

Klinik Eğitim Sürecinde Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Eğitiminin Tıp Öğrencilerinin Yaşamın Sonu Hakkındaki Tutumlarına Etkisi

Effects Of End Of Life-Related Ethics Training Given In The Process Of Clinical Training On Medical Students' Attitudes Towards End Of Life

Gülay Yıldırım¹, Murat Aksu², Şükran Ertekin Pınar³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, Sivas

²İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, İzmir

³Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas

Anahtar Sözcükler:

Özerklik,
Etik karar verme, Kanser hastası,

Key Words: *Autonomy,
Ethical decision-making,
Cancer patients,*

ÖZET: Amaç: Modern tıp yaşamı uzatmakla birlikte hekimler ölmekte olan bireyin tedavi ve bakım uygulamalarında etik ikilemler yaşamaktadırlar. Bu araştırmada amaç etik eğitiminin tıp fakültesi öğrencilerinin yaşamın sonuyla ilgili tutumları üzerine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Klinik deneyimi olmayan ve daha önce yaşamın sonuyla ilgili etik eğitimi almamış 97 tıp fakültesi öğrencisine anket uygulanmıştır. Bir yıllık klinik eğitim süreci sonunda yapılan etik eğitimi sonrası anket ikinci kez uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede McNemar testi ve yüzdellik dağılım kullanılmıştır.

Bulgular: “Tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanser olduğu hastaya anlatılmalı” ifadesine etik dersi alanlarda katılım %78,4, almayanlarda %60,8’dir

($p=0,009$). “Hekim ve hastanın ventilasyon cihazına bağlanmaması yönündeki ortak kararını aile kabul etmez ise hasta cihaza bağlanmalı” ifadesine olumlu görüş bildirme oranı etik eğitimi almayanlarda %72,2, alanlarda %43,3 ($p=0,000$). “Doktorun hastayı ventilasyon cihazına bağlamak istemesine rağmen hasta ve ailenin isteği doğrultusunda hastanın cihaza bağlanmaması” ile ilgili ifadeye eğitim almayanların %39,2’si eğitim alanların %62,9’u katılmıştır ($p=0,002$). “Hastanın acılarını sonlandıracak ve ölümüne neden olacak miktarda ağrı kesici ilaç istediği, ancak doktorun hastayı sadece bir kez gördüğü durumda; aile aşırı doz ilaç verilmesini kabul ederse doktor ilacı vermemelidir” ifadesine katılanların oranı eğitim almayanlarda %33, eğitim alanlarda %63,9 ($p=0,000$). **Sonuç:** Yaşamın sonuyla ilgili kararlarda hasta özerkliğine saygının etik eğitimi sonrasında arttığı, ancak hastanın ölümüne neden olacak uygulamalarda özerkliğin istendik düzeyde olmadığı ve hekimin hastayla ilişki süresinin karar verme sürecine etki ettiği görülmüştür.

ABSTRACT: Background: *Although modern medicine can prolong life, physicians experience ethical dilemmas concerning the treatment and healthcare of a dying person. The study aims to determine the effects of ethics education on medical students' attitudes towards the end of life.*

Methods: *Ninety-seven medical students without ethics education or clinical experience were administered the survey before and after the ethics education on these topics. For the analysis, McNemar test and percentage distribution was used.*

Results: *Of the students, 60,8 % before and 78,4% after the ethics education agreed to the item "The patient should be told that his/her cancer is irreversible" (p=0,009). Of them, 43,3% before and 72,2% after the ethics education agreed to the item "The patient should be connected to ventilation if the family refuses the physician and patient's shared decision that the patient should be disconnected from the ventilation devices" (p=0,000). Of them, 33% before and 63,9% after the ethics education agreed to the item "When the patient requests to be administered analgesics enough to end his/her sufferings but to kill him/her the physician should administer the medicine if the family agrees to overdose drug administration even though the physician has seen the patient only once" (p=0,000).*

Conclusions: *The students' respect for patient autonomy regarding decisions about the end of life increased after the students received ethics education, but the level of autonomy regarding practices likely to cause the to die was not at an expected level.*

Yazışma Adresi: Dr. Şükran ERTEKİN PINAR
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
e-posta: spinar75@gmail.com

* Bu çalışma, 8. TBD. Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitimi Sempozyumu'nda (1-3 Kasım 2013, Ankara) özel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Tüm dünyada bilim ve teknolojinin gelişiminin tıbbı yansımaları ile yaşam süresi uzamakta, kronik hastalıklar artmakta, bununla birlikte hastanede gerçekleşen ölüm oranı da yükselmektedir. Bu faktörlerin etkisiyle, hekimlerin ölümcül hastalığı olan hastayla karşılaşma sıklığı artmaktadır (1,2,3). Modern tıp yaşamı uzatmak için çok etkili yöntemlere sahip olmakla birlikte hekimler ölmekte olan bireye yapılacak tedavi ve bakım uygulamalarında ölümle yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği, yaşam desteğini başlatma ve sürdürme kapsamında karar vermede etik ikilemler yaşamaktadırlar (4,5).

Ölümcül hastalık tanısının hastaya

açıklanmasının oldukça stresli ve zor olmasına karşın, deneyim ve eğitim bu durumu kolaylaştırmaktadır (1). Yaşamın sonu ile ilgili hasta yararına verilecek karar verme süreci karmaşık bir süreçtir; çoğunlukla kişisel ve kültürel inançlar, hasta ve ailenin istekleri, hastanın bakış açısı ve yaşı bu süreci etkilemektedir (6-8). Yaşamın son dönemi ile ilgili olarak karar verme sürecinde tıbbi ve etik açıdan hastanın bilgilendirilmesi kavramı önemlidir. Hastanın bilgilendirilmesi ve sonraki süreçte karar verip eyleme geçmesi "özerklik" kavramının uygulamaya yansımaları olarak değerlendirilmektedir. Bilgilendirme ve karara katılma işlemi terminal dönem hastaları için ülkemizde kültürel nedenlerle sorunlu bir alan olarak görülmekte ve sağlık profesyonelleri tarafından ihmal edilmektedir (9,10). Bu nedenle hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, hastanın birey olduğunun unutulmaması ve ölüme yakın hastaların haklarının önemsenmesi hekimlerin önemli görevlerindedir (11).

Ülkemizde kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada hastaların %86,5'i bilgilendirme hakkı olduğunu, %92,3'ü hekimin kendilerini tanı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmesi gerektiğini, %78,8'i hastanın tedavisi hakkında verilen kararlara katılması ve izin alınması gerektiğini, %43,3'ü de hekim tarafından önerilen tedaviyi reddetme hakkı bulunduğunu bildirmişken (12); başka bir çalışmada, onkoloji uzmanlarının kanser hastalarına tanıyı söylemediği ve hastaların karar sürecine katılmadığı bildirilmektedir (13).

Balseven Odabaşı ve Örnek Büken (2009) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise çalışmaya katılan hekim ve hastalara ileri evre kanser hastası olmaları durumunda hastalık tanısı hakkında bilgilendirilmeleri ile ilgili görüşleri sorulmuş; hekimlerin %67,6'sı ve hastaların %85,3'ü aile yerine kendilerinin bilgilendirilmesi gerektiği yönünde görüş

belirtmiştir (14). Aynı çalışmada hekim ve hastaların büyük çoğunluğunun hekim yardımcı intihara karşı olduğu; hekim ve hastalar tarafından, aile ve hekim otoritesinin hastanın özerkliğine tercih edildiği gösterilmiştir (14). Buken ve Balseven Odabaşı (2013) tarafından ulusal düzeyde planlanarak yürütülen başka bir çalışmada ise ülkemizdeki bölgeler arasında hasta otonomisine ve yaşamın sonu hakkında karar verme sürecine hekim bakışında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (15). Wilson (2008) teorik anlamda hasta otonomisinin ve hastanın en iyi yararının gözetilerek karar verilmesi gerektiğine vurgu yaparken genellikle uygulamada doktor ve hemşirelerin karar verme aşamasında hastanın katılımını sağlamadıkları veya hasta ailesi ile birlikte karar verdiklerini belirtmektedir (16).

Tıp eğitimi sırasında, öğrenci hekimlerde ölmekte olan hasta ve ölüm karşısındaki tutumlar yeterince ele alınamamaktadır (1). Kaliteli sağlık bakım hizmetlerini sağlamak için yaşamın son döneminde öğrenci hekimlerin hastalara yönelik tutumlarının neler olduğunun belirlenmesi önemlidir. Bununla birlikte hasta hekim ilişkisinde etik bir yaklaşımda bulunulması, hasta hak ve onurunun korunması için yaşam sonu ile ilgili verilen kararların tartışılması tıp eğitimi içerisinde yer almalıdır (8,12). Aynı zamanda verilen eğitimin etkinliği ve teorik bilginin davranışlara yansımalarının değerlendirilmesi de önemlidir.

Ülkemizde etik eğitiminin etkinliğini ölçmek amacıyla ileriye yönelik planlanmış çok sınırlı sayıda saha çalışması bulunmaktadır (11,17). Bu bağlamda çalışmanın amacı yaşamın sonuyla ilgili etik sorunların ele alındığı etik eğitiminin tıp fakültesi öğrencilerinin yaşamın sonuyla ilgili tutumları üzerine etkisini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Örneklemi

Yarı deneysel nitelikteki araştırmanın evrenini 2009-2010 eğitim öğretim yılı içinde Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem üç öğrencilerinden toplam 135 kişi oluşturmaktadır. Ancak araştırma evreninden 11 öğrenci çalışmaya katılmamıştır. Araştırma sürecinde toplam 27 anket ilk ve son test için kullanılan rumuz tutarsızlığı ve eksik doldurma nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Saptanan bu evren içinde araştırmaya katılmayı kabul eden yaşamın sonuyla ilgili daha önce etik dersi almayan ve klinik deneyimi olmayan 97 (%71,9) öğrenci çalışmaya alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, sorumlu yazarın izni ile Ruhnke ve ark. (2000)'nın (18) "Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States" başlıklı çalışmada uygulanmış olan anket kullanılmıştır. Anketin anlaşılabilirlik ve cevap verilebilirlik kapsamındaki dil geçerliliği, makale yazarları tarafından daha önceden aynı anket kullanılarak uygulanan çalışmada (Yıldırım ve Aksu, 2010) yapılmıştır. Dörtlü Likert tarzındaki anket formunda katılımcıların değerlendirilmesi istenen üç durum ve bunlarla ilgili 16 adet tutum cümlesine yer verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Yaşamın sonuyla ilgili klinik etik eğitimi almayan dönem üç öğrencilerine eğitim yılının sonunda anketin ilk uygulaması yapılmıştır. Bu uygulamada öğrencilerden kişisel tanımlayıcı olarak rumuz kullanmaları istenmiştir. Tıp fakültesi klinik eğitiminin deneyimlendiği bir yıllık süreç sonrasında aynı öğrenci grubuna, tıp fakültesi klinik eğitiminin bir parçası olarak dördüncü sınıf sonunda, yaşamın sonuyla ilgili yapılandırılmış etik eğitimi verilmiştir. Bu eğitimden sonra katılımcılara anket ikinci kez uygulanmıştır.

Çalışma dizaynında tıp fakültesi klinik

eğitim sürecinin ilk yılının bütün olarak değerlendirilmesinin amaçlanması nedeniyle eğitim öncesi ve sonrası ölçüm yapılmamıştır. Katılımcılardan ilk ankette kullandıkları rumuzların kullanılması istenmiş ve veri analizi için testler arası eşleştirme yapılmıştır.

Etik Eğitim Süreci

Dönem 4'ün en son stajı sırasında anketin ilk uygulamasının yapıldığı gruba araştırmacılar tarafından yaşamın sonuyla ilgili etik yaklaşımlar konulu eğitim, 4 ders saati içinde verilmiştir. Dersler arası 10 dakika ara kullanılmıştır. Anlatım yöntemiyle yaşamın sonuna ilişkin kavram, yaşamın sonuyla ilgili etik ve hukuk sorunlar, etik yaklaşım konuları sunulmuştur.

Bu bilgilendirme sonrası öğrencilerden seçilen bir gruba yaşamın sonuyla ilgili etik ikilemi konu edinen bir senaryo verilerek sınıf içinde oyunlaştırmaları istenmiştir. Daha sonra anlatım şeklinde verilen bilgilerle karşılaştırarak bu oyunlaştırmada yaşanan etik ikilemleri, etik yaklaşımın nasıl olması gerektiği ve yaklaşımlarının dayanaklarının büyük grup/sınıf çalışmasıyla tartışmaları istenmiştir. Eğitim sonrası değerlendirmede gereksinim duyulan konuların anlaşılabilirliği için geri bildirim alınmış, öğrencide netleşmeyen konular dersin sonunda yeniden işlenmiştir.

İstatistiksel Yöntem

Araştırmaların verileri SPSS 14.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede yüzdelik dağılımı ve bağımlı gruplarda bir değişkeni karşılaştırmada McNemar testi kullanılmıştır. Önemlilik derecesinde $p < 0,05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma Etiği

Araştırma yapılmadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Katılımcılara formların eksiksiz doldurulması için araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilip ardından aydınlatılmış onam formunun okunması sağlanmışır.

Öğrencilere çalışmaya katılıp katılmama kararının kendilerine ait olduğu, anketlerin üzerine isim yazmamaları, elde edilen bilgilerin çalışma dışında kullanılmayacağı, kişisel bilgilerinin korunacağı ifade edildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket verilerek yaklaşık 15–20 dakika sonra sınıf temsilcisi tarafından toplanarak araştırmacılara iletilmiştir.

BULGULAR

..... Üniversitesi Tıp Fakóltesi dördüncü sınıf öğrencilerin (N=135) %71,8'i (n=97) çalışmaya katılmışır. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,16±1,07'dir (min:19; max:24) ve %51,5'i (n=50) erkektir.

Tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanserli hastayla ilgili bilgilendirme tutumları;

Çalışmada ilk olarak tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanser olan bir kritik durum tanımlanmış ve katılımcılardan bu durumla ilgili üç senaryoya karşı tutumlarını belirtmesi istenmiştir (Tablo 1). "Tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanser olduğu hastaya anlatılmalı ancak hastalığı aileye söyleyip söylememe kararı hastaya bırakılmalı" ifadesine katılım klinik eğitim sürecinden önce %60,8 oranında tespit edilirken, klinik eğitim sonunda etik dersi aldıktan sonra %78,4 oranında gerçekleşmiştir. Aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlıdır ($p=0,009$). Aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olmamakla birlikte ($p > 0,05$) tanının öncelikle aileye söylenmesi ve teşhisi hakkında hastaya bilgi verilmesinin aile üyelerinin kararına bağlı olması seçeneğine

Tablo 1. Tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanserli hastayla ilgili bilgilendirme tutum dağılımlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması (n=97)

<i>Kritik Durum-1: Hastanın tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış bir kanseri var</i>	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	Katılıyorrum n (%)	Katılmıyorrum n(%)	Katılıyorrum n (%)	Katılmıyorrum n(%)
Doktor hastasına, tedavisi mümkün olmayan, ileri evreye ulaşmış kanseri olduğunu anlatmalı, ayrıca hastalığı aileye söyleyip söylememe kararını hastaya bırakmalıdır.	59 (%60,8)	38 (%39,2)	76 (%78,4)	21 (%21,6)
		p = 0,009*		
Doktor, hastanın tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanseri olduğunu ailesine söylemelidir. Aynı zamanda durumun hastaya söylenip söylenmeyeceğine aile üyeleri karar vermelidir.	41 (%42,3)	56 (%57,7)	30 (%30,9)	67 (%69,1)
		p= 0,135		
Doktor tarafından aileye durum açıklanmış ve aile üyeleri hastaya bilgi verilmemesini istemişlerdir. Bu durumda doktor yine de, hastaya bilgi vermelidir.	58 (%59,8)	39 (%40,2)	67 (%69,1)	30 (%30,9)
		p= 0,222		

**McNemar testi kullanılmıştır*

eğitim öncesinde katılımcıların %57,7'si, eğitim sonrasında %69,1'i katılmadığını ifade etmiştir.

Ölümü beklenen kanserli hastanın ventilasyon desteğini alıp almaması ile ilgili karar hakkında tutumları

İkinci olarak kısa süre sonra meydana gelecek ölümden kaçınmak için ventilasyon desteğine ihtiyacı olan bir hastaya ait durum tanımlanmıştır. İlk bölümde hastanın durumunu değerlendirebilecek mental yeterliliği bulunmaktadır. Bu tabloda ikinci bölüm sorularda ise hasta durumunu değerlendirebilme yeteneğini kaybetmiştir. Ayrıca son iki durumda hastanın mental olarak yeterli olduğu dönemde yaşamının son dönemi ile ilgili olarak ileri dönük direktifi/kararı olduğu belirtilmiştir (Tablo 2).

Birinci bölümde hekim ve hastanın ortak kararı sonucu hastanın ventilasyon cihazına bağlanmaması yönünde iken ailenin bunu kabul etmemesi ve işlemin yapılmaması ile ilgili ifadeye olumlu görüş bildirme oranı etik eğitimi almayanlarda (%72,2) eğitim alanlara (%43,3) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek

bulundu (p=0,000). “Hasta, aile ve doktorun hastanın cihaza bağlanmama kararına karşılık hasta cihaza bağlanmalıdır” ifadesine eğitim almayanlar %52,6 oranında eğitim alanlara (%29,9) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olumlu tutum sergilemiştir (p=0,003). “Doktorun hastayı ventilasyon cihazına bağlamak istemesine rağmen hasta ve ailenin isteği doğrultusunda hastanın cihaza bağlanmaması” ile ilgili ifadeye eğitim almayanların %39,2'si eğitim alanların %62,9'u katılmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli idi (p=0,002). Anketin ikinci bölümünde yer alan “Ölümüne izin verilmesine yönelik direktifi/kararı olan hastanın doktorun solunum cihazına bağlanmaması yönündeki görüşüne rağmen aile hastanın bağlanmasını istemektedir ve hasta solunum cihazına bağlanmamalıdır” cümlesine katılan etik eğitimi almayanların katılım oranı %11,3 iken eğitim alanlarda ise %33,0 ve gruplarda önermeye katılım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0,000).

Tablo 2. Ölümü beklenen kanserli hastanın ventilasyon desteğini alıp almaması ile ilgili karar hakkında tutum dağılımlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması (n=97)

Kritik Durum-2: Hastanın ciddi ve tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı var ve 6 haftadan fazla yaşaması beklenmiyor. Durumu aniden kötüleşen hasta, eğer solunum cihazına bağlanmazsa kısa sürede ölecek, solunum cihazına bağlanırsa son birkaç haftasını cihaza bağlı olarak yoğun bakım ünitesinde geçirecek. Hasta olup bitenin farkında ve durumu hakkında bilgilendirildi. Doktor solunum cihazı ile ilgili önerilerini gerekçeleriyle birlikte hastaya anlattı.	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n(%)	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n(%)
1. Durum: <u>Hastanın mental yeterliliği bulunmaktadır.</u>				
Hasta ve doktor, hastanın ölümüne izin verilmesi yönünde ortak karara varıyorlar. Fakat aile hastanın solunum cihazına bağlanmasını istiyor. Doktor bu durumda ailenin seçimine uyarak hastayı cihaza bağlamalıdır.	70 (%72,2)	27 (%27,8)	42 (%43,3)	55 (%56,7)
		p = 0,000*		
Hasta, ölmesine izin verilmesini istiyor. Fakat doktor ve aile hastanın solunum cihazına bağlanmasını istiyor. Hasta kısa sürede ölecek olsa bile solunum cihazına bağlanmamalıdır.	32 (%67,0)	65 (%67,0)	48 (%49,5)	49 (%50,5)
		p= 0,023		
Hasta, doktor ve aile hep birlikte hastanın ölümüne izin verilmesini istiyor. Ancak hasta yine de cihaza bağlanmalıdır.	51 (%52,6)	46 (%47,4)	29 (%29,9)	68 (%70,1)
		p = 0,003*		
Doktor hastayı solunum cihazına bağlamak istiyor, fakat hasta ve ailesi yaşamın sonlandırılması için izin verilmesini talep ediyor. Hasta ve ailesinin talebi nedeniyle, hasta kısa sürede ölecek olsa bile solunum cihazına bağlanmamalıdır.	38 (%39,2)	59 (%60,8)	61 (%62,9)	36 (%37,1)
		p = 0,002*		
2. Durum: <u>Hastanın mental yeterliliği yok.</u>				
Hastanın içinde bulunduğu klinik tablodan dolayı zihinsel olarak olayları anlayıp karar veremeyecek durumda. Doktor hastayı solunum cihazına bağlamayı istiyor, fakat aile hastanın ölmesine izin verilmesini istiyor. Hasta solunum cihazına bağlanmalıdır.	80 (%82,5)	17 (%17,5)	79 (%81,4)	18 (%18,6)
		p=1,000		

Farz edelim ki, zihinsel olarak karar veremeyecek durumda olan hastanın daha önceden sağlıklı olduğu dönemde şu an içinde bulunduğu durum için ölümüne izin verilmesi yönünde ileriye yönelik bir kararı var. Doktor ve hastanın ailesi, hastanın cihaza bağlanmasını istiyor. Ancak, hasta kısa sürede ölecek olsa bile solunum cihazına bağlanmamalıdır.	30 (%30,9)	67 (%69,1)	50 (%51,5)	47 (%48,5)
		p= 0,005		
Farz edelim ki, zihinsel olarak karar veremeyecek durumda olan hastanın daha önceden sağlıklı olduğu dönemde şu an içinde bulunduğu durum için ölümüne izin verilmesi yönünde ileriye yönelik bir kararı var. Aile, hastanın solunum cihazına bağlanmasını, doktor ise bağlanmamasını ve yaşamın sonlandırılmasına izin verilmesini istiyor. Hasta kısa sürede ölecek olsa bile solunum cihazına bağlanmamalıdır.	11 (%11,3)	86 (%88,7)	32 (%33,0)	65 (%67,0)
		p = 0,000*		

**McNemar testi kullanılmıştır*

Hastanın ölümüne neden olacak miktarda ağrı kesici ilaç istemine yönelik tutumlar

Son olarak, 6 hafta içinde ölmesi beklenen mide kanserli ve şiddetli ağrı çeken bir hasta tanımlanmış ve burada hastanın acılarının ve yaşamının sonlanmasını sağlayacak miktarda ilaç talebi hakkındaki kararda öncelik sorgulanmıştır (Tablo 3).

Duruyla ilgili iki ayrı alt senaryo verilerek katılımcılardan doktorun hastayı bir kez görmüş olması veya hastanın 20 yıllık aile doktoru olması durumlarında tutum farklılıklarının olup olmaması incelenmiştir.

Hastanın çektiği acıları sonlandıracak ve ölümüne neden olacak miktarda ağrı kesici ilaç istediğini doktoruna söylediği, ancak doktorun hastayı sadece bir kez gördüğü durumda; “aile aşırı doz ilaç verilmesini kabul ederse doktor ilacı vermelidir” ifadesinin “katılıyorum”

yanıtına eğitim almayanlarda %33, eğitim alanlarda %63,9 ve belirgin bir şekilde eğitim alanların katılım oranı daha yüksekti (p=0,000). Doktorun 20 yıllık aile hekimi olduğu ikinci durumda ise hekimin hastaya ilacı vermesi gerektiğine yönelik ifadesine katılma oranı eğitim almayanlarda (%35,1), eğitim alanlara (%69,1) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu (p=0,000).

Doktorun aile ile konuştuğu ve ailenin talebi kabul ettiği durumda ilacın verilmesine katılma oranı eğitim almayanlarda (%42,3), eğitim alanlara (%74,2) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu (p=0,000).

“Hastanın isteği bulunduğu ve ailenin karşı çıktığı durumda doktor hastaya yüksek doz ilacı sağlamalıdır” ifadesine eğitim sonrasındakilerin katılımı (%51,5) eğitim öncesi katılımına (%24,7) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu (p=0,000).

Tablo 3. Hastanın acılarının ve yaşamının sonlanmasını sağlayacak miktarda ilaç talebi istemine karşı tutumların dağılımlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması (n=97)

Kritik Durum 3: İleri dönem mide kanseri olan ve 6 hafta içinde ölmesi beklenen hastanın dindirilmesi mümkün olmayan şiddetli ağrıları var. Hasta çektiği acıları sonlandıracak ve ölümüne neden olacak miktarda ağrı kesici ilaç istediğini doktoruna söylüyor.

1. Durum: Doktorun bu hastayı sadece bir kez gördüğünü ve hastalığına ilişkin sadece genel bir bilgi aldığını varsayalım.

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n(%)	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n(%)
Doktor aşırı doz ilacı vermemelidir.	12 (%12,4)	85 (%87,6)	22 (%22,7)	75 (%77,3)
Doktorun hastanın ailesiyle konuştuğunu farz edelim. Eğer aile hastanın istediği aşırı doz ilacın verilmesini kabul ederse, doktor ilaçları vermemelidir.	32 (%33,0)	65 (%67,0)	62 (%63,9)	35 (%36,1)
Doktorun, hastanın ailesiyle konuştuğunu farz edelim. Eğer aile hastanın istediği aşırı doz ilacın verilmesini kabul etmez ise, doktor ilaçları yine de vermemelidir.	15 (%15,5)	82 (%84,5)	19 (%19,6)	78 (%80,4)

2. Durum: Doktorun bu hastayı yirmi yıldır, yakından tanıdığını varsayalım.

Doktor, hastaya istediği aşırı doz ilacı vermemelidir	34 (%35,1)	63 (%64,9)	67 (%69,1)	30 (%30,9)
Doktorun hastanın ailesiyle konuştuğunu farz edelim. Eğer aile hastanın istediği aşırı doz ilacın verilmesini kabul ederse, doktor ilaçları vermemelidir.	41 (%42,3)	56 (%57,7)	72 (%74,2)	25 (%25,8)
Doktorun hastanın ailesiyle konuştuğunu farz edelim. Eğer aile hastanın istediği aşırı doz ilacın verilmesini kabul etmez ise, doktor ilaçları yine de vermemelidir	24 (%24,7)	73 (%75,3)	50 (%51,5)	47 (%48,5)

*McNemar testi kullanılmıştır

TARTIŞMA

Yaşamın sonuyla ilgili etik sorunların ele alındığı klinik eğitim dönemin içinde yapılan etik eğitiminin tıp fakültesi öğrencilerinin yaşamın sonuyla ilgili tutumları üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan araştırmada, yaşamın sonuyla ilgili kararlarda hasta özerkliğine saygının klinik etik eğitimi sonrasında arttığı, ancak hastanın ölümüne neden olacak uygulamalarda özerkliğin istenilen düzeyde korunmadığı görülmektedir. Türkiye’de yaşamın sonu hakkında etik alanında eğitim yöntemlerinin etkinliğini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamış olmakla birlikte çalışma bulguları bilme hakkı, ventilasyon ve ağrı kesici ilaç verme kararı başlıkları altında tartışılmıştır.

Çalışmamızın sınırlılıkları, tıp fakültesi eğitim sürecinin klinik öncesi dönem sonu ile klinik eğitiminin birinci yıllarını kapsamaması nedeniyle klinik eğitim sürecinin bütün olarak değerlendirilmesine dayanmamaktadır.

Tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanserli hastayla ilgili bilgilendirme tutumları

Tedavisi mümkün olmayan ileri evreye ulaşmış kanser olduğu bilgisinin öncelikle hastanın kendisine verilmesi, ancak aileye bu bilginin söylenip söylenmeme kararının hastaya bırakılması ifadesine etik dersi alanlarda katılım daha fazla iken (Tablo 1), tanının öncelikle aileye söylenmesi ve durumun hastaya açıklanmasının aile üyelerinin kararına bağlı olması ifadesine katılımcıların yarıdan fazlasının eğitim sonrasında katılmadığı görülmektedir. Bu durum eğitimle birlikte artan şekilde hastanın bilgilendirilmesinin öğrenci hekimler tarafından bir hak olarak algılandığı, hastanın pasif biri olmaktan çok, aktif bir katılımcı olması görüşüne önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu durum katılımcıların eğitim öncesinde hastayı tanısı hakkında bilgilendirmeme eğiliminin olmasına;

hastanın ve ailesinin nasıl tepki vereceğinin kestirilememesine, bu tepkilerle nasıl baş edilebileceğinin bilinmemesine, hastaların ölüm hakkında konuşmak istemeyecekleri düşüncesine ve bu konuda klinik deneyiminin ve yaşamın sonuna ilişkin eğitimin olmamasına bağlanabilir (1,10). Altun ve Ersoy’un (2003) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da eğitim sonrasında hastalara bilgi verme düzeylerinde artış olduğunu ifade etmeleri elde ettiğimiz sonuç ile paralellik göstermektedir (17).

Tıbbi uygulamalar içinde tıp etiği, güvene dayalı hekim-hasta ilişkisinde, hastanın kendisiyle ilgili karar verme hakkını ön planda tutar (1,19). Balseven Odabaşı ve Örnek Büken (2009) tarafından Ruhnke ve ark.nın çalışmasında kullanılan senaryolar üzerinden yürütülmüş olan bir araştırmada ise hekimlerin %67,6 ve hastaların %85,3 oranında tedavi edilemez kanser tanısı hakkında aileden önce hastanın bilgilendirilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir (14). Özkırış ve ark. (2011)’nin ölümcül bir hastalıkta hekimlerin bilgilendirme tutumlarına ilişkin yaptığı çalışmada katılımcıların %12,5’i bilgiyi öncelikle hastaya vermeyi uygun bulurken, %29,6’sı ailesine söylenmesi gerektiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu hastaların tanılarını her ne olursa olsun bilgilendirme hakları olduğuna inanırken, hastalık “ölümcül” olduğunda bu oranın biraz daha düştüğü saptanmıştır (1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hekim ve hekim adaylarında paternalistik bir yaklaşımın hakim olduğu ve hastaların çoğunluğunun tanıtı-tedavisi hakkında bilgisinin olmadığı, hastaların karar sürecine katılmadığı bildirilmektedir (13,20). Özkara ve ark. (2002)’nin 213 hekim üzerinde yaptığı çalışmada ise doktorların %77’si her insanın kendi hayatı üzerine karar verme hakkı olduğunu, %16’sı böyle bir hakkın olmadığını, %7’si de bu konuda görüşlerini ifade etmediklerini bildirmiştir (21).

Hastalar ve toplum üzerinde yapılan çalışmalarda ise hastaların büyük çoğunluğunun tanıları ne olursa olsun bilgi sahibi olmak istedikleri göze çarpmaktadır (1,9,18,22,23). Pousset ve ark. (2009) terminal dönemdeki bir vakada orta öğretim öğrencilerinin ve velilerinin %78'inin tanıları ve %90'nın hastalığın ölümcül olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olmak istediğini belirlemiştir (24).

Hasta otonomisine saygıda kültürel ve yasal değişimler önemli rol oynamaktadır (15,20). Bu nedenle gerçeği söylemede hastalar ve kültürel ortam önemli bir faktör olabilir. Yapılan çalışmalarda teorik anlamda hastanın özerkliğine önem verilmesi gerektiğine vurgu yapılırken uygulamada paternalist ve geleneksel yaklaşımın ön plana çıktığı görülmektedir. Bunun nedeni Türk sağlık sisteminde hasta özerkliğini merkeze alan yaklaşımın henüz yeni olmasına bağlanabilir (13). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç doğrultusunda bu durumun eğitimle değişebileceği ifade edilebilir.

Ölümü beklenen kanserli hastanın ventilasyon desteğini alıp almaması ile ilgili karar hakkındaki tutumları

Hastanın ölümüne yol açan ventilasyon desteği ile ilgili uygulamalarda katılımcıların tutumları incelendiğinde, eğitim öncesinde ventilasyonla ilgili senaryolarda hastanın özerkliğinin göz ardı edildiği, eğitimle birlikte özerkliğin daha ön plana çıktığı ifade edilebilir. Ancak hastanın cihaza bağlanmak istemediği, doktor ve ailenin ise cihaza bağlanma yönünde görüş belirttikleri durumda ise katılımcıların eğitim öncesi ve sonrasında büyük çoğunlukta doktor ve ailenin kararı öncelenmiş, hastanın özerkliği geri planda bırakılmıştır. Zihinsel olarak karar veremeyecek durumdaki hastada ise ailenin hastanın ölmesine izin verilmesi talebine eğitim öncesi ve sonrası öğrenciler katılmamakta ve doktorun kararı öncelenmektedir. Hasta, aile ve doktorun yaşamın sonlanması yönündeki görüşlerine

rağmen katılımcıların eğitim öncesinde yarısı yine de hastanın destek ünitesine bağlanması gerektiğini belirtirken eğitim sonrası çoğunluğu buna karşı çıkarak hasta özerkliğini ön plana almışlardır (Tablo 2). Terminal dönemdeki kanser hastalarının kendi kararlarını verebilmeleri ve kendi ölümleri üzerinde söz sahibi olmaları anlayışı tıp uygulamalarında kabul görmektedir (25). Palyatif bakım programında da onkoloji hastalarının yaşamın sonu kararlarına yönelik yaşayan vasiyet bırakma hakları konusunda bilgilendirilmesi gerektiğinin ve sağlık çalışanlarının etik yükümlülüğü olduğunun altı çizilmektedir (26). Rurup ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada hasta yakınlarının hekimlere göre daha fazla ileri direktiflere önem verdikleri ve ölümü hızlandırmaya ilişkin tutumlara karşı daha hoşgörülü oldukları vurgulanmaktadır (8).

Miccinesi ve ark. (2005) Avrupa işbirliği araştırma projesi içinde altı ülke doktorları üzerinde yürüttükleri çalışmada; hekimlerin bireyin yaşamını sonlandırmak için hastanın isteğine uyması gerektiğine yönelik ifadeye hekimlerin çoğunluğu katılmıştır. "Eğer hasta kendisi karar veremeyecek düzeyde ise yaşamının sonlandırılmasında tedavisinin kesilmesi kararına yakınları izin vermelidir" ifadesini katılımcıların yarısına yakını benimsemiştir (27). Travma hekimleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %99,4'ü iyileşme umudu olmayan durumlarda yaşamı sürdürme tedavilerinin çekilmemesi gerektiğini kabul etmişlerdir (28).

Ötanazi ile ilgili yapılan bir çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğunluğu ötanazi fikrini benimsemiş (29) fakat Beder ve ark. (2010)'nın 154 hekim ve hemşire ile ötanazi hakkındaki düşüncelerine yönelik yaptığı çalışmada ise katılımcılar ötanaziyi büyük oranda onaylamamakla birlikte, yaklaşık yarısı iyileşme olasılığı bulunmayan ve dayanılmaz ağrılar içinde olan terminal dönemdeki bir

hasta için ötanaziyi hastanın bir hakkı olarak savundukları belirlenmiştir (30). Özkara ve ark. (2002)'nin yaptığı çalışmada hekimlerin %48'i ötanazi uygulamasına karşı olmadıklarını belirtirken, %77'si her insanın kendi yaşamı üzerine karar verme hakkı olduğunu ifade etmiştir (21). Benzer şekilde başka bir çalışmada da "Hastalık tanısı ve prognozu ne olursa olsun, iyi ölüm ve iyi ölümün sağlık çalışanlarınca sağlanması mümkündür." ifadesine hekimlerin %70,1'inin katıldığı saptanmıştır (1). Avustralya ve altı Avrupa ülkesindeki hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada yaşam sonu kararlarla ilgili olarak ölümü hızlandırma isteği oranının %34 ve %71 arasında değiştiği belirlenmiştir (31). Başka bir çalışmada pasif ötanazinin Fin tıp uzmanları ve genel halk arasında kabul edildiği bulunmuştur (32). Sağlık profesyonelleri dışında topluma yönelik yapılan çalışmalarda da katılımcıların çoğunluğunun ötanaziyi kabul ettiği bulunmuştur (24,33).

Sağlık çalışanlarının ölümü tıbbi bir başarısızlıkla eş değer tutma anlayışı, yaşamın kutsallığı ve yaşam kalitesi yönündeki görüş farklılıkları yaşam sonu karar verme süreçlerinde güçlük yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu tür kararların verilmesinde sağlık profesyonellerinin göz önüne aldığı kriterler içerisinde etik değerler, tıbbin amaçları, orantılılık ilkesi, nafililik ölçütleri, yaşam kalitesi ve hastanın ve ailesinin beklentileri rol oynamaktadır (3). Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerle yaşam sonuna ilişkin kararlarla ilgili yapılan bir çalışmada da yalnızca hastanın yaşına göre yaşam değerinin belirlenmeyip, aile-hasta merkezli ve katılımcı bir model kullanılarak karar verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (34). Aynı zamanda hastaların tedavi süreçlerine katılma bağlamında tedaviyi özgürce kabul etme ve ret etme hakkı ulusal yönetmelikle ve uluslararası bildirgelerle korunma altına alınmıştır (35). Bununla birlikte yaşamın sonuna ilişkin etik bildirgeleri hazırlayan Türk Tabipleri

Birliği (2010) ve Venedik Bildirgesi (1983) bireyin yaşamı destekleyen tedavileri esirgeme ve sonlandırma hakkına vurgu yapmıştır (36,37). Bu bağlamda yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılmasında hasta ve hasta ailesinin kararı ile birlikte hekimin tedaviyi sonlandırması etik açıdan uygun bulunmaktadır. Ülkemizde hekimlik meslek etiği kuralları içerisinde Hekimin hastaya gereksiz ve yararı olmayan tedaviyi veremeyeceğine ilişkin maddesi boşuna tedavilerin yapılmaması gerektiğini vurgulanmaktadır (38). Bu çerçevede gereksiz tedavilerin esirgenmesi ve sonlandırılması, sınırlı kaynakların adil paylaşılması etik açıdan uygun görülmektedir (3).

Hastanın ölümüne neden olacak miktarda ağrı kesici ilaç istemine yönelik tutumlar

Kısa süre sonra ölecek olan ve dayanılmaz ağrı çeken bir hasta senaryosunda doktorun hastayı tanıyor ya da tanıyıyor olması fark etmeksizin eğitim öncesinde hekimin hastaya ilaç vermesi olumsuz olarak karşılanmış, eğitim sonrasında ilaç verilmesi konusunda yalnızca ailenin kararı belirleyici olmuştur. Doktorun hastanın 20 yıllık hekimi olması durumunda aşırı doz ilaç istemi konusunda eğitim öncesine göre eğitim sonrası hasta özerkliğine daha fazla saygı duyulmuştur (Tablo 3). Balseven Odabaşı ve Örnek Büken'in (2009) çalışmalarında ise benzer senaryoda ilacın hastaya verilmesini hastaların %29'u onaylarken, hekimlerin sadece %8'i onaylamıştır. Hekimin hastayı 20 yıldır tanıdığı senaryoda ise bu oran hastalarda %42, hekimlerde %21 olarak tespit edilmiştir (14). Hekimin hasta ile iletişim süresinin karar verme sürecinde etkinliği çalışmamızla benzer özellikte olduğu görülmektedir. Miccinesi ve ark. (2005) Avrupa işbirliği araştırma projesi içinde altı ülkede yürüttükleri çalışmada yaşamı kısaltan ilaçlar kullanılarak ağrının azaltılması kararının hasta ile beraber alınması ve ölümcül hastalığı olsa bile bu ilaçların verilmesi gerektiğine inanan hekimlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Şiddetli ağrısı ve terminal dönemde olan ve karar verme kapasitesinin bulunmadığı durumda, ölümcül dozlardaki ilaçların verilmesi kararına hekimlerin yarısından daha az katıldıkları saptanmıştır (27). Aynı çalışmada katılımcıların yarısından daha az bir kısmının hastanın isteği olmadan öldürücü dozlarda ilaç kullanımına izin verilmesi, öldürücü dozların kullanımının artışına yol açacağı, doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkiye zarar vereceği yönünde endişe yaşadıkları belirlenmiştir (27). Yedi ülke hekimleri arasında yapılan bir çalışmada da yoğun ağrı semptomlarının hafifletilmesinin tüm hekimler tarafından %57 ile %95 arasında kabul edildiği tespit edilmiştir (31). Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da öğrencilerin çoğunluğu hastalara ağrı ve acı veren uygulamaların sürdürülmemesi gerektiğine inandıkları tespit edilmiştir (25). Pousset ve ark. (2009) orta öğretim öğrencileri ve velileri ile terminal dönem içerikli bir vaka çalışmasında öğrencilerin %69'unun öldürücü dozda ağrı kesici ilaç tedavisinin uygulanmamasına inandığı, öğrenci velilerinin ise %66'sının bu hastalara öldürücü bir ilaç uygulayan hekimin işten uzaklaştırılması gerektiği görüşünde oldukları belirlenmiştir (24).

SONUÇ

Bilme hakkı bağlamında, ileri evre kanseri olan bir hastaya tanının söylenmesi gerektiğini katılımcıların çoğunluğu kabul etmektedir. Eğitim sürecinin sonunda yaşam kurtarıcı veya destekleyici müdahaleler konusunda hastanın, ailenin, hekimin talebi ne olursa olsun hastanın cihaza bağlanması ön planda tutulmuş olup hastanın ileriye yönelik direktiflerinin bulunması, mental yeterliliğinin olması/ olmaması ventilasyon desteğinin çekilmesi kararını etkilememiştir. Eğitim sonrasında ise bu durumda hasta özerkliğine önem verilmiştir. Kısa süre sonra ölecek olan ve dayanılmaz ağrı çeken bir hastaya ailesi ve hastanın kendisi

acılarını sonlandıracak ve ölümüne neden olacak miktarda ağrı kesici ilaç isteği karşısında hekimin hastaya ilaç verme ile ilgili öğrencilerin tutumu verilen eğitimle birlikte değişebileceği düşünülmektedir. Çalışmanın etik eğitimi odaklı olmakla birlikte klinik eğitim sürecini kapsayan verileri de değerlendirilmesi nedeniyle müdahale çalışmaları ve kohort çalışmaları gerekmektedir. Bu çalışma sonuçlarına göre tıp öğrencilerinde eğitimin etkinliğini artıracak eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve ölümü yakın hastaların bakımı hakkında öğrencilere eğitim verilmesi gerektiği önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmamızın istatistik analizlerinde bize yardımcı olan Halk Sağlığı Uzmanı Prof. Dr. Haldun Sümer'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Özkırış A, Güleç G, Yenilmez Ç, ve ark. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24: 89-100.
2. Bilsen J, Cohen J, Deliens L. End of life in Europe: an overview of medical practices. *Population & Societies* 2007; 430: 1-4.
3. Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi* 2012; 27: 37-45.
4. Faber-Langendoen K, Lanken PN. Dying patients in the intensive care unit: forgoing treatment, maintaining care. *Ann Intern Med* 2000; 133:886-93.
5. Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H, ve ark. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaya ilişkin görüşleri.

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012; 14: 1-10.

6. Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 65-68.

7. Zikmund-Fisher BJ, Lacey HP, Fagerlin A. The potential impact of decision role and patient age on end-of-life treatment decision making *J Med Ethics* 2008; 34: 327-331.

8. Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HRW, et al. Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. *Patient Education and Counseling* 2006; 61: 372-380.

9. Asghari F, Mirzazadeh A, Fotouhi A. Patients' preferences for receiving clinical information and participating in decision-making in Iran. *J Med Ethics* 2008; 34: 348-352.

10. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: hekime düşen görev. *İstanbul Tıp Fak Derg* 2008; 71: 22-26.

11. Yıldırım G, Aksu M. Tıp öğrencilerinin yaşamın son dönemi ile ilgili tutumları. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2010; 32: 140-148.

12. Erer S, Atıcı E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *J Med Ethics* 2008; 34: 384-388.

13. Guven T. Truth-telling in cancer: examining the cultural incompatibility argument in Turkey. *Nurs Ethics* 2010; 17: 159-66.

14. Balseven Odabaşı A, Örnek Büken N. Aydınlatılmış onam ve yaşamın sonunda alınan etik kararlar-Hacettepe örneği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29(5):1041-54.

15. Buken NO, Balseven Odabaşı A. Physicians'

attitudes at the end-of-life: a cross-cultural evaluation. *Med Law* 2013 Dec; 32(4):549-65 (Abstract).

16. Wilson J. To what extent should older patients be included in decisions regarding their resuscitation status? *J Med Ethics* 2008; 34: 353-356.

17. Altun I, Ersoy N. Undertaking the role of patient advocate: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics* 2003 10: 462-471.

18. Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 2000; 118: 1172-1182.

19. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 4. Edition, 1994.

20. Samur M, Çay Şenler F, Akbulut H, ve ark. Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirilme durumu: hekim ve hekim adaylarının yaklaşımları hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde yapılan sınırlı bir araştırmanın sonuçları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2000; 53: 61-166.

21. Özkara E, Özdemir Ç, Hancı İH, ve ark. Ankara'da çalışan hekimlerin ötanaziye yaklaşımı. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2002; 51: 207-214.

22. Tavolli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, et al. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007; 7: 28.

23. Uçar N, Yardım Aksu F, Alpar S, ve ark. Akciğer kanseri tanısı hastaya söylenmeli mi? *Solunum Hastalıkları* 2007; 18: 148-156.

24. Pousset G, Bilsen J, De Wilde J, et al. Attitudes of Flemish secondary school students

towards euthanasia and other end-of-life decisions in minors. *Child: Care, Health and Development* 2009; 35: 349-356.

25. Gürkan A, Babacan Gümüş A, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4: 2-12.

26. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Palyatif Bakım Programı. www.kanser.gov.tr/folders/file/palyatif.pdf adresinden 06 Ocak 2014 tarihinde ulaşılmıştır.

27. Miccinesi G, Fischer S, Paci E, et al. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 1961-1974.

28. Jacobs LM, Burns KJ, Jacobs BB. Nurse and physician preferences for end-of-life care for trauma patients. *J Trauma* 2010; 69: 1567-1573.

29. Tepehan S, Özkara E, Yavuz MF. Yoğun bakım ve diğer birimlerde görev yapan hemşirelerin ötanaziye yaklaşımı. *Adli Tıp Dergisi* 2011; 25: 115-123.

30. Beder A, Pınar G, Aydoğmuş G, ve ark. Hemşire ve hekimlerin ötanaziye ilişkin görüşleri. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2010;1: 91-98.

31. Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, et al. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC Medicine* 2008, 6: 4.

32. Rynänen OP, Myllykangas M, Viren M, et al. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health* 2002; 116: 322-331.

33. Rietjens JAC, van der Heide A, Onwuteaka-

Philipsen BD, et al. A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 1723-1732.

34. Rosenfeld KE, Wenger NS, Kagawa-Singer M. En-of-life decision making: a qualitative study of elderly individuals. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 620-625.

35. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998) sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm adresinden 06.01.2014 tarihinde ulaşılmıştır.

36. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, s. 27-30, 2010.

37. Dünya Tabipler Birliği Venedik Bildirgesi Venedik (Ekim 1983) <http://www.haksay.org> adresinden 07.01.2014 tarihinde ulaşılmıştır.

38. Türk Tabipleri Birliği (1999) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. <http://www.tb.org.tr/index.php> adresinden 09.01.2014 tarihinde ulaşılmıştır.