



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 20 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN İLERİYE
YÖNELİK TALİMATLAR KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. İsmet KOŞAR

Antalya, 2018



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN 20 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN İLERİYE YÖNELİK TALİMATLAR
KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. İsmet KOŞAR

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2018

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı esnasında her kademedede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e çok teşekkür ederim.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bana her aşamada yardımcı olan, bilgi ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen ilgisini hiç esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Melahat AKDENİZ ve Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya teşekkür ederim.

Tez araştırmasının ve uzmanlık eğitiminin her kademesinde yardımlarını esirgemeyen birlikte çalıştığım Aile Hekimliği araştırma görevlisi arkadaşlarım ve Aile Hekimliği anabilim dalı personellerine;

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Varlığıyla beni hayata bağlayan ve yüzümü güldüren sevgili oğlum Mustafa'ya, değerli eşim Mehmet Nuri KOŞAR'a ;

Ayrıca bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip destek veren, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Ayşe KEŞKÜŞ'e ve babam İbrahim Halil KEŞKÜŞ'e teşekkürü bir borç bilirim.

Dr.İsmet KOŞAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1 Aile Hekimliğinin Tanımı ve Görevleri	8
2.1.1.Aile Hekimliğinin tanımı.....	8
2.1.2. Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlikleri	10
2.1.2.1. Birinci Basamağın Yönetimi.....	10
2.1.2.2. Kişi Merkezli Bakım.....	11
2.1.2.3. Özgün Sorun Çözme Becerileri	13
2.1.2.4. Kapsamlı bakım	13
2.1.2.5 Toplum Yönelimli Olma.....	14
2.1.2.6. Holistik yaklaşım	15
2.1.3.Sağlık Bakanlığının yayınladığı mevzuatımıza göre aile... hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları.....	15
2.2. Palyatif Bakım, Yaşam Sonu Bakımı ve Etik İlkeler	17
2.2.1. Yaşam sonu bakımında etik	19
2.3. Aile Hekimliklerinin Yaşam Sonu Bakımdaki Rolü.....	25
2.4. İleriye Yönelik Talimatlar (Advance Directives).....	27
2.4.1. İleriye Yönelik Bakım Planı'nın Uygulanması ve İzlenmesi...29	
2.4.2. Dünyadan Örnekler.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın tipi.....	35
3.2. Araştırma Evreni ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırma Bölgesi.....	35
3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri	35
3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri.....	35
3.6. Araştırmada kullanılan anketin kapsamı.....	36

3.7. Etik Kurul Onayı.....	36
3.8. İstatistik.....	36
4. BULGULAR.....	38
4.1. Çapraz Tablolar.....	54
5. TARTIŞMA.....	93
6. SONUÇLAR.....	100
7. ÖZET.....	102
8. ABSTRACT.....	103
9. KAYNAKLAR.....	104
10. EKLER.....	109
10.1. Etik Kurulu Formu (Ek 1).....	109
10.2. Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 2).....	110
10.3. Araştırma Anketi (Ek 3).....	112

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AD	Advance Directives (İleriye Yönelik Talimatlar)
ACP	Advanced Care Planning (İleriye Yönelik Bakım Planlaması)
DNR	KPR yapmama kararı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KAEK	Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
KPR	Kardiyopulmoner Resüsitasyon
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
WONCA	The World Organization of Family Doctors
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. Katılımcıların aile hekimlerinin kim olduğunu bilme oranları	39
4.2. Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yeri	40
4.3. Katılımcıların kendi sağlık durumunu değerlendirme durumu	40
4.4. Katılımcıların yaşamının bir döneminde bilinç kaybı yaşayabileceğini düşünme durumu	41
4.5. Katılımcıların yaşamının bir döneminde kendisi adına karar vermesi için ailesinden birisiyle veya hekimi ile konuşma durumu	42
4.6. Katılımcıların ileriye yönelik talimatı geri alma veya değiştirme hakkına sahip olduğunu bilme durumu	43
4.7. Katılımcıların ileriye yönelik talimata önemli olan konuları ekleme hakkına sahip olduğunu bilme durumu	44
4.8. Katılımcıların ileriye yönelik talimat formunu imzalarsa tedavisinin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişe duyma durumu	45
4.9. Katılımcıların ileriye yönelik talimat formunu imzalarsa da imzalamasa da tedavisinin mümkün olan en iyi şekilde sürdürüleceğini bilme durumu	45
4.10. Katılımcıların ileriye yönelik talimat formunun avukat tarafından hazırlanıp, mahkeme tarafından kabul edilmesi gerekmediğini bilme durumu	46
4.11. Katılımcıların kendini ifade edemeyecek bir durumda kaldığında tıbbi bakımlarıyla ilgili kararı vermesi için birisini (bir arkadaş	

ya da akraba) sağlık vekili olarak seçmek istemesi durumu	47
4.12. Katılımcıların kendini ifade edemeyecek bir durumda kaldığında sağlık vekili olarak seçmek isteyeceği kişiler	48
4.13. Katılımcıların son dönem kanser hastalığı olsaydı kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için kalp masajı isteme durumu	49
4.14. Katılımcıların zihinsel fonksiyon olmadan, yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olsa tedaviye devam edilmesini isteme durumu	50
4.15. Katılımcıların yaşam sürdürücü tedavi iyileştirme sağlamasa / acıları dindirmese bile yaşamının uzatılmasını isteme durumu	51
4.16. Katılımcıların ölümcül bir hastalığa yakalandığında, bu bilginin doktorlar tarafından ilk olarak kime verileceği	52
4.17. Katılımcıların istemediği sürece hastalığı hakkında yakınlarına bilgi verilmemesinin yasal bir hakkı olduğunu bilme durumu	53
4.18. Katılımcıların organ bağışı konusunda kendi kararının mı yoksa ailesinin kararının mı dikkate alınmasını isteme durumu	54

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
2.1. İleriye Yönelik Bakım Planlamasının Hedefleri	26
2.2. İleriye Yönelik Bakım Planlamasında Kullanılan Terminoloji	28
2.3. İleriye Yönelik Bakım Planı'nın Basamakları	30
2.4. İleriye Yönelik Talimatlar Hakkında Bazı Bilgi Kaynakları	33
4.1. Katılımcılara ait bazı sosyo-demografik özellikler	38
4.2. Katılımcıların ileriye yönelik talimatlar ile ilgili düşünceleri	43
4.3. Katılımcıların son dönem hastalıkta veya bitkisel hayatta (vejetatif durumda) yapılmasını istediği tıbbi müdahaleler	50
4.4. Bağlı olduğu aile hekiminin kim olduğunu bilme oranlarının cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir durumuna göre karşılaştırılması	55
4.5. Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin oranlarının cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir durumu ve şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğine göre karşılaştırılması	58
4.6. İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranına göre karşılaştırılması	62

- 4.7. Ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması 66
- 4.8. Ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması 71
- 4.9. Son dönem kanser hastası olma durumunda kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için KPR (kalp masajı) isteyip istemediği ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ve tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için

- birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği ilgili
görüşlerine göre karşılaştırılması 75
- 4.10. Zihinsel işlevlerini geri dönüşümsüz bir şekilde yitirmiş yapay
beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olma durumunda yaşam
sürdürücü tedaviye devam edilmesini isteyip istememe durumu ile
ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum,
ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği,
kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama
ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar
vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da
hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ile ilgili
görüşleri ve kalp masajı isteyip istemediğine göre karşılaştırılması 79
- 4.11. Yaşam sürdürücü tedavi sağlığı konusunda iyileştirme sağlama
ya da acılarını dindirmese bile yaşamının mümkün olduğu kadar
uzatılmasını isteyip istemediğiyle ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu,
eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık
durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar
verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı,
ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri, ciddi bir şekilde
hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade
edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları
vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği,
kalp masajı isteyip istemediğine göre karşılaştırılması 85

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Aile Hekimliği; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık farkı gözetmeksizin bireylere kapsamlı, sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan klinik bir uzmanlıktır. Antenatal dönemden başlayarak bebeklik, çocukluk, gençlik, erişkinlik, yaşlılık dönemlerini de içine alıp ölüm süreci dahil tüm yaşamı boyunca sağlık hizmeti sunan uzmanlık alanıdır. Aile hekimleri bireyin tüm dönemlerdeki hem koruyucu sağlık hizmeti hem birinci basamak tanı, tedavi süreçlerinden sorumlu olduğu gibi ölüm sürecinin yönetiminden de sorumludur. Son dönem hastaların tıbbi ve psikososyal gereksinimlerini karşılaması gerektiği gibi beklenmeyen ani rahatsızlıklarda da hastanın beklentilerini ve refahını ön planda tutarak ölüm sürecinin yönetiminde söz sahibi olması beklenir (1).

Yaşam sonu bakımı, doğum öncesi ve sonrası bakımı kadar önemli ve planlı olmalıdır. Bu kapsamda yaşam sonu bakımı ülkemizde sağlık platformlarında ve hukuksal alanda henüz kendine yer bulamamış olsa da ölüm sürecinin yönetimi, ABD başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde uzun yıllardır başarıyla sürdürülmektedir. Bu süreç ölümcül hastalık tanısının konulması ile başlamakta, hastanın istediği onurlu şekilde ölüme gitme ve ölüm sonrası yas dönemini içine almaktadır (2). Bireylerin ölüm sürecini onların istediği bakım sağlanarak yönetilebilmesi için bu konudaki düşünce ve tercihlerinin bilinmesi gerekir. Bu süreçte bireyler karar verme yetileri bozulmamışsa tercih ettikleri bakımı belirtebilirler. Ancak bu her zaman mümkün olmayabilir. Ani gelişen ve bireyin karar verme yetisinin kaybolduğu durumlarda bakımın niteliği konusunda karar verme şansı olmamaktadır. Bu nedenle batı ülkelerinde bireylerin ölümcül hastalık tanısı almadan ve karar verme yetileri etkilenmeden önce bilinçli bir şekilde böyle bir durumla karşılaştıklarında nasıl bir bakım almak istediklerini bildirmeleri bir hak olarak kabul edilir ve bunun için yüreklendirilirler. Bu konuda en büyük sorumluluk kendine bağlı kişilerle uzun süreli güven ilişkisi geliştiren Aile hekimlerine düşmektedir. Aile hekimlerinin bu kararları almaları için hastalarına yardımcı olma sorumlulukları vardır (1,2).

İleri bakım planlaması, kişi kendi kararlarını veremediği zamanlarda sağlık bakımının kişinin istek ve tercihleriyle uyumlu olabilmesi için yapabileceklerinin

bütünüdür. Kişinin akut bir hastalığa, uzun süreli kronik bir hastalığa ya da terminal hastalığa yakalanmasına bakılmaksızın, ileri bakım planlaması gereksiz acıyı hafifletmeye yardımcı olmakta, yaşam kalitesini iyileştirmekte ve bireyin ve bakıcılarının karşılaştığı karar verme zorluklarını daha iyi anlamalarını sağlamaktadır (1).

İleriye yönelik talimatlar (advance directives-AD); kişi kendi kararlarını veremediği durumlarda bakım isteklerini ifade edebilmesi ve/veya ifade edebilecek bir vekil seçebilmesi için hazırlanmış belgelerdir (2,3). Konular kalıcı vejetatif durumdaki yaşamı uzatıcı destek tedavisinden, hastanede arrest olursa; resüsitasyon isteyip istemediğine kadar değişir. Solunum yardımı, beslenme yardımı, antibiyotikler ve yeniden canlandırma (KPR) gibi girişimleri içerir. Tıbbi bakımı azaltma kararı verme çok sık ortaya çıkar. Bu kararlar erken ölüm riski karşısında uzamış ağırlı yaşamı tartışmayı da içerir. Bu aşamada hasta güvendiği aile üyelerine ve/veya ileriye yönelik talimatlar konusunu tartıştığı hekimine danışabilir. Etik açıdan, tedaviyi azaltma ile ilgili herhangi bir karar, yaşam arzusunun değeri açısından, klinisyen ya da aile tarafından çok, hasta tarafından verilmelidir. Ayrıca hastanın bir sağlık vekili ataması (kişinin yetkinliğini kaybetmesi ve benzeri durumlarda, karar vermesini istediği birisi) da önemlidir (2). İleriye yönelik talimatlar genellikle aşağıdaki konuları içerir (2,3):

1) Hastaya ciddi bir şekilde hastalandığında ya da kötüleştiğinde ailede veya yakınlarında kimden destek için yardım isteyeceği sorularak seçtiği kişiyi sağlık bakım vekili olarak tayin etmesi için teşvik etmek

2) Hastaya değer yargılarını ve sonra da tedavi konusundaki beklentilerini sormak

3) Mümkün olduğunca açık olmak (Eğer kalbinizin atması durursa veya nefes alamazsanız, kalbinizi tekrar çalıştırmamızı ya da nefes alabilmek için makineye bağlanmayı ister misiniz?)

4) Diğer aile üyeleriyle ve sevdiği kişilerle isteklerini görüşmesi için hastayı teşvik etmek

5) Hastanın “yaşama istenci” konusunda farkındalığını sağlamak

İleriye yönelik talimatlar, kişinin sağlık durumu ve yaşam koşulları değiştikçe yaşamı boyunca gözden geçirilebilir ve güncellenebilir. Önceden

planlanmış ileriye yönelik talimatlar, yaşamın sonuna yaklaşan yaşlı yetişkinler için değil, genç yaşta bir motosiklet kazasında sakatlanmak gibi tüm ömrü boyunca ortaya çıkabilecek "eğer olursa" planlama ile ilgilidir (1). Bu nedenle sadece yaşlılar değil tüm erişkinlerin sağlıklı iken “eğer bir gün yaşam sonu dönemine girerlerse nasıl bir bakım almak istediklerini öğrenmek” önemlidir. Böyle bir durumda hasta için yapılacak girişimler hekim ya da ailenin istediği işlemler değil hastanın sağlıklı ve bilinçli iken karar verdiği girişimler olduğu için hekimin ve hastanın ailesinin karar vermesini kolaylaştırmaktadır (2).

Aile hekimlerinin bireylerle ileriye yönelik bakım konusunda konuşurken hastanın tedavi konusunda beklentilerinin dini ve kültürel durumlardan tıbbi geçmişindeki deneyimlerine kadar birçok faktörden etkilenebildiğini unutmamaları ve görüşmelerde hassas ve duyarlı davranmaları çok önemlidir. Aynı duyarlı davranış kötü haber verme sırasında da gösterilmelidir. Kötü haber her zaman olmasa da genellikle ölümcül bir hastalık tanısı ile ilişkilendirilir. Batı kültürlerinde kötü haber verme hastanın kendisine ve doğrudan duyarlı bir iletişimle yapılır ve aile hekimi haberi verdikten sonra da hastası ile iletişimini sürdürür. Hastanın tanısını kabul etmesinden sonra ileri bakım birlikte planlanır (3,4). Hastalar yaşam sonu bakım tercihlerini (ileriye yönelik talimatlar) aile hekimleri ile tartışır ve ortaklaşa bakım planı yapılır (2,4).

Ülkemizde ve doğu kültürlerinde ölümcül tanıların doğrudan hastaya söylenme saygısızlık olarak karşılanabilmekte ve kötü haber hasta yakınlarına verilmektedir. Bu hekimlerin de kolayına gelmektedir. Ancak bu durum etik olarak uygun değildir. Hastanın kendisi hakkındaki bilgileri, tanıyı bilme hakkı vardır. Bu durumun tek istisnası hasta hakları yönetmeliğinde belirtildiği gibi hastanın bu bilgidan zarar görme olasılığının olmasıdır (5).

İleriye yönelik talimatlar üzerine yapılan çoğu araştırma, yaşlılar ya da terminal hastalığı olanlar üzerine yoğunlaşmıştır (2,6). İleri bakım planlamasının özellikle daha hasta ve daha yaşlı insanlar için uygun olduğu varsayılmaktadır. Bununla birlikte, bazı çalışmalar tüm sağlık durumundaki ve yaş gruplarındaki hastaların büyük bir bölümünün planlamayı istediğini göstermiştir (7). Gençlerin ve sağlıklı kişilerin kendileriyle ilgili tıbbi müdahale konusunda fikirlerini söyleyemeyecek durumda kalma ihtimalleri düşük olmakla birlikte, böyle bir

durumla karşılaşırsa ileriye yönelik talimatların avantajları yüksek olabilir. Gerek ayaktan tedavi hastalarının gerek terminal dönem hastalarının bu konuya ilgisi belli bir düzeyde iken hekimlerin ileriye yönelik talimatlar konusunda daha gönülsüz oldukları görülmektedir (7). Birinci basamak hekimlerinin ileriye yönelik bakım planlaması ile ilgili kişisel ve mesleki deneyimlerinin bu konuya olan yaklaşımlarında engel oluşturduğunu göstermiştir. Ayrıca hekimlerin ileriye yönelik talimatlar, palyatif bakım, hospis ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği bir çalışmada ankete katılan hekimlerin %50' sinden fazlasının bu tanımlar arasındaki farkı bilmediği gösterilmiştir (8). Hekimlerin tutumlarını ve hekimlerin ileriye yönelik talimatlara karşı tutumlarını etkileyebilecek değişkenleri gözden geçirmeyi amaçlayan sistematik bir derleme; hekimlerin genel olarak hastaların ileriye yönelik talimatlarına karşı olumlu bir tutuma sahip olduğunu ancak bu tutumun pratikte her zaman uygulamaya dönüşmediğini göstermiştir. Aynı derlemede doktorları mesleki gelişimlerinde hassaslaştırmak ve geliştirmek için, ileriye yönelik talimatlara karşı tutum, özerklik ve itibarına saygı konularında eğitim müfredatlarında hekim eğitimi ve etğın etkisine dikkat edilmelidir görüşü bildirilmiştir (9).

Bir ileriye yönelik talimatın tamamlanmasına yönelik hekim engelleri arasında zaman kısıtlılığı ve konu ile ilgili rahatsızlık olduğu bilinmektedir. Ofis ortamında ön talimatların gözden geçirilmesi, doktor vekil ve aile üyeleri ile görüşürse, 30 dakika veya daha fazla süre gerektirebilmektedir. Zaman kısıtlılığıyla birlikte bir diğer engel de geri ödeme ile ilgili olmaktadır. Bu engellerin üstesinden gelmek için yasal bir zemine ve daha fazla hasta-hekim ilişkisine ihtiyaç olduğu görülmektedir (10). Konu ile ilgili rahatsızlık, hekimlerin hastalarıyla ileriye yönelik talimatlar ile ilgili iletişim kurmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu kendilerinin tartışmayı başlatması gerektiğini düşünürken, ileriye yönelik talimatları çok önemseyen ve fazlasıyla dikkate alan hastalar, aile hekimlerinden tartışmayı başlatmasını istemişlerdir (11). Sağlık organizasyonundaki ve finansmanındaki değişiklikler de katkıda bulunarak genel uygulamada ileriye yönelik bakım talimatlarının başlatılması, aile hekimlerinin becerilerini, tutumlarını ve inançlarını hedef alarak geliştirilebilmektedir (12).

1991 yılının sonlarından beri hastanın kendi kaderini belirleme eylemi Amerika'da çoğu sağlık kurumunda zorunlu tartışma olmaya başlamıştır. Hastalar ve hekimler hastanın otonomisinin korunması konusunda hemfikirdir. Bu durum özellikle yaşam sonu bakımında hastalar kendilerini ifade edebilecek durumda olmadıklarında önemlidir. Bu otonomiye sağlamak için pek çok yöntem ileri sürülmüştür. İyi tanımlanmış vekil karar verici ile birlikte ileriye yönelik talimatlar, hastanın kendi adına konuşamayacağı durumlarda hasta otonomisini korumanın en önemli yolu olarak kabul edilmektedir. Kuramsal olarak hekimler ve halk arasında geniş desteğe rağmen göreceli olarak çok az Amerikalı gerçekten böyle bir belgeyi tamamlamaktadır. Çok daha azı bu belgeyi hekimiyle paylaşmaktadır (13).

Hastaların ve/veya sağlıklı insanların ileriye yönelik talimatlar ile ilgili bilgi, tutum ve tercihlerini inceleyen çok az çalışma vardır. Jackson ve arkadaşlarının; 20 yaş üstü erişkinleri kapsayan, ileriye yönelik talimatlar ile ilgili düşünmeye ve belge hazırlamaya teşvik etmeyi amaçlayan çalışması her yaştan sağlıklı erişkin nüfus arasında bu konuları araştıran ilk çalışmalardan biridir (6). E-posta ve telefon aracılığıyla 187 katılımcıya yapılan anketler sonucunda, kendi yaşam sonu bakımı için bir ileriye yönelik talimatlar yaratmayı tamamlama oranının yaşla birlikte arttığı görülmüştür. Yine her yaştan hastanın bu talimatlarla ilgili görüşmek için doktor tarafından başlatılacak tartışmaya açık olduğu bulunmuştur. Çalışmanın en önemli bulgularından biri de, katılımcıların dileklerinin belgelenmesiyle ilgili fikirleri sorulduğunda ilk akla gelen olgunun “yaşam vasiyeti” olduğunu söylemeleri olmuştur. Araştırmanın sonucunda bir ileriye yönelik talimat belgesini tamamlayan ya da en azından kendi dileklerini tartışan hastaların sayısının artırılmasında iyileştirmeye ihtiyaç olduğu ortaya konmuştur (3).

Emanuel ve arkadaşlarının Boston'da yaptığı bir başka çalışmada, planlamaya yönelik hastaların tutumlarını, bu planlamada algılanan engelleri, dört varsayımsal senaryodaki tedavi tercihlerini ve ileriye yönelik talimatları belirlemek için ayaktan tedavi ortamında belirli bir belgeyi kullanma fizibilitesi araştırılmıştır. Dört yüz beşi ayaktan tedavi hastaları, 102'si Boston'daki genel halktan olmak üzere toplam 507 kişiyle yapılan çalışmada büyük çoğunluğunun ileriye yönelik talimatları istediği, genç-sağlıklı yaş grubunun en az yaşlı-sağlıksız yaş grubu kadar

planlama konusuna ilgisi olduğu ortaya çıkmıştır (7). İleriye yönelik talimatların verilmesinde algılanan engellerin arasında doktor girişiminin olmaması en sık belirtilenlerden biri olarak bulunmuştur. Şaşırtıcı olarak ayaktan tedavi gören hastaların %71'i, dört senaryonun (iyileşme şansı olan koma, kalıcı vejetatif durum, demans, terminal hastalığı bulunan demans) seçeneklerine verdikleri yanıtlarda yaşam uzatıcı tedavileri reddettikleri görülmüştür. Spesifik tedavi tercihleri, yaşa, sağlık durumuna veya diğer demografik özelliklere göre doğru bir şekilde tahmin edilememiştir. Çalışma sonucunda ayaktan tedavi gören hastaların ve genel halkın kendi tıbbi bakımlarıyla ilgili karar veremeyecek durumlarla karşı karşıya kaldıklarında hastaların ne isteyebilecekleri konusunda temel veriler sunmuştur (7).

Literatürde ülkemizde yapılmış ileriye yönelik talimatlarla ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Ülkemizde yaşam sonu bakım ile ilgili yapılan tüm çalışmalar palyatif bakım ile kısıtlı kalmıştır (14). Palyatif bakım kanser kontrol programlarının ve kanser tedavisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Maliyet etkin ve doğrudan yaşam kalitesini ilgilendirir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri de uzun yıllarca göz ardı edilmiştir. Daha sonraları yaşam sonu bakım ile ilgili olan tüm çalışmalar palyatif bakıma yoğunlaşmıştır. Palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumunu analiz eden ve olası nedenleri ortaya koymaya çalışan araştırmalar vardır (14). İleriye yönelik talimatlar ve yaşam sonu bakım palyatif bakımdan daha farklı bir alanda yapılacak geniş çaplı çalışmalar gerektirmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde tıbbi bakım ve hastanın kendi kararlarını vermesi konusuna değinen bazı maddeler vardır. Hasta hakları yönetmeliğinin 5. Maddesinde *“Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamayacağı”* belirtilir. Madde 24 içinde bazı maddelerde adı konulmaksızın ileriye yönelik talimatlarla ilgili ifadeler vardır. Buradaki ifadelere göre *“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.”*(5). Bu ifadeler ileriye yönelik talimat kavramını tam olarak kapsamamakla birlikte yasal alt yapı olarak kabul edilebilir.

Bu çalışmadaki amacımız; ülkemizde henüz yeteri kadar bilinmeyen “ileriyeye yönelik talimatlar” konusuna dikkat çekmek, farkındalık yaratmak, bireylerin henüz ölümcül bir hastalıkları yok iken ve kendileri ile ilgili tıbbi kararlar için tercihlerini ve isteklerini belirtebiliyor durumda iken yaşamın son döneminde yapılabilecek tıbbi bakım ve uygulamalar için tercihlerini belirlemeyi ne kadar isteyip istemediklerini araştırmak ve atılabilecek adımları ortaya koymaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI VE GÖREVLERİ

2.1.1. Aile Hekimliğinin tanımı

Aile hekimliğinin ilk tanımları yaptıkları görevler üzerinden yapılmıştır. İlk tanımı 1974 yılında yapan Leeuwenhorst'a göre genel pratisyen (aile hekimi) “yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazen de bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas aile hekiminin, her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken kullanabildiği güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanılabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla işbirliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder.”

Dünya Aile hekimleri Birliği WONCA 1991 yılında bir tanım yapmıştır. Bu tanımda “Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Diğer sağlık hizmeti verenler hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyarken Genel pratisyen/aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür. Genel pratisyen / aile hekimi mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” ifadeleri yer almaktadır (1).

Farklı ülkelerin sağlık sistemlerinde aile hekimleri ya da genel pratisyenlerin farklı görev tanımları olması bir disiplin olarak aile hekimliğinin sağlık sistemlerinden etkilenmeyecek standart bir tanımının yapılması gereksinimini ortaya çıkarmıştır. İlk olarak Olesan ve arkadaşları bu duruma dikkat çekmişler ve bir tanım yapmışlardır. Olesan ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı bu tanım da aile hekiminin görev tanımıdır: “*Genel pratisyen sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, tedavi, bakım ve palyasyon alanlarında bireylerle ilgilenir.*”(1)

Aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanması ilk kez 2002 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği WONCA’nın Avrupa kolu olan WONCA – Avrupa tarafından yapılmıştır. WONCA bu tanımda AH/GP tanımını yapmış, çekirdek yeterlikleri ve özelliklerini belirlemiştir (1,2). Bu tanım 2005 yılında ve son olarak da 2011 yılında yeniden gözden geçirilmiş ve bazı yeni kavramlar eklenmiştir (15).

WONCA - Avrupa’nın tanımına göre aile hekimliği, “kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir tıp disiplini ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. WONCA aile hekimliğinin 12 temel özelliğini içeren 6 çekirdek yeterlik tanımlamıştır. Aile hekimliği disiplini tanımlayan 12 temel özelliğini içeren 6 çekirdek yeterlik vardır.

1. Birincil bakım yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün sorun çözme becerileri
4. Kapsamlı bakım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül (holistik) yaklaşım

WONCA'ya göre aile hekimi ise bireylere ve ailelere yaş, cinsiyet ve rahatsızlık farkı gözetmeksizin kapsamlı ve sürekli bir biçimde birinci basamak sağlık bakımı sunan uzman hekimdir. Aile hekimleri antenatal dönemden başlayarak bebeklik, çocukluk, gençlik, erişkinlik, yaşlılık dönemlerini de içine alan, ölüm süreci dahil tüm yaşamı boyunca kişilere sağlık hizmeti sunarlar.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uzmanları ve tıp fakültesi mezunu uzman olmayan aile hekimleri tarafından verilmektedir. Sağlık Bakanlığının 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nda aile hekimi yapması beklenen görevlere göre tanımlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bu Kanunun tanımına göre; *“Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”* (16).

2.1.2. Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlikleri

2.1.2.1. Birinci Basamağın Yönetimi

Birinci Basamak (primary care) terimi, ilk kez 1920 tarihinde İngiltere'de Dawson Raporu'nda kullanılmıştır. Birincil bakım İngiltere dahil pek çok ülkenin sağlık hizmeti sisteminin merkezinde yer almaktadır (15). Alma Ata'da 1978'de toplanan Uluslar arası Konferansda "birinci basamak bakım (Primary Care)" kavramı tanımlanmıştır. Bu tanım daha sonra 1979 yılında DSÖ tarafından onaylanmıştır (17).

Birinci basamak, toplum içindeki bireyler ve aileler için, evrensel olarak kabul edilebilir, uygulanabilir, bilimsel ve sosyal yöntemler ve teknolojiye dayalı gerekli bir sağlık bakımıdır. Tüm ülkenin sağlık sistemine, toplumun sosyal ekonomik gelişimine uygun olarak yapılandırılır. Ulusal sağlık sistemindeki bireyler, aileler ve toplum için ilk temas noktasıdır. İnsanların yaşadıkları ve çalıştıkları yere en yakın yerde, ulaşılabilir. Sürekli bakım birinci basamak bakımın en önemli bileşenidir (18).

Birincil bakım, bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı ele alabilecekleri ve bu sorunların herhangi bir sevke gerek kalmadan çözüleceği bir *yeri sağlar*. Uygun sevk hizmetleri veren diğer uzmanlık dalları ve sektörlerin yer aldığı artan karmaşık sağlık sistemleri içinde *insanlara rehber olur*. Birincil bakım, hasta ve hekim arasındaki *devam eden ilişkiyi kolaylaştırır* ve kendi bakımları ile ilgili karar sürecine *katılmalarını teşvik eder*. Birincil bakım, sorunların erken saptanması kadar hastalığın önlenmesi ve sağlığın artırılması için de *fırsatlar yaratır*. Kişisel bakım hastanın ailesi ve toplum arasında bir *köprüdür*.

Farklı disiplinlerden çok sayıda araştırmacı, birinci bakımın etkilerini değerlendirmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşmışlardır (19).

1. Kişiler birincil bakıma ulaştığında, daha ciddi sorunları değerlendirmeden önce tedavi ortaya çıkmaktadır.
2. Kişilere birincil bakım hizmeti verilirse, acil servisi kullanma ve hastane yatışları da azalacaktır.
3. Birincil bakım hekimleri daha az test kullanıp daha az para harcarlar.
4. Özellikle yoksullar için, birincil bakıma ulaşmakla daha tam bağışıklama, daha iyi kan basıncı kontrolü sağlanır, mortalite oranları azalır ve daha fazla koruyucu hizmet alabilirler.
5. Bir coğrafi bölgedeki yüksek düzeyde birincil bakım hizmetleri kent-kırsal ayırımı, yoksulluk oranları, eğitim ve yaşam tarzı faktörlerinin getirdiği önemli etkiler kontrol edildikten sonra mortalite oranlarının daha az olmasıyla ilişkili bulunmuştur.

2.1.2.2. Kişi Merkezli Bakım

Kişiler, birinci basamağa şiddet, süre, aciliyet bakımından farklı yakınmalarla başvururlar. Biyolojik, bedensel, sosyal etmenler yakınmalara katkı yapar, onları etkiler. Bireyler yakınmalara farklı biçimlerde yanıtlar verirler. Yakınmaların algılanışı kişisel özelliklere ve kişinin, ailesinin ve toplumun sağlık inançlarına göre farklılıklar gösterir. Kişi merkezli yaklaşım iyi hasta hekim ilişkisine dayanır. Hasta ve hekim ve her ikisinin beklentileri arasındaki etkileşimin kalitesi bazen hastanın sonuçlarında özgün tedavisinden (Örneğin bir ilaçtan) daha

fazla etkili olabilir. Kişi merkezli bakımla, bakımın etkililiği artar, daha az tanınal test kullanılır ve sevk oranları azalır. Yakınması olan kişiler aile hekimleri tarafından DSÖ'nün tanımına uygun bir şekilde biyolojik, ruhsal ve toplumsal açılardan değerdendirilir. Bu yaklaşım biyopsikososyal yaklaşım olarak adlandırılır (20). Bu yaklaşımda kişinin öznel deneyimleri, düşünceleri, duyguları, sağlık inançları ve ilişkileri yer alır.

Kişilerin sağlık sorunlarının yönetimi etkin hasta katılımı ve paylaşılmış karar alma ile iyileştirilebilir. Çoğu hastanın hasta merkezli yaklaşımı tercih ettiğine dair kanıtlar vardır (21, 22).

Birinci basamakta aile hekimleri ile hastaların karşılaşmasında basamaklandırılmış bir yönetim uygulanır. İlk basamak **ilişki kurmadır**. Hekim ve hasta arasında sürekli ortaklık ilişkisi kurma birinci basamağın tipik özelliklerindendir. Hekim bir danışman ve tıbbi bilgi ve beceriyi uygulamada bir uzman olarak hastanın sorumluluğunu üstlenirken hastanın kendi sağlığının sorunlarında söz sahibi olmasına ve sorumluluk almasına izin veren bir ortaklık ilişkisi kurmaya çalışır (21,22).

İkinci adım hastanın gündemini ortaya çıkarmadır. Hastalar birinci basamağa farklı sorunlarla başvururlar. Bazen yakınma konuları başvurunun asıl nedeni olmayabilir. Aile hekimleri uygun görüşme tekniklerini kullanarak hastanın asıl yakınmasını, endişelerini, yakınmasının nedenleri konusunda düşüncelerini, yakınmanın kişisel ve sosyal yaşamı üzerine etkilerini öğrenmeye çalışır (21,22).

Üçüncü adım tanınal girişimlerdir. Tanınal girişimler öykü, klinik muayene, laboratuvar test sonuçlarının yorumunu içerir ve hasta ile birlikte yapılır. Birincil basamakta tanı koyma etkili iletişim gerektirir. Hastanın yakınmasının nedenleri konusunda düşünceleri, yakınmanın kişisel ve sosyal yaşamı üzerine etkileri öğrenilmeye çalışılır (22).

Dördüncü adımda tedavi verilecekse tedavinin amaçları belirlenir. Pek çok sağlık sorunu için birden fazla tedavi seçeneği vardır. Acil durumlar dışında hastanın sorunu ve bu sorunu çözümlmek için var olan tedavi seçenekleri açıklanır. Bu bilgilendirmede var olan tedavi seçeneklerinin etkinliği, olası yan

etkileri, maliyeti ve beklenen yarar konusunda hastalar bilgilendirilir. Varsa hastanın soruları yanıtlanır ve sonra birlikte tedavi planı yapılır (22).

2.1.2.3. Özgün Sorun Çözme Becerileri

Aile hekimleri toplumda var olan hastalıkların insidans ve prevalansını dikkate alarak özgün karar alma süreçleri ile sorunlara çözüm üretirler. Bunun için öykü alma, fizik muayene ve araştırmalardan elde edilen bilgiler yorumlanarak hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı yapılır. Öykü alma bir görüşme süreci içinde yapılır. Hastanın sorununun kişisel, ailesel ve toplumsal yönleri araştırılır. Hastaların aile hekimlerine getirdikleri yakınmaların her zaman gerçek sorunları olmayabileceği bilinci içinde varsa gizli gündem açığa çıkarılmaya çalışılır. Kişiler ve yakınmaları bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri ile bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilir ve sorunun çözümünde bu etmenlerin rolü dikkate alınır. Kişinin sağlık sorununun aile ile etkileşim içinde olduğunu bilerek aile yönelimli bir yaklaşımla hasta ve ailesi birlikte değerlendirilir. Gerektiğinde aileden destek ve yardım alınır (23,24).

Kesin olmayan durumlarla karşılaşıldığında uygun araştırmalarla durum aydınlatılmaya çalışılır. Gerekli olduğunda acil girişimlerde bulunulur. Hastalıkların erken ve ayrışmamış dönemlerinde başvuran hastaların yönetimi için uygun çalışmalarla erken girişimler planlanır. Tanısal ve tedavisel girişimler etkin ve etkili bir şekilde hasta ile işbirliği içinde planlanır. Hasta ve gerekli ise aile karar almada ortaklar olarak kabul edilir. Sorunun çözümünde en önemli ilkelerden biri tanı ve tedavi aşamalarında hastaya zarar verecek tıbbi girişimlerden kaçınmadır. Bir birinci basamak hasta – hekim görüşmesinde her zaman bir tedavi planı yapılmayabilir. Bazen bekle – gör ya da hastanın bir üst basamağa sevkı kararları alınabilir (22,24).

2.1.2.4. Kapsamlı bakım

Aile hekimleri, kapsamlı bakım kapsamında hastanın sağlıkla ilgili tüm sorunları ile ilgilenirler. Akut hastalıklar, kronik hastalıklar ve gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan, bazen acil girişim gerektirebilen

rahatsızlıkları yönetirler. Her hasta – hekim karşılaşması sağlığı iyileştirmek ve hastalıkları önlemek için bir fırsat olarak değerlendirilir ve uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirirler (22,25).

Hastaların sağlık sorunlarını yaşam döngüsü yaklaşımı içinde değerlendirirler. Yaşamın tüm evrelerinde hastanın gereksinimlerinin dikkate alındığı bir değerlendirme olan periyodik sağlık muayeneleri ile hastalıkların önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi ve esenlendirme için yaşa ve cinsiyete göre kanıta dayalı tarama testleri yapar ve sağlıklı yaşam biçimi için danışmanlık verirler (23,25).

Tüm bu görevleri yaparken hastası ile tüm yaşamı boyunca gizlilik çerçevesinde bir iletişimi olacaktır. Bu ilişki, yaşam sonu bakımı gibi hastaların dile getirmedikleri gereksinimlerin de hastalar ile tartışılmasını sağlama potansiyeli taşımaktadır (25).

2.1.2.5. Toplum Yönelimli Olma

Aile hekimlerinin toplumun sağlığı için özel sorumlulukları vardır. Hastalıklar ve sağlıkla ilişkili durumların nedenlerinin bireyin davranışları, aile ve toplum içinde kökleri vardır. Toplum bireyin sağlığını birçok yönden etkilemektedir. Toplum yönelimli olma birinci basamak uygulamalarının toplumla bütünleştirilmesini içermektedir ve bireyin içinde bulunduğu toplumun sağlık gereksinimlerinin, sağlık inançlarının ve davranışlarının farkında olmayı gerektirir. Toplum yönelimli çalışan aile hekimleri bireyin hastalık nedenlerinin toplumsal örüntülerini ortaya çıkarabilir ve toplumsal kaynakları kullanarak bu sağlık sorununu toplum içinde çözmeye çalışır (22).

Aile hekimleri toplumu değerlendirme sürecinin bir parçası olarak sağlık ve hastalığın toplumsal özelliklerini ve uygulamayı karşılaştırır. Toplumdaki sağlık sorunlarına dair bilgi toplar. Bu toplumsal veriler toplumu değerlendirmeyi iyileştirir. Toplum üyelerinin bakış açılarının öğrenilmesi özgün sorunların anlaşılması ve çözümü için önemlidir (1,26).

2.1.2.6. Holistik yaklaşım

Aile hekimleri bireyin sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır. Sağlıkla ilgili tüm durumlar bedensel, ruhsal ve toplumsal örüntüleri ile değerlendirilir. Sağlığın belirlenmesinde toplumsal, kültürel, etik, dinsel aile altyapısının rolü dikkate alınır. Kişinin dinsel ve sağlık inançlarının öğrenilmesi sağlık sorunlarının çözümünde ve yaşam sonu bakımının sunulmasında önemli rol oynayabilir (1,26).

Aile hekimlerinin çekirdek yeterlikleri yanında onları ikinci basamak hekimlerinden ayıran önemli ilkeleri vardır. Bunlar bakımın sürekliliği ve bakımın koordinasyonudur. Zaman içinde aynı hekim tarafından bakımın sağlanması bakımın sürekliliği olarak adlandırılır. Bu etkili bir hasta – hekim ilişkisinin kurulmasında önemlidir. Aynı bölgede uzun yıllar çalışan aile hekimleri için bu ilişkiler sıklıkla profesyonel tatmin için en büyük kaynaklar arasındadır. Aile hekimleri kompleks hastalıkları olan bireyler için bakım koordinatörü olarak hizmet vererek hastalarının karmaşık sağlık bakım sistemiyle başa çıkmalarına yardım ederler. Koordinasyonun bu süreci mevcut hizmet çeşitliliğinin farkında olmayı, konsültasyon ya da sevk için uygun tercihler yapmayı, uzman konsültasyonlarının sonuçlarının aile hekimine bildirilmesi ve hastanın izlem sürecinin aile hekimi tarafından yönetilmesini içerir. Koordinasyon ayrıca birimler arasındaki farklı mesajlarla kafası karışan hastaların sorunu anlamalarına yardımcı olmayı da içerir (24).

2.1.3.Sağlık Bakanlığının yayınladığı mevzuatımıza göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre; (27)

MADDE 4 – (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

2.2. PALYATİF BAKIM, YAŞAM SONU BAKIMI VE ETİK İLKELER

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden sağlık sorunları yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik verilen bir bakım sistemidir. Daha ziyade tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı ölümcül hastalıklarda, hasta ve yakınlarına verilen destekleyici bakım olarak ifade edilmektedir. DSÖ, palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (28).

Bu terim ilk olarak 1990 yılların başında kanserden ölmekte olan hastaların bakımı için Amerika’da kullanılmaya başlanmıştır. Palyatif bakımda; hastaya özgü bakım, aile desteği, multidisipliner ekip çalışması ve etkili bir iletişim çok önemlidir ve temelinde hastanın bütüncül bakımı ile birlikte ailenin, yas süreci dahil, desteklenmesi söz konusudur. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar; alzheimer gibi ilerleyici motor nöron hastalıkları, ileri dönem organ yetmezlikleri, tedaviye yanıt vermeyen kanserler, HIV/AIDS, çocuklarda ilerleyici seyreden genetik ve konjenital hastalıklardır. Palyatif bakım hizmeti sunulurken evrensel etik değerler, etik kodlar, mesleki değerler, yasal düzenlemeler ve hasta hakları önem arz etmektedir (28).

Dünyada hasta haklarıyla ilgili 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi Dünya Tabipler Birliği'nce 1995'te, Endonezya'da revize edilerek son halini almıştır. Buna göre; *“Hekim kendi vicdanına ve hastanın yararına hareket ederken, aynı zamanda hastanın özerkliğini ve haklarını da garanti etmelidir. Hekimlerin ve diğer kişilerin veya sağlık bakımıyla ilgili kurumların bu hakların tanınması ve desteklenmesi konusunda ortak yükümlülükleri vardır. Yasalar, hükümetler veya diğer kurumlar bu hakları tanımayı kabul etmezse hekimler bu hakların korunması veya yenilenmesine yönelik uygun önlemleri almalıdır”*. Söz konusu Bildirge ile hastalara “Kaliteli tıbbi bakım hakkı”, “Seçim yapma özgürlüğü”, “Kendi kaderini belirleme hakkı”, “Bilgilendirme hakkı”, “Gizlilik hakkı”, “Sağlık eğitimi hakkı”, “Onur hakkı” ve “Dini destek hakkı” tanınmış, **“Bilinci kapalı veya iradesini ifade edebilme durumunda olmayan hastalarda hastanın bilgilendirilmiş onayının en uygun zamanda yasal temsilcisinden alınması gerektiği”**, “Hasta çocuk ise veya yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilcinin onayının alınması gerektiği, **hastaların durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmesi gerektiği**”, “Hastanın isteğine karşın tanı ve tedavi ile ilgili tıbbi girişimlerin yasaların izin verdiği ölçüde ve tıbbi etik kuralları göz önüne alınarak sadece istisnai durumlarda yapılabileceği”, karara bağlanmıştır (29).

Ülkemizde ise 1998 yılında resmî gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nde tıbbi bakım ve hastanın kendi kararlarını vermesi konusuna değinen bazı maddeler mevcuttur. Söz konusu Yönetmelik ile ülkemizde vatandaşlara “Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı”, “Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı”, “Hasta Haklarının Korunması (Mahremiyete saygı, Bilgilerin gizli tutulması)”, “Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızasının Alınması Gerektiği (Tedaviyi Reddetme ve Durdurma Hakkı)”, “Tıbbi Araştırmalarda Rıza Alınması Gerektiği”, “Güvenliğin Sağlanması”, “Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma Hakkı”, “İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi”, “Ziyaretçi Kabulü ve Refakatçi Bulundurma Hakkı”, “Gerekli hallerde Sağlık Hizmetinin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi Hakkı”, “Hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı” karara bağlanmıştır. Yönetmeliğin 5. Maddesi'nde *“Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve*

diğer kişilik haklarına dokunulamayacağı” belirtilmektedir. Madde 24 içinde bazı maddelerde adı konulmaksızın ileriye yönelik talimatlarla ilgili ifadeler vardır. Buradaki ifadelere göre “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.”(5). Bu ifadeler ileriye yönelik talimat kavramını tam olarak kapsamamakla birlikte yasal alt yapı olarak kabul edilebilir.

2.2.1. Yaşam sonu bakımında etik

Tıbbi teknolojilerdeki ilerlemeler hem yaşam süresini uzatmış hem de doğal ölüm normlarını değiştirmiştir. Pek çok tıbbi teknoloji kronik hastalıklarda tedavi sağlamasa da, beslenme tüpleri, solunum destek cihazları gibi aletler ikincil destekle kişilerin yaşamlarını uzatabilmektedir. Bu tür tıbbi gelişmeler hastaları, ailelerini ya da vekillerini yaşam sonu bakımı sırasında tedavi tercihlerini seçmenin önemli görevi ile karşı karşıya getirmektedir (30,31).

Yaşam sonu bakımı için “karar verme”, tıp teknolojilerinin desteğiyle kişinin yaşamını uzatma yetisine sahip olduğundan ya da tedavi seçeneğine bağlı olarak doğal ölüm sürecinin devam etmesine izin verebileceğinden, tedavi seçenekleri konusunda karar vermek zorunda kalan hekimler, hastalar ya da hastanın aile üyeleri çeşitli etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır (30,31).

Biyomedikal etiğin altında yatan ilkeleri anlamak yaşam sonu bakımında hekimlerin ve hastalarının karşılaştıkları sorunları çözebilmeleri için önemlidir. Etik ilkeler özerklik, yararlılık, zarar vermeme, adalet ve dürüstlüktür. Özerklik hastanın kendi kaderini tayin etme hakkı olarak kabul edilir. Bu ilke, hasta karar alma yetisini kaybetmiş bile olsa hekimin hastanın kendi kaderini belirleme hakkını korumasını vurgular. Bu koruma ileriye yönelik talimatların uygun kullanılması ile başarılabılır (32).

Klinik etik karar verme sürecinde ilgili tüm tarafların haklarının, onurunun, gönencinin korunması önemlidir; verilen kararlar hastayı olduğu kadar hasta yakınlarını ve toplumu da ilgilendiriyor olabilir. Her ne kadar hekim- hasta ilişkisi

birebir bir ilişki gibi görülüyor olsa da aslında karar verme süreçlerinde hasta yakınlarının, kurum ve kamu politikalarının, dini otoritelerin ve hastane etik kurullarının da olduğu çok belirleyenli bir ilişkidir (33).

“Yaşamın sonu aşamasındaki tedavi ve bakıma ilişkin karar” (end of life decision) ise, hasta veya hastanın yakınları ya da temsilcisiyle yapılan danışmalar sonucunda hekim tarafından verilen “tıbbi bir karar”dır (33,34). Hastalar ve aileleri için yaşam sonu bakımına dair karar verme birçok zorluk içermektedir. Kişilerin yaşam sonu tedavi tercihlerini belirleme hakları vardır. ABD’de 1991’de kabul edilen kendi kaderini belirleme yasası sağlık hizmeti verenlerle sağlık hizmeti alanlar arasındaki iletişimi kolaylaştırmıştır (30).

Günümüzde, “rızasını açıklayamayacak durumda bulunanlar”ın korunması ve bireyin “kendi geleceğini belirleme hakkı”nın özendirilmesi yönünde güçlü bir akım mevcuttur. Her hastanın, “kendi geleceğini belirleme hakkı”, tıbbi müdahale ve tedavi bakımından hastanın (aydınlanmış) onamını gerekli kılar. Bir hastanın, “yapılan tedavinin sonlandırılmasını isteme hakkı” (örneğin yaşam desteklerinin kesilmesi) olduğu gibi; “tedaviyi tümüyle reddetme hakkı” da mevcuttur. Bu haklar, kişiye sıkı sıkıya bağlı haklardandır (33).

Kişilerin yaşam sonu bakımında tedavi seçeneklerini özerk olarak dile getirme hakkının, ileri tedavilerin kullanımı ve hastalığın prognozu dikkate alınarak etik olarak saygı ile karşılanması gerekmektedir. Ancak bu özerkliğin bazı kısıtlamaları vardır. Hastanın belirttiği kararların kendisine zarar vermemesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti verenlerin bu sınırlılıkları dikkate alarak hastanın özerkliğine saygı göstermesi ve hastaya zarar vermeden yarar sağlamak için görevlerini yerine getirmesi önemlidir (30,31).

Kanser, terminal dönem hastalıkları, yoğun bakım ünitelerindeki ölümcül hastalıklar, ilerleyen nörodejeneratif hastalıklar, bazı geriatrik hastalıklar gibi yaşamın son dönemindeki hastalar karşısında hekimler birçok etik ikileme karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu ikilemlerle baş etme, klinik ve etik karar verme süreçlerini işletme konusunda ilgili tarafların (hekim, sağlık çalışanları, hasta, hastanın ailesi, sağlık kurumu) verecekleri kararlar; ait oldukları toplumun ahlaksal, sosyal, kültürel ve hukuki yapısından etkilendiği gibi, ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık ekonomilerinden de etkilenmektedir. Gelenekselleşmiş hekim tutumları

da belirleyici olabilmektedir. Bunun yanı sıra ilgili tüm tarafların yaşamın sonunda alınan kararlara katılım sürecindeki rolleri önemlidir (34).

Etik ilkelerden biri olan “yararlılık ilkesi”, hekimin hasta için iyi ya da yararlı olanı savunmasını gerektirir. Sıklıkla, hastaların yaşam sonu kararlarına ilişkin tercihleri, ileriye dönük bakım planlaması yoluyla ifade edilmemiştir ve hastanın isteklerinin farkında olan bakıcıları olmayabilir. Bu durumda, doktorun ölmekte olan hasta için oynadığı rol, yaşamın sonunda hastaya iyi bakmayı teşvik eden yaklaşımları savunmak olmalıdır. Zarar vermeme ilkesi, hekime kasıtlı olarak zarar vermemesi çağrısında bulunur. Bu prensip, iyi tıbbi bakımdaki temel bir maksimuma, *Primum non nocere* (“her şeyden önce, zarar vermez”) ile ilgilidir. Bu iki ilkeye uyum için sağlık çalışanlarının yaşam sonu bakımındaki rol ve sorumluluklarını iyi bilmesi gerekir (32).

Sağlık çalışanları ve özellikle hekimlerin yaşam sonu bakımı sırasında kullanılabilecek ileri düzey tıbbi tedaviler konusunda hastalara ve gerekli ise hasta adına karar verecek kişilere ayrıntılı bilgi verme görevleri vardır. Hekimler, hastalara bu tedavilerin yararları, kısıtlamaları ve dezavantajları hakkında ayrıntılı bilgi sağlayarak görevlerini yerine getirebilirler. Hastanın tedavi seçmesi için özerkliği olsa bile, hekim bunun sonuçlarını açıklayabilir ve sonuçlarına vurgu yapmaya çalışabilir. Hasta kendisi için yarar sağlamayacak, sadece yaşamını uzatacak bir tedavide ısrar ettiğinde, hekim bu tedavinin hastaya neden yarar sağlamayacağını, hastaya vermesi gereken olası zararları ve kaynakların gereksiz kullanımına yol açacağını açıklayarak bakımdan çekilebilir. Hekimin hastanın yaşamını koruma görevi de vardır, ancak bu görev gereksiz kaynak kullanımı ile karıştırılmamalı ve tıbbi olarak boşuna bir tedaviyi sürdürerek hastaya daha fazla zarar vermemelidir (30,32).

Boşuna ve yararsız uygulama “herhangi bir akla yatkın iyileşme ya da gelişme umudu sağlamayan ya da hastanın herhangi bir yarar görme şansının kalıcı olarak sona erdiği durumlarda yapılan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Diğer durumlarda yarar sadece hastanın öznel iyi hissetme yargısına dayanılarak belirlenir. Genel bir kural olarak hasta, boşunalık kararına katılmalıdır. Ender durumlarda hastanın bu tartışmaya katılması iyiliğine olmayabilir (31,35).

Yaşam sonu bakımındaki boşuna ve pahalı tedaviler, sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırmakta ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliği teşvik etmektedir. Hasta otonomisinin ve vekil otonomisinin etik değeri dikkate alınmalı, ancak sağlık hizmetleri maliyetlerindeki mevcut artışla birlikte gereksiz vaka koşullarında pahalı tedavi kullanımına karşı tartılmalıdır. Gelişmiş teknolojiler iyileşme sözü vermez. Bu tedaviler, aynı zamanda, duygusal olarak sıkıntıda olabilen hastalar için bazı küçük düşürücü ve önemsiz duruma yol açabilir. Hekimin bir hastaya boşuna ya da yararsız uygulamada bulunma zorunluluğu yoktur.

Adalet etik ilkesi sağlık hizmetlerinin sunumunda tarafsızlığı gerektirmektedir. Tıbbi kaynak tahsisi çoğu kez sınırlıdır ve dolayısıyla adil ve eşit olarak dağıtılmalıdır. Zaten sınırlı kaynakların gereksiz kullanımından kaçınmak için tıbbi olarak gelişmiş tedavinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bu, iyi bir eğitim, gelişmiş tedavi sonuçları hakkında bilgi sahibi olmak ve hastalardan, ailelerinden ve doktorlarından daha iyi sağlık hizmeti verilebilmesi ile elde edilebilir (32).

Yaşam sonu bakımında hastanın yaşamını uzatmak ya da rahatlatmak için bazı uygulamaların yapılmasına karar verilmesi hekimler, hastalar ve hasta için karar vermek zorunda olan kişiler için zor olabilmektedir. Yaşam sonu bakımında karar vermede zorlukla karşılaşılan bazı konular (35):

1. Resusitasyon yapma ya da yapmama kararı
2. Mekanik ventilasyon
3. Besleme ve hidrasyon
4. Terminal sedasyon
5. Ötenazi

Resusitasyon tedavileri ya da teknolojileri solunum ya da kalp fonksiyonlarını düzeltir ya da sürdürür. Kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) ölümün başta gelen nedeni olan ani kardiyak ölüm sonrası yaşamda kalma şansını iki kata çıkarmaktadır (35).

KPR kalp krizleri ve travma tedavisinde değerli olmakla birlikte bazen ölmekte olan hastalarda KPR kullanımı uygun olmayabilir ve komplikasyonlara yol

açabilir. Bazı son dönem hastalarında, KPR istenmeyen bir girişimdir. Sağlık personeli için ölmekte olan hastada KPR yapmama zor gelmektedir. Kendilerine KPR yapılmasını istemeyen hastalar hekimden KPR yapmama kararı (DNR) vermesini isterken hastanın aile üyeleri hekimden KPR yapmasını isteyebilir. DNR kararı aşağıdaki hastalarda düşünülebilir (35).

- KPR'nin yararlı olmayabileceği hastalar
- Yaşayan hastalarda KPR kalıcı hasar, bilinç kaybı, zayıf yaşam kalitesine neden olacaksa
- KPR'den önce yaşam kaliteleri çok kötü olan ve düzelme olasılığı olmayan hastalar.

Hekim DNR tartışmasını başlatırsa hastalar ve aileler için daha kolay olabilir. Hekimlerin kardiyopulmoner arrest riski olan hastalarla (ya da hastanın sağlık bakımı için karar verici olan kişi ile) konuşması ve hekimin etik yükümlülüğü olan resusitasyon konusundaki istemlerini öğrenmesi gerekmektedir (35).

Ölmekte olan hastaların yaklaşık olarak %75'i solunum zorluğu ya da dispne yaşamaktadırlar. Bu duygu hastalara rahatsızlık verebilir ve buna tanık olan kişiler için korkutucu olabilir. Yaşam sonu bakımında mekanik ventilasyon hastaların yaşamlarını uzatmak için değil, anksiyetesinin azaltılması, daha iyi uyuması, daha rahat yemek yiyebilmesi için uygulanır (35).

Besleme ve hidrasyon bilinci kapalı ya da yutamayan hastalara besin ve su verilmesini içerir. Beslenme tüpü ile enteral besleme ya da parenteral besleme şeklinde yapılabilir. Beslenme ve hidrasyon ile ilgili kararlar, yaşam sonu bakımının en duygusal ve etik açıdan zorlu konuları arasındadır. Klinik olarak Amerikan Tabipleri Birliği, beslenme ve hidrasyon ile diğer yaşam sürdürücü tedaviler arasında ayrım yapmaz. Diğer tıp dernekleri ise, beslenme ve hidrasyon tedavilerinin, temel bir insan gereksinimini karşılayan ve yaşamın sonunda hastalara verilmesi gereken palyatif bakım olduğunu ileri sürmektedirler. Yasal olarak, ABD Yüksek Mahkemesi, 1990 yılında, yapay beslenme ve hidrasyonun diğer yaşamı sürdüren tedavilerden farklı olmadığını belirtmiştir. Aslında,

ABD'deki mahkemeler, yakın geçmişte tutarlı bir şekilde aşağıdaki kararları vermişlerdir.

- Yetkin erişkinler bu eylemin ölümü hızlandırırsa da yapay beslenme ve hidrasyonu reddedebilirler.
- Vekil karar vericiler yapay beslenme ve hidrasyonu sonlandırabilirler.
- Vekil karar vericiler, yetkin olmayan bir erişkin adına yapay beslenmeyi ve hidrasyonu reddedebilirler.

Beslenme ve hidrasyon tedavileri bazı ölmekte olan hastalar için yük olabilir (ya da sadece minimal fayda sağlar). Bir kişinin fiziksel bedeni ölümden önce durduğunda, yiyecek ve su artık sağlıklı bir bedenle aynı şekilde işlenmez. Verilen su hastayı hidrate etmek yerine, şişkinliğe ve şişmeye neden olabilir ve beslenme bir hastanın rahatsızlığına katkıda bulunabilecek bağırsak sorunlarına neden olabilir. Bu nedenle, beslenme ve hidrasyon alan ölmekte olan bir hasta, uzun yaşamın yararlarından çok ağır basan yüklere maruz kalıyorsa, yapay beslenme ve hidrasyon etik olarak geri çekilebilir.

Terminal sedasyon ölüm kaçınılmaz olduğunda hastanın acı çekmesini önlemek için altta yatan hastalıktan ölüm gerçekleşene kadar bir hastayı bilinçsiz hale getirmek için sedatiflerin kullanılmasıdır (35). Terminal sedasyon bir hastayı bilinçsiz bırakan hassas ve riskli bir tedavi olduğundan, kişilerin bu uygulama konusunda bazı kaygıları olmaktadır. Bunlar:

- Bilinmeyen etkili terminal sedasyon ölümü hızlandırabilir.
- Bilinçsiz olan ve kendileri için konuşamayan hastaların kötüye kullanılması olasılığı yaratabilir.

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilmesi olarak tanımlanan “ÖTENAZİ” ülkemizdeki mevzuata göre yasaktır. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez (Yönetmelik, Madde 13). Sağlık Personeli tarafından, hastanın durumunun gerektirdiği Tıbbi Özenin Gösterilmesi gerekmektedir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur (Yönetmelik, Madde 14).(5)

2.3. AİLE HEKİMLİKLERİNİN YAŞAM SONU BAKIMDAKİ ROLÜ

Kanıtlar, hekimlerin ölmekte olan hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıklarını ortaya koymaktadır (36). Hastalar sıklıkla, hastalıkları ve tedavi seçenekleriyle ilgili iletişim eksikliğinden, kötü psiko-sosyal ve manevi destekten, ağrı ve diğer semptomların yetersiz kontrol edilmesine ve gelişigüzel taburculuk planlamasına kadar pek çok konudan ötürü acı çekmektedir (37).

Bireylerin ölüm sürecini onların istediği bakım sağlanarak yönetilebilmesi için bu konudaki düşünce ve tercihlerinin iyi bilinmesi gerekir. Bu süreçte bireyler karar verme yetileri bozulmamışsa tercih ettikleri bakımı belirtebilirler. Ancak bu her zaman mümkün olmayabilir. Ani gelişen ve bireyin karar verme yetisinin kaybolduğu durumlarda bakımın niteliği konusunda karar verme şansı bulunmamaktadır. Bu nedenle batı ülkelerinde bireylerin ölümcül hastalık tanısı almadan ve karar verme yetileri etkilenmeden önce bilinçli bir şekilde böyle bir durumla karşılaştıklarında nasıl bir bakım almak istediklerini bildirmeleri bir hak olarak kabul edilir ve bunun için yüreklendirilirler. Bu konuda en büyük sorumluluk kendine bağlı kişilerle uzun süreli güven ilişkisi geliştiren Aile hekimlerine düşmektedir. Aile hekimlerinin bu kararları almaları için hastalarına yardımcı olma sorumlulukları vardır (1,2).

Hastanın sorularını, korkularını ve değerlerini açıklığa kavuşturmak ve böylece hasta tarafından tanımlanan aşırı tedavi veya yetersiz tedavi sıklığını ve büyüklüğünü azaltarak hastanın iyiliğini arttırmak için tasarlanmış olan İleriye yönelik bakım planlaması [Advanced Care Planning (ACP)], hastaya, yaşamının sonundaki bakım seçenekleriyle ilgili akrabaları ve aile hekimi ile devam eden bir diyaloga sahip olma fırsatı sunar (38). Kişi kendi kararlarını veremediği zamanlarda sağlık bakımının kişinin istek ve tercihleriyle uyumlu olabilmesi için yapabileceklerinin bütünüdür. Kişinin akut bir hastalığa, uzun süreli kronik bir hastalığa ya da terminal hastalığa yakalanmasına bakılmaksızın, gereksiz acıyı hafifletmeye yardımcı olmakta, yaşam kalitesini iyileştirmekte ve bireyin ve

bakıcılarının karşılaştığı karar verme zorluklarını daha iyi anlamalarını sağlamaktadır (1) (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. İleriye Yönelik Bakım Planlamasının Hedefleri (36)

1. Hasta karar vermede yetersiz kaldığında klinik bakımın hastanın tercihleri ile uyumlu olduğundan emin olun.
2. Sağlıklı karar verme sürecini geliştirin.
a. Hastanın tercihleri doğrultusunda hasta, hekim ve vekil arasında paylaşılan bir karar verme sürecini kolaylaştırın.
b. Vekilin hasta adına konuşmasına izin verin.
c. Öngörülemeyen klinik durumlara ölçülen esneklik ile cevap verin.
d. Ölümü ve ölümü kuşatan konularla ilgili eğitim verin.
3. Hasta sonuçlarını iyileştirin.
a. Aşırı tedavi ve yetersiz tedavi sıklığını azaltarak hastanın iyilik durumunu geliştirin.
b. Hastanın aileye ve diğer önemli insanlara yüklenen olası yük ile ilgili endişelerini azaltın.

Kaynak 36: The SUPPORT Principal Investigators. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. *JAMA [Published erratum in JAMA 1996;275:1232]*. 1995;(274):1591–8.

Tıp eğitimi ve hasta bakımına ilişkin profesyonel tutumumuz, öncelikle yaşamı sürdürme ve hastalıkları tedavi etme yönündedir. Bu mantıklıdır, çünkü uzun zaman önce, ölümün ana sebepleri genellikle hayatı yaşayamadan ölen genç insanlara saldıran bulaşıcı hastalıklardı. Antibiyotiklerin ortaya çıkışıyla, bu hastalıklar üzerinde zafer kazanmak ve zamansız ölümü önlemek mümkün oldu. Bulaşıcı hastalığı olanların tam iyileşme olasılığı yükseldi. Bu nedenle, tıp mesleğinin hayatı her ne pahasına olursa olsun koruduğunu ve bu zaferleri mümkün kılan ileri teknolojiyle meşgul olduğunu vurgulamak hiç de şaşırtıcı olmaz. Ancak günümüzde çoğu insan akut hastalık değil, daha çok tedavisi olmayan kronik hastalıktan dolayı ölmektedir. Bu, tıbbın yaşamın süresinden ziyade kalitesini iyileştirmeye odaklanmasını gerekli kılar. Çünkü biliyoruz ki, başarı olasılığı sınırlı olduğunda, hastanın acısını dindirme, iyileştirme girişimlerinden daha üstündür. Bu

yüzden kronik hastalıkları olan hastalar ve ölümcül hastalığa sahip olanlar en çok destekleyici tedaviden fayda görürler (39).

Ölmek üzere olan bir hastanın bakımı, genellikle hastalığa odaklanır ve hastayı bir bütün olarak görmeyi ihmal eder. Tedavinin değeri, bireye net değeri temelinde yorumlanmalıdır. Ek tedaviler artık fayda sağlamazsa, hastanın duygusal ve yanı sıra fiziksel konforunu sağlayarak kişisel bakımını üstlenen kişiye ihtiyaç duyulur. Ölmekte olan kişi, genellikle, alışlagelmiş çevreden fiziksel ve duygusal olarak izole edilir ve bir bireyin kişiliğine, korkularına ve geçmiş deneyimlerine çok düşük öncelik veren bir sosyal ortama yerleştirilir. Bilinçli hekimler, aile ve arkadaşlar terminal hastanın dürüstlük ve bütünlük içinde ölmesine yardımcı olmak için çok şey yapabilir. Bununla birlikte, ölmek gerçekten yaşam döngüsünün normal bir bileşeni olarak kabul edilirse, ölmekte olan hastanın rutin yaşam seyrine yeniden entegrasyonu gereklidir (39). Aile hekimleri bireyin tüm dönemlerdeki hem koruyucu sağlık hizmeti hem birinci basamak tanı, tedavi süreçlerinden sorumlu olduğu gibi ölüm sürecinin yönetiminden de sorumludur. Son dönem hastaların tıbbi ve psiko-sosyal gereksinimlerini karşılaması gerektiği gibi beklenmeyen ani rahatsızlıklarda da hastanın beklentilerini ve refahını ön planda tutarak ölüm sürecinin yönetiminde söz sahibi olması beklenir (1).

2.4. İLERİYE YÖNELİK TALİMATLAR (ADVANCE DIRECTIVES)

İleriye yönelik talimatlar; kişi kendi kararlarını veremediği durumlarda bakım isteklerini ifade edebilmesi ve/veya ifade edebilecek bir vekil seçebilmesi için hazırlanmış belgelerdir (1,2). Konular kalıcı vejetatif durumdaki yaşamı uzatıcı destek tedavisinden, hastanede arrest olursa; resüsitasyon isteyip istemediğine kadar değişir. Solunum yardımı, beslenme yardımı, antibiyotikler ve yeniden canlandırma (KPR) gibi girişimleri içerir. Tıbbi bakımı azaltma kararı verme çok sık ortaya çıkar. Bu kararlar erken ölüm riski karşısında uzamış ağırlı yaşamı tartışmayı da içerir. Bu aşamada hasta güvendiği aile üyelerine ve/veya ileriye yönelik talimatlar konusunu tartıştığı hekimine danışabilir. Etik açıdan, tedaviyi azaltma ile ilgili herhangi bir karar, yaşam arzusunun değeri açısından, klinisyen ya

da aile tarafından çok, hasta tarafından verilmelidir. Ayrıca hastanın bir sağlık vekili ataması (kişinin yetkinliğini kaybetmesi ve benzeri durumlarda, karar vermesini istediği birisi) da önemlidir (2) (Çizelge 2.2).

Çizelge 2.2. İleriye Yönelik Bakım Planlamasında Kullanılan Terminoloji (36, 5)

TANIMLAR
İleriye Yönelik Bakım Planlaması: Tek bir konsültasyon ya da yasal bir belgenin imzalanması yerine yaşam boyu bakımın hastayla tartışılması ve hastanın gelecekteki tıbbi bakımı ile ilgili isteklerinin geçerli bir ifadesinin geliştirilmesi sürecidir. İleriye yönelik bakım planlaması, sağlık hizmeti karar verme sürecini iyileştirmeyi ve daha iyi bir bakım sonucu üretmeyi amaçlamaktadır.
İleriye Yönelik Talimat: Bir kişinin iletişim kuramadığı durumda, gelecekteki tıbbi bakımı hakkında sözlü ve yazılı talimatlardır. Her devletin ileriye yönelik talimatları kullanımı için farklı düzenlemeleri vardır. İki tür ileriye yönelik talimat vardır: yaşam vasiyeti ve sağlık vekili.
Temsilcinin sağlık hizmeti gücü: Hastanın, kendi tıbbi bakımıyla ilgili kararları veremeyecek durumda olması durumunda, bu kararları kendi adına vermesini isteyen bir belge. Bu tür bir yönerge direktifi, bazen sağlık hizmeti vekili, sağlık kararları için vekaletname veya sağlık görevlisinin atanması olarak adlandırılmaktadır. Atanan kişi sağlık hizmeti temsilcisi, vekil, veya resmi vekil (hukuki olarak birisinin yerine imza atabilen yetkili bir vekil) olarak adlandırılabilir.
Yaşam Vasiyeti: Yaşamın sonunda hastanın iletişim kuramadığı bir durumda, tıbbi tedavisinin uygulanmasına ilişkin isteklerinin anlatıldığı yazılı bir talimattır. Yasalar, yaşam vasiyetinin ne zaman yürürlüğe gireceğini tanımlayabilir ve yaşamın sonunda uygulanak tedavileri sınırlandırabilir. Hastanın tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkı anayasal olarak ve ortak yasalarla korunmaktadır. Yaşam vasiyeti genel veya çok spesifik olabilir.
Hasta Hakları Yönetmeliği (5): Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen

"hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Kaynak 36: The SUPPORT Principal Investigators. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. *JAMA* [Published erratum in *JAMA* 1996;275:1232]. 1995;(274):1591–8.

Kaynak 5: T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği

Aile hekimleri, hastalarla ileriye yönelik bakım planlarını tartışmak için ideal bir konumdadır. Bir rutin ofis ziyareti sırasında konuyu tanıtarak, hastanın yaşam boyu bakım için istekleri için yapılandırılmış bir tartışmayı kolaylaştırabilirler (38).

2.4.1. İleriye Yönelik Bakım Planı'nın Uygulanması ve İzlenmesi

Emanuel ve ark. (40), ileriye yönelik bakım planlaması konseptini, araştırma ve klinik deneyimlerini klinisyenler için daha geniş kapsamlı bir dizi pratik tavsiyeye dönüştürmüştür. Aşağıda, çalışmalarının en göze çarpan özelliklerinin bir ana fikri sunulmuştur. İleriye yönelik bakım planlamasının ideal sürecinde belirlenen beş adım şu şekildedir:

1. Konuyu gündeme getirin ve ileriye yönelik talimat ve sağlık hizmeti vekili hakkında bilgi verin;
2. Yapılandırılmış bir tartışmaya olanak tanıyın;
3. Hastanın beyanını, tarih belirterek doldurup kaydedin ve hastanın vekile ve uygun gördüğü herhangi bir kişiye (yani din adamlarına) bir kopya bırakmasını sağlayın;
4. Yönergeyi periyodik olarak gözden geçirin ve başlangıçtan itibaren bütün değişiklikleri tarihleriyle birlikte kaydederek güncelleyin;
5. Uygun zaman geldiğinde hastanın isteklerini takip ederek planı uygulayın. Bu adımlar Çizelge 2.3'te açıklanmıştır.

Çizelge 2.3. İleriye Yönelik Bakım Planı'nın Basamakları

ADIMLAR	FAALİYETLER
1. Konuyu tanıttın ve hastaya bilgi verin.	Bir ofis ziyareti sırasında konuyu gündeme getirin. Bir broşürden, video kasetten, internet sitelerinden, vb. kaynaklardan bilgiler verin.
2. Tartışmayı kolaylaştırın.	Vekili katılmaya davet edin (hastanın izniyle). Talimatı ve vekil taslağını hazırlayın. Diğerleriyle tartışma için zaman tanıyın.
3. Tıbbi kayıtlardaki talimat ve diğer belgeleri tamamlayın.	Klinik örnekleri sağlayarak hastanın rezolüsyonunu test edin. Talimatın, gerektiğinde hastaya, vekiline ve diğerlerine bir kopyasını sağlayın. Talimatın ve vekil formunun kopyalarını hastanın dosyasına koyun.
4. Talimatı gözden geçirin ve güncelleyin.	Hastanın tıbbi durumundaki veya yaşam koşullarındaki herhangi bir değişiklik anında gözden geçirme ve güncelleme ihtiyacını göz önünde bulundurun.
5. Hasta iletişim kuramadığında yönergeyi uygulayın.	Öngörülemeyen koşullar oluştuğunda rijit uygulamalardan kaçının. Hastanın önceki ifadelerini talimat ile birlikte değerlendirin. Hastanın vereceği kararları belirlemeye çalışmak için sağlık hizmeti vekili ile birlikte hareket edin.

Kaynak 40: Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, Singer P. Advance Care Planning as a Process : Structuring the Discussions in Practice. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(4):440-446.

Hasta bu önemli hususları tartışma fırsatı bulduktan sonra, bir sonraki adıma geçilebilir. Hasta ile yapılan görüşmelerde elde edilen bilgilere dayanarak tamamlanmış ifade, hastanın tercihlerini gözden geçirmek için kullanılabilir. Hastanın isteklerini açık ve ayrıntılı bir dilde belgelemek, hastanın iletişim

kuramayacağı durumlarda hekim ve hastanın aile üyeleri arasındaki kafa karışıklığı riskini en aza indirmek için önemlidir (38).

Dokümanın gözden geçirilmiş olduğuna dair bir işaret olarak, hekim bunu imzalamalı ve tarihlendirmelidir. Orijinali hastaya geri gönderilir ve kopyaları hastanın dosyasına eklenerek, vekile ve hastanın uygun gördüğü aile üyelerine, hastanın büro temsilcisine ve hastanın avukatı vb. kişilere verilir. Hastaya, bu süreçteki herhangi bir noktanın kalıcı olarak işlenmediği, isteği doğrultusunda ilerleyen zamanlarda değişiklik yapılabileceği hatırlatılmalıdır (38).

Daha sonra, ileriye yönelik bakım planı herhangi bir zamanda yeniden gözden geçirilerek revize edilebilir. Yazılı belge “yaşayan” bir belgedir ve bu nedenle değişime tabidir. Hastanın tıbbi durumu veya vekil ile ilişkisi değiştiğinde revizyon durumları oluşabilir. Ancak, çalışmalar, hastaların hayat sonu kararlarına ilişkin isteklerinin zaman içinde tutarlı kalmaya devam ettiğini gösterdiği için, hastanın planı değiştirme isteğinin nedenlerini araştırmak makul olacaktır (17). Herhangi bir değişiklik belgelenmeli ve tarihlendirilmelidir. Gözden geçirilmiş kopya hastanın şemasına yerleştirilmeli ve hastaya, vekiline ve hasta tarafından uygun görülen diğer taraflara verilmelidir (38).

2.4.2. Dünyadan Örnekler

Yaşam sonu vasiyeti, 1967'de Amerika'nın Ötenazi Derneği tarafından geliştirilen direktifleri geliştirmeye yönelik ilk yaklaşım olsa da, sağlık hizmeti vekili kavramını içeren ileriye yönelik talimatlar en çok tercih edilen ve kullanılan direktif olmuştur. Bunun nedenleri arasında, kullanımının kolay olması, belirlenen vekaletlerin hastanın mevcut koşullarına ihtiyatlı bir şekilde cevap vermesi ve bazen yazılı olan ancak yıllar önce yazıldığı için hastanın mevcut durumunu ve tedavi seçeneklerini öngörmeyen yaşam vasiyetlerinin yorumlanmasından kaynaklanan, şimdiye kadar iyi belgelenmiş sorunların çoğunun engellenmesi vardır (41).

New Jersey Yüksek Mahkemesi, Karen Ann Quinlan'a 1976 yılında, yaşamı sürdüren tedavi de dahil olmak üzere istenmeyen bedensel müdahaleleri reddetmek için anayasal bir hak tanıdı ve hastalar bu hakkı kullanamadıklarında aile bireyleri hasta adına onun isteklerine ve iyi menfaatlerine dayanan bir yaşam desteği

sağlanmasını istediler. Takip eden yirmi yıl içinde, ülke genelindeki eyaletler, mahkeme salonunun ve medyanın kamuoyunca izlenmesinden önce ortaya çıkan yargı kararları, hasta bakımı ikilemleri gerektiren çok sayıda yayınlanmış davaya sahiplik etti. Quinlan, bağlayıcı olmasa da, mahkemeler sürekli olarak Quinlan fikrinin akıl yürütme mantığını kullandı. Ve böylece sonraki 15 yıl içinde, hastaların haklarını ve aile üyelerinin hayat sonu kararlarını alma yetkilerini destekleyen bir adli konsensüs ortaya çıktı. Bazı mahkemeler bu hakları Anayasaya dayandırır, diğerleri ise kendi kaderini tayin hakkını kullanırlar. ABD Yüksek Mahkemesi'nin Nancy Beth Cruzan (1990) konusundaki kararı, eyaletlerin, anayasal olarak korunan kendi sağlık bakımını kontrol haklarını gereksiz yere ihlal etmeden hayatın sona ermesiyle ilgili kararlar için kurallar koyma özgürlüğüne izin verirken yasal-etik mutabakatı sağlamlaştırmıştır. Hastanelerde yaşanan günlük deneyimlerde, mahkemelere sunulan zorluklar hemen her gün yeniden yaşanmaktadır. Sevdiklerine kendi kararlarını veremedikleri için yaşam sonu kararlarını verirken, aile üyeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastanın önceki ifadeleri, değerleri ve inançlarına dayanarak hastanın isteklerini güvenilir bir şekilde yeniden oluşturabilir ve sunabilirler mi acaba? Bu soruya cevap olarak, yüksek profilli mahkeme davaları, hayat sonu bakımın artan karmaşıklıkları, tıbbi etikte hasta özerkliğinin ortaya çıkışı ve hasta ve aile haklarının genişletilmesi için yapılan çağrı, ileriye yönelik yasaların çıkarılması için devlet meclislerini harekete geçirmeye başladı. Cruzan olayının ardından, ABD Kongresi, 1991 yılında Yaşam Sonu bakımıyla ilgili, Hasta Öz-Belirleme Yasası (The Patient Self-Determination Act)'nın yürürlüğe girmesini sağladı. Bu usul yasası, ülke içinde hastalara ve ailelere, bir ön direktifin var olup olmadığını, hastaların “ön direktif statüsünü” belgelemelerini ve hasta hakları ve yaşam sonu planlaması hakkında bilgi sağlamaları için hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına yükümlülükler vermektedir.

Bu yasa, bir kişinin gelecekteki bakımı için dileklerini yazılı olarak yazma ve hekimlerin, hastanelerin, ailelerin ve diğerlerinin hasta isteklerini yerine getirme yükümlülükleri koyma hakkını oluşturdu. Böylelikle yasalar, yetkin olmayan hastalara, sahip olduğumuz kendi kaderini tayin etme haklarını da verdi. Bunun için çoğu zaman, bir sağlık hizmeti vekili atayarak yaşamı sürdüren müdahalelerin

yapılması, durdurulması ya da geri çekilmesi için ileriye yönelik direktifler kullanılır oldu.

Birçok eyalet, direktiflerin sürekli yaşam desteği talep etmesine izin vermektedir. İleriye yönelik direktifler, ileriye dönük özerklik ilkesine dayanmaktadır; bu, gelecekte sağlık hizmetlerimizi kontrol altına almayı planlayan, plan yapmak ve harekete geçmek için ahlaki değerlerin bir ifadesidir. İleriye dönük özerk bir direktif, bir kişinin artık çağdaş kararlar veremediğinde ve belki de kendi istek ve değerlerini takdir edemediğinde, bakım sürecine rehberlik etmek için ölüm sürecinin kontrolüne yönelik kişisel bir plan yazmayı taahhüt etmektedir (41). Yasa halen yürürlükte olup geçerliliğini korumakla birlikte Amerika Birleşik Devletleri genelinde bütün eyaletlerde uygulanmaktadır.

Başta Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada olmak üzere diğer ülkelerde ileriye yönelik talimatlarla ilgili yürütülen bazı güncel projeler Çizelge 2.4'te sunulmuştur.

Çizelge 2.4. İleriye Yönelik Talimatlar Hakkında Bazı Bilgi Kaynakları

https://theconversationproject.org/
"Konuşma Projesi" (The Conversation Project), hem basit hem de dönüştürücü nitelikte bir hedefe sahip bir kamu katılımı girişimidir: her bireyin yaşam boyu bakımı için dile getirdiği ve saygı duyulan isteklerini dile getirmek ister. Çok fazla insan seçmeyecekleri bir şekilde ölür ve sevdiklerinin birçoğu berbat, suçlu ve belirsiz hissettirilir. Projenin sloganı: Kültürümüzü değiştirmenin zamanı geldi, bu yüzden ölmekten bahsetmemekle ilgili konuşmaya geçiyoruz. Yaşamlarımızın sonunda yaşamak istediğimiz yolu paylaşmanın zamanı geldi. Ve istediğimiz bakım türü hakkında konuşmanın ve kendimiz için istemediğiniz zamanı. Proje sahipleri bunun başlayacağı yerin, çok geç olmadan, sevdiğimiz insanlarla birlikte, yoğun bakım ünitesinde değil, mutfak masasında olduğuna, birlikte bu zor konuşmaları daha kolay hale getirebileceğimize inanıyor. Bu web sitesi dilek ve isteklerinizi sevdiklerinizle konuşmaya başlamak için araçlar, rehberlik ve kaynaklar sunuyor.

https://www.deathwithdignity.org/learn/end-of-life-resources/	
	Yaşam sonu isteklerinizi doktorunuzla mümkün olduğunca erken tartışmak önemlidir. Sağlıklı olsanız bile bunu yapmanın faydası, doktorunuz bu konudaki değerlerinizi paylaşmıyorsa, hala enerjiye ve zamana sahipken istekli bir hekime bakma şansınız olacaktır. (İlk sözlü isteğiyle reçetenin doldurulmasına kadar haysiyetli ölümü destekleyen yasalar uyarınca ölüme kadarki sürecin geçmesi en az 3-4 hafta sürebilir).Bu konuşmanın en iyi zamanı, doktorunuza ileriye yönelik direktifinizin bir kopyasını verdiğinizde veya ciddi hastalıkları olan kişiler için hastane dışı tıbbi bir sipariş olan Yaşamı Sürdürme Tedavisi (SKST) formunun kullanımını tartışmanızdır. Bir terminal hastalık teşhisi aldıktan sonra sorunu çözerseniz, doktorunuz daha iyi bir iş çıkarabileceğini açıklayan web sitesi örnek hikaye formlar paylaşarak kişileri bilgilendirmektedir.
https://prepareforyourcare.org/entry	
	Bu web sitesi kişileri, ücretsiz bir hesap oluşturarak, isteklerini yazdırmalarını, kaydetmelerini ve gelecekteki değişiklikleri yapmalarını sağlayan bir dizi video anlatım ve form çıktısı sağlayan oldukça etkileyici bir internet kaynağıdır. Bu kavramsal çerçeve, PREPARE PROJESİ'nin kültür, din ve okur yazarlık gibi önemli moderatör değişkenleri ele almak için tasarlandığını göstermektedir. PREPARE PROJESİ, yukarıda bahsedilen teorilerden, ileriye yönelik bakım planlaması ile ilgili davranışları gösteren ve rol-model göstererek iletişim becerileri ve hedef belirleme alıştırmaları ve video eğitimleri de dahil eden önemli yönleri içermektedir. PREPARE PROJESİ, bilginin, öz-yeterliliğin ve hazırbulunuşluk gibi değiştirilebilen araçları ele alacak şekilde tasarlanmıştır; bu da bireylerin davranış değişikliği aşamalarından önce düşünce ve davranış olarak hazırlık ve eyleme geçmesine izin vermektedir (42,43,44).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırmamız ‘tanımlayıcı’ türde bir araştırma olup, ‘kesitsel-gözlemsel’ şekilde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 20 yaş ve üstü bireyler üzerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamında herhangi bir örneklem seçilmemiş, 01.10.2017 – 01.06.2018 tarihleri arasındaki 8 aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 300 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır.

3.3. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Araştırmaya;

- ✓ Herhangi bir sebep ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde hizmet veren iki adet Aile Hekimliği polikliniğe başvuran,
- ✓ 20 yaş ve üstü,
- ✓ Sözel iletişim kurabilen,
- ✓ Uygulanan anket sorularını anlayıp, yanıt verebilecek durumda olan, (*demans, deliryum, psikoz vb. gibi bilişsel sağlık sorunları olmayan*)
- ✓ Çalışmaya katılmak için rızası olan (*aydınlatılmış onam veren*) hastalar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

Araştırmadan;

- ✓ 20 yaşın altında olan,
- ✓ Sözel iletişim kuramayan,
- ✓ Uygulanan anket sorularını anlayıp, yanıtlamayacak durumda olan, (*demans, deliryum, psikoz vb. gibi bilişsel sağlık sorunları bulunan*)

- ✓ Uygulanan anketi yarıda bırakan, çalışmayı tamamlamadan ayrılan,
- ✓ Çalışmaya katılmak için rızası olmayan (aydınlatılmış onam vermeyen) bireyler çalışmaya alınmamıştır.

3.6. Araştırmada kullanılan anketin kapsamı

Katılımcılara, 30 sorudan oluşan “Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş Üstü Kişilerin İleriye Yönelik Talimatlar Konusunda Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı anket, yüz yüze tekniği ile uygulanmıştır.

Söz konusu anket, ulusal ve uluslararası bilimsel literatürde yer alan anket ve çalışmaların kapsamlı bir incelemesinden sonra araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır ve 30 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Ankette yer alan 1 ila 10 arası sorular sosyodemografik özellikleri, 11-30 arası sorular, katılımcıların ileriye yönelik talimatlarla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçlamıştır. Tasarlanan anketin taslağı; 01.09.2017 - 01.10.2017 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniğine gelen 20 hasta üzerinde denenmiş, bu süreçten sağlanan bildirimler ışığında gözden geçirilerek son şekli verilmiştir.

3.7. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız, ‘Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ tarafından, 15.08.2017 tarih ve 2012-KAEK-20 70904504/299 sayılı ve tarihli karar ile 2012-KAEK-20 70904504/299 sayılı ve tarihli karar ile onaylanmış olup; bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.8. İstatistik

Araştırma verisi, IBM SPSS Paket Programı versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (min-maks), frekans dağılımı sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Araştırmadan elde edilen veri setinin, sürekli değişkenler ilk önce Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizine tabi tutulmuştur. İki grup arası karşılaştırmalar normal

dağılıma uygun çıkan değişkenler için T-Testi ile, uymayanlar için Mann Whitney-U testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler ise Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların %56,0'sı kadın, %31,0'i 20-29 yaş aralığında, %50'si üniversite mezunu, %58,3'ü evli, %27,0'si memur, %37,0'sinin 3000-5000 TL arası geliri vardır, %62,0'sinin kendisine ait evi, %97'sinin sosyal güvencesi vardır. Çizelge 4.1'de katılımcıların sosyo-demografik verileri verilmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcılara ait bazı sosyo-demografik özellikler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	168	56,0
	Erkek	132	44,0
Yaş	20-29	93	31,0
	30-39	66	22,0
	40-49	56	18,7
	50-59	45	15,0
	60-69	33	11,0
	70-79	7	2,3
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	3	1,0
	Okur-yazar	11	3,7
	İlkokul mezunu	37	12,3
	Ortaokul mezunu	17	5,7
	Lise mezunu	81	27,0
	Üniversite mezunu	151	50,3
Medeni durum	Bekar	111	37,0
	Evli	175	58,3
	Diğer	14	4,7
Gelir durumu	1500 TL altı	21	7,0
	1500-3000 TL	104	34,7
	3000-5000 TL	111	37,0
	5000 TL'den fazla	64	21,3
Ev	Kendisine ait	186	62,0
	Kira	99	33,0
	Lojman	2	0,7
	Diğer	13	4,3
Meslek	Memur	81	27,0
	İşçi	59	19,7
	Çiftçi	1	0,3

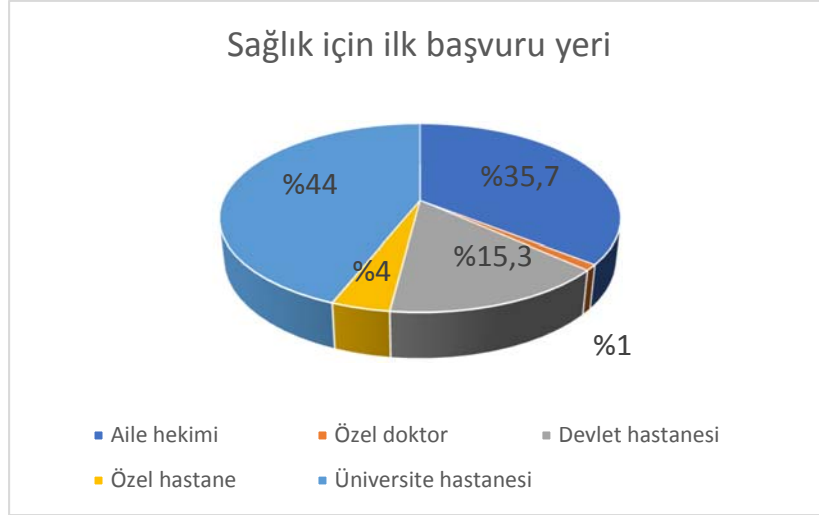
	Emekli	37	12,3
	Serbest meslek	10	3,3
	Ev hanımı	36	12,0
	İşsiz	5	1,7
	Diğer	71	23,7
Sosyal güvence	Var	291	97,0
	Yok	9	3,0
TOPLAM		300	100,0

Katılımcıların %77,0'si aile hekimlerinin kim olduğunu bildiklerini, %23,0'ü ise aile hekimlerinin kim olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. (Şekil 4.1).



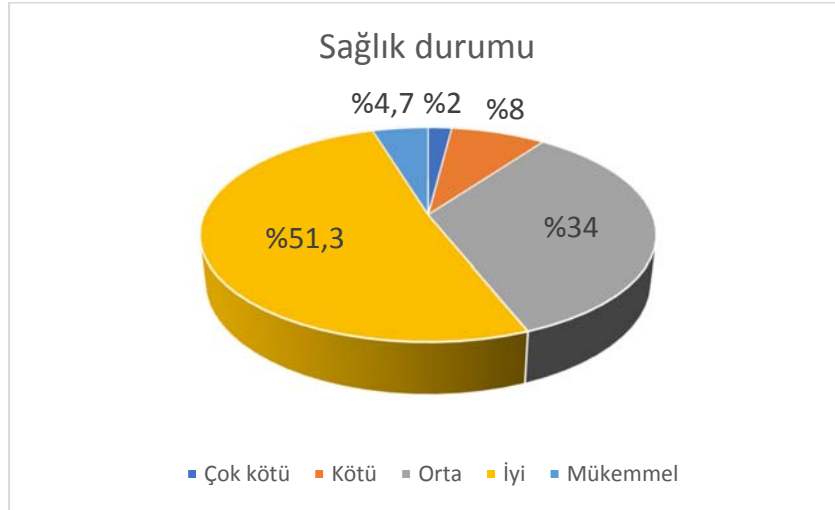
Şekil 4.1. Katılımcıların aile hekimlerinin kim olduğunu bilme oranları

Bir sağlık sorunu yaşadıklarında katılımcıların %44,0'ü (n=132) üniversite hastanesine, %35,7'si (n=107) aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. En az tercih edilen başvuru yeri ise özel doktor (%1,0) ve özel hastane (%4,0) olarak belirtilmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yeri

“Şu andaki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusunu katılımcıların %51,3’ü (n=154) “iyi”; %34,0’ü (n=102) “orta”, %8,0’i (n=24) “kötü”, %2,0’si (n=6) ise “çok kötü” olduğu yönünde yanıtlamıştır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Katılımcıların kendi sağlık durumunu değerlendirme durumu

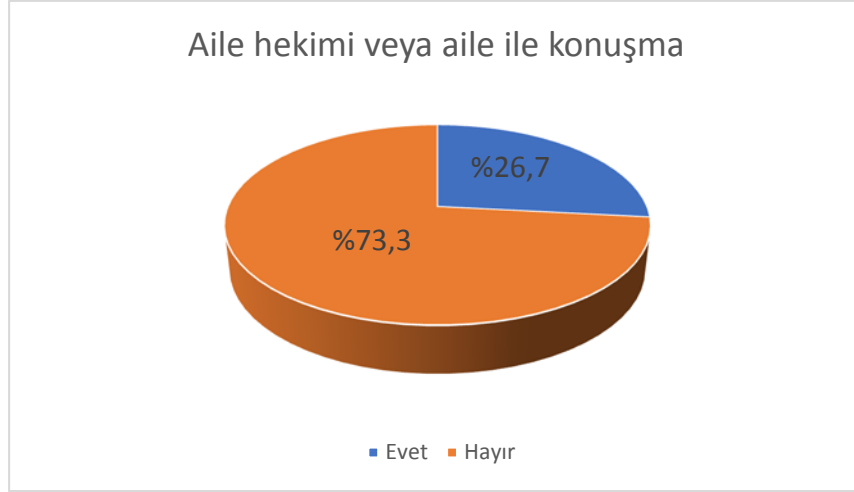
“Yaşamınızın bir döneminde sağlığınızın bozulabilir ve kendi tıbbi bakımınızla ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olamayabilirsiniz. Böyle

durumların ortaya çıkabileceği ihtimalini hiç düşündünüz mü?” sorusunu katılımcıların %69,0’u (n=207) “evet”; %31,0’i (n=93) ise “hayır” olarak yanıtlamıştır (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Katılımcıların yaşamının bir döneminde bilinç kaybı yaşayabileceğini düşünme durumu

“Kendi tıbbi bakımınızla ilgili karar veremeyecek durumda kalmanız halinde sizin adınıza karar vermesi için ailenizden biriyle ya da hekiminizle konuştunuz mu?” sorusuna katılımcıların %26,7’si (n=80) “evet” ; %73,3’ü (n=220) ise “hayır” olarak yanıt vermiştir. (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Katılımcıların yaşamının bir döneminde kendisi adına karar vermesi için ailesinden birisiyle veya hekimi ile konuşma durumu

“Ciddi bir şekilde hasta olduğunuzda ya da ani bir kazayla kendi sağlık bakımınız konusunda isteklerinizi ifade edemeyecek durumda kaldığınızda nasıl tedavi görmek istediğinizi önceden bildirmenize izin veren **ileriye yönelik talimatlar** ile ilgili ne düşünüyorsunuz?” sorusuna katılımcıların %52,0’si (n=152) “Bilğim yok ama gerekli olduğunu düşünüyorum” şeklinde yanıt verirken, %26,3’ü (n=79) ise “Bilğim var, gerekli olduğunu düşünüyorum” şeklinde yanıt vermiştir. İleriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı toplam olarak %76,3 (n=235); gerekli olmadığını düşünenlerin oranı %21,6 (n=65) olarak bulunmuştur (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Katılımcıların ileriye yönelik talimatlar ile ilgili düşünceleri

	n	%
Bilğim yok, gerekli olduğunu düşünmüyorum	52	17,3
Bilğim yok ama gerekli olduğunu düşünüyorum	156	52,0

Bilgim var ancak gerekli olduğunu düşünmüyorum	13	4,3
Bilgim var, gerekli olduğunu düşünüyorum	79	26,3
Toplam	300	100,0

“İleriye yönelik talimat verseniz bile istediğiniz zaman **bu talimatı geri alma veya değiştirme hakkına sahip olduğunuzu** biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %30,7’si (n=92) “biliyorum”, %69,3’ü (n=208) ise “bilmiyorum” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Katılımcıların ileriye yönelik talimatı geri alma veya değiştirme hakkına sahip olduğunu bilme durumu

“Bir ileriye yönelik talimatlar formuna sizin için **önemli olan konuları ekleme hakkınız her zaman vardır.** Böyle bir hakkınız olduğunu biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %25,3’ü (n=76) “evet, biliyorum” olarak yanıt verirken, %74,7’si (n=224) ise “hayır, bilmiyorum” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.7).



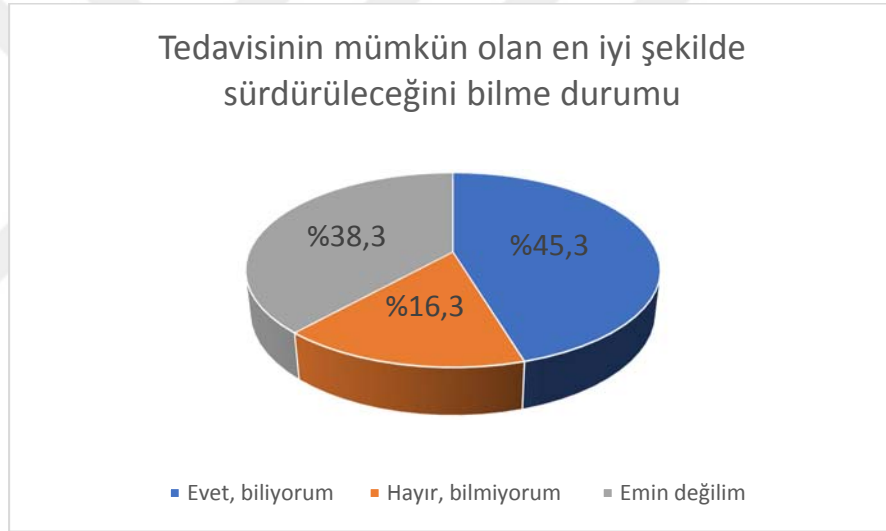
Şekil 4.7. Katılımcıların ileriye yönelik talimata önemli olan konuları ekleme hakkına sahip olduğunu bilme durumu

“Böyle bir formu imzalarsanız **tedavinizin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişeniz** olur mu?” sorusuna katılımcıların %20,7’si (n=62) “evet”, %42,0’si (n=126) “hayır”, %37,3’ü (n=112) ise “emin değilim” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Katılımcıların ileriye yönelik talimat formunu imzalarsa tedavisinin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişe duyma durumu

“Böyle bir formu imzalarsanız da imzalamasanız da **tedavinizin mümkün olan en iyi şekilde sürdürüleceğini** biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %45,3’ü (n=136) “evet, biliyorum” olarak yanıt verirken, %16,3’si (n=49) “hayır, bilmiyorum”, %38,4’ü (n=115) ise “emin değilim” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Katılımcıların ileriye yönelik talimat formunu imzalasa da imzalamasa da tedavisinin mümkün olan en iyi şekilde sürdürüleceğini bilme durumu

“Bir ileriye yönelik talimat formunun **avukat tarafından hazırlanıp mahkeme tarafından kabul edilmesi gerekmeyeceğini** biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %16,7’si (n=50) “evet, biliyorum” olarak yanıt verirken, %83,3’si (n=250) ise “hayır, bilmiyorum” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.10).



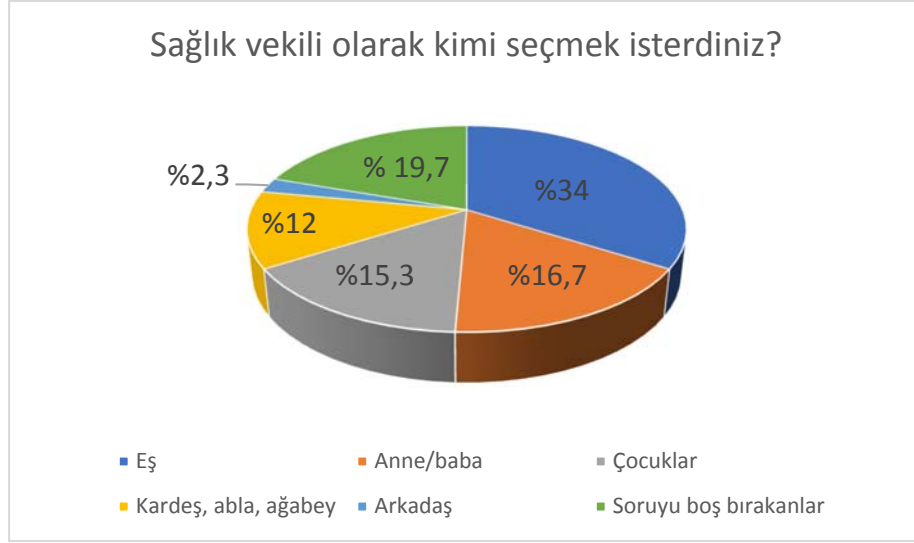
Şekil 4.10. Katılımcıların ileriye yönelik talimat formunun avukat tarafından hazırlanıp, mahkeme tarafından kabul edilmesi gerekmediğini bilme durumu

“Ciddi bir şekilde hasta olduğunuzda ya da ani bir kazayla kendi isteklerinizi ifade edemeyecek durumda kaldığınızda **tıbbi bakımınızla ilgili kararları vermesi için birisini (bir arkadaş ya da akraba) sağlık vekili olarak seçmek ister miydiniz?**” sorusuna katılımcıların %73,7’si (n=221) “evet” olarak yanıt verirken, %7,7’si (n=23) “hayır”, %18,7’si (n=56) ise “kararı doktorumun vermesini isterim.” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Katılımcıların kendini ifade edemeyecek bir durumda kaldığında tıbbi bakımlarıyla ilgili kararı vermesi için birisini (bir arkadaş ya da akraba) sağlık vekili olarak seçmek istemesi durumu

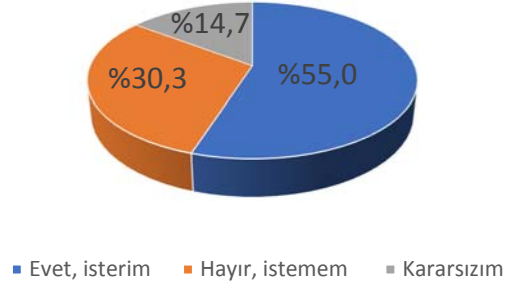
“Cevabınız evet ise sağlık vekili olarak kimi seçerdiniz?” sorusuna katılımcıların %34,0’ü (n=102) “eş” olarak yanıt verirken, %16,7’si (n=50) “anne/baba”, %15,3’ü (n=46) “çocuklar”, %12,0’si (n=36) “kardeş, abla, ağabey”, %2,3’ü (n=7) ise “arkadaş” yanıtını vermiştir. Katılımcıların %19,7’si (n=59) bu soruyu boş bırakarak herhangi bir yanıt vermemiştir (Şekil 4.12).



Şekil 4.12. Katılımcıların kendini ifade edemeyecek bir durumda kaldığında sağlık vekili olarak seçmek isteyeceği kişiler

“İnsanların kalpleri durduğunda veya nefes almada başarısız olduğunda bazen kalp masajı [kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR)] ile yeniden canlandırmak mümkün olabilmektedir. Son dönem kanser hastalığınız olsaydı kalbiniz durduğunda yaşamınızı uzatmak için kalp masajı ister miydiniz?” sorusuna katılımcıların %55,0’i (n=165) “evet, isterim” olarak yanıt verirken, %30,3’ü (n=91) “hayır, istemem”, %14,7’si (n=44) ise “kararsızım” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.13).

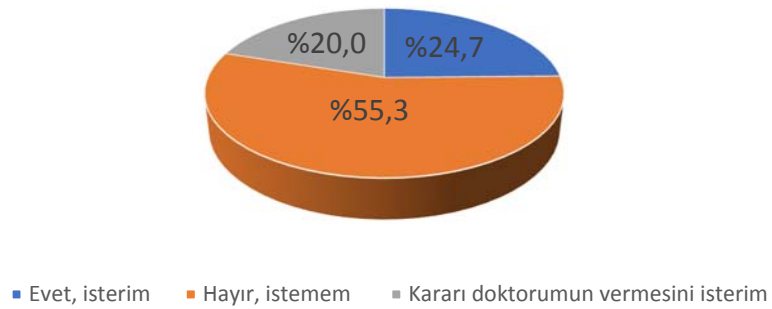
Son dönem kanser hastalığı olsaydı kalbi durduğunda yaşamınızı uzatmak için kalp masajı isteme durumu



Şekil 4.13. Katılımcıların son dönem kanser hastalığı olsaydı kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için kalp masajı isteme durumu

“Zihinsel işlevlerinizi geri dönüşümsüz bir şekilde yitirmiş, yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olsaydınız yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini ister miydiniz?” sorusuna katılımcıların %24,7’si (n=74) “evet, isterim”, %55,3’ü (n=166) “hayır, istemem”, %20,0’si (n=60) ise “kararı doktorumun vermesini isterim” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.14).

Zihinsel fonksiyon olmadan, yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olsa tedaviye devam edilmesini isteme durumu



Şekil 4.14. Katılımcıların zihinsel fonksiyon olmadan, yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olsa tedaviye devam edilmesini isteme durumu

“Son dönem hastalıkta veya bitkisel hayatta (vejetatif durumda) olsaydınız hangi tıbbi müdahalelerin yapılmasını isterdiniz?” sorusuna katılımcıların %55,3’ü (n=166) “Doktorlarımın benim için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedavileri istiyorum” şeklinde, %30,7’si (n=92) ise “Yaşam sürdürücü tedavi (KPR dahil) istemiyorum” şeklinde yanıt vermiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Katılımcıların son dönem hastalıkta veya bitkisel hayatta (vejetatif durumda) yapılmasını istediği tıbbi müdahaleler

İfade	Sayı (n)	Oran %
Yaşam sürdürücü tedavi (KPR dahil) istemiyorum	92	30,7
Doktorlarımın benim için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedavileri istiyorum	166	55,3
Yapay beslenme ve hidrasyon (sıvı tedavisi) eğer beni hayatta tutan ana tedaviler olursa tedavi istemiyorum	22	7,3
Yapay beslenme ve hidrasyon (sıvı tedavisi) beni canlı tutan temel tedavi olsa bile istiyorum	20	6,7
Toplam	300	100,0

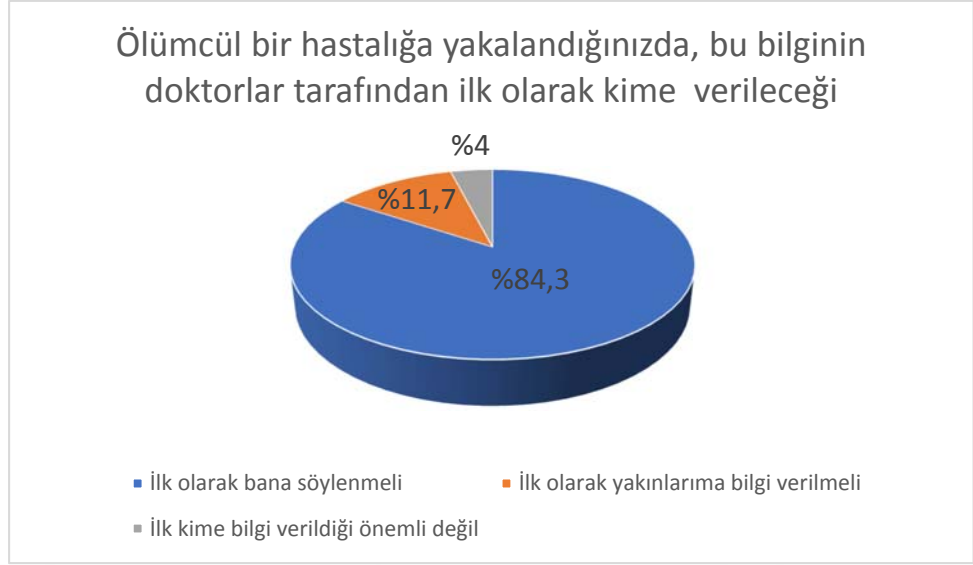
“Yaşam sürdürücü tedavi sağlığınız konusunda iyileştirme sağlamasa ya da acılarınızı dindirmese bile yaşamınızın mümkün olduğu kadar uzatılmasını

ister misiniz?” sorusuna katılımcıların %24,7’si (n=74) “evet, isterim”, %50,7’si (n=152) “hayır, istemem”, %24,7’si (n=74) ise “bilmiyorum” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.15).



Şekil 4.15. Katılımcıların yaşam sürdürücü tedavi iyileştirme sağlamasa / acıları dindirmese bile yaşamının uzatılmasını isteme durumu

“Ölümcül bir hastalığa yakalanırsanız, bu bilginin doktorlar tarafından ilk olarak size mi yakınlarınıza mı verilmesini istersiniz?” sorusuna katılımcıların %84,3’ü (n=253) “ilk bana söylenmeli” olarak yanıt verirken, %11,7’si (n=35) “ilk olarak yakınlarıma bilgi verilmeli”, %4,0’ü (n=12) ise “ilk kime bilgi verildiği önemli değil” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.16).



Şekil 4.16. Katılımcıların ölümcül bir hastalığa yakalandığında, bu bilginin doktorlar tarafından ilk olarak kime verileceği

“Siz istemediğiniz sürece hastalıklarınız hakkında **yakınlarınıza bilgi verilmemesinin** yasal bir hakkınız olduğunu biliyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %60,0’ı (n=180) “evet, biliyorum” olarak yanıtlarken, %40,0’ı (n=120) ise “hayır, bilmiyorum” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.17).



Şekil 4.17. Katılımcıların istemediği sürece hastalığı hakkında yakınlarına bilgi verilmemesinin yasal bir hakkı olduğunu bilme durumu

“Organ bağışı konusunda sizin kararınızın mı yoksa ailenizin kararının mı dikkate alınmasını istersiniz?” sorusuna katılımcıların %80,0’i (n=240) “kendi kararlarım geçerlidir” olarak yanıtlarken, %20,0’si (n=60) ise “ailemin karar vermesi daha doğru olur” olarak yanıt vermiştir (Şekil 4.18).



Şekil 4.18. Katılımcıların organ bağışı konusunda kendi kararının mı yoksa ailesinin kararının mı dikkate alınmasını isteme durumu

4.1. ÇAPRAZ TABLOLAR

4.1.1. Bağlı olduğu aile hekiminin kim olduğunu bilme oranlarının cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir durumuna göre karşılaştırılması

Aile hekimini bilenlerin %60,6'sı kadın iken bilmeyenlerin %59,4'ü erkektir.

Kadınların aile hekiminin kim olduğunu bilmesi erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksektir ($p=0.003$). Aile hekimini bilme durumu ile yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Bağlı olduğu aile hekiminin kim olduğunu bilme oranlarının cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir durumuna göre karşılaştırılması

		Aile Hekimini biliyor		Aile Hekimini bilmiyor		Toplam		p^*
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	140	60,6	28	40,6	168	56,0	0.003
	Erkek	91	39,4	132	59,4	132	44,0	
Yaş	20-29	71	30,7	22	31,9	93	31,0	0.505
	30-39	52	22,5	14	20,3	66	22,0	
	40-49	44	19,0	12	17,4	56	18,7	
	50-59	35	15,2	10	14,5	45	15,0	
	60-69	22	9,5	11	15,9	33	11,0	
	70-79	7	3,0	0	0,0	7	2,3	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	1	0,4	2	2,9	3	1,0	0.468
	Okur-yazar	7	3,0	4	5,8	11	3,7	
	İlkokul mezunu	29	12,6	8	11,6	37	12,3	

	Ortaokul mezunu	13	5,6	4	5,8	17	5,7	
	Lise mezunu	64	27,7	17	24,6	81	27,0	
	Üniversite mezunu	117	50,6	34	49,3	151	50,3	
Medeni durum	Bekar	81	35,1	30	43,5	111	37,0	0.06
	Evli	142	61,5	33	47,8	175	58,3	
	Diğer	8	3,5	6	8,7	14	4,7	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	14	6,1	7	10,1	21	7,0	0.264
	1500-3000	83	35,9	21	30,4	104	34,7	
	3000-5000	89	38,5	22	31,9	111	37,0	
	5000 üzeri	45	19,5	19	27,5	64	21,3	
TOPLAM		231	100,0	69	100,0	300	100,0	
* Ki-kare Testi								

4.1.2. Bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak başvurulanan kurumun cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir durumuna göre karşılaştırılması

Katılımcıların ilk başvuru yaptığı sağlık kurumuna bakıldığında; kadınların %44,0'ünün (n=74) üniversite hastanesine, **%39,3'ünün (n=66) aile hekimine**, %11,3'ünün (n=19) ise devlet hastanesine ilk olarak başvurduğu, özel hastane/doktora başvuranların ise sadece %5,4 (n=9) olduğu bulunmuştur. Erkeklerin ise (kadınlara benzer olarak) en sık %43,9'unun (n=58) üniversite hastanesine, **%31,1'inin (n=41) aile hekimine**, %20,5'inin (n=27) ise devlet hastanesine başvurduğu, özel hastane/doktora başvuranların sadece %4,5 (n=6) olduğu gözlemlendi. Aile hekimine başvuranların %61,7'si (n=66) kadın iken, devlet hastanesine başvuranların %58,7'si (n=27) erkektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Altmış yaş altı katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kurumu en sık üniversite hastanesi olurken (20-29 yaş için %39,8, 30-39 yaş için %43,9, 40-49 yaş için %48,2, 50-59 yaş için %51,1), **60 yaş üstü katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kurumu aile hekimidir (60-69 yaş için %42,4, 70-79 yaş için %57,1)** ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Okur-yazar olmayanların ilk başvurdukları sağlık kurumu en sık devlet hastanesi olurken (%66,7), okur-yazar ve ilkokul mezunu olanları aile hekimi (sırasıyla %36,4, %45,9), ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanları ise üniversite hastanesidir (sırasıyla %58,8, %43,2, %46,4) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İlk olarak aile hekimine başvuranların %64,5'i (n=69) evli iken, ilk olarak devlet hastanesine başvuranların %58,7'si (n=27) bekarıdır. Evliler bekarlara göre daha fazla oranda aile hekimini tercih etmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Geliri 1500 TL'nin altında olanların ilk başvurdukları sağlık kurumu en sık devlet hastanesi olurken (%47,6), geliri 1500-3000 TL olanları aile hekimi (%42,3), 3000 TL'nin üzerinde olanları ise üniversite hastanesidir (3000-5000 TL için %43,2, 5000 TL'nin üzeri için %56,3). Gelir durumu ile ilk başvuru sağlık kurumu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir ($p=0.001$). Özel hastane/doktora başvuranların %80'inin (n=12) 3000 TL'nin üzerinde gelir durumuna sahip olduğu gözlenmektedir.

4.1.3. Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum,

ortalama aylık gelir ve şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğine göre karşılaştırılması

Kadınların %69'u, erkeklerin %68,9'u ($p>0.05$), 20-29 yaş grubunun %73,1'i, 30-39 yaş grubunun %72,7'si, 40-49 yaş grubunun %55,4'ü, 50-59 yaş grubunun %68,9'u, 60-69 yaş grubunun %75,8'i, 70-79 yaş grubunun %57,1'i ($p>0.05$), lise mezunlarının %75,3'ü, üniversite mezunlarının %71,5'i ($p<0.05$), bekarların %71,2'i, evlilerin %68,6'sı, geliri 1500 TL'nin altında olanların %61,9'u, geliri 3000-5000 TL arasında olanların %73,0'ü, kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin %56,7'si, mükemmel olarak nitelendirenlerin %73,4'ü kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşündüğünü bildirmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin oranlarının cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir durumu ve şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğine göre karşılaştırılması

		Bilinç kaybı ihtimalini düşünen		Bilinç kaybı ihtimalini düşünmeyen		Toplam		p^*
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	116	69,0	52	31,0	168	100,0	0.984
	Erkek	91	68,9	41	31,1	132	100,0	
Yaş	20-29	68	73,1	25	26,9	93	100,0	0.206
	30-39	48	72,7	18	27,3	66	100,0	
	40-49	31	55,4	25	44,6	56	100,0	
	50-59	31	68,9	14	31,1	45	100,0	
	60-69	25	75,8	8	24,2	33	100,0	
	70-79	4	57,1	3	42,9	7	100,0	

Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	0	0,0	3	100,0	3	100,0	0.017
	Okur-yazar	6	54,5	5	45,5	11	100,0	
	İlkokul mezunu	24	64,9	13	35,1	37	100,0	
	Ortaokul mezunu	8	47,1	9	52,9	17	100,0	
	Lise mezunu	61	75,3	20	24,7	81	100,0	
	Üniversite mezunu	108	71,5	43	28,5	151	100,0	
Medeni durum	Bekar	79	71,2	32	28,8	111	100,0	0.554
	Evli	120	68,6	55	31,4	175	100,0	
	Diğer	8	57,1	6	42,9	14	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	13	61,9	8	38,1	21	100,0	0.641
	1500-3000	71	68,3	33	31,7	104	100,0	
	3000-5000	81	73,0	30	27,0	111	100,0	
	5000 üzeri	42	65,6	22	34,4	64	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	17	56,7	13	43,3	30	100,0	0.118
	Orta	70	68,6	32	31,4	102	100,0	
	İyi	113	73,4	41	26,6	154	100,0	
	Mükemmel	7	50,0	7	50,0	14	100,0	
TOPLAM		231	100,0	69	100,0	300	100,0	
* Ki-kare Testi								

4.1.4. Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranının cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği-Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranına göre karşılaştırılması

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma durumuna bakıldığında; kadınların %27,4'ünün (n=46), erkeklerin ise %25,8'inin (n=34)

kendi adına karar vermesi için şimdiye kadar ailesinden birisiyle veya aile hekimiyle konuşmuş olduğu görülmektedir. Şu ana kadar konuşmuş olanların %57,'si kadın, %42,5'i erkektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Altmış yaş altı katılımcıların (20-29 yaş hariç) yaklaşık üçte biri, kendi adına karar vermesi için şimdiye kadar ailesinden birisiyle veya aile hekimiyle konuştuğunu bildirmiştir (20-29 yaş için %19,4, 30-39 yaş için %33,3, 40-49 yaş için %30,4, 50-59 yaş için %33,3). Altmış yaş üstü katılımcıların ise beşte biri ve daha azı (60-69 yaş için %21,2, 70-79 yaş için %14,3) ailesinden birisiyle veya aile hekimiyle konuşmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Okur-yazarlık durumu arttıkça kendi adına karar vermesi için şimdiye kadar ailesinden birisiyle veya aile hekimiyle konuşma oranlarının hafif bir artma eğiliminde olduğu, ancak bu artışın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir (sırasıyla %18,2, %24,3, %23,5, %25,9, %28,5) ($p>0.05$).

Evlilerin %30,3'ü ($n=53$), bekarların ise %23,4'ü ($n=26$) kendi adına karar vermesi için şimdiye kadar ailesinden birisiyle veya aile hekimiyle konuştuğunu ifade etti ($p>0,05$).

Geliri 1500 TL'nin altında olanların %19,0'u, geliri 1500-3000 TL olanların %31,7'si, geliri 3000-5000 TL olanların %22,5'i, 5000 TL'nin üzerinde olanların ise %28,1'i kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için daha önce ailesinden birisiyle veya hekimiyle konuştuğunu bildirmiştir ($p>0,05$).

Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin %30,0'u, mükemmel olarak nitelendirenlerin ise sadece %14,3' kendi adına karar vermesi için daha önce ailesinden birisiyle veya hekimiyle konuştuğunu bildirmiştir ($p>0.05$).

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %31,9'u kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için daha önce ailesinden birisiyle veya hekimiyle konuştuğunu ifade ederken, dşnmeyenlerde bu oran %15,1 idir ($p=0.002$).

4.1.5. Ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi sağlık bakımı konusunda isteklerini ifade edemeyecek durumda kaldığında nasıl tedavi görmek istediğini önceden bildirmesine izin veren ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerin cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği-kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranına göre karşılaştırılması

Kadınların %81,0'i (%53,0' bilgisi olmadığı halde, %28,0'i bilgisi olduğunu ifade ederek), **erkeklerin %75,0'i** (%50,8'i bilgisi olmadığı halde, %24,2'si bilgisi olduğunu ifade ederek), **ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu** düşünmektedir ($p>0.05$). Yaş arttıkça ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı azalmakta (%56,1'den %42,9'a), gerekli olmadığını düşünenlerin oranı artmaktadır (%12,9'dan %42,9'a) ve aradaki fark istatistiksel

olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumu arttıkça ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı ve gerekli olmadığını düşünenlerin oranı artmaktadır (sırasıyla %6,0'dan %52,6'ya ve %12,9'dan %42,9'a). Artış oranı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bekarların %82,9'u, evlilerin %77,8'i ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmektedir ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Geliri 1500 TL'nin altında olanların %80,9'u, geliri 5000 TL üzeri olanların ise % 87,5'i ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmektedir ($p>0.05$). Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin %77,6'sı, mükemmel olarak nitelendirenlerin %71,4'ü ($p>0.05$), kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %82,6'sı, düşünmeyenlerin %68,8'i, kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %80,0'i, konuşmayanların %75,9'u ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmektedir ($p<0.05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranına göre karşılaştırılması

Bilgisi yok, gerekli olduğunu düşünmüyor	Bilgisi yok, ama gerekli olduğunu düşünüyor	Bilgisi var ancak gerekli olduğunu düşünmüyor	Bilgisi var, gerekli olduğunu düşünüyor	Toplam	
---	--	---	--	--------	--

		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	26	15,5	89	53,0	6	3,6	47	28,0	168	100,0	0.630*
	Erkek	26	19,7	67	50,8	7	5,3	32	24,2	132	100,0	
Yaş	20-29	12	12,9	47	50,5	2	2,2	32	12	93	100,0	0.008* *
	30-39	6	9,1	37	56,1	5	7,6	18	6	66	100,0	
	40-49	14	25,0	28	50,0	4	7,1	10	14	56	100,0	
	50-59	8	17,8	25	55,6	2	4,4	10	8	45	100,0	
	60-69	9	27,3	16	48,5	0	0,0	8	9	33	100,0	
	70-79	3	42,9	3	42,9	0	0,0	1	3	7	100,0	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	2	3,8	1	0,6	0	0,0	0	0,0	3	1,0	0.028* **
	Okur-yazar	2	3,8	7	4,5	1	7,7	1	1,3	11	3,7	
	İlkokul mezunu	8	15,4	19	12,2	2	15,4	8	10,1	37	12,3	
	Ortaokul mezunu	5	9,6	10	6,4	1	7,7	1	1,3	17	5,7	
	Lise mezunu	13	25,0	37	23,7	6	46,2	25	31,6	81	27,0	
	Üniversite mezunu	22	42,3	82	52,6	3	23,0	44	55,7	151	50,3	
	Toplam	50	100,0	156	100,0	13	100,0	79	100,0	300	100,0	
Medeni durum	Bekar	14	12,6	57	51,4	5	4,5	35	31,5	111	100,0	0.554*
	Evli	31	17,7	92	52,6	8	4,6	44	25,1	175	100,0	
	Diğer	7	50,0	7	50,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	3	14,3	15	71,4	1	4,8	2	9,5	21	100,0	0.022*
	1500-3000	18	17,3	47	45,2	5	4,8	34	32,7	104	100,0	
	3000-5000	27	24,3	60	54,1	3	2,7	21	18,9	111	100,0	
	5000 üzeri	4	6,3	34	53,1	4	6,3	22	34,4	64	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	8	26,7	13	43,3	2	6,7	7	23,3	30	100,0	0.089*
	Orta	15	14,7	57	55,9	2	2,0	28	27,5	102	100,0	
	İyi	28	18,2	79	51,3	6	3,9	41	26,6	154	100,0	
	Mükemmel	1	7,1	7	50,0	3	21,4	3	21,4	14	100,0	
Bilinç kaybı ihtimalini	Düşünen	28	13,5	111	53,6	8	3,9	60	29,0	207	100,0	0.045*
	Düşünmeyen	24	25,8	45	48,4	5	5,4	19	20,4	93	100,0	

Yerine karar vermesi için aile bireyi/hekimisi ile konuşma	Evet	8	10,0	38	47,5	4	5,0	30	37,5	80	100,0	0.028*
	Hayır	44	20,0	118	53,6	9	4,1	49	22,3	220	100,0	
TOPLAM		52	17,3	156	52,0	13	4,3	79	26,3	300	100,0	
* Ki-kare testi ** Linear by linear Association ** Linear by linear Association (sütun yüzdesi)												

4.1.6. Böyle bir formu imzalarsa tedavisinin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişe duyup duymadığının cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

Böyle bir formu imzalarsa tedavisinin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişe duyup duymadığına bakıldığında; kadınların %21,4'ünün (n=36), erkeklerin ise %19,7'sinin (n=26) tedavi endişesi duyacağı görülmüştür. Tedavi endişesi duyacağını ifade edenlerin %58,1'i kadın, %41,9'u erkektir (p>0.05). Kırk yaş ve üzeri katılımcıların tedavi endişesi duyma oranları (40-49 yaş için %23,2, 50-59 yaş için %37,8, 60-69 yaş için %18,2, 70-79 yaş için %28,6), 40 yaş altı katılımcılara göre (20-29 yaş için %15,1, 30-39 yaş için %15,2) istatistiksel olarak

anlamli derecede yuaksektir ($p<0.001$). Eğitim düzeyi ile tedavi endişesi duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Evlilerin %25,1'i (n=44) tedavi endişesi duyacağını, %48,0'i herhangi bir endişe duymayacağını ifade ederken, bekarların ise %14,4'  (n=16) tedavi endişesi duyacağını, %51,4'  ise emin olmadığını ifade etmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlidir ($p<0.001$). Gelir durumu ile tedavi endişesi duyma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin tedavi endişesi duyma oranı (%33,3), orta, iyi ve mükemmel olarak nitelendirenlere göre (sirasıyla %22,5, %16,4, %21,4) yüksek olarak bulunmuştur, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ($p>0.05$).

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %22,2'si, düşünmeyenlerin %17,2'si tedavi endişesi duyacağını ifade etmiştir. Tedavi endişesi duyacağını ifade edenlerin %74,8'i karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünen katılımcılardır ($p>0.05$).

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %20,0'si, konuşmayanların %20,9'u tedavi endişesi duyacağını ifade etmiştir. Tedavi endişesi duyacağını ifade edenlerin %74,2'si kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşmayan katılımcılardır ($p>0.05$).

İleriye yönelik talimatlarla ilgili "bilgim var ve gerekli olduğunu düşünmüyorum" diyenlerin %7,7'si tedavi endişesi duyacağını, %61,5'i ise tedavi endişesi duymayacağını ifade ederken, "bilgim var ve gerekli olduğunu düşünmüyorum"

diyenlerin %20,3'ü tedavi endişesi duyacağını, %45,6'sı tedavi endişesi duymayacağını ifade etmiştir ($p>0.05$).

4.1.7. Ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediğinin cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

Kadınların %72,6'sı, erkeklerin %75,0'i tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek istediğini bildirmiştir ($p>0.05$). Yaş arttıkça bir sağlık vekili seçmek isteyenlerin oranı artmaktadır (%66,7'den %100,0'e) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu ile bir sağlık vekili seçme isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin %66,7'si, mükemmel olarak nitelendirenlerin %85,7'si ($p>0.05$), kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %77,8'i, düşünmeyenlerin %64,5'i ($p<0.001$), kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %75,0'i, konuşmayanların %73,2'si, ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin %80,1'i,

düşünmeyenlerin %63,5'i, tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için bir sağlık vekili seçmek istemektedir ($p<0.001$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

		Bir sağlık vekili seçmek istiyor		Bir sağlık vekili seçmek istemiyor		Kararı doktorunun vermesini istiyor		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	122	72,6	10	6,0	36	21,4	168	100,0	0.214*
	Erkek	99	75,0	13	9,8	20	15,2	132	100,0	
Yaş	20-29	62	66,7	7	7,5	24	25,8	93	100,0	0.002**
	30-39	48	72,7	3	4,5	15	22,7	66	100,0	
	40-49	39	69,6	8	14,3	9	16,1	56	100,0	
	50-59	36	80,0	3	6,7	6	13,3	45	100,0	
	60-69	29	87,9	2	6,1	2	6,1	33	100,0	
	70-79	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	0.148*
	Okur-yazar	7	63,6	3	27,3	1	9,1	11	3,7	
	İlkokul mezunu	28	75,7	4	10,8	5	13,5	37	12,3	

	Ortaokul mezunu	13	76,5	2	11,8	2	11,8	17	5,7	
	Lise mezunu	53	65,4	6	7,4	22	27,2	81	27,0	
	Üniversite mezunu	117	77,5	8	5,3	26	17,2	151	50,3	
Medeni durum	Bekar	79	71,2	9	8,1	23	20,7	111	100,0	0.738*
	Evli	130	74,3	14	8,0	31	17,7	175	100,0	
	Diğer	12	85,7	0	0,0	2	14,3	14	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	15	71,4	3	14,3	3	14,3	21	100,0	0.535*
	1500-3000	78	75,0	9	8,7	17	16,3	104	100,0	
	3000-5000	82	73,9	9	8,1	20	18,0	111	100,0	
	5000 üzeri	46	71,9	2	3,1	16	25,0	64	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	20	66,7	4	13,3	6	20,0	30	100,0	0.574*
	Orta	73	71,6	10	9,8	19	18,6	102	100,0	
	İyi	116	75,3	8	5,2	30	19,5	154	100,0	
	Mükemmel	12	85,7	1	7,1	1	7,1	14	100,0	
Bilinç kaybı ihtimalini	Düşünen	161	77,8	7	3,4	39	18,8	207	100,0	<0.001*
	Düşünmeyen	60	64,5	16	17,2	17	18,3	93	100,0	
Yerine karar vermesi için aile bireyi/he kimi ile konuşma	Evet	60	75,0	3	3,8	17	21,3	80	100,0	0.273*
	Hayır	161	73,2	20	9,1	39	17,7	220	100,0	
İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşü	Bilgisi yok, gerekli değil	33	63,5	13	25,0	6	11,5	52	100,0	<0.001*
	Bilgisi yok, gerekli	125	80,1	4	2,6	27	17,3	156	100,0	

	Bilgisi var, gerekli değil	9	69,2	3	23,1	1	7,7	13	100,0	
	Bilgisi var, gerekli	54	68,4	3	3,8	22	27,8	79	100,0	
TOPLAM		221	73,7	23	7,7	56	18,7	300	100,0	
* Ki-kare testi										
** Linear by linear Association										

4.1.8. Kimi sağlık vekili olarak seçmek istediğinin cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

Kadınların %42,7'si, erkeklerin %41,8'i sağlık vekili olarak “eş”lerini seçmek isteyeceklerini bildirmiştir ($p>0.05$). Sağlık vekili olarak 20-29 yaş grubunun %60,0'ı “anne-baba” derken, 30-39 yaş grubunun %58,5'i, 40-49 yaş grubunun %64,4'ü, 50-59 yaş grubunun %36,1'i “eş”, 60-69 yaş grubunun %60,0'ı ile 70-79 yaş grubunun %57,1'i “çocuklar”ı tercih etmiştir. “Anne, baba” diyenlerin %84'ü 20-29 yaş aralığında olanlar iken, “çocuklar” diyenlerin %80,4'ü 50-79 yaş arasında olanlar ve “eş” diyenlerin %71,5'i ise 30-60 yaş arasında olanlardı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Ortaokul ve daha altı bir eğitim düzeyine sahip olanlar daha çok “eş ve çocuklar” üzerine yoğunlaşırken, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlar daha sıklıkla “eş,

anne-baba ve kardeş” yanıtını vermişlerdir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$).

Bekar olanların %53,5’i “anne-baba” cevabını verirken, evlilerin %64,1’i “eş” cevabını vermiştir. “Anne, baba” diyenlerin %92,0’si bekarlar iken, “eş” cevabını verenlerin %89,2’si evlilerdir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Gelir durumu ile sağlık vekilinin kim olacağı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kendi sağlığını kötü, orta ve iyi olarak nitelendirenlerin sırasıyla %40,9, %42,5 ve 45,2’si, mükemmel olarak nitelendirenlerin %15,4’ü sağlık vekili olarak “eş”lerini tercih ederken ($p<0.05$), kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenler, kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanlar ve ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenler ile sağlık vekilinin kim olacağı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

		Sağlık vekili										Toplam		<i>p</i>
		Anne, baba		Kardeş		Arkadaş		Eş		Çocuk				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	22	16,8	19	14,5	3	2,3	56	42,7	31	23,7	131	100,0	0.220*
	Erkek	28	25,5	17	15,5	4	3,6	46	41,8	15	13,6	110	100,0	
Yaş	20-29	42	60,0	9	12,9	4	5,7	15	21,4	0	0,0	70	100,0	<0.001*
	30-39	5	9,4	14	26,4	2	3,8	31	58,5	1	1,9	53	100,0	
	40-49	3	6,7	4	8,9	1	2,2	29	64,4	8	17,8	45	100,0	
	50-59	0	0,0	8	22,2	0	0,0	13	36,1	15	41,7	36	100,0	
	60-69	0	0,0	1	3,3	0	0,0	11	36,7	18	60,0	30	100,0	
	70-79	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7	100,0	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	1,0	0.001*
	Okur-yazar	5	71,4	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	7	3,7	
	İlkokul mezunu	2	5,7	1	2,9	0	0,0	19	54,3	13	37,1	35	12,3	
	Ortaokul mezunu	2	15,4	2	15,4	0	0,0	5	38,5	4	30,8	13	5,7	
	Lise mezunu	20	34,5	9	15,5	0	0,0	20	34,5	9	15,5	58	27,0	

	Üniversite mezunu	21	16,8	24	19,2	7	5,6	54	43,2	19	15,2	125	50,3	
Medeni durum	Bekar	46	53,5	21	24,4	7	8,1	9	10,5	3	3,5	86	100,0	<0.001*
	Evli	3	2,1	14	9,9	0	0,0	91	64,1	34	23,9	142	100,0	
	Diğer	1	7,7	1	7,7	0	0,0	2	15,4	9	69,2	13	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	6	37,5	0	0,0	0	0,0	5	31,3	5	31,3	16	100,0	0.103*
	1500-3000	24	27,6	14	16,1	0	0,0	32	36,8	17	19,5	87	100,0	
	3000-5000	13	14,8	13	14,8	5	5,7	41	46,6	16	18,2	88	100,0	
	5000 üzeri	7	14,0	9	18,0	2	4,0	24	48,0	8	16,0	50	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	3	13,6	4	18,2	0	0,0	9	40,9	6	27,3	3	100,0	0.045**
	Orta	17	21,3	9	11,3	1	1,3	34	42,5	19	23,8	17	100,0	
	İyi	25	19,8	20	15,9	4	3,2	57	45,2	20	15,9	25	100,0	
	Mükemmel	5	38,5	3	23,1	2	15,4	2	15,4	1	7,7	5	100,0	
Bilinç kaybı ihtimalini	Düşünen	31	18,2	26	15,3	7	4,1	73	42,9	33	19,4	31	100,0	0.307*
	Düşünmeyen	19	26,8	10	14,1	0	0,0	29	40,8	13	18,3	19	100,0	
Yerine karar vermesi için aile bireyi/hekimi ile konuşma	Evet	12	18,8	13	20,3	2	3,1	26	40,6	11	17,2	64	100,0	0.719*
	Hayır	38	21,5	23	13,0	5	2,8	76	42,9	35	19,8	177	100,0	
İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşü	Bilgisi yok, gerekli değil	6	17,1	7	20,0	0	0,0	16	45,7	6	17,1	35	100,0	0.445*
	Bilgisi yok, gerekli	22	16,7	19	14,4	5	3,8	59	44,7	27	20,5	132	100,0	

	Bilgisi var, gerekli değil	4	36,4	1	9,1	1	9,1	5	45,5	0	0,0	11	100,0	
	Bilgisi var, gerekli	18	28,6	9	14,3	1	1,6	22	34,9	13	20,6	63	100,0	
TOPLAM		50	20,7	36	14,9	7	2,9	102	42,3	46	19,1	241	100,0	
* Ki-kare testi														
** Linear by linear Association														

4.1.9. Son dönem kanser hastası olma durumunda kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için KPR (kalp masajı) isteyip istemediğinin cinsiyet-yaş grubu- eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediğini göre karşılaştırılması

Kadınların 57,7'si, erkeklerin 51,5'i kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için KPR (kalp masajı) istediğini bildirmiştir ($p>0.05$). Yaş grupları ile kalp masajı isteme oranı arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). İlkokul mezunlarının %78,4'ü, ortaokul mezunlarının %70,6'sı kalp masajı yapılmasını isterken, lise mezunlarının %58,0'i, üniversite mezunlarının ise yalnızca %45,0'i kalp masajı yapılmasını istemektedir ve eğitim durumu arttıkça KPR isteme oranı azalmaktadır ($p=0.009$).

Bekar olanların %45,9'u kalp masajı yapılmasını isterken, evlilerin %59,4'ü kalp masajı yapılmasını istemektedir ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Gelir durumu 5000 TL üzerinde olanların kalp masajı yapılmasını isteme oranı (%39,1) diğer gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p=0.005$).

Sağlık durumu, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verecek bilinç düzeyi, kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşma durumu ile kalp masajı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). İleriye yönelik talimatlarla ilgili bilgisi olmadığı halde talimatların gerekli olmadığını düşünenlerin kalp masajı isteme oranı %65,4 iken, bilgisi olup talimatların gerekli olduğunu düşünenlerde bu oran %44,3'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.032$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Son dönem kanser hastası olma durumunda kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için KPR (kalp masajı) isteyip istemediği ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ve tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

		KPR (kalp masajı)						Toplam		
		Evet isterim		Hayır, istemem		Kararsızım				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	97	57,7	45	26,8	26	15,5	168	100,0	0.214*
	Erkek	68	51,5	46	34,8	18	13,6	132	100,0	
Yaş	20-29	44	47,3	33	35,5	16	17,2	93	100,0	0.725*
	30-39	41	62,1	17	25,8	8	12,1	66	100,0	
	40-49	32	57,1	14	25,0	10	17,9	56	100,0	
	50-59	27	60,0	12	26,7	6	13,3	45	100,0	
	60-69	17	51,5	12	36,4	4	12,1	33	100,0	
	70-79	4	57,1	3	42,9	0	0,0	7	100,0	

Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	1,0	0.009**
	Okur-yazar	7	63,6	2	18,2	2	18,2	11	3,7	
	İlkokul mezunu	29	78,4	4	10,8	4	10,8	37	12,3	
	Ortaokul mezunu	12	70,6	4	23,5	1	5,9	17	5,7	
	Lise mezunu	47	58,0	21	25,9	13	16,0	81	27,0	
	Üniversite mezunu	68	45,0	60	39,7	23	15,2	151	50,3	
Medeni durum	Bekar	51	45,9	39	35,1	21	18,9	111	100,0	0.116*
	Evli	104	59,4	50	28,6	21	12,0	175	100,0	
	Diğer	10	71,4	2	14,3	2	14,3	14	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	12	57,1	3	14,3	6	28,6	21	100,0	0.005*
	1500-3000	66	63,5	22	21,2	16	15,4	104	100,0	
	3000-5000	62	55,9	36	32,4	13	11,7	111	100,0	
	5000 üzeri	25	39,1	30	46,9	9	14,1	64	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	18	60,0	6	20,0	6	20,0	30	100,0	0.537*
	Orta	61	59,8	31	30,4	10	9,8	102	100,0	
	İyi	79	51,3	49	31,8	26	16,9	154	100,0	
	Mükemmel	7	50,0	5	35,7	2	14,3	14	100,0	
Bilinç kaybı ihtimali ni	Düşünen	113	54,6	68	32,9	26	12,6	207	100,0	0.180*
	Düşünmeyen	52	55,9	23	24,7	18	19,4	93	100,0	
Yerine karar vermesi için aile bireyi/h ekimi ile konuşma	Evet	48	60,0	19	23,8	13	16,3	80	100,0	0.326*
	Hayır	117	53,2	72	32,7	31	14,1	220	100,0	

İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşü	Bilgisi yok, gerekli değil	34	65,4	13	25,0	5	9,6	52	100,0	0.032*
	Bilgisi yok, gerekli	89	57,1	47	30,1	20	12,8	156	100,0	
	Bilgisi var, gerekli değil	7	53,8	1	7,7	5	38,5	13	100,0	
	Bilgisi var, gerekli	35	44,3	30	38,0	14	17,7	79	100,0	
TOPLAM		165	55,0	91	30,3	44	14,7	300	100,0	
* Ki-kare testi										
** Linear by linear Association										

4.1.10. Zihinsel işlevlerini geri dönüşümsüz bir şekilde yitirmiş yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olma durumunda yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini isteyip istememe durumu ile cinsiyet-yaş grubu- eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği- KPR isteyip istemediğine göre karşılaştırılması

Kadınların %54,8'i, erkeklerin %56,1,0'i, 20-29 yaş grubunun %55,9'u, 30-39 yaş grubunun %54,5'i, 40-49 yaş grubunun %46,4'ü, 50-59 yaş grubunun %55,6'sı, 60-69 yaş grubunun %72,7'si ve 70-79 yaş grubunun ise %42,9'u yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olma durumunda yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini istemediklerini bildirmiştir ($p>0.05$).

Öğrenim durumu arttıkça yaşam sürdürücü tedavi isteme oranı azalmaktadır. İlkokul mezunu katılımcıların %40,5; ortaokul mezunu katılımcıların %47,1'i; lise mezunlarının %54,3'ü, üniversite mezunlarının ise %62,3'ü yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini istememektedir ($p<0.05$). Medeni durum, katılımcıların bilinç kaybı ihtimalini düşünme oranı, bir sağlık vekili seçme isteği, ileriye yönelik

talimatlar ile ilgili görüşleri ile yaşam sürdürücü tedaviye devam edilme isteği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gelir durumu 1500 TL altında olanların %38,1 yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesiyle ilgili doktorun karar vermesini isterken, 1500-3000 TL olanların %51,9'u, 3000-5000 TL olanların %60,4'u, 5000 TL üzeri olanların %57,8'i yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini istememektedir ($p<0.05$). Yaşam sürdürücü tedavi isteyenlerin %82,4'ü KPR da istediğini, buna karşın tedavi istemeyenlerin 87,9'u KPR da istemediğini bildirmiştir ($p<0.001$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Zihinsel işlevlerini geri dönüşümsüz bir şekilde yitirmiş yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olma durumunda yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini isteyip istememe durumu ile ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı ve kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı ve ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri ve kalp masajı isteyip istemediğine göre karşılaştırılması

		Yaşam sürdürücü tedavi istiyor		Yaşam sürdürücü tedavi istemiyor		Kararı doktorunun vermesini istiyor		Toplam		<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	38	22,6	92	54,8	38	22,6	168	100,0	0.371*
	Erkek	36	27,3	74	56,1	22	16,7	132	100,0	
Yaş	20-29	21	22,6	52	55,9	20	21,5	93	100,0	0.279*
	30-39	18	27,3	36	54,5	12	18,2	66	100,0	
	40-49	17	30,4	26	46,4	13	23,2	56	100,0	

	50-59	11	24,4	25	55,6	9	20,0	45	100,0	
	60-69	3	9,1	24	72,7	6	18,2	33	100,0	
	70-79	4	57,1	3	42,9	0	0,0	7	100,0	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	1,0	0.016*
	Okur-yazar	2	18,2	5	45,5	4	36,4	11	3,7	
	İlkokul mezunu	14	37,8	15	40,5	8	21,6	37	12,3	
	Ortaokul mezunu	8	47,1	8	47,1	1	5,9	17	5,7	
	Lise mezunu	23	28,4	44	54,3	14	17,3	81	27,0	
	Üniversite mezunu	26	17,2	94	62,3	31	20,5	151	50,3	
Medeni durum	Bekar	22	19,8	66	59,5	23	20,7	111	100,0	0.561*
	Evli	47	26,9	94	53,7	34	19,4	175	100,0	
	Diğer	5	35,7	6	42,9	3	21,4	14	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	5	23,8	8	38,1	8	38,1	21	100,0	0.024*
	1500-3000	36	34,6	54	51,9	14	13,5	104	100,0	
	3000-5000	20	18,0	67	60,4	24	21,6	111	100,0	
	5000 üzeri	13	20,3	37	57,8	14	21,9	64	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	10	33,3	12	40,0	8	26,7	30	100,0	0.245*
	Orta	24	23,5	56	54,9	22	21,6	102	100,0	
	İyi	39	25,3	90	58,4	25	16,2	154	100,0	
	Mükemmel	1	7,1	8	57,1	5	35,7	14	100,0	
Bilinç kaybı ihtimalini	Düşünen	45	21,7	124	59,9	38	18,4	207	100,0	0.057*
	Düşünmeyen	29	31,2	42	45,2	22	23,7	93	100,0	
Yerine karar vermesi için aile bireyi/hekimi ile konuşma	Evet	23	28,8	41	51,3	16	20,0	80	100,0	0.587*
	Hayır	51	23,2	125	56,8	44	20,0	220	100,0	

İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşü	Bilgisi yok, gerekli değil	15	28,8	26	50,0	11	21,2	52	100,0	0.102*
	Bilgisi yok, gerekli	34	21,8	91	58,3	31	19,9	156	100,0	
	Bilgisi var, gerekli değil	6	46,2	2	15,4	5	38,5	13	100,0	
	Bilgisi var, gerekli	19	24,1	47	59,5	13	16,5	79	100,0	
Kalp masajı isteyip istemediği ile ilgili görüşü	Evet, isterim	61	37,0	67	40,6	37	22,4	165	100,0	<0.001*
	Hayır, istemem	4	4,4	80	87,9	7	7,7	91	100,0	
	Kararsızım	9	20,5	19	43,2	16	36,4	44	100,0	
TOPLAM		221	73,7	23	7,7	56	18,7	300	100,0	
* Ki-kare testi										

4.1.11. Son dönem hastalıkta veya bitkisel hayatta olma durumunda hangi tıbbi müdahalelerin istendiğinin cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği - kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı- ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediğine göre karşılaştırılması

Son dönem hastalıkta veya bitkisel hayatta olma durumunda hangi tıbbi müdahalelerin istendiğine bakıldığında; kadınların %58,3'ünün (n=98), erkeklerin ise %51,5'inin (n=68) doktorlarının kendisi için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedavileri istediğini bildirmiştir ($p>0.05$). Hekimlerine güven duymada cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin %63,3'ü doktorunun kendisi için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedaviyi tercih ederken, orta, iyi ve mükemmel olarak nitelendirenlerde bu oranlar daha düşük olarak bulunmuştur (sırasıyla %59,8, %52,6, %35,7), ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %53,6'sı, düşünmeyenlerin ise %59,1'i ($p>0.05$); kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için

ailenden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %58,8'i, konuşmayanların ise %54,1'i son dönem hastalıkta veya bitkisel hayatta olma durumunda doktorunun kendisi için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedaviyi tercih edeceğini bildirmiştir ($p>0.05$).

İleriye yönelik talimatlarla ilgili “bilgim var ve gerekli olduğunu düşünmüyorum” diyenlerin %84,6'sı, “bilgim var ve gerekli olduğunu düşünüyorum” diyenlerin %57,0'si doktorunun kendisi için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedaviyi tercih edeceğini ifade etti ($p>0.05$).

Ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyenlerin %56,1'i, istemeyenlerin %47,8'i, kararı doktorunun vermesini isteyenlerin ise sadece %55,4'ü doktorunun kendisi için en iyi olduğunu düşündüğü hayat kurtarıcı tedaviyi tercih edeceğini bildirmiştir ($p>0.05$). Bunu bildirenlerin sadece %18,7'si sağlık vekili seçme isteğinde kararı doktoruma bırakırım yanıtını verirken, %74,7'si ise sağlık vekili seçmek istediğini ifade etmiştir.

4.1.12. Yaşam sürdürücü tedavi sağlığı konusunda iyileştirme sağlamasa ya da acılarını dindirmese bile yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını isteyip istemediğinin cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik

talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği-KPR isteğine göre karşılaştırılması

Kadınların %44,0'ı, erkeklerin %59,1'i ($p<0.05$), 20-29 yaş grubunun %53,8'i, 30-39 yaş grubunun %48,5'i, 40-49 yaş grubunun %42,9'u, 50-59 yaş grubunun %48,9'u, 60-69 yaş grubunun %57,6'sı ve 70-79 yaş grubunun ise %71,4'ü ($p>0.05$) yaşam sürdürücü tedavi sağlığı konusunda iyileştirme sağlamasa ya da acılarını dindirmese bile yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını istemediklerini bildirmiştir.

İlkokul ve ortaokul mezunu katılımcıların sırasıyla %45,9 ve %52,9'u yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını istiyorken, lise mezunlarının %48,1'i, üniversite mezunlarının ise %56,3'ü istememektedir ($p<0.05$).

Medeni durum, sağlık durumu, katılımcıların bilinç kaybı ihtimalini düşünme oranı, bir sağlık vekili seçme isteği, yerine karar vermesi için aile bireyi/hekimi ile konuşma durumu ile acılarını dindirmese bile yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gelir durumu arttıkça yaşamlarının mümkün olduğu kadar uzatılmasını isteyenlerin oranı azalmaktadır. Gelir durumu 1500 TL altında olanların %47,6'sı ile 1500-3000 TL olanların %44,2'si, 3000-5000 TL olanların %53,2'si ve 5000 TL üzeri olanların %57,8'i iyileştirme sağlamasa ya da acılarını dindirmese bile yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını istemediklerini ifade etmiştir. ($p<0.05$).

İleriye yönelik talimatlarla ilgili “bilgim var ve gerekli olduğunu düşünmüyorum” diyenlerin %61,5’i yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını istiyorken, “bilgim var ve gerekli olduğunu düşünüyorum” diyenlerin %58,2’si yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını istemediğini bildirmiştir ($p<0.05$).

Kalp masajı isteyenlerin %38,8’i yaşamı uzatmak istediğini, buna karşın kalp masajı istemeyenlerin %83,5’ini yaşamı uzatmak istemediği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Yaşam sürdürücü tedavi sağlığı konusunda iyileştirme sağlama ya da acılarını dindirmese bile yaşamının mümkün olduğu kadar uzatılmasını isteyip istemediğiyle ilgili görüşlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir, şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı, ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri, ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği, kalp masajı isteyip istemediğine göre karşılaştırılması

		Yaşamı uzatmak istiyor		Yaşamı uzatmak istemiyor		Bilmiyor		Toplam		<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	42	25,0	74	44,0	52	31,0	168	100,0	0.009*
	Erkek	32	24,2	78	59,1	22	16,7	132	100,0	
Yaş	20-29	18	19,4	50	53,8	25	26,9	93	100,0	0.128*
	30-39	14	21,2	32	48,5	20	30,3	66	100,0	
	40-49	21	37,5	24	42,9	11	19,6	56	100,0	
	50-59	15	33,3	22	48,9	8	17,8	45	100,0	
	60-69	4	12,1	19	57,6	10	30,3	33	100,0	

	70-79	2	28,6	5	71,4	0	0,0	7	100,0	
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	1,0	0.007*
	Okur-yazar	2	18,2	5	45,5	4	36,4	11	3,7	
	İlkokul mezunu	17	45,9	14	37,8	6	16,2	37	12,3	
	Ortaokul mezunu	9	52,9	7	41,2	1	5,9	17	5,7	
	Lise mezunu	18	22,2	39	48,1	24	29,6	81	27,0	
	Üniversite mezunu	27	17,9	85	56,3	39	25,8	151	50,3	
Medeni durum	Bekar	17	15,3	62	55,9	32	28,8	111	100,0	0.076*
	Evli	53	30,3	83	47,4	39	22,3	175	100,0	
	Diğer	4	28,6	7	50,0	3	21,4	14	100,0	
Gelir durumu (TL)	1500 altı	6	28,6	10	47,6	5	23,8	21	100,0	0.024*
	1500-3000	36	34,6	46	44,2	22	21,2	104	100,0	
	3000-5000	18	16,2	59	53,2	34	30,6	111	100,0	
	5000 üzeri	14	21,9	37	57,8	13	20,3	64	100,0	
Sağlık durumu	Kötü/çok kötü	10	33,3	13	43,3	7	23,3	30	100,0	0.748*
	Orta	24	23,5	49	48,0	29	28,4	102	100,0	
	İyi	38	24,7	82	53,2	34	22,1	154	100,0	
	Mükemmel	2	14,3	8	57,1	4	28,6	14	100,0	
Bilinç kaybı ihtimalini	Düşünen	50	24,2	105	50,7	52	25,1	207	100,0	0.938*
	Düşünmeyen	24	25,8	47	50,5	22	23,7	93	100,0	
Yerine karar vermesi için aile bireyi/hekim ile konuşma	Evet	24	30,0	34	42,5	22	27,5	80	100,0	0.218*
	Hayır	50	22,7	118	53,6	52	23,6	220	100,0	

İleriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşü	Bilgisi yok, gerekli değil	14	26,9	26	50,0	12	23,1	52	100,0	0.012*
	Bilgisi yok, gerekli	40	25,6	79	50,6	37	23,7	156	100,0	
	Bilgisi var, gerekli değil	8	61,5	1	7,7	4	30,8	13	100,0	
	Bilgisi var, gerekli	12	15,2	46	58,2	21	26,6	79	100,0	
Sağlık vekili	Evet	52	23,5	118	53,4	51	23,1	221	100,0	0.486*
	Hayır	5	21,7	10	43,5	8	34,8	23	100,0	
	Kararı doktorun vermesini istiyor	17	30,4	24	42,9	15	26,8	56	100,0	
Kalp masajı isteyip istemediği ile ilgili görüşü	Evet, isterim	64	38,8	58	35,2	43	26,1	165	100,0	<0.001*
	Hayır, istemem	5	5,5	76	83,5	10	11,0	91	100,0	
	Kararsızım	5	11,4	18	40,9	21	47,7	44	100,0	
TOPLAM		74	24,7	152	50,7	74	24,7	300	100,0	
* Ki-kare testi										

4.1.13. Ölümcül bir hastalığa yakalanıldığında, bu bilginin ilk olarak kime verilmesini istediğinin cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği-KPR isteğine göre karşılaştırılması

Katılımcıların ölümcül bir hastalığa yakalanıldığında, bu bilginin ilk olarak kime verilmesini istediğine bakıldığında; kadınların %84,5'inin (n=142), erkeklerin ise %84,1'inin (n=111) ölümcül bir hastalığa yakalanıldığında, bu bilginin ilk olarak kendilerine verilmesini istedikleri saptanmıştır ($p>0.05$). Elli yaş altı katılımcıların ölümcül bir hastalığa yakalanıldığında, bu bilginin ilk olarak kendilerine verilmesini oranları (20-29 yaş için %88,2, 30-39 yaş için %89,4, 40-49 yaş için %85,7) 50 yaş ve üzeri katılımcılara göre (50-59 yaş için %73,3, 60-69 yaş için %78,8, 70-79 yaş için %71,4), istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Eğitim düzeyi ile ölümcül hastalık bilgisinin kime verileceği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (ilkokul %81,1, ortaokul %82,4, lise %86,4, üniversite %84,1 kendisine söylenmesini istemektedir) ($p>0.05$).

Medeni durum gelir durumu ile ölümcül hastalık bilgisinin kime verileceği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Evlilerin %82,3'ü

(n=144), bekarların ise %88,3'ü (n=98) ölümcül bir hastalığa yakalanıldığında, bu bilginin ilk olarak kendilerine verilmesini istemektedir ($p>0.05$). Gelir durumu ile ölümcül hastalık bilgisinin kime verileceği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin %90,0'ı önemli hastalık bilgisinin ilk olarak kendisine verilmesini isterken, orta, iyi ve mükemmel olarak nitelendirenlerde bu oranlar daha düşük olarak bulunmuştur (sırasıyla %80,4, %85,7, %85,7), ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %85,5'i, düşünmeyenlerin ise %81,7'si ($p>0.05$); kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %85,0'i, konuşmayanların ise %84,1'i önemli hastalık bilgisinin ilk olarak kendisine verilmesini istemektedir ($p>0.05$). Aynı şekilde "İleriye yönelik talimatlarla ilgili bilgim var ve gerekli olduğunu düşünmüyorum" diyenlerin %92,3'ü, "bilgim var ve gerekli olduğunu düşünüyorum" diyenlerin %81,0'i önemli hastalık bilgisinin ilk olarak kendisine verilmesini istemektedir ($p>0.05$). Ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyenlerin %83,7'si, istemeyenlerin %95,7'si, kararı doktorunun vermesini isteyenlerin ise sadece %82,1'i ölümcül bir hastalığa yakalanıldığında, bu bilginin ilk olarak kendilerine verilmesini istediklerini ifade etmiştir ($p>0.05$).

Kalp masajı isteyenlerin %81,8'i, istemeyenlerin %85,8'i, kararsızların ise %90,0'u ölümcül bir hastalığa yakalandığında, bu bilginin ilk olarak kendilerine verilmesini istemektedir ($p>0.05$). Ancak aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.1.14. Hastanın kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğunu bilip bilmemesiyle cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği-KPR isteği- yaşam sürdürücü tedaviyle ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

Hastanın kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğu konusundaki bilgisine bakıldığında;

kadınların %58,9'unun ($n=99$), erkeklerin ise %61,4'ünün ($n=81$) kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğunu bildiği görülmektedir ($p>0.05$).

Yaş arttıkça hastalığı hakkında kendi istemediği sürece yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal hakkı olduğunu bilme oranları istatistiksel olarak anlamlı

derecede azalmaktadır (20-29 yaş için %77,4, 30-39 yaş için %60,6, 40-49 yaş için %55,4, 50-59 yaş için %42,2, 60-69 yaş için %45,5, 70-79 yaş için %42,9) (**p<0.001**). Eğitim düzeyi lise ve üzeri seviyede olanların yasal hakkını bilme oranları (lise için %65,4, üniversite için %66,2) ortaokul ve altı eğitim seviyesine göre (ilkokul için %37,81, ortaokul için %35,3) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (**p=0.001**). Aynı şekilde bekarların yasal haklarını bilme oranları (%71,2), evlilere göre (%56,0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (**p<0.001**). Gelir durumu ile yasal haklarını bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kendi sağlığını kötü olarak nitelendirenlerin kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğunu bilme oranı (%36,7), orta, iyi ve mükemmel (sırasıyla %59,8, %62,3, %85,7) olarak nitelendirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur (**p=0.004**).

Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %61,8'i, düşünmeyenlerin ise %55,8'u ($p>0.05$); kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %70,0'i, konuşmayanların ise %56,4'ü kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğunu bilmektedir (**p<0.05**).

İleriye yönelik talimatlarla ilgili “bilgim var ve gerekli olduğunu düşünmüyorum” diyenlerin %61,5'i, “bilgim var ve gerekli olduğunu düşünüyorum” diyenlerin %75,9'u kendi bilgisi dışında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal haklarını bilmektedir (**p<0.05**).

Ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birisini sağlık vekili olarak seçmek isteyenlerin %57,0'si, istemeyenlerin %60,9'u, kararı doktorunun vermesini isteyenlerin ise sadece %71,4'ü yasal haklarını bilmektedir ($p>0.05$).

Kalp masajı isteyenlerin %57,6'sı, istemeyenlerin %69,2'si, kararsızların ise %50,0'si kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğunu bilmektedir ($p>0.05$).

Gelir durumu ile yasal haklarını bilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

4.1.15. Organ bağıışı konusunda dikkate alınmasını istedikleri kararın kime ait olduğunun cinsiyet-yaş grubu-eğitim durumu-medeni durum-ortalama aylık gelir-şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği -kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünme oranı – kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar vermeyecek durumda kalması halinde aileden biriyle ya da hekimiyle konuşma oranı-ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri- ciddi bir şekilde hasta olunduğunda ya da ani bir kazayla kendi isteklerini ifade edemeyecek durumda kalınmasıyla tıbbi bakımı ile ilgili kararları vermesi için birini sağlık vekili olarak seçmek isteyip istemediği-KPR isteği- yaşam sürdürücü tedaviyle ilgili görüşlerine göre karşılaştırılması

Organ bağıışı konusunda dikkate alınmasını istedikleri kararın kime ait olduğuna bakıldığında; kadınların %85,7'sinin, erkeklerin ise %72,7'sinin organ bağıışı

konusunda kendi kararlarının geçerli olduğunu bildirmiştir ($p=0.005$). Yaş arttıkça organ bağışı konusunda kendi kararlarının geçerli olduğunu ifade etme oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmaktadır (20-29 yaş için %87,1, 30-39 yaş için %89,4, 40-49 yaş için %80,4, 50-59 yaş için %66,7, 60-69 yaş için %63,6, 70-79 yaş için %57,1) ($p<0.001$).

Bekarların yasal haklarını bilme oranları (%90,1), evlilere göre (%75,4) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.001$).

Eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlık durumu, katılımcıların bilinç kaybı ihtimalini düşünme oranı, bir sağlık vekili seçme isteği, ileriye yönelik talimatlar ile ilgili görüşleri, kalp masajı kararı ve yaşam sürdürücü tedaviyle ilgili görüşleri ile organ bağışı kararı konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

İleriye yönelik bakım planlaması (ACP), insanların kendileri için karar veremedikleri bir zamanı planladıkları bir iletişim sürecidir. Yaşamın sonunda bir kişinin değerlerinin ve isteklerinin veya tercihlerinin belirlenmesi, müzakere edilmesi ve belirlenmesini amaçlar (42). İleriye yönelik talimatlar konusunda temel bir çalışma olan SUPPORT Çalışması (36), hasta hekim iletişiminin ve yaşamın sonunda bakım planlamasının iyileştirilmesi ile ilgili birçok zorluğu ortaya koymuştur. Prognoz ve tercihlerin daha iyi anlaşılmasının daha erken tedavi kararlarına, ölümden önce istenmeyen durumlara harcanan zamanın azalmasına ve azalan kaynak kullanımına neden olacağı varsayımından yola çıkan çalışmada; SUPPORT müdahalesinin hekimin hasta tercihlerini anlaması; "resüsitasyon yapma" kararının zamanı ve sıklığı, ağrı, yoğun bakım ünitesinde geçirilen süre (YBÜ), komadan veya ölümden önce mekanik ventilasyon alma ve hastane kaynaklarının kullanımı üzerine spesifik etkileri araştırılmış, ileriye yönelik talimatlar ve bakım planlaması gibi araçlarla yaşamın sona ermesini iyileştirmeyi amaçlayan en iyi niyet ve müdahalelere rağmen, bu mekanizmalara sahip olanların, bunu yapmayanlardan daha iyi durumda olmadığını; talimatlar ve yaşam sonu bakım planlamasının uygun bir şekilde yapılmasını, ağrı ve acı çekmeyi hafifletme ya da yaşam sonunda gereksiz ve pahalı agresif müdahaleleri azaltmadığını ortaya koymuştur. Bundan sonra birçok çalışma; iyi hasta bakımı sağlamada ileriye yönelik talimatların faydasını sorgulamaya başlamış, tek bir belgenin tamamlanmasından ziyade (yani "ürün" yerine "süreç" yaklaşımının benimsenmesi), isteklerin devam eden tartışmalarına odaklanma, yetenekli hizmet sağlayıcıları tarafından gerçekleştirilen tartışmaların kolaylaştırılması, ailenin katılımı, planlamayı destekleyecek sistemlerin bulunması ve isteklerin belgelenmesi ile önceden planlamanın toplum bazında yaygınlaştırıldığında yaşam sonu kararlarına etkili bir şekilde rehberlik edebileceğini göstermişlerdir (7, 45-50). Yaşamın son döneminde yapılabilecek tıbbi bakım ve uygulamalar için kişilerin tercihlerini belirlemeyi amaçladığımız bu çalışmada katılımcıların %76,3'ü ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmektedir. Yaş arttıkça ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı azalmakta iken, eğitim durumu arttıkça ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı artmaktadır. Jackson JM. ve

ark.nın yaptığı ve telefon ile 203, posta yoluyla 287 hastaya ulaşmaya çalıştıkları anket çalışmasında katılımcılara yaşam sonu bakım ile ilgili yönergelerinin ilişkisi sorulduğunda; katılımcıların %52,0'si yaşam vasiyeti (living will) terimini duyduklarını belirtirken, sadece %22,4'ü ileriye yönelik talimat (advanced directive) kavramını duyduğunu ifade etmiştir. Söz konusu çalışmada 60 yaş altı katılımcıların %48,9'u, 60 yaş ve üzeri katılımcıların ise sadece %41,0'i ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu belirtmişlerdir (6). ABD Kuzey Carolina'da yaşayan yaşlı bireylerin yaşam vasiyeti ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının araştırıldığı ve Hasta Kendi Kaderini Belirleme Yasası (The Patient Self-Determination Act)'nın yürürlüğe girmesinden hemen sonra 1991 yılında yapılan bir çalışmada; 75 kişiye anket uygulanmış ve bu kişilerin %52'sinin yaşam vasiyetinin ne olduğunu bildiği, %64'ünün ise söz konusu yasa ile ilgili bilgisinin olduğu saptanmıştır (37). Türkiye'de ileriye yönelik talimatlarla ilgili yapılmış bir çalışma yoktur. Bu çalışma bu konuda yapılan ilk çalışmadır.

Ülkemizde 2010 yılında aile hekimliği sistemi uygulamaya girmiştir. 2004 yılında yayınlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu'na göre her bireyin bir aile hekimine kayıt olması gerekmektedir (16). Çalışmamıza katılanların %77,0'si aile hekimlerinin kim olduğunu bilmektedir. Kadınlar aile hekimlerini erkeklere göre daha çok bilmektedirler. Katılımcıların sadece %35,7'si, bir sağlık sorunu yaşadığında, aile hekimine başvurmaktadır. Çalışmamızda en sık başvuru yerinin, %44,0 ile üniversite hastanesi olduğu görülmüştür. Genel olarak kadınlar ve erkeklerin bir sağlık sorunu yaşadıklarında ilk başvuru yer tercihi üniversite hastaneleri (ikincisi aile hekimi) olmasına karşın, 60 yaş üzeri katılımcıların en sık başvuru yeri aile hekimleridir. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça üniversite hastanesini tercih etme eğilimi artmaktadır. Bu bağlamda, ileriye yönelik talimatlarla ilgili farkındalığın artırılması ve uygulama faaliyetlerinin yalnızca aile hekimliği merkezleri ile sınırlı tutulması halinde bu hizmetlerden daha ziyade 60 yaş üzeri kişilerin ağırlıklı olarak faydalanabileceği, özellikle genç yaşta bulunan, eğitimi ve gelir düzeyi daha yüksek olan kişilerin bu sistemin dışında kalabileceği, en uygun çözümün yurt dışındaki uygulamalara benzer şekilde Sağlık Bakanlığı'nda merkezi bir bakış açısıyla hazırlanacak veri tabanı ve internet erişimli web siteleri üzerinden hem aile hekimliği merkezlerinde hem de üniversite ve devlet hastanelerinde ortak bir sisteme erişimle sağlanabileceği, bu

sayede hem evrak arşivinin hem de veri gizliliğinin kolayca sağlanabileceği söylenebilir.

Katılımcıların %73,7'si tıbbi bakımıyla ilgili kararları vermesi için birisini (bir arkadaş ya da akraba) sağlık vekili olarak seçmek istediğini belirtirken, bunların %34,0'ü "eş" cevabını vermiştir. Çalışmamıza göre; sağlık vekili olarak "anne, baba" diyenlerin %84'ü 20-29 yaş aralığında olanlar iken, "eş" diyenlerin %71,5'i 30-60 yaş arasında olanlar ve "çocuklar" diyenlerin %80,4'ü ise 50-79 yaş aralığında olanlardır. "Anne, baba" diyenlerin %92,0'si bekarlar iken, "eş" cevabını verenlerin %89,2'si ise evli olanlardır. Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenler ile ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin çoğunluğu bir sağlık vekili seçmek istediklerini beyan etmişlerdir. Çalışmamıza göre yaş arttıkça bir sağlık vekili seçmek isteyenlerin oranı artmaktadır. Jackson JM. ve arkadaşlarının yaptığı (6) çalışmada; ileriye yönelik bir talimat bulunmadan, katılımcıların sadece % 44'ü kendi istekleri hakkında şimdiye kadar herhangi birisi ile konuştuğunu bildirmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda; daha genç yaşta olanların evli ise "eş"leriyle, bekar ise daha çok "anne baba"larıyla iletişime geçeceklerini öngörerek, 50 yaş ve üzeri personelin ise yaşam sonu konuşmalarını daha ziyade çocukları ile yapacaklarını dikkate alarak, eğitim programlarının bu bilgiye göre düzenlenmesi, ileriye yönelik talimat hazırlanmasında bu doğrultuda yönlendirmeler yapılması sağlıklı bir iletişim sağlamaya yardımcı olabilir.

Çalışmamıza göre; eğitim düzeyi arttıkça son dönem kanser hastası olma durumunda kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için KPR isteme oranları ile yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini isteme oranları anlamlı derecede düşmektedir. Bu durum, eğitilmiş insanların kanser hastalığının geri dönüşümsüz hasarlar yarattığını bilmesine ve yaşamının son günlerinde ailesine yük olmak istememesine bağlanabilir. Bu konunun, daha sonra yapılacak niteliksel araştırmalarla daha net bir şekilde ortaya konulması sağlanabilir.

Gamble ER ve ark.nın çalışmasında bir terminal hastalık varlığında tıbbi bakım tercihleri sorulmuş ve katılımcıların % 86'sının sadece temel tıbbi bakım veya konfor bakımı almak istediği bulunmuştur. Her ne kadar tercihleri bir yaşam vasiyeti hükümleriyle uyumlu olsa da, hiçbirisinin Kuzey Carolina eyaleti tarafından sağlanan

yaşam vasiyeti belgesini imzalamamış olduğu ve sadece % 3' ünün bu konuyu doktorlarıyla tartıştığı saptanmıştır. Katılımcıların % 93'ünün, kendilerinin bilinçlerinin yerinde olmaması durumunda terminal bakımı konusunda aile veya eşin karar vermelerini istediği ve sadece % 45'inin seçtikleri vekiller ile bu konuyu tartıştıklarını bildirilmiştir. Katılımcıların %81'inin, yaşam sonu bakımını doktorlarıyla tartışmak istediklerini belirtmiş olmakla birlikte, ancak az bir kısmının (% 11) doktorlarıyla konuştuğunu ve bu tartışmaların genellikle hasta tarafından başlatıldığı belirtilmiştir. Yazarlar, yaşam sonu bakımıyla ilgili yasaların, birçok yaşlı kişinin ölümcül hastalıkta tıbbi bakımını sınırlama arzusuyla uyumlu olduğunu ve ancak bu yaşlı nüfusun, isteklerini belirtmek için yaşam vasiyeti kullanmadığı sonucuna varmıştır. Çalışma sonucunda hekim-hasta ve hasta-vekil iletişiminin, yaşamın sonunda ve yaşam isteğindeki tıbbi bakım tercihleriyle ilgili iyileştirilmesi için önerilerde bulunulmuş ve bu konuda farklı alternatiflerin de araştırılması gereği vurgulanmıştır (37). Çalışmamıza göre; evli ve 40 yaş ve üzeri katılımcıların ileriye yönelik bir talimat formu imzalarsa tedavisinin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişe duyma oranları bekar ve 40 yaş altı katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılacak eğitim programları özellikle evli ve 40 yaş üstü olanların tedavi endişelerini giderecek şekilde düzenlenmelidir.

Çalışmamıza göre ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı eğitim durumu arttıkça artmasına rağmen, yaş arttıkça bu oran azalmaktadır. İleriye yönelik talimatların daha erken yaşlarda eğitim programlarına eklenmesi, bu konudaki farkındalığın ve talimatın uygulanabilirliğinin artmasını sağlayabilir. Jackson JM. ve ark.nın çalışmasına göre katılımcıların % 32'si şimdiye dek bir talimatı tamamladığını, % 5'i ise bir tane oluşturmayı düşündüğünü ve hazırlama sürecinde olduğunu belirtmiştir. Altmış yaş ve üzeri olguların yarısından fazlası, 50-59 yaş arası bireylerin % 24'ü, 40-49 yaş arası olguların % 12'si ve 30-39 yaş arası olguların ise % 4'ü talimata sahip olduğunu bildirmiştir. İleriye yönelik bir talimatı tamamlama, yaşla birlikte artış göstermiştir ($P < 0.001$). Söz konusu çalışma sonuçlarına göre 20 ila 29 yaş arası hiçbir kimse şimdiye kadar bir talimat hazırlamamıştır ve 60 yaş ve üzeri katılımcıların bir ileriye yönelik talimat tamamlama olasılığı, 60 yaşından küçük olanlara göre daha yüksektir (35). Çalışma bulguları, genel olarak, hastaların yaşam sonu bakımı kararları üzerinde kendilerinin kontrol sahibi olmasını istediklerini veya

bu kararların aile ya da sevdikleri tarafından alınmasını istediklerini ortaya koymuştur. Hastalar ayrıca konuyu gündeme getirmenin kendi sorumluluğu olduğuna da inanmaktadırlar. Ancak, katılımcıların çoğu konuyu sağlık hizmeti sağlayıcısı gündeme getirdiğinde daha rahat edebileceklerini bildirmiştir (35). Ancak yapılan başka çalışmalarda, hekimlerin konuyu “hastaların gündeme getirmesini” bekledikleri görülmektedir (52, 53). İletişim ve bilgi teknolojilerinin oldukça geliştiği günümüzde, ABD, Kanada gibi gelişmiş ülkelerde ileriye yönelik talimatların kullanımının yaygınlaştırılması için çeşitli web siteleri (<https://theconversationproject.org>, <https://www.deathwithdignity.org>, <https://prepareforyourcare.org>) oluşturulmaya başlanmıştır. Sudore RL ve ark. tarafından “<https://prepareforyourcare.org>” web sitesi kullanılarak yapılan bilimsel çalışmada; amacı etkileşimli, hasta merkezli bir ileriye yönelik talimat planı (ACP) oluşturmak olan web sitesinin etkinliği (PREPARE Grubu), yazılı bir ileriye yönelik talimat (AD Grubu) ile karşılaştırılmış ve davranış değişikliği süreci ölçütlerinin (5-nokta bilgisi, öz-etkililik, hazır bulunuşluk ölçekleri) ve eylem önlemlerinin (örneğin vekil tayini) onaylanmış anketleri kullanılarak 1 hafta, 3 ay ve 6 ay boyunca hasta tarafından bildirilen ileriye yönelik bakım planlamaya (ACP) katılımı takip edilmiş, PREPARE grubunda AD grubuna göre daha yüksek bakım planlama belgelendirmesi sağlandığı (düzeltilmiş olarak % 35'e karşılık % 25; Odds oranı= 1.61 [% 95 CI, 1.03-2.51]; P = 0.04), PREPARE grubunun ayrıca, daha yüksek takip ve eylem puanları da dahil olmak üzere, her bir takipte daha yüksek oranda kendi kendine bildirilen (self-reported) ACP katılımı ile sonuçlandığı bildirilmiştir (45). Yine Sudore RL ve ark. (46) tarafından yapılan randomize kontrollü tek kör bir çalışmada, ACP sürecinde eski Gaziler ile ilgilenmek için “<https://prepareforyourcare.org>” örün sitesinin etkinliği araştırılmıştır. Altmış yaşından büyük olan, ikiden fazla tıbbi koşula sahip olan ve bir birinci basamak hekimini son bir yol boyunca iki ve daha fazla kez görmüş olan gaziler, iki çalışma kolundan birisine randomize edilmiştir. Okunması kolay bir ileriye yönelik talimatı “<https://prepareforyourcare.org>” web sitesi üzerinden takip eden PREPARE grubu ile yalnızca yazılı bir ileriye yönelik talimatı takip eden kontrol grubu karşılaştırılmış, PREPARE programı ile yaşlı yetişkinlerin ACP sürecine tıbbi ortamın içinde veya dışında yer almasına yardımcı olmak için kolay ve etkili bir müdahale olabileceği kanıtlanmış, bu sistemin yaşlı yetişkinlerin tıbbi istek ve hedeflerini sevdiklerine ve

hekimlerine iletmelerine, tıbbi karar vermeyi geliştirmelerine ve yaşamları boyunca arzularını yerine getirmelerini sağlamaya yardımcı olabileceği değerlendirilmiştir (46).

Çalışmamıza göre katılımcıların en az üçte ikisi sağlıklarının bozulabileceği ve kendi tıbbi bakımıyla ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olamayabileceğini düşünmesine karşın, yaklaşık dörtte üçü kendi adına karar vermesi için şimdiye kadar bu konuda ailesinden birisiyle veya hekimi ile konuşmadığını belirtmiştir. Jackson JM. ve ark.nın çalışmasında katılımcıların üçte birinden fazlası, doktorlarının istekleri hakkındaki bilgisinden emin olmadığını, bu konuyu şimdiye kadar doktorlarıyla tartışmamış olduklarını ya da bu tür konuları tartışabileceklerini düşündükleri düzenli bir bakım sağlayıcısı bulunmadığını belirtmişlerdir. Yaşlara göre tutumlarda farklılık bulunmamıştır (6). Birçok kişi (% 62) yaşam sonu bakımı konusunu gündeme getirmenin kendileri için iyi olduğunu düşünmüş, katılımcıların % 70'i, sağlık hizmeti sağlayıcısının tartışmayı başlatması durumunda kendisinin daha rahat olacağını bildirmiştir. Altmış yaş ve üstündekiler, 60 yaşın altındakilere göre, konuyu sağlık hizmeti sağlayıcıları ile çok daha rahat grşebileceklerini ifade etmişlerdir (% 60'a karşılık % 39, $P = 0.02$) (6). Carr D ve arkadaşlarının 2013 yılında 1883 yaşlı yetişkin üzerinde yaptığı Wisconsin Longitudinal çalışmasına göre; sorunlu ebeveyn-ocuk ilişkileri olan ebeveynlerin ACP'yi tamamlama olasılığı daha düşük ve mutlu evlilikler hem ileriye yönelik direktiflerin hem de tartışmaların memnuniyetle tamamlanmasıyla pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Mutlu olan evlilerin sağlık vekili olarak eşlerini atama olasılıklarının daha yüksek olduğu, bununla birlikte çalışma çocuklardan çok fazla duygusal destek alan kişilerin çoğunlukla yetişkin bir çocuğunu vekil olarak atama eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur (51). Hastaları sağlık geçmişleriyle birlikte takip eden sağlık hizmeti sağlayıcıları (zellikle aile hekimleri), bu ilişkiler ileriye yönelik bakım planlamasını etkili bir biçimde artırabildiği ya da kısıtlayabildiği için, talimatlarına bir kişinin eşleriyle ve çocuklarıyla olan ilişkilerinin hem olumlu hem de olumsuz yönlerini değerlendiren kısa bir dizi soru eklemeyi de düşünmelidir (51). ACP tarihsel ve kavramsal olarak “hasta merkezli” bir uygulama olmasına rağmen, çalışmalar bunun belki de daha çok aile merkezli bir davranış olarak kavramsallaştırıldığını ve etkinliğinin kişinin ilişki dinamiklerinin kalitesiyle şekillenebileceğini de düşündürmektedir (23,51).

Çalışmamızda katılımcıların %60,0'ı hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesinin yasal bir hakları olduğunu bildiklerini ifade etmiştir. Yaş arttıkça hastalığı hakkında kendi istemediği sürece yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal hakkı olduğunu bilme oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmaktadır. Eğitim düzeyi lise ve üzeri seviyede olanların yasal hakkını bilme oranları, ortaokul ve altı eğitim seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bekarların yasal haklarını bilme oranları (%71,2), evlilere göre (%56,0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar verebilecek bilinç düzeyinde olmama ihtimalini düşünenlerin %61,8'i, düşünmeyenlerin ise %55,8'u ($p>0.05$); kendi tıbbi bakımı ile ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için aileden birisiyle veya hekimiyle konuşanların %70,0'i, konuşmayanların ise %56,4'ü kendi istemediği sürece hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesiyle ilgili yasal bir hakkı olduğunu bilmektedir ($p<0.05$). Bekarların yasal haklarını bilme oranları (%90,1), evlilere göre (%75,4) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.001$). Jackson JM. ve ark.nın çalışmasında hemen hemen tüm katılımcılar tedaviyi kabul etme veya reddetme haklarının olduğunu ve % 81'i yaşamı sürdüren tedavileri kabul etme veya reddetme hakkına sahip olduklarını bilmektedirler. Neredeyse üçte ikisi, bir yaşam sonu bakım belgesi oluşturmanın bir avukat gerektirmediğinin farkındadır. Yaklaşık % 92'si belgelenmiş kararların değiştirilebileceğini ve % 72'sinin birden fazla kişinin kendileri için konuşabileceğini bildiği saptanmıştır (6). Bu oranlar bizim çalışma sonuçlarımızdan yüksektir. Bunun nedeni yaşam sonu bakımı ile ilgili konuların bizim ülkemizde yeni yeni gündeme geliyor olması olabilir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamıza göre; katılımcıların %77,0'si aile hekimlerinin kim olduğunu bildikleri halde ancak bir sağlık sorunu yaşadıklarında ve sadece %35,7'si aile hekimine müracaat etmektedir. Çalışmamızda en sık başvuru yerinin, %44,0 ile üniversite hastanesi olduğu sonucu çıkmıştır. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça üniversite hastanesini tercih etme eğilimi artmaktadır. İleriye yönelik talimatların hem aile hekimliği merkezlerinde hem de üniversite ve devlet hastanelerinde kullanımını artırmak için merkezi bir bakış açısıyla hazırlanacak veri tabanı ve internet erişimli web siteleri üzerinden ortak bir sistem ile erişim sağlanabilecek bir düzenleme yapılabilir. Bu sayede hem evrak arşivi hem de veri gizliliği kolaylıkla sağlanabilir.

Çalışmamıza göre; katılımcıların en az dörtte üçü (%76,3) ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmesine karşın, yaklaşık dörtte üçü kendi adına karar vermesi için ailesinden birisiyle veya hekimi ile bu konuda konuşmadığını belirtmiştir. Bu konuda farkındalığı artırıcı eğitim programlarının düzenlenmesi, ileriye yönelik talimatların bilinmesini ve kullanımı konusunda kişilerin yüreklendirilmesini sağlayabilir.

Çalışmamıza göre; eğitim durumu arttıkça ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünenlerin oranı artmakta, yaş arttıkça bu oran azalmaktadır. İleriye yönelik talimatların daha erken yaşlarda eğitim programlarına eklenmesi, bu konudaki farkındalığın ve talimatın uygulanabilirliğinin artmasını sağlayabilir.

Çalışmamıza göre; katılımcıların %69,3'ü ileriye yönelik talimatı geri alma veya değiştirme, %74,7'si ise önemli olan konuları ekleme gibi haklara sahip olduğunu bilmemektedir. Bu konuda toplumun bilgi düzeyini artırıcı programların düzenlenmesi, ileriye yönelik talimatların yasal boyutu konusunda toplumun bilinçlendirilmesini sağlayabilir.

Çalışmamıza göre; sağlık vekili olarak “ebeveynlerini” işaret edenlerin %84'ü 20-29 yaş aralığında olanlar iken, “eş” diyenlerin %71,5'i 30-60 yaş arasında olanlar ve “çocuklar” diyenlerin %80,4'ü ise 50-79 yaş aralığında olanlardır. Ebeveynlerini işaret edenlerin %92,0'si bekarlar iken, “eş” cevabını verenlerin %89,2'si ise evli

kişilerdir. Bu bilgiler doğrultusunda; daha genç yaşta olanların evli ise “eş”leriyle, bekar ise daha çok “anne baba”larıyla iletişime geçeceklerini öngörerek, 50 yaş ve üzeri kişilerin ise yaşam sonu konuşmalarını daha ziyade çocukları ile yapacaklarını dikkate alarak, eğitim programlarının bu bilgiye göre düzenlenmesi, ileriye yönelik talimat hazırlanmasında bu doğrultuda yönlendirmeler yapılması uygulama kolaylığı sağlayabilir.

Çalışmamıza göre; katılımcıların %84,3’ü ölümcül bir hastalığa yakalandığında, bu bilginin doktorlar tarafından ilk olarak kendisine verilmesini istemektedir. Katılımcıların %60,0’ı hastalıkları hakkında yakınlarına bilgi verilmemesinin yasal bir hakları olduğunu bildiklerini ifade etmiştir. Bu konuda toplumun bilgi düzeyini artırıcı programların düzenlenmesi, ileriye yönelik talimatların yasal boyutu konusunda toplumu bilinçlendirebilir.

Çalışmamıza göre; evli ve 40 yaş ve üzeri katılımcıların ileriye yönelik bir talimat formu imzalarsa tedavisinin yeterince iyi yapılacağı konusunda endişe duyma oranları bekar ve 40 yaş altı katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılacak eğitim programlarının özellikle evli ve 40 yaş üstü olanların tedavi endişelerini giderecek şekilde düzenlenmesi bu kişiler için daha yararlı olabilir.

Çalışmamıza göre; eğitim düzeyi arttıkça son dönem kanser hastası olma durumunda kalbi durduğunda yaşamını uzatmak için KPR isteme oranları ile yaşam sürdürücü tedaviye devam edilmesini isteme oranları anlamlı derecede düşmektedir. Bu veri bize eğitim düzeyinin artırılmasının kişilerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu daha çok üstlenebileceğini göstermektedir.

7. ÖZET

Bu çalışmanın amacı “ileriye yönelik talimatlar” konusuna dikkat çekmek, farkındalık yaratmak, bireylerin henüz ölümcül bir hastalıkları yok iken ve kendileri ile ilgili tıbbi kararlar için tercihlerini ve isteklerini belirtebiliyor durumda iken yaşamın son döneminde yapılabilecek tıbbi bakım ve uygulamalar için tercihlerini belirlemeyi ne kadar isteyip istemediklerini araştırmak ve atılabilecek adımları ortaya koymaktır.

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 20 yaş ve üstü bireyler üzerinde yapıldı. Araştırma kapsamında herhangi bir örneklem seçilmemiş olup, 01.10.2017 – 01.06.2018 tarihleri arasındaki 8 aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 300 kişiye araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 30 sorudan oluşan bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Çalışmaya %56,0’sı kadın toplam 300 kişi katılmıştır. Katılımcıların %76,3’ü ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmekle birlikte, %73,3’ü kendi tıbbi bakımıyla ilgili karar veremeyecek durumda kalması halinde kendi adına karar vermesi için ailesinden biriyle veya hekimiyle konuşmadığını; %73,7’si tıbbi bakımıyla ilgili kararları vermesi için birisini (bir arkadaş ya da akraba) sağlık vekili olarak seçmek istediğini bildirmiştir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu ileriye yönelik talimatların gerekli olduğunu düşünmesine rağmen, çoğu kendi adına karar vermesi için şimdiye kadar ailesinden biriyle veya hekimiyle konuşmamıştır. Katılımcıların çoğunluğu talimat formunun hazırlanması ve takip edilmesiyle ilgili yasal haklarını bilmemektedir. Aile hekimleri yaşam sonu bakımını ve ileriye yönelik talimatları tartışmak için ideal konumdadır. Aile hekimlerinin hastaları ve ailelerini yaşam sonu bakımında sunulmasını istedikleri sağlık bakımı için ileriye yönelik talimatlar konusunda bilgilendirmeleri, hastaların istemlerini belgelemelerine yardımcı olmaları hastalar ve aile üyeleri için yaşam sonu bakımında karar almayı kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: İleriye yönelik talimat, yaşam sonu bakımı, aile hekimliği.

8. ABSTRACT

The aim of this study is to draw attention to the subject of "advanced directives", to create awareness, whether or not they want to investigate to determine the preferences for medical care and applications in the period of end-of-life while individuals can specify their preferences and wishes for medical decisions and take steps for it.

The study was carried out on individuals aged 20 years and older who applied to Akdeniz University Hospital Family Medicine outpatient clinics for any reason. In the scope of the research, no sample was selected and a questionnaire consisting of 30 questions was applied to 300 people who volunteered to participate in the study between 01.10.2017 and 01.06.2018 by a face-to-face interview technique.

A total of 300 people, 56.0% of whom were women, participated in this study. Although 76.3% of the respondents thought that advanced directives were necessary, 73.3% stated that they did not speak to one of their family or physician to decide on their own behalf if they could not make a decision about their medical care. 73.7% of the respondents stated that they wanted to choose someone (a friend or relative) as their health proxy to make medical decisions.

According to our results; many of the participants stated that they had not spoken to one of their families or physicians so far in order to decide on their own behalf, although the majority of respondents thought that the advanced directives were necessary. Family physicians have an ideal position for end-of-life care and discussing advance directives. Family physicians, who inform patients and their families about future directions for health care that they would like to be presented in end-of-life care, and help patients to document their requests would facilitate the decision-making for end-of-life care of patients and their family members.

Key Words: Advanced directives, end of life care, family medicine.

9. KAYNAKLAR

1. Başak O SE. *WONCA Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi.*; 2011.
http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_Turkish_version.pdf.
2. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J LA. Aile Yönelimli Birincil Bakım. In: H. Ç editörü: Y, ed. *Gözlerde Ölümü Görmek, Yaşamın Son Dönem Bakımını Kolaylaştırmak ve Keder Süreci*. İstanbul: Yüce Yayınevi; 2007:261-284.
3. Sparacino M. Breaking bad news: the many roles of the family physician. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1946-1948.
4. Old J. Communicating Bad News to Your Patients. *Fam Pract Manag*. 2011;31-35.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta hakları>. Accessed October 11, 2018.
6. Jackson JM, Rolnick SJ, Asche SE, Heinrich RL. Knowledge, Attitudes, and Preferences Regarding Advance Directives Among Patients of a Managed Care Organization. *Am J Manag Care*. 2009;15(3):177-186.
7. Emanuel L, Barry M, Stoeckle J, Ettelson L EE. Advance Directives For Medical Care – A Case For Greater Use. *N Engl J Med*. 1991;(324):889-895.
8. Snyder S, Hazelett S, Allen K, Radwany S. Physician Knowledge, Attitude, and Experience With Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: Results of a Primary Care Survey. *Am J Hosp Palliat Med*. 2013;30(5):419-424. doi:10.1177/1049909112452467.
9. Coleman AME. Physician Attitudes Toward Advanced Directives: A Literature Review of Variables Impacting on Physicians Attitude Toward Advance Directives. *Am J Hosp Palliat Med*. 2013;30(7):696-706. doi:10.1177/1049909112464544.
10. David Spoelhof G, Elliott B. Implementing advance directives in office practice. *Am Fam Physician*. 2012;85(5):461-466. doi:10.1016/S1361-3723(12)70023-4.

11. O’Sullivan R, Mailo K, Angeles R, Agarwal G. Advance directives: survey of primary care patients. *Can Fam Physician*. 2015;61(4):353-356.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396762/pdf/0610353.pdf>.
12. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: A systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2013;31(4):215-226.
doi:10.3109/02813432.2013.854590.
13. Arenson CA, Novielli KD, Chambers C V., Perkel RL. The importance of advance directives in primary care. *Prim Care - Clin Off Pract*. 1996;23(1):67-82. doi:10.1016/S0095-4543(05)70261-X.
14. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E TM. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkol Derg*. 2010;13(1):1-6.
15. WONCA Europe. The European Definition Of General Practice / Family Medicine 2011 Edition. www.woncaeurope.org/gp-definitions. . Published 2011. Accessed November 8, 2018.
16. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu.; 2004.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.5258&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5258>.
17. *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization. 1978.*
18. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of primary care. In: Jones, Britten, Culpepper, Gass, Gol, Maint, Silagy, eds. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford and New York: Oxford University Press. 2003: pp. 3-10.
19. Starfi eld B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
20. Squier HA, Brody H, Supanich B. Approach to the patient. In: Taylor RB, ed. *Family Medicine*, 5th ed. New York: Springer. 1998: pp. 13–18.
21. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323(7318):908-11.

22. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Brit J Gen Pract* 49, 477–82.
23. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. Çeviri editörü: Yaman H. İstanbul: Yüce Yayınevi. 2007.
24. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti biçimi. *GeroFam* 2010;1(1):15-28.
25. Himmel W, Ragoush A, Kochen MM. Principles of patient management. In *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Ed. Jones et al. Oxford and New York: Oxford University Press. 2003. pp. 227-229.
26. Williams RL, Borkan JM, Jones R. Community Primary Care. In: *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Ed. Jones et al. Oxford and New York: Oxford University Press. 2003. pp. 19-22.
27. *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*.; 2013. <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenetmelikler/4058-aile-hekimlii-uygulama-yoenetmelii.html>.
28. Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg.* 2017;4(2):132-135. doi:10.17681/hsp-dergisi.316894.
29. Dünya Hekimler Birliği. *LİZBON HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ’NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ ŞEKLİ*. Bali, Endonezya; 1995. https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/27595,lizbonbildirgesi1981pdf.pdf?0&_tag1=B604E65F9D752DBD1BCFA298D02CC89A4C8DE295.
30. Karnik S, Kanekar A. Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review *Healthcare* 2016;4(24):1-6.
31. Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. *Clinical Medicine* 2010;10(3): 282–285.
32. Cavalieri TA. Ethical Issues at the End of Life, *JAOA* 2001;101 (10): 616-622.
33. Örnek Büken N. Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler. *Türkiye Klin J Med Ethics Law Hist-Special Top.* 2016;2(3):24-33.
34. The Council of Europe. *Guide on the Decision-Making Process Regarding Medical Treatment in End-of-Life Situations*.; 2014. <https://edoc.coe.int/en/bioethics/6093-guide-on-the-decision-making-process->

regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations.html.

35. Center for Bioethics University of Minnesota. End of Life Care: An Ethical Overview. Erişim.
https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf. erişim tarihi: 02.10.2018.
36. The SUPPORT Principal Investigators. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. *JAMA [Published erratum in JAMA 1996;275:1232]*. 1995;(274):1591–8.
37. Gamble ER, McDonald PJ, Lichstein P. Knowledge, attitudes and behavior of elderly persons regarding living wills. *Arch Intern Med*. 1991;(151):277–80. doi:10.1001/archinte.1991.00400020049011.
38. Aitken P. Incorporating advance care planning into family practice. *Am Fam Physician*. 1999;59(3):605-620.
39. Rakel R. The Family Physician. In: Rakel RE RD, ed. *Textbook of Family Medicine*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016:3-16.
40. Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA, Singer P. Advance Care Planning as a Process : Structuring the Discussions in Practice. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43(4):440-446.
41. Olick RS. Defining Features of Advance Directives in Law and Clinical Practice. *Chest*. 2012;141(1):232-238. doi:10.1378/chest.11-1520.
42. Howard M, Bernard C, Tan A, Slaven M, Klein D, Heyland D. Advance care planning Let's start sooner. *Can Fam Physician*. 2015;61:663-665.
43. Sudore RL, Boscardin J, Feuz MA, McMahan RD, Katen MT, Barnes D. Effect of the PREPARE Website vs an Easy-to-Read Advance Directive on Advance Care Planning Documentation and Engagement Among Veterans A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2017:E1-E8. doi:10.1001/jamainternmed.2017.1607.
44. Sudore R, Le G, McMahon R, Feuz M, Katen M, Barnes D. The advance care planning PREPARE study among older Veterans with serious and chronic illness : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:1-16. doi:10.1186/s13063-015-1055-9.
45. Hammes BJ RB. Death and end-of-life planning in one midwestern

- community. *Arch Intern Med*. 1998;158(4):383-390.
46. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: What do we need for success? *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(2):277-283. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01065.x.
 47. Briggs L. Shifting the Focus of Advance Care Planning: Using an In-depth Interview to Build and Strengthen Relationships. *J Palliat Med*. 2004;7(2):341-349. doi:10.1089/109662104773709503.
 48. Marchand L, Fowler KJ, Kokanovic O. Building successful coalitions for promoting advance care planning. *Am J Hosp Palliat Med*. 2006;23(2):119-126. doi:10.1177/104990910602300209.
 49. Tulsky JA, Story THEPS. AT THE CLOSE OF LIFE CLINICIAN'S CORNER Beyond Advance Directives Importance of Communication Skills at the End of Life. *October*. 2005;294(3):359-366.
 50. Romer AL, Hammes BJ. Communication, trust, and making choices: advance care planning four years on. *J Palliat Med*. 2004;7(2):335-340. doi:http://0-dx.doi.org.unicat.bangor.ac.uk/10.1089/109662104773709495.
 51. Carr D, Moorman SM, Boerner K. End-of-life planning in a family context: Does relationship quality affect whether (and with whom) older adults plan? *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(4):586-592. doi:10.1093/geronb/gbt034.

10. EKLER

10.1. Etik Kurulu Formu (Ek 1)

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2017

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
ETİK KURUL KODU		2012-KAEK-20
PRONİ YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADİ/SOYADI		Doç. Dr. Melahat AKDENİZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yıy Üstü Kişilerin İleriye Dönük Telefonlar Karşısında Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	509
	Tarih:	09.08.2017
Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Prof. Dr. Aytaç TAŞATIRICI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Öğr. Gör. Dr. M. Ali ÖZGÜNLÜ
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Naciye HADİMÖZÜ
Üye

Doç. Dr. Nilgün ÖZGE BAYRAK
Üye

Prof. Dr. Mehmet CANPOLAT
Üye

Doç. Dr. Selma AKDEMİR
Üye

Doç. Dr. Dilek KAMUR KÖRÇÜN
Üye

Yrd. Doç. Dr. Şenay KILIÇ
Üye

Dr. Cevat HULUR
Üye

Av. Mustafa AKTAĞ
Üye

Prof. Dr. Mustafa KAYA
Üye

Prof. Dr. Mustafa KAYA
Üye

10.2. Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 2)



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
Katılım / Gönüllülük Protokol Numarası: _____

1. **Araştırmaya İlgili Bilgiler:**

- Araştırmanın Adı: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 20 Yaş Üstü Kişilerin İleriye Yönelik Talimatlar Konusunda Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Değerlendirilmesi
- Araştırmanın İçerisi: Kişisel ve tanımlayıcı olan bu araştırma yolla yönlendirilmiş bir anket ile onamları alınmış olan 20 yaş ve üstü kadın ve erkeklerde ileriye yönelik talimatlar ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumları değerlendirilecektir.
- Araştırmanın Amacı: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran bir nedenle başvuran 20 yaş ve üstü bireylerde ileriye yönelik talimatlar ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmeyi ve bu talimatlarla ilgili görüş ve tutumlarının nasıl olacağına saptamaktır.
- Araştırmanın Nedeni: İleriye yönelik
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 8 ay
- Araştırmaya Katılması Üzerinden Kabulma/Rızanın Sayısı: 300
- Araştırmada İhtisap Olunacak Deneyisel İşlemler: Deney yapılmamıştır.

2. **Gönüllülük/Katılımının Uygulama Süresinde Karşılaşılabilecek Riskler ve Rahatsızlıklar:**
Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bireyden birinden bildirilen riskler ve rahatsızlıkların meydana gelebileceğinin bilinmektedir.
Araştırmanın herhangi bir riski ya da zararlı etkisi bulunmamaktadır. İşlemler riskli değildir.

3. **Görüşmeler/Katılımlar İçin Araştırmadan Beklenen Yararlar:** Elde edilecek bulgular ışığında, 20 yaş ve üstü bireylerin ileriye yönelik talimatlarla ilgili bilgi seviyesi hakkında ve bu konuda bir farkındalık geliştirebiliriz.

4. **Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:**
Araştırma yürütülen merkezinde çalışacak araştırmacılar, riskler ve rahatsızlıklar hakkında bilgilendirmek için aşağıda belirtilen şekilde bağlantı kurmaya yetkili olmaktadır.

Adres: Seydikemer Köyü / 0242 448 66 60

5. **Zararların Karşılanması:**
Bu çalışmaya katılan tüm kişiler için gerekli olduğunda, personelin tıbbi bakımını sağlamak üzere araştırma merkezinden yararlanılacaktır. Uygulanacak işlemler bu şekilde gerçekleştirilecek her çalışmaya katılanlara ilişkin olarak, araştırma merkezinde eleştirel, maskeleme işlemi KOSAR tarafından gerçekleştirilecektir. Bu bildiridir.

6. **Araştırma Ciderleri:**
Araştırma merkezindeki bütün işlemler için benzer bir şekilde bu bildirideki tüm sosyal güvenlik kuruluştan hiçbir ücret alınmayacaktır.

7. **Gönüllülük, Çalışmaya Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkında Çıkartmalar:**

110

10.2. Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 2) (Devam)



- a. Araştırmaya ilişkin hasta ve yakınları bilgilendirmek için bilgilendirme formu olarak kabul edilir.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetmeye hakları saklı olup, buna bildirilir.
- c. Sorun oluşturmaya sebep vermesi kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediği anda bu çalışmadan çekilebileceği ilmi bildirilir.
- d. Çalışmanın yürütülmesi olan araştırmaya ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereksinimleri yerine getirmeye ehliliminden dolayı ya da araştırma prosedürü ve başlıklarına katılımı almadan buna çalışma kapsamında girebilir.
- e. Gizlilik: Çalışma sürecinde tutulan bütün kayıtlar ve diğer ilgilileri gerektiren Araştırma Ünitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu (AK) onayları ile ilgili olarak çalışmaları elde edilmiş, veriler, verilerin gereksinimleri ile ilgili bilgilere ilişkin olarak verileri bilgilendirme ile ilgili olarak tutulan sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayımlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimlikler kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce görüldüğü / çalışmaya katılması gerektiren ilgilileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu'na mahul kendi iradimden iradim ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgiyi anladım ve anladım, yazı ve sesli olarak okudum. Akla gelen bütün soruları sorarak yanıtlarını aldım ve yanıtlarına anladım ve anladım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildim durumda, hiçbir yasal haklımdan varem bir hak kaybetmem, bu kayıtları, söz konusu araştırmaya ilişkin baskı ve arşivler olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyordum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / Katılımcının Adı - Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (veya telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı - Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam e-line (bilgi) başından sonuna kadar tam bir okuma ile kabul edilmiştir.

Adı - Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

10.3. Anket Formu (Ek 3)

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN 20 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN İLERİYE YÖNELİK TALİMATLAR
KONUSUNDA RÜĞİ DÜZİYERİNİN VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ**

Bu anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yürütülen bir çalışmaya için düzenlenmiştir. Anketi katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Kimlik verileriniz sadece anketin gerçek kişilerde yarıldığını göstermek için elzemdir ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmanın verilerinin ülkemizde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde katkısı olacağına düşünüyoruz. Verilerin sağlıklı eleblmesi için lütfen olan sorulara sizin için en uygun olan yanıtı vermeye çalışın.

1. Adı-Soyadı:
2. Cinsiyet:
☐ Erkek ☐ Kadın
3. Yaş:
☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49
☐ 50-59 ☐ 60-69 ☐ 70-79 ☐ 80+
4. Eğitim durumu:
☐ İlk okur okunmaz ☐ Ortaokul ☐ Lise mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezun ☐ Üniversite mezunu
5. Medeni durumu:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Diğer
6. Mesleği:
☐ Meslek ☐ İşçi ☐ Çiftçi
☐ Emekli ☐ Serbest Meslek ☐ Ev kadını
☐ Diğer ☐ Diğer
7. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?
☐ 1000 TL altı ☐ 1000-3000 TL ☐ 3000-5000 TL
☐ 5000 TL ve daha fazla
8. Sosyal güvenliğiniz:
☐ Var ☐ Yok

10.3. Anket Formu (Ek 3) (Devam)

9. Önerdiğiniz ev:

☐ Kentsel ☐ Kırsal ☐ Lejant

☐ Diğer

10. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi

☐ Çok iyi

11. Bağlı olduğunuz aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Bir sağlık sorunu ile olduğunda ilk olarak hangi kuruma başvuruyorsunuz?

☐ Aile hekimliği ☐ Özel hastane ☐ Devlet hastanesi

☐ Özel hastane ☐ Üniversite hastanesi

13. Şu anda ki sağlık durumunuza nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta

☐ İyi ☐ Mükemmel

14. Yaşamınızın bir döneminde sağlığınızın bozulabilir ve kendi tıbbi bakımınıza ilgili karar verilecek bilinç düzeyinde olmayabilirsiniz. BÖyle bir duruma ulaşma olasılığı ihtimalini hiç düşündünüz mü?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Kendi tıbbi bakımınıza ilgili karar veremeyen durumda kalmanız halinde sizin aınıza karar vermesi için ailenizden biriyle ya da hekiminizle konuşmuş musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

16. Ciddi bir şekilde hasta olduğunuzda ya da aile bir kararı kendi sağlık bakımınız konusunda isteklerinizi ifade edemeyen durumda olduğunuzda nasıl tedavi görmek istediğinizi önceden bildirmenize izin veren ilariye, yönlü talimatlar ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

☐ Bilinçli, gerekli olduğu doğru kararlar

☐ Bilinçsiz ama gerektiğinde talimat uygulanır

☐ Bilinçsiz ama gerek olmadığına düşünmüyorsunuz

☐ Bilinçsiz, gerekli olduğunu düşünmüyorsunuz

10.3. Anket Formu (Ek 3) (Devam)

17. İleriye yönelik tavsiyat verseniz bile istediğiniz zaman bu talimatı geri alma veya değiştirme hakkına sahip olduğunuza biliyor musunuz?

☐ Bilgiyorum. ☐ Bilmiyorum.

18. Bir ileriye yönelik talimatlar formuna sizin için öneri olan konularda okuma hakkınız her zaman vardır. Böyle bir hakkınız olduğuna biliyor musunuz?

☐ Evet, biliyorum. ☐ Hayır, bilmiyorum.

19. Böyle bir formu imzalarsanız tedavinizin gelecekte iyi yapılacağı konusunda anlaşıp anlaşılmıy?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Form değil.

20. Böyle bir formu imzalarsanız da imzalamasanız da tedavinizin mümkün olan en iyi şekilde sürdüreceğini biliyor musunuz?

☐ Evet, biliyorum. ☐ Hayır, bilmiyorum. ☐ Form değil.

21. Bir ileriye yönelik tavsiyat formunun avukatı tarafından hazırlanıp imzalamasına tarafından kabul edilmesi gerektirmediğini biliyor musunuz?

☐ Evet, biliyorum. ☐ Hayır, bilmiyorum.

22. Ciddi bir şekilde hasta olduğunuzda ya da umi bir hastayla ilgili isteklerinizi ifade edemeyeceğiniz durumda kaçırmazsınız tıbbi bakımınızla ilgili kararları vermeniz için birini sağlık vekili (bir arkadaş ya da akraba) olarak seçmek ister miydiniz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararı almak istemiyordum.

23. Cevabınız evet ise kimin vekili olarak seçtiniz?

☐ Anne, baba. ☐ Kardeş, akraba. ☐ Arkadaş.

☐ Eşi ☐ Çocuklar

24. İnsanın kalpini durduğunda veya nefes almada başarısız olduğunda bazen kalp masajı (kardiyo pulmoner resüsitasyon (CPR)) ile yeniden canlandırarak bazen yaşamıdır sürdürülmektedir. Suni döşem kanser hastalığınız olsaydı kalpini durduğunda yaşamınızı uzatmak için kalp masajı ister miydiniz?

☐ Evet, isterim. ☐ Hayır, istemiyim. ☐ Kararım yok.

10.3. Anket Formu (Ek 3) (Devam)

25. Zihinsel işlevlerinizi iyi düşünüyorsanız bu şekilde yitilmiş, yapay beslenme ve solunum cihazıyla yaşıyor olsaydınız yaşam sürdürülebilir tedaviye devam edilmesini istermiydiniz?

☐ Kesinlikle, ☐ Hayır, kesinlikle, ☐ Kesinlikle yaşamam istemedim.

26. Son dönem hastalıkta veya bitikisel hayatta (vejetatif durumda) olsaydınız hangi tıbbi müdahaleleri isterdiniz?

☐ Yaşam tutulmasını, yaşam (PCR) durumunu izlemeyi.

☐ Damar tıkanıklığını önlemek için ilaç kullanmayı tedavi etmeyi.

☐ Yapay beslenme ve hidrasyon cihazı kullanmayı, ağızdan beslenmeyi, ağızdan tedavi etmeyi.

☐ Yapay beslenme ve hidrasyon cihazı kullanmayı, ağızdan beslenmeyi, ağızdan tedavi etmeyi.

27. Yaşam sürdürülebilir tedavi sağlığını konusundaki iyileştirme sağlanana ya da aileleriniz dışlanırsa bu yaşamınız mümkün olduğu kadar uzatılmasını ister misiniz?

☐ Evet, ☐ Hayır, ☐ Belirsizdir.

28. Ölünceki bir hastalıkla yakalandığınızda, bu bilginin doktorlar tarafından ilk olarak size mi yakınlarınıza mı verilmemesini ister misiniz?

☐ İlk önce yakınları, ☐ İlk önce doktorlar, ☐ İkisi de aynı anda.

☐ İkisi de aynı anda verilmemesi.

29. Siz istemediğiniz stresli hastalıklarınız hakkında ya da ailelerinize bilgi verilmemesinin yasal bir hakkınız olduğunu biliyor musunuz?

☐ Evet, biliyorum, ☐ Hayır, bilmiyorum.

30. Organ bağışı konusunda sizin kararınız mı yoksa ailenizin kararını mı dikkate alınmasını ister misiniz?

☐ Kendi kararımı geçerli, ☐ Ailemin kararı geçerli diye düşünüyorum.