

2014  
TJOB TÜRKİYE  
BİYOETİK DERGİSİ  
TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt: 10 • Sayı: 3 • 2023 Güz Sayısı

Volume 10 • Issue 3 • Autumn Issue 2023

Turkish Journal of Bioethics (TJOB) published by Turkish Bioethics Association  
Türkiye Biyoetik Derneği tarafından basılan Türkiye Biyoetik Dergisi (TJOB)

e-ISSN: 2148 - 5917

# TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

## HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirimlerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

## Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik  
DOAJ

## AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisinin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmaları akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra, insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla, yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayınlayan dergi, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, olgu sunumu, eleştirel anlatı okumaları, mevzuat değerlendirmeleri ve öğrencinin sesi bölümlerinden oluşmaktadır.

## DERGİ KURULLARI

### Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

### Editörler

Prof. Dr. Selim KADIOĞLU  
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye  
turkiyebiyoetikdernegi@gmail.com

Doç. Dr. Şükrü KELEŞ  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye  
kelesukru@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm ÖNAL  
Trakya Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
gullsumo@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye  
arifhudaikoken@hotmail.com

Dr. Filiz BULUT  
Türkiye Biyoetik Derneği, Ankara, Türkiye  
filizbulut.2816@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay HALİDİ  
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye  
gulayhal@gmail.com

### **Yayın Kurulu**

Doç. Dr. Hasan ERBAY  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik GÖRKEY  
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal GÜVERCİN  
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU  
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ  
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Gürkan SERT  
Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU  
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

### **Bilimsel Danışma Kurulu**

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ  
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR  
Kocaeli Üniversitesi, İzmit, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Murat AKSU  
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Prof. Dr. Berna ARDA  
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIKAN  
Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rahime AYDIN ER  
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BURUK  
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR  
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat CİVANER  
Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU  
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT  
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülten DİNÇ  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hanzade DOĞAN  
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Elif GÜLTEKİN  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder GÜN  
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa HAYIRLIDAĞ  
Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İZGİ  
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Dr. Sadik NAZİK  
Türkiye Biyoetik Derneği, Antakya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Selda OKUYAZ  
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Oya ÖGENLER  
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Sibel ÖNER YALÇIN  
Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN  
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY  
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Levent ÖZGÖNÜL  
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN  
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN  
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran SEVİMLİ  
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Bilge SÖZEN ŞAHNE  
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Halil TEKİNER  
Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye

Doç. Dr. Mustafa Kemal TEMEL  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Serap TORUN  
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Barlas UZUN  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN  
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif VATANOĞLU  
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM  
Ankara Üniversitesi (Emekli), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Aşkın YAŞAR  
Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye

Prof. Dr. Gülay YILDIRIM  
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Vedat YILDIRIM  
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ  
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ  
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

## YAZIM KURALLARI

### Metin Düzeni

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

### Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıkla yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

### Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki rakamlar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

### Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda roma rakamıyla sonnot kullanılabilir.

### Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak "tırnak içinde" gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

### Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

### Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9X13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

### Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan ve gönderilen makalenin amaç ve yönteminin açıklandığı, sonuçların derginin okuyucu kitlesi için önemini özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

### Başlık Sayfası

Makale başlığı, kısa başlık, makale türü, yazar isimleri, yazarların akademik unvanı ve çalıştıkları kurum ve görevleri, yazışma yazarının adres, e-posta ve telefon bilgileri, mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümü, daha önce bir bilimsel toplantıda sunulduysa veya kongre kitabında basıldıysa bildirildiği kısımdan oluşur.

## Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. **Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.**

## Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğeri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak yazılmalıdır.

## Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ VE YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

### İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF VE KOYU

**İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu**

***Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik***

## Yayın Türleri

1. Editoryal
2. Editöre Mektup
3. Araştırma Makalesi
4. Derleme
5. Yasa İncelemesi
6. Kitap İncelemesi
7. Sanat ve Edebiyat
8. Olgu Sunumu
9. Konferans Bildirisi
10. Kısa Bildiri
11. Toplantı Özeti
12. Rapor
13. Haber
13. Monografi
15. Biyografi

16. Bibliyografi

17. Çeviri

18. Not

19. Düzeltme

## **ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI**

### **Açık Erişim Politikası**

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

**Creative Commons Lisansı:** Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

**Paylaş** – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

**CC BY-NC-ND** lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

**CC BY-NC-ND** lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

**CC BY** – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

**NC** – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

**ND** - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

**Ek sınırlamalar yoktur** – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya da teknolojik önlemler uygulayamazsınız.

Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

**Okuma, çıktı alma ve indirme:** EVET

**Atıfta bulunma:** EVET

**Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması:** HAYIR

**Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak:** HAYIR

**Önemli not:** Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)



## **Aşırma politikası**

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

## **Yazar(lar)**

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.

- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar (yazarlar, çevrimiçi sayfalar, kişisel görüşmeler, vb.) için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmediği belirtilmeli ve telif hakkı devir formu doldurulmalıdır.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları belirtilmeli ve nedeni açıklanmalıdır.
- Yazarların, hakem sürecindeyken çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmesi istenebilir, bu durumda yazarların ham verilerini editörler kuruluyla paylaşmaları beklenmektedir. Yazarlar, yayımlanan bir makaleye ilişkin verileri/kullanılan kaynakları editör tarafından istendiğinde sunulması için saklamak ile yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

## **Hakem Değerlendirme Süreci**

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi
- Orijinalliği ve alana katkısı
- Akademik standartlar

## **ÜCRET POLİTİKASI**

Hiçbir ad altında yazar veya kurumundan ücret alınmaz.

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

### EDİTÖRDEN

- 1. Editörden** 82  
Editorial  
Dr. Öğretim Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

### EDİTÖRE MEKTUP

- 2. Güz 2023 Orta Karadeniz Ardışık Toplantıları İzlenimleri:** 83  
Impressions from Fall 2023 Middle Black Sea Consecutive Congresses  
Doç. Dr. Hasan ERBAY

### ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 3. Etik Açından Gebeliğin Tıbbi Nedenlerle Sonlandırılması Kararı Üzerine Bir Değerlendirme** 85  
An Ethical Evaluation of the Decision to Terminate the Pregnancy for  
Medical Reasons  
Dr. Öğretim Üyesi Selda OKUYAZ, Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
- 4. Relationship Between Caregiver Burden and Compassion Levels and the Affecting Factors in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease: A Cross-Sectional Study** 96  
Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ile Merhamet Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel ve Tanımlayıcı Bir Çalışma  
Doç. Dr. Meryem Türkan IŞIK, Doktor Öğretim Üyesi Meltem AKBAŞ, Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR

### KİTAP İNCELEMESİ

- 5. The Arts of Medicine (2023): A Memoir by Dr. Ercan Kesal** 107  
Hekimlik Sanatları (2023): Dr. Ercan Kesal'ın Anı Kitabı  
Prof. Dr. Halil TEKİNER

### SANAT ve EDEBİYAT

- 6. "Syk Pike" İsimli Film: Yapay Bozukluk ve Biyoetik Yansımaları** 109  
The movie "Syk Pike": Factitious Disorder and its Bioethics Reflections  
Dr. Deniz Sami CEVHER

Değerli Okuyucular,

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin onuncu cildinin üçüncü sayısında birbirinden değerli beş çalışma yer almaktadır. **Hasan ERBAY** "Güz 2023 Orta Karadeniz Ardışık Toplantıları İzlenimleri" başlıklı editöre mektubunda Eylül 2023'te Samsun'da ve Sinop'ta yapılan ardışık kongrelerden izlenimlerini aktarmıştır.

**Selda OKUYAZ** ve **Funda Gülay KADIOĞLU** gebeliğin tıbbi nedenlerle sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunları ve sonlandırma kararını etkileyen unsurları ele aldıkları "Etik Açıdan Gebeliğin Tıbbi Nedenlerle Sonlandırılması Kararı Üzerine Bir Değerlendirme" başlıklı araştırmada ufuk açıcı sonuçları bizlerle paylaşmış ve tartışmışlardır.

**Meryem Türkan IŞIK**, **Meltem AKBAŞ** ve **Rana CAN ÖZDEMİR** Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakım veren yükü ile merhamet düzeyi ve etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi araştırdıkları "Relationship Between Caregiver Burden and Compassion Levels and the Affecting Factors in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease: A Cross-Sectional Study" başlıklı makale ile konunun biyoetik açıdan tartışılmalı yönlerini çarpıcı bir şekilde gündeme getirmişlerdir.

**Halil TEKİNER** tarafından kaleme alınan "The Arts of Medicine (2023): A Memoir by Dr. Ercan Kesal" başlıklı makalede Dr. Ercan Kesal'ın yeni yayımlanan anı kitabını incelenmiştir.

**Deniz Sami CEVHER** "Syk Pike İsimli Film: Yapay Bozukluk ve Biyoetik Yansımaları" başlıklı makalesinde, filme konu olan "yapay bozukluk" hastalığı hakkında filmde mesleğe yeni başlayan bir hekim olarak aldığı mesajı ve bu konuda toplumsal farkındalığın önemini anlatmıştır. Keyifli okumalar diler, saygılar sunarım.

**Arif Hüdai KÖKEN**

## Güz 2023 Orta Karadeniz Ardışık Toplantıları İzlenimleri

### Impressions from Fall 2023 Middle Black Sea Consecutive Congresses

Hasan ERBAY<sup>a</sup>

#### ÖZET

*Güz 2023 Orta Karadeniz Ardışık Toplantıları üst başlığında, Samsun ve Sinop'ta iki önemli kongre düzenlendi. "X. Biyoetik Kongresi" ve "XIII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri" ismiyle, 11-16 Eylül 2023 tarihlerinde gerçekleştirilen kongrelere, tıp tarihi ve etik alanından çok sayıda akademisyen, genç araştırmacı ve uzman katıldı. Sözlü bildiri, poster bildiri, panel ve konferans oturumlarının yer aldığı; bilimsel açıdan zengin, sosyal programıyla keyifli, tartışmalarla ve katkılarla renkli geçen kongrelerin önümüzdeki yıllarda da gelişerek devam etmesi temennisiyle.*

**Anahtar Kelimeler:** Biyoetik Kongresi, Lokman Hekim Günleri, Tıp Tarihi ve Etik

#### ABSTRACT

*Two important scientific meetings; 10th Bioethics Congress and 13th Lokman Hekim History of Medicine and Folkloric Medicine Days were held in Samsun and Sinop on 11-16 September 2023 under the common title of Fall 2023 Middle Black Sea Consecutive Congresses. Many academics, young researchers, and experts from the field of history and ethics of health professions attended the congresses, consisting of oral presentation, poster presentation, panel and conference sessions. Both congresses were scientifically rich, enjoyable with their social program, and colorful with discussions and contributions; we hope that they will continue and develop in the coming years.*

**KeyWords:** Bioethics Congress, Lokman Hekim Days, History of Medicine and Medical Ethics

Tüm dünyayı etkileyen ve yüz yüze bilimsel toplantılara sekte vuran pandemi sürecinin ardından, Samsun ve Sinop'ta ardışık iki bilimsel etkinlik düzenlendi. Sağlık mesleklerinin etiği ve tarihi hakkındaki bu etkinliklerden ilki, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Veteriner Fakültesi Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı ile Türkiye Biyoetik Derneği'nin birlikte düzenlediği "X. Biyoetik Kongresi" idi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi'nde, 11-13 Eylül 2023 tarihlerinde gerçekleşen kongrede bir açılış konuşması, bir konferans, dört panel konuşması, altmış bir sözlü bildiri, altı poster bildiri ve bir çağrılı konuşma yer aldı (1). Kongrede, ilk gün öğleye kadar açılış oturumu, konferans ve panel tek salonda; sonraki oturumlar ise iki farklı salonda gerçekleşti. Ana temalarının "Feminist Biyoetik" ve "Afet Biyoetiği" olduğu kongrede; birbirinden değerli sunumlar ve sunum sonu soru-cevap kısmında katkılar yer aldı. Kimi zaman da biyoetiğin kendine özgü "farklı düşünme geleneği"nden kaynaklı farklı-karşıt görüşler/yorumlar/itirazlar dile getirildi. Alanın akademisyenleri ve genç araştırmacılar için; tanışmak, tanışıklıkları pekiştirmek, farklı yaklaşımları dinlemek, işbirliği/ortak çalışma imkanlarını konuşmak ve biyoetiği etkinliğin her salonunda hissetmek ayrıcalıklı bir deneyim oldu.

İkinci etkinlik ise 14-16 Eylül 2023 tarihlerinde Sinop Sabahattin Ali Kültür Merkezi'nde gerçekleşen "XIII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri" idi. Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı tarafından düzenlenen ve yıllardırilmek ilmek gelişen "Lokman Hekim Kongreleri" geleneğinin son ilmeği olan bu etkinlikte kırk sözlü bildiri, altı poster bildiri ile birer çağrılı konuşma, açılış konuşması ve kapanış konuşması yer aldı (2). Oturumların tek salonda gerçekleştirildiği etkinlikte tıp tarihi konularının, şehrin merkezi bir konumunda yer alan kongre binasının tarihi dokusunda/duvarlarında yankılanması katılımcılara özgün ve biricik bir keyif/deneyim sundu (3).

<sup>a</sup>Doç. Dr. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı ✉hasanerbay3@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5436-3961. Gönderim Tarihi: 22.09.2023 • Kabul Tarihi: 25.09.2023

Her iki bilimsel etkinliğe de tıp tarihi ve etik alanından, ülkemizin hemen her tarafından bilim insanlarının katılımı büyük bir memnuniyetle karşılandı. Özellikle genç araştırmacıların sunumları, heyecanları ve enerjileri, alanımızın geleceği için umut vericiydi. Kongrelerin geleneksel işlevlerinin yanında sosyal etkileşime açık yapısı her iki etkinlikte de kendini gösterdi. Her iki kongrenin de üçüncü ve son günleri sosyal etkinlik/gezi programına ayrılmıştı. Bu vesileyle hem iki yörenin tarihi/doğal/kültürel/gastronomik zenginliklerini görme ve keşfetme, hem de akademik alanımızın güncel haberlerini/gelişmelerini/sorunlarını ilk ağızlardan öğrenme fırsatı yakalandı. İnsan birbiriyle iletişime, konuşmaya gereksinim duyan bir varlık. Teknolojinin sunduğu imkanlarla ekranlar üzerinden iletişim kurmak önemliyse de insan için birbiriyle temas ederek, göz göze iletişim kurmanın kıymeti yadsınamaz. Her iki kongre de bir süredir-mecburen-fiziki olarak uzak kaldığımız meslektaşlarımızla doğrudan temasa ve diyaloga zemin oluşturduğu için de çok değerliydi.

Sunum için özeti gönderilen bildirilerin neredeyse tamamının sunulduğu kongrelerde Samsun'da bir, Sinop'ta ise üç bildiri çeşitli nedenlerle sunulamadı. Bu vesileyle, sağlık sorunları sebebiyle kongrelere katılamayan meslektaşlarımıza "geçmiş olsun" temennilerimizi yineliyoruz. Şüphesiz ki kongreler, düzenleme fikrinin zihinlerde ilk nüksettiği andan itibaren büyük bir emek, gayret ve şüphesiz ki zorluk içermektedir. Her iki kongrenin düzenlenmesinde ve yürütülmesinde emeği geçen herkese; kongre başkanlarına, düzenleme kurulu üyelerine, bilimsel kurul üyelerine, katılımcılara, destekleyen kişilere ve kurumlara/kuruluşlara, kayıt masasında görev alan meslektaşlarımıza, oturum başkanlarına, sekreteryaya işlerinin yanında teknik sorunlara da hızla çözüm bulan gençlere, idari ve mülki yetkililere, transferde/yemek organizasyonunda emek verenlere ve henüz küçük yaşlarda bilimsel bir etkinlikte varlıklarını zaman zaman hissettiren sevgili çocuklara çok teşekkür ederiz. Keyifli anılarla, bilgilerimiz artarak ve alanın geleceğine olan inancımız daha da güçlenerek ayrıldığımız bu kongrelerin, ileriki yıllarda daha da genişleyerek ve zenginleşerek devam etmesi temennisiyle.

#### KAYNAKLAR

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Veteriner Fakültesi Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Türkiye Biyoetik Derneği X. Biyoetik Kongresi Samsun 11-13 Eylül 2023: Bildiri Özetleri. Adana 2023.
2. Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı XIII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri Sinop 14-16 Eylül 2023: Bildiri Özetleri. Adana 2023.
3. Sinop Belediyesi Sabahattin Ali Kültür Merkezi. Erişim: (<https://www.sabahattinalikulturmerkezi.com/>). Erişim Tarihi: 25.09.2023.

# Etik Açıdan Gebeliğin Tıbbi Nedenlerle Sonlandırılması Kararı Üzerine Bir Değerlendirme\*

## An Ethical Evaluation of the Decision to Terminate the Pregnancy for Medical Reasons

\*Bu çalışma, birinci yazarın "Etik Açıdan Gebeliğin İkinci Trimestr ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma İle Birlikte" başlıklı, ikinci yazarın danışmanlığında yürütülen doktora tezinden üretilmiştir.

Selda OKUYAZ<sup>a</sup>, Funda Gülay KADIOĞLU<sup>b</sup>

### Özet:

**Giriş:** Tıp etiği disiplininin, üzerinde halen uzlaşmaya varılmayan ve güncel tartışmalarının odağında yer alan, etik ikilemlerin yaşandığı konularından biri de gebeliğin sonlandırılmasıdır. Duruma özgü etik ikilemler/ çatışmalar gebe kadın ile fetusun arasında gelişmesinin yanında, aile ve sağlık çalışanları da sürece dahil olurlar. Gebeliğin sonlandırılmasındaki etik ikilemler ve çatışan değerlerin yakın önemde olması "etik karar verme" sürecini zorlaştırır. Bu zorlu süreçte tutumları etkileyen kurumsal, merkezi ve çevresel faktörler ile karşılaşılan etik sorunlar çok unsurludur.

**Amaç:** Araştırmanın amacı, gebeliğin tıbbi nedenlerle sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunların ve sonlandırma kararını etkileyen unsurların belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Betimsel içerik analizi yöntemi ile 01 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülen bu araştırmanın ana materyalini PubMed (MEDLINE dahil) ile Google Scholar elektronik veri tabanları oluşturmuştur.

Bu veri tabanlarından, Türkçe veya İngilizce "gebeliğin sonlandırılması", "karar verme süreci", "tıp etiği" terimlerinden tümünü ve "fetal anomali", "etik konsültasyon", "danışmanlık hizmeti" terimlerinden en az birini içeren tutum araştırmaları çalışmaya dahil edilmiştir. Makale metni içinde ilgili terimleri içeren ve Ocak 1972-Aralık 2021 yılları arasında yayımlanan araştırmalardan 38'i üzerinde çalışılmıştır. Makaleler metodolojik olarak sınıflandırılmış ve karar verme sürecinde etkili olan kurumsal yapılanmalar, karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörler, karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar olmak üzere üç tematik başlık altında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 38 makalenin yazarlarının büyük çoğunluğu kadın sağlığı alanındandır. Makalelerin %39,4'ü 2011-2021 yılları arasında yayımlanmış ve %55,2'si Avrupa kıtasında yürütülmüştür. Veri toplama yöntemi 28 makalede çoktan seçmeli ankettir. Araştırmaların %50'sinde örneklem grubu bekimler, %28,9'unda bekimler, ebe, hemşire, öğrenci, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı gruplardan oluşturulmuştur. Araştırmaların tamamında gebeliğin sonlandırılması kararının verilmesi sürecinde etkili kurumsal yapılanmalara odaklanılmıştır. Araştırmaların %97,3'ünde karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörlerin ele alındığı ve bu çalışmaların tamamında prenatal tanı testi sonuçlarına, %68,4'ünde fetusa ait nedenlere %26,3'ünde gebe kadına ait sağlık sorunlarına ağırlık verildiği belirlenmiştir. Araştırmaların %68,4'ünde karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar bildirilmiştir. Otuz sekiz araştırmanın %68,4'ünde hayatın değeri ve yaşam kalitesi, %57,8'inde maternal-fetal hak çatışması, %26,3'ünde toplumsal yarar, %13,1'inde ayrımcılık ve öjeni sorunları üzerinde durulmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızın bulgularına göre gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde prenatal tanı testi sonuçlarının etkili olduğu; prenatal danışmanlık veya etik danışmanlık hizmeti veren kurumsal yapıların işlevine dikkat çekildiği ve bu süreçten kaynaklanan etik sorunların genellikle maternal-fetal hak çatışmaları bağlamında ortaya çıktığı görülmektedir. İncelediğimiz tutum araştırmalarında, üzerinde dahi sık durulan öteki etik sorunlar hayatın değeri, yaşam kalitesi ve toplumsal yararadır. Araştırmalarda, temelde önemli birer etik sorun olmakla birlikte, ayrımcılık ve öjeninin nispeten dahi az ele alınması, bu sorunların göz ardı edilebileceği kaygısını uyandırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebeliğin sonlandırılması, Tıp etiği, Karar verme süreci, Danışmanlık hizmeti, Etik konsültasyon, Fetal anomali.

<sup>a</sup>Dr. Öğr. Üyesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. ✉ okuyazs@gmail.com ORCID: 0000-0002-5048-8679

<sup>b</sup>Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ve Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı

✉ kadioglu@gmail.com ORCID: 0000-0001-6199-0739

Gönderim Tarihi: 21.08.2023 • Kabul Tarihi: 19.09.2023

### **Abstract:**

**Introduction:** The termination of pregnancy, on which no consensus has been reached yet, is a complex and controversial topic within the realm of medical ethics. This issue involves a range of ethical, moral, religious, and societal considerations, and opinions on this matter can vary widely. In addition to developing situation-specific ethical dilemmas/conflicts between the pregnant woman and the fetus, family and health professionals are also involved. The ethical dilemmas and the close importance of conflicting values in the termination of pregnancy complicate the "ethical decision-making" process. In this challenging process, institutional, central and environmental factors and ethical problems that affect attitudes are multi-factorial.

**Purpose:** The study aims to determine the ethical problems encountered in the decision-making process regarding the termination of pregnancy for medical reasons and the factors affecting the decision.

**Materials and Methods:** PubMed (including MEDLINE) and Google Scholar electronic databases constituted the primary material of this research, which was conducted between January 01, 2015 and December 31, 2021, with the descriptive content analysis method.

From these databases, attitude studies including all the terms "termination of pregnancy", "decision-making process", "medical ethics", and at least one of the terms "fetal anomaly", "ethics consultation", "counseling service" in Turkish or English were included in the study. Thirty-eight of the studies published between January 1972 and December 2021, including the relevant terms in the text of the article, were studied. The articles were classified methodologically and evaluated under three thematic headings: institutional structures that are effective in the decision-making process, central and environmental factors that are effective in the decision-making process, and ethical problems encountered in the decision-making process.

**Results:** The majority of the authors of the 38 articles included in the study are from women's health. 39.4% of the articles were published between 2011 and 2021, and 55.2% were conducted in Europe. The data collection method is a multiple-choice survey in 28 articles. In 50% of the studies, the sample group was composed of physicians, and in 28.9%, different groups, such as physicians, midwives, nurses, students, and social workers. All the studies focused on effective institutional structures in deciding to terminate the pregnancy. In 97.3% of the studies, central and environmental factors that are effective in the decision-making process were discussed, and in all of these studies, prenatal diagnosis test results, fetal causes in 68.4% and health problems of pregnant women in 26.3% were emphasized. Ethical problems encountered in the decision-making process were reported in 68.4% of the studies. The value of life and quality of life were emphasized in 68.4% of 38 studies, maternal-fetal rights conflict in 57.8%, social benefit in 26.3%, and discrimination and eugenics problems in 13.1%.

**Conclusion:** According to the findings of our study, it is seen that the results of prenatal diagnosis tests are effective in the decision-making process of termination of pregnancy, the function of institutional structures providing prenatal counseling or ethical counseling services is emphasized, and ethical problems arising from this process generally arise in the context of maternal-fetal rights conflicts. Other ethical issues more frequently emphasized in the attitude studies we have examined are the value of life, quality of life and social benefit. Although these are fundamentally critical ethical issues, the relatively little treatment of discrimination and eugenics raises concerns that these issues can be ignored.

**Keywords:** Termination of pregnancy, Medical ethics, Decision-making process, Counseling service, Ethical consultation, Fetal anomaly

## GİRİŞ

Tıp etiği disiplininin, üzerinde halen uzlaşmaya varılmayan ve güncel tartışmalarının odağında yer alan konularından biri de “gebeliğin sonlandırılması”dır. Her ne kadar bu konuda ortak bir karar olmasa da tıp çevrelerince “gebeliğin sonlandırılması” -gelişen prenatal tanı yöntemlerinin de etkisiyle- neredeyse bir “seçenek” haline dönüşmüştür (1). Bu seçenek, gebeliğin sosyal amaçla sonlandırılmasından çok, özellikle gebe kadına ait risk oluşturabilecek bir hastalığın var olması veya fetusta bir anomalinin bulunması ya da bulunma ihtimali durumlarında, gebeliğin tıbbi amaçla sonlandırılması kararını gündeme getirmektedir (2,3).

Gebeliğin sonlandırılması, temelde tıbbi bir durum olmakla birlikte psikososyal, hukuki, dini ve etik boyutlara da sahip olan ve bütüncül bir yaklaşımla çok yönlü değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Etik boyutuyla ele alındığında, konuyla ilgili başlıca sorunların gebe kadın ile fetusun çıkarları doğrultusunda ortaya çıktığı; gebe kadın ile fetusun çıkarlarının ters düşmesi halinde yaşanan “maternal-fetal hak çatışması”nın etik ikilemlere neden olduğu görülmektedir (4,5). Konuya özgü etik ikilemler/çatışmalar her zaman gebe kadın ile fetusun çevresinde gerçekleşmemekte, çoğu zaman aile ve sağlık çalışanları da sürece dahil olabilmektedir (6-8). Gebeliğin sonlandırılması sorunu, barındırdığı çoklu etik ikilemlerin yanı sıra, karşı karşıya gelerek çatışan değerlerin birbirine yakın önemde olması nedeniyle, “etik karar verme” prosedürünü güçleştiren ve kararın haklılaştırılmasını zorlaştıran bir yapı da sergilemektedir (4-6,9).

Alanyazında, böylesi çok boyutlu ve kompleks bir konu üzerinde felsefe, etik, teoloji ve sağlık bilimleri gibi farklı disiplinler tarafından yapılmış çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Söz konusu araştırmaların bir kısmı, özellikle karar verme süreci sırasında etik sorunlara maruz kalan grupların tutumlarını incelemektedir (9).

Bu çalışmanın yazarları, ilgili grupların etik sorunlara yönelik tutumlarının, etik karar verme sürecinde etkili olabileceği öngörüsünden hareketle bir araştırma planlamıştır. Araştırmanın amacı, gebeliğin tıbbi nedenlerle sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunların ve sonlandırma kararını çevreleyen unsurların belirlenmesidir. Bu amaçla ulusal ve uluslararası alanyazından derlenen tutum araştırmaları üzerinde bir analiz gerçekleştirilmiştir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Betimsel içerik analizi yöntemi ile 01 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülen bu araştırmanın ana materyalini alanyazından iki veri tabanı oluşturmuştur. Bunlar, PubMed (MEDLINE dahil) ile Google Scholar elektronik veri tabanlarıdır.

Bu veri tabanlarından derlenen ve “gebeliğin sonlandırılması kararının etik boyutu”nu konu alan araştırma makalelerinin incelenmesi için dahil edilme kriterleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda, öncelikle Ocak 1972-Aralık 2021 yılları arasında yayımlanan tutum araştırmalarına ulaşılmıştır.

Tutum araştırmalarının çalışmamıza dahil edilmesinin ön koşulu, makale metni içinde Türkçe veya İngilizce olarak “gebeliğin sonlandırılması”, “karar verme süreci” ve “tıp etiği” terimlerinin bulunmasıdır. Ön koşulu sağlayan tutum araştırmalarında ayrıca “fetal anomali”, “etik konsültasyon” ve “danışmanlık hizmeti” terimleri de araştırılmıştır. Bu terimlerden en az birini içeren araştırmaların dahil edilmesiyle, çalışmamız toplam 38 makale üzerinde yürütülmüştür. Makaleler metodolojik olarak sınıflandırılmış ve gebeliğin sonlandırılması bağlamında ele aldıkları konular üç tematik başlık altında değerlendirilmiştir. Tematik başlıklar aşağıda sıralanmıştır:

1. Karar verme sürecinde etkili olan kurumsal yapılanmalar (örneğin prenatal danışmanlık hizmeti, etik danışmanlık hizmeti, etik kurullar ...)
2. Karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörler (örneğin gestasyonel yaş, prenatal tanı sonuçları, gebe kadına ait sağlık sorunları, fetusa ait nedenler, sağlık çalışanlarının kendi değerleri, yasal boyut ...)
3. Karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar (örneğin maternal-fetal haklar, hayatın değeri, yaşam kalitesi, ayrımcılık, öjeni, bireysel-toplumsal yarar ...)



## BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan 38 makale yazarların uzmanlık alanı, araştırmanın yayımlandığı tarih aralığı, yapıldığı bölge, veri toplama yöntemi ve örneklem grubu olmak üzere farklı değişkenler yönünden değerlendirilmiştir. Makale yazarlarından sekizi (%21,0) kadın sağlığı, altısı ise (%15,7) tıp etiği alanındandır. Makalelerin %39,4'ü 2011-2021 yılları arasında yayımlanmış ve %55,2 ile büyük çoğunluğu Avrupa kıtası ölçeğinde yürütülmüştür. Veri toplama yöntemi olarak 28'inde (%73,6) çoktan seçmeli anket, sekizinde (%21,0) derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşme, ikisinde (%5,2) ise odak grup görüşmesi uygulanmıştır (Tablo I). Derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi tekniklerinin 2002 yılından itibaren yaygın olduğu görülmektedir. Sadece 19 (%50) çalışmada örneklem grubunu hekimler oluştururken, 11 (%28,9) çalışmada veriler hekimlerin yanı sıra ebe, hemşire, öğrenci, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı gruplardan derlenmiştir (Tablo I).

Araştırmaların tümünde gebeliğin sonlandırılması kararının verilmesi sürecinde etkili kurumsal yapılanmalar olan prenatal danışmanlık hizmeti, etik danışmanlık hizmeti ve etik kurullar tema olarak ele alınmıştır. Toplam 37 çalışmada (%97,3) karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörlerden gestasyonel yaş, prenatal tanı sonuçları, gebe kadına ait sağlık sorunları, fetusa ait nedenler, sağlık çalışanlarının kendi değerleri ve yasal boyut üzerinde durulmuştur. Gebeliğin sonlandırılması kararının verilmesi sürecinde karşılaşılan etik sorunlara odaklanan araştırma sayısı 26'dır (%68,4) (Tablo II).

Gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde etkili olan faktörler açısından araştırmaların 37'sinde (%97,3) prenatal tanı testi sonuçları, 26'sında (%68,4) fetusa ait nedenler, 10'unda (%26,3) gebe kadına ait sağlık sorunları temel alınmıştır (Tablo III).

Gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunları “maternal-fetal haklar”, “hayatın değeri”, “yaşam kalitesi”, “ayrımcılık, öjeni”, “bireysel-toplumsal yarar” başlıklarında ele almak olanaklıdır. Bu yönden değerlendirilen 38 araştırmanın 26'sında (%68,4) hayatın değeri ve yaşam kalitesi, 22'sinde (%57,8) maternal-fetal hak çatışması, 10'unda (%26,3) toplumsal yarar, beşinde ise (%13,1) ayrımcılık ve öjeni konularının üzerinde çalışıldığı saptanmıştır (Tablo IV).

Tablo I. İncelenen makalelerin farklı değişkenlerine göre dağılımı

| Makalelere Ait Değişkenler      |                                       | Sayı      | Yüzde |
|---------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------|
| Yazar uzmanlık alanı            | Kadın sağlığı                         | 8         | 21,0  |
|                                 | Tıp etiği                             | 6         | 15,7  |
|                                 | Halk sağlığı                          | 5         | 13,1  |
|                                 | Çocuk sağlığı                         | 5         | 13,1  |
|                                 | Genetik                               | 4         | 10,5  |
|                                 | Sağlık sosyolojisi                    | 4         | 10,5  |
|                                 | Felsefe                               | 2         | 5,2   |
|                                 | Multidisipliner                       | 1         | 2,6   |
|                                 | Aile hekimliği                        | 1         | 2,6   |
|                                 | Klinik psikiyatri                     | 1         | 2,6   |
|                                 | Radyoloji                             | 1         | 2,6   |
|                                 | Çalışmanın yayımlandığı tarih aralığı | 1971-1980 | 1     |
| 1981-1990                       |                                       | 2         | 5,2   |
| 1991-2000                       |                                       | 8         | 21,0  |
| 2001-2010                       |                                       | 12        | 31,5  |
| 2011-2021                       |                                       | 15        | 39,4  |
| Çalışmanın yapıldığı bölge      | Avrupa                                | 21        | 55,2  |
|                                 | Asya                                  | 7         | 18,4  |
|                                 | Amerika                               | 6         | 15,7  |
|                                 | Avustralya                            | 3         | 7,8   |
|                                 | Afrika                                | 1         | 2,6   |
| Çalışmanın veri toplama yöntemi | Çoktan seçmeli anket                  | 28        | 73,6  |
|                                 | Derinlemesine görüşme                 | 8         | 21,0  |
|                                 | Odak grup görüşmesi                   | 2         | 5,2   |

| Çalışmanın örneklem grubu | Hekim                                       | 19 | 50,0 |
|---------------------------|---|----|------|
|                           | Hekim-Ebe                                   | 3  | 7,8  |
|                           | Hekim-Hemşire                               | 3  | 7,8  |
|                           | Hekim-Öğrenci                               | 1  | 2,6  |
|                           | Hekim-Sosyal Hizmet Uzmanı                  | 1  | 2,6  |
|                           | Hekim-Hemşire-Öğrenci                       | 1  | 2,6  |
|                           | Hekim-Sosyal Hizmet Uzmanı-Genetik Danışman | 1  | 2,6  |
|                           | Hekim-Gebe Kadın-Sade Vatandaş              | 1  | 2,6  |
|                           | Ebe   | 2  | 5,2  |
|                           | Sağlık Çalışanı                             | 2  | 5,2  |
|                           | Öğrenci                                     | 2  | 5,2  |
|                           | Genetik Danışmanı-Öğrenci                   | 1  | 2,6  |
|                           | Sağlık Çalışanı-Sade Vatandaş               | 1  | 2,6  |
|                           | Toplam                                      | 38 | 100  |

Tablo II. Makalelerde ele alınan konuların tematik dağılımı\*

| Gebeliğin sonlandırılması bağlamında tematik başlıklar  | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Karar verme sürecinde etkili olan kurumsal yapılanmalar (örneğin prenatal danışmanlık hizmeti, etik danışmanlık hizmeti, etik kurullar ...)   | 38   | 100   |
| Karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörler (örneğin gestasyonel yaş, prenatal tanı sonuçları, gebe kadına ait sağlık sorunları, fetusa ait nedenler, sağlık çalışanlarının kendi değerleri, yasal boyut ...) | 37   | 97,3  |
| Karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar (örneğin maternal-fetal haklar, hayatın değeri, yaşam kalitesi, ayrımcılık, öjeni, bireysel-toplumsal yarar ...)   | 26   | 68,4  |

\*Makalelerin bazılarının içeriğinde birden fazla tema bulunmaktadır.

Tablo III. Gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde etkili olan faktörlere göre makalelerin dağılımı\*

| Karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörler | Sayı | Yüzde | Toplam |
|---|------|-------|--------|
| Prenatal tanı testi sonuçları                                   | 37   | 97,3  | 38     |
| Fetusa ait nedenler   | 26   | 68,4  | 38     |
| Gebe kadına ait sağlık sorunları                                | 10   | 26,3  | 38     |

\* Makalelerin bazılarının içeriğinde birden fazla karar verme sürecinde etkili olan faktör bulunmaktadır.

Tablo IV. Gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlara göre makalelerin dağılımı\*\*

| Karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar | Sayı | Yüzde | Toplam |
|--|------|-------|--------|
| Hayatın değeri ve yaşam kalitesi                 | 26   | 68,4  | 38     |
| Maternal fetal hak çatışması                     | 22   | 57,8  | 38     |
| Toplumsal yarar                                  | 10   | 26,3  | 38     |
| Ayrımcılık ve öjeni                              | 5    | 13,1  | 38     |

\*\* Makalelerin bazılarının içeriğinde birden fazla karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorun bulunmaktadır.

## TARTIŞMA

Gebeliğin sonlandırılması kararında sağlık çalışanları psikososyal, hukuk, din ve etik gibi alanların etkisinde zorlu bir sürece dahil olurlar (9). Bu çok boyutlu yapı içinde gebeliğin tıbbi nedenlerle sonlandırılmasına ilişkin karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar ve sonlandırma kararını etkileyen unsurları belirleyebilmek için çalışmaya konu olan makaleler üç tematik çerçevede aktarılacaktır. Tematik çerçeveler; karar verme sürecinde etkili olan kurumsal yapılanmalar, karar verme sürecinde etkili olan faktörler, karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda önce araştırmamıza dahil edilen makalelerin yazarlarının uzmanlık alanları, araştırmaların yayımlandığı tarih aralığı, yapıldıkları bölge, veri toplama yöntemi ve örneklem grubu olmak üzere farklı değişkenleri yönünden saptanan bulgular, arkasından tematik çerçeveler bağlamında tespit edilen bulgular alanyazın eşliğinde tartışılacaktır.

Yaptığımız incelemede araştırmaların yaklaşık üçte ikisinin 2000 yılından sonra yayımlanmış ve yarısından fazlasının Avrupa'da gerçekleştirilmiş olduğu, sadece iki çalışmanın Türkiye'den bildirildiği görülmüştür. Araştırmacıların çoğunluğunun kadın sağlığıyla ilgili bilim dallarından olması dikkat çekicidir. Araştırmaların üçte ikisinde veri toplama yöntemi olarak anket tercih edilmiştir. Bu veriler, araştırmacıların gebeliğin sonlandırılmasında karar verme sürecinde karşılaşılan sorunlar hakkında konuya dikkat çekme, tartışmaya açma veya görüş almaya gereksinim duyduklarının bir göstergesi olabileceği yordandır. Ayrıca araştırmaların 2000 yılından sonra yoğunlaşması, özellikle de bu yıllarda odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşmelerin daha fazla olması, etik sorunları sadece kavramsal düzeyde tartışılmayıp, pratikte yaşananların detaylı olarak değerlendirildiğini düşündürmektedir. Odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşmelerin çok boyutlu sosyal sorunların araştırılmasında kullanılması, katılımcıların kendi deneyimlerini ifade etme fırsatı bulmalarını sağlayarak daha gerçekçi ve kapsamlı veriler elde edilmesine olanak tanıdığı öne sürülmektedir (10).

Değerlendirilen araştırmaların tamamında tematik olarak gebeliğin sonlandırılması kararının verilmesi sürecinde etkili kurumsal yapılanmaları, tamamına yakınında karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörleri, yarıdan fazlasında gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde yaşanan etik sorunları ele aldığı dikkati çekmektedir. Bu sıralanmanın nedeni araştırmacıların farkındalığından ya da çözümlenmesini gerekli gördüğü uygulamada karşılaştıkları sorunların içeriğinden kaynaklanabilir (11).

### **Karar verme sürecinde etkili olan kurumsal yapılanmalar**

Araştırmaların tamamında gebeliğin sonlandırılması kararının verilmesi sürecinde etkili kurumsal yapılanmalar prenatal danışmanlık hizmeti, etik danışmanlık hizmeti ve etik kurullardır. Söz konusu kurumsal yapılanmalar klinik uygulama sırasında etik açıdan uygun davranış sergilemek ve eylemini haklı temellere dayandırmak isteyen sağlık çalışanlarına kılavuzluk ve referans oluşturmada önemli rol almaktadırlar (9).

2000 yılından 2011 yılları arasında yapılan araştırmalarda gebelikle ve fetusun hayatını ilgilendiren kararlarda etik konsültasyona veya hastane etik kurullarına ihtiyaç duyulduğunun, ancak bu olanaklara yeterince ulaşılmadığının ve bu yapılanmalara olan gereksinimin altı çizilmiştir (12-15). Rebagliato ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı araştırmada kurulların bulunmadığı ortamlarda perinatoloji ünitesi çalışanlarının bu kararı hem kendi içlerinde hem de diğer birimlerdeki uzmanlarla tartışarak verme eğiliminde olduklarını göstermiştir (12). Marteau ve arkadaşlarının 1994 yılında yayımladıkları çalışmalarında gebeliğin sonlandırılması kararında prenatal danışmanlık hizmetinde klinisyenlerin yönlendirici olma eğilimi gösterdikleri tespit edilmiştir. Ancak Carnevale ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptığı araştırmada doğum hekimlerinin yönlendirici olmayan danışmanlık yapma eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (16,17). Yönlendirici olmayan danışmanlık hizmeti ailenin geleceği hakkında karar verme hakkının ihlal edilmesi riski ortadan kaldırırken sağlık çalışanlarının da gereksiz sorumluluk üstlenmesinin önüne geçebilecek bir yaklaşımdır. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda gebeliğin sonlandırılması kararı gündeme geldiğinde, kadının ve ailenin özerkliği göz ardı edilmeden sorumluluğun paylaşılması bağlamında tek uzmanlık alanının karar vermesi yaklaşımından uzaklaşarak, daha güvenilir ve doğru kararların verilebileceği ilgili tüm disiplinleri içeren kurulların sürece dâhil olması gerekliliği vurgulanmaktadır (13,14,16,18-23). İtalya, İspanya, Fransa, Almanya, Hollanda, İngiltere, Lüksemburg, İsveç'ten oluşan sekiz Avrupa ülkesinin dahil olduğu 2002 yılında gerçekleştirilen bir projenin sonuçlarına göre gebeliğin sonlandırılmasına özgü etik kurullar pek çok hastanede bulunmaktadır (20). Ancak 1983 yılında Kanada'da ve 2015 yılında Avustralya'da yapılan ayrı iki araştırmada kurulların ciddi ve gereksiz gecikmelerin nedeni olarak görüldüğü, geç toplanmalarının ve kararlarında tutarsızlık bulunmasının şikâyet konusu edildiği tespit edilmiştir (21,22). Kanada Tıp Birliği'nin yaptığı çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun gebeliğin sonlandırılması ile ilgili mesleki deneyimlerinde etik konsültasyon sistemini 1983 yılında kullandıklarını açıklamaları dikkate değer bir bulgudur (21).

Statham ve arkadaşlarının çalışmasının katılımcıları fetusun sağlık durumundan emin olmamaları halinde kılavuzlara, meslektaş görüşlerine veya diğer disiplinlerden konsültasyon almaya ihtiyaç duyduklarını; gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde ise kendi içlerinde veya diğer birimlerden uzmanlarla tartışarak meslektaşlar arası uzlaşma zemininde karar vermeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (12). Kadioğlu ve arkadaşları tarafından farklı etik konularla ilgili üç merkezde yürütülen çalışmada hekimlerin çoğunluğu etik danışmanlık olanağını istediklerini belirtmektedir. Ayrıca hekimlerin etik danışmanlık almanın kendilerine yasal açıdan destek sağlayacağını düşündüklerinin saptanması dikkat çekicidir (13). Ancak Black ve arkadaşlarının çalışması, gebeliğin 20. haftadan sonra sonlandırılması kararlarında kurulların tutarsızlıklar gösterdiğini ileri sürmektedirler (22). Aksine alanyazındaki birçok çalışmada gebeliğin sonlandırılması sürecinde kadının ve ailenin özerkliği göz ardı edilmeden kurulların karar verme sürecine dâhil olmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (13,14,16,19,21,23).

Fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasındaki sorunlara sağlık çalışanlarının tutumunu belirlemek amacıyla 2018 yılında Crowe ve arkadaşları tarafından yürütülmüş bir çalışmada makul bir yaşam kalitesine sahip fetus için gebeliğin sürdürülmesiyle ilgili durumlarda genetik danışmanlık hizmetlerinin yeterli olmadığı bulunmuştur (24). Graziani ve arkadaşlarının yine 2018 yaptığı bir araştırmada da genetik danışmanların hastalarına etkili rehberlik sağlamaları ve yardımcı olmaları için yeni yöntemler geliştirilmesine yönelik sürekli eğitim programlarının gerekliliğine dikkat çekilmiştir (25). Öte yandan Garel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcı ebelerin büyük çoğunluğu gebeliğin sonlandırılması sürecinde rolleri gereği psikolojik ve etik zorluklar altında olduklarını göstermiş ve bu alanda ebelere destek çalışmalarının geliştirilmesinin önemine dikkat çekilmiştir (26).

### **Karar verme sürecinde etkili olan merkezi ve çevresel faktörler**

Yaptığımız inceleme sonucunda tutum araştırmalarının bir tanesi hariç hepsinde gebeliğin sonlandırılması karar verme sürecinde etkili olan faktörlerin prenatal tanı testi sonuçları, üçte ikisinde fetusa ait nedenler ve dörtte birinde gebe kadına ait sağlık sorunlarına yer verildiği dikkati çekmektedir. Hem prenatal tanı testi sonuçlarının hem de fetusa ait nedenlerin yüksek oranlarda konu edilmesi prenatal tanı testlerinde son yıllarda sağlanan ilerlemelerle fetusun daha fazla tanı alması etik sorunları daha sık gündeme getiriyor olabilir (27).

Gebeliği sonlandırma kararında prenatal tanı testlerinin sonuçlarının etkisini araştıran farklı ülkelerde, farklı gruplar üzerinde yürütülen çalışmalarda genel olarak prenatal tanı uygulamalarına güven duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır (28-31). Ayrıca alanyazında prenatal tanı yöntemlerini etik sorun ve endişe kaynağı olarak yorumlayan araştırmalar da bulunmaktadır (20,32,33). Örneğin Avrupalı Kadın Doğum Uzmanları Çalışma Grubunun bir projesinin katılımcılarının çoğunluğu artan prenatal tanı olanaklarının fetal anomali listelerini uzattığını ve etik sorunların-çatışmaların yaşanmasına neden olduğunu belirtmiştir (20).

Alanyazında, anomali tanısı konan fetusta gebeliğin sonlandırılması kararını destekleyen birçok araştırma mevcuttur (12,18,25,28-30,32,34-37). Diğer yandan prenatal tanı uygulamaları, rahim içinde tedavisinin yapılması veya yenidoğan döneminde gerekli bakımın sağlanması açısından fetusun yararını gözetir. Ancak tedavisi mümkün olmayan durumlarda fetusa yarar sağlama ile gebeye/ebeveyne yarar sağlama karşı karşıya gelerek çatışabilmektedir (6,9,38). Birçok araştırmada, özellikle anensefali gibi yaşamla bağdaşmayan fetal anomalilerde sağlık çalışanlarının çoğunluğunun gebeliğin sonlandırılmasından yana olduğu bulunmuştur (12,16,20,25,28,34-36). Öte yandan Garel ve arkadaşlarının çalışmasının katılımcıları Turner sendromu gibi fetusta minör anomali bulunan ve prognozu belirsiz vakalarda etik karar verme sürecinde zorlandıklarını ifade etmektedirler (33). Bu durumda hayatın değeri ile yaşam kalitesi ve ailenin özerkliği arasında etik ikilem yaşanması maternal fetal haklar bakımından gündeme gelebilir. Ayrıca konu ayrımcılık ve öjeni bakımından da hassasiyetle değerlendirilmelidir. Öyle ki, Avrupalı Kadın Doğum Uzmanları Çalışma Grubunun bir projesinin katılımcılarının yaklaşık yarısının komplike olmayan Down sendromu gibi durumlarda gebeliğin sonlandırılmasında yönlendirici olmayan tutum sergiledikleri görülmüştür (20).

Fetusta anomali saptanmasını takiben gebeliğin sonlandırılması gündeme geldiğinde ailenin kararını biçimlendiren etmenler arasında gestasyonel yaş, eğitim durumu, anomalinin ciddiyeti ve yaşamla bağdaşma derecesi yer almaktadır (8,24,27). Konuya ilişkin çalışmalarda kişilerin sonlandırma kararında etik ikilemlere yaklaşım ve kararlarını çoğu kez köklü inançları ve değerlerinin yönlendirdiği vurgulanmaktadır (28,29,39-45).

### **Karar verme sürecinde karşılaşılan etik sorunlar**

İncelediğimiz tutum araştırmalarında üzerinde en çok durulan etik sorunun “hayatın değeri” ve “yaşam kalitesi” olduğu görülmektedir. Bu sorunları sırasıyla “maternal-fetal hak çatışmaları” ve “toplumsal yarar” izlemektedir. Üzerinde en az durulan etik sorunun “ayrımçılık ve öjeni” olması dikkat çekicidir. En fazla ele alınan etik sorun olarak yaşama hakkının ve yaşama saygının temelinde yatan esas unsur olan hayatın değerinin olması şaşırtıcı bir durum değildir (9,41,46,47). Ancak “ayrımçılık ve öjeni” üzerinde daha az durulması konunun daha ayrıntılı değerlendirilmesi ve bu konuda uzman eğitimlerinin gerekliliğini işaret ediyor olabilir.

Maternal-fetal hak çatışmalarının temelinde her iki yaşamın değer sorunları yer almakta, genellikle hayatın değeri tartışmaları ve yaşamın başlangıcı tartışmaları birlikte yürütülmektedir (9,41,48,49). Dünya Tıp Birliği tarafından da maternal fetal hak çatışmalarından doğan etik ikilemin kadının yaşamı ve/veya yaşam kalitesi karşısında fetusun potansiyel hayatının değeri ile ilgili olduğu belirtilmiştir (5,9). Bu ikilem kadına ait “var olan bir hayatı riske atma ya da yaşam kalitesini etkileme” olasılıklarının hemen karşısında henüz kişi olmamış fetusun potansiyel hayatının değerinin bulunmasından kaynaklanmaktadır (9). Tutum araştırmaları incelendiğinde etik sorunlardan maternal fetal hak çatışmasında bireyin özerkliğine saygının benimsendiği, gebeyi fetusa öncelikle eğiliminin daha güçlü olduğu tespit edildi (18,19,25,28,34,50-55). Diğer taraftan Drake ve arkadaşlarının ve Norup’un çalışmalarında fetusun yaşayabilirliğinin gebenin özerkliğine öncelendiği görülmektedir (18,28). Utine ve arkadaşlarının araştırmasında gebeliği sonlandırma kararı almış ailenin isteğinin göz önünde bulundurulması gerekliliği öne çıkmaktadır (34).

Maternal-fetal hak çatışmalarını irdelediğimiz Dunn ile Shaw, O’Grady ve arkadaşlarının ve Zareba ve arkadaşlarının yaptığı üç ayrı çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu annenin hayatını tehdit eden durumlar varlığında gebeliğin sonlandırılmasını kabul etmiştir (25,39,56). Alanyazında doğum hekimlerinin gebe kadının yararını fetusun yararına öncelendiği çalışmalar dikkat çekmektedir (25,50). EUROBS projesinde İtalyan ebeler, doğru davranışın ne olduğunu kestiremedikleri durumları etik sorun olarak nitelendirmiş ve anne veya fetus yararı arasında bir çatışma varlığında kötülük derecesi en az olanın seçilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada doğum hekimleri bir maternal-fetal hak çatışması varlığının etik karar verme sürecinin göstergesi olduğu düşüncesini benimsemişlerdir (20).

İncelediğimiz tutum araştırmalarında prenatal tanı sonucunda fetusta sorun saptanması halinde gebeliği sonlandırarak toplumda engelli bireylerin artışının önlenmesi fikrinin farklı oranlarda olumlu karşılandığı görülmektedir (24,30-32,53,54). Ayrıca artan prenatal tanı olanakları ve ailenin tercihi doğrultusunda gebeliklerin sonlandırılmasının hem aileyi hem de toplumu ekonomik ve sosyal problemlerden koruduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (8). Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü’nün engelliliğin erken tanımlanmasının, engellilerin eğitilmesi gibi ana hizmetlerde ayrımcılığı ve dışlamayı önlemeye yönelik katkı sağlayacağına yaptığı vurgu unutulmamalıdır (57).

Toplum yararının merkeze çekilmesi ve anomalili doğumların engellenmesinin artma olasılığı etik açıdan kaygı verici olabilir. Bu etik kaygının odağında öjenik yaklaşım bulunmaktadır. Öjeniye yol açılması veya genetik bilgiye yönelik mahremiyetin zedelenmesi gibi kaygılar nedeniyle prenatal tanı uygulamalarına kuşkuyla yaklaşan çalışmalar da bulunmaktadır (24,28,54,58). Savulescu prenatal tanı uygulamalarının ayrımcılık ve öjeni temelli olduğunu iddia etmekte, yasal düzenlemeler ve medikal uygulamaların gözden geçirilip gebe kadınların çıkarlarına uygun hale getirilmesi gerektiği görüşünü benimsemektedir (35).

Ülkeden ülkeye gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili yasal düzenlemelerde farklılıklar ve bir üst zaman sınırlamasının olduğu görülmektedir. Ayrıca, kültürel çeşitliliğin yaşandığı dünyamızda, yasal açıdan gebeliğin sonlandırılması konusunda her ülkede farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlar, gebeliğin sonlandırılmasının tamamen yasak olmasından veya sadece kadının hayatını kurtarmak için yapılabilmesinden, hiçbir kısıtlama olmaksızın izin verilmesine kadar değişen bir yelpazede yer almaktadır (24,40,59-61). Statham ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar yaşayabilirlik sınırı sonrası gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken yasalarla kendi etik değerleri arasında ikilem yaşadıklarını ifade etmişlerdir (12).

Sonuç olarak gebeliğin sonlandırılmasının karar verme sürecinde alanyazında öne çıkan tartışma içeriklerinin son on yılda odak görüşmeler sayesinde çeşitlendiği dikkati çekmektedir. Etik sorunların klinisyenler tarafından tartışılması konunun ilgi çekiciliği ve klinik açıdan önemine dikkat çekmektedir. Çalışmalar özelinde tartışmaların tıp etiği bağlamında gerçekleştirilebilmesi için etik sorunlar hakkında farkındalıkların artırılması gerekliliği önerilmektedir. Ayrıca tıp etiği felsefe ve sosyoloji alanlarında konuya ilişkin kavramsal çalışmaların yanı sıra tutum araştırmalarının arttırılması gereklidir.

Gebeliğin sonlandırılmasının etik sorun olarak önemsendiği, incelenen çalışmalara göre gebeliğin sonlandırılmasında etik sorunların maternal-fetal hak çatışmaları bağlamında ortaya çıktığı, fetustaki anomalinin ağırlığı ve fetusun yaşayabilirliğinin karar verme sürecinde etkili olduğu ve son yıllarda giderek artan oranlarda yönlendirici olmayan danışmanlık hizmetinin tercih edildiği görülmektedir. Prenatal tanı olanaklarında sağlanan ilerlemelerin bağlamında “ayrımçılık ve öjeni” konusunun karar verme sürecine ilişkin daha az ele alınması uyarıcı ve dikkat çekicidir. Konunun bu yönüyle ele alınması ilerlemelerin hızlı yaşandığı günümüzde önemli bir öncelik ve zorunluluk olabilir.

Bilgi: Bu çalışma Selda Okuyaz'ın Doç Dr Funda Gülay Kadioğlu danışmanlığında yürütülen Etik Açısından Gebeliğin İkinci Trimestr ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma İle Birlikte” adlı tezdin yararlanılarak üretilmiştir. Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TF2009D10 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Dickenson LD. Ethical Issues in Maternal-Fetal Medicine. Cambridge: The Press Syndicate of the University of Cambridge, 2002.
2. Köker İ. Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
3. Burkman RT. Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması. Editörler: Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Çeviren: Eren S, Ayas S. Çeviri Editörü: Tıraş BM. Lange Tıp Kitapları “Current Diagnosis And Treatment” Serisi, Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2010: 579-597.
4. Sert G. Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2012.
5. WMA Declaration on Therapeutic Abortion. Oslo, 1970, 1983, 2006, 2018. Erişim: (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-therapeutic-abortion/>). Erişim Tarihi: 22.09.2022.
6. Beauchamp LT, Childress FJ. Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition, Oxford University Press, 1994
7. Varol FG. Prenatal Tanıda Etik ve Yasal Boyut. Editörler: Beksaç S, Akipek Öcal Ş, Katoglu T, Şenocak Z, Şuğle MA. Doğum Hekimliği, Maternal-Fetal Tıpta Etik ve Yasal Boyut. Ankara: Medikal Network, 2004: 206-209.
8. Çorbacıoğlu Esmer A, Yüksel A. Prenatal Tanı Sonrası Gebeliklerin Sonlandırılması ve Yasal Durum. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2011; 10 (Özel sayı Düşükler): 83-93.
9. Okuyaz S. Etik Açısından Gebeliğin İkinci Trimestr ve Sonrasında Sonlandırılması Kararı: Doğum ve Çocuk Hekimlerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma ile Birlikte. Danışman: Funda Gülay Kadioğlu. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Adana: 2017.
10. Yüksel AN. Nitel Bir Araştırma Tekniği Olarak Görüşme. Social Sciences Studies Journal (SSSJJournal) 2020; 56: 547-552.

11. Baltacı, A. Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2019, 5 (2): 368-388.
12. Statham H, Solomou W, Green J. Late termination of pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2006;113:1402-1411.
13. Kadioğlu FG, Can R, Okuyaz S, Öner Yalçın S, Kadioğlu NS. Physicians' attitudes toward clinical ethics consultation: a research study from Turkey. Turkish Journal of Medical Sciences, 2011; 41(6): 1081-1090.
14. Doğan H, Şahinoğlu S. Fetuses with neural tube defects: ethical approaches and the role of health care professionals in Turkish health care institutions. Nursing Ethics, 2005;12 (1): 59-78.
15. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, Vonderweid U, Hansen G, Kaminski M, Kollee LAA, Kucinkas A, Lenoir S, Levin A, Persson J, Reid M, Saracci R for the EURONIC Study Group. Neonatal end-of-life decision making physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European Countries. JAMA, 2000; 284 (19): 2451-2459.
16. Carnevale A, Lisker R, Villa AR, Casanueva E, Alonso E. Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: comparison of different clinical specialists in Mexico. Am J Med Genet, 1997; 69 (1): 23-28.
17. Marteau T, Drake H, Bobrow M. Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: the differing approaches of obstetricians, clinical geneticists, and genetic nurses. J Med Genet, 1994; 31: 864-867.
18. Norup M. Attitudes towards abortion among physicians working at obstetrical and paediatric departments in Denmark. Prenatal Diagnosis, 1998; 18: 273-280.
19. Rimon-Zarfaty N, Jotkowitz A. The Israeli abortion committees' process of decision making: an ethical analysis. J Med Ethics, 2012; 38: 26-30.
20. Biomedical and Health Research Programme (BIOMED 2). Developments of perinatal technology and ethical decision-making during pregnancy and birth: The Obstetricians' perspective (EUROBS project) Final Report: Part B, 2002.
21. CMA abortion survey. Can Med Assoc J, 1983; 129 (3): 261-272.
22. Black KI, Douglas H, de Costa C. Women's access to abortion after 20 weeks' gestation for fetal chromosomal abnormalities: Views and experiences of doctors in New South Wales and Queensland. Aust NZJ Obstet Gynaecol, 2015; 55 (2):144-148.
23. Francome C, Freeman E. British General Practitioners' attitudes toward abortion. Family Planning Perspectives, 2000; 32 (4): 189-191.
24. Crowe L, Graham RH, Robson SC, Rankin J. Negotiating acceptable termination of pregnancy for non-lethal fetal anomaly: A qualitative study of professional perspectives. BMJ Open, 2018; 8 (3): e020815.
25. Zareba K, La Rosa VL, Kolb-Sielecka E, Ciebiera M, Ragusa R, Gierus J, Commodari E, Jakiel G. Attitudes and opinions of young gynecologists on pregnancy termination: results of a cross-sectional survey in Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020; 17 (11): 3895.
26. Garel M, Etienne E, Blondel B, Dommergues M. French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost. Prenat Diagn, 2007; 27: 622-628
27. Macer DRJ. Ethics and prenatal diagnosis. Genetic Disorders and the Fetus: Diagnosis, Prevention and Treatment. Baltimore: John Hopkins University Press, 1998: 999-1024.
28. Drake H, Reid M, Marteau T. Attitudes towards termination for fetal abnormality: Comparisons in three European countries. Clin Genet, 1996; 49:134-140.
29. De Silva DC, Jayawardana P, Hapangama A, Suraweera EGDN, Ranjani D, Fernando S, Karunasena C, Jinadasa S. Attitudes toward prenatal diagnosis and termination of pregnancy for genetic disorders among healthcare workers in a selected setting in Sri Lanka. Prenatal Diagnosis, 2008; 28: 715-721.
30. Karimi M, Bonyadi M, Galehdari MR, Zareifar S. Termination of pregnancy due to Thalassaemia major, Hemophilia and Down's Syndrome: the views of Iranian physicians. BMC Medical Ethics, 2008; 9: 19.
31. Szymanska M, Knapp P. Opinions of gynaecologists on prenatal diagnostics in first/second trimester and abortion--ethical aspect. Advances in Medical Sciences, 2007; 52: 182-185.
32. Hemminki E, Toiviainen H, Santalahti P. Views of Finnish doctors on fetal screening. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2000; 107: 656-662.
33. Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M, Cuttini M. Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. Prenatal Diagnosis, 2002; 22: 811-817.
34. Utine GE, Kiper PÖ, Salancı BV, Alanay Y, Aktaş D, Alikışıoğlu M, Boduroğlu K, Tunçbilek E. Opinions of Turkish physicians towards termination of pregnancy for fetal disorders. Genetic Counseling, 2011; 22 (4): 401-409.
35. Savulescu J. Is current practice around late termination of pregnancy eugenic and discriminatory? Maternal interests and abortion. Journal of Medical Ethics, 2001; 27: 165-171
36. Phadke SR, Agarwal M and Aggarwal S. Late termination of pregnancy for fetal abnormalities: The perspective of Indian lay persons and medical practitioners. Prenat Diagn, 2011; 31: 1286-1291.

37. Janvier A, Couture E, Deschenes M, Nadeau S, Barrington K, Lantos J. Health care professionals' attitudes about pregnancy termination for different fetal anomalies. *Paediatr Child Health*, 2012; 17 (8): 65-67.
38. Arda B. Etik Açısından Fetus ve Yenidoğan. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 1998; 41: 395-402.
39. O'Grady K, Doran K, O'Tuathaigh CMP. Attitudes towards abortion in graduate and non-graduate entrants to medical school in Ireland. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2016; 42: 201-207.
40. Rehan N. Attitudes of health care providers to induced abortion in Pakistan. *JPMA Journal of Pakistan Medical Association*, 2003; 53 (7).
41. Harris J. *Hayatın Değeri: Tıp Etiğine Giriş*. Çeviri: Sertabiboğlu S. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1998.
42. Wilkinson DJC, de Crespigny L, Lees C, Savulescu J, Thiele P, Tran T, Watkins A. Perinatal management of trisomy 18: A survey of obstetricians in Australia, New Zealand and the UK. *Prenatal Diagnosis*, 2014; 34: 42-49
43. Aiyer AN, Ruiz G, Steinman A, Ho GYF. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 1999; 93 (4): 576-580.
44. Harries J, Stinson K, Orner P. Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*, 2009; 9: 296.
45. Vasylieva IV, Hololobova KO, Tsybaliuk RS, Nechushkina OV, Kobrzhytskyi VV, Kirienko SV, Laputko AV. Artificial termination of pregnancy in Ukraine: Bioethical, philosophical and religious aspects. *Wiadomości Lekarskie*, 2021: 731.
46. Tepe H. *Pratik Etik: Etiğin Pratik Sorunları*. Ankara: BilgeSu, 2016.
47. Kadioğlu S. *Hayatın Değeri Umulmadık Bir Kapıdan ya da Aykırı bir Kılavuzla Tıp Etiğine Giriş*. Türkiye Klinikleri Tıp Dergisi, 2000; 8 (1): 60-61.
48. Nuttall J. *Ahlak Üzerine Tartışmalar*. Çeviri: Yılmaz A. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1997.
49. Singer P. *Taking life: The embryo and fetus*. Practical Ethics. 3rd Edition, New York: Cambridge University Press, 2011: 123-155.
50. Brown DS, Donelan K, Martins Y, Sayeed SA, Mitchell C, Buchmiller TL, Burmeister K, Ecker JL. Does professional orientation predict ethical sensitivities: Attitudes of paediatric and obstetric specialists toward fetuses, pregnant women and pregnancy termination. *J Med Ethics*, 2014; 40: 117-122.
51. Christensen AV, Christiansen AH, Petersson B. Faced with a dilemma: Danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. *Scand J Caring Sci*, 2013; 27; 913-920.
52. Cignacco E. Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nursing Ethics*, 2002; 9 (2): 179-191.
53. De Rechter S, Kringen J, Janssens P, Liebau MC, Devriendt K, Levchenko E, Carsten B, Jouret F, Bammens B, Borry P, Schaefer F, Mekahli D. Clinicians' attitude towards family planning and timing of diagnosis in autosomal dominant polycystic kidney disease. *PLoS One*, 2017; 12 (9): e0185779.
54. Orzechowski M, Timmermann C, Woniak K, Kosenko O, Mikirtichan GL, Lichtshangof AZ, Steger F. Access to prenatal testing and ethically informed counselling in Germany, Poland and Russia. *Journal of Personalized Medicine*, 2021; 11 (9): 937.
55. Graziani RN, Nemzer L, Kerns J. The experience of genetic counselors working with patients facing the decision of pregnancy termination after 24 weeks gestation. *Journal of Genetic Counseling*, 2018; 27: 626-634.
56. Dunn JWM, Shaw RW. Medical ethics: A survey of general practitioners' attitudes. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1983; 33 (257): 763-764, 766-767.
57. WMA. *Early Childhood Development and Disability*. 2012.
58. *Consent and confidentiality in clinical genetic practice: Guidance on genetic testing and sharing genetic information*. A report of the Joint Committee on Medical Genetics, 2011.
59. Boland R, Katzive L. *Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007*. International Family Planning Perspectives, 2008; 34 (3): 110-120.
60. Little JC. Psychiatrists' attitudes to abortion. *British Medical Journal*, 1972: 110.
61. Center For Reproductive Rights. *The World's Abortion Laws*, 2019. Erişim: (<https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>). Erişim Tarihi: 15.08.2023.



## Relationship Between Caregiver Burden and Compassion Levels and the Affecting Factors in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease: A Cross-Sectional Study

### Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ile Merhamet Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel ve Tanımlayıcı Bir Çalışma

Meryem Türkan IŞIK<sup>a</sup>, Meltem AKBAŞ<sup>b</sup>, Rana CAN ÖZDEMİR<sup>c</sup>

#### Abstract:

**Aim:** This cross-sectional study aims to identify the relationship between caregiver burden and compassion levels and the affecting factors in caregivers of patients with Alzheimer's disease.

**Methods:** The research was carried out in Turkey Alzheimer's Association Elderly Life Center in one of our provinces between February and May 2018. The target population was composed of 58 caregivers of patients with Alzheimer's disease who were registered in the related center. Data were collected through the Socio-demographic Form, the Compassion Scale (CS), and the Caregiver Burden Scale (CBS). Mean and standard deviation, median [minimum-maximum], student t test/Mann Whitney U test, one-way ANOVA/Kruskal Wallis test, and Pearson correlation analysis were used to evaluate the data. Statistical comparisons were evaluated at  $p < 0.05$  significance level.

**Findings:** The average age of the participants was found  $45.53 \pm 15.88$ , and the average duration of caregiving was  $3.60 \pm 3.19$  years. The CS total mean score of the caregivers was  $94.60 \pm 15.83$ , and their CBS total mean score was  $39.14 \pm 11.59$ . No significant relationships were detected between the CBS and CS subscale and total scores ( $p > 0.05$ ). Participants' education level, marital status, having a child, working status, being a relative, getting help, experiencing fear and anxiety, experiencing social difficulties, meeting the basic needs of the patient, providing mobility support to the patient, needing information about care it was determined that there was a factor affecting the sense of compassion ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Although the participants were found to have a moderate-level caregiver burden, their compassion level was high and the compassion towards patients with Alzheimer's disease was affected by some factors. It is recommended to plan trainings to reduce the caregivers' burden of care and the negative emotions they experience and to improve them positively.

**Key Words:** Caregiver, patient with Alzheimer's disease, caregiver burden, compassion.

<sup>a</sup>Doç. Dr. Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye ✉turkaner@mersin.edu.tr ORCID: 0000-0002-4091-8583

<sup>b</sup>Dr. Öğr. Üyesi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Adana Türkiye ✉makbaskanat@gmail.com ORCID: 0000-0002-5845-0552

<sup>c</sup>Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye ✉rcan0131@gmail.com ORCID: 0000-0003-0655-4736

Gönderim Tarihi: 23.06.2023 • Kabul Tarihi: 19.09.2023

### Özet:

**Amaç:** Araştırma, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ile merhamet düzeyleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapıldı.

**Yöntem:** Araştırma Şubat -Mayıs 2018 tarihleri arasında bir ilimizdeki Türkiye Alzheimer Derneği Yaşlı Yaşam Merkezi'nde yapıldı. Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı merkeze kayıtlı 58 Alzheimer hastası ve bu hastalara bakım veren bir bakıcı oluşturdu. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Merhamet Ölçeği (MÖ) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma, medyan [minimum-maksimum], student t testi/Mann Whitney U testi, tek yönlü ANOVA/Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistik karşılaştırmalar  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $45.53 \pm 15.88$ , hastalara bakım verme süresi ortalaması  $3.60 \pm 3.19$  yıldır. Bakım vericilerin MÖ toplam puan ortalaması  $94.60 \pm 15.83$  ve BVYÖ toplam puan ortalaması  $39.14 \pm 11.59$ 'dir. Çalışmada BVYÖ ve MÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların öğrenim düzeyi, medeni durum, çocuğa sahip olma, çalışma durumu, akraba olma, yardım alma, korku ve endişe yaşama, sosyal açıdan güçlük yaşama, hastanın temel gereksinimlerini karşılama durumu, hastaya hareket desteği verme durumu, bakımla ilgili bilgiye ihtiyaç duyma durumunun katılımcıların merhamet duygusunu, etkileyen faktör olduğu ( $p < 0.05$ ) belirlendi.

**Sonuç:** Bakım vericilerin bakım yüklerinin orta düzeyde olmasına rağmen, merhamet düzeylerinin yüksek ve merhamet duygularını etkileyen faktörlerin olduğu belirlendi. Bakım verenlerin bakım yüklerini ve yaşadıkları olumsuz duyguları azaltmaya ve olumlu yönde geliştirmeye yönelik eğitimlerin planlanması önerilir.

**Anabatar Sözcükler:** Bakım verici, Alzheimer hastası, Bakım yükü, Merhamet.

## INTRODUCTION

Alzheimer's disease is a life-threatening disease that progresses slowly and starts years before symptoms are seen. Alzheimer's Association 2023 Report in the United States of America indicates the number of patients diagnosed with Alzheimer's disease as 6.7 million and points that Alzheimer's disease is ranked fifth among the causes of death in individuals aged 65 and over (1). The Turkish Statistical Institute data reported that while the ratio of deaths from Alzheimer's disease was 4.6% in 2017, it was 3.0% in 2021 (2).

Caregiver burden includes the physical, emotional, and financial challenges, stress, and pressure felt by caregivers providing care to individuals who require care, who are older, and who have a chronic disease/disability (3, 4-8). Physical regression in the process of the disease limits elderly individuals' autonomy, independence, and quality of life (9). In this case, caregiving responsibility increases in individuals providing care to patients with Alzheimer's disease. Cultural features and personal values sometimes affect the relationship between the caregiver and the patient. Caregivers of Alzheimer's disease generally include the patient's spouse-children, friends, or acquaintances (3, 4, 6, 7). Sousa et al. (2016) reported the important factors affecting caregiver burden as the family structure, spending more time with the patient, family member as the caregiver, and living with the patient (10).

In the study conducted by Gilbert (2009), compassion is defined as "a deep awareness of the suffering of another coupled with the wish to relieve it" (11). Strauss et al (2016) reported five components of compassion as 1) recognizing suffering; 2) understanding the universality of suffering in human experience; 3) feeling empathy for the person suffering and connecting with the distress; 4) tolerating uncomfortable feelings aroused in response to the suffering person; and 5) motivation to act/acting to alleviate suffering (12). By promoting positive emotions, compassion enhances healthy communication and increases the quality of the care provided (13-15). Compassion fatigue is one of the factors affecting care negatively. When the caregiver experiences compassion fatigue, the quality of care decreases, which could lead to psychosocial problems and burnout to be experienced by the caregiver. Depending on the strength of the connection between the patient and the caregiver, compassion and care could be affected when the caregiver is the patient's relative.

Alzheimer's disease causes loss of autonomy and independence, the patient becomes more and more dependent in the progressive stages, which could cause the caregiver to experience some psychological and physical difficulties. Vashon (2016) states that the intention that feeds compassion is based on the ethical orientations of not giving harm, doing kindness, and helping others (16). Lynch et al., (2018) conducted a study with caregivers who are family members of Alzheimer's patients, and the 71% had a high level of caregiver burden, 59.5% burnout and that half of them had moderate compassion fatigue. (15). In the study, it was found that caregivers who felt more compassionate love towards people diagnosed with Alzheimer's reported less caregiving burden and more positivity in their caregiving roles (17). Hence, it is important to identify the relationship between caregiver burden and compassion levels and the affecting factors in caregivers of patients with Alzheimer's disease.

## METHODS

### Purpose and study design

This study, which is cross-sectional and descriptive in nature, aims to identify the relationship between caregiver burden and compassion levels and the affecting factors in caregivers of patients with Alzheimer's disease.

### Setting of the study

The study was conducted in an Elderly Living Center of the Turkish Alzheimer's Society. Alzheimer's Society has 13 branches in Turkey. The center where this study was conducted provides service to 58 registered patients with Alzheimer's disease and caregivers.

### Target population and the sample

The target population of the study is the caregivers of 58 patients with Alzheimer's disease who are registered in an Elderly Living Center of the Turkish Alzheimer's Society. No sampling was performed; the study included all the target population. All the registered caregivers in the center were accessed.

### Measures

**The Socio-demographic Form:** The Socio-demographic Form that was prepared in line with the literature is composed of 23 questions that aimed to identify the descriptive characteristics of the participants and the patients and the characteristics of the care provided by the participants (4, 8, 17, 18).

**The compassion scale (CS):** The Compassion Scale was developed by Pommier in 2011, and its Turkish validity and reliability were performed by Akdeniz and Deniz in 2016 (19). The scale is composed of 24 items and 6 subscales that include kindness, indifference, common humanity, disengagement, mindfulness, and separation. The scale is responded on a 5-point scale. The total compassion score is obtained by adding all the subscales after scoring the subscales scored reversely. Higher scores from the scale mean a higher compassion level. Cronbach's Alpha reliability coefficient of the total scale is 0.85 (19). In this study Cronbach's Alpha score is 0.896.

**The caregiver burden scale (CBS):** The Caregiver Burden Scale was developed by Zarit, Reeverve Bach-Peterson in 1980, and its reliability and validity for Turkish were performed by İnci in 2006 (20). The scale is composed of 22 items that are rated on a 5-point Likert scale ranging from 0 to 4. A minimum of 0 and a maximum of 88 points can be obtained from the scale. Higher scores indicate higher levels of problems experienced. Cronbach's alpha reliability coefficient of the total scale is 0.95 (20). In our study Cronbach's Alpha score is 0.798.

### Data collection

Data were collected between the 1st of February and 1st of May 2018 from the caregivers of patients with Alzheimer's disease who are registered in an Elderly Living Center of the Turkish Alzheimer's Society in a metropolitan city in Turkey. Institutional permission was obtained for the research after obtaining permission from the non-invasive ethics committee. When the patient's relatives came to visit their patients at the center, I was interviewed by the researcher. Data were collected through interviews conducted face-to-face with the caregivers who agreed to participate, about 20 minutes.

The analysis of the data was performed in IBM SPSS V25 statistical package program. Shapiro Wilk test was utilized to determine whether the data distributed normally. When normality assumptions were met, descriptive characteristics were presented using means and standard deviations, and they were presented with median (minimum-maximum) values when normality assumptions were not met. The comparison of the independent two groups was done using the student's test /Mann Whitney U test. Multiple independent group comparisons were performed using the one-way ANOVA/ Kruskal Wallis test. The analysis of the continuous variables was performed using the Pearson Correlation analysis. The significance level taken in statistical comparisons was  $p < 0.05$ .

## Ethical considerations

In line with the standards for national ethics rules, ethics committee approval was obtained from the ethics committee of a university (Number: 2017-70/25, Date: 10.11.2017). Written permission was obtained from the Alzheimer's Society. Consent was received from the participants after they were given information about the study.

## FINDINGS

The average age of the participants was  $45.53 \pm 15.88$ , and the average duration of providing care was  $3.60 \pm 3.19$  years. Of all the participants, 81% were females, 65.5% graduated from high school or above, 60.3% were married and had children, and 70.7% did not work in another job. Besides, 81.0% were the relatives of the patient who was provided care (spouse, children, etc.), 58.6% provided continuous care, 51.7% provided care for 2 years and less, 86.2% stated that the patient was diagnosed with Alzheimer's before they started to provide care, 50% of the patients provided care were partially dependent, 22.4% received money for caregiving, and 36.2% received help for housework. While providing care to the patient, 57.8% reportedly experienced negative emotions such as pity, fear, panic, sorrow, and worry; 56.9% had social difficulties, 52.2% provided care about daily living activities (maintaining body hygiene, helping defecation and urination, putting on-taking off clothes, feeding, supporting in movements); 58.6% needed information regarding issues about care; and 31% thought about putting the patient in a nursing home.

The average age of the patients who were provided with care by the participants was  $77.29 \pm 9.39$ , and 69% were females, 32.8% graduated from primary school, and 62.1% had the middle stage of the disease.

**Table 1. Descriptive and caregiving-related characteristics of the participants**

|  |                               | n   | %    |
|--|-------------------------------|-----|------|
| Gender   | Male                          | 11  | 19,0 |
|  | Female                        | 47  | 81,0 |
| Age group  | 45 and below                  | 28  | 48,3 |
|  | 45 and above                  | 30  | 51,7 |
| Education level                                      | Secondary school and below    | 20  | 34,5 |
|  | High school and above         | 38  | 65,5 |
| Your marital status                                  | Married                       | 35  | 60,3 |
|  | Single                        | 23  | 39,7 |
| Status of having children                            | Yes                           | 35  | 60,3 |
|  | No                            | 23  | 39,7 |
| Working or not                                       | Working                       | 17  | 29,3 |
|  | Not working                   | 41  | 70,7 |
| Degree of kinship with the patient provided care     | Family member                 | 47  | 81,0 |
|  | Someone out of the family     | 11  | 19,0 |
| Frequency of caregiving                              | Continuous                    | 34  | 58,6 |
|  | At intervals                  | 24  | 41,4 |
| Duration of caregiving                               | 2 years and less              | 30  | 51,7 |
|  | 2 years and more              | 28  | 48,3 |
| Receiving money for caregiving                       | Yes                           | 13  | 22,4 |
|  | No                            | 45  | 77,6 |
| Diagnosis after starting caregiving                  | Yes                           | 8   | 13,8 |
|  | No                            | 50  | 86,2 |
| Receiving help for housework                         | Yes                           | 21  | 36,2 |
|  | No                            | 37  | 63,8 |
| *Emotions felt while providing care                  | Happiness                     | 25  | 43,1 |
|  | Peace                         | 31  | 53,4 |
|  | Love                          | 38  | 65,5 |
|  | Joy                           | 9   | 15,5 |
|  | Satisfaction                  | 6   | 10,3 |
|  | Pity                          | 27  | 46,6 |
|  | Fear                          | 18  | 31,0 |
|  | Anger                         | 6   | 10,3 |
|  | Guilt                         | 5   | 8,6  |
|  | Panic                         | 14  | 24,1 |
|  | Unhappiness                   | 8   | 13,8 |
|  | Sorrow                        | 35  | 60,3 |
|  | Worry                         | 35  | 60,3 |
| Regret   | 2                             | 3,4 |      |
| *Difficulties experienced while providing care       | Psychological                 | 28  | 48,3 |
|  | Social                        | 33  | 56,9 |
|  | Physical                      | 24  | 41,4 |
|  | Economic                      | 13  | 22,4 |
|  | Family relationships          | 16  | 27,6 |
|  | Lack of support in care       | 18  | 31,0 |
| The patient's condition in meeting daily basic needs | Independent                   | 11  | 19,0 |
|  | Partially dependent           | 29  | 50,0 |
|  | Dependent                     | 18  | 31,0 |
| * Care provided to the patient                       | Financial issues              | 27  | 46,6 |
|  | Medication                    | 48  | 82,8 |
|  | Cleaning                      | 38  | 65,5 |
|  | Defecation and urination      | 17  | 29,3 |
|  | Putting on-taking off clothes | 42  | 72,4 |
|  | Feeding                       | 28  | 48,3 |
| Need for information regarding issues about care     | Yes                           | 34  | 58,6 |
|  | No                            | 24  | 41,4 |
| Desire for putting the patient in a nursing home     | Yes                           | 18  | 31,0 |
|  | No                            | 40  | 69,0 |

\* More than one option was chosen

The CS total mean score of the caregivers was 94.60±15.83. This study found the CS Cronbach's  $\alpha$  reliability coefficient as 0.896. CBS total scores was 39.14±11.59. This study found the Cronbach's  $\alpha$  reliability coefficient of the CBS as 0.798. Although the participants were found to have a moderate-level caregiver burden and their compassion level was high.

**Table 2. The analysis of the CBS and CS scores according to the caregivers' descriptive**

| Caregivers' Descriptive Characteristics |                            | CBS<br>$\bar{X} \pm SS$ | CS                              |                                     |  |                                      |                                    |                                   | CS Total<br>$\bar{X}$ (min-max) |
|---|----------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|   |                            |                         | Kindness<br>$\bar{X}$ (min-max) | Indifference<br>$\bar{X}$ (min-max) | Common Humanity<br>$\bar{X}$ (min-max) | Disengagement<br>$\bar{X}$ (min-max) | Mindfulness<br>$\bar{X}$ (min-max) | Separation<br>$\bar{X}$ (min-max) |                                 |
| Education Level                         | Secondary School and below | 36,6±11,9               | 19,5[10-20]                     | 9,5[4-17]                           | 14,5[9-20]                             | 9,0±3,4                              | 17,0[11-20]                        | 10,0[4-14]                        | 94,0[68-116]                    |
|   | High school and above      | 41,0±11,9               | 17,0[5-20]                      | 7,0[4-16]                           | 15,0[4-20]                             | 7,9±2,8                              | 17,0[6-20]                         | 8,0[4-15]                         | 100,5[62-120]                   |
|   | Test Statistics            | t=-1,345                | U=283                           | U=260                               | U=378                                  | t=1,204                              | U=318,5                            | U=273,5                           | U=350                           |
|   |                            | p value                 | p=0,184                         | p=0,106                             | p=0,048                                | p=0,974                              | p=0,234                            | p=0,079                           | p=0,623                         |
| Marital Status                          | Married                    | 39,9±11,7               | 19,0[10-20]                     | 7,0[4-17]                           | 15,0[3-20]                             | 7,0[4-16]                            | 17,0[7-20]                         | 8,0[4-14]                         | 102,0[68-120]                   |
|   | Single                     | 38,8±12,6               | 15,0[5-20]                      | 9,0[4-16]                           | 15,0[4-20]                             | 9,0[4-14]                            | 16,0[6-20]                         | 10,0[4-15]                        | 89,0[62-116]                    |
|   | Test Statistics            | t=0,340                 | U=283                           | U=260                               | U=378                                  | U=313                                | U=318,5                            | U=273,5                           | U=350                           |
|   |                            | p value                 | p=0,735                         | p=0,106                             | p=0,048                                | p=0,974                              | p=0,270                            | p=0,079                           | p=0,623                         |
| Having Children                         | Yes                        | 38,4±11,4               | 19,0[5-20]                      | 8,0[4-17]                           | 16,0[3-20]                             | 7,0[4-16]                            | 18,0[6-20]                         | 8,0[4-14]                         | 97,4±14,9                       |
|   | No                         | 41,1±12,9               | 16,0[10-20]                     | 9,0[4-16]                           | 1,05[4-20]                             | 9,0[4-13]                            | 16,0[11-20]                        | 10,0[4-15]                        | 90,3±16,5                       |
|   | Test Statistics            | t=0,340                 | U=283                           | U=286                               | U=384,5                                | U=274                                | U=269,5                            | U=279                             | t=2,436                         |
|   |                            | p value                 | p=0,735                         | p=0,012                             | p=0,062                                | p=0,774                              | p=0,040                            | p=0,033                           | p=0,018                         |
| Working or not                          | Working                    | 42,2±15,8               | 16,0[5-20]                      | 9,0[4-14]                           | 14,0[4-20]                             | 9,0[4-16]                            | 15,0[6-20]                         | 11,0[4-15]                        | 89,3±17,5                       |
|   | Not working                | 38,3±10                 | 19,0[7-20]                      | 8,0[4-17]                           | 15,0[3-20]                             | 8,0[4-14]                            | 17,0[7-20]                         | 8,0[4-15]                         | 96,8±14,8                       |
|   | Test Statistics            | t=-0,842                | U=226,5                         | U=330,5                             | U=364                                  | U=340                                | U=241,5                            | U=337,5                           | t=1,704                         |
|   |                            | p value                 | p=0,403                         | p=0,004                             | p=0,249                                | p=0,538                              | p=0,318                            | p=0,010                           | p=0,298                         |

n: number of participants;  $\bar{X} \pm SS$  ( $\bar{X}$ ): Mean± standard deviation; Min: minimum; Max: maximum; t: Student-t Test, U: Mann-Whitney U Test, p<0,05 Significance level

The findings were presented as  $\bar{X} \pm SS$  when normality distributions were met, and as  $\bar{X}$  (min-max) when normality distributions were not met.

No significant relationships were detected between the Caregiver Burden Scale and the Compassion Scale subscales and total scores ( $p>0.05$ ). The CS indifference subscale score median of the participants who had an education level of secondary school and below was significantly that of the participants who graduated from high school and above ( $p=0.048$ ). The CS indifference subscale score median of single individuals was significantly that of the participants who were married ( $p=0.048$ ). The comparison of the score median according to the variable of having children showed that the groups indicated significant differences in kindness ( $p=0.012$ ), disengagement ( $p=0.040$ ), mindfulness ( $p=0.033$ ), separation ( $p=0.048$ ), and the total score ( $p=0.018$ ). The participants' CS kindness ( $p=0.004$ ) and mindfulness ( $p=0.010$ ) subscale score medians demonstrated significant differences according to the working variable. No significant relationship was found between the caregivers' descriptive characteristics and the Caregiver Burden Scale total scores ( $p>0.05$ ). (Table 2).

**Table 3. Caregivers' characteristics related to caregiving and the analysis of CBS and CS scores**

| Variables  |                     | CBS<br>$\bar{X} \pm SS$ | CS                              |                                     |  |                                      |                                    |                                   | CS Total<br>$\bar{X}$ (min-max) |
|--|---------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|  |                     |                         | Kindness<br>$\bar{X}$ (min-max) | Indifference<br>$\bar{X}$ (min-max) | Common Humanity<br>$\bar{X}$ (min-max) | Disengagement<br>$\bar{X}$ (min-max) | Mindfulness<br>$\bar{X}$ (min-max) | Separation<br>$\bar{X}$ (min-max) |                                 |
| Caregiver's degree of kinship with the patient                       | Family member       | 38,8±12,3               | 19,0[5-20]                      | 8,0[4-17]                           | 15,0[5-20]                             | 7,0[4-14]                            | 17,0[6-20]                         | 8,0[4-15]                         | 95,0[64-120]                    |
|  | Out of the family   | 42,3±10,4               | 15,0[12-20]                     | 11,0[7-14]                          | 14,0[4-19]                             | 10,0[6-16]                           | 16,0[11-18]                        | 11,0[6-15]                        | 81,0[62-107]                    |
|  | Test Statistics     | t=0,866                 | U=177,5                         | U=156,5                             | U=204                                  | U=138,5                              | U=166,5                            | U=150,5                           | U=151,5                         |
|  |                     | p value                 | p=0,390                         | p=0,102                             | p=0,042                                | p=0,277                              | p=0,017                            | p=0,066                           | p=0,034                         |
| Receiving help in housework  | Yes                 | 35,8±10,2               | 18,0[7-20]                      | 8,0[4-17]                           | 13,0[5-20]                             | 8,0[4-14]                            | 17,0[7-20]                         | 9,0[4-15]                         | 93,0[64-120]                    |
|  | No                  | 41,5±12,5               | 17,0[5-20]                      | 8,0[4-14]                           | 16,0[4-20]                             | 8,0[4-16]                            | 17,0[6-20]                         | 9,0[4-15]                         | 100,0[62-118]                   |
|  | Test Statistics     | t=-1,799                | U=370,5                         | U=375,5                             | U=257,5                                | U=343,5                              | U=371                              | U=378,5                           | U=331                           |
|  |                     | p value                 | p=0,077                         | p=0,767                             | p=0,832                                | p=0,033                              | p=0,464                            | p=0,775                           | p=0,352                         |
| Experiencing fear while providing care to the patient                | Yes                 | 38,4±11,4               | 18,0[5-20]                      | 8,0[4-17]                           | 15,0[4-20]                             | 8,3±2,7                              | 17,0[6-20]                         | 10,0[4-15]                        | 92,9±16,2                       |
|  | No                  | 41,7±13,3               | 18,0[12-20]                     | 6,0[4-14]                           | 15,0[10-20]                            | 8,3±3,7                              | 16,0[11-20]                        | 7,0[4-14]                         | 98,5±14,6                       |
|  | Test Statistics     | t=-0,969                | U=329,5                         | U=236                               | U=341,5                                | U=0,026                              | U=337                              | U=264                             | t=-1,264                        |
|  |                     | p value                 | p=0,337                         | p=0,601                             | p=0,036                                | p=0,755                              | p=0,980                            | p=0,696                           | p=0,212                         |
| Experiencing worries while providing care to the patient             | Yes                 | 36,8±10,4               | 17,0[5-20]                      | 9,0[4-15]                           | 15,0[4-20]                             | 9,0[4-13]                            | 15,0[6-20]                         | 10,0[5-15]                        | 88,0[62-113]                    |
|  | No                  | 41,2±12,7               | 19,0[10-20]                     | 7,0[4-17]                           | 15,0[4-20]                             | 7,0[4-16]                            | 18,0[7-20]                         | 6,0[4-15]                         | 102,0[64-120]                   |
|  | Test Statistics     | t=-1,361                | U=299                           | U=261                               | U=311,5                                | U=333,5                              | U=252,5                            | U=196,5                           | U=234,5                         |
|  |                     | p value                 | p=0,179                         | p=0,094                             | p=0,024                                | p=0,146                              | p=0,270                            | p=0,016                           | p=0,008                         |
| Experiencing social difficulties while providing care to the patient | Yes                 | 37,2±14,2               | 18,0[5-20]                      | 9,0[4-17]                           | 14,0[4-20]                             | 9,0[4-12]                            | 17,0[6-20]                         | 10,0[4-15]                        | 92,0[62-120]                    |
|  | No                  | 41,2±9,9                | 18,0[7-20]                      | 7,0[4-16]                           | 16,0[5-20]                             | 8,0[4-16]                            | 17,0[7-20]                         | 8,0[4-15]                         | 101,0[64-118]                   |
|  | Test Statistics     | t=-1,272                | U=373,0                         | U=305,5                             | U=271,5                                | U=332,5                              | U=373,5                            | U=319,5                           | U=311                           |
|  |                     | p value                 | p=0,208                         | p=0,527                             | p=0,091                                | p=0,026                              | p=0,207                            | p=0,537                           | p=0,111                         |
| Patient's condition in meeting his/her daily basic needs             | Independent         | 32,0[16-50]             | 19,0[5-20]                      | 8,0[4-17]                           | 14,8±3,7                               | 7,0[4-14]                            | 18,0[6-20]                         | 7,0[4-11]                         | 96,8±16,4                       |
|  | Partially dependent | 40,0[17-69]             | 17,0[7-20]                      | 7,0[4-15]                           | 15,2±3,5                               | 8,0[4-13]                            | 17,0[7-20]                         | 9,0[4-14]                         | 96,5±15                         |
|  | Dependent           | 43,5[31-67]             | 16,5[10-20]                     | 10,0[6-16]                          | 14,9±4                                 | 9,0[4-16]                            | 16,5[11-20]                        | 10,5[4-15]                        | 90,2±16,8                       |
|  |                     | Test Statistics         | KW=5,126                        | KW=1,173                            | KW=7,101                               | F=0,044                              | KW=2,49                            | KW=0,6                            | F=1,027                         |
|  |                     | p value                 | p=0,077                         | p=0,556                             | p=0,029                                | p=0,897                              | p=0,288                            | p=0,741                           | p=0,057                         |
| Providing the patient with support in movements                      | Yes                 | 37,7±12,5               | 17,0[5-20]                      | 8,0[4-15]                           | 15,0[5-20]                             | 8,5[4-14]                            | 15,5[6-20]                         | 8,5[4-14]                         | 91,5[68-117]                    |
|  | No                  | 40,7±11,6               | 19,0[10-20]                     | 8,0[4-17]                           | 15,0[4-20]                             | 7,0[4-16]                            | 17,5[11-20]                        | 8,0[4-15]                         | 101,5[62-120]                   |
|  | Test Statistics     | t=0,850                 | U=319,5                         | U=400                               | U=358                                  | U=353,5                              | U=259,5                            | U=390                             | U=311                           |
|  |                     | p value                 | p=0,346                         | p=0,154                             | p=0,899                                | p=0,427                              | p=0,387                            | p=0,018                           | p=0,125                         |
| Needing information regarding issues about care                      | Yes                 | 43,3±11,2               | 18,0[7-20]                      | 8,0[4-16]                           | 15,5[9-20]                             | 8,2±3,0                              | 16,0[11-20]                        | 9,5[4-15]                         | 100,5[64-117]                   |
|  | No                  | 34±11,1                 | 18,5[5-20]                      | 7,5[4-17]                           | 15,0[4-20]                             | 8,4±3,1                              | 17,0[6-20]                         | 8,5[4-15]                         | 93,5[62-120]                    |
|  | Test Statistics     | t=0,172                 | U=392,5                         | U=364                               | U=364                                  | t=-3,096                             | U=349                              | U=349                             | t=0,408                         |
|  |                     | p value                 | p=0,864                         | p=0,803                             | p=0,484                                | p=0,485                              | p=0,003                            | p=0,503                           | p=0,348                         |

n: number of participants;  $\bar{X} \pm SS$  ( $\bar{X}$ ): Mean± standard deviation; Min: minimum; Max: maximum; t: Student-t Test, U: Mann-Whitney U Test, F: one-way ANOVA test, p<0,05 Significance level

The findings were presented as  $\bar{X} \pm SS$  when normality distributions were met, and as  $\bar{X}$  (min-max) when normality distributions were not met.

Comparisons of the subscale scores between the groups according to the degree of kinship with the patient indicated significant differences in the indifference ( $p=0.042$ ), disengagement ( $p=0.017$ ), separation ( $p=0.031$ ), and CS total ( $p=0.034$ ) score medians. While significant differences were detected between the groups according to receiving help in housework ( $p=0.033$ ), the median of the common humanity subscale score of the participants who did not receive help was found to be higher than that of the participants who received help.

A significant difference was found in the caregivers' indifference subscale score median according to experiencing fear ( $p=0.036$ ). The median of the participants who experienced fear was found to be high. Significant differences were detected in the mindfulness ( $p=0.016$ ), separation ( $p=0.001$ ) medians, and CS total score ( $p=0.008$ ) according to experiencing worries while providing care to the patient. Hence, while mindfulness and CS total score medians were found to be higher in the participants who had worries, they were found to be low in the separation subscale. The common humanity subscale median score was found to be significantly lower in the participants who experienced social difficulties while providing care to the patient ( $p=0.026$ ). The indifference subscale demonstrated significant differences between the groups according to patients meeting daily basic needs ( $p=0.029$ ). According to providing the patient with support in movements, the mindfulness subscale median score was found to be significantly lower in individuals who provided this care ( $p=0.018$ ). The disengagement subscale mean score of the individuals who needed information regarding issues about care was found to be significantly lower than the individuals who did not need information ( $p=0.003$ ). No significant relationships were detected between a family member providing care and the Caregiver Burden Scale total scores; however, the caregiver burden score decreased when the care was given by a family member but it increased when the care was given by someone out of the family ( $p>0.05$ ) (Table 3).

**Table 4. Correlation analysis of the CBS and CS subscale and total scores**

| CS              | CBS Total |       |
|-----------------|-----------|-------|
|                 | r         | p     |
| Kindness        | 0,026     | 0,852 |
| Indifference    | -0,020    | 0,882 |
| Common Humanity | 0,063     | 0,639 |
| Disengagement   | -0,053    | 0,695 |
| Mindfulness     | 0,061     | 0,647 |
| Separation      | 0,095     | 0,480 |
| CS Total        | 0,028     | 0,836 |

r: Pearson Correlation Analysis,  $p<0,05$  Significance Level

There was no significant correlation between the Caregiving Burden Scale and Compassion Scale sub-dimension and total scores ( $p>0.05$ ) (Table 4).

**Table 5. The participants' compassion scale and caregiver burden scale scores**

| CS and CBS                        | Min-Max | Ort±SD (Median)  |
|-----------------------------------|---------|------------------|
| <b>Compassion Scale</b>           |         |                  |
| Kindness                          | 5-20    | 16,81±3,67 (18)  |
| Indifference                      | 4-17    | 8,50±3,52 (8)    |
| Common Humanity                   | 4-20    | 15,03±3,66 (15)  |
| Disengagement                     | 4-16    | 8,29±3,03 (8)    |
| Mindfulness                       | 6-20    | 16,12±3,45 (17)  |
| Separation                        | 4-15    | 8,57±3,41 (9)    |
| CS Total                          | 62-120  | 94,60±15,83 (97) |
| <b>The Caregiver Burden Scale</b> |         |                  |
| CBS Total                         | 16-69   | 39,14±11,59 (40) |

Min-Max: Minimum-Maximum,  $\bar{x}\pm SS(\tilde{x})$ : Mean ± Standard Deviation (Median)

CBS total scores of the caregivers ranged between 16 and 69, and the average score was  $39.14\pm 11.59$  with the median being 40 (Table 2).

## DISCUSSION

The results of this study showed that the average age of the participants was 45, more than  $\frac{3}{4}$  of them were females and almost  $\frac{3}{4}$  of them did not work in another job. Studies in the literature report the increased risk factors for caregivers' burden while giving care to patients with Alzheimer's as follows: being female, having spare time, duration allocated to care and working in another job (17, 21-25). The ratio of female caregivers in the present study was higher than other studies in the literature (22,25). This result is considered to result from the patriarchal family structure in Turkey; the majority of caregivers are females, which is associated with cultural support and appreciation.

Of all the participants in the study, more than half felt negative emotions and more than half had social difficulties. Studies show that caregivers frequently experience one or some of the problems including hopelessness, fatigue, anxiety, pain, and depression as well as caregiver burden (physical, psychological, social, and economic) (8, 9, 25). Garre-Olmo et al. (2016) reported that the increase in the dependence level and behavioral disorders could increase the caregiver's stress level and workload, which in turn increases the caregiver burden (22). A study reported that the positive experiences of caregivers in the caring process had effects on their coping with difficulties, fondness and pleasure more in their relationship with the patients (18). The fact that some of the participants had a medium level of caregiver burden score may be associated with the fact that caring for the elderly is considered important and honorable in our cultural values.

In this study, half of the participants were found to provide care about daily life activities. Liu et al. reported that caregivers spent  $2.8\pm 2.1$  hours/day meeting the basic needs of the patients such as eating, putting on clothes, having a bath, and using the bathroom (25). Half of the patients in this study were partially dependent, and the caregivers had a moderate level of caregiver burden; the need for help in daily life activities increases with the increase in the patient's dependence level.

More than  $\frac{3}{4}$  of the patients in this study were patient relatives; more than half of them provided the patient with continuous care; only  $\frac{1}{5}$  received money for the care they provided. Studies on patients with Alzheimer's disease showed that more than  $\frac{3}{4}$  of caregivers were the patient's relatives, and almost  $\frac{1}{3}$  provided care for 4-6 years (18, 21). It is reported that when caregivers are relatives, they could experience compassion fatigue caused by the emotional confusion due to the dependence level of the patient and the course of the disease (26). The caregivers in this study were mainly composed of the patients' relatives and thus the results are in line with the other studies in the literature. The average age of the patients with Alzheimer's disease who were provided care was over 70 age and education level of primary school or above (18, 21, 25). Medium age and education level of the patients with Alzheimer's disease is in line with this study.

The CS total mean score was found  $94.60\pm 15.83$  in this study, indicating high compassion levels. Caregivers with high compassion levels are reported to have more positive attitudes towards patients and experience less caregiver burden (17, 27). The results of this study are in line with other studies in the literature in that the caregiver burden score decreased with the increase in the compassion level.

The Caregiver Burden Scale mean score of the participants was found  $39.14\pm 11.59$  in this study, indicating a moderate level of caregiver burden. The caregiver burden score decreases when care is given by a family member, but it increases if the caregiver is out of the family. In studies reported that when the caregiver is the spouse in patients with dementia, the caregiver burden was perceived less, and compassion affected care positively (10, 28, 29). One of the most important factors affecting the Caregiver Burden Scale score was found to be kinship in this study, which is parallel to the related literature.



The mindfulness subscale and the Compassion Scale total scores of the participants who did not have worries while providing care were found to be higher and statistically significant than the scores of the participants who experienced worries while providing care ( $p<0.05$ ). Compassion fatigue while providing care is reported to cause nurses to experience worries, fear, lack of confidence, and a decrease in empathic skills (27, 30-32). A study on the attitudes of health professionals towards compassion reported that the doctor's barriers to showing compassion included external distracting factors such as burnout or work overload, time pressure, "difficult" patients/families, uncertainties in the treatment process, and treatment failure (33). This study found that a negative emotion such as worry increased the compassion score, which is in line with other studies in the literature.

The CBS scores of the participants who experienced social difficulties while providing care to the patient did not indicate any significant differences according to those who reportedly did not have difficulties. Studies showed that the caregiver burden was felt less and the quality of life was better when caregivers of patients with Alzheimer's disease had good social skills and good skills for coping with depression/anxiety (7,8,21,34-36). In a study, 55.93% of caregivers stated that they felt inadequate in providing care and this caused them to feel unwell (37). Physical, psychological, and social support to be provided to caregivers in line with their interests and needs could decrease their burnout and help them to provide better care and produce fast and effective solutions to the problems experienced.

Although the CBS scores of those who need information related to the issues about care were higher than those who did not need information. An important factor that could decrease caregivers' burden could be health professionals identifying caregivers under risk and providing them with education programs that could enhance care (22). Our study results showed that education programs parallel to their needs could substantially decrease caregivers' caring burden.

## CONCLUSION

Although the participants were found to have a moderate-level caregiver burden, their compassion level was high and the compassion towards patients with Alzheimer's disease was affected by some factors. These results could be useful for designing policies focusing on forming education programs for caregivers of patients with Alzheimer's disease and enhancing their well-being to increase their quality of life.

**Limitations:** This study was conducted with a group of caregivers of patients with Alzheimer's disease and thus the results might not represent all caregivers. All the participants were Turkish citizens, so the results cannot be generalized to caregivers from other ethnic origins.

**Source of funding:** No support in the form of grants was used for the purpose of this research.

**Declaration of Conflicting Interests :**The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article

## References

1. Alzheimer's Association Report 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2023;19:1598–1695.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaşlılar-2022-49667>
3. Hart DR. "Improving provider awareness of caregiver burden in an Oregon Alzheimer's disease care center" Scholar Archive. 2015: 3699.
4. Sinha P, Desai NG, Prakasha O, Kushwaha S, Tripathi CB. Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis: A comparative study from India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017; 26: 86–91.
5. Koca E, Taskapılıoğlu Ö, Bakar M. Caregiver burden in different stages of Alzheimer's disease. *Archives of Neuropsychiatry* 2017; 54(1): 82.
6. Jütten LH, Mark RE, Sitskoorn MM. Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2019; 19: 12-21.

7. Amorim FA, GiorGion MCP, Forlenza OV. Social skills and well-being among family caregivers to patients with Alzheimer's disease. *Arch Clin Psychiatry*. 2017; 44(6):159-161.
8. Goren A, Montgomery W, Kahle-Wrobleksi K, Nakamura T, Ueda K. Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatrics*. 2016;16: 122.
9. Martins G, Corrêa L, Caparrol AJS, Afonso dos Santos PT, Brugnera LM, Gratão ACM. Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. *Escola Anna Nery*. 2019; 23(2):1-21.
10. Sousa MF, Santos RL, Turró-Garriga O, Dias R, Dourado MC, Conde-Sala JL. Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). *International Psychogeriatric*. 2016;28 (8): 1363-1374.
11. Gilbert P. *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable and Robinson. 2009; 13-14.
12. Strauss C, Taylor BL, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, Cavanagh K. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin Psychol Rev*. 2016; 47:15-27.
13. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M. *World Alzheimer report 2015*. London: The Global Impact of Dementia. 2015.
14. Salazar LR. The relationship between compassion, interpersonal communication apprehension, narcissism and verbal aggressiveness. *The Journal of Happiness & Well-Being* 2016; 4 (1): 1-14.
15. Lynch SH, Shusterb G, Lobo ML. The family caregiver experience – examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging & Mental Health*. 2018; 22 (11): 1424–1431.
16. Vachon MLS. Targeted intervention for family and professional caregivers: Attachment, empathy, and compassion. *Palliative Medicine*. 2016; 30(2): 101–103.
17. Monin JK, Schulz R, Feeney BC. Compassionate love in individuals with alzheimer's disease and their spousal caregivers: associations with caregivers' psychological health. *The Gerontologist*. 2015; 55(6): 981–989.
18. Yu H, Wang X, He R, Liang R, Zhou L. Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with alzheimer's disease. *PLoS ONE*. 2015; 10 (7): e0132168 doi: 10.1371/journal.pone.0132168.
19. Akdeniz S, Deniz ME. The Turkish adaptation of Compassion Scale: The validity and reliability study. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2016; 4(1): 50-61.
20. İnci F, Erdem M. Validity and reliability of the burden interview and its adaptation to Turkish. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008; 11(4): 85-95.
21. Coffman I, Resnick HE, Lathan CE. Behavioral health characteristics of a technology-enabled sample of Alzheimer's caregivers with high caregiver burden. *mHealth*. 2017;3(36):1-6.
22. Garre-Olmo J, Vilalta-Franch J, Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O, Conde-Sala L, López-Pousa S. A path analysis of patient dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2016; 28(7): 1133–1141.
23. Gomez-Gomez C, Riquelme-Heras H, Aranda-Garza I, Gutierrez-Herrera R, MendezEspinosa E, Martinez-Lazcano F, Gutierrez-Sanchez P. Relationship of stigma to caregivers burden in Alzheimer's disease Patients. *J Primary Health Care Gen Practice*. 2018; 2 (2):1-7.
24. Pudelewicz A, Talarska D, Bazyk G. Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Scand J Caring Sci*. 2019; 33: 336–341.
25. Liu S, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu S, Ji Y. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26 (9-10):1291-1300.
26. Thorson-Olesen SJ, Meinertz N, Eckert S. Caring for aging populations: examining compassion fatigue and satisfaction. *Journal of Adult Development*. 2019; 26:232–240.
27. Lloyd, J, Muers J, Patterson T G, Marczak M. Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical Gerontologist*. 2019; 42(1): 47-59.
28. Torres, Janet Shin Yi. "Gender differences in caregiver burden among Alzheimer's patients". *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. 2018; 681. Available from: <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/681>.

29. Stensletten K, Bruvik F, Espehaug B, Drageset J. Burden of care, social support, and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia. *Dementia*. 2016; 15(6): 1422–1435.
30. Mattioli D, Walters L, Cannon EJ. Focusing on the caregiver: Compassion fatigue awareness and understanding. *Medsurg Nursing*. 2018; 27(5): 323-328.
31. Settineri S, Frisone F, Alibrandi A, Merlo EM. Vulnerability and physical well-being of caregivers: what relationship?. *Journal of Mind and Medical Sciences*. 2019; 6 (1):1-9 DOI: 10.22543/7674.61. P95102.
32. Perry B. A qualitative study of compassion fatigue among family caregivers in long term care homes. *Perspectives*. 2015; 38 (3): 14-24.
33. Fernando AT, Consedine N. Development and initial psychometric properties of the barriers to physician compassion. *Postgrad Med J*. 2014; 90: 388–395.
34. Roland K P, Chappell NL. Caregiver experiences across three neurodegenerative diseases: Alzheimer's, Parkinson's, and Parkinson's with dementia. *Journal of Aging and Health* 2019; 31(2): 256-279.
35. Wang Z, Ma C, Han H, He R, Zhou L, Liang R, Yu H. Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018; 33(9): 1198-1206.
36. Gümüş Demir Z, Akoğlu B. Examination of the relationship between the stress collection, self-efficiency, and the attitudes of seeking psychological help of the carers of alzheimer patients. *YDÜ SOSBİLDER*. 2023; 16(1): 6-40.
37. Müderrisoğlu S, Çubukçu M. Evaluation of quality of life of caregivers of Alzheimer's patients receiving home health care. *TJFMPC*. 2022;16 (1): 48-56.

## The Arts of Medicine (2023): A Memoir by Dr. Ercan Kesal

### Hekimlik Sanatları (2023): Dr. Ercan Kesal'ın Anı Kitabı

Hekimlik Sanatları [The Arts of Medicine] Ercan Kesal  
İstanbul: İletişim Yayınları, 2023, 151 p.

Halil TEKİNER<sup>a</sup>



#### **Abstract:**

Turkish literature has recently welcomed a significant addition to a neglected medical memoir genre. Ercan Kesal, MD, a versatile health professional with 35 years of experience, who has also gained considerable acclaim in Turkey for his accomplishments as a writer, screenwriter, and actor, has published his memoir essay titled "Hekimlik Sanatları" (The Arts of Medicine) in June 2023. This book delves deep into Kesal's journey as a physician, exploring the multifaceted aspects of the medical profession and its intersection with art and humanities. Among the topics that are particularly interesting and valuable in terms of medical ethics and the history of medicine, the following five stand out: over-commercialization of health, violence against physicians, lack of medical ethics education, psychiatry ethics, and pioneering physicians in the history of Turkish medicine.

**Key Words:** History of medicine, Humanities, Medical ethics, Medicine in literature, Turkey

#### **Özet:**

Türk edebiyatı, ihmal edilmiş bir edebi tür olan tıbbi hatıra alanında dikkate değer, yeni bir eser kazandı. Yazar, senarist ve oyuncu kimliğiyle Türkiye'de yaygın bir üne sahip olan 35 yıllık hekim Ercan Kesal, "Hekimlik Sanatları" adını verdiği anı kitabını Haziran 2023'te yayınladı. Kesal'ın hekimlik kariyerindeki yolculuğunu anlatan bu kitap, tıp mesleğinin çok boyutluluğuna vurgu yaparken tabii sanat ve beşeri bilimlerle kesiştiği noktalara da değiniyor. Kitapta tıp etiği ve tıp tarihi konularına ilişkin ilgi çekici başlıklar arasında ise şu beş konu öne çıkıyor: sağlık aşırı ticarileşmesi, hekime yönelik şiddet, tıp etiği eğitimi eksikliği, psikiyatri etiği ve Türk tıp tarihindeki bazı öncü hekimler.

**Anahatar Sözcükler:** Edebiyatta tıp, Tıp etiği, Tıp tarihi, Tıpta insan bilimleri, Türkiye

Turkish literature has recently welcomed a significant addition to a neglected medical memoir genre. Ercan Kesal, MD, a versatile health professional with 35 years of experience, who has also gained considerable acclaim in Turkey for his accomplishments as a writer, screenwriter, and actor, has published his memoir essay titled Hekimlik Sanatları (The Arts of Medicine) in June 2023 (1).

This book delves deep into Kesal's journey as a physician, exploring the multifaceted aspects of the medical profession and its intersection with art and humanities. Despite its compact size of only 151 pages, the book maintains a chronological framework, enabling readers to explore Kesal's contemplations and viewpoints on medical services, the mindset of healthcare professionals, and the healthcare system's condition, all from a humanistic perspective.

<sup>a</sup>Prof. Dr. Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

✉htekiner@erciyes.edu.tr ORCID: 0000-0002-8705-0232

Gönderim Tarihi: 02.07.2023 • Kabul Tarihi: 20.07.2023

The Arts of Medicine comprises 18 chapters encompassing a wide range of subjects, commencing with the author's childhood fascination with a meticulously preserved penicillin box in his home. The narrative then transitions to the author's encounters with the first doctor he met in his small village of Avanos in Nevşehir, Central Anatolia. Subsequently, the book delves into the author's experiences as a medical student, rural physician fulfilling his mandatory civil service, independent medical practitioner, manager of a private hospital in Istanbul, and active participation in medical professional organizations. Through his perspective as a physician-author, the book offers a unique outlook that surpasses the conventional understanding of medicine as solely concerned with matters of life, health, and healing.

An important feature distinguishing this book from Kesal's other literary works is the abundance of visuals. Accompanied by more than 50 photographs and documents, the book offers a short autobiographical documentary of the author's 65-year life. Among the topics that are particularly interesting and valuable in terms of medical ethics and the history of medicine, the following five stand out:

1. Over-commercialization of health: The author criticizes the dehumanization of the health system, which perceives it solely as a market. He raises concerns about hospitals being treated as businesses, patients as customers, medicine as a product, and physicians as salespeople.
2. Violence against physicians: Kesal addresses the pressing issue of violence against physicians in Turkish medicine. He attributes the leading cause of conflicts and violence between physicians and patients to the excessive commercialization of healthcare.
3. Lack of medical ethics education: The author highlights the need for medical ethics and the history of medicine departments in many Turkish medical schools. Drawing from the Turkish Medical Association's Pre-Graduate Medical Education Report, he emphasizes the absence of these departments, particularly in faculties established after 1990.
4. Psychiatry ethics: In the chapter "Physician, Psychiatry, and Eylül Psychiatry Center Experience," the author discusses psychiatry ethics. He questions the dominant approach of relying on neuropsychological tests, tomography, and MRI, emphasizing the importance of considering environmental factors that induce the stigmatization and marginalization of individuals with mental health conditions.
5. Pioneering historical physicians: Beşir Fuad, Süheyl Ünver, and Nusret Fişek are three influential Turkish physicians who have significantly impacted the author. Kesal discusses his association with Fişek, a leading advocate of preventive medicine in Turkey, the former President of the Central Council of the Turkish Medical Association, and one of the founders of the Association of Physicians against Nuclear War.

In an era where the traditional perception of *ars medicinae* is being heavily challenged, Kesal's recent memoir emphasizes the fundamental importance of health as a human right rather than a mere professional service. I highly recommend this book to physicians, medical students, and anyone interested in the medical profession as it advocates for the training of humanistic physicians rather than those driven solely by profit and emphasizes the need for a holistic and compassionate approach to patient care, rejecting the reduction of patients to mere medical records.

Ercan Kesal explores a subject of universal relevance deserving recognition and readership from the international medical community. Like his previous book of short stories entitled *Fairy Chimney Soda* (2), also translated into English, the publication of *The Arts of Medicine* in foreign languages would make a culturally specific and precious contribution to the medical humanities internationally.

Conflict of interest: None.

#### References

1. Kesal E. *Hekimlik Sanatları* [The Arts of Medicine]. İstanbul: İletişim Yayınları; 2023.
2. Kesal E. *Fairy Chimney Soda*. trans: Alex Dave. London: Anthem Press; 2020.

## “Syk Pike” İsimli Film: Yapay Bozukluk ve Biyoetik Yansımaları

### The Movie “Syk Pike”: Factitious Disorder and its Bioethics Reflections

Deniz Sami CEVHER<sup>a</sup>

#### Özet:

*Syk Pike 2022 Norveç yapımı komedi-dram türünde bir filmidir. Film yapay bozukluğu konu alır. Yapay bozukluk kişinin hastalık numarası yaptığı veya kasıtlı olarak hastalık belirtileri oluşturduğu bir psikolojik bozukluktur. Yapay bozukluğun tanınması sağlık çalışanları açısından çok önemlidir.*

**Anabatar Sözcükler:** Münchausen Sendromu, Münchausen by Proxy Sendromu, Yapay Bozukluk, Temaruz

#### Abstract

*Syk Pike is a 2022 Norwegian comedy-drama movie. The movie is about factitious disorder. Factitious disorder is a psychological disorder in which a person pretends to be sick or deliberately creates symptoms of illness. Recognition of factitious disorder is very important for healthcare professionals.*

**Keywords:** Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy Syndrome, Factitious Disorder, Malingering

Hastalıklar ile hastalıkların medikolegal ve biyoetik yansımaları, sinemanın yıllardan beridir en temel temalarından olagelmıştır. Bu temaya sahip filmler toplumdaki sağlık bilincini artırmalarının yanı sıra, sağlık profesyonellerinin de bir hastanın gözünden tıbbi süreçleri izleyebilmelerini mümkün kılmış ve hasta-hekim ilişkilerindeki empati düzeyinin yükselmesinde olumlu rol oynamışlardır. Bu filmler, tıp fakültesindeki tıp etiği eğitiminin genç hekim adaylarınca daha iyi anlaşılmasına da vesile olmuş olup, ders materyali olarak da kullanılagelmışlerdir. Bu materyaller sayesinde hekim adayları, henüz tıp pratiğine başlamadan klinik süreçlerdeki tıp etiğine ilişkin konuları daha canlı bir şekilde gözlemlene fırsatını bulmuşlardır. Psikiyatrik rahatsızlıklar da hem doğrudan hem de dolaylı olarak birçok sinema filminin konusu olmuştur. İlk kez 2022 Cannes Film Festivali’nde gösterime giren, yönetmenliğini ve senaristliğini Kristoffer Borgli’nin üstlendiği 2022 Norveç yapımı Syk Pike (Türkiye’de vizyona giren ismiyle “İlgi Manyağı”) de bu filmlerden biridir. Film, erkek arkadaşı sanat dünyasının merdivenlerini hızlıca tırmanan bir garson olan Signe’nin, bu süreç boyunca üzerine çektiği ilginin gittikçe azalmasından ötürü kötü hissetmeye başlaması ve ilgiyi yeniden üzerine odaklamak için kendini bilinçli olarak hasta etmesini konu alıyor. Psikiyatri literatüründe “Yapay bozukluk” olarak bilinen duruma odaklanan film; yalnızca psikiyatristlerin değil diğer tüm hekimlerin ve yardımcı sağlık çalışanlarının da farkında olması gereken bir konuyu merkezine almasından ötürü, tüm sağlık çalışanlarının izlemesi tavsiye edilen filmler arasında kendine yer bulacağı benziyor.

Erkek arkadaşının başarılarının ardından girdikleri sosyal ortamlarda üzerindeki ilgi gün geçtikçe azalan Signe, bir gün katıldıkları bir yemekli davet sırasında fıstık alerjisi olduğu yalanını söyler. Yemekten sonra yediği yemeğin fıstık içerdiğinin söylenilmesinin ardından Signe, söylediği yalanın ortaya çıkmaması için ağır bir alerjik reaksiyon geçiriyormuş numarası yapar. Bu esnada salondaki tüm ilgiyi üzerine toplayan Signe, daha fazla ilgi odağı olmak için gerçekten hasta olmaya karar verir. İnternette okuduğu bir haberde Rus menşeli kurgusal bir anksiyolitik olan Lidexol isimli bir ilacın, ağır dermatolojik yan etkilerinden ötürü piyasadan toplatıldığını öğrenir.

<sup>a</sup>Doktor, Türkiye ✉denizcevher16@gmail.com ORCID: 0000-0003-1747-7967

Gönderim Tarihi: 03.07.2023 • Kabul Tarihi: 09.08.2023

Bir arkadaşı vasıtasıyla yasadışı yollardan bu ilacı elde eder ve yüksek dozlarda kullanmaya başlar. İlk başlarda vücudunda döküntüler başlayan Signe, erkek arkadaşının ısrarıyla bir dermatoloğa gider fakat hekime döküntülerini göstermeyi reddeder. Erkek arkadaşından ve çevresinden umduğu ilgiyi bulamayan Signe, ilacı kullanmaya devam eder. En sonunda yüzünde ciddi lezyonlar ve deformiteler meydana gelir ve hastaneye yatırılır. Hastanede yapılan tüm tetkiklere rağmen hekimler, Signe'nin hastalık nedenini bulamazlar fakat Signe aradığı ilgiyi bulmuştur. Gazeteci bir arkadaşı vasıtasıyla Signe'nin tanı konamayan hastalığı Norveç çapında büyük bir haber olur. Signe tüm Norveç'te ilgi odağı haline gelir. Bu sırada Signe, "dezavantajlı" bireylere menajerlik hizmeti veren ve onları katalog çekimlerinde kullanan bir modelik ajansına girer. Buradaki başka bir modelle rekabetinden ötürü iyice hırslanan Signe, yeniden Lidexol kullanmaya başlar ve yüzündeki deformiteler iyice belirginleşir. En sonunda ünlü bir firmanın katalog çekimlerine katılmayı başarır fakat bu çekimler sırasında durumu iyice ağırlaşır ve yeniden hastaneye kaldırılır. Hastaneden çıktığında erkek arkadaşı da yaptığı hırsızlıklardan ötürü gözaltına alınmış olan Signe, kendini derin bir yalnızlığın içinde bulur ve her şeyi gazeteci arkadaşına itiraf eder. Signe'nin kendisiyle yüzleştiği bir sekans ile film sona erer.

Bu filmde Signe'nin tipik yapay bozukluk belirtilerini gösterdiğini görüyoruz. Yapay bozukluk fiziksel veya ruhsal belirtilerin taklit edilmesi, yaralama veya hastalık oluşturmanın aldatma niyetiyle yapılması ile karakterizedir. Önceleri "Münchausen Sendromu" olarak bilinen Yapay Bozukluk (Factitious Disorder), DSM 5'te bazı değişiklikler yapılarak "Bedensel Belirtiler ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altına alınmıştır ve "Kendisine Yüklenen Yapay Bozukluk (Factitious Disorder Imposed on Self) ve Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (Factitious Disorder Imposed on Another)" başlığı altında 2 kategoriye ayrılmıştır (1). Münchausen Sendromu'nun erişkinlerde gözlenen formu ilk kez 1951'de hastane hastane dolaşıp hastalık öyküleri uyduran ve kendilerine gereksiz yere birçok cerrahi girişim uygulatan bir grup hastayı belirtmek için Baron von Münchausen anısına Asher tarafından isimlendirilmiştir (2). Karl Fredrich von Münchausen 18. yüzyılda yaşamış bir Alman Baronuydu ve Rus ordusunda paralı süvari idi. Rus-Osmanlı savaşından dönüşte arkadaşlarına, komşularına kahramanlıklarıyla ilgili öyküler anlatmaya başladı. Öyküleri o kadar abartıldı ve yayıldı ki, sonunda yalan olduğu ortaya çıkınca yalancılığıyla ünlendi. Bu nedenle yalan hastalık öyküleri anlatanları tanımlayan sendroma ismi verildi (3).

Münchausen Sendromu hastanede yatan tüm hastaların yaklaşık %1,3'ünde görülür (4). Bu yüzden yapay bozuklukların ayırıcı tanısı çok önemli olsa da, hekimler için bir hayli zorlayıcı olmaktadır. Yapay bozukluğun belirlenmesi hastalığa neden olan davranışların doğrudan gösterilmesine bağlı olduğundan tanılama oldukça zordur. Tanı, açık dışsal ödüller olmaksızın sahte hastalık kurgusu oluşturma, belirtileri taklit etme ya da hastalığa sebep olmak için aldatma amaçlı davranışları gizlice yapmayı gerektirir (1).

Temaruz (yalan yapma) ise bir cezadan, bir yükümlülüğün kurtulmak, bir yarar sağlamak amacıyla bilerek ve isteyerek bir hastalığı taklit etme veya mevcut olan bir hastalığı inkâr veya en az bir halde gösterme davranışdır (2). Temaruzda yapay bozukluklardan farklı olarak doğrudan bir kazanç elde etme durumu vardır. Temaruzda genellikle kazanç ihtimali ortadan kalktığında belirti ve bulgu üretimi kişi tarafından bitirilir. Temaruz ve yapay bozukluklar birçok durumda iç içe geçmiş olabilir. Örneğin filmdeki vakada da yapay bozuklukla başlayan Signe'nin hikayesine, Signe'nin bu durumdan bir kazanım elde edeceğini fark etmesi ve katalog çekimlerinde ön plana çıkmak için ilaç kullanımını arttırmasıyla temaruz da dahil olmuştur.

Bakım Veren Yapay Bozukluğu ise bakmakla yükümlü kişi -genellikle de anne- tarafından çocukta bir hastalık varmış gibi gösterme, hastalık üretme, mevcut hastalığı olduğundan ağır bir bozukluk gibi abartarak sunma ya da doğrudan müdahaleyle çocukta hastalık yaratma olarak bilinen, mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek bir çocuk istismarı türüdür (1). Eski ismiyle Münchausen by Proxy Sendromu olarak bilinen bu bozukluğun hekimler tarafından tanınması çocuk sağlığı açısından çok kritiktir. Münchausen by Proxy Sendromu çocuk istismarlarının yaklaşık %0,04'ünü oluşturur (4).

Görece ender görülen bir bozukluk olması nedeniyle yapay bozukluk için etkin yaklaşım ve sağaltım yöntemlerini gösteren bilgiler hala yetersizdir. Yüzleştirmenin, hastanın belirtileri yapay olarak ortaya çıkardığını kabul etmesini sağlamadığı gibi; sağaltımın bırakılmasına neden olabildiği saptanmıştır. Bu nedenle yüzleştirmenin mümkün olduğunca geciktirilmesi, hastaların destekleyici yaklaşımla izlenmesi, eşduyumsal bir hasta-hekim ilişkisi kurulması ve hastanın hastalık ortaya çıkarmaya yönelik davranışlarının zaman içerisinde değiştirilmeye çalışılması en uygun yaklaşım olacaktır (5).

Kimi olayların kurbanlarının, gerek ana akım gerek sosyal medyada ilgi odağı haline gelmesi; yapay bozukluğa sahip bireylerin kurguladıkları hastalıklarından ötürü çekecekleri dikkati maksimize etmekte ve onları bu konuda daha motive hale getirmektedir. Aynı zamanda, toplumda oluşturacakları acıma duygusuyla çeşitli kazançlar elde edeceğini düşünen başka bireyler de hastalık rolü yapmaya ve bir adım ilerisinde kendilerini hasta etmeye varan eylemlerde bulunabilirler. Bütün bu bireyler kendilerine ve çevrelerine hem fiziksel hem de psikolojik olarak zarar verebilirler. Öte yandan, bu bireylerin kurguladıkları hastalıklarının tanısı için sürekli sağlık kuruluşlarına başvurdukları, hekimleri gereksiz birçok tetkik yapmak durumunda bıraktıkları hatta birçok kez çeşitli hastanelerde yatan hasta hizmeti aldıkları hesaba katılırsa sağlık sistemine de büyük bir yük oluşturmakta oldukları çıkarımı yapılabilir. Bu bağlamda toplumlarda görülen “Kurban Yüceltme” kültürünün sorgulanması ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması toplum sağlığı için büyük önem arz etmektedir.

Sonuç olarak bu filmi izlemek; henüz başlamakta olan hekimlik hayatımda, herhangi bir hastanın hastalığının ayırıcı tanısını yaparken yapay bozukluğu da mutlaka aklımda bulundurmam gerektiği fikrini bana aşıladı. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının bu filmi izlemesi yapay bozukluk açısından farkındalıklarını artıracığından; poliklinik ve servis hizmetleri verirken yapay bozukluktan çok daha erken şüphelenmelerini, gereksiz tanı ve tedavi işlemlerinden uzaklaşmalarını sağlayıp, hem hastaların daha hızlı iyileşmelerini sağlayacak hem de sağlık sistemine binen büyük bir yükün ortadan kalkmasına sebep olacaktır. Ayrıca “Bakım Veren Yapay Bozukluğu” da ciddi bir çocuk istismarı türü olup, bunun da hem sağlık çalışanları hem de toplum tarafından tanınması çocuklarımızın geleceği açısından çok önemlidir. Her ne kadar bu film “Kendisine Yüklenen Yapay Bozukluk” üzerine olsa da “Bakım Veren Yapay Bozukluğu”nun da toplum tanınırlığını artıracaktır.

## KAYNAKLAR

1. Özdemir DF. Yapay bozukluk/bakım veren yapay bozukluğu olgularına psikodinamik bakış ve klinik yaklaşım: Bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2020; 23: 503-517.
2. Türkçüer İ, Serinken M, Sengül C, Özen M. Munchausen Sendromu mu? Yoksa Temaruz mu? Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010; 10 (1): 38-40.
3. Eşiyok B, Hancı İH. Yapay Bozukluk: Munchausen Sendromu. STED 2001; 10 (9): 326.
4. Abeln B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. Nurs Clin N Am 2018; 53: 375-384.
5. Erol A, Bayram S, Mete L. Çok Sayıda Ruhsal Bozukluğu Taklit Eden Bir Yapay Bozukluk Olgusu. Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5: 249-253.