ilişki tespit edildiği görülmektedir. Hastanın durumunu olumsuz etkilese bile gizlenmesini, araştırma görevlisi hekimlerin %71,5'i, öğretim üyelerinin %57,6'sı ve hemşirelerin %50,0'ı desteklememektedir. Hemşirelerin %29,8'i, öğretim üyelerinin %25,4'ü, araştırma görevlisi hekimlerin ise %9,2'si hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyecek teşhisin hastadan gizlenmesi gerektiğini düşünmektedir.

**Tablo 4.6.11. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle Hastanın İzin Vermiş Olduğu Uygulamalar Arasında Yer Almasa Bile Hasta Yararına Olan Her Şey Yapılmalıdır Önermesine Katılım Arasındaki İlişkisi**

		Ünvan (S50)							
		Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam	
Hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şey yapılmalıdır. (S32)		N	%	N	%	N	%	N	%
Kesinlikle Katılmıyorum	S32	6	13,6	17	38,6	21	47,7	44	100
	S50	6	10,2	17	14,3	21	10,9	44	11,9
Katılmıyorum	S32	21	16,7	51	40,5	54	42,9	126	100
	S50	21	35,6	51	42,9	54	28,1	126	34,1
Kararsızım	S32	6	8,3	28	38,9	38	52,8	72	100
	S50	6	10,2	28	23,5	38	19,8	72	19,5
Katılıyorum	S32	18	18,0	20	20,0	62	62,0	100	100
	S50	18	30,5	20	16,8	62	32,3	100	27

<b>Kesinlikle</b>	S32	8	28,6	3	10,7	17	60,7	28	100
<b>Katılıyorum</b>	S50	8	13,6	3	2,5	17	8,9	28	7,6
<b>Toplam</b>		59	100	119	100	192	100	370	100

\*Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.11'de görüldüğü üzere katılımcıların ünvanı ile hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şey yapılmalıdır önermesi arasında anlamlı ( $p=,003$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,177$ ) ilişki tespit edilmiştir. Öğretim üyelerinin %45,8'i, araştırma görevlisi hekimlerin %57,1'i ve hemşirelerin %39,0'ı hastanın izin vermiş olduğu uygulamaların dışına çıkılmaması gerektiğini düşünmektedir. Doktor ve hemşirelerin %34,6'sı izni olmasa dahi hasta yararına olan her şeyin yapılması gerektiğini belirtmektedir. Böyle belirtenler öğretim üyelerinin %44,1'i, araştırma görevlisi hekimlerin %19,3 ve hemşirelerin %41,2'sidir.

**Tablo 4.6.12. Doktor ve Hemşirelerin Ünvanı İle DNR Talimatına Bakış Arasındaki İlişki**

	Ünvan (S50)								
	Öğretim Üyesi		Araştırma Görevlisi Hekim		Hemşire		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>DNR (yeniden canlandırma yapmama) talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir. (S38)</b>									
<b>Kesinlikle</b>	S38	2	7,7	7	26,9	17	65,4	26	100
<b>Katılmıyorum</b>	S50	2	3,5	7	5,9	17	8,9	26	7,1
<b>Katılmıyorum</b>	S38	13	22,8	6	10,5	38	66,7	57	100
	S50	13	22,8	6	5,1	38	19,8	57	15,5
<b>Kararsızım</b>	S38	7	7,8	27	30	56	62,2	90	100
	S50	7	12,3	27	22,9	56	29,2	90	24,5
<b>Katılıyorum</b>	S38	24	18,2	53	40,2	55	41,7	132	100
	S50	24	42,1	53	44,9	55	28,6	132	36
<b>Kesinlikle</b>	S38	11	17,7	25	40,3	26	41,9	62	100
<b>Katılıyorum</b>	S50	11	19,3	25	21,2	26	13,5	62	16,9
<b>Toplam</b>		57	100	118	100	192	100	367	100

\*Pearson Chi-Square \*\*Cramer's V

Tablo 4.6.12'de görüldüğü üzere katılımcıların ünvanı ile DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir önermesi arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=198$ ) ilişki tespit edilmiştir. Öğretim üyelerinin %61,4'ü, araştırma görevlisi hekimlerin %66,1'i, hemşirelerin %42,1'i DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmemesi gerektiği görüşündedir. Katılımcıların %22,6'sı DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Müdahale edilmemesi gerektiğini düşünenlerin ünvana göre dağılımı; öğretim üyelerinin %26,3'ü ve

hemşirelerin %28,7'si, araştırma görevlisi hekimlerin ise %10,0'ı şeklindedir. Katılımcıların yaklaşık olarak dörtte biri (%24,5) kararsız kalmıştır.

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma doktor ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda genişletilmiş özerklik ve onun uygulama alanı olan İDHT konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır ve örneklemini %51,9'u hemşire, %48,1'i doktor olmak üzere 372 kişi oluşturmaktadır. Hastanın özerkliğinin korunmasıyla doğrudan ilişkili olan hasta hakları ve etik konusunda doktor ve hemşirelere yöneltilen soruların cevapları öncelikli olarak incelenecektir.

Araştırmaya katılan doktorların çoğunluğu (%78,8) tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunu bağımsız ders olarak almıştır. Bu oran tıpta uzmanlık eğitimi olan yerlerde tıp etiği eğitiminin verilme oranından (%41,8) daha yüksek bulunmuştur (Çiçek ve ark., 2006). Bunun sebebi çalışmanın daha güncel olması olarak görülebilir. Araştırmamıza katılan doktorların hasta hakları dersini alma durumlarına bakıldığında önemli bir kısmının (%38) hiç almadığı tespit edilmiştir. Bu oran tıpta uzmanlık eğitiminin olduğu yerlerde hasta hakları eğitiminin verilme oranına (%41,1) yakındır (Çiçek ve ark., 2006). Çalışmalar arasında zaman farklı olmasına rağmen tıp eğitiminde hasta hakları konusunda değişimin olmadığı görülmektedir.

Araştırmada doktorların yarıdan fazlasının (%54,2) hasta hakları konusunda bilgisinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Yürümez ve ark.'nın (2010) yaptığı araştırmada ise daha yüksek bir oranda doktor (öğretim üyelerinin %37,7'si, araştırma görevlisi hekimlerin %63,5'i) hasta hakları bilgi düzeyini yeterli bulmamaktadır. Topbaş ve ark. (2005) doktorların hasta hakları bilgi düzeylerini %60 olarak saptamış ve bu düzeyin hekimler için olması gerekenin altında olduğunu belirtmiştir. Tez araştırmasında doktorların hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırmada doktorların az bir kısmı (%34,1) HHY'yi okumuştur. Özer ve Günay'da (2007) araştırmalarında benzer bir oranda (%32,3) doktorun HHY'yi okuduğunu tespit etmiştir. Uzun zaman geçmiş olmasına rağmen yakın sonuçlara ulaşılmamasının sebebi tıp eğitiminde hasta hakları konusundaki eksikliğin devam ettiğini düşündürmektedir.

Etik karar verebilme üzerine eğitimin etkisinin incelendiği çalışmalarda, eğitimin etik karar verebilme üzerine olumlu etkisinin olduğu vurgulanmıştır (Gül ve

ark., 2013; Numminen ve Leino-Kilpi, 2007). Tez araştırmasına katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%80,2) etik dersi aldığı görülmektedir. Hemşirelerin yarısından biraz fazlası (%51,6) tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunu bağımsız ders olarak almıştır ve çoğunluğu (%65,1) tıp etiği bilgisini mesleki diplomayı aldığı okulda ve önemli bir oranı (%20,7) ise hizmet içi eğitimlerden edinmiştir. Fırat ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin tamamının etik eğitim aldığı, hemen hemen yarısının eğitimi (%49,50) okuldan ve hizmet içi eğitimlerden (%46,30) aldığı belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada hemşirelerin %74'ü hemşirelik etiği hakkında ders almıştır. Yurttaş ve ark. (2014) araştırmalarında hemşirelerin %37,3'ünün hemşirelikte etik, %12,9'unun deontoloji dersi aldığını tespit etmiştir. Akbaş ve Tuncer'in (2014) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %20'sinin etik/deontoloji dersini ayrı bir ders olarak, %30'unun ise hemşirelik tarihi dersi ile birlikte aldığı tespit edilmiştir. Güncel çalışmalarda etik dersi alan hemşirelerin daha fazla olduğu görülmektedir. Tez araştırmasında olduğu gibi diğer çalışmalarda da etik konusudna bilgi edinilmesinde mesleki eğitimin alındığı okul ve hizmet içi eğitimin başrol oynadığı görülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun (%82,1) hasta hakları dersi aldığı tespit edilmiştir. Teke ve ark.'nın (2007) çalışmasında ise daha düşük bir oranda (%55) hemşirenin hasta hakları eğitimi aldığını belirtmiştir. Tez araştırmasında hasta hakları dersi alanların daha fazla bulunması güncel olmasından kaynaklı olabilir. Yine tez araştırmasında hemşirelerin yarısından fazlasının (%56,5) hasta hakları konusunda bilgilerinin iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kavak ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmada ise daha yüksek oranda (%64,3) hemşirenin hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Tez araştırmasında ise hemşirelerin yarıya yakını hasta hakları bilgisini (%48,7) hizmet içi eğitim ile edindiği vurgulamaktadır. Kılıçarslan ve ark.'nın (2012) araştırması ise sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının (%74,4) hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç olduğunu tespit etmektedir. Bu sonuç tez araştırmasından elde edilen verileri destekler niteliktedir.

Hizmet sunumundan doğrudan etkilenen hasta, doktorun tercihleri ile karşı karşıyadır ve yalnız kendi tercihini gösterecek kadar da bilgiye sahip değildir. Bu noktada hastaya gerekli bilgiyi sağlama görevi de doktora düşmektedir. Hastanın

özerkliğini kullanmasında sağlık çalışanından aldığı bilgi birincil öneme sahiptir bu yüzden aydınlatılmış onam sürecinde verilen bilginin niteliği önemlidir. Bu araştırmada doktor ve hemşirelerin hastayı bilgilendirme yaklaşımları incelendiğinde; %33,3'ü hastayı ilgilendiren her bilginin verilmesini, %24,7'si öznel ölçütü, %22,6'sı makul kişi ölçütünü, %13,3'ü paternalist yapıda olan tedavi ayrıcalığı öğretisini ve %5,7'si meslektaş ölçütünü tercih ettiği tespit edilmiştir. Kılıçarslan ve ark.'ın (2012) yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %60,6'sı hastaya bilgi vermek için harcanan zamanın sıradaki hastaya haksızlık olduğuna ve %57,1'i tıbbi müdahaleden önce hastanın rızasının alınmasının işleri zorlaştıracağını düşünmektedir. Turla ve ark.'nın (2005) hastalar üzerinde yaptığı araştırmasında kendisine ameliyatı konusunda açıklama yapıldığını beyan edenlerinin çoğunluğu (%74,2) yapılan açıklamanın ayrıntılı olmayıp “tatmin edici düzeyde bulunmadığını” ifade etmiş, %83'ünün ameliyat sonrası yaşamlarında olabilecek değişiklikler konusunda ve %75,2'sinin ise ameliyat türü ve bölgesi konusunda bilgisi olmadığı anlaşılmıştır. Gül ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada hasta bilgilendirmesiyle ilgili şu ifadeler dile getirilmiştir: “Aydınlatılmış onam cerrahi servisinde karşılaştığımız en büyük etik sorundur. Ne ameliyatla ilgili bir bilgi verilir, ne tanısı ile ilgili bilgi verilir. Ne de ameliyatın riskleri hakkında bilgi verilir. Sözde alınmış olan bir aydınlatılmış onam vardı ve hasta tamamen ihlal edilir”. Tez araştırmasında katılımcıların hastanın kendi bedeni üzerindeki sahipliğini önemseyen bir bilgilendirmeyi tercih etmesi, diğer çalışmalarda gözlenen paternalist yaklaşımdan farklılık göstermektedir.

Bu araştırmada doktor ve hemşirelere bilinci kapalı hasta için karar verici kim olmalıdır diye sorulduğunda en çok yasal temsilci (%34,8) seçeneği işaretlenmiştir. İkinci ağırlıklı olarak kendi doktoru (%29,8), üçüncü olarak doktorlardan oluşan bir komisyon (%28,3) seçeneği işaretlenmiştir. İDHT'nı işaretlenme oranı ise yalnızca %5'tir. Cevaplar incelendiğinde doktor ve hemşirelerin bilinci kapalı hasta için yasal temsilciyi karar verici olarak gördükleri tespit edilmiştir, ancak diğer yandan kendi doktoru ve doktorlardan oluşan bir komisyonun karar vermesini tercih edenler olmak üzere doktorun karar verici olmasını belirtenlerin oranı daha fazladır. Bu yüzden bilinci kapalı hasta için karar verici öncelikli olarak doktor ve ardından yasal temsilcinin öne çıktığı görülmektedir. Davenson ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada ise kişiler karar verme yeteneğini kaybettiğiniz durumda sağlık hizmeti

kararlarını kimin almasını istersiniz sorusuna “kendim, karar verme yeteneğimi kaybetmeden önce isteklerimi belirtirim, örneğin yaşayan irade” cevabını işaretleyen Belçikada halkın %24’ü, İngiltere’de %61’i, Almanya’da %83, İtalya’da %47, Hollandada %18, İspanya’da %38’dir. Ülkelerin genelinde ise kişiler %44 oranında kendi kararını kendisi vermek istemiştir. Bunun ardından %62’si eşi ya da partneri, %48’si diğer yakınları, %24’ü doktoru, %5’i arkadaşının vermesini istemiştir (çoklu şık işaretlendiğinden yüzde hesabı uyuşmamaktadır). Tez araştırmasında doktor ve hemşireler bilinci kapalı hasta için kararın daha çok doktora bırakılmasını tercih etmiştir. Diğer ülkelerde ise halkın karar verme yetisini kaybettiği durumlarda da kendi kararını kendisi vermek istediği tespit edilmiştir. Araştırma yapılan kitleler aynı olmasa da bilinci kapalı kişi için karar verici seçimindeki düşünce farklılığının temelinde İDHT’nın yasayla açıkça desteklenmiş olması ve halkın bu konuda bilgilendirilmiş olmasının yattığı düşünülmektedir.

Ayırt etme gücünden yoksun kişi için alınacak kararlarda insan onurunun korunması, özerkliğe saygı ve ölçülülük başlıca esaslar haline gelmiştir. Özellikle muhtemel iradenin belirlenmesinde yasal temsilcinin somut verilere dayanamaması ya da çelişkiye düşmesi halinde hastanın kendi esenliğinin hangi yönde bir kararla desteklendiği belirlenmelidir. Bilinci kapalı hastanın muhtemel iradesi paternalist olmayan bir şekilde yorumlanmalı ve somutlaştırılmalıdır (Yücel, 2018).

Elçigil ve ark. (2011) hemşirelerin yaşadıkları etik ikilemleri incelemiş ve 37 farklı etik ikilemden, “hastaların yararına en doğru kararı verirken karşılaşılan etik ikilemlerin” altıncı sırayı aldığını tespit etmiştir. Sağlık çalışanları hastanın yararını koruma çabasını gözetirken özerkliğini çiğneyebilmektedir ve kimi zaman doktorlar hastanın sağlık durumunu kötü etkileyebilecek bilgileri ya da teşhisi hastadan gizleme eğilimindedirler. Bu durumu Veatch (2010) “tedavi ayrıcalığı öğretisi” olarak tanımlamaktadır. HHY madde 19’da yer alan “Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.” ifadesi de tedavi ayrıcalığı öğretisi ile uyuşmaktadır. Bu bağlamda tez araştırmasında sağlık çalışanlarının ünvanı ile hastanın durumunu olumsuz etkileyecek teşhisin hastadan gizlenmesi gerektiğine dair önerme arasında anlamlı ( $p=,002$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,183$ ) ilişki tespit edilmiştir. Hemşirelerin beşte üçü

(%29,8), öğretim üyelerinin dörtte biri (%25,4), araştırma görevlisi hekimlerin ise az bir kısmı (%9,2) hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyecek teşhisin hastadan gizlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerin paternalist yapıdaki tedavi ayrıcalığı öğretilerinden daha uzak olduğu görülmektedir. Toygar ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada görev ile bilgilendirme alt boyutu puan ortalamaları arasında hemşirelerden kaynaklı anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Tanrıverdi ve Özmen'in (2011) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%71) "Hastanın moralini bozarak hastalığını arttırabilecek nitelikte kötü bir durum söz konusu ise, hastadan teşhisi saklanabilir." önermesini olumlu olarak değerlendirmiştir. Fakat hemşirelerde olumsuz cevap verenlerin sayısı diğerlerine nazaran daha yüksektir. Balseven Odabaşı ve Örnek Büken'in (2009) çalışmasına göre hastaların büyük çoğunluğu (%85,3), tedavisi olmayan ileri dönem kanser tanısı aldıklarında, ailenin hastaya söylenmesini istemediği durumlarda bile, tanının öncelikle kendisine söylenmesini istemektedir. Ayrıca ailenin kanser tanısının hastaya söylenmesini istememesine rağmen, hekimin bu bilgiyi hastasına her durumda vermesi gerektiği ile ilgili ifadeye hastaların %85'i, hekimlerin %54'ü katılıyor yanıtını vermiştir. Tez çalışmasındaki sonuçların diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği dikkat çekmektedir.

Hastaya müdahalenin onama tabii tutulması, hastanın bilgilendirme ve kabul/red gibi haklarının olması kendi kaderini tayin hakkı ve kendi bedeni üzerindeki sahipliğinden gelmektedir. Bunların özünde ise özerklik kavramı yatmaktadır. Hasta özerkliği hem taraf olunan uluslararası sözleşmelerde hem de Türkiye mevzuatında desteklenmektedir. Bu bağlamda katılımcılara yöneltilen, "Hasta özerkliği kavramı size ne ifade ediyor" sorusu ile meslekler arasında anlamlı ( $p=,006$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,197$ ) ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının (%45,4) hasta özerkliği kavramını açıklayamamış olması dikkate değer bir ayrıntı olarak görülmektedir. Diğer yarısı ise hastanın kendi bedeni üzerindeki sahipliğinin bilincindedir ve hastanın karar verme gücüne odaklanma (%30,1) ve hastanın hakları temelinde (%19,4) açıklama yapmıştır. Gül ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada hemşireler en çok çelişki yaşadıkları konular arasında hastanın temel haklarından olan özerklik ve mahremiyete saygıyı da belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastanın özerkliğine saygı gösterilmediği yönünde ifadeler kullanılmıştır. Bu sonuçlardan farklı olarak yapılan bir çalışmada hemşirelerin özerklik, yarar

sağlama ve bütüncül yaklaşım etik duyarlıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Köktürk Dalcalı ve Şendir, 2016). Bir diğer çalışmada ise hemşirelik lisans düzeyi etik eğitimde öncelikle benimsetilmek istenilen değerlerin; zarar vermeme (%43,3), yarar sağlama (%40), insan haklarına saygı (%40), özerkliğe saygı (%40) olduğu tespit edilmiştir.

İDHT derinlemesine incelemesi genişletilmiş özerklik ilkesinde yer almaktadır. Genişletilmiş özerklik, kişinin karar verme yetisi olduğu durumda geleceğe yönelik aldığı kararların karar verme yetisini kaybettiği dönemde geçerli olması olarak açıklanmaktadır (Veatch, 2010). Doktor ve hemşirelerin ünvanı ve uzmanlık alanı ile bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesine dair soru arasında anlamlı ve düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların %36'sı bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesinin mümkün olduğunu ve hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük talimat alınabileceğini düşünmektedir. Yaklaşık yarısı ise (%46,8) hastanın özerkliğinin genişletilmesi gerektiğini düşünmektedir. Putman Casdoph ve ark.'nın (2009) çalışmasında yetkinliklerini kaybetmeleri durumunda tıbbi tedaviye etki edebilmeleri hastalar için önemlidir önermesine hemşireler tarafından yeterli katılım olmamıştır.

Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin dörtte üçünden fazlası (%77,9) genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan İDHT'nın mevzuatla ayrıntılı bir şekilde belirlenmesini ( $3,91\pm 0,87$ ) ortalama ile gerekli görmektedir. Bu oran konuyla ilgili mevzuatın şekillenmesi gerektiği noktasında önemli ipucu vermektedir. Ohio'da hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcılar İDHT, yasanın tıbbın uygulamalarına haksız bir şekilde uzatılmasını temsil eder önermesine ( $1,85\pm 0,81$ ) ortalama ile katılmamıştır (Lipson ve ark., 2004). Virjinya'da Putman Casdoph ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada hemşireler, İDHT, yasanın tıbbın uygulanmasına haksız bir şekilde uzatılmasını temsil eder ifadesine ( $2,36\pm 0,90$ ) ortalama ile katılmamıştır. Brezilya'da yapılan bir çalışmada doktorların (%89,1) ve diğer sağlık çalışanlarının (%77,99) çoğunluğu yaşayan irade (living will) ile ilgili yasa oluşturulmasını desteklemiş ve böylece kendilerini daha güvende hissedeceklerini belirtmiştir (Chehuen Neto ve ark., 2015). Daha farklı bir sonuç olarak Fransa'da İDHT'nın yasal olarak bağlayıcı olmasına karşın yoğun bakım ünitesindeki doktorların bunu karmaşık bir süreç olarak algıladıkları tespit edilmiştir

(Jouffre ve ark., 2018). Tez araştırması ve yapılan çalışmalar İDHT'nin mevzuatla desteklenmesinin önemli olduğu noktasında örtüşmektedir. Fakat uygulama noktasında zorluklar olduğu da göze çarpmaktadır.

İDHT'de hastanın bilinci kapanmadan önceki beyanlarının dikkate alındığı görülmektedir. Bu çalışmada doktor ve hemşirelerin çoğu (%70,3), tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın önceden açıklamış olduğu isteklerinin göz önüne alınmasını ( $3,675 \pm 0,909$ ) ortalama ile desteklemiştir. HHY madde 24'te açıkça bildirilmiş olan bu ifadeye katılımın yüksek olması dikkat çekicidir. Kanada'da yapılan bir çalışmada doktorların yaklaşık %90'ı hastaların artık karar verme yetilerinin yerinde olmadığı dönemler için İDHT'yi dikkate alacağını bildirmiştir (Hughes ve Singer, 1992). Japonya'da yapılan bir çalışmada ise doktorların yarıdan fazlası (%55) bilinci kapalı hastalar için İDHT'nin kullanımını desteklemiştir (Masuda ve ark., 2003). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%72,5) İDHT'yi oldukça yararlı bulmuştur (Bergman Evans ve ark., 2008). İspnya'da yapılan bir çalışmada doktorların çoğunluğunun hastaların karar verme sürecine katılmadıkları sırada İDHT'yi dikkate alacağı tespit edilmiştir (Simon Lorda ve ark., 2008). Ayrıca konunun önemi, hastanın haysiyetine ve özerkliğine saygı göstermenin yanı sıra, ailelerin ve sağlık çalışanlarının yaşam sonu bakımla ilgili karşılaştığı etik sorunları azaltmanın bir kanıtı olarak ortaya çıkmıştır (Cogo ve Lunardi, 2015). Tez araştırması sonuçlarının diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir, bu da artık genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulamaya dökülerek hastanın bilinci kapandığı durumlar için İDHT bırakmasının hem Türkiye hem de uluslararası literatürde desteklendiğini göstermektedir.

Türk hukukunda eş zamanlı gerçek iradenin bağlayıcılığı açısından müdahale sırasında bilinci açık olan ve olmayan hastalar arasında yapılan ayırım İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine uygun değildir. Hastanın özerkliğinin yeterliğini kaybettikten sonra dahi korunabilmesi için gerçek ve muhtemel iradenin hangi şartlarda tanınacağı, bağlayıcı olacağı açıkça belirlenmesi yasal düzenlemeyle temin edilmelidir (Yücel, 2018).

Doktor ve hemşirelerin ünvanı ile İDHT bilgi düzeyi arasında anlamlı ( $p=,000$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c =,235$ ) ilişki tespit edilmiştir. Öğretim üyelerinin

yarıdan fazlası (%55,9), araştırma görevlisi hekimlerin büyük bir kısmı (%71,4), hemşirelerin ise yaklaşık beşte ikisi (%42,7) İDHT bilgi düzeyini kötü olarak görmektedir. Genel olarak bakıldığında katılımcıların yarıdan fazlası (%53,8) İDHT konusunda bilgi düzeyini zayıf olarak değerlendirmiştir. Chehuen Neto ve ark.'nın (2015) Brezilya'da yaptığı araştırmada yakın bir oranda (%62,2) sağlık çalışanının İDHT hakkında bilgiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Portekiz'de Silva ve ark.'nın (2014) yaptığı araştırmada ise hemşirelerin büyük bir kısmının İDHT konusunda bilgisinin (%96,4) ve deneyiminin (%95) olmadığı tespit edilmiştir. Jezewski ve ark. (2007) farklı bir sonuç olarak, ABD'de onkoloji hemşirelerinin İDHT bilgisine ilişkin yüksek puanlar bulmuştur. Lipson ve ark. (2004) Ohio'da hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, İDHT'nin tanımlanması ile ilgili soruların %95-%99 aralığında doğru cevaplandığını tespit etmiştir. Tez araştırması sonuçlarının İDHT yasal olsada uygulamada aktif kullanılmayan ülkelerle yakın olduğu, İDHT'nin aktif uygulama alanı bulunduğu ülkelerle ise farklılık gösterdiği göze çarpmaktadır. Aradaki fark, konunun uygulamaya döküldüğünde daha net öğrenileceğinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların beşte üçünden fazlası (%65,1), “ileriye dönük hasta talimatı sağlık hizmetleri için rehber bir uygulamadır ve bilinci yerinde olan herkes tarafından verilmelidir” önermesini ( $3,655 \pm 0,871$ ) ortalama ile desteklemiştir. Ledoux ve ark. (2013) çalışmasında doktor ve hemşirelerin beşte üçü (%62) hastaya saygı, tedavinin sınırlandırılması, karar verme ve yaşam sonu diyaloguna teşvik etme gibi nedenlerle İDHT'na destek verirken, kalan beşte ikilik kısım hastanın bilişsel bozukluğu ve bilgi eksikliği, yaşam sonu ve yaşamı tehdit eden durumları konuşmanın zorluğu gibi nedenlerle desteklememiştir. Kanada'da İDHT'nın kimlerin oluşturulması gerektiği ile ilgili olarak yapılan bir araştırmada doktorların %96'sı terminal dönem hastaları, % 95'i kronik hastalıkları, % 85'i immün yetmezliği, virüs enfeksiyonları olan kişiler, % 77'si 65 yaş üstü kişilerin ve %43'ü tüm yetişkinlerin hazırlaması gerektiğini düşünmektedir (Hughes ve Singer, 1992).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tecrübe süreleri ve İDHT'nın Türkiye mevzuatında yer alıp almadığı konusundaki bilgileri arasında anlamlı ( $p=,002$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,171$ ) ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun (%69,1) İDHT'nın mevzuatımızda olup olmadığına dair bilgisi

yoktur. Katılımcılardan 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olanların daha fazla bilgisi olduğu tespit edilmiştir. Coffey ve ark.'da (2016) hemşirelerin tecrübe süreleri ile İDHT bilgisi arasında anlamlı ilişki bulmuş ve 21 yıldan fazla deneyime sahip olanların İDHT bilgisinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Chehuen Neto ve ark.'nın (2015) Brezilya'da yaptığı araştırmada gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ve araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunun (%82,1) Brezilya'daki İDHT ile ilgili yasal düzenlemeden haberi olmadığı tespit edilmiştir. Fransa'da yapılan bir araştırmada da doktor ve hemşirelerin çoğu (%60) İDHT ile ilgili yasal çerçeveye aşina olmadıklarını bildirmiştir (Ledoux ve ark., 2013). Jezewski ve ark. (2007), ABD'de onkoloji hemşirelerinin İDHT'na ilişkin Devlet Yasası hakkındaki bilgi puanlarının düşük olduğu tespit etmiştir. Benzer şekilde Walerius ve ark. (2009) ve Putman Casdorff ve ark. (2009) araştırmasında da hemşirelerin, İDHT konusundaki mevzuat bilgisi düşük puan almıştır. Yalnız diğer ülkelerle karşılaştırıldığı zaman ABD'deki hemşirelerin İDHT bilgi ve deneyiminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Coffey ve ark., 2016). Ülkemizde İDHT'nin yasal düzenlemeye kavuşması gerektiği açıkça görülmektedir. Yücel (2018) bu konunun Türk Medeni Kanunu içinde vesayet kısmında "Vesayeti Gerektiren Haller" başlığından hemen önce düzenlenebileceğini önermektedir.

Genellikle İDHT'de ele alınan "yaşamı sürdüren" tedavilerin merkezi bir bileşeni olarak, DNR talimatı ile ilgili kararlar, yaşam sonu tedavi tercihlerinde önemli bir husustur (Triplett v ark., 2008). Katılımcıların uzmanlık alanı ve ünvanı ile "DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir" önermesi arasında anlamlı ( $p=,002$ ) ve düşük düzeyde ( $\phi_c=,167$ ) ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%52,9) DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmemesi gerektiği görüşündedir. Bu görüşte olanların büyük kısmını hemşireler ve dahili bilim doktorları oluşturmaktadır. Öğretim üyelerinin yaklaşık olarak beşte üçü (%61,4), araştırma görevlisi hekimlerin beşte üçünden fazlasını (%66,1) ve hemşirelerin beşte ikisinden fazlası (%42,1) DNR talimatı olan hasaya müdahale edilmemesini desteklemiştir. Gül ve ark. (2016) çalışmasında hemşirelerin bakım verirken yaşamın sonuna ilişkin uygulamalar ve etik ilkelerle ilgili sorunlarla karşılaştıkları tespit edilmiştir. Ayrıca ülkemizde DNR yasal olmamasına rağmen uygulamada ortaya çıktığını, doktorların tedavinin kâğıt üzerinde görünüp sonrasında kesilmesi yönünde istekte bulunabildiği, bilinci kapalı hastanın yakınlarının fikrinin alınması gerektiği

yalnız bununda yapılmadığı belirtilmiştir. Kuvaki ve ark. (2014) araştırmasında doktorların yarıya yakını (%46) Türkiye’de DNR talimatının yasal olup olmadığını bilememektedir. DNR talimatı verilecek bir olgu için literatürde “slow code” olarak adlandırılan ve KPR’yi etkili bir şekilde yapmama ile ilgili görüşleri sorulduğunda doktorların %46’sı daha önce bunu yaptığını ve %47’si bu uygulamayı etiğe aykırı bulduğunu belirtmiştir. Ayrıca doktorların yarıya yakını (%45) çalıştığı serviste DNR talimatı verildiğini ve önemli bir kısmı (%70) daha önce DNR talimatı verdiğini belirtmiştir. Bu bağlamda tez araştırmasında ki sonuçların literatürle örtüştüğü görülmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitiminde mesleğin icrasında gerekli olan, bilgi, beceri, meslek kuralları, hasta hakları ve etik özellikler tanımlanmalıdır. Bilgi ve beceri değerlerle bütünleştirildiği zaman tutum aşaması gerçekleştirilmiş olmaktadır (Çiçek ve ark., 2006). Bu açıdan etik ve hasta hakları konularında alınan eğitimler büyük bir nitelik taşımaktadır. Çalışmaya katılan hemşire ve doktorların cevaplarına bakıldığında doktorların çoğunluğunun etik dersi aldığı ve buna paralel bir oranda doktorun ise etik bilgisini mesleki eğitim aldığı okuldan edindiği görülmektedir. Doktor ve hemşireler mesleklerini icra ederken etik ikilemler yaşayabilmekte ve çoğunlukla söz konusu başka bir insanın hayatı üzerinde karar verici durumda bulunmaktadırlar. Bu yüzden doktor ve hemşirelerin hangi davranışı etik olarak benimsedikleri önemlidir. Doğru bir etik anlayış nitelikli bir eğitimden geçmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun etik dersi alması olumludur ancak almayan kesiminde etik ikilemlerde kalacağı bilinmektedir. Bu çalışmada mesleki eğitimdeki etik derslerinin önemi vurgulanırken çalışılan kurumdaki hizmet içi eğitiminde önemli bir rol oynadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların hasta hakları bilgisini mesleki eğitim aldıkları okuldan edinme oranları, hasta hakları dersini alma oranlarıyla paralel şekilde düşmüştür. Hemşirelerin çoğunluğunun hasta hakları dersini aldıkları düşünüldüğünde, yarıya yakınının hizmet içi eğitimlerden bilgi edinmiş olması normal görünmemektedir. Burada hemşirelerin aldığı hasta hakları eğitimini sorgulamak gerektiği söylenebilir. Doktorların ise önemli bir kısmı hasta hakları dersini hiç almadığı için, hasta hakları konusundaki bilgilerini okudukları yayınlar ve katıldıkları programlardan ve hizmet içi eğitimlerden edinmiş olmaları normal görünmektedir. Doktorların çoğunluğunun

HHY'yi hiç okumadığını, hemşirelerin ise bir kez okuduğu görülmektedir. Bu çalışmada doktor ve hemşirelerin hasta hakları eğitiminde eksiklikler olduğu ve bilgi düzeylerinin daha da artırılması gerektiği tespit edilmiştir. Doktorların hastaya doğrudan müdahale eden kişiler olduğu düşünüldüğü zaman, mesleki eğitimde muhatabının hakları konusunda bilgi edinmemiş ve ilgili mevzuatı okumamış olması önemli sorunlara sebep olabilir.

Hastanın özerkliğini kullanmasında iyi bir bilgilendirmenin gerekli ve önemli olduğu göz önüne alındığında hastayı ilgilendiren her bilginin verilmesini ve öznel ölçüte göre bilgilendirme yapılmasını destekleyenler aynı zamanda hastanın özerkliğini de desteklemiş olmaktadır. Bu yüzden doktor ve hemşirelerin yarından fazlası hasta özerkliğini destekler nitelikte bilgilendirme yapma taraftarıdır. Ayrıca tedavi ayrıcalığı öğretisine ve meslektaş ölçütüne göre bir bilgilendirme yolu izleyen doktor ve hemşirenin oranının daha az olması paternalist yapıdan sıyrılmaya başladığını göstermektedir.

İDHT konusunda öncelikli bilgisi olması ve halkı bilgilendirmesi gereken kesim sağlık çalışanlarıdır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının bilinci kapalı hasta için karar verici olarak çoğunlukla doktoru görmesi, İDHT bilgi düzeyinin düşük olmasından ve mevzuatta açık bir şekilde yer almamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Sonuçlar incelendiğinde hastanın özerkliğine rağmen doktor ve hemşirelerin dikkate değer bir kısmının paternalist yaklaşımlarını sürdürerek hastanın durumunu olumsuz etkileyecek teşhisin gizlenmesini öngören tedavi ayrıcalığı öğretisini desteklediği görülmektedir. Hastanın kendi hakkında her türlü bilgiyi edinmeye hakkı vardır ve bilgilendirilip bilgilendirilmeme tercihi de yine hastaya bırakılmalıdır.

Literatürde hastanın özerkliğinin genişletilmesiyle ilgili birçok araştırma mevcuttur (Sokolowski, 2018; Quante, 2017; Dube, 2015; Olick, 2014; LaFollete, 2013; Coggon ve Miola, 2011; Harris, 2011; Veatch, 2010; Chin, 2002; Dworkin, 1993; Beauchamp ve Childress, 2001; Cantor, 1992). Ülkemizin taraf olduğu uluslararası bildirgelerde (WMA, 1995; WMA, 2005) bilinci kapalı hastanın haklarından ve önceden açıkladığı isteklerinin dikkate alınmasına değinmektedir.

Ayrıca HHY madde 24'te bilinci kapalı hastanın önceden açıklanan isteklerinin göz önüne alınması gerektiği açıkça belirtilmiştir. Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesi önermesine katılımlarının düşük olması bilgi eksikliğinden kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Diğer yandan önemli bir kısmının hasta özerkliğinin genişletilmesine destek vermesi ise üzerinde durulması gereken bir sonuçtur.

Ülkemiz mevzuatında İDHT'ye uygun ifadelerin geçmesine rağmen açıkça belirtilmemiş olmasının yanında ayrıntılı bir düzenlemenin yokluğu uygulamaya geçilmesini zorlaştırmaktadır. Araştırma sonuçları aslında sağlık çalışanlarının mevzuatın şekillenmesine ilişkin taleplerini ifade etmektedir ve İDHT'nin pozitif bir hak olarak desteklenmesi gerektiğinin altı çizilmektedir.

Çalışmamızda doktor ve hemşirelerin İDHT'nin mevzuatımızda olup olmadığına dair tam bir bilgisi bulunmadığı tespit edilmiştir. İDHT'nin mevzuatımızda yer aldığını belirtenlerin ise HHY'nin 24. maddesini göz önüne alarak cevap verdiği düşünülebilir. Sağlık hizmet sunumunda ve İDHT oluşturulmasında önemli bir role sahip olan doktor ve hemşirelerin İDHT konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların DNR talimatı olan hastaya müdahale edilmemesi yönündeki cevaplarının yüksekliği sağlık çalışanlarının hasta özerkliğinin genişletilmesine olumlu baktıklarını ortaya koymaktadır. Her ne kadar var olan mevzuata uygun olmasa da sağlık çalışanlarının bakış açılarının farklı olduğu görülmektedir.

Doktor ve hemşirelerin genişletilmiş özerklik ilkesi/İDHT konusunda bilgi düzeyleri ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tasarlanan çalışmada, uluslararası literatürde yoğun tartışılan İDHT'nin katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından bilinmemesi bu konuda daha hızlı adımlar atılması gerektiğini göstermektedir. Veri toplama esnasında yapılan görüşmelerde katılımcıların çoğu bu uygulamanın sağlık hizmetlerini daha nitelikli hale getireceğini dile getirmiştir. Mevzuatta hem hasta özerkliğini destekleyen hem de paternalist yaklaşımı gözetken ikilemlerin olması sağlık çalışanlarının davranışlarında da tutarsızlığı getirdiği görülmektedir.

Paternalist düşünce anlayışından sıyrılmaya çalışıldığı görülürken hemşirelerin doktorlardan daha paternalist olduğu göze çarpmaktadır. Katılımcıların

yarıdan fazlası hastanın özerkliğini gözetme çabasında olduğu tespit edilmiştir. Yalnız doğrudan hasta özerkliği kavramı sorulduğunda cevap veren kesim yarının altında kalmıştır. Doktor ve hemşirelerin hastanın kendi bedeni üzerindeki sahipliğini destekledikleri tespit edilmiştir. Yalnız bunu nasıl uygulamaya dönecekleri konusunda bilgilerinin eksik olduğu görülmektedir. Bu noktada hasta hakları eğitimlerinin yetersizliği ve katılımcıların bilgi seviyelerinin düşüklüğü bunun nedeni olarak görülmektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık hizmeti sunumunda genişletilmiş özerklik ve onun uygulama alanı olan ileriye dönük hasta talimatı ile ilgili şu önerilerde bulunulabilir:

1. Doktor ve hemşirelere, gerek mezuniyet öncesi gerekse de mezuniyet sonrası etik ve hasta hakları eğitimi, hem teorik hem de pratik olarak verilmelidir. Eğitimler belli bir zaman içerisinde güncellenerek sürmelidir.
2. Uluslararası literatürde hastanın özerkliğinin yalnızca tedaviyi kabul ve red hakkından ibaret olmadığı kabul edilmişken araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin yaklaşık yarısının hasta özerkliği kavramını tam anlamıyla açıklayamaması önemli bir veridir. Hastanın özerkliğinin sağlık çalışanı tarafından korunması gereken bir hak olduğu her türlü eğitim toplantı ve bilimsel etkinliklerde daha açık anlatılabilir.
3. Hastanın bilinci kapandığı dönemler için kendi adına karar verici vekili atadığı SBDVY düzenlemesi oluşturulabilir.
4. Tedavi ayrıcalığı öğretisini destekleyen HHY madde 19 vb. düzenlemeler sağlık çalışanının paternalist yaklaşmasını güçlendirmektedir. Bu ve benzer düzenlemeler hasta özerkliğine saygı çerçevesinde yeniden gözden geçirilebilir.
5. HHY madde 24'te geçen İDHT'nin daha detaylı bir halde hukuk sisteminde yer alması sağlanabilir.
6. İDHT konusunda bilgi ve farkındalığın artırılması için ülke çapında farklı bilimsel etkinliklerin düzenlenmesi faydalı olabilir. Ayrıca doktor ve hemşirelerin eğitim süreçlerine genişletilmiş özerklik ilkesi ve bu ilkenin uygulama aşaması olan İDHT konuları daha fazla dahil edilmelidir.

7. DNR talimatıyla ilgili daha açık ifadelerin mevzuatımızda yer alması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- Advance Health Care Directive Living will My Legally Binding Will And Directives Regarding Medical Treatment, Care, Death And Dying. *Dialog Ethic* 2012 <http://www.dialog-ethik.ch/> (09.04.2018)
- Andorno R., Biller-Andorno N., Brauer S. Advance Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy?. *European Journal of Health Law*. 2009; 16: 207-227.
- A Declaration On The Promotion Of Patients' Rights In Europe. The World Medical Association. 1994. Amsterdam.
- Akçiçek F., Akbulut G., Aykar FŞ., Şahin S. Tıbbi Vasiyet Çalıştay Raporu. Tepecik Hastanesi Yayınları. 2017. İzmir.
- Akbaş M., Tuncer İ. Lisans Düzeyindeki Hemşirelik Okullarında Etik Eğitiminin Durumu. *DEUHYO ED*. 2014; 7(3): 206-211.
- Aksu, T. ve Akyol, A. İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*. 2011; 19 (1): 16-24.
- Annas G J. Patients' Rights Movement. *Encyclopedia of Bioethics*. Ed: W T Reich. The Free Press. 3<sup>th</sup> Edition. New York. 2004. 1201-1206.
- Annas G J. The Rights of Patients. *Humana Press*. 2<sup>th</sup> Edition. Totowa. 1992. New Jersey.
- Andorno B., Brauer S. Advance Directives From A Cross-Cultural Perspective. *Bioethics*. 2010; 24(3): 1-4.
- Arenson CA., Novielli KD., Chambers CV., Perkel RL. The Important Of Advance Directives In Primary Care. *Models Of Ambulatory Care*. 1996; 23(1): 67-81.
- Atkinson J M. Advance Directives in Mental Health Theory, Practice and Ethics. Jessica Kingsley Publishers. 2007. London.
- Atıcı E. Kanser Tıp Etiği Bağlamında Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2008; 16: 127-138
- Aubry R. End-Of-Life, Euthanasia, And Assisted Suicide: An Update On The Situation In France. *Revue Neurologique*. 2016; 172: 719-724.
- Aydın E. Tıp Etiği. Güneş Kitabevi. 2006. İstanbul.
- Aydın E. Tıp Etiğinde Özerkliğe Saygı İlkesi. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2003; 25(2): 92-107.
- Aw D., Hayhoe B., Smajdor A., Bowker LK., Conroy SP., Myint PK. Advance Care Planning and The Older Patient. *Q J Med*. 2012; 105: 225-230.
- American Living Will Registry 2013. <http://www.alwr.com/> (12.10.2017)
- Balseven Odabaşı A., Örnek Büken N. Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009; 29(5): 1041-1054.
- Bauman Z. Sosyolojik Düşünmek. Ayrıntı Yayınları. Çeviren: Yılmaz A. 9. Baskı. 2013. İstanbul.
- Beauchamp, T L., Childress, J F. Principles of Biomedical Ethics. 4. Baskı. Oxford University Press. 1994. New York.
- Beauchamp, T L., Childress, J F. Principles of Biomedical Ethics. 5. Baskı. Oxford University Press. 2001. New York.
- Bergman Evans B., Kuhnel L., McNitt D., Myers S. Uncovering Beliefs and Barriers: Staff Attitudes Related to Advance Directives. 2008; 25(5): 347-353.
- Bosma H., Johnston M., Wainwright W., Abernethy N., Feran A., Kelley ML., Nelson F. Creating Social Work Competencies for Practice in Hospice Palliative Care. *Palliative Medicine*. 2010; 24(1): 79-87.
- Berofsky, B. Liberation From Self. Cambridge University Press. 1995. Cambridge.

- Buchanan AE., Brock DW. Deciding For Others The Ethics Of Surrogate Decision Making. Cambridge University Press. 1990. Cambridge.
- Brauer, S., N. Biller-Andorno, and R. Andorno. Country Reports On Advance Directives. Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich. 2008. Switzerland.
- Brown BA. The History of Advance Directives. Journal of Gerontological Nursing. 2003; 29(9): 4-14.
- Brock, D. W. Informed Consent. D. Ed: Van De Veer & T. Regan. Health Care Ethics: An Introduction. Temple University Press. 1987. Philadelphia. s: 98-126.
- Cantor N L. Advance Directives And The Pursuit of Death With Dignity. Indiana University Press. 1993. USA.
- Capron AM. Advance Directive. A Companion To Bioethics. Ed: Kuhse H. ve Singer P. Willey-Blackwell. 2009. Singapore. s: 299-312.
- Chin J J. Doctor-patient Relationship: from Medical Paternalism to Enhanced Autonomy. Singapore Med J. 2002; 43(3): 152-155.
- Chehuen Neto, J. A., Ferreira, R. E., Silva, N. C. S., Delgado Á, H. A., Tabet, C. G., Almeida, G. G., & Vieira, I. F. (2015). Living will: What do healthcare professionals think about it? Revista BioÁtica. 2015; 23(3): 572-582.
- Cogo SB., Lunardi VL. Anticipated Directives And Living Will For Terminal Patients: An Integrative Review. Rev Bras Enferm. 2015; 68(3): 464-74.
- Coggon J., Miola J. Autonomy, Liberty, And Medical Decision-Making. Camb Law J. 2011; 70(3): 523-547.
- Cotter VT., Spriggs M., Razzak R. Advance Care Planning in Elderly Stage Dementia. The Journal for Nurse Practitioners. 2018; 14(3): 142-147.
- Coffey A., McCarthy G., Weathers E., Freidman MI., Gallo K., Ehrenfeld M., Chan S., Li WHC., Poletti P., Zanotti R., Molloy W., Mcglade C., Fitzpatrick Joyce J. Nurses' Knowledge Of Advance Directives and Perceived Confidence In End-Of-Life Care: A Crosssectional Study in Five Countries. International Journal of Nursing Practice. 2016; 22(3): 247-257.
- Çiçek C., Terz, C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli İki Araştırma ve Karşılaştırmalı Sonuçları). Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2006. Ankara.
- Davenson BA., Bausewein C., Murtagh FE., Calanzani N., Higginson IJ., Harding R., Cohen J., Simon ST., Deliens L., Bechinger-English D., Hall S., Koffman J., Ferreira PL., Toscani F., Gysels M., Ceulemans L., Haugen DF., Gomes B. To Be Involved Or Not To Be Involved: A Survey Of Public Preferences For Self-Involvement In Decisionmaking Involving Mental Capacity (competency) Within Europe. Palliative Medicine. 2013; 27(5): 418-427.
- Davis NS. A Heavenly Collaboration: Social Workers and Churches Working to Increase Advance Directive Completion among African American Elderly. Journal of Human Behavior in the Social Environment. 2013; 23(4): 462-474.
- Demirhan Erdemir A. Tıp Etiğinde Esaslar İlkeler, Haklar ve Hekim-Hasta Bağlamında İlişkileri. İstanbul Tıp Kitabevi. 2015. İstanbul.
- Dresser RS. A Recent Statement Occurs In Her Missing Persons: Legal Perceptions of Incompetent Patients. Rutgers Law Review. 1994a; 46(2): 609-719.
- Dresser R. Advance Directives Implications for Policy. Special Supplement Hasting Center Report. 1994b; 24(6): 2-5.
- Dube M., McCarron A., Nannini A. Advance Care Planning Complexities for Nurse Practitioners. The Journal for Nurse Practitioners. 2015; 11(8): 766-773.
- Dünya Tabipler Birliği. Tıp Etiği El Kitabı. Çeviren: Civaner M. 3. Baskı. 2015. Bursa.
- Dünya Tabipler Birliği 34'üncü Genel Kurulu, Eylül-Ekim 1981, Lizbon-Portekiz (Lizbon bildirgesi)
- Doukas DJ. Advance Directive. The International Encyclopedia of Ethics. Ed: LaFollette H. Willey Blackwell. 2013. USA. s. 80-86.

- Dworkin R. Law's Empire A Matter of Principle Taking Rights Seriously. Alfred A. Knopf. 1993. New York.
- Dworkin, G. The theory and practice of autonomy. Cambridge University Press. 1988. Cambridge.
- Dworkin, G. Liberation from self: A theory of personal autonomy. Journal of Philosophy. 1997; 94: 212-216.
- Enguidanos S., Ailshire J. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences. Journal of Pain and Symptom Management. 2017; 53(1): 49-55.
- Ekore R I., Bolatito L A., Ekore J., Ajayi I. Paternalism and the Utilization of Advance Care Directives. Palliative Care & Medicine. 2012; 2(7): 2-4.
- Elçigil A., Bahar Z., Beşer A., Mızrak B., Bahçelioğlu D., Demirtaş D., Özdemir D., Özgür E., Yavuz H. Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik Ekilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(2): 52-60.
- Evans N., Bausewein C., Menaca A., Andrew EVW., Higginson IJ., Harding R., Pool R. Gysels M. A Critical Review Of Advance Directives In Germany: Attitudes, Use And Healthcare Professionals' Compliance. Patient Education and Counseling. 2012; 87: 277-288.
- Ersoy N., Aydın E. Tıbbi Etikte "Yararlılık İlkesi". T Kim Tıbbi Etik. 1994; 2: 57-60.
- Faden RR., Beauchamp TL. A History and Theory of Inform Consent. Oxford University Press. 1986. Toronto.
- Fırat B., Karataş G., Barut A., Metin G., Sarı D. Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. DEUHFED. 2017; 10 (4): 229-235.
- Fletcher J. Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man. The Hansting Center. 1972; 2(5): 1-4.
- Fegg M., Lehner M., Simon ST., Gomes B., Higginson I., Bausewein C. Was beeinflusst Entscheidungen am Lebensende? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2015; 10(58): 118-1123.
- Fromm E. Sağlıklı Toplum. Çeviren: Salman Y. Tanrısever Z. Payel Yayınevi. 5. Baskı. 2014. İstanbul.
- Goldworth, A. Informed Consent Revisited. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1996; 5: 214-220.
- Geller G., Strauss M., Bernhardt BA., Holtzman NA. Decoding Informed Consent Insights from Women Regarding Breast Cancer Susceptibility Testing. Hasting Center Report. 1997; 27(2): 28-33.
- Gillon R. Autonomy and principle of respect for autonomy. British Medical Journal. 1985; 290(6484): 1806-1808.
- Gözler K. Temel Hak ve Hürriyetler. Ekin Kitabevi Yayınları. 2000. Bursa.
- Gözler K. Anayasa Hukukunun Genel Teorisi: Cilt II. Ekin Basım Yayın Dağıtım. 2011. Bursa.
- Guinn KK., Winston CR. Advance Directives and Individuals With Disabilities. Disability and Health Journal. 2018; 11: 6-7.
- Guo B., Harstall C. Advance Directives for End-of-Life Care in the Elderly – Effectiveness of Delivery Modes. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. 2004: Canada.
- Gümüş A T. Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme Hakkı. Eğitim Kitabevi. 2010. Konya.
- Gül Ş., Duru-Aşiret G., Bayrak-Kahraman B., Devrez N., Örnek-Büken N. Etik Dersi Alan ve Almayan Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013;1: 23-31.
- Gül Ş., Kuzuca G., Yalım YY. Hemşirelerin Etik Eğitiminin Meslek Hayatına Yansımaları Konusundaki Görüşleri. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2016; 3(29): 85-97.
- Haman EA. The Complete Living Will Kit. Sphinx Publishing. 2006. USA.

- Harris D M. Ethics In Health Services And Policy A Global Approach. Jossey-Bass. 2011. San Francisco.
- Hakeri H. 2014. Tıp Hukuku. Seçkin Yayıncılık. 8. Baskı. Ankara.
- Heyman JC. Social Workers' and Nurses' Attitudes Toward the Health Care Proxy. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care. 2008; 4(1): 57-74.
- Horkheimer M. Akıl Tutulması. Çeviren. Koçak O. Metis Yayıncılık. 2016. İstanbul.
- Hughes DL., Singer PA. Family Physicians' Attitudes Toward Advance Directives. CAN MED ASSOC J. 1992; 146(11): 1937-1944.
- Hunsaker AE., Mann A. An Analysis of the Patient Self-Determination Act of 1990. Journal of Human Behavior in the Social Environment. 2013; 23(7): 841-848.
- Institute Of Medicine 2014 <http://www.ahaphysicianforum.org> (10.12.2017)
- Inoue M., Ihara E., Terrillion A. Making Your Wishes Known: Who Completes an Advance Directive and Shares It With Their Health Care Team or Loved Ones?. Journal of Applied Gerontology. 2017; 00(0): 1-17.
- İslamoğlu AH. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Beta Basım. 2009. İzmit.
- İngiltere Kalp NHS Vakfı Vakfı v JB 2014 137 BMLR 232. <http://www.mentalhealthlaw.co.uk> (12.20.2017)
- Jahn Kassim PN., Alias F. Advance Healthcare Directives: The Emerging Global Trends and Shari'ah Perspectives. World Applied Sciences Journal. 2017; 35(8): 1490-1496.
- Jezewski MA., Feng JY. Emergency Nurses' Knowledge, Attitudes, And Experiential Survey On Advance Directives. Applied Nursing Research. 2007; (20): 132-139.
- Jouffre S., Ghazal J., Robert R., Reignier J., Albarracin D. Personalizing Patients' Advance Directives Decreases the Willingness of Intensive Care Unit Residents to Stop Treatment: A Randomized Study. 2018; 20(20): 1-4.
- Jox RJ. Revocation of Advance Directive. Advance Directive. Ed: Lack P., Andorno B N. Brauer S. Springer. 2014. New York. s. 73-91.
- Kaboğlu İÖ. Özgürlükler Hukuku. Afa Yayınları. 1993. İstanbul.
- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi (Kavramlar - İlkeler - Teknikler). Nobel Akademik Yayıncılık. 18. Baskı. Ankara. 2008.
- Kavak M., Çoşkunçelebi Ş., Taşova Değerli M., Bozkuş A. Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2014; 1(2): 141-145.
- Kılıçarslan N., Taşkın Yılmaz F., Tarım M. Hasta Haklarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması. Sağlıkta Performans Dergisi. 2012; 3: 47-63.
- Köktürk Dalcalı B., Şendir M. Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2016; 24(1): 1-9.
- Kutner L. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. Jerome Hall Law Library. 1996; 44(4): 539-554.
- Kuvaki B., Boztaş N., Kaplan M., Hacıoğlu C., Yaprak E., Ayaz O. Hastanemizde Cerrahi Bölümlerde Çalışan Doktorların "Yeniden Canlandırma Yapmama" Talimatı Konusundaki Görüşleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 28(1): 21-26.
- Lawrence D J. The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation for Current Bioethical Debate. Journal of Chiropractic Humanities. 2007; 14: 34-40.
- LaFollete H. The International Encyclopedia of Ethics. Wiley Blackwell. 2013. USA.
- Ledoux M., Rhondali W., Monnin L., Thollet C., Gabon P. Filbet M. Directives anticipées : représentations d'infirmiers et de médecins en 2012. Bull Cancer. 2013; 100(10): 941-945.
- Leder N., Svhwartzkopf D., Reinhard K., Witte OW., Pfeifer R., Hartog CS. The Validity of Advance Directives in Acute Situations. Deutsches Ärzteblatt International. 2015; 112: 723-734.

- Lipson AR., Hausman AJ., Higgins PA., Burant CJ. Knowledge, Attitudes, and Predictors of Advance Directive Discussions of Registered Nurses. 2004; 26(7): 784-796.
- Locke J. An Essay Concerning Human Understanding Book II: Ideas. True North. 2004. London.
- Law on Patients' Legal Status. 1998.
- Masuda Y., Fetters MD., Hattori A., Mogi A., Natio M, Iguchi A Uemura K. Physicians's Reports On The Impact Of Living Wills At The End Of Life In Japan. J Med Ethics. 2003; 29: 248-252.
- Manson NC. Informed Consent. The International Encyclopedia of Ethics. Ed: LaFollette H. Willey Blackwell. 2013. USA.
- McMillan J. Psychiatric Ethics. The International Encyclopedia of Ethics. Ed: LaFollette H. Willey Blackwell. 2013. USA.
- Mental Capacity Act. 2005. Chapter 9.
- Numminen O, Leino-Kilpi H. Nursing students' ethical decision-making: A Review of Tthe Literature. Nurs Educ Today 2007; 27: 796-807.
- Nedjat-Haiem FR., Carrion IV., Gonzalez K., Bennett ED., Ell K., O'Connell M., Thompson B., Mishra SI. Exploring Motivational Interviewing to Engage Latinos in Advance Care Planning: A Community-Based Social Work Intervention. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2018; 20(10): 1-8.
- Olick RS. On the Scope and Limits of Advance Directives and Prospective Autonomy. Advance Directive. Ed: Lack P., Andorno B N. Brauer S. Springer. 2014. New York. 53-73.
- O'Neill O. Autonomy Adn Trust In Bioethics. Cambridge University Press. 2003. New York.
- Özçelikay G., Özcömert G H., Şar S., Asil E. Eczacılık Hizmetlerinde Aydınlatılmış Onam Üzerine Bir Araştırma. T Klin Tıp Etiği. 2000; 8: 28-31.
- Özcömert Coşkun G H., Eczacılık Eğitiminde Eczacılık Etiğinin Yeri ve Öğrenim Hedefleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2010 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şefik Görkey).
- Özlu T. Hasta Hakları Hakkınız var Çünkü Hastasınız. Timaş Yayınları. 2005. İstanbul.
- Özer A., Günay O. Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Erciyes Tıp Dergisi. 2007; 29(1): 56-63.
- Parfit D. Reasons and persons. Clarendon Press. 1989. Oxford.
- Parlakgümüş A., Nursal TZ., Yorgancı K. Bir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sonuçları. Yoğun Bakım Dergisi. 2010; 2: 40-44.
- Perry S., Lawand C. A Snapshot of Advance Directives in Long-Term Care: How Often Is "Do Not" Done?. Healthcare Quarterly 2017; 17(4): 10-12.
- Post, S.P. Alzheimer Disease And The 'Then' Self. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1995; 5(4): 307-321.
- Putman Casdorpb H., Drenning C., Richards S., Messenger K. Advance Directives Evaluation of Nurses' Knowledge, Attitude, Confidence, and Experience. J Nurs Care Qual. 2008; 24(3): 250-256.
- Reamer F G. Sosyal Hizmet Etiği ve Değerleri. Nika Yayınevi. 2018. Ankara
- Rich B A. Strange Bedfellows How Medical Jurisprudence Has Influenced Medical Ethics and Medical Practice. Kluwer Academic Publishers. 2002. USA.
- Sanders B. Öküzün A'sı. Çeviren. Tahir Ş. Ayrıntı Yayınları. 3. Baskı. 2013. İstanbul.
- Saw D. A. Direct Advance On Advance Directives. Bioethics. 2012; 26 (5); 267-274.
- Schermer M. The Different Faces of Autonomy Patient Autonomy in Ethical Theory and Hospital Practice. Springer Science Business Media. 2002. Amsterdam.
- Schneider CE. After Autonomy. Wake Forest Law Review. 2006; 41(2): 411-44.

- Schiffman IK., Werner P. Knowledge Regarding Advance Care Planning: A Systematic Review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 73: 133-142.
- Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri Ve Etik Değerlendirme. *Ege Reklam ve Basım Sanatları*. 2013. İstanbul.
- Simon A. Historical Review of Advance Directive. *Advance Directive*. Ed: Lack P., Andorno B N. & Brauer S. Springer Dordrecht Heidelberg. 2014. New York. s. 3-17.
- Singer P. *Pratik Etik*. Çeviren. Çatlı N. İthaki Yayınları. 2015. İstanbul.
- Simon Lorda P., Tamayo Velazquez MI., Barrio Cantalejo IM. Advance Directives In Spain Perspectives From a Medical Bioethicist Approach. *Bioethics*. 2008; 22(6): 346-354.
- Silva E., Neves M., Silva D. Nurse's Perceptions Of Advance Directive. *Aten Primaria*. 2014; 46(1): 145-149.
- Silveria MJ., Kim SYH., Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making Before Death. *The New England Journal of Medicine*. 2010; 362(13): 1211-1218.
- Shvartzman P., Reuven Y., Halperin M., Menahem S. Advance Directives The Israeli Experience. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015; 49(6): 1097-1101.
- Summers J. Principles of Healthcare Ethics. *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century*. Ed: Morrison EE., & Furlong E. 2<sup>th</sup> Edition. Jones and Bartlett Publishers. 2009. s. 47-63.
- Sokolowski M. *Dementia and the Advance Directive Lessons from the Bedside*. Springer. International Publishing. 2018. Toronto.
- Sonenberg A., Sepulveda-Pacsi AL. Medicare Payment: Advanced Care Planning. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2018; 14(2): 112-116.
- Şimşek A. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları. 2012. Eskişehir.
- Tanrıverdi H., Özmen ME. Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. 2011; 15(3): 85-109.
- Tahmazoğlu Üzeltürk. *Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı*. Legal Yayıncılık. Birinci Baskı. 2012. İstanbul.
- Teke A., Uçar M., Demir C., Çelen Ö., Karaalp T. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(4): 259-266.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Birinci Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2010. Ankara.
- Trachsel M., Mitchell C., Biller Andorno N. Advance Directive Between Respect for Patient Autonomy and Paternalism. *Advance Directive*. Ed: Lack P., Andorno B N. & Brauer S. Springer. 2014. New York. s. 169-181.
- Trarieux-Signol S., Moreau S., Gourin MP., Penot A., Edoux de Lafont G., Preux PM., Bordessoule D. Factors Associated With The Designation Of A Health Care Proxy And Writing Advance Directives For Patients Suffering From Haematological Malignancies. *BMC Palliative Care*. 2014; 13(57): 1-10.
- Triplett P., Black BS., Philips H., Schwartz J., Angelio AF., Anderson D., Rabins P. Content of Advance Directives for Individuals with Advanced Dementia. *J Aging Health*. 2008; 20(5): 583-596.
- Tonelli MR., Misak CJ. Compromised Autonomy and the Seriously Ill Patient. *CHEST*. 2010; 137(4): 926-931.
- Topbaş M., Özlü T., Çan G., Bostan S. Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve İntern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005; 13: 81-85.

- Toygar ŞA., Akyürek ÇE., Turaç İS. Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Tarafların Görüşleri: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 17(1): 136-159.
- Tunaya ZT. Siyasal Kurumlar ve Anayasa Hukuku. Araştırma. Eğitim ve Ekin Yayınları. 1982. İstanbul.
- Turla A., Köprülü H., Şirin Karaaslan E., Yüksel G. Aydınlatılmış Onam. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2006; 7(2): 157-163.
- Ural A, Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve Spss İle Veri Analizi. Detay Yayıncılık. 2006. Ankara.
- U.S Department of Health and Human Service. Advance Care Planning Tips from the National Institute on Aging. 2014. <https://www.nia.nih.gov/HealthInformation> (24.03.2018)
- Ünver Y., Kaya S. Alman Tıp Hukukunda Hasta Talimatları. Seçkin Yayıncılık. 2017. Ankara.
- Quante M. Personal Identity as a Principle of Biomedical Ethics. Springer International Publishing. 2017. Münster.
- Veatch RM. Biyoetiğin Temelleri. Mega Basım. Çeviren Güven T. 2010. İstanbul
- Veshi D., Neitzke G. Living Wills in Italy: Ethical and Comparative Law Approaches. European Journal Of Health Law. 2015; 22: 38-60.
- Yadav KN., Gabler NB., Cppney E., Kent S., Kim J., Herbst N., Mante A., Halperm SD., Courtright KR. Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance Directive For End-Of-Life Care. Health Affairs. 2017; 36(7): 1244-1251.
- Yılmaz D., Düzgün F., Uzelli-Yılmaz D., Akın-Korhan E., Dikmen Y. Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Üniversite Hastanesi Örneği. DEUHFED. 2018; 11(2): 157-163.
- Yurttaş A., Kara Kaşıkçı M., Ağaçdiken S.i Kavuran E., Şirin M. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2014; 22(1): 1-8.
- Yürümez Y., Çevik T., Yavuz Y. Hasta Haklarını Biliyor muyuz?. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2010; 2: 67-71.
- Yücel Ö. Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları. Seçkin Yayıncılık. 2018. Ankara.
- Yen YF., Huang LY., Hu HY., Chu D. Association of Advance Directives Completion With the Utilization of Life-Sustaining Treatments During the End-of-Life Care in Older Patients. Journal of Pain and Symptom Management. 2017; 55(2): 1-3.
- Walerius T., Hill PD., Anderson MA. Nurses' Knowledge of Advance Directives, Patient Self-determination Act, and Illinois Advance Directive Law. Clinical Nurse Specialist. 2009; 23(6): 316-320.
- White B., Tilse C., Wilson J., Rosenman L., Strub T., Feeney R., Silvester W. Prevalence and Predictors Of Advance Directives in Australia. Internal Medicine Journal. 2014; 44(10): 975-980.
- Willmott L., White B., Stacpoole C., Then SN., Man H., Yu M., Shen W. Guardianship and Health Decisions in China and Australia: A Comparative Analysis. Asian Journal of Comparative Law. 2017; 12: 371-400.
- WMA Declaration Of Malta On Hunger Strikers. 2017.
- Παντελιδάκης H. Advance Directives Autonomy and Dementia. Girit University Faculty of Letters Department of Philosophy & Social Studies, Post-Graduate Thes, Yunanistan, 2013 (Tez Danışmanı: K. Koukouçέλης)
- <https://www.tbmm.gov.tr/komiyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf>. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin Onaylanması Hakkında Karar Karar Sayısı: 2003/5923 (11.08.2003)

<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf>. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin Onaylanması Hakkında Karar Karar Sayısı: 2003/5923 (11.08.2003)

<http://www.ethik.uzh.ch> pdf (20.03.2018)

<http://www.hurriyet.com.tr> (18. 11. 2017)

<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/349-350.pdf> (15.01.2018)

<http://www.mentalhealthlaw.co.uk> Heart Of England NHS Foundation v JB [2014] 137 BMLR 232 (14.02.2018)

T.C. Resmi Gazete, 11 Ağustos 2003, Sayı: 25196

T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420

T.C. Resmi Gazete, 9 Kasım 1982, Sayı: 17863

T.C. Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998, Sayı: 23420

## EKLER

### Ek-A Anket Formu

#### Değerli Katılımcı,

Bu anket formu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "Sağlık Hizmetlerinde Genişletilmiş Özerklik İlkesine Doktor ve Hemşirelerin Bakışı: Bir Alan Araştırması" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Bu çalışma sağlık çalışanlarının genişletilmiş özerklik ilkesi hakkında bilgi ve tutumlarını belirleyebilmek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilecek tüm bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve toplanan bilgiler gizli tutulacaktır. Bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmak maksadıyla, kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkürlerimizi sunuyoruz.

#### Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ULUDAĞ  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fak. Öğretim Üyesi

#### Tezi Hazırlayan

Lütfiye TEKPİNAR  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enst. Sağlık Yönetimi  
Yüksek Lisans Öğr.

1. **Cinsiyetiniz:**  kadın  erkek
2. **Yaşınız:** .....
3. **Medeni haliniz:**  evli  bekar
4. **Eğitim durumunuz:**  lise  lisans/ön lisans  lisans üstü
5. **Gelir durumunuz:**  Gelirim giderimden az  
 Gelirim giderimden fazla  
 Gelirim giderime denk
6. **Çalıştığınız kurum:**  üniversite hastanesi  devlet hastanesi  
 aile sağlığı merkezi  toplum sağlığı merkezi  diğer
7. **Mesleğiniz:**  doktor  hemşire
8. **Çalıştığınız bölüm:** .....
9. **Mesleki tecrübe süreniz:** ..... yıl
10. **Uzmanlık dalınız:** .....
11. **Mesleğinizle ilgili eğitim süreciniz boyunca, tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda ders aldınız mı?**  
 Evet, bağımsız ders olarak aldım

Evet, başka dersin içinde aldım

Hayır

**12. Tıp (sağlık) etiği/deontoloji konularında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok iyi       İyi       Orta       Kötü       Çok kötü

(13. soru tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda bilgisi olduğunu düşünenler içindir)

**13. Tıp (sağlık) etiği/deontoloji konusunda en fazla bilgi edindiğiniz yer neresidir?**

Mesleki diplomamı veren okul

Okuduğum yayınlar ve katıldığım özel eğitim/seminer/kongre vb. programlar

Hizmet içi eğitim

Diğer (lütfen belirtiniz):.....

**14. Mesleğinizle ilgili eğitim süreciniz boyunca hasta hakları dersi aldınız mı?**

Evet, bağımsız ders olarak aldım

Evet, başka dersin içinde aldım

Hayır

**15. Hasta hakları konusunda bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok iyi       İyi       Orta       Kötü       Çok kötü

(16. soru hasta hakları konusunda bilgisi olduğunu düşünenler içindir)

**16. Hasta hakları konusunda en fazla bilgi edindiğiniz yer neresidir?**

Mesleki diplomamı veren okul

Okuduğum yayınlar ve katıldığım özel eğitim/seminer/kongre vb. programlar

Hizmet içi eğitim

Diğer (lütfen belirtiniz):.....

**17. Hasta hakları yönetmeliğini okudunuz mu?**

Evet, birden fazla okudum       Evet, bir kez okudum       Hayır

**18. Hastanın bilinci kapandığı durumlarda hasta için karar verici kim olmalıdır?**

Kendi doktoru       Bir başka doktor       Doktorlardan oluşan bir komisyon

Yasal temsilci       İleriye dönük hasta talimatı       Diğer (lütfen belirtiniz).....

**19. Bilinci kapalı hastanın özerkliğini kullanabilmesini nasıl değerlendirirsiniz?**

Mümkün değildir, sağlık çalışanı hasta için en doğru kararı verir.

Mümkün değildir, sadece yasal temsilcisi ile görüşülebilir/rıza alınabilir.

Mümkündür, hastadan bilinci açık olduğu dönemde ileriye dönük rıza gösterdiği/göstermediği uygulamaların talimatı alınabilir.

20. Hasta özerkliği kavramı size ne ifade ediyor (lütfen belirtiniz) :.....

21. Özerkliğini kullanabilen bir hastadan bilinci kapalı olduğu döneme dair talimat alınarak, hastanın özerkliği genişletilmeli mi?

Evet  Hayır  Bazen

22. Genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı olan "ileriye dönük hasta talimatı" mevzuatımızda yer almakta mıdır?

Evet  Hayır  Bilmiyorum

23. İleriye dönük hasta talimatı (tıbbi vasiyet) hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü

24. İleriye dönük tıbbi vasiyet veren hastayla karşılaştınız mı?

Evet  Hayır

25. Hastaya bilgi verme konusunda aşağıdaki seçeneklerden hangisine veya hangilerine katılırsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Makul (ortalama) kişinin bilmek isteyeceği bilgiler verilmelidir.  
 Aynı vakayla karşılaşan meslektaşların açıkladığı kadar bilgi verilmelidir.  
 Hastanın bilmek isteyeceği ve önemli bulacağı bilgiler verilmelidir.  
 Hastanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek bilgi dışındaki tüm bilgiler verilmelidir.  
 Hastanın kendi sağlığı ile ilgili her türlü bilgi verilmelidir.  
 Herhangi bir bilgilendirmeye gerek yoktur.

Sağlık hizmetleri sunumu esnasında "genişletilmiş özerklik ilkesinin" uygulanmasında aşağıdaki önermelere ne derecede katılırsınız		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçekler bazen kısıtlanarak söylenmelidir.					
2	Özerkliğini kullanabilen hastaya tıbbi gerçeklerin tümü açıkça söylenmelidir.					
3	Hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek teşhis hastadan gizlenmelidir.					
4	Hastaya, kendi sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, doktorunun takdirine bırakılmalıdır.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5	Yasal temsilcisine, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, doktorunun takdirine bırakılmalıdır.					
6	Hastalar bedenleri üzerinde yapılacak uygulamalarda karar verici olarak doktoru görmelidir.					
7	Hastanın izin vermiş olduğu uygulamalar arasında yer almasa bile hasta yararına olan her şey yapılmalıdır.					
8	Hastanın özerkliğini kullanabilmesinde aydınlatılmış onam bir araç olmalıdır.					
9	Hastanın kendi sağlığı ile ilgili bilmek istedikleri, sağlık çalışanı (doktor ve hemşire) için önemlidir.					
10	Sağlık çalışanının verdiği bilgi, hastanın özerkliğini kullanma gücünü etkiler.					
11	Özerkliğini kullanabilen hasta tedaviyi reddettiği zaman sağlık personeli her şartta hastanın kararına uymalıdır.					
12	Terminal dönemdeki hasta destek tedavisine muhtaç olsa bile, evinde ölmek isterse taburcu edilmelidir.					
13	DNR (yeniden canlandırma yapmama) talimatı olan hastaya müdahale edilmemelidir.					
14	Sağlık çalışanı tek başına hasta için en iyi kararı veren kişidir.					
15	Hastalar hayatlarının sonuna kadar kendi sağlık kararlarını verebilmelidir.					
16	Özerkliğini kullanabilen hasta, tedavisiyle ilgili son kararları mutlaka kendisi vermelidir.					
17	Sağlık çalışanı (doktor ve hemşire) daima hastanın isteklerine uymalıdır.					
18	Genişletilmiş özerklik ilkesinin uygulama alanı (ileriye dönük hasta talimatı) mevzuatla ayrıntılı olarak belirlenmesi gereklidir.					
19	İleriye dönük hasta talimatı sağlık hizmetleri için rehber bir uygulamadır ve bilinci yerinde olan herkes tarafından verilmelidir.					
20	Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınmalıdır.					
21	İleriye dönük talimatı bulunan bir hastanın bilinci kaybolduğu an yapılacak tıbbi işlemler için talimatlar değil yasal temsilcisinin kararı daha geçerli olmalıdır.					
22	Hastanın bilinci kapandığı zaman “yeni bir kişi” haline geleceği için önceden verdiği talimatlara uyulmamalıdır.					

**Ek-B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz  
Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı**

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Sayısı:54**

**Toplantı Tarihi: 22.09.2017**

**Karar Sayısı:2017/1015;**N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Politikaları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ' ın "Sağlık Hizmetlerinde Genişletilmiş Özerklik İlkesine Doktor ve Hemşirelerin Bakışı: Bir Alan Araştırması"-**"The Perspective of Physician and Nurses' of The Principle of Extended Autonomy in Healthcare: A Field Study"** başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 18.09.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Lütfiye TEKPİNAR' ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Politikaları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

Yardımcı Araştırmacı: Lütfiye TEKPİNAR



**Prof. Dr. Ayşe S. ŞAHİN**

**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı**

# Ek-C Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 14567952-900-E.13592  
Konu : Tez Çalışması

04/10/2017

Sayın, Yrd. Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

İlgi : 03/10/2017 tarihli dilekçeniz.

"Sağlık Hizmetlerinde Genişletilmiş Özerklik İlkesine Doktor ve Hemşirelerin Bakış: Bir Alan  
Araştırması" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için lütfen anketi Hastanemizde yaptırmanız uygun  
görülmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Ahmet TEKİN  
Başhekim

Adres:

Telefon: 0332 221 60 00

Faks:

Elektronik Adres: <http://www.konya.edu.tr>

Meryem UÇAR

2070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Özyenli Elektronik İmza ile verilmiştir.  
Elektronik imza: <http://sbsyem.org.tr/konya.edu.tr> adresindeki 00002-ERBANK-UNIVERSITY kodu ile doğrulanabilir.



## ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı	Lütfiye TEKPİNAR	İmza	
Doğum Yeri:	Konya		
Doğum Tarihi:	12.08.1991		
Medeni Durumu:	Bekar		

### Öğrenim Durumu

Derece	Okul Adı	Bölüm	Mezuniyet Tarihi
İlköğretim	Hürriyet İlköğretim Okulu		2002
Ortaokul	Mümtaz Kuru Ortaokulu		2005
Lise	Muhittin Güzel Kılınç Lisesi		2009
Lisans	Kırıkkale Üniversitesi	Sağlık Yönetimi	2014
Yüksek Lisans			
Becerileri			
İlgi Alanları			
İş Deneyimi			
Aldığı Ödüller			
Hakkımda bilgi			
Tel.	05436081641		
Adres	Hacıbalı mahallesi çancı caddesi No:5/3 Karatay/Konya		
E-mail	ltfyetkpnr@gmail.com		