

TIBBI GIRISIMI REDDEDEN HASTANIN  
KARAR VERME YETERLIGININ  
DEGERLENDIRILMESI

**Dr.Cagri Kalaca**

Aile Hekimligi Uzmanlik Tezi

*Ankara, 1994*

# I. İÇİNDEKİLER

II. TABLOLAR DIZINI.....	vi
III. GRAFIKLER DIZINI.....	xiii
IV. GIRIS .....	1
V. GENEL BİLGİLER.....	3
A. Temel Kavramlar	3
1. Tibbi Girişim	3
a) Tani/Tedavi/Koruyuculuğa Yönelik Tibbi Girişim	3
b) Bilimsel Arastirmalarda Tibbi Girişim	4
c) Tibbi Girişimin Özellikleri	4
(1) Girişimin Tehlikeliliği:	4
(2) Girişimin Olası Olumsuz Sonuçları:	5
(3) Girişimin Zorunluluk Derecesi:	5
2. Tibbi Girişimi Reddetme: Onam Vermeme	6
a) Onam İle İlgili Kavramlar	6
(1) Onam Kosulları	6
(a) Bilgilendirme	7
(b) Karar Verme Yeterliği	7
(c) Gönüllülük	7
(2) Onam Türleri	7
(a) Dolaylı Onamlar	7

(b) Aydınlatılmış Onam	8
(c) Vekil Aracılığıyla Onam (Proxy Consent)	9
(3) Onam ve Önceden Hazırlanan Talimatlar (Advance Directives)	9
b) Tipta "Paylaşılan Karar"	10
(1) Paternalizm ve Özerklik	10
(a) Tipta Paternalizm (Babacılık)	10
(b) Tipta Özerklik (Otonomi)	12
(2) Tipta "Paylaşılan Karar"	14
(a) Tipta Kararların Paylaşılmasını Etkileyen Bazı Etkenler	14
(b) Psikiyatri ve Paylaşılan Karar	15
3. Karar Verme Yeterliği	16
a) Karar Verme Yeterliği	16
(a) Yeterlik	16
(b) Karar verme kapasitesi	16
(c) Akılcılık	17
b) Hukukta Yeterlik	18
(1) Ceza Ehliyeti Kavramı	18
(2) Hukuki Ehliyet Kavramı	18
4. Psikiyatride Kavramlar	20
a) Liyezon Psikiyatrisi	21
b) Adli Psikiyatri	21

B. Tibbi Girisimi Reddetme	22
1. Giris	22
2. Etik Yaklasim	24
a) Ilkeler	24
(a) Özerklik Ilkesi:	24
(b) Zarar Vermeme Ilkesi:	24
(c) Yararli Olma Ilkesi:	24
(d) Adalet Ilkesi:	25
b) Tibbi Girisimin Reddedilmesi Durumu Ve Tip Etiği	25
3. Hukuksal Yaklasim	26
4. Tibbi Girisimin Reddi ve Saglik Hizmetinin Sunumu	27
(a) Hasta-Hekim (Hasta-Saglik Çalisani) Iliskisi	27
(b) Saglik Kurumunun Nitelikleri	27
(c) Saglik Sistemleri	28
(d) Saglik Egitimi	28
5. Tibbi Girisimin Reddi ve Bazi Psikiyatrik Bozukluk ya da Hastaliklar	29
a) Organik Beyin Sendromu / Akut (Deliryum)	30
Karar Verme Yeterligi Açisindan Deliryum	31
b) Organik Beyin Sendromu / Kronik (Demans)	31
Karar Verme Yeterligi Açisindan Demans	32
c) Sizofreni	32

Karar Verme Yeterligi Açısından Sizofreni	33
d) Sanrisal Bozukluklar	33
Karar Verme Yeterligi Açısından Sanrisal Bozukluklar	34
e) Duygulanım Bozuklukları	34
Karar Verme Yeterligi Açısından Duygulanım Bozuklukları	36
6. Tibbi Girişimin Reddi ve Dahili / Cerrahi Hastalıklar	37
a) Sıddetli ve/veya Sürekli Ağrı Öyküsü	37
b) Kisinin Hastalığı Tarafından Kısıtlanması	38
c) Ölümcül Prognoz	39
d) Süregen Hastalıklar	40
7. Tibbi Girişimin Reddi ve Önerilen Tibbi Girişim	40
8. Tibbi Girişimin Reddi ve Yaş	41
a) Küçükler	41
b) Yaşlılar	41
9. Tibbi Girişimin Reddi ve Özellikli Bazı Durumlar	42
a) Ötanazi	42
b) Kalıcı Bitkisel Yaşam	42
c) Anoreksia Nervosa	43
d) Dinsel İnançlar Nedeniyle Tibbi Girişimi Reddetme	43
e) Siyasal Nedenlerle Tibbi Girişimi Reddetme	44

C. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi	45
1. Giriş	45
2. Nasıl Değerlendirilmeli?	46
a) Ruhsal Durum Muayenesi	46
b) Yeterlik Görüşmesi	47
c) Yeterlik Değerlendirilmesinde, Değişken Ölçek	47
3. Kim Değerlendirmeli?	48
4. Yeterlik Değerlendirilmesinde Düşülen Bazı Hatalar	49
5. Yeterlik Değerlendirmesi Kayıtları	50
D. Tıbbi Girişimin Reddi Durumu İçin Yol Gösterici Bazı Notlar	52
1. Hastanın Karar Verme Yeterliği Varsa:	52
2. Hastanın Karar Verme Yeterliği Yoksa:	52
a) Daha Önce Yeterlik Tasıdığı Hastada:	52
b) Daha Önce Herhangi Bir Biçimde Yeterlik Tasıdığı	
Hastada:	54
VI. AMAÇLAR	55
VII. GEREÇ VE YÖNTEM	56
VIII. BULGULAR VE TARTISMA	59
IX. SONUÇLAR	135
X. ÖNERİLER	140
XI. ÖZET	141
XII. KAYNAKLAR	143

## II. TABLOLAR DIZINI

Tablo 1.	Çalışmaya Katılanların Yas ve Cinsiyete Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	59
Tablo 2.	Çalışmaya Katılanların Görev Yaptıkları Kurum ve Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	61
Tablo 3.	Çalışmaya Katılanların Mezun Oldukları Fakülteye Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	63
Tablo 4.	Çalışmaya Katılan Psikiyatri Uzmanlarının, Uzmanlık Aldıkları Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	64
Tablo 5.	Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlilerinin, Görev Yaptıkları Kurumlar Ve Uzmanlık Eğitimine Başlama Yıllarına Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	65
Tablo 6.	Çalışmaya Katılanların "Kendilerini Yakın Buldukları Psikiyatrik Ekol" Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (Ankara, 1994)	66
Tablo 7.	Herhangi Bir Ekole Yakın Olduklarını Belirtenlerle Belirtmeyenlerin, Görev Yaptıkları Kuruma Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	67
Tablo 8.	Herhangi Bir Ekole Yakın Olduklarını Belirtenlerle Belirtmeyenlerin, Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	69
Tablo 9.	Genel Amaçlı Konsültasyon Sayısına Göre Kurumların Dağılımı. (Ayda /Ortalama) (Ankara, 1994)	71
Tablo 10.	"Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi" (HKVYD) Amacıyla İstenecek Konsültasyon Sayısının, Kurumlara Göre Dağılımı. (Ayda/Ortalama) (Ankara, 1994)	72
Tablo 11.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla Konsültasyon Yapmış Olan Psikiyatristlerin, Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	73

Tablo 12.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla İstenecek Konsültasyonun Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	74
Tablo 13.	Değişik Yıllarda Psikiyatri Uzmanlığı Eğitimine Başlayan Araştırma Görevlilerinin, Genel Amaçlı Psikiyatri Konsültasyonu Yapmalarına Göre Dağılımları. (Ankara, 1994)	76
Tablo 14.	Değişik Yıllarda Psikiyatri Uzmanlığına Başlayan Araştırma Görevlilerinin, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla Konsültasyon Yapmalarına Göre Dağılımları. (Ankara, 1994)	77
Tablo 15.	Öğretim Üyelerinin, Görevlerine ve Genel Psikiyatri Konsültasyonu Konusundaki Durumlarına Göre Dağılımı. (Ayda / Ortalama) (Ankara,1994)	79
Tablo 16.	Öğretim Üyelerinin, Görevlerine ve Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Durumlarına Göre Dağılımı. (Ankara,1994)	80
Tablo 17.	Çalışmaya Katılanların, "Hastanın Karar Verme Yeterliği Tasarımı İçin Kesinlikle Bulunması Gereken Özellikler" Konusunda Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	82
Tablo 18.	"Karar Verme Yeterliği Açısından Değerlendirmeye Alınması Gereken Hasta Grubunun" Dağılımı (Ankara, 1994)	85
Tablo 19.	Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Değerlendirmenin Değişik Asamalarda Kimler Tarafından Yapılacağına İlişkin Yanıtların Dağılımı. (Ankara, 1994)	86
Tablo 20.	Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Değerlendirmenin Birinci ve İkinci Asamalarda Kimler Tarafından Yapılacağına İlişkin Yanıtların Dağılımı. (Ankara, 1994)	88



Tablo 21.	Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Degerlendirmenin Ikinci ve Üçüncü Asamalarda Kimler Tarafından Yapilacagina Iliskin Yanitlarin Dagilimi. (Ankara, 1994)	89
Tablo 22.	Hastanin Karar Verme Yeterliginin Ne Tür Bir Yöntemle Degerlendirilmesi Gerektigine Iliskin Yanitlarin Dagilimi. (Ankara, 1994)	91
Tablo 23.	Hastanin Karar Verme Yeterliginin Ne Tür Bir Yöntemle Degerlendirilmesi Gerektigine Iliskin Yanitlarin Göreve Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	92
Tablo 24.	Hastanin Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesinde Kullanilacak Yöntemlerin, Bu Konuda Konsültasyon Yapma Durumuna Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	94
Tablo 25.	Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi İçin Hastayla Görüsmeye Baslamak İçin Yerine Getirilmesi Istenen Kosullarin Dagilimi. (Ankara, 1994)	95
Tablo 26.	Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi İçin Hastayla Görüsmeye Baslamak İçin Yerine Getirilmesi Istenen Kosullardan Hastanin Aydinlatilmasina Iliskin Yanitlarin Dagilimi. (Ankara, 1994)	96
Tablo 27.	Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi İçin Hastanin Aydinlatilmasini "Her Zaman Önemli" Bir Önkosul Olarak Kabul Edenlerle Etmeyenlerin Cinsiyete Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	97
Tablo 28.	Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi için Hastanin Aydinlatilmasini "Her Zaman Önemli" Bir Önkosul Olarak Kabul Edenlerin Cinsiyete ve Göreve Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	98
Tablo 29.	Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi İçin Hastanin Aydinlatilmasini "Her Zaman Önemli" Bir Önkosul Olarak Kabul Edenlerle Etmeyenlerin Kurumlara Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	99

Tablo 30.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Önem Açısından Verilen Puana Göre Dağılımı (Ankara, 1994)	100
Tablo 31.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Bazı Tıbbi Özelliklerin, Önem Açısından Verilen Puana Göre Dağılımı (Ankara, 1994)	101
Tablo 32.	Psikiyatrik Özgeçmişte Saptanan Bazı Durumların, Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkileri Yönünden Dağılımı. (Ankara, 1994)	103
Tablo 33.	Psikiyatrik Özgeçmişte Saptanan Bazı Durumların Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkisine ve Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	105
Tablo 34.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Ruhsal Durum Muayenesiyle İlgili Bazı Özelliklerin Verilen Puana Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	107
Tablo 35.	Bazı Psikiyatrik Bozukluk ve Hastalıkların Hastanın Karar Verme Yeterliğindeki Etkisi Yönünden Dağılımı. (Ankara, 1994)	108
Tablo 36.	Bazı Psikiyatrik Bozukluk ve Hastalıkların Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkisine ve Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	110
Tablo 37.	Karar Verme Yeterliği Tasımadığı Saptanan Bir Hastaya, Tıbbi Girişimin Uygulanması Konusunda Son Kararı Verecek Olanların Aldıkları Puana Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	112
Tablo 38.	Tıbbi Girişimi Reddeden Bir Hastanın Karar Verme Yeterliği Konusunda Çelişkiye Düşülmesi Durumunda; Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında Hekimlerin Yer Aldıkları Konuma Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	114
Tablo 39.	Tıbbi Girişimi Reddeden Bir Hastanın Karar Verme Yeterliği Konusunda Çelişkiye Düşülmesi Durumunda; Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında	

	Hekimlerin Yer Aldıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	116
Tablo 40.	Hastanın Karar Verme Yeterliği Tasadığına İlişkin Kararın Arastirmaya Katılanlarca Nasıl Dile Getirileceğine İlişkin Dağılım. (Ankara, 1994)	118
Tablo 41.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Ne Tür Bir Yöntemle Değerlendirilmesi Gerektigi ile; Karar Verme Yeterliği Tasiyan Bir Hastaya İlgili Kararın Dile Getirilmesine İlişkin Dağılım. (Ankara, 1994)	119
Tablo 42.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tibbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	120
Tablo 45.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tibbi Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	121
Tablo 44.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Etik Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	122
Tablo 45.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Hukuksal Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	123
Tablo 46.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tibbi Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Kurumlarına Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	125
Tablo 47.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Etik Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Kurumlarına Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	126

Tablo 48.	Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Hukuksal Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Kurumlarına Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	127
Tablo 49.	Arastirmaya Katılanların, Hastanın İki Önemli Hakkı Karsisinde Hekimlerin Yer Alması Gereken Konum ve Etik Bilgileri Konusundaki Yanıtlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	129
Tablo 50.	Arastirmaya Katılanların, Hastanın İki Önemli Hakkı Karsisinde Hekimlerin Yer Alması Gereken Konum ve Etik Bilgileri Konusundaki Yanıtlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	130
Tablo 51.	Hastanın Karar Verme Yeterliği Değerlendirmesiyle İlgili Olarak Yapılması Gereken Çalışmalar Konusunda Verilen Puana Göre Dağılım. (Ankara, 1994)	131
Tablo 52.	Hastanın Karar Verme Yeterliği Değerlendirmesiyle İlgili Olarak Yapılması Gereken Çalışmalar Konusundaki İlk Seçeneklerin Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	133
Tablo 53.	Hastanın Karar Verme Yeterliği Değerlendirmesiyle İlgili Olarak Yapılması Gereken Çalışmalar Konusundaki İlk Seçeneklerin Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	134

### III. GRAFIKLER DIZINI

Grafik 1.	Çalışmaya Katılanların Yas ve Cinsiyete Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	60
Grafik 2.	Çalışmaya Katılanların Kurum ve Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	62
Grafik 3.	Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlilerinin, Görev Yaptıkları Kurumlar Ve Uzmanlık Eğitimine Başlama Yıllarına Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	66
Grafik 4.	Belirtilen Ekollerin Devlet Hastanesi ve Üniversitelere Dağılımı. (Ankara, 1994)	68
Grafik 5.	Belirtilen Ekollerin Araştırma Görevlisi ve Öğretim Üyelerine Dağılımı. (Ankara, 1994)	70
Grafik 6.	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla Yapılan Konsültasyonun, Kurumlara ve Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)	75
Grafik 7.	Değişik Yıllarda Psikiyatri Uzmanlığına Başlayan Araştırma Görevlilerinin, Genel Konsültasyon ve HKVYD Konusunda Konsültasyon Yapmalarına Göre Dağılımları. (Ankara, 1994)	78
Grafik 8.	Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Değerlendirmenin Değişik Asamalarda Kimler Tarafından Yapılacağına İlişkin Yanıtların Dağılımı. (Ankara, 1994)	90
Grafik 9..	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Ne Tür Bir Yöntemle Değerlendirilmesi Gerektigine İlişkin Yanıtların Göreve Göre Orantısal Dağılımı. (Ankara, 1994)	93
Grafik 10.	Psikiyatrik Özgeçmişte Saptanan Bazı Durumların Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkisine ve Görevlere Göre Orantısal Dağılımı. (Ankara, 1994)	106

Grafik 11.	Bazi Psikiyatrik Bozukluk ve Hastaliklarin Hastanin Karar Verme Yeterligine Etkisine ve Görevlere Göre Orantisal Dagilim. (Ankara, 1994)	111
Grafik 12.	Tibbi Girisimi Reddeden Bir Hastanin Karar Verme Yeterligi Konusunda Çeliskiye Düsülmesi Durumunda; Hastanin Iki Önemli Hakki Karsisinde Hekimlerin Yer Aldiklari Konuma Göre Dagilim. (Ankara, 1994)	115
Grafik 13.	Tibbi Girisimi Reddeden Bir Hastanin Karar Verme Yeterligi Konusunda Çeliskiye Düsülmesi Durumunda; Hastanin Iki Önemli Hakki Karsisinde Hekimlerin Yer Aldiklari Konuma ve Görevlerine Göre Orantisal Dagilim. (Ankara, 1994)	117
Grafik 14.	Anketi Yanitlayanlarin, Hastanin Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi Konusundaki Tibbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açisindan, Kendilerini Tanimladiklari Konuma Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	120
Grafik 15.	Hastanin Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi Konusundaki Tibbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açisindan, Kendilerini Yeterli Görenlerin Görevlerine Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)	124

## IV. GIRIS

Tüm dünyada *hasta haklari* konusu, son yirmi yilda, -özellikle de son on yilda artan bir biçimde- saglikla ilgili kamuoyunun gündemine yerlemis bulunuyor. Bunun degisik toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal nedenleri olmakla birlikte, temel olarak *insan haklari ve kisi hukuku* konusunda yasanan gelismelerin bir yansimasi olduğu söylenebilir.

Gerçekte bu sürecin, Nazi savaşı suçlularinin yargilandiği Nürnberg Mahkemeleri döneminde başladığı da öne sürülebilir. Bu mahkemeler süresince tıbbin kötüye kullanımının somut sonuçları gözlenmiş ve tıp etkinliği daha kuskucu bir bakışla değerlendirilir olmuştur. Nürnberg Mahkemelerinin ardından tüm dünyada, tıp etiği alanında değişik örgütlenmeler oluşturulmuştur.

Bu arada son otuz yilda saglik, sistemlerin hizmet sektöründeki baslica endüstrilerinden birine dönüşmüştür. Bu sürecin doğal bir sonucu olarak, önceleri hekim çevrelerinde oluşturulan örgütlenmelere daha sonra, bir örneğini Hollanda'da gördüğümüz *Hastalar ve Tüketiciler Platformu* türü tüketici örgütlenmeleri de eklenmiştir. Meslek hataları sıklıkla dava konusu olmaktadır. Saglik hizmetlerine kaynak yaratan sigorta kuruluşları da bu çerçevede yerini almaktadır.

Hasta hakları konusunda yasanan tartışmalarda, terazinin bir kefesine *hastanın bilgisine bile başvurmadan onun yararını gözetmek ve onun adına en doğru kararı vermek* türü paternalist yaklaşımlar konuşurken, diğer kefeye, kişinin *kendi yazgısını belirleme hakkı ve özerkliğine saygı ilkesi* konuşmaktadır.

Hasta, kendisiyle ilgili kararlara katılması, son kararı verebilmesi için hastalığı, önerilen tıbbi girişimin özellikleri, diğer seçenekler ve olası sonuçları konusunda aydınlatılmalıdır. Ancak alınacak onamin geçerli olabilmesi için hasta *karar verme yeterliği* tasımalıdır.

Tıbbi girişimin reddi konusu, önceleri salt psikiyatri hastalarının sorunu olarak algılanmasına karşın, gerçekte genel tıpta da sık karşılaşılan bir durumdur ve 80'li yıllardan başlayarak tartışılmakta ve araştırılmaktadır.

Hastanın tıbbi gırisimi reddetmesi durumu, hekim açısından bir ikilem dogurmaktadır: Bir yanda hastanın kisiligine, kararlarına ve özerkliğine saygı ilkesi, diğeri yanda hasta için en iyi olanı yapma, zarar vermeme ilkeleri ve hastanın sağılığını geliştirici yönde çalışma görevi...

Bu çalışmanın yola ıkis amacı, bu ikilemin çözümü ılastırılmasında önemli bir islevi olan "*karar verme yeterligi değerlendirmesi*"ne ilişkin tanımlayıcı unsurların, psikiyatristlerin değerlendirmeye ilgili bilgi ve tutumlarının gözden geçirilmesidir.

Çalışma, psikiyatri kliniğinin disında, dahili ya da cerrahi kliniklerden birinde yatmakta olan ve önerilen tıbbi gırisimi reddeden hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesiyle sınırlanmıştır. Ülkemizde birinci basamak hizmet sunumunda yaşanan yetersizlikler, hastaların disardan sağılıklı bir biçimde izlenmesi için gerekli koşulların bulunmaması gibi nedenlerle, yalnızca yatan hastaların değerlendirilmesi konu edilmiştir.

Öte yandan psikiyatri hastalarının tıbbi gırisimi reddi sorunu araştırma kapsamının disında tutulmuştur; çünkü, bu hastaların tıbbi gırisimi reddetmesi durumunda, *karar verme yeterliğinin* disında *tehlikelilik* gibi başka değerlendirme ölçütleri de bulunmaktadır.

Yine, tani ya da tedavi amacı tasımayan bilimsel araştırmaların yapılması sırasında söz konusu olan yeterlik değerlendirmesi de bu çalışmanın kapsamına alınmamıştır; çünkü, bu tür durumlarda araştırmalara katılan kişilerin yeterlikleri, önerilen tıbbi gırisimi reddetme değil kabul etmeleri durumunda tartisima konusu olacaktır.

Yapılan alışma ile, hastanın karar verme yeterligi ile ilgili tartisimaların gelişmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.



# V. GENEL BILGILER

## A. Temel Kavramlar

### 1. Tibbi Girişim

#### a) Tani/Tedavi/Koruyuculuğa Yönelik Tibbi Girişim

Genel olarak, yetkili sağlık personeli tarafından, kişinin sağlığına yönelik olarak gerçekleştirilen eylemlerin tümü tıbbi girişim olarak tanımlanabilmektedir. Kavramın kapsamı, yalnızca bir fizik muayeneden, en karmaşık cerrahi girişimlere dek uzanmaktadır.

Hekim, "*bir hastalığı önlemek, ortadan kaldırmak veya iyileşmesini çabuklaştırmak, hastalığın tehlikesini azaltmak, yarattığı ızdırapları teskin etmek, ağrıları ortadan kaldırmak veya hafifletmek*" amacıyla girişimde bulunmalıdır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13. maddesinde, hekimlerin "*...teşhis, tedavi, veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemeti azaltacak bir şey yapamayacakları*" belirtilmiştir.<sup>1</sup>

Kişinin beden bütünlüğü üzerinde gerçekleştirilen bir eylem olarak da görülebilecek olan tıbbi girişimin, hukuksal ve etik olarak haklı görülebilir olması için bazı koşullar yerine getirilmiş olmalıdır.<sup>2</sup> *Onam (rıza)* bu koşulların başında gelmektedir. Tıbbi girişim uygulanan kişinin durumuna göre, değişik biçimlerde onam alınması söz konusudur.

Hukuksal açıdan tıbbi girişim tanımı, "*tip mesleğini icraya yetkili bir kişi (hekim) tarafından, doğrudan ya da dolaylı tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyeti ifade eder. Bu faaliyetler en basit teşhis ve tedavi yöntemlerinden en ağır cerrahi müdahalelere (ameliyatlara) kadar uzanır.*" Bu tanımın Türk hukuku yönünden unsurları, hekim tarafından gerçekleştirilmiş olmak ve doğrudan ya da dolaylı olarak tedavi amacına yönelik olmak olarak tanımlanmaktadır.<sup>3</sup>

Bu bölümde tıbbi girişimin bir öncülü olarak tıbbi tanı, unsurları, niteliği, kesinleştirilmesindeki güçlükler ve tanı hataları tartışma konusu yapılmamıştır.

### **b) Bilimsel Arastırmalarda Tıbbi Girişim**

Yukarıda değinildiği gibi tıbbi girişim tanımı, tanı, tedavi, ya da koruyucu amaçlarla gerçekleştirilenler dışında, bilimsel araştırmalardaki girişimler için de kullanılabilir. Bilimsel araştırmalarda yer alan kişilerin konumu açısından bu tür araştırmalar; "birincil amacı hastanın tanısına ya da tedavisine yönelik olanlar" ve "birincil amacı salt bilimsel olan ve araştırmada yer alan kişinin tanısı ya da tedavisiyle doğrudan doğruya ilgili olmayan tıbbi araştırmalar." olarak iki grupta değerlendirilmektedir.<sup>4</sup>

İkinci grupta kabul edilebilecek tıbbi girişimler, bu araştırmanın kapsamına alınmamışlardır.

### **c) Tıbbi Girişimin Özellikleri**

Bir tıbbi girişimin uygulanıp uygulanmayacağına, risk ve yararların tartışıldığı bir sürecin sonucunda karar verilmektedir. İki uç noktadan örnek vermek gerekirse: Bir tıbbi girişim, apendektomide olduğu gibi, açık ve çok yüksek bir yararlığa karşın ihmal edilebilecek risk taşıyabilir. Ya da bir tıbbi girişim, taşıdığı yüksek riske karşın düşük bir yararlılık sağlayabilir. (Örneğin kalp transplantasyonu girişimi gibi.)

Her tıbbi girişim, az ya da çok bir riskin, sağlanacak yararlar adına göze alınması anlamına gelir.

#### ***(1) Girişimin Tehlikeliliği:***

Bazı durumlarda *girişim sırasında zorunlu olarak yürütülen işlemler* nedeniyle tehlike doğmaktadır. (Bazı beyin tümörü ya da damar ameliyatlarında, anjiyografi uygulamasında olduğu gibi.)

Bazı durumlarda tehlike, *girişim sonrası yan etkiler ya da komplikasyonlar* biçiminde ortaya çıkmaktadır. (Karaciğer ameliyatlarında, kemoterapi ya da altın tozları gibi bazı ilaçlarla tedavi sonrasında olduğu gibi.)

Ayrıca *girisim ekibinin hata yapmasından, kullanılan araç-gereç ya da fiziki kosulların yetersizliğinden* kaynaklanabilecek tehlikeler de söz konusu olabilmektedir.

### **(2) *Girisimin Olası Olumsuz Sonuçları:***

Uygulanan bir tıbbi girişim, önceden bilinerek ya da olası bir komplikasyonun sonucu olarak bazı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir.<sup>2</sup>

Örneğin, bir tıbbi girişim kistide *geçici ya da kalıcı şekillerde* sonuçlanabilmektedir. (Amputasyon ameliyatları sonrası bedensel özür, bazı beyin ameliyatları sonrasında bedensel ya da zihinsel özür, bazı kadın hastalıkları ya da doğum ameliyatlarından sonra ortaya çıkan kısırlık sorunu gibi.)

Tıbbi girişim kişinin *yaşam niteliğini düşürebilmektedir*. (Bazı barsak ameliyatlarından sonra kolostomi torbasına bağlı yaşamak, amputasyon ameliyatlarından sonra bedensel işlevlerinin bir bölümünü yitirmek, ya da yaşamını baskalarının bakımına bağlı olarak sürdürmek gibi.)

### **(3) *Girisimin Zorunluluk Derecesi:***

Durumun ivedilik göstermesi (batıniçi şiddetli kanamalarda, apandisitte ya da akut bakteriyel endokarditte olduğu gibi) ya da durum o anda ivedi olmasa bile girişimin yaşamı kurtaracak nitelikte olması (bazı tümöral oluşumlarda olduğu gibi) türünden durumlarda girişimin zorunluluğundan söz edilebilir. *Girisimin Zorunluluğu* kavramıyla, "sağlığa ve yaşama yönelen tehlikenin ertelenememesi, başka yollarla giderilememesi" tanımlanmak istenmiştir.<sup>2</sup>

Tıbbi girişimin uygulanmasında hukuksal zorunluluk bulunması (kolerada, sifilizde olduğu gibi) ise, daha farklı bir çerçevede ele alınmalıdır.

## **2. Tibbi Girisimi Reddetme: Onam Vermeme**

### **a) Onam Ile Ilgili Kavramlar**

Onam, bu arastirmada kullanildigi anlamiyla, önerilen tibbi girisimle ilgili olarak kisiden alınan riza anlamina gelmektedir. Daha sonra deginecegimiz bazi kuraldisi durumlar disinda, hiç kimseye onami olmadan tani, tedavi ya da bilimsel arastirmaya yönelik herhangi bir tibbi girisim uygulanamaz. Kaynagini kisinin özerkligi, beden bütünlüğü ve kendi yazgisini belirleme haklarindan ve kisiye saygi ilkesinden alan onam gerekliligi, tip etigi ve insan haklariyla ilgili ulusalüstü nitelikteki belgelerde de bir hak olarak kesinlestirilmistir. Bu açıdan onam, hukuksal niteligi olan bir kavramdir.<sup>5</sup>

Onam, bazi kisisel haklarin taraflar arasinda aktarilmasinin bir zemini olusturmaktadır. Bunun anlamı sudur: Hasta onam yoluyla hekime, bedeni üzerinde bazi uygulamalarda bulunmak üzere bir hak tanimis olmaktadır. Bir anlamda onam, kisinin beden bütünlüğüne müdahale anlamina gelen tibbi girisimin, yasal ve felsefi olarak haklilasmasini saglamaktadır.<sup>6</sup>

Onamla, özellikle aydinlatilmis onamla ilgili olarak tanimlanmis olan iki önemli hakkın anilmasi yararlı olacaktır. İlki *bilme hakki (right to know)*, ikincisi de *bilmeme hakki (right no to know)*. Her iki hak da aydinlatilmis onamla ilgili hakka ve diger kisilik haklarina, (özel yasamin gizlilik gibi) dayandirilmaktadırlar.<sup>5</sup>

Alinacak onamin geçerli olabilmesi için bazi kosullar saglanmis olmalıdır. Asagida bu kosullar sunulmustur. Dikkat edilirse bu kosullarin arasinda onamin sözlü ya da yazili olarak ifade edilme zorunlulugu bulunmamaktadır. Bu nokta, onam türleri tartisilirken açilacaktır.

### **(1) Onam Kosullari**

Daha sonraki bölümde *onam türleri* tartisilirken, onam kosullarinin mutlak olmadigi da görülecektir. Ancak genel olarak, sözlü ya da yazili olarak alınan onamlarda asagidaki kosullarin varligi aranmalıdır.

### (a) Bilgilendirme

Kisi, hastaligi, hastalik süreçleri, tedavi seçenekleri, öngörülen risk ve yararlar, tedavi edilmemesinin olasi sonuçlari gibi konularda yeterli ölçüde ve anlasilabilir bir dille *aydinlatilmis* olmalidir.

### (b) Karar Verme Yeterligi

Onam veren kisi (hasta ya da bir duruma göre bir baskasi) bu onamla ilgili bilgileri anlayabilecek, ortaya çikabilecek sonuçlari degerlendirebilecek durumda olmalidir.<sup>7</sup>

### (c) Gönüllülük

Kisi onamla ilgili kararini verirken herhangi bir zorlamayla karsilasmamalidir. Önerilen tibbi girişimin risklerinin saklanması ya da küçültülmesi, yararların abartılması, hastanın direncini kırmak amacıyla ortaya çikabilecek olumsuzlukların büyütülmesi de bu *zorlamanın* kapsamında kabul edilmektedir. Ancak kuskusuz, hastaya örneğin belli bir tedaviyi üzerinde ısrarla durarak önermek bu kapsamda görülemez. Hasta, önerilen girişimi kabul etmezse, tibbi bakım sürecinin tümünden kesileceği tehdidiyle karsi karsiya bırakılmamalıdır.

## **(2) Onam Türleri**

### (a) Dolayli Onamlar

Onam, hasta tarafından yazili ya da sözlü olarak ifade edilebileceği gibi, bazı durumlarda dolayli olarak da alınabilmektedir.

Aslında dolayli onamla iki biçimde karsilasabiliriz: Kisinin karsi çikmayarak (*tacit consent*) ya da dolayli olarak kabul ederek (*implied consent*) verdiği onam; ancak tıp kaynaklarında daha çok *dolayli onam (implied consent)* anılmaktadır.<sup>6</sup>

Bu tür onamlara örnek olarak; kisi muayene olmak üzere hekime gitmisse, bu muayenenin kapsamında olduğu bilinen olagan muayene ve tetkik yöntemlerini -her asamada karsi çikma hakkıyla birlikte- kabul etmiş sayilir. Ya da, örneğin bir kanser ameliyatı sırasında, ameliyatın

baska bir açidan da genişletilmesi geregi dogacak olursa, hastanın vermiş olduğu onama bakılarak bu genişletmeye de onam verecegi kabul edilebilir.

Varsayılan onam (presumed consent) ise, kişinin söz konusu onami verebilecegi varsayimi durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kişi kendi seçimini açıklayabilecek durumda değilse ve kişi hakkında elimizde bilgi yoksa, genel olarak onun için iyi, yararlı ve akılcı olan seçeneğe onam verecegi kabul edilecektir. İşte bu durumda *varsayılan onam* söz konusu olmaktadır.

### (b) Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onamin amacı, kişinin verdiği onamin, hastalığı ve olası tedavi seçenekleri basta olmak üzere, tedavisiyle ilgili karara ulaşmasına yetecek ölçüde bilgilendirilmesidir. Gerek bilgilendirme, gerek yeterlik, gerekse gönüllülük koşulları mutlaka sağlanmış olmalıdır.

Bazı kaynaklarda, *aydınlatılmış onam* kavramına yeglenen *geçerli onam* kavramıyla eş anlamlı kabul edilebilir. Geçerli onam, alınan onamin ancak daha önceki bölümlerde sıralanan *onam koşullarının* tümünün sağlanması durumunda geçerli olabileceğini vurgulaması bakımından önemli bir kavramdır.<sup>8</sup>

Kanada yasalarına göre, onamin geçerli olabilmesi için, "belli bir hekim tarafından gerçekleştirilecek belli bir girişim" için alınmış olması gerekir.<sup>9</sup>

Aydınlatılmış onamla ilgili ayrıcalıklı durumlar arasında, aciller, hastanın karar verme yeterliği tasımaması, bilgilendirilmeme hakkını kullanması (right to not know), ve geçmişte sıklıkla başvurulan bir gerekçe olan *tedavinin önceliği (therapeutic privilege)* gibi durumların varlığı sayılabilir.

### (c) Vekil Aracılığıyla Onam (Proxy Consent)

Bu tanım da hukusal nitelikleri olan bir tanımdır. Temelde hasta kendisiyle ilgili kararları verebilecek durumda değilse, kararın onun adına verilmesi gerekecektir. Ancak bu işlev kimindir? Bu kişiyi mahkemeler atayabilmekte, hastanın kendisi yeterliğini yitirmeden önce bu kişiyi belirleyebilmektedir.<sup>10</sup>

Burada iki önemli yaklaşımın varlığına daha önce de işaret edilmisti. İlkinde, *hastanın en çok yararına* olduğu düşünülen biçimde karar verilecektir. İkincisindeyse, kararı veren kişi kendisini hastanın yerine koyacak, kararı "o olsaydı" diye düşünerek verecektir.<sup>11</sup>

### **(3) Onam ve Önceden Hazırlanan Talimatlar (Advance Directives)**

ABD ve Kanada basta olmak üzere pek çok ülkede yasal olarak geçerli kabul edilen, değişik nitelikteki "*önceden hazırlanan talimatlar belegeleri*", kişilere, karar verme yeterliklerini yitirdikten sonra tedavileriyle ilgili kararlarda kullanılmak üzere, önceden yol gösterici talimatlar hazırlama olanığı yaratmaktadır.<sup>12,13</sup>

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990'ların başında yılında yürürlüğe giren *Hastanın Kendi Yazgısını Belirlemesi Yasası*'nda (PSDA) bu belgelerle ilgili düzenlemeler yer almaktadır.<sup>14</sup>

Bu belge iki türlü olabilmektedir. İlki, gerek tıbbi gerekse kişinin değerlerine ilişkin ayrıntılı talimatlar içeren, *yol gösterici talimatlar (instructive directives)*; ikincisi de, yerine kimin karar vermesini istediğini belirten *vekil yetkilendirme belgesi (proxy designation)*.

İlki için *yasama ilişkin vasiyet* anlamına gelen *living will* belgesi örnek verilebilir. İkinci belge içinse, *saglık bakımı konusunda vekaletname* belgesi örnektir.

## **b) Tipta "Paylasilan Karar"**

### ***(1) Paternalizm ve Özerklik***

Hekimle hasta arasında çok eski çağlardan beri etik ilkelere ve güvene dayalı olarak sürdürülen ve hekimin paternalist ağırlığının belirlediği ilişkinin niteliği ve biçimi çoktandır tartışılmaktadır. Günümüzde gerek tıp teknolojisi ve hizmet sunumunun karmaşıklaşması, gerekse çağımıza damgasını vuran birey hak ve özgürlüklerinde hızlı gelişmeler yaşanması, *sefkatli bir otoriteye* ya da başka bir tanımlamayla *sahte sevgiye dayalı otoriteye (paternalizme)* dayalı bu ilişkide önemli değişimlere yol açmaktadır.

Öncelikle saptanması gereken nokta şudur: Hekimle hastası arasındaki ilişki artık, etik ilkelere daha çok *sözleşme ilkelerine* göre belirlenmektedir. Hasta, hekim ve bu arada sağlık sistem ve organizasyonları karşısında *özerkliğini, kendi yazgısını belirleme* hakkını güvenceye almak gereğini duymaktadır.<sup>15</sup>

Bu ilişki biçiminde *paylaşılan karar* söz konusu olacaktır. Ancak paylaşılan karara geçmeden önce, paternalizm ve özerkliğin temel niteliklerine kısaca değinmek gerekmektedir.

### **(a) Tipta Paternalizm (Babacılık)**

Geleneksel tıp anlayışında hekim paternalist (babaca) bir yaklaşımla, kendisinden yardım istemeye gelen hastanın durumunu değerlendirmekte, hasta için *en iyi* ve *en yararlı* olduğuna inandığı yönde karar vermekte ve hastaya bu kararı uygulamak kalmaktadır.

Bu yaklaşım, temelde, hasta için neyin en iyi ve en doğru olduğunu hekimin bildiği inancına dayanır. Bu inanç nedeniyle, kimi zaman hastaya bilgi verilmeden, onun hakkında karar verilmekte, böylelikle çıkarları "hastaya rağmen" korunmuş olmaktadır.

Hekim ve hasta arasındaki bu babaca ilişkinin iki prototipinden söz edilebilmektedir:

*Baba-bebek ilişkisi.* Bu ilişkide hekim tümüyle etkin, hasta ise tümüyle edilgindir. Hasta salt bir alıcıdır. Travma, koma ve deliryum gibi klinik durumlarda bu model kullanılmaktadır.



*Baba-çocuk ilişkisi.* Bu ilişkide de hekim, hangi hastanın işbirliği yapabileceğine karar verir. Burada hasta daha etkindir, bu ilişkiye uyum sağlayabilir ya da reddedebilir.<sup>6</sup>

Genel olarak paternalizmin 1. Sınırlı-kısıtlı paternalizm, 2. Yaygın-kapsayıcı paternalizm olarak tiplendirilebilir. Ya da zayıf ve güçlü paternalizm.

#### *Sınırlı Paternalizm*

Sınırlı paternalizm, herhangi bir bozukluk nedeniyle, kendi çıkarını koruyamadığı düşünülen bir kişinin istek, seçim ve eylemlerine, onun yararı gözetilerek uyulmaması olarak tanımlanabilir. Örnek olarak, yeterliği olmadığı için tedaviyi reddeden bir hastanın bu isteğine uymamak verilebilir.<sup>6</sup>

(Bazı durumlarda, kişinin yeterliğinin değerlendirilmesinde bilimsel kriterler yerine, bu değerlendirmeyi yapan kişinin değer yargılarının ise karışabildiği, bu nedenle bu eylemin *sınırlı* kalmayabileceği yönünde bir görüş ortaya konabilir.)

#### *Yaygın Paternalizm*

Yaygın paternalizm ise, kişinin karar verme süreçlerini etkileyen herhangi bir bozukluk, engel ya da sınırlılık olmaksızın, kişi için risk yaratabileceği düşünülen istek, seçim ve eylemlerini dikkate almamak olarak tanımlanabilir.<sup>6</sup> Örneğin gereksiz bir korku yaratmamak için anjiyografiyle ilgili risklerin hastaya söylenmemesi ya da dinsel inancı gereği kan transfüzyonuna karşı çıkan bir hastanın (Yehova Sahidi), bu isteğini dikkate almamak gibi.

#### *Paternalist Eylemlerle İlgili Dört Kriter*

Bir tıbbi girişimin paternalist bir eylem olup olmadığına karar vermek için dört kriterden söz edilmektedir:

1. Hastaya yararlı olma amacı güdülmüş olmalıdır;
2. Bir kural (örneğin hastanın doğru bilgilendirmesi gerekliliği) ihlal edilmiş olmalıdır;
3. Hastanın onamı alınmamış olmalıdır;
4. Hastanın (genel olarak) karar verme yeterliğinin bulunduğu düşünülmüş olmalıdır.

Günümüzde, özellikle gelismis ülkelerde bu durumların en aza indirilmesi için çaba harcanmaktadır. Paternalist bir eylemin hangi durumlarda kabul edilebilir olduğu önemli bir tartışma konusudur; tüm benzer tartışmalarda olduğu gibi, her biri birbiriyle çelişir görünen pek çok yaklaşım bulunmaktadır.

### (b) Tipta Özerklik (Otonomi)

Hekimlik uygulamasını yönlendiren evrensel ilkelerden *kisiye saygi ve insan yasasının onuruna saygi*, burada karşımıza *hastanın özerkliğine saygi* ilkesi biçiminde ortaya çıkmaktadır.<sup>16</sup> Bu ilkenin felsefedeki kökenleri Fransız ve İngiliz aydınlanma dönemlerine uzanmaktadır. Bu konuda yüzyilin başında, ABD'de, hukuk tarihine Yargıç Cardozo kararı olarak geçen ünlü kararda, konunun hukuksal yorumu yapılmıştır. Özerkliğin son otuz yıldır genişlemesinde, toplumsal çoğulculuğun gelişmesinin ve kişisel değerlerin saldırılardan koruma çabasının payı olduğu belirtilmektedir.<sup>7</sup>

Özerklik, kişinin genel yaşam planlarından yola çıkarak, özgürce seçimlerini yapabilmesi, eylemde bulunabilmesi, kendi yazgısını belirleme hakkına sahip olması anlamına gelmektedir.<sup>6</sup> Bir başka deyişle, *irade özerkliği* olarak da tanımlanan özerklik ilkesine göre, *kişinin kendi değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda bedenine ve sağlığına yapılacak tıbbi girişimlere karar verme hakkı vardır.*<sup>5</sup>

Ancak, genel bir etik ilke olarak, kişinin özerk kararlarına olan saygi, karardan tüm etkilenenlerin özerkliğine zarar vermemesi noktasında sınırlandırılmaktadır.

Özerkliğin yasama geçirilebilmesi için, hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının bazı sorumlulukları bulunmaktadır: İlgili bilgiyi hastayla tam olarak ve dürüstçe paylaşmak, tıbbi bakımın yönünü belirlemesi için hastanın tam anlamıyla işbirliği içinde olmasına olanak sağlamak ve hasta gizliliğini korumak. Yine özerkliğin yasama geçirilebilmesi için, yukarıdaki sorumluluklarının ayırımında olan sağlık çalışanlarının özerkliğinin de sağlanması gereklidir.<sup>16</sup>

Ancak özerkliğe saygi ilkesinin sınırına işaret etmek gerekmektedir. Konunun iki çok önemli uzmanı Pellegrino ve Thomasma, hastanın özerkliğine saygi göstermek adına örneğin

hastanın tedaviye karşı çıkma kararına gelisigüzel uyulmasının, paternalizmden korunmaktan çok, hasta için en iyi olanı uygulama ilkesinin çigunenmesi anlamına gelebileceğini belirtmektedir.<sup>7</sup>

Konuyu, bu araştırmanın temel kavramlarından biri olan *yeterlik* kavramıyla bağlayan iki temel niteliği var özerkliğinin: Birincisi özgürce hareket etmek, ikincisi de bu akilci tasarım.<sup>6</sup> Bu iki kavramın geçerlilik kazanması, yani bir karar, seçim ya da eylemin *özerk* nitelik tasması için, kişinin *yeterliği* söz konusu olmalıdır. -Yeterliğin ya hep ya hiç biçiminde bir durum olmadığını animsattmakta yarar var.- Tibbi girişimin reddi ile doğrudan ilgili olduğu için, özerkliğinin bu iki temel özelliğini tanımlamak gerekmektedir, bunlar daha sonra tıbbi girişimin reddi bağlamında tartışılacaktır.

#### *Özerkliğinin Bir Özelliği Olarak Özgür Davranış (Edim) 6,17*

Davranış özgürlüğü, baskalarının etkisinin dışında, bağımsızca davranabilmek anlamına gelmektedir. Buna göre özerk kişinin edimleri, baskı, tehdit, yönlendirme ya da yetersizlik gibi durumların sonucu olmamalıdır.

#### *Özerkliğinin Bir Özelliği Olarak Gerçeğe Dayanma 17*

Özerk bir edim, kişinin yaşam planları, kişiliği, tutum ve değerleriyle bütünlüklü olmalıdır.

#### *Özerkliğinin Bir Özelliği Olarak Akilci Tasarım 6,17*

Özerk bir edimde kişi, değişik hareket olasılıklarını ve sonuçlarını önceden düşünerek davranmalıdır. Hem gerekli bilgiye hem de bu bilgiyi akilci olarak değerlendirebilecek kapasiteye sahip olmalıdır. Bu özellik, baskı zihinsel bir hastalık ya da bozukluk olmak üzere bazı koşullarda yitirmekte ya da kısıtlanabilmektedir.

#### *Özerkliğinin Bir Özelliği Olarak Ahlaksal Yansıma 17*

Özerklikle ilgili yorumlarda beklentinin en yüksek olduğu özellik budur: Bir edim, kaynağında bir değerler ya da davranışlar bütünü varsa özerktir.

## **(2) Tipta "Paylasilan Karar"**

Paylasilan karar, kisilerin ilgili bilgileri edindikten sonra, kendileriyle ilgili kararlara katilabilmesi anlamini tasimaktadır. Sinirlarini çizmek güç olmakla birlikte bu kavram, (genellikle bir önyargıyla anlasildigi biçimde), kisinin kendisi için en dogru tetkik ya da ameliyat yöntemine karar vermesi anlamina gelmemektedir; ancak her kisinin bu konularda bigi sahibi olma, seçenekleri sorgulama hakki kuskusuz bulunmaktadır.

Bu noktada, kisinin kendisiyle ilgili son karari verebilmesi için *yeterlik* tasimasi gerektiği animsanmalıdır. Hastanın karar verme yeterligi tasimadiginin saptanmasi durumunda, karar, hasta adına hareket etme yetkisi tasiyan kisilerce tartisilmalidir. Bu uygulamanin yerlestigi ülkelerde mahkeme hasta temsilcisini saptamakta; bu temsilci aile üyesi, arkadas, bir avukat ya da savci olabilmektedir.

### **(a) Tipta Kararlarin Paylasilmasini Etkileyen Bazi Etkenler**

Tibbi kararın paylasilmasini ve hekim ve hastanın söz konusu ilkeler isiginde iliski kurmalarini kisitlayabilecek bazi durumlar vardır:

#### ***Hastaya Bagli Durumlar***

Hastalik, zihinsel özür, düşük zeka düzeyi gibi nedenlerle hastanın karar verme yeterliginin tartismali olmasi; hastanın farkli tür bir hekim hasta iliskisi olabileceginin ayriminda olmaması ya da bunu istememesi, gönüllü olarak hakkındaki kararlari hekime birakmasi gibi.

#### ***Tip Egitimi ve Hekime Bagli Durumlar***

Tip fakülteleri eğitim programlarında tip etigi, hasta haklari ve insan haklari konularinin kapsanmaması; bu konularda disiplinlerarası isbirligi ile sürdürülen mezuniyet sonrası eğitim ortamının bulunmaması gibi.<sup>7</sup>

#### ***Sistemlerin Genel Nitelikleri***

Toplumların ve toplumsal sistemlerin demokratik niteliklerinin düzeyi; demokratik örgütlenmelerin niteligi (örneğin "Hasta Haklari Platformu" benzeri örgütlenmeler)<sup>15</sup> saglik

sistemlerinin toplum katilimina olanak yaratacak nitelikler tasimamasi; toplumun düsük egitim düzeyi; saglik alisanlarinin mesleki doyum düzeyi; yasal mevzuatin niteligi gibi.

*Toplum Yarar ve ikarlarinin Söz Konusu Oldugu Durumlar*

Zorunlu asilama; tehlikeli bulunan psikiyatrik hastalik ya da bozuklugu bulunan kisilerin kapatilmasi; bulasici hastaliklar durumunda karantina uygulanmasi gibi.

*(b) Psikiyatri ve Paylasilan Karar*

Psikiyatrik hastalik ve bozukluklarin yol atigi klinik tablolarin özelligi, hastanin kararlara katilabilecegine iliskin kuskulari güçlendiriyor. Ancak, psikiyatrik hastaligi olan kisilerin yeterligine yönelik olarak, tümden ve kapsayici bir kuskuyla yaklasmak, bu alandaki hekimlerin *paylasilan karar'a* katkı aisinden hastalari lsnde zaaf tasimalarına yol açabilmekte, psikiyatri bu aidan elestirilebilmektedir.

### 3. Karar Verme Yeterligi

#### a) Karar Verme Yeterligi

Bu tez çalışmasında *karar verme yeterligi* tanımı, kişinin "*hastalığı ve önerilen tıbbi girişimle ilgili bilgiyi anlayabilmesi; önerilen girişimi kabul ya da reddetmesi durumunda dogabilecek sonuçları degerlendirebilmesi; bu bilgi ve degerlendirmeler isiginda bir karara varabilmesi ve bunu ifade edebilmesi*" olarak kullanılmıstır.

Konuyla ilgili çalışmalarda, tıbbi/hukuksal yeterlik ayrimına olanak taniyan iki önemli kavram gözlenmektedir. Bu çalışmada kullanılan karar verme yeterligi kavramının iki bileşeni olan bu kavramlar şunlardır: *Yeterlik (competency)* ve *karar verme kapasitesi (decision making capacity)*.

#### (a) Yeterlik

Yayınlarda *yeterlik (competency)* kavramıyla, kişinin hukuksal olarak yeterligi tanımlanmaktadır. Örneğin ABD'de, yargıç tersi yönde karar ermediği sürece kişi *yeterli* kabul edilmektedir. Tıbbi durumlarda genel olarak, kişinin yasal olarak tedavisiyle ilgili kararları alabilecek, onam verebilecek yeterlikte olması anlamında kullanılmaktadır.

Bu kavram, Medeni Kanunumuzda *hukuki ehliyet* kavramıyla yakın anlamda görülebilir.

#### (b) Karar verme kapasitesi

*Karar verme kapasitesi (decision-making capacity)*, tıbbi bir degerlendirmeyi ifade eder; *islevsel yeterlik* olarak da tanımlanmaktadır.<sup>18</sup> Tıbbi nitelikteki bu degerlendirme, bazı durumlar dışında (örneğin acil girişim gerekliliği), kişinin onami alınmadan tıbbi girişimin uygulanmasına olanak sağlamaz.<sup>10</sup>

Bu çerçevedeki bir *karar verme yeterligi* hukuksal bir yargiyi ifade etmemektedir. Bu araştırmada da daha çok kavramın tıbbi çerçevesi konu edilmistir. Ancak yapılan tıbbi degerlendirmenin isiginda, gereğinde zorla, kişinin onami alınmadan, iradesine aykiri olarak

uygulanacak bir girisimle ilgili karar verilecek olmasi, konunun hukuksal boyutunu gündeme getirmektedir.

Tibbi girisimin reddi olgularinin sik sik dava konusu olmaya baslamasiyla birlikte, ABD'de konunun hukuksal agirliğı giderek öne çıkmaktadır. Bu konuda pek çok yasa çıkarılmıştır. Kisinin irade özerkliğinin genişletilmesi amaçlanmakla birlikte, kuskusuz eleştiriler de yoğunlaşmaktadır. Mahkemelerin, kisinin bütünlüğü, bütünselliğı, kendini bilmesi ve yönetebilmesi gibi hekimlerin kisinin özerkliğine ilistirdikleri unsurlarla değil, baska unsurlarla değerlendirilmede bulunduğuna ilişkin eleştiriler yapılmaktadır.<sup>19</sup>

ABD'de, tipta karşılaşılan etik sorunlarla ilgili olarak oluşturulan Başkanlık Komisyonu, *yeterliğı*, "bütünsellik gösteren değer ve amaçlar, bilgiyi görüşme ve anlama yeteneğı ve nedensellik kapasitesi" olarak tanımlamaktadır.<sup>20,21</sup>

Kanada'da, Ontario Akil Sağlığı Yasası'na (MHAO) göre, kisinin zihinsel olarak yeterli olabilmesi için, "onam istenen konudaki sorunu anlayabilmeli ve onamı vermesi ve vermemesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçları değerlendirebilmelidir".<sup>9</sup>

### (c) Akilcilik

*Akilci karar*, genel anlamıyla, kisinin karar(lar)ının, genel olarak geçerli, herkes tarafından kabul edilebilir nitelikte olması, -ya da belki de- değerlendirmeyi yapan çevre tarafından akla uygun bulunması anlamında kullanılmaktadır.

*Yeterlik* kavramı "karar verme yeteneğini" tanımlarken; *akilcilik*, "verilen kararın unsurlarını" tartışma konusu yapmaktadır. Kuskusuz kisinin tıbbi girişimi reddetmesi değerlendirilirken hem *karar verme yeterliğı* hem de *kararın akilciliğı* dikkate alınacaktır.

Ancak akilci karar, felsefede salt akla dayanmayı, akıldisi olan herşeyin reddedilmesini tanımlayan "uşçuluk" kavramının içine sığdırılmamalıdır; çünkü hastadan kati bir akilcilik beklentisi, onun kişisel öznelliklerini, akilci olmayan istek ve arzularını, baskaları tarafından akilci bulunmayabilecek ilkelerini, dinsel inançlarından kaynaklanan yönelimlerini, zaman zaman da kaynağına ulaşamayan rastlantısal görünümlü kararlarını dikkate almama sonucuna

varabilecektir. Ayrıca, zaman zaman akilci bulmadığımız istek ve düşünceler gerçekte hastanın değer yargılarıdır.<sup>7</sup>

Bazı durumlarda hekimlerin paternalistik yaklaşım olasılığı artmaktadır. Örneğin tanısı kesin, prognozu kötü bir kansere yakalanan bir hastanın, önerilen yüz güldürücü, riski düşük tedaviyi reddetmesi durumunda ne yapılmalıdır? Hekimlerin çoğunun zorla tedaviyi önerme eğiliminde olduğu, çünkü bu durumdaki bir hastanın "yeterliğe sahip, ancak kararı akilci değil" biçiminde değerlendirilmek istendiği belirtilmektedir.<sup>22</sup>

## **b) Hukukta Yeterlik**

### **(1) Ceza Ehliyeti Kavramı**

15 yaşını bitirmiş ve 16 yaşından gün almış bir kişinin, suç işlemesi sırasında herhangi bir akıl hastalığı ya da zeka geriliği bulunmaması durumunda, işlediği suçta karşı tam ceza ehliyeti bulunduğu kabul edilmektedir. Buna karşın, yine de 18 yaşına dek verilen cezalarda orantısız bir azaltma uygulanmakta ve bu durum "yaşına göre ceza ehliyetinin tam olması" biçiminde tanımlanmaktadır.<sup>23</sup>

Ceza ehliyeti, *tam ceza ehliyeti*, *azaltılmış ceza ehliyeti* ve *ceza ehliyetinin bulunmaması* biçiminde derecelendirilmektedir.

### **(2) Hukuki Ehliyet Kavramı**

Kisi, başka bireylerle ya da toplumla ilişkilerini sağlıklı yürütmek için *hukuki ehliyet*e sahip olmalıdır.

Kriton Dinçmen, *Adli Psikiyatri* kitabında bu kavramı şöyle tanımlamaktadır<sup>23</sup>:

*"Etrafı ve kendisi ile zaman ve mekan bakımından orientasyonu tam, etrafı ve kendisi ile ilgili, etrafında olup bitenlerden bilgili, günlük kıymet rayiçlerini bilen, akıl melekeleri yerinde, muayene edilmiş nedenini bilen ve tam açıklıkla izah edebilen, yani herhangi bir akıl hastalığı ya da zeka geriliği veya ağır ve ciddi boyutlara varan bir kişilik bozukluğu"*



*veya nöroz arazi göstermeyen, madde müptelasi olmayan kisi için "hukuki ehliyetine haiz oldugu" kanisina varilir."*

Kisinin Medeni Kanun'undan dogan haklarini kullanabilmesi için hukuksal ehliyete sahip olması gerekmektedir. *Hukuki ehliyet* kavraminin, bu tezde konu edilen *karar verme yeterligi* kavraminin hukuksal temelini olusturup olusturmadigi, bu biçimde yorumlanip yorumlanamayacağı bir hukuksal degerlendirme ya da çalisma konusudur.

Ancak bu yolda yorumlarin bulundugu, "competent" kavraminin karsiligi olarak "ehil, sezgin, hukuki yetenekte" kavramlarinin kullanildigi gözlenmektedir.<sup>5</sup> Bu durumda, karar verme yeterliginin hukuksal çerçevesinde dile getirilen tanimin ya da yorumlarin bilimsel geçerliliği, önemli bir tartisma konusu olacaktır.

## 4. Psikiyatride Kavramlar

Psikiyatride kavramlar, özellikle de Türkçe'de, zaman zaman sorunlara yol açmaktadırlar. "Mental", "psikolojik", "ruhsal", "zihinsel", "akıl", "organik", "fonksiyonel" gibi kavramlar arasındaki karmaşa sürmektedir.<sup>24</sup> Diğer yandan, uluslararası boyutu olan "hastalık" ve "bozukluk" kavramları da öteden beri tartışma konusu olmaktadır.

1992'de Tayvan'da yapılan Akıl Sağlığı Yasası Uluslararası Konferansı kitabında, psikiyatride tanımlarla ilgili sorunun temel bir sorun olduğu ve kaçınılmaz olarak güçlükler tasıdığı belirtilmektedir. Bir yandan, tip çevresinde bile açık ve kesin olmayan tıbbi terimler, etiketler ve kategorilerle ilgilenilmektedir, diğer yandan kullanılacak kimi tanımların yasal sonuçları olabilecektir.<sup>25</sup>

Hastalık, bozukluk gibi tanımlamalar, zamana, yere, kültüre göre değişkenlik gösteren normallik ve normaldisilik gibi başka tartışmaları da beraberinde getirmektedir.<sup>26,27,28</sup> Psikiyatrinin, bazı belli başlı klinik tablolar dışarıda tutulacak olursa, tanı ve tedavi yöntemlerinde tam bir açıklık ya da uzlaşma olduğu söylenememektedir; birbirinden son derecede farklı yöntemler kullanan *ekoller* bulunmaktadır.<sup>29</sup>

Psikiyatristler arasında ortak tanı ölçütleri geliştirmek üzere girilen *siniflandırma (kategorileştirme)* çabaları, da henüz yerine tam olarak oturmamış durumda; geçmişte örnekleri görüldüğü gibi, kimi zaman bozukluk ya da sapma olarak tanımlanan durumlara, daha sonra *normallikleri iade edilebiliyor*, ya da sık sık psikiyatrinin kötüye kullanımı eleştirisi yapılıyor.<sup>30,31,32,33</sup> Türkiye'de de en en gelişmiş, en iyi eğitim veren psikiyatri kliniklerinde bile tanı koyma ve sınıflandırma uygulamalarının karmaşıklık ve düzensizlik içinde olduğu belirtilmektedir.<sup>24</sup>

Hastanın bir psikiyatrik tanı almasından -etiketlenmesinden- kaynaklanacak olan önyargılar, özellikle de sağlık ekibinin önyargıları bu araştırmanın konusu açısından büyük önem taşımaktadır.<sup>34</sup>

### **a) Liyezon Psikiyatrisi**

*Liyezon psikiyatrisi* (psikiyatrik-psikososyal tip, kliniklerarasi psikiyatri), genel klinik tip ve çeşitli uzmanlıklar alanları ile işbirliğine dayanan, fiziksel hastalıklar ile psikik ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştırarak, klinik tip alanında fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik sendrom ve psikososyal sorunların tanı, tedavi, izlem, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan psikiyatri disiplini. Kavramsal ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıkları biyolojik, ruhsal ve sosyal bütünlüğü içinde ele alma, çözümlenme çabasının uzantısıdır.<sup>35</sup>

### **b) Adli Psikiyatri**

Adli Psikiyatri, ruhsal hastalık ve bozuklukların Medeni Hukuk ve Ceza Hukukuna konu olan davranışlara etkisi ve ruhsal bozukluğu olan hastalarla ilgili yasal düzenlemeler konusunda yoğunlaşan bağımsız bir disiplin olarak tanımlanmaktadır.<sup>36</sup>

Konumuzla ilgisi gereği, adli psikiyatrinin Medeni Hukuk'u ilgilendiren başlıca konularını sıralamak gerekirse:

*"Kisilerin halen, şimdi veya evvelki bir tarih veya süre içinde medeni haklarını kullanmaya ehil, yani hukukli ehliyetlerini haiz olup olmadıklarının tayini; göstermekte oldukları psikiyatrik tutum nedeni ile (...) evlilik bağının hukuken kesilip kesilmesinde tıbbi bir neden olup olmadığının saptanması."*<sup>23</sup>

## B. Tibbi Girisimi Reddetme

### 1. Giris

Tibbi girisimin reddi konusu, 80'li yillardan beri hukukçular ve tip etigi ile ilgelenen uzmanlar arasinda ilgi görmektedir. Klinisyenler bu soruna basta ilgi duymamislardir; çünkü hastanin tibbi girisimi reddetmesi yalnızca psikiyatrinin sorunu olarak degerlendirilmekteydi.<sup>37,38,39</sup> Buna bir de ötanazi ile ilgili tartismalari eklemek olanakliydi. Ancak zamanla bu konudaki çalismalar yayginlastirilince anlasildi ki, aslinda bu saptama tam olarak dogru degildi. Tibbi girisimin reddi olaylarina, dahili ya da cerrahi kliniklerdeki hastalarda da psikiyatri hastalari kadar sik rastlanmaktadır.<sup>18</sup>

Ilk çalismalardan beri konu üzerinde pek çok yayin yapmis olan Paul Appelbaum, 1983'te yayinlanan ve konunun ilk kez sistematik olarak incelendigini belirttiği makalesinde söyle demektedir:<sup>37</sup>

*"...(tedavinin) reddi, hastanin hastaligini yadsimasinin ya da akilci olmayan hatta özkuyimsal nitelikteki bir istegin göstergesi midir, yoksa önerilen tedavinin risk ve yararlarininin tartildigi iyi düşünölmüs bir karar midir? Tedavinin reddi bize hasta-hekim iliskileri ve simdi burada karsilasilan gerginliklerle ilgili olarak neler ifade ediyor? "*

Asagida, dört ayri hastanenin herbirindeki yedi klinigin üç ay boyunca dogrudan izlenerek, hastalarla görösölerek ve kayitlardan arastirilerek elde edilen sonuçlarına göre, önerilen tibbi girisimin reddedilmesinin nedenleri siralanmaktadır. Arastirmada izlenen 105 olgunun yalnızca 7'sinde psikiyatri konsültasyonu istenmistir. Bu hastalarda da ya özgeçmişlerinde psikiyatrik bir özellik bulunmaktadır ya da açıkça çöökkünlük ya da psikoz tablosu içindedirler.

Bu çalismenin gerçekleştirildigi yillarda, ABD'de tibbi girisimin reddi konusundaki duyarlilik düzeyinin, su anda Türkiye'deki duyarlilik düzeyine yakin olduğu söylenebilir. Nitekim ayni arastirma ekibinin 1984 yilinda yaptigi baska bir çalismada, saglik ekibinin hastanin *genel olarak yetersiz* oldugunu düşündüğü durumlarda, herhangi bir yasal denetim altında olmadan, hastalari zorla tedavi ettikleri belirtilmektedir.<sup>40</sup>

Anılan çalışmaya göre, hastaların tıbbi girişimi reddetme nedenleri:

*1. İletişim sorunları*

Hastaya hastalığı hakkında yeterli bilgi verilmemesi.

Hastanın, önerilen tedavi ve diğer işlemlerin ne zaman, nasıl yapılacağı, hatta yapılıp yapılmayacağı konusunda bilgilendirilmemesi.

Hastanın önerilen tedavi ve diğer işlemlerin amaçları konusunda bilgilendirilmemesi.

Hastanın önerilen tedavi ve diğer işlemlerin risk ve yararları konusunda bilgilendirilmemesi.

Hastaya çelişkili bilgi verilmesi.

Tıbbi belirsizliklerin ifade edilmesindeki güçlük.

*2. Güven sorunları*

Geçmişteki olumsuz deneyimlerden kaynaklanan güven yitimi

Belirli bir hekime yönelik güven yitimi

*Fizyolojik ve fizyopatolojik etkenler*

Sanrılar

Çökkünlük

Yadsima

Karaktere ilişkin etkenler

Diğer psikozlar (organik beyin sendromu da içinde)

Hastane yorgunluk sendromu (Hospital fatigue syndrome)

*Diğer*

Geçerliliği tartışma götürmeyen reddetme

"Saygın bir biçimde ölme" isteği nedeniyle reddetme

Sanrısız olmayan inançlar nedeniyle reddetme

## 2. Etik Yaklasim

### a) İlkeler

Asagida ayrintilandirilacak olan ve kaynagini tip evriminin ilk dönemlerinden alan etik ilkeler, 1970'lerin sonunda felsefeci *T. Beauchamp* ve teolog *J. Childress* tarafından, *Principles of Biomedical Ethics* kitabinda yeniden sunulmus ve günümüze dek önce Amerika sonra Avrupa'da bu konuda yapılan çalismalari önemli ölçüde etkilemistir.

Unutulmaması gereken nokta sudur: Bu dört ilke, birlikte tek bir etik kuram oluşturmamaktadırlar. Gerçekte, genellikle birbirleriyle çelisirler ve her durumda bir yorumlama ve dengeleme gerekliligi dogar. Öte yandan, her toplum ve kültürde bu ilkelere verilen agirliklar degisiklik göstermektedir; kimi toplum ve kültürler bu ilkelere baska ilkeler ya da degerler eklemektedirler. Gene de, bu dört ilkenin kültürler-arasi onayinin, tip-ahlaksal çözümleme, tartisma ve kararlara degerli bir zemin saglayacağı belirtilmektedir.<sup>17</sup>

#### (a) Özerklik Ilkesi:

Bu ilke, daha önceki bölümlerde ayrintili olarak gözden geçirilmiştir.

#### (b) Zarar Vermeme Ilkesi:

Insanların birbirlerine zarar vermemeleri, ahlaksal bir zorunluluktur. Birisinin bir baskasına verdiği zarar, örneğin tip uygulamalarında dogan risk, ancak diğeri etik ilkelerle hakli kilinabilir. Örneğin hastanın yararlarının, riski karsilayacak yeterlilikte olması gibi. Gerçekte zarar vermeme ilkesi yararlı olma ilkesiyle bağlantılı degerlendirilmelidir.

#### (c) Yararlı Olma Ilkesi:

Insanların birbirlerine, özellikle de gereksinim içinde olanlara yararlı olmaları, bir ahlaksal zorunluluktur. Sağlık çalışanlarının, hastalarının yararına davranma ve bunu *en az zararla* yapma biçiminde özel bir zorunlulukları vardır. En az zarar, ulaşılması istenen yarar için olanaklı en az zararı vermek olarak anlasılmalıdır.

Bu ilkenin kapsamında, hasta için yararlı olanın yapılmasını sağlama ya da özendirme gibi bir sorumluluktan söz edilebilir. Bu sorumluluk, hekimin, örneğin genel sağlık politikaları ile ilgili tartışmalarda yer alması gerekliliğine işaret etmektedir.

(d) Adalet İlkesi:

İnsanların birbirlerine karşı adil ve doğru davranmaları, ahlaki bir zorunluluktur. Bir toplumda yer almak kişiye yararlar, haklar ve fırsatlar yaratır; ancak bu tür bir üyelik, kişinin bireysel özerkliğini sınırlayabilir ve yükümlülükler getirir. Hak ve yükümlülüklerin hassas bir biçimde yorumlanması, hem kültürel hem bireysel perspektiflere dayanır. Tüm toplumlar, yurttaşlarının mutluluğunu, toplumsal kurumlar ve politikalar aracılığıyla geliştirmekle yükümlüdürler.

**b) Tıbbi Girişimin Reddedilmesi Durumu Ve Tıp Etiği**

Tıbbi girişimin reddi durumunda, hekim açısından önemli bir güçlük doğmaktadır: Hastanın kendi yazgısını belirleme, kendisiyle ilgili kararları verme hakkına saygı duyulmalıdır. Ancak daha önceki bölümlerde de incelendiği gibi, kişinin özgürlük, katılım ve kendi yazgısını belirleme haklarını kullanabilmesi, varsayılan yeterliğine dayanmaktadır. Örneğin kimse, bir bebeğin bu yeterliğe sahip olduğunu iddia etmemektedir. Zaman zaman bazı erişkinler de aynı durumda görülebilmektedirler.<sup>21</sup>

Örneğin yasamsal önemde bir tıbbi girişimin reddi durumunda, hastanın özerkliğine saygı ve yaşamın kutsallığı gibi etik ilkeler arasında bir çelişki doğmuş olacaktır.<sup>7</sup>

Hekimin zarar vermeme, yararlı olanı yapma ve kişinin sağlık hakkının korunması kapsamındaki görevlerini yerine getirmesi yükümlülükleriyle, hastanın özerkliğine saygı gösterme yükümlülüğü ve hastanın yazgısını belirleme hakkı çatışmaktadır.

Bu nedenle, hastanın bu kararının, ilke ve haklar açısından yorumlanması ve dengelenmesi gerekecektir.

### **3. Hukuksal Yaklasim**

Daha önceki bölümlerde incelenen özerklik (irade özerkliği) ilkesinin önemli bir görünümü, *insan onuruna ilişkin hakk* (*right to human dignity*). İnsan onuruna ilişkin hak, tedavide, insanın bir araç değil, amaç olarak gözüne alınmasını gerektirir. Tedavi, hastanın öncelikleri, vicdani ve dinsel inanışlarına göre yapılmalıdır.

Irade özerkliği ilkesinin ve onun insan onuruna ilişkin görünümünün hukuksal dayanağını, bir kimsenin kendi yazgısı hakkında karar verme hakkı (*right to self determination*) oluşturmaktadır.

Hastanın, kendi yazgısını belirleme hakkının bir görünümü olarak, *yaşamın sürdürülmesini amaçlayan tedaviyi reddetme hakkından* (*right to refuse life-sustaining treatment*) sözedilmektedir. Böylece *baskalarının karışması olmadan, insanın onuru ile ölme hakkının* (*right to die in dignity and without others interfering*) da tanımlanabileceği öne sürülmektedir.

Hekimin ödevi, yeteri ölçüde aydınlatılmış, karar verme yeterliği konusunda kuzu bulunmayan, karar verirken baskı, tehdit ve asiri telkin altında olmayan hastasının kararına saygı duymaktır.

Ancak, irade özerkliği ilkesinin bazı sınırlarının olduğu da kuzusuzdur. ABD mahkemeleri, hastanın *yaşamı sürdüürücü tedaviyi reddetme hakkının* yanında, devletin gözetmek ve korumakla yükümlü olduğu dört önemli çıkarın varlığını da belirlemiştir. Bunlar; *yaşamın korunması, özgüvenin (intiharın) önlenmesi, çocuklar, bakıma gereksinim duyan kişiler gibi üçüncü kişilerin korunması ve tip mesleğinin ahlaksal (etik) bütünlüğünün korunup sürdürülmesi*dir.

Kisinin *yaşamı sürdüürücü tedaviyi reddetme hakkı* ile bu çıkarlar arasında bir dengeyi gözetilmesi gerekir.

### **4. Tibbi Girişimin Reddi ve Sağlık Hizmetinin Sunumu**

#### **(a) Hasta-Hekim (Hasta-Sağlık Çalışanları) İlişkisi**

Tibbi girişimi reddeden hastane hastalarını konu alan bir çalışmada, sorunun hastanın yetesizliğinden değil, sıklıkla, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan aksaklıklardan kaynaklandığı saptanmıştır.<sup>7,20</sup> Bazı hastalar düşmanca tavır ya da hoş olmayan başka kişilik özellikleri



nedeniyle hekimlerin (ve diger saglik çalisanmarinin) yabancilasmalarina yol açmaktadır. Hekimlerin de, bu tür hastalariyla daha az ilgilenerek hastanın kendisini ihmal edilmiş ya da önemsiz duyumsamalarına yol açtiklari gözlenmiştir. Bu durumda hasta, hekiminin ilgisini yeniden kazanabilmek ya da onu güç durumda bırakmak gibi nedenlerle önerilen tıbbi girişimi reddedebilmektedirler.

Hekim, borderline, pasif-agresif ya da histriyonik tipte kişilik bozukluğu olduğu izlenimi veren hastalara özel duyarlık göstermelidir.

Ancak bazı durumlarda sorunun kaynağı hekimdir. Hastanın kendisini ve bir anlamda yazgisini teslim ettiği hekimin, öncelikle kendi yararlarını gözeteceğine olan güveninin kesinlikle korunması gerekir. Hastanın bir amaç değil, mesleğin uygulanması sürecinde, yayın hazırlama ve eğitim gibi mesleki ilerleme etkinliklerinde birer araç olarak gören anlayışın, hasta tarafından algılanmamasına olanak yoktur.

Kimi durumlarda da hekimin çok yoğun ve çok kötü koşullarda çalışması, hastasına gerektiği gibi zaman ayıramaması, yeterli bilgiyi yeterli özenle verememesi gibi sonuçlar doğurabilmektedir.

### (b) Sağlık Kurumunun Nitelikleri

Sağlık hizmetini sunan kurumun nitelikleri de, hastanın tıbbi girişimi reddetmesinde önemli pay sahibi olabilir.

Herseyden önce bazı hastalarda, kendi deneyimlerinden, yakınlarının deneyimlerinden ya da basında duyurulan gerçek ya da eksik araştırılmış haberlerden kaynaklanan korkular hatta düşmanlıklar olabilmektedir.

Böyle önyargılar olmasa bile, sağlık kurumunun genel fiziki koşulları, önerilen girişimin önceki ve sonraki bakımı konusunda koku yaratacak niteliklerinin olması, sağlık çalışanlarına sunduğu çalışma ortamının nitelikleri gibi hasta tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak değerlendirilebilecek ve kurumun sağlık hizmeti sunmaktaki yeterlikte olmadığını düşündürecek özellikler, tıbbi girişimin reddedilmesinde pay sahibi olabilmektedir.

### (c) Sağlık Sistemleri

Sağlık sisteminin, hiçbir etik ilkeyi dikkate almayan biçimde yönetilen ve toplum ve temsilcileri tarafından gerçek anlamıyla denetlenemeyen, kar amaçlı ticari kurumlara olanak tanınması, hastanın ekonomik nedenlerin tip uygulamalarını belirlediğini düşünmesine ve sonuç olarak da önerilen tıbbi girişimin gerekliliği konusunda kuskularına yol açacaktır.<sup>41</sup>

Hangi ekonomik ve siyasal anlayışa dayandırılırsa dayandırilsin, sağlık sistemlerinin oluşturulmasında gözetilen ilk öncelik, kişinin sağlığında ya da hastalığında, sistemin genel niteliklerine, yönelimlerine, önceliklerine ve dayandığı etik ilkeler doğrultusunda sürekli denetlenmekte olduğuna olan güvenini koruması olmalıdır.

### (d) Sağlık Eğitimi

Hekim ve hemşirelerin eğitiminde sağlık hakkı ve diğer insan hakları, hasta hakları, hasta hekim ilişkileri ve iletişim biçimleri gibi, hizmet sunumunda son derece öncelikli yararlar sağlayacak olan konular yer almalıdır.

Ülkemizde diğer sağlık çalışanlarının çoğunun herhangi bir eğitimi yoktur. Bu durum hastayla kurulan ilişkide önemli bazı önemli olumsuzluklara yol açabilmektedir. Hastalar bu olumsuzlukları daha çok hekim ve hemşirelere yansitmaktadırlar.

Eğitim yalnız sağlık çalışanlarının sorunu değildir. Sağlıkla ilgili hak ve sorumluluklar gibi konularda toplum eğitimine de önem vermek gerekmektedir. Bu konuda şimdi daha çok olanak bulunmaktadır. Bireylerin hak ve özgürlüklerini kullanabilmeleri için düşünülen yasaların bile yasama geçirilmesinde toplum eğitiminin büyük payı olduğu düşünülmektedir.<sup>42</sup>

## **5. Tıbbi Girişimin Reddi ve Bazı Psikiyatrik Bozukluk ya da Hastalıklar**

Tıbbi girişimi reddetme konusunun psikiyatri ile yakın ilişkileri bulunmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi bu çalışmanın kapsamına, psikiyatrik bozukluk ya da hastalığı nedeniyle bir psikiyatri kliniğine yatan (ya da yatırılması planlanan) hastanın tıbbi girişimi reddetmesi konusu alınmamıştır. -Bunun nedenleri *Giris* bölümünde açıklanmıştır.- Zorla hastaneye yatırma -tedavi

etme- konusu, psikiyatride etik sorunlardan baslicalari arasinda görülmektedir ve gerçekte bir açıdan, psikiyatride onam sorununun bir uzantisidir.<sup>43,44</sup>

Ancak psikiyatrinin, tibbi girisimin reddi konusuyla iliskisi yalnızca bununla sinirli kalmamaktadır. Psikiyatrinin bu konudaki islevlerinden bazilari şöyle özetlenebilir:

*1. Dahili ya da cerrahi kliniklerde yatan hastalardaki psikiyatrik morbidite açısından.*

Dahili ya da cerrahi pek çok hastalık (endokrinopatiler, böbrek ya da karaciger yetmezliklerinde olduğu gibi), organik beyin sendromlari, çökkünlük, bilinç bulanıkligi ya da davranis bozuklugu gibi psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir.

Ayrıca, hastada daha önce açığa çıkmamis bazi psikiyatrik hastalık ya da bozukluklar, hastalıkların neden olduğu bedensel ve ruhsal etkilerle, dahili ya da cerrahi kliniklerde tedavi edilirken ortaya çıkabilmektedirler.

Dahili ya da cerrahi hastalıkların psikosomatik nitelikler tasıması nedeniyle de psikiyatrik değerlendirme gerekebilmektedir.

Burada ortak bir neden ya da fiziksel hastalığın bir komplikasyonu olarak psikiyatrik belirti ve bulgular söz konusudur. Psikiyatrik bozukluk ya da hastalıklar, hastanın durumuna, önerilen tibbi girişime ya da sağlık ekibine olan yaklaşımlarını etkileyebilmektedir.

*2. Psikiyatrik bir bozukluk ya da hastalığın sonucu olarak dahili ya da cerrahi klinikte bakım altına alınan hastalar açısından:*

Alkol ve madde bağımlılığına bağlı olarak gelişen hastalıklar, psikotrop ilaçların yan etkileri, yemek yeme bozukluklarınınin tibbi komplikasyonları ve özkiyim girişimleri bu grupta sayılabilmektedir.

*3. Dahili ya da cerrahi kliniklerde yatan hastalardaki psikiyatrik bozukluk ya da hastalığın tanınması ve tedavisinin planlanması açısından:*

Dahili ya da cerrahi kliniklerde yatmakta olan bir hastada, dahili ya da cerrahi hastalıktan bağımsız ya da rastlantısal olarak, akut ya da süregen nitelikte psikiyatrik bozukluk ya da hastalık bulunabilmekte, tabloya eşlik edebilmektedir.

*4. Hastalar ve yakınları için daha iyi bir hastane ortamı ve dolayısıyla daha uyumlu bir ilişki bütünü yaratılması açısından:*

Bu tür bir amaç güdülererek gerçekleştirilen psikiyatrik destek, hasta ve yakınlarının, özellikle de uzun süre hastanede yatırılmayı gerektiren, hastayı kısıtlayıcı, süregen ya da ölümcül nitelikteki hastalıkların varlığında, hastaların ve yakınlarının sağlık ekibiyle olan iletişim sorunlarının çözümlenmesine ve ilişkilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

*5 Gereğinde hastaların karar verme yeterliğinin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi açısından psikiyatriklere önemli görevler düşmektedir.*

### **a) Organik Beyin Sendromu / Akut (Deliryum)**

Genel hastane psikiyatrisi uygulamasında çökkünlükten sonra, organik beyin sendromları (deliryum ve demans), tıbbi hastalıklara eşlik eden en sık rastlanan ikinci psikiyatrik morbiditedir.<sup>35</sup> Deliryum terimi, akut beyin sendromu, akut konfüzyonel durum, eksojen metabolik beyin hastalığı gibi tabloları da tanımlamaktadır.

Deliryum akut ya da subakut gelişen, serebral metabolizma ve beyin işlevlerinde yaygın ve geri dönüşümlü bir bozuklukla belirgin bir bozukluktur. Bilinç, dikkat ve uyanıklık durumunda bozulma, değişiklikler gösteren düşünme durumu, değişiklikler gösteren davranışlarla ortaya çıkabilmekte, komaya dek ilerleyebilmektedir.

### ***Karar Verme Yeterliği Açısından Deliryum***

Deliryum tablosu içinde olan hastalar dikkatle değerlendirilmelidir. Deliryum gerçekte bir bilinç durumu bozukluğudur. Hasta bir değerlendirmede bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu içinde bulunurken, diğerinde tümüyle uyanık ve herşeyin ayrimında olduğu gözlenebilir. Bulanıklık dönemlerinde, genel olarak kişinin karar verme yeterliği tasımadığı söylenebilir; ancak, zihinsel durumunda bozukluk gözlenmediği dönemde hasta karar verme yeterliğine sahiptir.<sup>9</sup>

Konunun hukuksal yeterlik açısından değerlendirilmesinde de "...böyle durumlarda da, hastaların hukuk ehliyetlerinin tam olduğu düşünülemez." denmektedir.<sup>23</sup>

## **b) Organik Beyin Sendromu / Kronik (Demans)**

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamasında, tıbbi-cerrahi servislerde özellikle yaşlı hastalar arasında demans sıklıkla görülür. ABD'de 65 yaş üstü nüfusun %5'inde, 80 yaş nüfusun %20'sinde demans geliştiği bildirilmektedir.

Demans, üç tanımlayıcı özelliğe sahiptir.

1. Hastanın entellektüel yetilerinde, kendisi ya da ailesi tarafından tanımlanan bir gerileme vardır;
2. Dil, soyutlama yeteneği, bellek ve yönelimi etkileyen genel kapsamlı bir bozulma vardır ve bu özelliği ile (bir bellek bozukluğu olan) Korsakof sendromu ya da afaziden ayırtdedilir;
3. Demansta, bilissel yetilerdeki bozulmaya karşın bilinç durumunda bozukluk yoktur ve bu özelliği ile deliryum ve koma gibi tablolardan farklıdır.

### ***Karar Verme Yeterliği Açısından Demans***

Demans, bilinç durumundan çok bilissel yetilerde görülen, zamana yayılan bir kötüleşme süreci ile karakterizedir ve geri dönüşü bulunmamaktadır. Bu tanımla karşımıza karar verme yeterliği konusunda bazı sorunlar çıkmaktadır.

Bunamanın derecesi önemli bir noktadır. Demans tablosu yeni yeni ortaya çıkan bir kişiyle, bunaması şiddetli bir hastada durum değişiklik gösterecektir. Hastada bunama şiddetliyse, genel olarak karar verme yeterliği bulunmadığı söylenebilir. Ancak bu durumda bile hastanın karar verebileceği dolayısıyla onaminin alınması gereken zamanlar olabilecektir.

Genel bir kural olarak, hastanın demanslı olması durumunda bile, tıbbi durumu ve önerilen tıbbi girişimin özellikleri konusunda aydınlatılması gereklidir. Olanaklıysa konsültan psikiyatristin de bulunduğu bir ortamda yapılacak olan bu bilgilendirme, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi sürecine de katkıda bulunacaktır.<sup>9</sup>

Adli psikiyatri açısından demans, ağır bunama durumunda, kişinin hukuki yeterliğe sahip olmaması nedeniyle, "*hacir (kisitlama) altına alınması*" ve bir "*vasi tayin edilmesi*" gerekliliği

nedeniyle son derece önemli bir konudur.. Ancak olayın balangıç devrelerinde, klinik arazın tüm ağırlığı ile ortaya çıkmamasına karşın, kişinin *telkin* altında kalabileceği ve iradesinin dışında tasarruflarda bulunabileceği, çıkarlarını tam anlamıyla koruyamayacağı durumlarda da kişiye "*müsavir tayin edilir*" belirtilmektedir.<sup>23</sup>

### **c) Sizofreni**

Her türlü toplumda, en sık görülen ruhsal bozukluklar arasındadır. Sıklığı ortalama, binde 0.4-0.7 arasında değişmektedir. Genç yaşlarda başlayan bir hastalıktır. Kadın hastaların % 47'sinde, erkek hastaların % 16.6'sında hastalık belirtileri 25 yaşından önce başlamaktadır.<sup>24</sup>

Tıbbi girişimin reddi açısından dikkate alınması gereken önemli bir özelliği, başlangıcında psikolojik bir gerilimin bulunabilmesidir. Kişinin sağlığına ilişkin gerginlik ve korkuları da bunlar arasında bulunabilir; sizofreni tıbbi bakım sırasında hastanede ortaya çıkabilir.

### ***Karar Verme Yeterliği Açısından Sizofreni***

Sizofreni, "ilerleyici nitelikte bir gerilemenin gözlemlendiği bir bozukluk" olarak tanımlanmaktadır.<sup>27</sup> Ancak sizofreninin, çok değişik gidis ve sonlanış özellikleri bulunmaktadır. Sinsi ya da "renkli" bir biçimde başlayabilmektedir Zaman zaman aktif hastalık nöbetleri ortaya çıkmakta, bu süreçler arasında hastada uzun bir uyum dönemi gözlenebilmekte ya da hastalık negatif belirtilerin baskın olduğu, residel sizofreniye dönüşebilmektedir.<sup>24</sup>

Hastalığın bu niteliği, sizofrenisi bulunan hastalar konusunda, -hastanın karar verme yeterliği açısından- tanıdan yola çıkarak bir yargıya ulaşmaya olanak vermemektedir.

Yayınlarda, (Rogers v. Commissioner ve Rivers v. Katz gibi) kapsamı oldukça daraltılmış ivedi durumlar dışında, psikotik bir bozukluğu bulunan bir hastaya onamı olmadan antipsikotik ilaç başlanamayacağına ilişkin mahkeme kararları sık sık anılmaktadır.<sup>18,38,45</sup>

Adli psikiyatri yönünden de, hastalığın başlangıç, gerileme ya da etkin olma dönemleri, hastanın ceza ve hukuksal yeterliği ile ilgili işlemlerde ayrı uygulamaların yapılmasına yol açacağı belirtilmektedir.<sup>23</sup>

#### **d) Sanrisal Bozukluklar**

Paranoya ve paranoid durum olarak bilinen bozukluklar, sanrılar (delüzyonlar) birincil nitelikteki belirtiler olduğu için *sanrisal bozukluklar* olarak tanımlanmaktadır.<sup>46</sup> Paranoid sanrılar çok değişik bozukluklarda gözlenebilir. Paranoid reaksiyon basli basına bir hastalık olmaktan çok bir sendromdur. Örneğin, *sizofreninin pranoit türünde, bunama, deliryum, beyin arteriosklerozu, beyin tümörü, kronik alkol, amfetamin gibi aliskanliklarda* paranoid psikoz sik görülmektedir. Ayrıca *yaygin sifilitik meningo-ensefalitte* ve *yas dönümü* dönemlerinde paranoid durumlar ortaya çıkabilmektedir.

#### ***Karar Verme Yeterligi Açısından Sanrisal Bozukluklar***

Baska bir hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan ve paranoid reaksiyon belirtileri gösteren ya da sanrisal bozukluk nedeniyle yatan ve ayrıca tıbbi girişim gereği doğan hastaya karşı hekim, dürüst ve açık olmalıdır. Hastanın, hastaneye yatırılma sürecini, sağlık çalışanlarını sanrisal sistemine dahil etmesi, tıbbi girişimlerle ilgili tüm süreçleri de etkileyecektir.<sup>9</sup>

Sanrisal bozukluğun varlığı, -sizofreni gibi- hastanın karar verme yeterliği tasımadığına karar vermek için tek başına yeterli değildir.

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesindeki en önemli nokta şudur: *Inatçı sanrisal bozuklukta (paranoya) tüm yaşamın sanrılara göre ayarlandığı düşünülmektedir; ancak paranoid reaksiyon ve diğer paranoid durumlarda, geçici ve epizodik bir psikoz tablosu söz konusudur. Her iki durumda da, hastanın tıbbi girişimi reddetmesinde, sanrılarının mi, sanrisal nitelik taşımayan inançları, değer yargıları ve isteklerinin mi belirleyici olduğu inceliklerle araştırılmalıdır.*

Adli psikiyatri açısından bakılacak olursa; ülkemizde, paranoya bozukluğu gösteren hastaların işlemiş oldukları suçlara karşı ceza yeterliği tasımadıkları kabul edilmediği görülmektedir. Ancak hukuksal yeterlikleri tartışma konusudur. Olguya ve sorunun niteliğine göre, hukuksal ehliyetin, bazı durumlarda tam bazı durumlarda kısmen var olduğu söylenebilmektedir.<sup>23</sup>

## **e) Duygulanim Bozukluklari**

Duygulanim bozukluklarindan *çökkünlük (depresyon)*, psikiyatri disi kliniklerde en sik rastlanan psikiyatrik bozukluktur. Ayaktan izlenen hastalarin % 12-36'sinda, yatarak tedavi gören hastalarin % 30-58'inde *çökkünlük* belirtileri saptanmistir. Yatan hastalarda psikopatolojik anlamıyla depresif sendrom gelisme sikligi % 12-16 olarak bulunmustur; bu, genel nüfusa oranla 2-3 kat fazladir. Bu hastalarin % 75'inde hastaliga tepki biçimde ortaya çikmektedir.

Dahili ya da cerrahi bir klinikte yatmakta olan bir hastada *çökkünlük* ortaya çikmasiyla ilgili etkenler söyle siralanabilir:<sup>35</sup>

### *1. Kisinin hastaliga verdigi tepki.*

Hastaliga karsi kisinin verdigi psikolojik yanit olarak karsimiza *çökkünlük* çikabilmektedir.

### *2. Bazi organik hastaliklar.*

Bazi endokrin hastaliklar, bazi bag dokusu hastaliklari, bazi vitamin ve mineral bozuklugu hastaliklari *organik duygulanim bozuklugu'na* yol açabilmektedir.

### *3. Kullanilan ilaçlar.*

Bazi antihipertansifler, bazi hormon preparatlari, kortikosteroidler gibi ilaçlarin, depresif bozukluga yol açma riski vardir.

### *4. Rastlantisal birliktelik.*

*Hastada, baslangiç açisindan dahili ya da cerrahi hastaliktan bagimsiz bir depresif bozukluk bulunabilir. Bu hastalarda, çökkünlük disindaki hastaliklarin tabloyu ağırlastirabilecegi söylenebilir.*

Özellikle süregen, ölümcül, hastayi kisitlayici, yasam niteligini düşürücü hastaliklarda *çökkünlük* tablosu yerlesmekte, süregenlesmektedir. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarin % 30'unda bir yil sonra *çökkünlügün* sürdüğü saptanmistir.



*Taskinlik (mani)*, çökkünlük gibi, birincil ve ikincil olarak ayrimlandirilmaktadır. Birincil taskinlik, bipolar duygulanım bozuklugunda görölmekteyken; ikincil taskinlik, sizofreni ve sizofreniform psikozlarda, çeşitli nedenlere bağlı organik beyin hastaliklarında, entoksikasyonlarda, beyin tümörleri, tirotoksikoz gibi durumlarda görülebilmektedir.<sup>24</sup>

### ***Karar Verme Yeterligi Açısından Duygulanım Bozukluklari***

*Çökkünlük* gerek hastanede yatarak tıbbi bakım alan hastalarda sıklıkla ortaya çıkması, gerekse özkıyım düşüncelerine neden olması nedeniyle hastanın tıbbi girişimi reddetmesi açısından önemli bir sorundur.

İlk olarak, hastayı klinikte izleyen hekimin tani koyması gerekmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, pratisyen hekim ya da psikiyatri disisi uzmanlık alanlarında görev yapan hekimlerin, tipik depresyonların ancak % 30'una tani koyabildikleri saptanmıştır.

İkinci olarak, tıbbi girişimin reddinin çökkünlükten mi kaynaklandığı hastanın yeterligi bulunan bir kararı mı olduğunun ayırdedilmesi gerekmektedir. Bu, duruma göre son derece karmaşık bir soruna dönüşebilmektedir; özellikle de ölümcül hastalıklarda.<sup>47</sup>

*Taskinlik*, gerek duygulanım gerek bilissel yetiler ve gerekse düşünce süreci ve içeriğine ilişkin bozukluklar nedeniyle hastanın karar verme yeterligini etkileyebilmektedir. Ancak genellikle ataklarla görülmesi, ataklar arası dönemde kişi, olagan uyumunu genellikle sürdürmektedir.

Adli psikiyatri açısından, bipolar bozuklugun önemi büyüktür. Göz önünde tutulması gereken noktanın, hastalığın, ceza ve hukuk yeterligini ataklarda etkilemesine karsın, ara dönemlerde etkilememesi olduğu belirtilmektedir.<sup>23</sup>

## 6. Tibbi Girisimin Reddi ve Dahili / Cerrahi Hastaliklar

Tibbi girisim gerektiren durumlarda, bazi hastaliklarin degisik özellikleri hastanin girisimi reddetmesine ortam yaratabilmektedir. Örneğin tiroid islev bozukluklari, hiper ve hipokalsemi, hiper ve hipoinsülinemi, hiperaldosteronizm, steroid psikozlari gibi bazi endokrinopatilerde, tabloya psikiyatrik belirti ve bulgular eklenebilmekte, bu da hastanin tibbi girisimi reddetmesinde etkili olmaktadır.<sup>35,48</sup> Arastirmanin sinirlarinin asilmaması için bu tür hastaliklarin tibbi ayrıntilarina girilmeyecektir.

Dahili ya da cerrahi hastaliklarda, hastanin önerilen tibbi girisimi reddetmesine neden olan bazi özellikler sunlardır:

Siddetli ve/veya sürekli agri öyküsü;

Kisinin hastaligi tarafından kisitlanmasi;

Ölümcül prognoz;

Süregen hastaliklar.

### **a) Siddetli ve/veya Sürekli Agri Öyküsü**

Agri günlük klinik uygulamada en sik karsilasilan yakinmalardan biridir. Pek çok hastaligin ilk belirtisidir. Birinci basamak saglik kurumlarina ve hastanelere basvuran hastalarin % 40'inda ana yakinmalardan biri oldugu saptanmistir.<sup>35</sup> Agrinin, kisinin biyolojik, ruhsal ve psikososyal saglik ve iyilik durumlari arasindaki karsilikli etkilesime iliskin bir yakinma ve denge ve uyumdaki bozulmanin bir göstergesi oldugu öne sürülmektedir.

Tibbi girisimin reddinde, agri önemli bir neden görülmektedir. İlk neden sürekli ve/veya siddetli agrinin çökkünlüğe yol açabilecegi bilgisidir. Hasta bu agridan kurtulma çabasi içindedir. Örneğin, yapilan çalismalarda, giderek psikiyatrinin ilgi alanina daha çok giren *süregen agri'nin* depresyonla iliskili oldugu saptanmistir.<sup>49</sup>

Öte yandan, konversif nöroz, çökkünlük, hipokondri ya da obsesyon gibi bazi psikiyatrik bozukluklar kendisini agriyla disa vurabilmektedir.

## **b) Kisinin Hastaligi Tarafindan Kisitlanmasi**

Hastaligin kisitlayici nitelikleri bir çok biçimde tıbbi girişimle ilgili kararlarda etkili olabilmektedir. Bazı olasılıkları sıralamak gerekirse:

### *1. Hastaligin bir sonucu olarak kisitlanma:*

Kimi durumlarda hastaligin kisinin temel gereksinimlerini kendi basına karşılamasını olanaksızlaştırabilir ve yaşamını ancak baskalarının bakımı yardımıyla sürdürmeye zorunlu kılabilir. Bu gibi durumlarda hasta, yaşam uzatıcı tıbbi girişimlerin, tedavilerin yapılmasını reddedebilmektedir.

İlginç bir olguyu anmakta yarar var: Elizabeth Bouvia, 28 yaşında, kuadriplejli bir hastaydı. Yalnızca bir kaç parmağını ve basını hafifçe hareket ettirebilmekteydi. Süreklilik gösteren bir ağrısı vardı. Karşı çıkmasına karşı bir nazogastrik tüp yerleştirilmisti. Bouvia bu tüpü çıkartmak istiyordu. Mahkeme, karar verme yeterliğine sahip bir hastanın tedaviyi reddetme hakkına sahip olduğu kararına vardı (1986).<sup>7</sup>

### *2. Önerilen tıbbi girişimin bir sonucu olarak kisitlanma:*

Kimi durumlarda önerilen tıbbi girişim aynı sonuca yol açabilmektedir.

Tek başına yaşayan 72 yaşındaki Bayan A.'ya, gangrene bacakları nedeniyle zorla getirildiği hastanede, 72 saat içinde amputasyon ameliyatı uygulanmazsa öleceği bildirilmisti. (1978) Hasta daha önce ne komsularının ne de belediye görevlilerinin önerdiği yardımları kabul etmisti. Bu kez de amputasyon ameliyatını kabul etmiyordu. Benzer bir tablonun daha önce de başına geldiğini belirten Bayan A., ayaklarındaki belirtilerin zamanla azalacağına olan inancını tekrarlıyordu. Ayaklarına bir sans tanımak istediğini belirtiyordu. Bu düşüncelerini mahkemede de tekrarladi. Yapılan pek çok değerlendirme aklının başında olduğunu düşündürüyordu. Bu olgu dört ayrı hukuksal aşamada da tartışılmıştır. Mahkemede hekimlerin yaşam tehlikesi savi kabul edilmiş, ancak durumun, karar verme yeterliği olan bir hastanın ölümle amputasyon arasında tercih yapmasıyla ilgili olduğunu saptamıştır.<sup>50</sup>

### **c) Ölümcül Prognoz**

Ölümcül bir hastalığı olan kişinin, yaşamını uzatma olasılığı olan bir girişimi reddetmesi ya da durdurmak istemesi, üzerinde dikkatle durulması gereken bir durumdur.

Kişinin ölümcül hastalığa karşı, aşamalı olarak verdiği yanıtları şöyle özetlenebilmektedir.<sup>51</sup>

1. *Yadsima*: Hayır ben değil.
2. *Öfke ve kızgınlık*: Neden ben?
3. *Pazarlık*: Evet ben ama...
4. *Kabullenme*.

Ölümcül hastalığı olan bir kişi karşısındaki hekim, hastanın kişiliğine, dinine, kültürel kökenine, psikolojik yönelimine, ego gücüne, yasına ve hastalığa bağlı tüm belirti ve bulgulara bağlı olarak değişkenlik gösteren bir yaş tablosuyla karşı karşıyadır.

Dünya Hekimler Birliği'nin hasta haklarını konu alan *Lizbon Bildirgesinde* (1981) hastanın insan onuruna yakışır bir biçimde ölmeye hakkı olduğu belirtilmiştir. Ölümle sonuçlanacak hastalık durumunu konu alan *Venedik Bildirgesinde* (1983), hekimin, hastanın onamıyla tedavinin sona erdirilebileceği belirtilmektedir.<sup>52</sup>

Ayırım yapılması gereken durum şudur: Hastanın bu isteği bir tür pasif özyetim girişi midir yoksa karar verme yeterliği taşıyan bir kişinin tedaviye son verilmesi isteği midir? Ayırım her zaman kolay olmamakla birlikte, bir özyetim girişiminde hastanın yakınları ve sağaltım ekibinden uzaklaşması, öfkeyle ve nihilistik düşüncelerle hareket etmesi gözlemlendiği öne sürülmektedir. Oysa yeterli taşıyan bir hastanın, ailesi ve sağaltım ekibinin desteğiyle, hastalığıyla ilgili beklenen süreçleri, bununla ilgili nelerin yapılabileceğini göz önünde bulunduran bir karar alma süreci geçirdiği gözlenecektir.<sup>9</sup>

Karar verme yeterliğini değerlendiren hekim (psikiyatrist), hasta dışında ailesine de zaman ayırmalıdır.

#### **d) Süregen Hastalıklar**

Süregen nitelik taşıyan hastalığı olduğunu öğrenen kişinin, bu hastalıkla yaşamayı öğrenmesi gerekecektir. Diyabetli kişilerde emosyonel tepkiler ve uyum güçlüklerinin en sık karşılaşılan sorun alanları olduğu belirtilmektedir.<sup>35</sup> Diyabetin kendisi, komplikasyonları, tedavinin gündeme getirdiği sınırlamalar ve gelecek endisesi kişinin dengesini sarsabilir, emosyonel tepkilere neden olabilir. Benzer durumlar kalp hastalıkları için de söylenebilecektir.

Bazı durumlarda hastalar gerekli sağaltımlarını ısrarla ihmal etmekte, bu nedenle sık sık hastaneye yatmak zorunda kalmaktadırlar. Alkolizm ve sekelleri, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve süregen dermatozlarda olduğu gibi. Bu hastalar değerlendirmeye alınmalıdır: Acaba uygulanması süreklilik gerektiren tedavilerini, kendi başlarına yapabilecek yeterlikte mi?<sup>9</sup> Bu yeterliği taşıyan bu hastaların tıbbi girişimi reddetmelerine yol açan nedenler değiştirilebilir, ve hastanın izin verdiği ölçüde koşulların değişmesi için çaba harcanabilir.

Öte yandan bazı süregen hastalıklar kişinin zihinsel durumunu doğrudan etkileyebilmektedir. Süregen böbrek, karaciğer yetmezliği tablolarında olduğu gibi. Süregen böbrek yetmezliğinde, gerek diyaliz öncesi dönemde gerekse diyaliz sonrası dönemde organik beyin sendromlarına sık rastlanmaktadır.

Süregen böbrek yetmezliği içindeki her 500 hastadan birinin özkiyim girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Ülkemizde bu oranın daha az olduğu düşünülmekte ve bu dinsel inançlara bağlanmaktadır<sup>53</sup>.

### ***7. Tıbbi Girişimin Reddi ve Önerilen Tıbbi Girişim***

Hastaya önerilen tıbbi girişimin beklenen yararları, riskleri, sonuçları gibi özellikleri, hastanın tıbbi girişimi kabul ya da reddetmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu konu daha önceki bölümlerde işlendiği için burada yeniden ayrıntıya girilmemektedir.

## 8. Tibbi Girisimin Reddi ve Yas

Hasta yasinin pek çok aidan 3nemi bulunmaktadır. 18 yasından genç t3m kisilerin kapsandigi *k33k3ler* ya da ileri yas d3nemindeki *yasli eriskinler*, yas gruplarına 3zel tıbbi, etik ve yasal sorunlarla karsilasabilmektedirler.

3te yandan, sizofreni ya da demans gibi hastanın karar verme yeterligi 3zerinde etkide bulunabilecek kimi hastalikların da, yasl ile ilgili olarak ortaya ıktigi bilinmektedir. Zorla tedaviye alınan psikiyatri hastalarının, yas bakımından diğ erleriyle anlamlı farklılık g3sterdigi saptanmıştır.

### **a) K33k3ler**

Tıbbi girişimi reddetme sorunu, k33k3ler açısından farklı 3zellikler tasımaktadır. Bunlardan ilki, *k33k3*3n kendisiyle ilgili kararlara katılma, kendi kararlarını verme konusundaki yas siniriyle ilgilidir. Bunu *k33k3lerde onam sorunu* olarak tanımlayabiliriz.<sup>54,55</sup>

İkincisi *k33k3*3n sağlık hakkı kapsamındaki t3m haklarına, bu arada tıbbi bakım ve gereğinde tıbbi girişim haklarına ulaşabilecek bağimsiz bir iradeye sahip olmamasından kaynaklanmaktadır.

33nc3s3 de, genetik malformasyonlarla doğan bebeklerle ilgili olarak yasam uzatan girişimlerin sona erdirilmesi ya da hekim yardımıyla bebegiñ yasamina son verilmesi tartismalarıdır.<sup>56</sup>

### **b) Yaslılar**

İleri yastaki hastaların durumu da bazı açılardan k33k3lerin durumuyla benzerlik g3stermektedir. Bir yandan bazı hastaliklarla, 3zellikle de s3regen nitelikteki hastaliklarla karsilasma olasiligi artarken, diğ er yandan bazı yasli kisilerde bilissel yetilerde gerilemeler g3zlenebilmektedir.

Yasli kisilerin de, k33k3lerinkine benzer bir *onam sorunu* bulunmaktadır. Gerek karsilasilan hastaliklar, gerekse aile ve sağlık alısanlarının ileri yaslara ilgili olası 3nyargıları, yasli kisilerin kendileriyle ilgili kararları vermekte g3l3k3lerle karsilasmalarına yol açabilmektedir.

Öte yandan bu durumun tersi de önemli bir sorun olacaktır. Yaslı kişinin kendi sağlığını koruyabilecek yeterliği yitirmesi durumunda, tipki küçüklerde olduğu gibi, yerine karar verilmesi gerekecektir. Bu kişilerin sağlıkla ilgili haklarına ulaşmaları için, ya kendi özerk iradeleri yeterli değildir ya da bunları elede edecek fiziksel yeterliklerinde kayıplar vardır.

Tıbbi girişimi reddeden yaslı kişinin karar verme yeterliği tasımadığı saptanacak olursa, onun adına karar vermek gerekecektir. Ancak bu kez durum küçüklerinkinden farklıdır. Yaslı kişiler daha önceden yeterli oldukları, inançları, değer yargıları ve yaşam planları bulunduğu için, verilecek kararın bunlara olabildiğince uygun olması gerekecektir.<sup>10</sup>

Yaslı kişilerin konuyla doğrudan ilişkili en özellikli durumu ise, ötanazi amacıyla tıbbi girişimin reddi sorunudur. Bazı durumlarda bu konuda, kesin yargılara varmak son derece güçleşmektedir.

## ***9. Tıbbi Girişimin Reddi ve Özellikli Bazı Durumlar***

### **a) Ötanazi**

Dünya Hekimler Birliği, 1987 yılında Madrid'de yayınladığı bildirisinde, *ötanaziyi*, hastanın ya da yakın akrabalarının isteği üzerine, hasta yaşamının kasıtlı olarak sona erdirilmesi biçiminde tanımlamaktadır. Aynı bildiride, ötanazinin etige uygun olmadığı belirtilmekte; ancak bu saptamanın, ölümcül hastalığının son aşamasında ölümün doğal süreçlerine izin verilmesini isteyen hastanın istegine saygı gösterilmesine engel olmadığı belirtilmiştir.<sup>57</sup> Konu, özellikle Hollanda'da son yıllarda girdiği yasallaşma süreciyle tartışmalı niteliğini sürdürmektedir.

### **b) Kalıcı Bitkisel Yaşam**

Karar verme yeterliğini yitiren kişi için sağaltıcı nitelikte olmayan, ancak yaşam uzatıcı özellik gösteren tıbbi girişimlerin sürdürülmesiyle ilgili olarak karar verme güçlüğü yaşanmaktadır.<sup>58</sup> Bir açıdan ötanazi tartışmalarıyla bağdastırılabilir olan bu tartışma, özellikle de kalıcı bitkisel yaşama giren ve ilgili yayınlarda sık sık göndermede bulunan hastaların yol açtığı tartışmalar, giderek yasal düzenlemelere dönüşmektedir.

Bu konuda son yıllarda verilen mahkeme kararlarıyla, karar verme yeterliği olan kişilerin beslenme ve hidrasyon gibi yaşam uzatıcı girişimleri reddedilmelerine olanak tanınmıştır.<sup>59</sup> Bir olguda, hastanın karar verme yeterliği yerindeyken, böyle bir durumda olsa yasatılmak istemeyeceğini ailesi ve arkadaşlarına açıklamış olmasına dayanılarak, hastaya su ve besin verilmesi kesilmiştir.

Bu araştırmanın doğrudan konusu olmamakla birlikte, bu tartışmaların yaygınlaşmasında hastanın irade özerkliğinin genişletilmesi istegi kadar, sağlık bakımı masraflarını üstlenen sigorta kurumlarının özendirici çabasının etkili olup olmadığı düşünülmesi gereken bir konudur.<sup>14</sup>

### **c) Anoreksia Nervosa**

Tıbbi girişimi reddeden Anoreksia Nervosa olgularına yayınlarda sık rastlanmaktadır. Bu hastalardan bazılarının, onam için yeterli kabul edilen yasin altında olmaları sorunun çözümünü daha da güçleştirmektedir.<sup>60</sup>

Anoreksia Nervosa'daki bir hasta için karar verilmesi gereken durum, hastalığın kişinin kendini algılama yetisini bozup bozmadığı, bunun sonucunda da genel olarak yeterli bir kişi bile olsa, bu alanda akılcı karar vermesine engel olup olmadığı biçiminde özetlenebilir.

### **d) Dinsel İnançlar Nedeniyle Tıbbi Girişimi Reddetme**

Kisilerin, dinsel inançlarına uygun görmedikleri uygulamalardan kaçınma hakkı vardır. Bu inançların hekime bilim-disi, akıl-disi ya da anlaşılmaz gelmesi durumu değiştirmeyecektir. Hekim kuskusuz kişiye hastalığıyla ilgili süreçleri, önerilen tedavinin yapılması ve yapılmaması durumunda ortaya çıkabilecek sonuçları anlatacaktır. Daha önce söz edildiği gibi hekimin açık ya da örtülü baskıya dönüşen davranışlardan kaçınması gerekecektir.<sup>61,62</sup>

Öte yandan hekimin de, hastayı, açık ya da örtülü biçimde kendi inançları doğrultusunda hareket etmeye zorlaması, değer yargılarını dayatması olasılığı akılda tutulmalıdır.



### **e) Siyasal Nedenlerle Tibbi Girisimi Reddetme**

Genellikle, açlık grevi ve ölüm orucu olarak karsilasilan, siyasal nedenlerle tibbi girisim reddi konusu da, özellikle ÷lkemizde sik karsilasilan bir durum olmasi açisindan üzerinde durulmasi gereken bir konudur.

Dünya Hekimler Birliği, konuyla ilgili olarak 1991 yilinda Malta'da açıkladigi bildirgesinde, konunun, *yasamin kutsalligi* ve *kisinin özerkligine saygi* ilkeleri açisindan çeliski yaratan bir durum oldugunu belirtmistir.<sup>63</sup>

Kararlarini verebilecek yeterligi olan, özgür iradesiyle hareket eden kisiye, onami disinda tibbi girisimde bulunulmayacagi açiktir. Sorun daha çok, hastanin bilinç durumunun bozulduğu, karar verme yeterligini yitirdigi andan sonra ne yapilacagina iliskin olarak ortaya çikmektedir.

## C. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi

### 1. Giriş

*Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi*, kişinin belli bir andaki durumunun, bir soruna özgü olarak değerlendirilmesidir. Kişinin aydınlatılmış onamı vermek ya da vermemek konusunda için gerekli yeterliğe sahip olup olmadığının saptanması, tıbbi kararların geçerliliği açısından son derecede önemlidir.<sup>20</sup>

İki hata, önemli sorunlara kaynaklık edecektir: İlki, yeterlik sahibi hastalara zorla tedavi uygulanmamalıdır. İkincisi yeterliği olmayan hastalar tedavisiz bırakılmamalıdır.<sup>7</sup>

Kusku yok ki bu hatalara düşmemek için son derece titiz davranmak gerekmektedir. ABD'de psikiyatride hasta haklarıyla ilgili tartışmaların, özellikle de zorla hastaneye yatırma ve zorla tıbbi girişim konularındaki tartışmaların yükseldiği bir dönemde, bazı hastalar tedavisiz kalmış, bu hastalar "*hasta hakları*hin ilk kurbanları' olarak değerlendirilmişlerdi.<sup>64</sup>

Karar verme yeterliği tartışması, aslında yalnız ülkemiz için değil, bu tartışmaların yürütülmekte olduğu ülkeler için bile yeni bir tartışma olarak kabul edilebilir.

Üstelik yeterlikle ilgili standartlar oluşturmak ve yetersiz olma durumunu tanımlayabilmek son derece karmaşık bir sorundur; çünkü bu değerlendirme, kişiyi kimi zaman birbirleriyle çelişen noktalara götüren üç bilgi alanına bağlıdır: *Hukuk, etik ve psikiyatri*. ABD'de bu konuda görüş oluşturmaya çalışan ilgili Başkanlık Komisyonu'nun üyeleri, bu çalışmaların verdiği sonuçtan düş kırıklığı yaşadıklarını açıklamışlardır. Başkanlık Komisyonu, karar verme yeterliği ile ilgili genel bir tanım yapmış, bazı değerlendirme yöntemlerini hastaların çıkarlarını koruyamayacak ölçüde *gevsek, merhametli* bulmuş, bazılarını ise hastanın kendi kararlarını verme hakkını asırı derecede kısıtlamakla eleştirmiştir; ancak Komisyon, kendi standartlarını ortaya koyabilmiş de değildir.<sup>21</sup>

Mahkemeler, bir yandan hastanın kararlarına saygı gösterilmesini desteklerken, diğer yandan, tıbbi girişimi reddeden ancak yeterliği olmayan hastanın tedavisiz kalmasını *hekimin ihmali* olarak değerlendirmektedir.<sup>20</sup>

## 2. Nasil Degerlendirilmeli?

Hastalarin nasil degerlendirilecegi, muayene yöntemiyle ilgili bir sorun olmaktan önce bir içerik sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Degerlendirilmesi gereken sey nedir? Hastanın ruhsal durumu mu? Hastanın bilissel yetileri mi? Yoksa bunlardan bagimsiz olarak saltik bir karar alma süreci mi?

Yeterlik tanimi, seçenekleri görüsme, ilgili bilgiyi anlayabilme, durumu ve sonuçlarını degerlendirebilme ve tüm bu bilgileri akilci olarak kullanabilme olarak yapıldigina göre, hastanın bu noktalardaki kavrama, anlama, ve degerlendirmesinin ölçülmesi, yeterlik degerlendirmesinin temelini olusturacaktır.<sup>20,65,66</sup>

Karar verme yeterligi ile ilgili standartların, hastanın "hastaligini dogasını ve önerilen tibbi girişimin sonuçlarını anlama ve degerlendirme yetisine" odaklanması gerektiği belirtilmektedir.

*Ruhsal durum muayenesi, yeterlik görüşmesi ve degisken ölçek başlıklarıyla inceledigimiz yaklaşımların, birbirinin dışında ya da birisi diğerine öncelikli olarak sunulmadığını belirtmek gerekir. Hastanın, hastalığın ve önerilen tibbi girişimin özelliklerine göre davranmak gerektiği açıktır.*

### **a) Ruhsal Durum Muayenesi**

Ruhsal durum muayenesi, yeterlik degerlendirmesine baslamak için iyi bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Karar verme yeterligi birincil olarak bilissel yetilerle ilgili bir boyuttur; nörofizyolojik islevselligin de degerlendirildiği bir ruhsal durum muayenesi bu açıdan degerli bir yöntemdir. Muayenenin ayrıntıları belgelendirilmelidir.<sup>20</sup>

Ancak, bu muayenede psikiyatrik bir bozuklugun saptanması hastanın *yetersiz* olduğuna karar verilmesini gerektirmemelidir. Yeterlik degerlendirmesi, yalnızca psikiyatrik bir hastalık ya da bozuklugun tanınması amacıyla yapılmamaktadır.

Muayene sırasında saptanan ve hastanın karar verme yeterligine etkide bulunabilecek bazı durumlar, uygun ve hızlı bir tedaviyle düzeltilebilmektedir. Sıddetli çökkünlük, deliryum, panik bozukluğu ve ilaç entoksikasyonu gibi durumlar buna örnek verilebilir. Bu gibi durumlarda, yeterlik

değerlendirmesinin (ertelenebiliyorsa), bu bozukluk ve hastalıkların tedavisinin ardına bırakılması önerilmektedir.

### **b) Yeterlik Görüşmesi**

Yeterlik görüşmesindeki çerçeve, sorgulanması gereken alanlar ve sorulması yararlı olacağı düşünülen sorulardan oluşmaktadır. Bu alanların başında hastanın tıbbi sorununu ve önerilen girişimleri nasıl algıladığı, tıbbi girişimin uygulanması ya da uygulanmamasının olası sonuçlarını nasıl değerlendirdiği, karara nasıl ulaştığı anlaşılmaya çalışılacaktır.<sup>20,67</sup>

Bu değerlendirmenin anlamlı olabilmesi için hastanın daha önce bilgilendirilmiş olması gerekir. Ayrıca soruların hastaya göre, onunla iletişim kurulabilecek bir düzey ve biçimde sorulması gerekliliğinin altı çizilmelidir. Kuskusuz sorular, görüşmenin bütünselliği içinde sorulmalı, ona göre değerlendirilmelidir.

### **c) Yeterlik Değerlendirilmesinde, Değişken Ölçek**

Yeterlik değerlendirilmesinde, tek bir standarttan çok, kararının hasta açısından doğuracağı sonuçlara göre değişkenlik gösteren bir yeterlik standardi kullanılması gerektiği öne sürülmektedir.<sup>21,68</sup> Bir başka söyleyişle, hastanın kararı sağlığına yönelik riski ne ölçüde yükseltiyorsa, o ölçüde yüksek bir yeterlik standardi uygulanacaktır. (*Değişken Ölçek*)<sup>7</sup>

Bu açıdan üç ayrı durum tanımlanmıştır:

#### *1. Eger hastalık yasami tehdit edici nitelikteyse:*

Seçeneği olmayan ve riski düşük olan bir tedavi varsa, bu tedaviyi reddeden hastaya uygulanacak yeterlik değerlendirilmesinde katı davranılacaktır. (Örneğin, apendisit.) Bir başka deyişle, bu yaklaşıma göre, hastanın böyle bir girişimi reddetmesi, verilen kararı akılcı bir karar olarak görmemek için tek başına yeterli sayılacak, hastaya *yeterli* demek güçleşecektir.

## 2. Eger hastalik akut olmaktan çok süregen nitelikteyse:

Önerilen tedavinin tehlikesi fazlaysa ya da yararı tam olarak kesin degilse, bu durumda risk-yarar dengesi degisik bir biçimde degerlendirilecektir. Yeterlik degerlendirilmesinde ilki kadar kati davranilmayacaktır.

Onam verebilmek içinse, *anlama yeteneginin* bozulmamis olmasi, risk ve yararları gözeterek degisik seçenekler arasında *seçim yapabilmesi* gerekecektir.

## 3. Eger verilecek karar, riski son derece yüksek, tehlikeli bir girisimle ilgiliyse:

Bu duruma kalp transplantasyonu örnek olarak verilebilir. Bu kez, hastanın tıbbi girişimi reddetmesi akilci bir karar olarak degerlendirilecektir. Bu karari veren kisinin yeterlik degerlendirilmesinde kati davranilmayacaktır.

Degisken-ölçegin, paternalizme çağri çıkarabilecegi yönünde eleştiriler bulunmaktadır.

## 3. Kim Degerlendirmeli?

Hastanın tıbbi bakımından sorumlu hekim ve diger saglik çalışanlarının, hastayı genellikle daha iyi tanidigi söylenebilir. Aslında yeterlik degerlendirilmesi, kapali biçimde de olsa, tüm hasta-hekim görüşmeleri sırasında gerçekleştirilmektedir.<sup>7</sup> Hastanın tıbbi girişimi reddetmesinin, yeterlikle ilgili olabilecegini düşünmek, hastadan sorumlu hekimin sorumlulugundadır. Hem yasal hem de tıbbi nedenlerle, hekim hastasının karar verme yeterligi konusunda duyarli olmalıdır. Bu nedenle ilk degerlendirme hastayı klinikte izleyen hekim tarafından yapılacaktır.

Ancak bazı unsurlar dikkate alindiginda, bu degerlendirmenin tek basina yeterli olmayacağı anlasilacaktır. Bu nedenler arasında sunlar sayilabilir:

1. Hastanın bilissel yetileri, psikiyatristler tarafından daha büyük bir kolaylik ve dogrulukla degerlendirilebilecektir.
2. Hastanede yatırılan hastalar basta olmak üzere pek çok hastada, çökkünlük gibi eslik eden bir psikiyatrik bozukluk saptanmistir. Bu bozuklukların ayrimina varilmaması, hastanın kararlarını olumsuz etkileyebilecektir.

3. Tibbi girişimi reddetmenin bir nedeni olarak, hasta ile sağlık bakım ekibi arasında, kısır döngüye dönüşme olasılığı çok güçlü olan çatışma ve uyumsuzluklar dikkate alınmalıdır. Yeterlik değerlendirmesinin üzerine bu gölgenin düşmemesi için, bu tür uyumsuzluğun söz konusu olduğu durumlarda, başka bir hekimin bu değerlendirmeyi yapmasında, hatta hastayı hastalığı ve tedavi seçenekleri konusunda yeniden bilgilendirmesinde büyük yarar olacaktır.

ABD'de, eğer yerel kanunlar tersi yönde bir düzenleme getirmiyorsa, ilk değerlendirmeler psikiyatrist olmayan hekimler tarafından yapılabilmektedir. İlk değerlendirmeyi de hastayı klinikte izleyen hekim yapabilmektedir. Ancak hekimlerin, sık sık hastaları tarafından mahkemeye verilmelerinin, yeterlik konusunda istenen konsültasyonları giderek arttıracığı öngörülmektedir.

Adli psikiyatri açısından, bir kişinin herhangi bir tarihteki hukuksal yeterliği konusundaki değerlendirme, *süphe* ki psikiyatrist tarafından yapılacaktır.<sup>23</sup> Psikiyatrist hekim yoksa, herhangi bir hekimin bilirkişiliği de önem taşımaktadır.

#### **4. Yeterlik Değerlendirilmesinde Düşülen Bazı Hatalar**

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusunda yapılan, bazı önemli hatalara göz atmak, aslında bu değerlendirmenin çerçevesinin oluşturulması açısından da yararlı olacaktır.

İlk hata, *yeterlik* kavramının hatalı anlaşılmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu değerlendirmeyi yapacak kişiye (konsültana), "yeterliğin değerlendirilmesi" istemi iletilmektedir. Bu yaklaşım yeterliğin, kişinin tüm yasamsal etkinliklerini esit biçimde etkileyebilecek bilissel bir boyut olduğu sanısına dayanmaktadır. Bu tür ayırılmamış, evrensel nitelikteki bir yeterlik, ampirik ya da yasal olarak desteklenmemiştir.<sup>7,20</sup> Anahtar soru şudur: "Ne için yeterli?" Yeterlik, özgül bir soruna ilişkin olarak değerlendirilmelidir.

İkinci hata, hastada var olan ya da başka bir hastalığa eşlik eden önemli bir psikiyatrik hastalık ya da bozukluğun, hastanın karar verme yeterliğini ortadan kaldıracığıyla ilgili önyargidir. Yayınlarda sık anılan *Rivers v. Katz*'la ilgili mahkeme kararında, hastaneye zorla yatırılmış olan bir şizofreni hastasının, psikotropik ilaç tedavisini reddedebileceği, bu konuda yeterli olabileceği karara

baglanmıştır.<sup>18</sup> Bir başka olguda (*re Yetter*), sanrıları da olan kronik şizofreni hastası bir kadın, göğüs kanseri ameliyatını reddedebilecek yeterlikte bulunmuştur.

Yayınlarda söz edilen bir başka hata da, psikiyatristlerin değerlendirmesinin yasal olarak geçerli olduğu yönündedir. ABD'de, mahkemeler tersine karar verene dek, tüm erişkinlerin yeterli olduğu kabul edilmektedir. Esdeyisle yasal olarak geçerliliği olan yetersizlik kararını, yalnızca mahkemeler vermektedir.

## **5. Yeterlik Değerlendirmesi Kayıtları**

Tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yeterliği değerlendirmesinin kayıtlarının tutulması, pek çok ülkede bu konuda sık sık hekimlere karşı davalar açılması nedeniyle özellikle önem kazanmıştır. Hastalar yetersiz oldukları dönemde, hastalıklarından kaynaklanan nedenlerle tıbbi girişimi reddettikleri, hekimin de buna uyarak kendisini tedavisiz bıraktığı seviyeye mahkemeye başvurabilirler. Ya da istemedikleri bir tıbbi girişimin zorla uygulandığını öne sürerler. Ancak tıbbi raporların, hastanın özgürlüğünü kısıtlayıcı, bazı paternalist eylemleri aklamaya yönelik bir araç olarak değil, sürecin doğru ve açık bir biçimde belgelendirilmesi açısından önemli olduğu akıldan vurgulanmaktadır.<sup>69</sup>

Ülkemizde de bu konudaki yasa yolu açık bulunmaktadır. Zorla tedavi edilen hasta, tazminat davası açabilecektir. Bir örneği bulunmamakla birlikte, örneğin hasta zorla yatırılma konusunda, zorla alıkoyma suçlaması yapılabileceği belirtilmektedir.

Bu nedenle, hasta kayıtları giderek daha çok önem kazanmaktadır. Hastadan sorumlu hekim, hem kendi değerlendirme sonuçlarını hem de konsültan hekimin değerlendirme ve önerilerini ayrıntılarıyla belgelendirmelidir. Hastanın, hastalığı ve önerilen tıbbi girişimle ilgili olarak bilgilendirilmesinin belgelendirilmesi de son derece yararlı olacaktır.

Karar verme yeterliği taşıyan ve önerilen tıbbi girişimi reddeden bir hasta, bu isteğini belgelendiren bir formu imzalamalıdır.

Adli psikiyatri uzmanlari, kisinin hukuksal yeterligini degerlendiren hekimin bu yeterligi ayrintili bir raporla belgelemeleri gerektiğini belirtmektedir. Prof.Dr.Kriton Dinçmen, Adli Psikiyatri kitabında şöyle demektedir:<sup>23</sup>

*"...bu hususta tanzim edilen raporların ilerki bir tarihte de inandırıcılık vasıflarını muhafaza edebilmeleri için, mümkün olduğu kadar geniş ve ayrıntılı tam bir tıbbi müsaade bulgularına dayanması ve bu bulguların ayrıntıları ile rapora aksedilmiş olmaları icap eder.*

*"...Hukuki ehliyetin tayininde, bu hususta tanzim edilmiş bulunan ve kisinin akli ve genellikle tıbbi durumunu belirten raporların yanı sıra, kisinin, akit tarihinden evvelki ve sonraki dönemlerdeki tıbbi durumunu belirten diğer rapor veya klinik ve laboratuvar bulgularını içeren hastahane müsaade kayıtları ile kisinin o tarihlerdeki tutum ve davranışları ile sağlık durumunu aksettiren tanık ifadeleri büyük önem tasırlar."*



## D. Tibbi Girisimin Reddi Durumu İçin Yol Gösterici Bazı Notlar

### 1. Hastanın Karar Verme Yeterligi Varsa:

Herhangi bir bilgi eksikligi, yanlış anlasilma, karara etki eden ve düzeltilebilecek bir aksaklik var midir? (Hastaya bagli nedenler, söz konusu hastaliga bagli nedenler, eslik eden baska bir hastaliga iliskin nedenler, önerilen tibbi girisim seçeneklerine bagli nedenler, hekime ve saglik çalismanlarına bagli nedenler, saglik kurumuna bagli nedenler, ekonomik durum ve saglik güvencesine bagli nedenler, hastanın yakınlarına bagli nedenler gibi.)

Bu karardan kimler etkilenecektir?

Uluslarasi katilimla yürütülen bir çalismayla, bu konuda yol gösterici ilkeler saptamaya çalisilan bir raporda, hekimin ne olursa olsun, karar verme yeterligi olan bir kisiye, herhangi bir tedaviyi empoze etmemesi gerektigini; hastanın tedaviyi reddetmesine uyan (saygi gösteren) kurumun, hastaya destek ya da agri tedavisini sürdürmeyi önermekle yükümlü oldugu belirtilmektedir.<sup>70</sup>

### 2. Hastanın Karar Verme Yeterligi Yoksa:

Hastanın karar verme yeterligi tasimamasi iki duruma göre farklılik göstermektedir: İlki kisinin daha önce karar verme yeterligi tasimis olmasi; ikincisi daha önce herhangi bir biçimde yeterlilik tasimamis olmasi.

#### **a) Daha Önce Yeterlik Tasimis Hastada:**

Yasaminin önceki dönemlerinde, karar verme yeterligine sahip olmus, kimlik gelistirmis, dinsel, siyasal ve kültürel tercihlerini yapmis bir kisinin yeterligini yitirdikten sonra, kendisiyle ilgili alinacak kararlarda, bu niteliklerin dikkate alınmasini beklemek hakki vardir.

Bugün pek çok ülkede, henüz karar verme yeterligini yitirmeden önce, saglik bakimiyla ilgili olarak bazı konularda vasiyet olusturma hakki taninmistir. Kisiler, yeniden canlandirma, yapay ve zorlama yollarla yasami uzatma girisimleri gibi durumlarda nelerin yapılmasini, nelerin

yapılmamasını istediklerini saptayan belgeler hazırlayabilmektedirler. Ya da hazırladıkları belgelerde, yapılacak tüm girişimlerin uygunluk tasimasını istedikleri siyasal, dinsel inanç ve görüşlerini belirtebilmekte; ya da yerlerine kimin karar vermesini istediklerini önceden saptayabilmektedirler.

Bu tür bilgilere ulaşabilen hastalarda, *dolaylı onam*'a dayanarak, karar verilebilmektedir. Ancak hiç kusku yok ki bu kolay bir iş değildir. Kisiler ayrıntılı belgeler hazırlamış olsalar bile, bu belgeleri hazırladıkları durumla, ilk kez karşılaştıkları ve yaşamlarını doğrudan etkileyen bu yeni durumu tahmin etmeleri ve önceden karar vermeleri olanaklı mıdır? Ya da bu belgelerin hazırlandıkları dönemdeki düşünce ve inanışlarının sonraki dönemde, özellikle de son dönemde değişmediği nasıl kesinleştirilecektir? Geçen sürede tip bilgilerinde yaşanan yenilikler bilinseydi, bu işlemlere izin verilebilir miydi?<sup>12,13</sup> Bu tür eleştirel sorular çoğaltılabilir.

Yeterlik tasımadığı saptanan hastada yanıtları aranması gereken başka bazı sorular bulunmaktadır:

Hasta yeniden karar verme yeterliğine kavuşturulabilir mi? (Alınması gereken tıbbi kararın geciktirilebilirliği ölçüsünde, kendisiyle ilgili kararları verme fırsatı tanınabilir.)

Hastanın tıbbi açıdan tam durumu nedir? (Tani ve olası prognoz, önerilen tıbbi girişimler, diğer tıbbi girişim seçenekleri, girişimde bulunulmamasının olası sonuçları gibi.)

Hastanın genel olarak yaşamla ilgili değerleri ve tercihleri nelerdir?

Hastanın durumuyla ilgili bilgi kimlerle paylaşılacaktır? (Ailesi, yasal vasisi gibi.)

Karar nasıl verilecektir? (Eğer hastanın kişisel tercihleri ve değerleri varsa ve biliniyorsa kişisel seçenekleriyle uyum içinde hareket edilmelidir. Buna *yerine yargıda bulunma (substituted judgment)* denmektedir. Konuyla yakından ilgili bir tanım olan *dolaylı onam* daha önceki bölümlerde tartışılmıştır.)

Eğer hastayla ilgili bilgi yoksa, hasta için en iyi olan, hastanın en çok yararına olan seçenek yeglenecektir. Bu karar hastanın ailesi ve varsa doğrudan ilgili diğer hekim ve sağlık çalışanlarının işbirliği ile oluşturulmalıdır.

Kisilerin, genel olarak, "kimliklerini korumak, bagimsizliklerini ve kontrollerini sürdürebilmek, digerleriyle iliski içinde olabilmek, agri ve aci çekmekten kaçınmak, ve digerlerine agir bir yük olmamak" istedikleri varsayılmaktadır; verilen karar bu açılardan hakli kilinabilmelidir.

Sorumlu hekimle hastanın yakini arasında eliski dogmasi durumunda neler yapılacaktır? (Danismanlik, tartisma, konsültasyon ve diger resmi olmayan yollar eliskinin giderilmesine katkıda bulunabilmektedir. Eger bu grsmeler sonuç vermezse kurum içi -rnegin etik kurullaraya da kurum disi -rnegin mahkemelere- otoritelere basvurulabilmektedir.)

Tüm bu süreç nasıl belgelendirilecektir?

### **b) Daha nce Herhangi Bir Biçimde Yeterlik Tasimamis Hastada:**

Karar verme yeterligine hiç ulasmamis hastaların, yeterligini yitirmis hastalardan nemli bir kaç ayrimi var: Bu kisilerin yerine, onların deger ve tercihlerini dikkate alan bir karar verilemez. Ikinci olarak, bu tür durumlarda tibbi girisimi hastanın kendisi dogrudan reddedebilecegi gibi yakini da reddedebilirler.

rnegin, dogum travmasının bir sonucu olarak kendisiyle ilgili tüm kararlara katilmasına olanak bulunmayacak biçimde zeka zrne sahip bir hasta, herhangi bir tibbi girisimi, rnegin hastaneye yatmayi, bazi tetkiklerin yapılmasını reddedebilir. Ya da bu tür bir girisimi, hastanın yakini reddedebilir. Dogumsal anomalisi olan bir bebegın, yasamini uzatmaya yönelik tedavinin reddedilmesi ise, ayni konunun bir baska görünümüdür.

## VI. AMAÇLAR

1. Çalışmaya katılan psikiyatristlerin, *tıbbi girişimi reddeden bir hastanın karar verme yeterliği* konusundaki bilgi ve tutumlarını araştırmak;
2. Çalışmaya katılan psikiyatristlerin, *tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yeterliğini değerlendirilmesi* konusundaki bilgi ve tutumlarını araştırmak;
3. Çalışmaya katılan psikiyatristlerin, hastaların karar verme yeterliğinin saptanmasında en çok kullanılan yöntemlerden biri olan *psikiyatrik değerlendirilmenin unsurları* konusundaki bilgi ve tutumlarını araştırmak;
4. Hastanın karar verme yeterliği ile ilgili olarak; psikiyatristler arasındaki görüş farklılık ve benzerliklerini ortaya koymak;
5. Psikiyatristlerin konuyla ilgili bilgi ve tutumlarını tanımlayarak, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesiyle ilgili tıp, etik ve hukuk uzmanlarını bir araya geleceği bir toplantı için ilk verileri oluşturmak.

## VII. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma; Ankara'da psikiyatri uzmanlık eğitimi veren altı kurumda gerçekleştirilmiş, bu hastanelerin psikiyatri kliniğinde çalışan hekimler çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaneler şunlardır: Ankara Numune Hastanesi, SSK Ankara Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

Çalışma, tanımlayıcı tiptedir. Sözü edilen 6 hastane psikiyatri kliniğinde çalışan hekimler, çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, hekimlerin tümüne ulaşılması planlanmıştır. Bu hastanelerdeki toplam kişi sayısı yaklaşık 116'dır<sup>71</sup>; ancak bu hastanelerde görev yapan psikiyatristlerden, yapılan ön çalışmaya, (rastalantısal olarak seçilerek) katılan 14 kişi evrenden çıkarılmıştır. Geri kalan 102 kişinin bir bölümüne ulaşamamış, bir bölümü çalışmaya katılmayı reddetmiş, bir bölümü de katılmayı kabul ettiği halde anketi yanıtız bırakmıştır. Çalışmaya katılanların sayısı 76 olup, oran % 74.5'tir.

### Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

- \* Hekimlerin tıbbi girişimi reddeden hastaya yaklaşımları,
- \* Hekimlerin hastanın karar verme yeterliği konusundaki bilgi ve tutumları,
- \* Hekimlerin, hastanın aydınlatılması konusundaki bilgi ve tutumları,
- \* Hekimlerin tıp, etik ve hukuk bilgileri konusundaki kendi yargıları.

### Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- \* Cinsiyet
- \* Görev
- \* Çalışılan kurum
- \* Hastanın karar verme yeterliği konusunda yapılan değerlendirmelerin sayısı

#### Arastirmada Kullanilan Bazi Kavramlar:

(Asagida basliklari halinde verilen kavramlar, Genel Bilgiler bölümünde ayrıntisiyla açıklanmistir.)

\* "Tibbi girisim", "tibbi girisimin reddi", "onam", "yeterlik", "karar verme kapasitesi", "karar verme yeterligi".

#### Arastirmanin Veri Kaynaklari:

Arastirmada, 28 sorudan olusan bir veri anket formu kullanilmistir. Bu anket formu, degisik hastanelerde görev yapan ve daha sonra çalisma kapsamina alinmayan, rastlantisal olarak seçilmis 18 psikiyatristle bir ön çalisma ve gerekli düzeltmeler yapildiktan sonra uygulanmistir.

Anket 4 bölümden olusmaktadır. İlk bölümde çalismaya katilanlarin sosyodemografik özellikleri ile, konu hakkindaki bilgi ve deneyimlerine iliskin sorular yer almaktadır. İkinci bölüm, psikiyatristten hastanin karar verme yeterliginin degerlendirmesinin istenmesiyle, bu degerlendirmeye baslanmasina dek geçen sürece iliskin, bilgi ve tutum sorularindan olusmustur. Üçüncü bölümde, psikiyatristin yeterligini degerlendirmek için hastayla görüşmesi sürecine iliskin bilgi ve tutum sorulari bulunmaktadır. Dördüncü bölümde, yapılan degerlendirme sonucunda, yeterligi olmadigi düşünölen ya da bu konuda çeliskiye düşünölen hastalarla ilgili tutum sorulari ile, hekimin konuyla ilgili bilgi birikimi ve yapilmasi gereken çalismalarla ilgili görüşlerini arastiran sorular bulunmaktadır. (Anket formu, *Ekler* bölümünde sunulmustur.)

Veri toplama asaması iki hafta sürmüstür.

Verilerin çözümlenme ve degerlendirilmesi, Epi Info<sup>72</sup> paket programıyla IBM uyumlu bilgisayarda yapilmistir.

Siklik dagilimleri ve çapraz tablolar disinda; çalismada puanlamalarin yer aldigi bazi tablolar olusturulmustur. Bu puanlamalar şöyle hesaplanmistir:

Toplam Puan / Ortalama Puan:

1. "Her zaman önemli (3)", "Genellikle önemli (2)", "Önemli olabilir (1)", "Önemsiz (0)" seçeneklerinin bulunduğu sorularda, çalışmaya katılanlarca verilen puanların toplamına göre hesaplanmıştır. (Yanıtlanma oranına bağlı olarak, en fazla  $76 \times 3 = 228$ , en az 0)

Bu tür sorularda, ayrıca ortalama puanlar hesaplanarak, her soru için, ölçek üzerindeki ortalama konumun gösterilmesi amaçlanmıştır.

Aynı işlem, "Etkilemez (0)", "tartımsali kılar (1)" ve "ortadan kaldırır (2)" seçeneklerinin bulunduğu sorular için de yapılmıştır. (Yanıtlanma oranına bağlı olarak, en fazla 152, en az 0)

2. Sıralandırmalı sorularda, seçeneklerin soruda sunulan ölçek üzerindeki konumlarına göre, ağırlıklı toplam puan hesaplanmıştır.

Bu tür sorularda da, seçeneğin ortalama puanları yine ağırlıklı olarak hesaplanmıştır.

Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler:

Çalışmadaki en temel güçlük, veri toplama aşamasında yaşanmıştır. Birbirinden uzak hastanelere ulaşmak bir sorun olmakla birlikte, daha önemli sorun çalışmaya katılacak kişilerin tümüne ulaşılmasında yaşanmıştır. Çalışma kapsamına alınan psikiyatristlerin bir bölümü, başka kliniklerde rotasyon yapmaktadır. Bazılarına ise, anket ulaştırılamamış, anket ulaştırılabilenlerin de ancak bazılarında geri alınabilmıştır. Ayrıca, anketin ulaştırılabildiği bazı kişilerden, uzun süre beklenmesi ve birden fazla kez gidilmesine karşın anket yanıtlanmamış olarak geri alınmıştır. Özellikle poliklinikte görevli psikiyatristlerin, iş yoğunluklarından kaynaklanan nedenlerle, ankete daha az oranda yanıt verdikleri gözlemlenmiştir.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi dışındaki kurumlarda anketler, genellikle elden, tek tek iletilmiştir. Bu kurumdan yalnızca 5 anket geri alınabilmıştır. Öte yandan, Gazi Üniversitesinde Psikiyatri Anabilim Dalının, iki ayrı ve birbirine uzak mekanda hizmet vermesi, anketin bu kurumda uygulanma başarısını olumsuz etkilemiştir.

## VIII. BULGULAR VE TARTISMA

Tablo 1. Çalışmaya Katılanların Yas ve Cinsiyete Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Yas Grupları	Erkek		Kadin		TOPLAM *	
	S	%	S	%	S	%
24-29	10	34.5	19	65.5	29	38.2
30-34	8	53.3	7	46.7	15	19.7
35-39	9	75.0	3	25.0	12	15.8
40-44	4	50.0	4	50.0	8	10.5
45-49	4	50.0	4	50.0	8	10.5
50+	2	50.0	2	50.0	4	5.3
TOPLAM	37	48.7	39	51.3	76	100.0

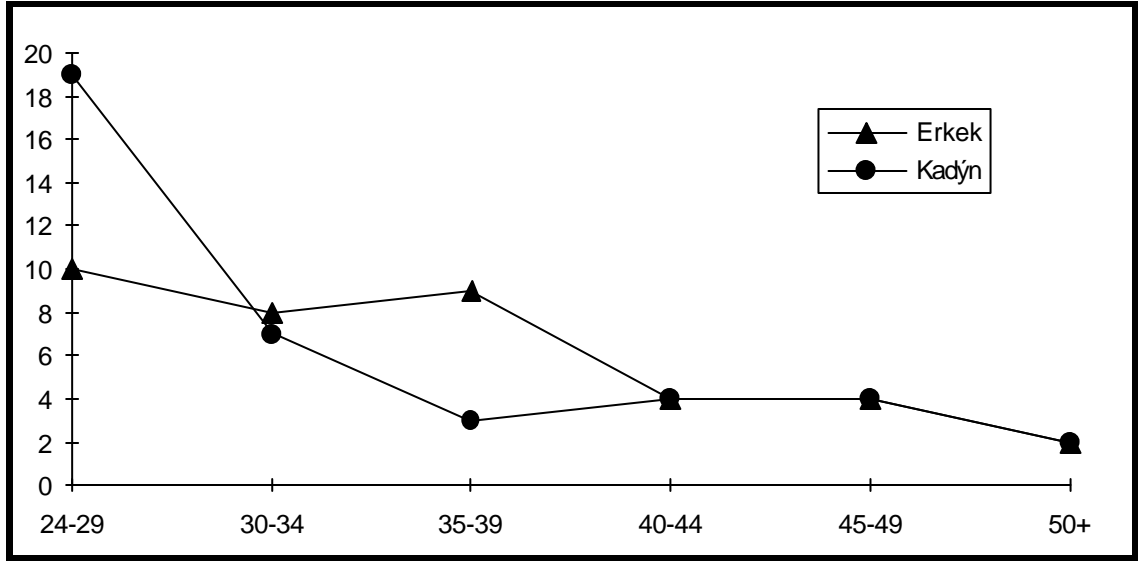
\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir. (Yas Ortalaması: 35.1, Medyan: 32)

Çalışmaya katılanların %38.2'si 24-29 yaş grubundadır. Çalışma kapsamındaki kişilerin büyük kısmını araştırma görevlileri oluşturmaktadır. Genel olarak, çalışmaya katılanların %73.7'sini 24-39 yaş grubu oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması, 35.1'tür.

Ayrıca, çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin % 61.0'i; uzmanların (uzman, basasıstan, yardımcı doçent) % 43.8'i; doçentlerin %16.7'si; profesörlerinse %36.4'ü kadındır.



Grafik 1. Çalışmaya Katılanların Yas ve Cinsiyete Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)



Yaş grupları arasında dikkati çeken bir nokta, araştırma görevlilerini temsil eden 20-24 yaş grubunda, kadınların oranının yüksek olmasıdır (% 65.5,  $p=0.05$ ). Bu durum rastlantısal olabileceği gibi, araştırma görevlileri arasında kadınların oranının genel olarak yüksek olmasından ya da kadın araştırma görevlilerinin anketi yanıtlama konusunda daha gönüllü olmasından kaynaklanabilir.

Tablo 2. Çalışmaya Katılanların Görev Yaptıkları Kurum ve Görevlerine Göre Dağılımı.  
(Ankara, 1994)

Kurum	Ar.Gör.		Uzman *		Doç.		Prof.		TOPLAM **	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Numune H.	10	62.5	6	37.5	--	--	--	--	16	22.2
SSK Ank. H.	7	70.0	2	20.0	1	10.0	--	--	10	13.9
AÜTF	9	45.0	3	15.0	3	15.0	5	25.0	20	27.8
GÜTF	2	40.0	--	--	1	20.0	2	40.0	5	6.9
HÜTF	11	68.7	2	12.5	--	--	3	18.8	16	22.2
GATA	2	40.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	5	6.9
TOPLAM	41	56.9	14	19.4	6	8.3	11	15.3	72 ***	100.0

\* Uzman Grubu: Uzman, basasistan, yardımcı doçent

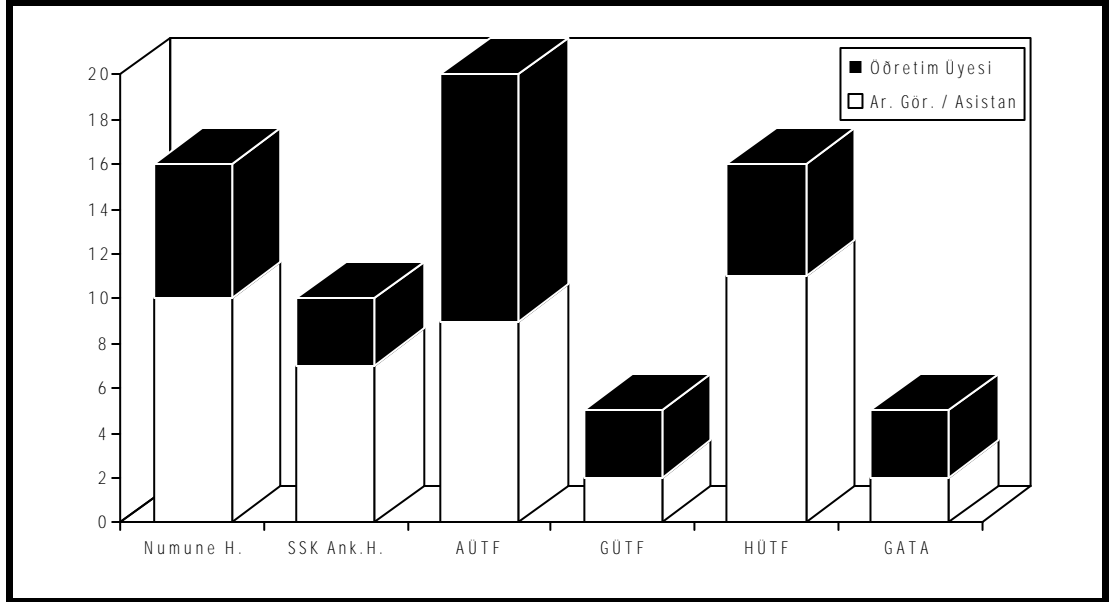
\*\* Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

\*\*\* 4 kişi bu soruyu yanıtlanmamıştır.

Anketi yanıtlayanlar arasında araştırma görevlileri, % 56.9 ile en büyük grubu oluşturmaktadır. Ancak GÜTF ve GATA'nda, anketi yanıtlayanlar arasında araştırma görevlilerinin sayısı öğretim üyelerine göre daha az olup; her iki kurumda da % 40'tir. Tüm kurumlarda en küçük grup ise, ortalama % 8.3 ile doçentlerdir.

Kurumların dağılımına bakıldığında; AÜTF (% 27.8), Numune H. (% 22.2) ve HÜTF (% 22.2) en büyük grubu oluşturmakta; bu kurumları % 13.9 ile SSK Ank. H. izlemektedir. Bu dört kurum, anketi yanıtlayanların % 86.1'ini oluşturmaktadır. GÜTF ve GATA'nda anketi 5'er kişi yanıtlanmıştır.

Grafik 2. Çalışmaya Katılanların Kurum ve Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)



\* Öğretim Üyesi Grubu: Uzman, basasistan, yardımcı doçent, doçent, profesör.

Çalışmaya katılanlar, araştırma görevlisi (asistan) ve öğretim üyeleri olarak iki gruba ayrıldığında; anketi yanıtlayanlar arasında Numune H., SSK Ank. H. ve HÜTF'de araştırma görevlileri yine çoğunlukta kalmakta, ancak AÜTF, GÜTF ve GATA'de öğretim üyesi sayısının daha fazla olduğu gözle çarpılmaktadır.

Anketi yanıtlayanlar arasında tüm kurumlar dikkate alındığında, araştırma görevlisi / öğretim üyesi oranı, 1.32 olmaktadır.

Çalışmaya katılanlardan % 89.4'ünün herhangi bir idari görevi bulunmamaktadır. % 3.9'u (3 kişi) servis sorumlusu, % 2.6'si (2 kişi) sef yardımcısı ve % 2.6'si anabilim dalı başkanı olarak görev yapmaktadır.

Tablo 3. Çalışmaya Katılanların Mezun Oldukları Fakülteye Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Fakülteler	Sayı	%
AÜTF	25	33.3
HÜTF	21	28.0
Ist. Üniv. İstanbul T. F.	6	8.0
GATA	4	5.3
Dicle Üniv. T. F.	3	4.0
GÜTF	2	2.6
Ege Üniv. T. F.	2	2.6
Dokuz Eylül Üniv. T. F.	2	2.6
Anadolu Üniv. T. F.	2	2.6
Cumhuriyet Üniv. T. F.	2	2.6
Ist. Üniv. Cerrahpasa T.F.	2	2.6
Çukurova Üniv. T. F.	1	1.3
Selçuk Üniv. T. F.	1	1.3
Ondokuz Mayıs Üniv. T. F.	1	1.3
Michigan Üniv. T. F.	1	1.3
TOPLAM	75	100.0

Çalışmaya katılanların toplam % 69.2'sinin (52 kişi) Ankara'da bulunan tip fakültelerinden mezun olduğu görülmektedir. Geri kalanlar 11 değişik tip fakültesinden mezun olmuşlardır.

Tablo 4. alısmaya Katılan Psikiyatri Uzmanlarının, Uzmanlık Aldıkları Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Kurum	Sayı	%
AÜTF	12	36.4
HÜTF	5	15.2
Numune H.	4	12.1
GATA	4	12.1
GÜTF	3	9.1
I.Ü.Ist. T. F.	2	6.1
SSK Ank. H.	1	3.0
Anadolu Ü. T. F.	1	3.0
Michigan Ü.T.F.	1	3.0
TOPLAM	33	100.0

Tablo 4'te görüldüğü gibi, alısmaya katılan psikiyatri uzmanlarının % 87.9'u Ankara'daki kurumlardan uzmanlık almışlardır.

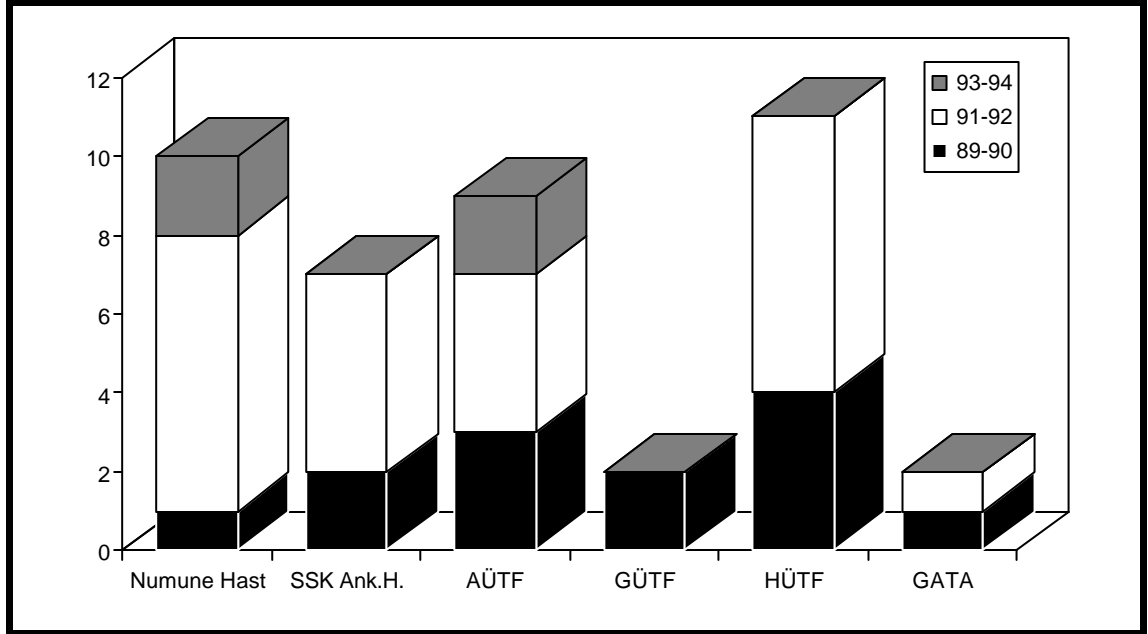
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Arastırma Görevlilerinin, Görev Yaptıkları Kurumlar Ve Uzmanlık Eğitimine Baslama Yıllarına Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Kurumlar	Uzmanlık Eğitimine Baslama Yılı						TOPLAM *	
	89-90		91-92		93-94			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Numune H.	1	10.0	7	70.0	2	20.0	10	24.4
SSK Ank. H.	2	28.6	5	71.4	--	--	7	17.1
AÜTF	3	33.3	4	44.5	2	22.2	9	21.9
GÜTF	2	100.0	--	--	--	--	2	4.9
HÜTF	4	36.4	7	63.6	--	--	11	26.8
GATA	1	50.0	1	50.0	--	--	2	4.9
TOPLAM	13	31.7	24	58.5	4	9.8	41	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi.

Tablo 5'te görüleceği gibi, ankete yanıt veren araştırma görevlilerinin % 90.2'si, ihtisaslarının en az 2. yılındadır. Uzmanlığa 1993 ve 1994 yılında başlayan diğer araştırma görevlileri Numune H. ve AÜTF'de görev yapmaktadır (% 9.8).

Grafik 3. Çalışmaya Katılan Arastirma Görevlilerinin, Görev Yaptıkları Kurumlar Ve Uzmanlık Eğitimine Baslama Yıllarına Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)



Tablo 6. Çalışmaya Katılanların "Kendilerini Yakın Buldukları Psikiyatrik Ekol" Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (Ankara, 1994)

Ekoller	Sayı	%
Dinamik/Psikanalitik	15	19.7
Davranışçı / Kognitif	6	7.9
Organik / Biyolojik	9	11.8
Diğer	6	7.9
Belirtmeyen	40	52.7
<b>TOPLAM</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>

Anketi yanıtlayanların % 52.6'si, kendilerini yakın buldukları bir ekol belirtmemişlerdir. Sorunun açık uçlu olmasından kaynaklanan önmlü bir güçlükle karşılanılmamış, belirtilen ekoller dört ana ekol başlığı altında gruplandırılmıştır. "Diğer" olarak gruplananlar, genellikle "eklektik" olarak tanımlanan ve yukarıdaki dört gruba dahil edilemeyen ekollerdir.

Çalışmaya katılanların tümü içinde Dinamik / Psikanalitik akım, % 19.7 ile en fazla belirtilen ekol olmuştur. (Bu, ekol belirten tüm kişilerin % 41.7'sidir.) Bunu, Organik / Biyolojik ekol izlemektedir. (Tüm katılanlar arasında %11.8 ve ekol belirtenler arasında %25 ile ).

Tablo 7. Herhangi Bir Ekole Yakın Olduklarını Belirtenlerle Belirtmeyenlerin, Görev Yaptıkları Kuruma Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Ekol	Numune H		SSK Ank H		AÜTF		GÜTF		HÜTF		GATA		TOPLAM *	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	8	22.2	7	19.4	13	36.1	3	8.3	3	8.3	2	5.5	36	48.0
Yok	9	23.1	4	10.2	8	20.5	2	5.1	13	33.3	3	7.7	39	52.0
TOP	17	22.7	11	14.7	21	28.0	5	6.6	16	21.3	5	6.6	75	100.0

Anketi yanıtlayanların % 52'si kendilerini yakın buldukları herhangi bir ekol belirtmemiştir. Ekol belirtenlerin % 36.1'i AÜTF'de çalışmakta; bunu % 22.2 ile Numune Hastanesi izlemektedir.

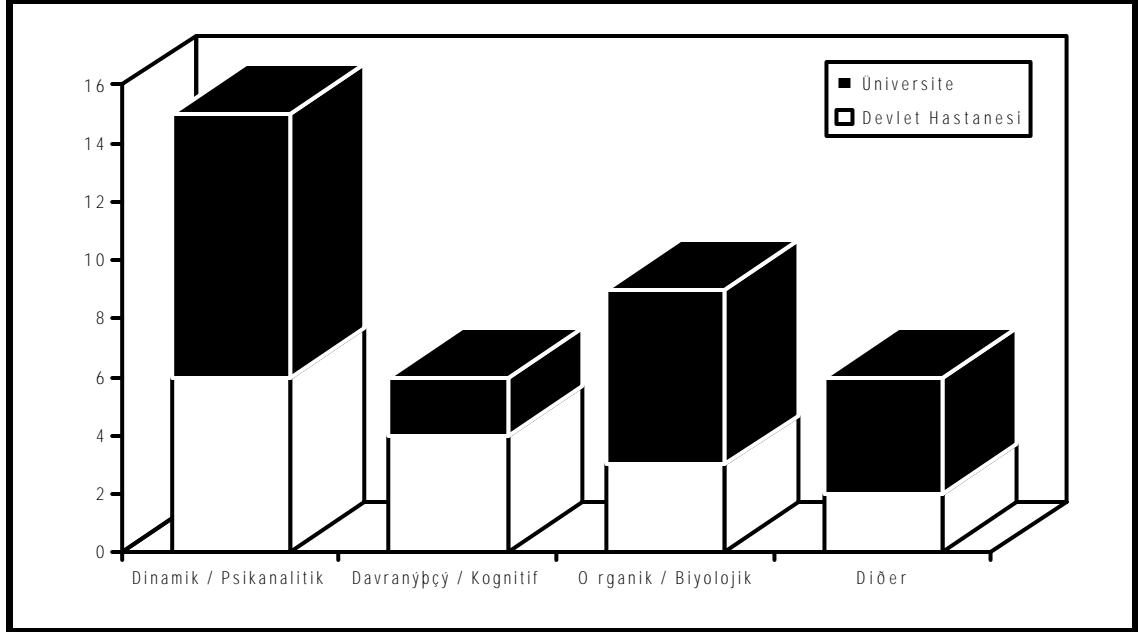
Ankete yanıt verenlerden devlet hastanesinde çalışanların % 53.5'i herhangi bir ekole yakın olduklarını belirtirken, bu oran üniversitede görev yapanlarda % 45.7'ye düşmektedir.

Gerek sayısal olarak, gerek orantısal olarak, davranışçı / kognitif ekollerin dışındaki ekoller, üniversitede görev yapan kişiler tarafından daha çok yeğlenmiş görünmektedir. Devlet



hastanesinde çalışanlardan bir ekol belirtmiş olanların % 26.6'si davranışçı / kognitif ekolu yeglerken, üniversitede çalışanlarda bu oran % 9.5'te kalmaktadır.

Grafik 4. Belirtilen Ekollerin Devlet Hastanesi ve Üniversitelere Dağılımı. (Ankara, 1994)



Tablo 8. Herhangi Bir Ekole Yakın Olduklarını Belirtenlerle Belirtmeyenlerin, Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Ekol	Ar. Gör		Uzm		Doç.		Prof		TOPLAM *	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Var	15	41.7	8	22.2	5	13.9	6	16.7	34	46.0
Yok	26	65.0	8	20.0	1	2.5	5	12.5	40	54.0
TOP	41	55.4	16	21.6	6	8.1	11	14.9	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir. ( $\chi^2=8.59$ , S.D.=4,  $p=0.07$ )

Arastırma görevlileri, anketi yanıtlayanların önemli bir çoğunluğunu oluşturdukları için, herhangi bir ekol belirtenlerin %41.7'sini oluşturmaktadır. Buna karşın, en düşük ekol belirtme oranı, beklendiği gibi araştırma görevlilerine aittir; tüm diğer uzmanların ortalama % 63.6'si bir ekol belirtirken, bu oran araştırma görevlilerinde % 36.6'dır.

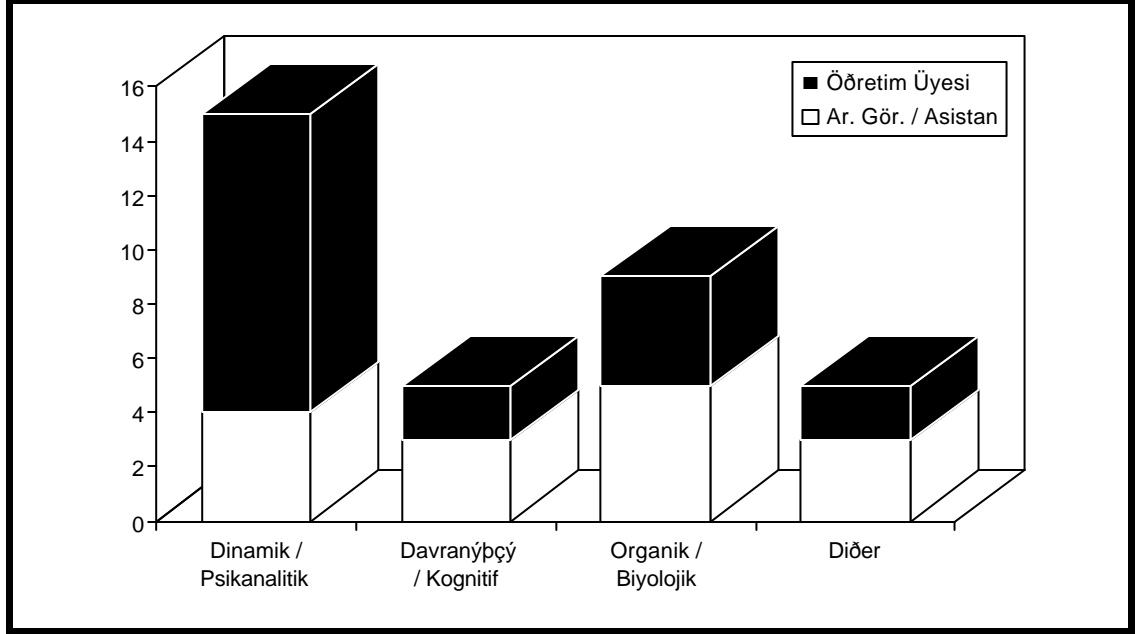
Dikkat çekici bir nokta, Dinamik / Psikanalitik ekolu belirtenlerin %73.3'ünü öğretim üyelerinin oluşturmasıdır. İstatistiksel bir anlamlılık saptanamamakla birlikte, ayırımın dikkate değer olduğu söylenebilir. ( $P=0.06$ )

Diğer üç ekolde de araştırma görevlilerinin oranı daha fazladır.

Herhangi bir ekole yakın olduğunu belirtenlerden % 41.7'si araştırma görevlisi (asistan) ve % 58.3'ü öğretim üyesidir.

Ancak dikkate alınması gereken bir başka nokta da şudur: Ankete yanıt veren asistanların % 36.5'i bir ekol benimsediklerini belirtirken, öğretim üyelerinde bu oran % 55.9'tir.

Grafik 5. Belirtilen Ekollerin Arastirma Görevlisi ve Öğretim Üyelerine Dagilimi. (Ankara, 1994)



Tablo 9. Genel Amaçlı Konsültasyon Sayısına Göre Kurumların Dağılımı. (Ayda /Ortalama)  
(Ankara, 1994)

Kurum	Toplam Kisi Sayısı	Yanıt Verenler		Ort. Konsültasyon Sayısı (Ayda)
		Sayı	%	
Numune H.	17	11	64.7	101.8
SSK Ank.H.	11	6	54.5	63.3
AÜTF	21	12	57.1	82.7
GÜTF	5	4	80.0	33.0
HÜTF	16	8	50.0	60.3
GATA	5	3	60.0	65.0

Aylık konsültasyon sayıları ortalamasına bakıldığında, Numune H. 101.8 ile en yüksek konsültasyon sayısına sahiptir. Bunu; 82.7 ile AÜTF izlemektedir. GÜTF 33.0 ile en düşük konsültasyon sayısına sahiptir.

Genel olarak bütün kurumlardan istenen aylık ortalama konsültasyon sayısı 43.86 ve medyan 70.0'dir. Ortalama ve medyan arasındaki bu farklılık, konsültasyon sayıları açısından kurumların birbirinden çok farklı olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. "Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi" (HKVYD) Amacıyla İstene Konsültasyon Sayısının, Kurumlara Göre Dağılımı. (Ayda/Ortalama) (Ankara, 1994)

Kurum	Toplam Kisi Sayisi	Yanıt Verenler		Ort. Konsültasyon Sayisi (Ayda)
		Sayı	%	
Numune H.	17	5	29.4	3.4
SSK Ank.H.	11	1	9.1	3.0
AÜTF	21	7	33.3	6.1
GÜTF	5	2	40.0	2.0
HÜTF	16	1	6.25	20.0
GATA	5	2	40.0	1.0

Genel psikiyatri konsültasyonu sorusuyla karşılaştırıldığında dikkati çeken özelliklerden biri, bu sorunun yanıtlanma oranındaki düşüklüktür. (% 23.7) Anketi yanıtlayanları çoğu, bu soruyu yanıtlanmamıştır. (Genel konsültasyon sorusu çalışmaya katılanların % 58'i tarafından yanıtlanmıştır.)

Hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi için değişik kurumlardan istene konsültasyon sayısı ortalaması, 1.17'dir; medyanı, 2.5'tir (ayda).

Bu konuda en sık konsültasyon istendiği belirtilen kurum HÜTF olmakla birlikte, bu sayı yalnızca bir kişi tarafından bildirilmiştir. (20 kez / ay) AÜTF bu konuda ayda ortalama 6.1 kez konsültasyon yapmakta, onu 3.4 ile Numune H. izlemektedir. Numune H.'de, çalışmanın konusuna benzer biçimde, vesalet davaları için hastaların karar verme yeterliğinin değerlendirildiği belirtilmiştir. Bu değerlendirmenin ayda yaklaşık 30 kez yapıldığı not edilmiştir.

Bu soruya en çok sayıda yanıtın alındığı Numune H. ve AÜTF'nde, HKVYD'nin genel konsültasyona oranla ortalama 1 / 20'lik bir sıklıkla istendiği belirtilmektedir.

Tablo 11. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla Konsültasyon Yapmış Olan Psikiyatristlerin, Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Kurum	HKVYD *				TOPLAM **	
	Yapmış		Yapmamış			
	S	%	S	%	S	%
Devlet H.	9	36.0	16	64.0	25	34.7
Üniv. H.	28	59.5	19	40.4	47	65.3
TOPLAM	37	51.4	35	48.6	72	100.0

\*HKVYD: Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi

\*\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir. ( $\chi^2=3.63$ ,  $SD=1$ ,  $p=0.05$ )

Kurumlar arasında, karar verme yeterliği değerlendirilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Ancak bu değerlendirmenin -anketi yanıtlayanlar arasında- üniversite hastanelerinde çalışan psikiyatristler tarafından daha fazla yapıldığı gözlenmektedir (% 59.5). Bu oran devlet hastanelerinde görev yapanlar arasında % 36.0'dir.

Tablo 12. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla İstenen Konsültasyonun Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Görev	HKVYD*				TOPLAM ***	
	Yapmış		Yapmamış			
	S	%	S	%	S	%
Ar. Gör.	9	22.5	31	77.5	40	55.5
Ögr. Üyesi **	28	87.5	4	12.5	32	44.5
TOPLAM	37	51.4	35	48.6	72	100.0

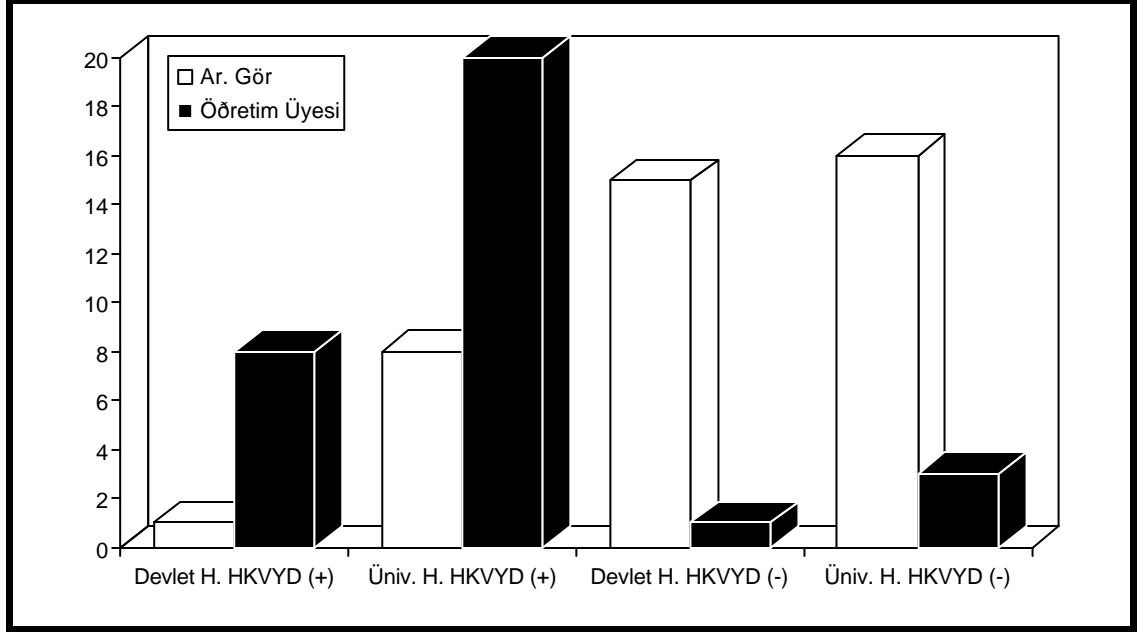
\*HKVYD: Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi

\*\*Ögr. Üyesi: Uzman, basasistan, yardımcı doçent, doçent ya da profesörlerin tümünün içinde bulunduğu grup.

\*\*\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir. ( $\chi^2=30.07$ ,  $SD=1$ ,  $p<0.05$ )

Tabloda görüldüğü gibi; araştırma görevlileri hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusunda, öğretim üyelerine göre belirgin olarak daha az oranda konsültasyon yapmaktadır. Hastaların karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan konsültasyonlar açısından, araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ( $p<0.05$ )

Grafik 6. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Amacıyla Yapılan Konsültasyonun, Kurumlara ve Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)



HKVYD: Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi



Tablo 13. Degisik Yillarda Psikiyatri Uzmanligi Egitimine Baslayan Arastirma Görevlilerinin, Genel Amaçli Psikiyatri Konsültasyonu Yapmalarina Göre Dagilimleri. (Ankara, 1994)

Uzmanliga Baslama Yili	Genel Konsültasyon				TOPLAM *
	Yapmis		Yapmamis		
	S	%	S	%	
89-90	12	92.3	1	7.7	13 31.7
91-92	10	41.7	14	58.3	24 58.5
93-94	1	25.0	3	75.0	4 9.8
TOPLAM	23	56.1	18	43.9	41 100.0

\*Sütun yüzdesi, digerleri satir yüzdesidir. ( $\chi^2=10.52$ ,  $SD=2$ ,  $P=0.005$ )

Beklendigi gibi, arastirma görevlilerinin genel psikiyatri konsültasyonu yapmalarinin ihtisasa baslama yillariyla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır. Uzmanliginin son yıllarında olan arastirma görevlilerinin % 92.3'ü genel anlamda konsültasyon yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu grup, arastirma görevlilerinin % 29.2'sini, çalışmaya katılanların % 15.8'ini oluşturmaktadır.

Uzmanliginin ilk yılındaki arastirma görevlilerinde genel amaçlı konsültasyon yapma oranı % 25'e düşmektedir. Bu grup çalışmaya katılanların yalnızca % 1.3'ünü oluşturmaktadır; arastirma görevlileri içindeki oranı da % 9.8'dir.

Genel olarak arastirma görevlilerinin % 56.1'inin konsültasyon yapmış olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Degisik Yillarda Psikiyatri Uzmanligina Baslayan Arastirma Görevlilerinin, Hastanin Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi Amaciyla Konsültasyon Yapmalarina Göre Dagilimleri. (Ankara, 1994)

Uzmanlik Egitimine Baslama Yili	HKVYD*				TOPLAM **
	Yapmis		Yapmamis		
	S	%	S	%	
89-90	5	38.5	8	61.5	13 31.7
91-92	2	8.3	22	91.7	24 58.5
93-94	0	0.0	4	100.0	4 9.8
TOPLAM	7	17.1	34	82.9	41 100.0

\*HKVYD: Hastanin Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi

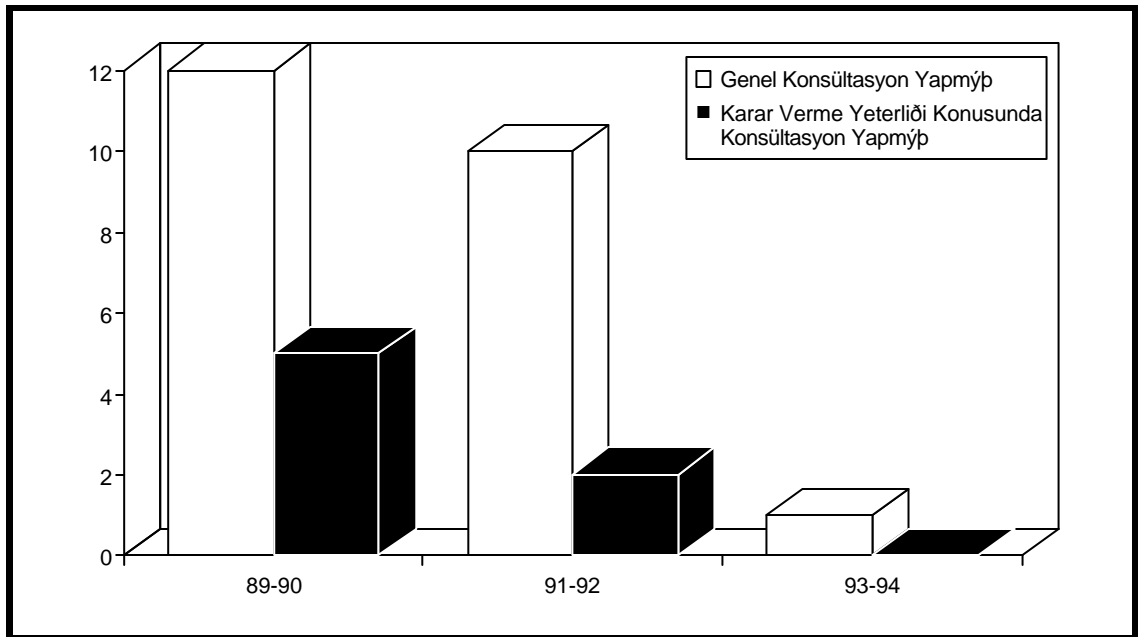
\*Sütun yüzdesi, digerleri satir yüzdesi.

Karar verme yeterligi degerlendirmesi konusundaki konsültasyon sayilari açisindan, ihtisasinin son yilindaki arastirma görevlilerinin, digerlerine göre daha fazla sayida karar verme yeterligi degerlendirmesi yaptiklari -ya da bu degerlendirmeye katilmis olduklari- görülmektedir (% 38.5). Itisasinin ilk yilindaki asistanlardan hiçbiri henüz yeterlik degerlendirmesi amaciyla konsültasyon yapmamistir.

Arastirma görevlilerinin HKVYD yapmalariyla ilgili olarak, uzmanlik egitimine baslama yillari açisindan istatistiksel bir anlamlilik saptanamamistir. Bu durum, arastirma görevlilerinin bu tür degerlendirmeleri son derece az yapmalariyla açıklanabilir. Tüm asistanlar arasinda bu degerlendirmeyi yapanlar -katılanlar- % 17.1'de kalmaktadır.

Ancak yine de, daha önce araştırma görevlileriyle öğretim üyeleri arasında gösterilen anlamlı farklılık, ihtisasının son yıllarındaki araştırma görevlileriyle diğer araştırma görevlileri arasında saptanamamıştır.

Grafik 7. Değişik Yıllarda Psikiyatri Uzmanlığına Başlayan Araştırma Görevlilerinin, Genel Konsültasyon ve HKVYD Konusunda Konsültasyon Yapmalarına Göre Dağılımları.  
(Ankara, 1994)



Konsültasyon psikiyatri eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle ihtisasının son yıllarındaki bir araştırma görevlisi, konsültasyon yapma konusunda giderek yoğunlaşmaktadır. Öte yandan konsültasyon, bu çalışmanın da konusu olduğu üzere, kliniklerarası işbirliği ve hastanın bütünselliği içinde değerlendirilmesinin bir aracıdır. Bu nedenle de, giderek tüm dünyada liyezon-konsültasyon psikiyatrisi uzmanlığı gelişmektedir.

Hastanın karar verme yeterliği ile ilgili değerlendirmenin yapılması konusundaki araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark, araştırma görevlileri arasında

bu değerlendirmeyi en çok yapan uzmaliga 89-90 yıllarında baslayanlarla ğretim yeleri arasında da srmetedir. ( $x^2=6.33$ ,  $SD=4$ ,  $p<0.05$ )

Hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusunda; araştırma görevlileri içinde bu değerlendirmeyi en fazla sayıda yapan grulla ğretim üyelerinin arasındaki farklılık, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Özetle, son bir kaç tablodan çıkarılabilecek önemli bir sonuç sudur: Gerek devlet gerek niversite hastanelerinde, psikiyatri konsültasyonu, ğretim üyelerinin bir görevi olarak görülmekte ve gerçekleştirilmektedir. Bu durum, özellikle de karar verme yeterliği değerlendirmelerinde açık bir biçimde göze çarpmaktadır.

Tablo 15. Öğretim yelerinin, Görevlerine ve Genel Psikiyatri Konsültasyonu Konusundaki Durumlarına Göre Dağılımı. (Ayda / Ortalama) (Ankara,1994)

Görev	Genel Konsültasyon				TOPLAM *	
	Yapmıyor		Yapıyor			
	S	%	S	%	S	%
Uzman **	6	37.5	10	62.5	16	48.5
Doç	2	33.3	4	66.6	6	18.2
Prof	4	36.4	7	63.6	11	33.3
TOPLAM	12	36.4	21	63.6	33	100.0

\* Uzman Grubu: Uzman, Basasistan, Yard.Doç.

\*\* Sütün yüzdesi, diğerleri satir yüzde

Bu tabloda sunulan bulgulara göre, öğretim üyelerinin tümü, yaklaşık % 65'lik bir ortalama ile genel amaçlı konsültasyon yapmayı sürdürmektedir. Oysa, genel gözlemlere dayanıldığında, bu oranın uzman grubunda, doçent ve profesör grubuna göre yüksek olması beklenebilir. Sayısal olarak bakıldığında, bu akıl yürütme doğrulanmaktadır. Anketi yanıtlayanlar arasında uzman grubu ayda ortalama 17 kez konsültasyon yaptığını belirtirken; bu sayı doçent grubunda 4.5; profesör grubunda 5'tir.

Uzman grubu, öğretim üyeleri arasında hem oransal hem sayısal olarak daha fazla konsültasyon yapmaktadır.

Tablo 16. Öğretim Üyelerinin, Görevlerine ve Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Durumlarına Göre Dağılımı. (Ankara,1994)

Görev	Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi						TOPLAM *	
	Henüz Yapmadım		Daha Önce Yapmıştım		Halen Yapıyorum			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Uzman	1	11.1	1	11.1	7	77.8	9 **	34.6
Doç.	1	16.7	5	83.3	--	--	6	23.1
Prof.	2	18.2	7	63.6	2	18.2	11	42.3
TOPLAM	4	15.4	13	50.0	9	34.6	26	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir. ( $\chi^2=12.413$ ,  $SD=4$ ,  $p<0.05$ )

\*\*Uzman grubundan 7 kişi bu soruyu yanıt vermemiştir.

Yukarıdaki tabloda sunulan bulgular, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uzman Grubundan soruya yanıt verenlerin % 77.8'i hastanın karar verme yeterliği istemleriyle anketi

yanitladigi süre içinde karsilastigini belirtirken; doçent grubundaki 6 kisinin tümü, anketin yanitlandigi dönemde bu konuda konsültasyon yapmadigini belirtmistir. Profesör grubunda da bu oran, ancak % 18.2'dir. Bu, hastanın karar verme yeterligi konusunda istenen konsültasyonlara iliskin görevi, aktif olarak uzman, basasistan, yordimci doçentlerin sürdürdügünü göstermesi bakımından ilginçtir.

Soruyu yanitlayanlar arasında bu degerlendirmeyi daha önce hiç yapmamis oldugunu belirtenlerin oranı % 11.1 (uzman grubu) ile % 18.2 (profesör grubu) arasında degismektedir. Tüm öğretim üyeleri arasında bu oran ortalama %15.4'tür.

Görevler ve meslek yasantisi süreleri dikkate alindiginda, hastanın karar verme yeterliginin degerlendirilmesi konusunda konsültasyon istemiyle hiç karsilasilmadigini belirtenlerin oraninin, beklenenden yüksek oldugu düşünülebilir.

Bu tabloda dikkati çeken bir nokta da, diger gruplarda ilgili soruyu yanitlamayan kimse bulunmazken, uzman grubunun önemli bir bölümünün (% 43.7) soruyu yanitsiz birakmis olmasidir.

Tablo 17. Çalışmaya Katılanların, "Hastanın Karar Verme Yeterliği Tasıması İçin Kesinlikle Bulunması Gereken Özellikler" Konusunda Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.  
(Ankara, 1994)

Özellik	Sayı	%
1. Bilincinde bir bozukluk olmamalıdır.	68	89.5
2. Yöneliminde (oryantasyonunda) bir bozukluk olmamalıdır.	62	85.5
3. Gerçeği değerlendirme yetisinde bir bozukluk olmamalıdır.	62	81.6
4. Yargılama yetisinde bir bozukluk olmamalıdır.	58	76.3
5. Önerilen tıbbi girişimi reddetmesinden doğabilecek sonuçları değerlendirebilmelidir.	52	68.4
6. Algılamasında bir bozukluk olmamalıdır.	52	68.4
7. Hastalığına ilişkin bilgileri anlayabilmelidir.	47	61.8
8. Önerilen tıbbi girişimin gerekçelerini anlayabilmeleridir.	47	61.8
9. Düşünce akışı ve içeriğinde bozukluk olmamalıdır.	42	55.3
10. Yakın geçmişle ilgili bellek bozukluğu olmamalıdır.	39	51.3
11. Önerilen tıbbi girişimin seçenekleriyle ilgili bilgiyi anlayabilmelidir.	36	47.4
12. Major bir psikiyatrik hastalık ya da bozukluğu olmamalıdır.	35	46.4
13. Ruhsal durum muayenesi normal olmalıdır.	34	44.7
14. İlgili bilgileri değerlendirip bir karara varabilmelidir.	33	43.4
15. 18 yaşından küçük olmamalıdır.	19	25.0
16. Dikkatinde bir bozukluk olmamalıdır.	16	21.1
17. Açıkça yararına olan ve seçeneği olmayan bir girişimi reddetmemelidir.	15	19.7
18. Önerilen tıbbi girişimi reddetme gerekçeleri akılcı olmalıdır.	13	17.1
19. Herhangi bir psikoaktif madde bağımlılığı olmamalıdır.	11	14.5
20. Herhangi bir psikotrop ilaç kullanıyor olmamalıdır.	6	7.9
21. Kişilik bozukluğu olmamalıdır.	3	3.9
22. Özgeçmişinde psikiyatrik bir bozukluk olmamalıdır.	2	2.6
23. Hastalık öncesi kişilik ve uyumunda bozukluk olmamalıdır.	2	2.6

Tabloda sunulan verilerden; öncelikli gerekliligin, hastanın bilinci ile ilgili özelliklere tanındığı anlaşılmaktadır. Esdeyişle, hastanın bilinciyle ilgili bir sorun bulunmaması gerektiği konusunda görüş birliğinden söz edilebilir.

Tabloda yer alan özelliklerden ilk sekiz sıradakiler, diğerlerinden anlamlı ölçüde daha fazla yeglenmiştir. Bu özelliklerin, çalışmaya katılanların yeterlik tanımını oluşturduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılanların % 44.7'si hastanın ruhsal durumunun normal olması gerektiğini belirtmişlerdir (13. sıra). Ayrıca, bu seçeneği işaretlenmediği halde, seçenekler arasında ruhsal durum muayenesi öğelerinin tümünü işaretleyenler dikkate alındığında, bu oran % 51.3'e yükselmektedir. Ruhsal durum muayenesinin normal olması beklentisi, karar verme yeterliği değerlendirilmesi için son derece geniş kapsamlıdır. Etik açıdan haklı görülemeyecek bazı paternalist eylemlere zemin hazırlamaması bakımından, sorunun psikiyatride edilmemesine özen gösterilmesi gerekmektedir.

Ruhsal durum muayenesi öğeleriyle ilgili özellikler arasında ilk sıraları bilinç durumu ve yönelim almakta (sirasıyla % 89.5 ve 85.5); son sıralarda ise bellek ve dikkatle ilgili özellikler bulunmaktadır (sirasıyla %51.3 ve 21.1).

Çalışmaya katılanların % 28.9'unun, hastanın karar verme yeterliğinin tanımlanması için kullanılan seçeneklerin tümünü işaretlemiştir. (5., 7., 8., 11., 14. sıradaki özellikler.) Hastanın anlama, değerlendirme ve karar verme özellikleri arasında birinci öncelik, "önerilen tıbbi girişimi reddetmesinden doğabilecek sonuçları değerlendirebilmesine" verilmiş (% 68.4); bunu % 61.8'lik oranlarla "hastalığına ilişkin bilgileri anlayabilmesi", "önerilen tıbbi girişimin gerekçelerini anlayabilmesi" izlemiştir. Bu gruptaki özellikler arasında, % 43.4 ile "ilgili bilgiyi değerlendirip bir karara varabilmesi" son sırada yer almıştır.

Psikiyatrik özgeçmişle ilgili olduğu düşünülebilecek özelliklerin hemen tümü son sıralarda yer almışlardır. (12., 19., 20., 21., 22. ve 23., sıradaki özellikler). Bunlar arasında ilk sırayı, % 46.4'le, "major bir psikiyatrik hastalık ya da bozukluğun bulunmaması" özelliği alırken, "özgeçmişinde psikiyatrik bir bozukluk olmaması" ve "hastalık öncesi kişilik ve uyumunda



bozukluk olmaması" özellikleri son iki sırada yer almışlardır. Bu seçeneklerin tümünü birden yalnızca bir kişi işaretlemiştir.

Bu gruptaki özelliklerin sonlarda yer alması, psikiyatrik özgeçmişte bazı özelliklerin varlığının, kişilerin karar verme yeterliğini doğrudan etkilemediğini vurgulaması bakımından önemlidir.

Seçenekler arasında, hastanın kararının akılcılığına ilişkin özellikler % 19.7 ve % 17.1 ile ard arda, 17. ve 18. sıralarda, psikiyatrik özgeçmişle ilgili özelliklerin üstünde yer almışlardır. Akılcılığa ilişkin özelliklerin son sıralarda yer alması ve yeterlikle akılcılık arasında doğrudan bağ kurulmaması, akılcılığın yeterlik değerlendirmesinde merkezi bir işlevi olmadığına ilişkin görüşü desteklemektedir. Bu sonuç, yeterliği olan bir hastanın akilci olmayan kararlarına saygı gösterilmesini vurgulaması bakımından önemlidir.

Hastanın yas sınırına ilişkin seçenek, % 25 oranla 15. sırada yer almıştır. Benzer durumlar için yas sınırı, Medeni Kanun açısından 18 kabul edilmektedir; ancak konuyla ilgili tartışmalar tüm dünyada sürmektedir.

Tablo 18. "Karar Verme Yeterligi Açısından Değerlendirmeye Alınması Gereken Hasta Grubunun" Dağılımı (Ankara, 1994)

Hasta Grubu	S	%
1. Acil ve / veya yasal bir girişimi reddeden tüm hastalar.	42	55.3
2. Klinik tabloya psikiyatrik bir hastalık ya da bozukluğun eslik ettiği hastalar	16	21.1
3. Önerilen bir tıbbi girişimi akilci olmayan gerekçelerle reddeden hastalar.	11	14.5
4. Hastayı klinikte izleyen hekimin gerek gördüğü hastalar.	11	14.5
4. Değerlendirilmesinde yasal zorunluluk bulunan hastalar.	11	14.5
6. Baska seçeneği olmayan bir girişimi reddeden hastalar.	8	10.5
7. Önerilen bir tıbbi girişimi reddeden tüm hastalar.	6	7.9

Çalışmaya katılanların yarısından çoğu, karar verme yeterligi açısından değerlendirmeye alınması gereken hasta grubunu en iyi biçimde tanımlayan seçenek olarak, "acil ve/veya yasal önemde bir tıbbi girişimi reddeden hastalar" tanımlamasını belirtmişlerdir. Bu yegleme, karar verme yeterliginin "ivedi" boyutunu vurgulaması açısından önemlidir.

"Hastayı klinikte izleyen hekimin gerekli gördüğü hastalar" seçeneğinin, yalnızca % 14.5'lik bir oranla belirtilmiş olması, ilginç bir noktadır. Diğer seçeneklerdeki tüm durumların öncelikle klinik hekimi tarafından saptanabileceği dikkate alındığında, bu seçeneğin birinci sırada yeglenmemiş olması tartışma konusu yapılabilir. Gözlemlere dayanılarak şu sav ileri sürülebilir: Konsültasyon isteme ve gerçekleştirme süreçlerinde yaşanan bazı olumsuz deneyimler, hastayı klinikte izleyen hekime karşı bir güvensizlik nedeni olabilir.

Tablo 19. Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Degerlendirmenin Degisik Asamalarda Kimler Tarafından Yapilacagina Iliskin Yanitların Dagitilimi. (Ankara, 1994)

Degerlendirmeyi Yapacak Kisi ve Kurumlar	ASAMALAR					
	Ilk		Ikinci		Son	
	S	%	S	%	S	%
Yanitsiz	--	--	2	2.6	2	2.6
Psikiyatrist	19	25.0	20	26.3	3	3.9
Psikolog	--	--	2	2.6	--	--
Hastayı Klinikte Izleyen Hekim	37	48.7	3	3.9	4	5.13
Aralarında Psikiyatrist Bulunan Konsültasyon Kurulu	16	21.0	22	28.9	19	25.0
Psikiyatristlerden Olusan Konsültasyon Kurulu	4	5.3	11	14.5	17	22.4
Adli Hekim *	--	--	5	6.6	2	2.6
Bilirkisi Aracigiyla Mahkeme *	--	--	11	14.5	11	14.5
Etik Kurul *	--	--	--	--	17	22.4
Diger	--	--	--	--	1	1.3
TOPLAM	76	100.0	76	100.0	76	100.0

\* Yalnızca ikinci ve son asama için seçenek olarak sunulmustur.

Tabloda izlenebilecegi gibi, hastayı ilk asamada klinikte izleyen hekimin degerlendirmesi gerektigini belirtenler, % 48.7 ile en yüksek orandadır. Daha önce yapılan bir tartisma, burada da somutlasmaktadır. Yeterlik degerlendirmesiyle ilgili sürecin başlamasi için ilkin, klinik hekimin yeterlik açıdan degerlendirilmesi gereken hastaları belirlemesi gerekmektedir. Bunu yapabilmesi

için de konuyla ilgili duyarlılığının olması ve kriterlerinin bulunması kosuldur. Gerçekte bu çalışmanın en önemli amacı ve bir genel tip klinisyeni tarafından yapılmasının nedeni budur.

Ancak klinik hekimi dışında bir seçenek belirten bazı kişilerin, hastanın karar verme yeterliği açısından değerlendirilmesi gerekliliğinin kesinleşmesinden sonraki aşamayı, "ilk asama" olarak kabul etmiş olması olanaklıdır.

Tabloya bakıldığında ilk asama için ikinci büyük oranla "psikiyatrist" belirtilmiştir (%25.0). Bu çalışmada "tek görüş" olarak adlandırılan ve psikiyatrist, psikolog ve klinik hekiminin birlikte oluşturduğu grubun oranı ilk asama için % 73.7'ye ulaşmaktadır.

"Tıbbi kurul" olarak adlandırılan grubun oranı ise toplam % 26.3 olarak görülmektedir. "Aralarında psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulunun" oranı % 21.0; "psikiyatristlerden oluşan konsültasyon kurulunun" oranı % 5.3'tir.

İlk asamadaki değerlendirmeler için tıbbi kurulların önerilmesi, konuya verilen önemi vurgulayabileceği gibi, bu değerlendirmeyi tek bir hekimin yapamayacağı düşüncesine dayanabilir.

Tablo 20. Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Degerlendirmenin Birinci ve Ikinci Asamalarda Kimler Tarafindan Yapilacagina Iliskin Yanitlarin Dagilimi. (Ankara, 1994)

Birinci Asama	Ikinci Asama						TOPLAM ****	
	Tek Görüs *		Tibbi Kurul **		Etik/Yasal Kur. ***			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Tek Görüs	23	42.6	26	48.1	5	9.3	54	72.9
Tibbi Kurul	2	10.0	7	35.0	11	55.0	20	27.1
TOPLAM	25	33.8	33	44.6	16	21.6	74	100.0

\*Tek Görüs: Psikiyatrist, psikolog ve hastayi klinikte izleyen hekim.

\*\*Tibbi Kurul: Aralarinda psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulu ve psikiyatristlerden olusan konsültasyon kurulu.

\*\*\*Etik/Yasal Kurul: Adli hekimlik, bilirkisiler yardimiyla mahkeme, etik kurul.

\*\*\*\*Sütun yüzdesi, digerleri satir yüzdesi.

Tabloda görüldüğü gibi, birinci asamada tek görüsü yegleyenlerin % 48.1'i ikinci alsamada tibbi kurulu yeglemistir; %42.6'si ise ikinci asamada da tek görüsü yeglemistir.

Ilk asamada tibbi kurulu seçenlerin % 55'i ikinci asamada etik/yasal kurullari yeglerken, % 35'i yine tibbi kurulu yeglemistir.

Tablo 21. Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Degerlendirmenin Ikinci ve Üçüncü Asamalarda Kimler Tarafindan Yapilacagina Iliskin Yanitlarin Dagilimi. (Ankara, 1994)

Ikinci Asama	Üçüncü Asama						TOPLAM ****	
	Tek Görüs *		Tibbi Kurul **		Etik/Yasal Kur. ***			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Tek Görüs	5	20.0	13	52.0	7	28.0	25	33.8
Tibbi Kurul	2	6.1	21	63.6	10	30.3	33	44.6
Etik/Yasal Kurul	--	--	2	12.5	14	87.5	16	21.6
TOPLAM	7	9.4	36	48.6	31	41.9	74	100.0

\*Tek Görüs: Psikiyatrist, psikolog ve hastayi klinikte izleyen hekim.

\*\*Tibbi Kurul: Aralarinda psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulu ve psikiyatristlerden olusan konsültasyon kurulu.

\*\*\*Etik/Yasal Kurul: Adli hekimlik, bilirkisiler yardimiyla mahkeme, etik kurul.

\*\*\*\*Sütun yüzdesi, digerleri satir yüzdesi. ( $\chi^2=20.88$ ,  $SD=4$ ,  $p<0.005$ )

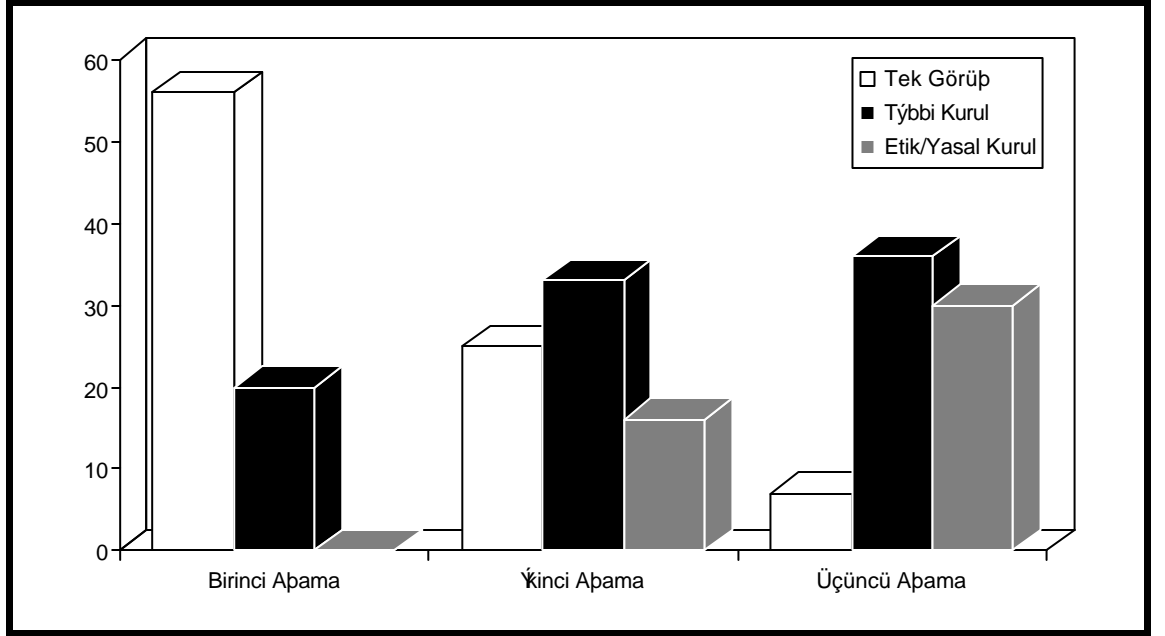
Karar verme yeterligi degerlendirilmesi gereken bir hastada; bu degerlendirmenin ikinci asamada tek görüse bagli olarak yapilmasi gerektiğini belirtenlerin % 52.0'si, bu degerlendirmenin üçüncü asamada tibbi kurullarca yapilmasi gerektiğini belirtmislerdir.

Ikinci asamada, tibbi kurullari yegleyenler, üçüncü asamada yine tibbi kurul görüşünü savunmuslardir.

Ikinci asamada etik/yasal kurullarin görüşüne basvurulmasi gerektiğini söyleyenlerin %87.5'i, üçüncü asamada da degerlendirmenin bu kurullarca yapilmasini istemislerdir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, ikinci asamada tıbbi kurullara, üçüncü asamada ise yasal/etik kurullara doğru bir eğilim gözlenmektedir.

Grafik 8. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesine Gerek Duyulan Bir Hastada, Değerlendirmenin Değisik Asamalarda Kimler Tarafından Yapılacağına İlişkin Yanıtların Dağılımı. (Ankara, 1994)



Tablo 22. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Ne Tür Bir Yöntemle Değerlendirilmesi Gerektigine İlişkin Yanıtların Dağılımı. (Ankara, 1994)

Yanıtlar	Sayı	%
1. Hastanın tam bir ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır.	46	60.5
2. Hastanın bilissel yetilerine odaklanan kısmi bir ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır.	22	28.9
3. HKVYD* amacıyla geliştirilmiş ve psikiyatri uzmanları dışındaki sağlık çalışanlarının da uygulayabileceği bir ölçek kullanılmalıdır.	7	9.2
4. Yanıtsız.	1	1.3

\*HKVYD: Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi.

Çalışmaya katılanların % 89.4'ü, yeterli değerlendirmesinin tam ya da kısmi bir ruhsal durum muayenesine dayandırılması gerektiğini belirtmiştir. Bu oranın %60.5'lik bölümü, tam ruhsal durum muayenesini gerekli görenler tarafından oluşturulmaktadır.



Tablo 23. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Ne Tür Bir Yöntemle Değerlendirilmesi Gerektigine İlişkin Yanıtların Göreve Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

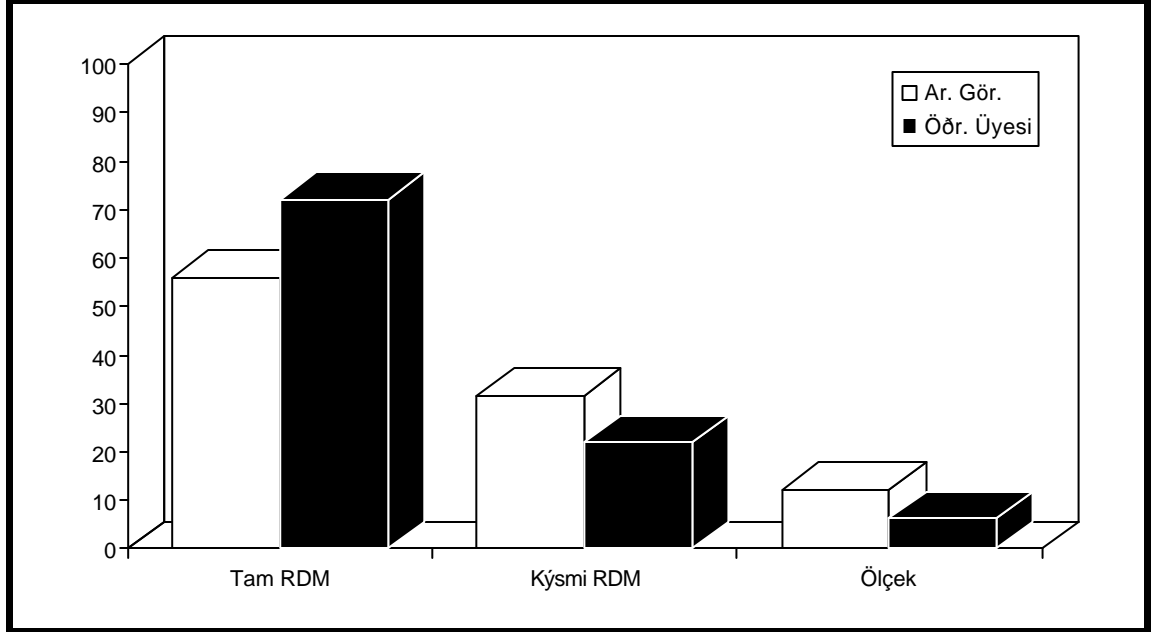
Yöntem	Görev				TOPLAM	
	Ar. Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
Tam Ruhsal Durum Muayenesi	23	50.0	23	50.0	46	63.0
Kısmi Ruhsal Durum Muayenesi	13	65.0	7	35.0	20	27.4
Ölçek	5	71.4	2	28.6	7	9.6
TOPLAM	41	56.1	32	43.8	73	100.0

Tam ruhsal durum muayenesini gerekli görenlerin % 50'si öğretim üyesi grubundandır. Bu oran öğretim üyelerinin % 71.8'ini oluşturmaktadır. Fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, araştırma görevlileri arasında tam ruhsal durum muayenesini yegleyenlerin oranı % 56.1'de kalmaktadır.

Yeterlik değerlendirmesinin tam ya da kısmi olarak ruhsal durum muayenesine bağlanması gerektiğini belirten öğretim üyelerinin oranı % 93.76'ya ulaşmaktadır. Bu oran araştırma görevlileri arasında % 88.0'dır

Ölçek kullanılabileceğini belirten 7 kişinin (% 9.2), 5'i araştırma görevlisidir.

Grafik 9.. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Ne Tür Bir Yöntemle Değerlendirilmesi Gerektigine İlişkin Yanıtların Göreve Göre Orantısız Dağılımı. (Ankara, 1994)



\*Tam RDM: Tam Ruhsal Durum Muayenesi.

\*Kısmi RDM: Kısmi Ruhsal Durum Muayenesi

Tablo 24. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Kullanılacak Yöntemlerin, Bu Konuda Konsültasyon Yapma Durumuna Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Konsültasyon Yapma Durumu	Yöntemler					
	Tam Ruhsal Muayene		Kismi Ruhsal Muayene		Ölçek	
	S	%	S	%	S	%
Konsültasyon (+)	10	21.7	5	22.7	1	14.3
Konsültasyon (-)	36	78.3	17	77.3	6	85.7
TOPLAM	46	100.0	22	100.0	7	100.0

( $\chi^2=0.23$ , SD=2,  $p=0.88$ )

Her üç yöntemi de önerenlerin % 75'den fazlası daha önce bu konuda konsültasyon yapmamış olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 25. Karar Verme Yeterliginin Değerlendirilmesi İçin Hastayla Görüşmeye Baslamak İçin Yerine Getirilmesi İsteneen Kosulların Dağılımı. (Ankara, 1994)

Kosullar	% *	Toplam Puan **
1. Hastaya tüm tedavi seçenekleri konusunda anlayabileceği düzeyde bilgi verilmiş olması.	81.6	211
2. Hastaya hastalığı konusunda anlayabileceği düzeyde bilgi verilmiş olması.	75.0	203
3. Hastayı klinikte izleyen hekim ve hemşirenin hasta hakkında bilgi vermesi.	64.5	194
4. Hastaya yapılacak psikiyatrik değerlendirmenin nedenleri konusunda anlayabileceği düzeyde bilgi verilmesi.	59.2	188
5. Ayrıntılı bir konsültasyon kagidi hazırlanmış olması.	52.6	182
6. Olanaklıysa hasta yakınlarının hasta hakkında bilgi vermesi.	44.7	176
7. Diğer kliniklerle ilgili konsültasyonların tamamlanmış olması.	38.2	154
8. Hastayı klinikte izleyen hekimin, yapılacak yeterli değerlendirilmesinde hazır bulunması.	32.9	140
9. Olanaklıysa hasta yakınlarının, yapılacak yeterli değerlendirilmesinde hazır bulunması.	5.0	76

\*" Her Zaman Önemli" yaniti verenlerin yüzde oranı.

\*\* Toplam Puan: "Her zaman önemli (3)", "Genellikle önemli (2)", "Önemli olabilir (1)", "Önemsiz (0)" seçeneklerine verilen puanlara göre hesaplanmıştır. (Bakınız "Gereç ve Yöntem" bölümü.)

Tablodan izlenebilecegi gibi, son iki seçenek disindakilerin tümü, ortalama olarak 2 puanin üzerindedir. Son iki seçenek, hastanın degelendirilmesi sirasinda hastayi klinikte izleyen hekim ya da ailenin görüsmeye hazır bulunmasidir.

Özellikle ilk üç seçenek digerlerine göre daha anlamlı oranda öne çıkarılmıstır. ( $p < 0.05$ ) Bunların ilk ikisi, karar verme yeterligi degelendirmesi için en önemli koşul olan, hastanın aydinlatılması sorunuyla iliskilidir. Bu tabloda 1., 2. ve 4. sirada yer almıs olan aydinlatma ile ilgili seçenekler, asagıda daha ayrıntili olarak incelenecektir.

Hastanın aydinlatılması disında ilk sıralarda yer alan seçeneklerin tümü (3., 5., 6., seçenekler), degelendirmeyi yapacak hekimin aydinlatılmasına iliskindir. Bunlar arasında en önemli görülen iki koşul, hastayı klinikte izleyen hekimin hasta hakkında bilgi vermesi ve ayrıntili bir konsültasyon kagidinin hazırlanması olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 26. Karar Verme Yeterliginin Degelendirilmesi İçin Hastayla Görüsmeye Baslamak İçin Yerine Getirilmesi İstenen Kosullardan Hastanın Aydinlatılmasına İlişkin Yanıtların Dağılımı. (Ankara, 1994)

Hastayı Aydınlatma	Önem Derecesi							
	Önemsiz		Önemli Olabilir		Genellikle Ön. *		Her Zaman Ön.	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Tüm tedavi seçenekleri konusunda	1	1.3	1	1.3	12	15.8	62	81.6
Hastalığı konusunda	1	1.3	4	5.3	14	18.4	57	75.0
Psikiyatrik degelendirmenin nedenleri konusunda	1	1.3	7	9.2	23	30.3	45	59.2

Hastanın aydınlatılması, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde en önemli aşamayı oluşturmaktadır. "Genel Bilgiler" bölümünde bu konu ayrıntılı olarak tartışılmıştır. Hekimlerin hastanın aydınlatılmasıyla ilgili koşullara yaklaşımı, özel bir önem kazanmaktadır. Bu nedenle bu seçeneklerin "her zaman önemli" biçiminde değerlendirilmesi beklenmektedir. Tabloda görülebileceği gibi, en çok gerekli görülen "hastanın tüm tedavi seçenekleri konusunda aydınlatılmış olması" koşulunu 14 kişi (% 18.4), "hastalığı konusunda anlayabileceği düzeyde bilgi verilmesi" koşulunu 19 kişi (% 25) "her zaman önemli" görmemektedirler. Psikiyatrik değerlendirmenin nedenleri konusunda hastanın aydınlatılmasını her zaman önemli görmeyenlerin sayısı 31 kişidir (% 40.8).

Her üç koşulu da her zaman önemli görenlerin oranı, ancak % 52.6 (40 kişi) olmaktadır. Çalışmaya katılanlarda 10 kişi, bu koşulların hiç birini "her zaman önemli" olarak değerlendirmemiştir.

Tablo 27. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi İçin Hastanın Aydınlatılmasını "Her Zaman Önemli" Bir Önkosul Olarak Kabul Edenlerle Etmeyenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Cinsiyet	Aydınlatma			
	Her zaman Önemli		Her Zaman Önemli Değil	
	S	%	S	%
Kadın	24	60.0	15	41.7
Erkek	16	40.0	21	58.3
TOPLAM	40	100.0	36	100.0

( $\chi^2=2.54$ , SD=1, p=0.11)

Tabloda, aydinlatmanin önemi konusunda, cinsiyete göre istatistiksel bir anlam tasimamakla birlikte, önemli bir fark göze çarpmaktadır. Bu tabloda aydinlatmanin önemine taraftar olanlarin arasina, psikiyatrik degerlendirmenin nedenleri konusunda hastayi aydinlatma kosulu için "genellikle önemli" diyenleri de kattigimizda, aradaki ayrim istatistiksel olarak da anlamlı olmaktadır.

Tablo 28. Karar Verme Yeterliginin Degerlendirilmesi için Hastanin Aydinlatilmasini "Her Zaman Önemli" Bir Önkosul Olarak Kabul Edenlerin Cinsiyete ve Göreve Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)

Cinsiyet	Görev				TOPLAM **	
	Ar.Gör.		Ögr. Üyesi*			
	S	%	S	%	S	%
Kadin	16	72.7	6	27.3	22	57.9
Erkek	4	25.0	12	75.0	16	42.1
TOPLAM	20	52.6	18	47.4	38 ***	100.0

\*Uzman Grubu: Uzman, basasistan, yordimci doçent.

\*\* Sütun yüzdesi, digerleri satir yüzdesidir.

\*\*\* İki kisi Görev'e yanıt vermemistir.

( $\chi^2=12.72$ , SD=4,  $p<0.05$ )

Tabloda görüldüğü gibi, hastanin aydinlatilmasini "her zaman önemli" bir kosul olarak kabul edenlerin cinsiyete ve göreve göre dagilimlari istatistiksel olarak anlamlı bulunmustur. Buna

göre aydinlatmayi bir önkosul olarak kabul eden kadınların % 72.7'si araştırma görevlisidir. Ayrıca, aydinlatmayi bir önkosul olarak gören erkeklerin % 75'i öğretim üyesidir.

Araştırma görevlileri arasında aydinlatmayi bir önkosul olarak görenlerin %75'i kadındır. Öğretim üyeleri arasında bu oran % 33.3'te kalmaktadır.

Çalışmaya katılanlar arasındaki görev ve cinsiyetlerle ilgili oranları anımsamak için ilk tablolara bakınız.

Tablo 29. Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi İçin Hastanın Aydınlatılmasını "Her Zaman Önemli" Bir Önkosul Olarak Kabul Edenlerle Etmeyenlerin Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Cinsiyet	Aydınlatma			
	Her zaman Önemli		Her Zaman Önemli Değil	
	S	%	S	%
Devlet H.	10	25.6	18	50.0
Üniv. H.	29	74.4	18	50.0
TOPLAM	39	100.0	36	100.0

( $\chi^2=4.78$ , SD=1,  $p<0.05$ )

Tabloda, hastanın aydinlatılmasını bir önkosul olarak görme bakımından, devlet hastaneleri ile üniversite hastaneleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılık olduğu anlaşılmaktadır.

Hastanın aydinlatılmasını önkosul olarak görenlerin % 74.4'ü, üniversite hastanelerinde görev yapmaktadır.



Tablo 30. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Önem Açısından Verilen Puna Göre Dağılımı (Ankara, 1994)

Sosyodemografik Özellikler	Toplam Puan	Ortalama Puan	"Her Zaman Önemli" Bulanlar (%)
1. Yas	157 *	2.07	40.8
2. Aile/Sosyal Destek	130 *	1.71	25.0
3. Eğitim	112	1.47	21.1
4. Sosyal Güvence	101	1.33	17.1
5. İis	81	1.07	14.5
6. Evlilik Durumu	68	0.89	13.2
7. Cinsiyet	58	0.76	13.2

( $p < 0.05$ )

Yeterlik değerlendirmesi için, hastayla görüşmeye başlamadan önce edinilebilecek önbilgiler arasındaki bazı sosyodemografik özellikler tabloda gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, anketi yanıtlayanların % 40'i "yas"i ve % 25.0'i "aile/sosyal desteğini" yeterlik değerlendirmesinde önemli bulmaktadır.

Tablo, "her zaman önemli" seçeneğinin işaretlenme yüzdesine göre düzenlendiğinde de sıralama değişmemektedir.

"Yas"ın kronik organik beyin sendromu ve bazı hastalıkların başlangıç yaşının özellik göstermesi açısından önemli bulunduğu düşünülebilir. "Aile ve sosyal destek durumu"nun, hastanın kliniğe ve sağlık çalışanlarına uyumu açısından önemli bir etken olduğu bilinmektedir.

Anketi yanıtlayanların ortalama 1.33 puan verdiği "sosyal güvence durumu", hastanın tedaviyi reddetme gerekçeleri arasında, tedavi masraflarını karşılayamayacak durumda olması ya da bunu ekonomik bir yük olarak değerlendirmesi olasılığının ayırımına varılması bakımından önemli bir bilgi olacaktır.

Tablo 31. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Bazı Tıbbi Özelliklerin, Önem Açısından Verilen Puna Göre Dağılımı (Ankara, 1994)

Tıbbi Özellikler	Toplam Puan	Ortalama Puan	"Her Zaman Önemli" Bulanlar (%)
1. -Varsa- psikiyatrik tanı	186 *	2.45	57.9
2. Ölümcül prognoz	186 *	2.45	57.9
3. Tedavi seçeneklerinin özellikleri	181 *	2.38	53.9
4. Klinik tanı	177 *	2.33	48.7
5. Tedaviyi reddetme gerekçesi	167	2.20	40.8
6. Hastayı izleyen hekim ve hemşirenin görüşü	153	2.01	26.3
7. Hastalığı tarafından kısıtlanması	150	1.97	28.9
8. Psikiyatrik özgeçmiş	146	1.92	26.3
9. Sürekli ve/veya şiddetli ağrı öyküsü olması	120	1.58	15.8
10. Hastalık öncesi kişilik ve uyumu	113	1.49	9.3

\* (p<0.05)

Yeterlik degerlendirmesi için, hastayla görüsmeye baslamadan önce edinilebilecek önbilgiler arasindaki bazi tıbbi özelliklere verilen önem, tabloda sunulmaktadır. Bunlardan ilk dört sirada yer alanlar, digerlerine göre anlamlı ölçüde önemli bulunmustur. Tıbbi özelliklerde puanlar, sosyodemografik özelliklere göre oldukça yüksektir.

Esit puan ve "her zaman önemli" bulunma oranıyla, "hastanın psikiyatrik tanisi" ve "ölümcül prognoz" özellikleri en önemli özellikler olarak degerlendirilmislerdir (% 57.9).

Hastanın -varsa- psikiyatrik tanisinin bilinmesinin çok önemli olduğu açıktır, ancak bu bilginin, hastayla görüsmeye baslamadan önce hekimi bir önyargıya yönlendirmesi olasiligina karsi dikkatli olunmalıdır.

"Ölümcül prognoz" tıbbi girişim reddedilmesinde en önemli nedenler arasında kabul edilmektedir. Yasam uzatici tıbbi girişimlere son verilmesini isteyen hastanın durumu, etkin gönüllü ötanazi olarak tanımlanmaktadır. Ancak hastanın bu isteginin, özkıyım isteginden ayırdedilmesi gerekmektedir.

Ölümcül prognozla benzerlik gösteren bazı özellikler daha alt sıralarda yer almislardır. Hastanın hastaligi tarafından kisitlanması (tabloda 7. sıra; % 28.9), ya da sürekli/siddetli ağrı öyküsünün bulunması (tabloda 9. sıra; %15.8) önemlidir.

Tablo 32. Psikiyatrik Özgeçmişte Saptanan Bazı Durumların, Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkileri Yönünden Dağılımı. (Ankara, 1994)

Psikiyatrik Özgeçmiş	Hastanın Karar Verme Yeterliğini						Ort. Puan
	Etkilemez		Tartismali Kılar		Ortadan Kaldırır		
	S	%	S	%	S	%	
Öyküde tanı almamış psikotik ya da affektif bir bozukluk dönemi	15	20.0	55	73.3	5	6.7	0.91
Halen düzenli olarak bir psikotrop ilaç kullanmasını gerektiren bir bozukluk ya da hastalık	10	13.3	54	72.0	11	14.7	1.05
Geçmişte düzenli olarak bir psikotrop ilaç kullanmış olmasını gerektiren bir bozukluk ya da hastalık	28	37.3	45	60.0	2	2.7	0.69
Daha önce bir psikiyatri kliniğine yatırılmasını gerektiren bir bozukluk ya da hastalık	25	33.3	48	64.0	2	2.7	0.73
Daha önce pek çok kez psikiyatri kliniğine yatırılmasını gerektiren bozukluk ya da hastalık	11	14.7	52	69.3	12	16.0	1.05
Yatmakta olduğu klinikte, daha önce de psikiyatrik bir tedavi almasını gerektiren bir bozukluk ya da hastalık	10	13.7	56	76.7	7	9.6	1.07

Bu tabloya göre; ortalama puan açısından hastanın karar verme yeterliğini en çok etkilediği düşünülen özellik, "hastanın yatmakta olduğu klinikte, daha önce de psikiyatrik bir tedavi almasını gerektiren bir bozukluk ya da hastalığının olması". Ancak, bu özelliğin hastanın karar verme yeterliğini ortadan kaldırdığını düşünenler yalnızca 7 kişidir (% 9.6).

"Yeterliği ortadan kaldırır" seçeneğinin en fazla oranda işaretlenmesine göre, birinci sırada "hastanın daha önce pek çok kez bir psikiyatri kliniğine yatmasını gerektiren bozukluğu ya da hastalığının olması" yer almaktadır (12 kişi, % 16.0). Bunu, 11 kişi ve % 14.7'lik bir oranla "hastanın halen düzenli olarak bir psikotrop ilaç kullanmasını gerektiren bozukluğunun olması" özelliği izliyor.

"Yeterligi tartismali kilma" seeneginde ilk sirayi % 76.3'lük bir oranla "hastanin yatmakta oldugu klinikte, daha önce de psikiyatrik bir tedavi almasini gerektiren bir bozukluk ya da hastaliginin olmasi" özelligi aliyor. % 73.3'lük oranla "öyküde (tani almamis) psikotik ve/veya affektif bir bozukluk ya da hastaliginin olmasi" ikinci sirada yer almaktadır.

Hastanin yeterligini etkilemeyecegi konusunda en çok belirtilen seçenekler, % 37.3'le "hastanin geçmiste düzenli olarak bir psikotrop ilaç kullanmis olmasini gerektiren bir bozukluk ya da hastaliginin olmasi" ve % 33.3'le "hastanin daha önce bir psikiyatri kliniginde yatirilmasini gerektiren bir bozukluk ya da hastaliginin olmasi" özellikleri bulunmaktadır.

Psikiyatrik özgemisle ilgili olarak siralanan özelliklerin, hastanin karar verme yeterligini dogrudan ortadan kaldirdigina iliskin hiç bir bulgu bulunmamaktadır. Degerlendiren hekime bagli olarak, bazi durumlarin hastanin yeterligi açisindan kusu dogurmasi olagan karsilansa bile, "hastanin daha önce pek çok kez psikiyatri klinigine yatirilmesi" ya da "halen düzenli olarak bir psikotrop ilaç kullanmasi", karar verme yeterligini ortadan kaldiracak özellikler degildir. Yayinlarda hasta için daha önce herhangi bir nedenle "karar verme yeterligi tasimamaktadır" kararına varilmis bile olsa, yeterligin her seferinde yeniden ve duruma özgü olarak degerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Tablo 33. Psikiyatrik Özgeçmişte Saptanan Bazı Durumların Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkisine ve Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

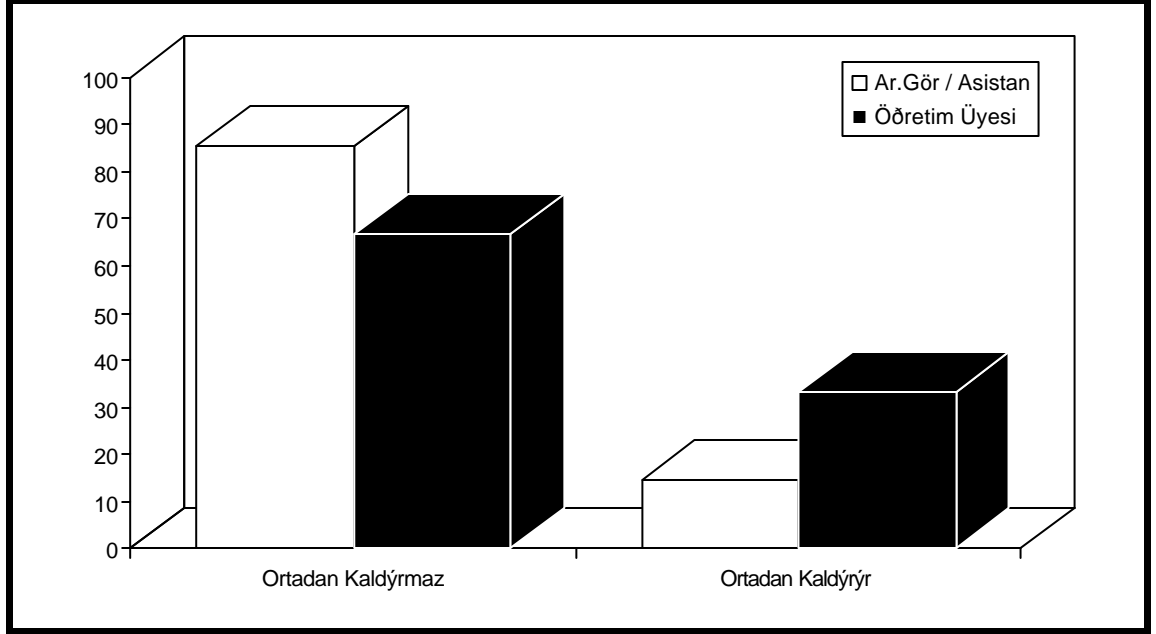
Hastanın Karar Verme Yeterliğini	Görev				TOPLAM *	
	Ar.Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
Ortadan Kaldırmaz	35	61.4	22	38.6	57	77.0
Ortadan Kaldırır	6	35.3	11	64.7	17	23.0
TOPLAM	41	55.4	33	44.6	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir. ( $\chi^2=3.613$ ,  $SD=1$ ,  $p=0.05$ )

Tabloda görüleceği gibi, anketi yanıtlayanlardan 17 kişi (% 22.5), psikiyatrik özgeçmişle ilgili yukarıda sıralanan özelliklerden en az biri için, "hastanın karar verme yeterliğini ortadan kaldırır" düşüncesini belirtmiştir.

Bunların % 65'i öğretim üyesidir (11 kişi).

Grafik 10. Psikiyatrik Özgeçmiste Saptanan Bazı Durumların Hastanın Karar Verme Yeterliğine Etkisine ve Görevlere Göre Orantısız Dağılım. (Ankara, 1994)



Tablo 34. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesinde Ruhsal Durum Muayenesiyle İlgili Bazı Özelliklerin Verilen Puana Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Ruhsal Durum Muayenesi	Toplam Puan	Ort. Puan	Her Zaman Önemli (%)
1. Bilinç *	223	293	92.1
2. Yönelim (oryantasyon) *	220	2.89	88.2
3. Gerçeği değerlendirme yetisi *	211	2.78	77.6
4. Yargılama yetisi *	210	2.76	75.0
5. Algılama	201	2.64	69.7
6. Düşünce içeriği	177	2.33	46.1
7. Zeka düzeyi	169	2.22	39.5
8. Soyut düşünme yetisi	168	2.21	38.2
9. Bellek	164	2.16	36.8
10. Düşünce akışı	160	2.11	35.5
11. Konuşma ve ilişki kurma	153	2.01	36.8
12. Duygulanım *	149	1.96	23.7
13. Dikkat *	149	1.96	27.6
14. Disavuran davranış *	133	1.75	5.8

\*p<0.05

Bu tabloda ilk dört sırada belirtilen unsurlar, diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla yeglenmişlerdir. Anketi yanıtlayanların % 92.1'i "bilinç", % 88.2'si "yönelim", % 77.6'si "gerçeği değerlendirme", % 75'i "yargılama" yetilerinin değerlendirilmesinin, yeterliğin ölçülmesinde "her zaman önemli" olduğunu vurgulamıştır.

Son üç sırada yer alan "duygulanım", "dikkat" ve "disavuran davranış" öğeleri, sıralamanın sonunda, diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde az yeglenmişlerdir.



Belirtilmesi gereken bir baska nokta da; daha önce 17. tabloda, hastanın karar verme yeterliginin degerlendirilmesinde kesinlikle bulunmasi gereken özelliklerle ilgili siralamanin da, ruhsal durum muayenesi ögeleri açisindan ayni sonucu vermis olmasidir.

Tablo 35. Bazi Psikiyatrik Bozukluk ve Hastaliklarin Hastanın Karar Verme Yeterligindeki Etkisi Yönünden Dagilim. (Ankara, 1994)

Psikiyatrik Bozukluk / Hastalik	Etkilemez		Tartismali Kilar		Ortadan Kaldirir		Ort. Puan
	S	%	S	%	S	%	
Akut organik beyin sendromu *	--	--	8	10.5	68	89.5	1.89
Kronik organik beyin sendromu *	--	--	33	43.4	43	56.6	1.58
Pozitif semptomlu sizofreni *	1	1.3	33	44.0	41	54.7	1.58
Affektif bozukluk/Manik dönem	2	2.7	34	45.3	39	52.0	1.53
Negatif semptomlu sizofreni	2	2.7	44	58.7	29	38.7	1.39
Paranoid bozukluk	2	2.7	48	64.0	25	33.3	1.34
Affektif bozukluk/Major depresyon	5	6.7	43	57.3	27	36.0	1.33
Anksiyete bozuklugu	43	57.3	30	40.0	2	2.7	0.50
Antisosyal kisilik bozuklugu	53	70.7	21	28.0	1	1.3	0.37

\* p<0.005

Tabloda görüldüğü gibi, "akut organik beyin sendromu"nun, % 89.5'lik bir oranla, hastanın karar verme yeterligini "ortadan kaldirdigi" yönünde görüs bildirilmistir. Karar verme yeterligini ortadan kaldırma açisindan ikinci sirada yer alan kronik organik beyin sendromu ile arasinda önemli bir fark bulunmaktadir(% 56.6). Bu da daha önceki bulgularla da ortaya çıkan, sorunun öncelikle bilinç durumuyla ilgili oldugu yönündeki yaklasimla kosutluk göstermektedir.

Bu yaklasimin önemli ölçüde yayinlardaki bulgularla uygunluk gösterdigi söylenebilir. Ancak akut organik beyin sendromunun genelde geçici bir tablo oldugu, bozulmanın ataklarla ortaya çıktığı, ataklar arası süreçte hastanın genellikle karar verme yeterligi tasidigi; ve bu nedenlerle, ivedilik göstermeyen kararlar verilirken hastanın yeterligine yeniden kavusmasının beklenmesi gerektiği unutulmaması gereken bir durumdur.

İkinci sırada yer alan, kronik organik beyin sendromu, hastanın bilissel yetilerinin geri dönüşümsüz bir biçimde bozulduğu bir tablodur. Ancak burada da demansin dereceleri bulunduğu akılda tutulmalıdır; literatürde, ileri derecede demansif hastaların bile bazı kararları verebilecek yeterlikte olduğu vurgulanmaktadır.

Yeterligi "ortadan kaldırma" açısından "kronik organik beyin sendromunu" yakın oranlarla izleyenler; sirasiyla, "pozitif semptomlu sizofreni" (% 54.7) ve "affektif bozukluk / manik dönem" (% 52.0) olarak görülmektedir.

Bu tabloda dikkati çeken önemli bir nokta, son iki bozukluk disındaki hastalık ya da bozuklukların en az % 33'lük bir oranla (25 kişi), karar verme yeterligini ortadan kaldirdiginin belirtilmiş olmasıdır. Örneğin paranoid bozuklugun, hastanın yeterligini ortadan kaldiracaginin daha başlangıçtan söylenebileceğine ilişkin bir literatür bilgisi bulunmamaktadır.

Tablo 36. Bazi Psikiyatrik Bozukluk ve Hastaliklarin Hastanin Karar Verme Yeterligine Etkisine ve Görevlere Göre Dagilim. (Ankara, 1994)

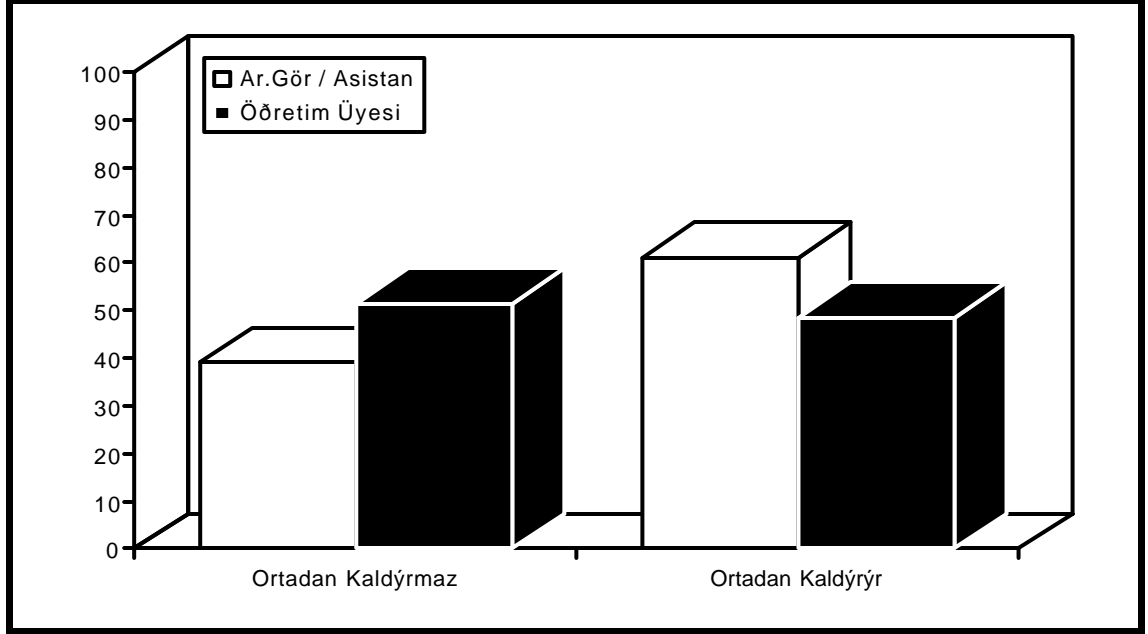
Hastanin Karar Verme Yeterligini	Görev				TOPLAM *	
	Ar.Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
Ortadan Kaldirmaz	16	48.5	17	51.5	33	44.6
Ortadan Kaldirir	25	61.0	16	39.0	41	55.4
TOPLAM	41	55.4	33	44.6	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, digerleri satir yüzdesidir.

Bu tabloda, 35. tabloda en yüksek oranda isaretlenen ilk dört bozukluk/hastalik disindakilerin herhangi birinin, hastanin karar verme yeterligini ortadan kaldirdigi yönünde görüs belirten 41 kisinin (% 55.4) görevlerine göre dagilimi sunulmaktadır. Istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; arastirma görevlilerinin % 61.0'i, öğretim üyelerinin ise % 48.5'i bu grupta yer almistir.

Bu grubun; karar verme yeterligi için ruhsal durum muayenesinin normal olmasini kesinlikle kosul oldugunu belirtenlerle iliskisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmustur ( $p<0.05$ ). (Bakiniz Tablo 18.)

Grafik 11. Bazi Psikiyatrik Bozukluk ve Hastaliklarin Hastanin Karar Verme Yeterligine Etkisine ve Görevlere Göre Orantisal Dağılim. (Ankara, 1994)



Tablo 37. Karar Verme Yeterligi Tasimadigi Saptanan Bir Hastaya, Tibbi Girisimin Uygulanmasi Konusunda Son Karari Verecek Olanlarin Aldiklari Puana Göre Dagilimi. (Ankara, 1994)

Son Karar	Toplam Puan	Ilk Tercih (%)
Aralarinda psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulu	459	18.4
-Varsa- hastanin yasal velisi/vasisi	445	11.8
-Varsa- hastanin ailesi ve/veya yakinlari	431	6.6
-Varsa- hastanin bu konudaki vasiyeti dogrultusunda	422	25.0
Bilirkisi kurullari yardimiyla mahkeme	409	3.9
Konsültan psikiyatrist	382	--
Psikiyatristlerden olusan konsültasyon kurulu	282	9.2
Hastayi klinikte izleyen hekim	257	2.6
-Varsa- etik kurul	241	17.1

Bu tablodaki bulgular, seçeneklerin 1'den 9'a dek "tercih" derecesine dayanilarak yapılan puanlamaya göre siraya dizilmiştir. Diger sütundaysa, "ilk tercih" olarak belirtilme oranı bulunmaktadır. İlginç nokta, diger puanlamali tablolarin tersine, bu tabloda iki sütundaki siralama farklıdır.

Puanlamaya göre ortaya çıkan siralamada, genellikle digerlerinden daha öncelikli olarak yeglenen seçeneklerin ortaya çıktigi söylenebilir. İlk tercihi ne olursa olsun, ankete yanıt verenelerin önemli bölümü, aralarında psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulunu üst sıralarda isaretlemistir. Bunlardan % 18.4'ü de, son kararın birinci öncelikle bu kurulun vermesini yeglemistir. Toplam puana göre ikinci sırada "yasal veli ve vasi" yer almaktadır.

"İlk tercih" sıralamasındaysa, hastanın sağlığı yerindeyken bu gibi durumlarda ne yapılacağına ilişkin vasiyeti doğrultusunda karar verilmesine ilişkin seçenek % 25'lik bir oranla ne çıkmaktadır. Oysa bu seçenek toplam puana göre 4. sırada bulunmaktadır.

En arpici ayırım "etik kurul" seeneginde ortaya çıkmaktadır. Toplam puanda en son sırada yer alan bu seçenek, "ilk tercih" sıralamasında 3. sırada bulunmaktadır.

Tablodan çıkarılabilecek en önemli bir sonuç, anketi yanıtlayanların "son karar" verilirken "tek görüs" yerine "kurul"ları yeglemis olduklarıdır.

Bu saptamaların ışığında bazı elestiri ve akıl yürütmelerde bulunmak olanaklıdır: Öncelikle bu soruda, anketi yanıtlayan kişinin, tıbbi girişimin öznesi olarak kendisini mi yoksa akla gelen bir hasta imgesini mi dikkate aldığı sorusuna verilecek yanıt önemlidir.

Öte yandan seçenekler arasında, literatürde karşılaşılan ve ülkemizde henüz kurumsallaşmamış olan "vasiyet" ve "etik kurul" seçeneklerinin bulunması, kişileri istenen yanıtın bunlar olduğu dsncesine itebilir; bu da bu iki seenegin, bir grup hekim tarafından ilk seçenekler olarak işaretlenmesi sonucunu doğurabilir.

Tablo 38. Tibbi Girişimi Reddeden Bir Hastanın Karar Verme Yeterliği Konusunda Çelişkiye Düşülmesi Durumunda; Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında Hekimlerin Yer Aldıkları Konuma Göre Dağılım. (Ankara, 1994)

Konum	Sayı	%
Kendi yazgısını belirleme hakkı		
↓ (0)	6	7.9
□ (1)	4	5.3
□ (2)	5	6.6
□ (3)	--	--
□ (4)	4	5.3
◆ (5)	16	21.0
□ (6)	8	10.5
□ (7)	5	6.6
□ (8)	6	7.9
□ (9)	2	2.6
↑ (10)	20	26.3
Sağlıklı yaşam hakkı		
TOPLAM	76	100.0

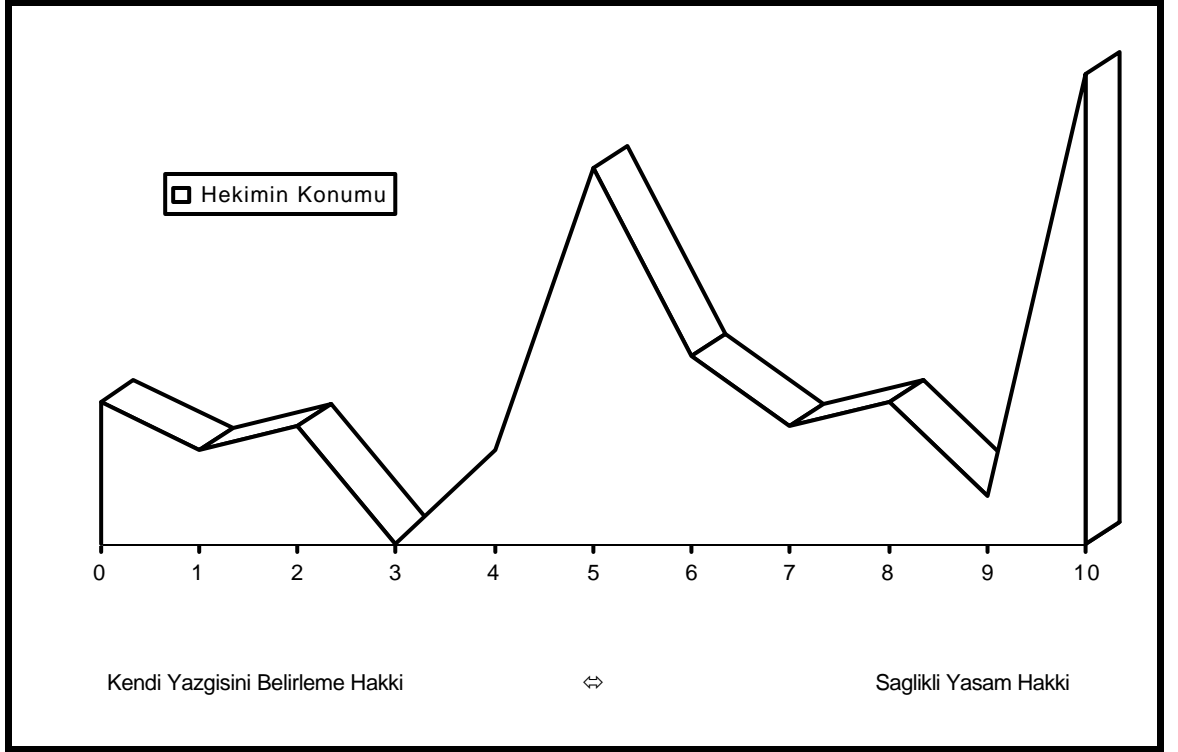
Bu tablo, anketi anıtlayanların, hastanın karar verme yeterliği konusunda çelişkiye kalınması durumunda, hastanın iki temel hakkı açısından hekimin konumuyla ilgili düşüncelerini sorgulamaktadır.

Elde edilen ortalama nokta, hastanın sağlıklı yaşam hakkına daha yakın görünmektedir (Ortalama konum=6.4) Anketi yanıtlayanların 53.9'u sağlıklı yaşam hakkına orta noktadan daha yakındırlar.

16 kişi (% 21) orta noktayı işaretleyerek herhangi bir uca doğru bir eğilim belirtmemislerdir.

Geriye kalan 19 kişi, (%25.1) hastanın kendi yazgisini belirleme hakkina yakin olduklarini belirtmislerdir.

Grafik 12. Tibbi Girisimi Reddeden Bir Hastanın Karar Verme Yeterligi Konusunda Çeliskiye Düsülmesi Durumunda; Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında Hekimlerin Yer Aldıkları Konuma Göre Dağılım. (Ankara, 1994)





Tablo 39. Tibbi Girişimi Reddeden Bir Hastanın Karar Verme Yeterliği Konusunda Çelişkiye Düşülmesi Durumunda; Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında Hekimlerin Yer Aldıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılım. (Ankara, 1994)

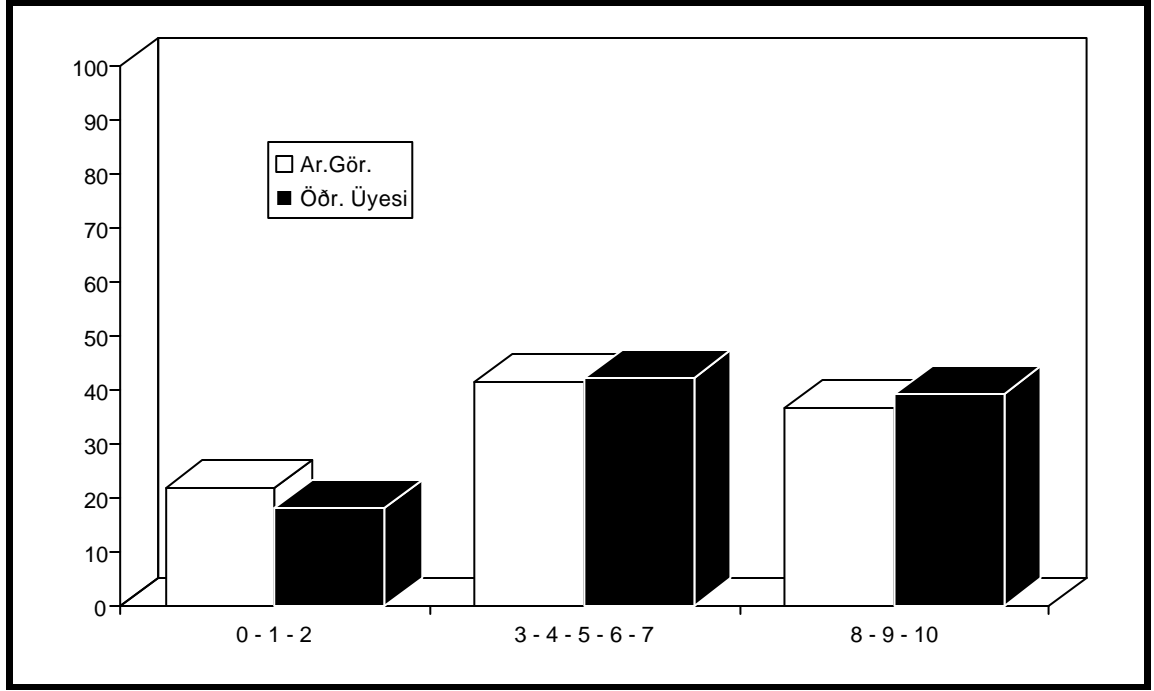
Hekimin Konumu	Görev				TOPLAM *	
	Ar. Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
↓ (0-2)	9	60.0	6	40.0	15	20.3
◆ (3-7)	17	54.8	14	45.1	31	41.9
↑ (8-10)	15	53.6	13	46.4	28	37.8
TOPLAM	41	55.4	33	44.6	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi.

Tabloya bakıldığında, hastanın kendi yazgısını belirleme hakkından yana olanların % 60.0'inin araştırma görevli olduğu görülmektedir. Ancak bu fark, araştırma görevlilerinin sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Görevlere orantısız olarak bakıldığında, her üç konumda da oranların bir birine son derece yakın olduğu görülmektedir.

Kurumlar açısından da durum değişmemekte, anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir.

Grafik 13. Tibbi Girişimi Reddeden Bir Hastanın Karar Verme Yeterliği Konusunda Çelişkiye Düşülmesi Durumunda; Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında Hekimlerin Yer Aldıkları Konuma ve Görevlerine Göre Orantısız Dağılım. (Ankara, 1994)



Tablo 40. Hastanın Karar Verme Yeterliği Tasidigina Iliskin Kararin Arastirmaya Katılanlarca Nasil Dile Getirilecegine Iliskin Dagilim. (Ankara, 1994)

Hasta Karar Verme Yeterligi Tasimaktadır, çünkü;	Sayi	%
Hasta söz konusu tibbi girisimle ilgili bilgiyi anlayabilmekte, kararinin sonuçlarini degerlendirebilmekte ve kararini gerekçelendirebilmektedir..	52	68.4
Hastada, karar verme yeterligini etkileyebilecek herhangi bir major psikiyatrik hastalik ya da bozukluk saptanmamistir.	14	18.4
Hastanın ruhsal durum muayenesi normal bulunmudur.	5	6.6
Hastanın bilissel yetilerinde herhangi bir bozukluk saptanmamistir.	4	5.3
-Yanitsiz-	1	1.3

Görüldüğü gibi, çalısmaya katılanların % 68.4'ü karar verme yeterligi tasidigini dile getirirken, literatürde sik rastlanan yeterlik tanimina uygun seçenegi yeglemektedir. Daha çok psikiyatrik degerlendirme sonuçlari olarak degerlendirilebilecek olan diger üç seçenegi isaretleyenler % 29.9'da kalmaktadır.

Tablo 41. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Ne Tür Bir Yöntemle Değerlendirilmesi Gerektigi ile; Karar Verme Yeterliği Tasiyan Bir Hastaya İlgili Kararın Dile Getirilmesine İlişkin Dağılım. (Ankara, 1994)

Yöntem	Yeterliğin Dile Getirilmesi								TOPLAM	
	RDMN *		MPBS **		BASD ***		BYN ****		*****	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Tam Ruhsal Durum Muayenesi	4	8.7	11	23.9	30	65.2	1	2.2	46	62.1
Kısmi Ruhsal Durum Muayenesi	1	4.5	2	9.1	16	72.7	3	13.6	22	29.8
Ölçek	--	--	1	1.67	5	8.93	--	--	6	8.1
TOPLAM	5	6.7	14	18.9	46	62.1	4	5.4	74	100.0

\*RDMN: Ruhsal durum muayenesi normal bulunmuştur.

\*\*MPBS:Major psikiyatrik bozukluk/hastalık saptanmamıştır.

\*\*\*BASD: Hastalığıyla ilgili bilgiyi anlamakta, kararının sonuçlarını değerlendirebilmekte, kendine göre gerekçelerle açıklayabilmektedir.

\*\*\*\*BYN: Bilisel yetilerinde bir bozukluk saptanmamıştır.

\*\*\*\*\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2= 6.85$ ,  $SD=6$ ,  $p=0.33$ )

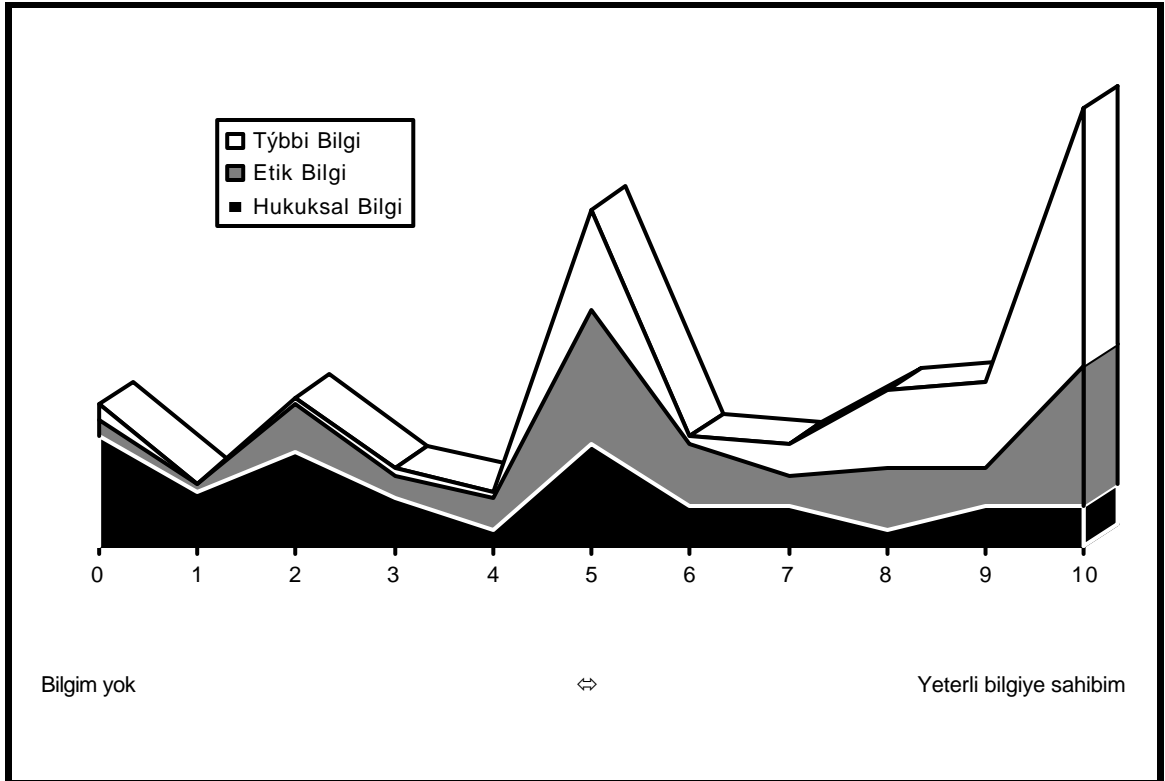
Tabloda görülebileceği gibi, değerlendirme yöntemi olarak ölçek seçeneğini belirten 6 kişinin 5'i (% 83.3) en yüksek oranla yeterlik tanımıyla uyumlu dile getirisi yeglemistir.

Daha önce yöntem olarak ruhsal durum muayenesini belirtenlerin % 65'i yeterliğin dile getirilisi olarak "hastanın ilgili bilgileri anlayabilmesi, kararının sonuçlarını değerlendirebilmesi ve kararının gerekçelerini açıklayabilmesi" seçeneğini belirtmiştir. Bu kişilerin % 34.8'i, hastanın genel psikiyatrik durumunu ifade eden seçenekleri yeglemistir.

Tablo 42. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tıbbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Alan	Ort. Puan	Top. Puan
Tıbbi Bilgi	7.99	607
Etik Bilgi	6.42	488
Hukuksal Bilgi	3.92	298

Grafik 14. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tıbbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açısından, Kendilerini Tanımladıkları Konuma Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)



Tablo 45. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tıbbi Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Tıbbi Bilgi Açısından Konum	Görev				TOPLAM *	
	Ar. Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
↓ (0-2)	1	100.0	0	0.0	1	1.4
◆ (3-7)	16	72.7	6	27.3	22	29.7
↑ (8-10)	24	47.0	27	53.0	51	68.9
TOPLAM	41	55.4	33	44.6	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2=4.91$ ,  $SD=2$ ,  $p=0.08$ )

Anketi yanıtlayanların % 68.9'u kendilerini bu konudaki tıbbi bilgi açısından yeterli görürken; ancak 1 kişi (% 1.4) bu konudaki bilgisinin yetersiz olabileceğini belirtmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, araştırma görevlilerinin % 58.6'si kendilerini tıbbi bilgi açısından yeterli görürken, bu oran öğretim üyelerinde % 81.8'e ulaşmaktadır.

Bu tablodaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 44. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Etik Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Etik Bilgi Açısından Konum	Görev				TOPLAM *	
	Ar. Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
↓ (0-2)	7	77.8	2	22.2	9	12.2
◆ (3-7)	25	69.4	11	30.6	36	48.6
↑ (8-10)	9	31.0	20	69.0	29	39.2
TOPLAM	41	55.4	33	44.6	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2=11.67$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ )

Anketi yanıtlayanların % 39.2'si kendilerini bu konudaki tıbbi bilgi açısından yeterli görürken; bu kez 9 kişi (% 12.2) bu konudaki bilgisinin yetersiz olabileceğini belirtmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi, araştırma görevlilerinin % 22.0'si kendilerini etik bilgi açısından yeterli görmektedirler. Öğretim üyelerinde de bu oran % 60.6'da kalmaktadır.

Bu tablodaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 45. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Hukuksal Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Görevlerine Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Hukuksal Bilgi Açısından Konum	Görev				TOPLAM *	
	Ar. Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
↓ (0-2)	21	65.6	11	34.4	32	43.2
◆ (3-7)	19	63.3	11	36.7	30	40.6
↑ (8-10)	1	8.3	11	91.7	12	16.2
TOPLAM	41	55.4	33	44.6	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2=12.88$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ )

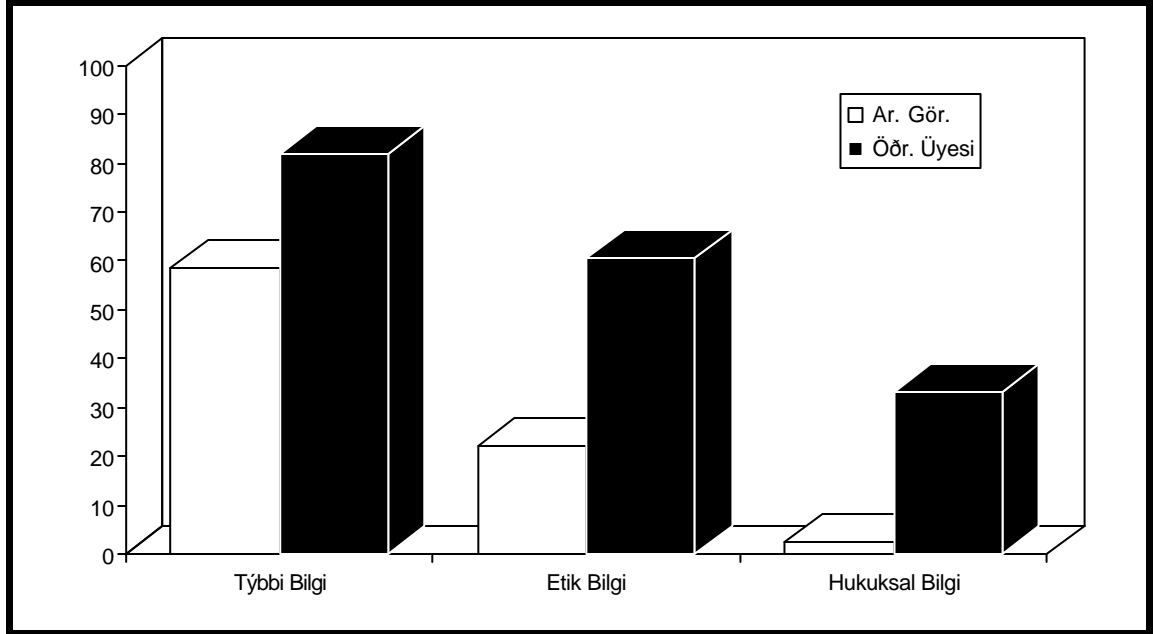
Anketi yanıtlayanların yalnızca % 16.2'si kendilerini bu konudaki tıbbi bilgi açısından yeterli görmektedir. Bunun % 91.7'si öğretim üyelerinden oluşmaktadır. Araştırma görevlilerinden 1 kişi, bu konuda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir.

En büyük grup, % 43.2 ile bu konudaki bilgisinin yetersiz olabileceğini belirtenlerden oluşmaktadır. Araştırma görevlilerinin yarısından çoğu (% 51.2), konuyla ilgili hukuksal bilgi açısından yetersiz olduğunu belirtmiştir. Bu oran öğretim üyeleri arasında da % 33.3'tür.

Bu tablodaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



Grafik 15. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tıbbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açısından, Kendilerini Yeterli Görenlerin Görevlerine Göre Dağılımı.  
(Ankara, 1994)



Bu tabloda, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusundaki tıbbi, etik ve hukuksal bilgi açısından konumu için, 8-10. noktaları işaretleyenler, görevlere göre orantısız olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 46. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tıbbi Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Kurumlarına Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Tıbbi Bilgi Açısından Konum	Görev				TOPLAM *	
	Devlet H.		Üniv. H.			
	S	%	S	%	S	%
↓ (0-2)	1	33.3	2	66.7	3	4.0
◆ (3-7)	10	50.0	10	50.0	20	26.7
↑ (8-10)	17	32.7	35	67.3	52	69.3
TOPLAM	28	37.3	47	62.7	75	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2=1.87$ ,  $SD=2$ ,  $p=0.3$ )

Devlet hastanelerinde çalışanlardan % 60.7'si ilgili tıbbi bilgi konusunda yeterli olduğunu belirtirken, üniversite hastanelerinde bu oran % 74.5'e çıkmaktadır.

Bu tablodaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 47. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Etik Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Kurumlarına Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Etik Bilgi Açısından Konum	Görev				TOPLAM *	
	Devlet H.		Üniv. H.			
	S	%	S	%	S	%
↓ (0-2)	3	33.3	6	66.7	9	12.0
◆ (3-7)	16	44.4	20	55.6	36	48.0
↑ (8-10)	9	30.0	21	70.0	30	40.0
TOPLAM	28	37.3	47	62.7	75	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2=1.53$ ,  $SD=2$ ,  $p=0.4$ )

Devlet hastanelerinde çalışanlardan % 32.1'si ilgili etik bilgi konusunda yeterli olduğunu belirtirken, üniversite hastanelerinde bu oran % 44.6'ya çıkmaktadır.

Bu tablodaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 48. Anketi Yanıtlayanların, Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Hukuksal Bilgi Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konuma ve Kurumlarına Göre Dağılım. (Ankara, 1994)

Hukuksal Açısından Konum	Görev				TOPLAM *	
	Devlet H.		Üniv. H.			
	S	%	S	%	S	%
⇓ (0-2)	10	30.3	23	69.7	33	44.0
◆ (3-7)	15	48.4	16	51.6	31	41.3
⇑ (8-10)	3	27.3	8	72.7	11	14.7
TOPLAM	28	37.3	47	62.7	75	100.0

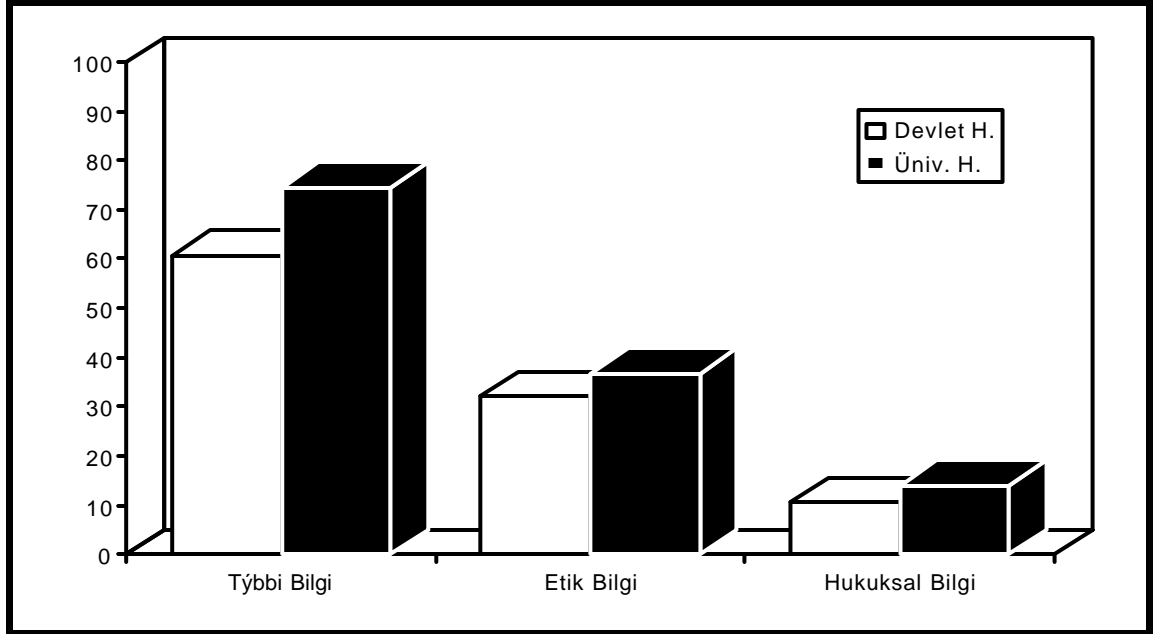
\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi. ( $\chi^2=2.79$ ,  $SD=2$ ,  $p=0.2$ )

Devlet hastanelerinde çalışanlardan % 10.7'si ilgili hukuksal bilgi konusunda yeterli olduğunu belirtirken, üniversite hastanelerinde bu oran % 17.0'dir.

Devlet hastanesinde çalışanlardan bu konuda yeterli olmadığını düşünenlerin oranı % 35.7 iken, bu oran üniversitede çalışanlar arasında % 48.9'dur.

Bu tablodaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Grafik 15. Hastanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi Konusundaki Tıbbi, Etik ve Hukuksal Bilgi Açısından, Kendilerini Yeterli Görenlerin Kurumlarına Göre Dağılımı.  
(Ankara, 1994)



Bu grafikte, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusundaki tıbbi, etik ve hukuksal bilgi açısından konumu için, 8-10. noktaları işaretleyenler, kurumlara göre orantısız olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 49. Arastirmaya Katılanların, Hastanın İki Önemli Hakki Karsısında Hekimlerin Yer Alması Gereken Konum ve Etik Bilgileri Konusundaki Yanıtlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Hekimin Konumu	Etik Bilgi						TOPLAM	
	(0-2)		(3-7)		(8-10)			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Kendi Yazgısını Belirleme Hakki (0-2)	1	6.7	3	20.0	11	73.3	15	100.0
Sağlıklı Yaşam Hakki (8-10)	1	3.5	6	21.5	21	75.0	28	100.0

Tabloda, oranların birbirine yakın olduğu gözlenmektedir. Buna göre "hastanın kendi yazgısını belirleme hakki" yönünde eğilim belirten hekimlerin 73.3'ü, konuyla ilgili yeterli etik bilgiye sahip olduğunu belirtirken; bu oran "sağlıklı yaşam hakki" yönünde eğilim belirtenlerde de % 75.0 olarak ortaya çıkmaktadır.

Tablo 50. Arastirmaya Katılanların, Hastanın İki Önemli Hakkı Karsısında Hekimlerin Yer Alması Gereken Konum ve Etik Bilgileri Konusundaki Yanıtlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Hastayı Aydınlatma	Etik Bilgi						TOPLAM *	
	(0-2)		(3-7)		(8-10)			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Her Zaman Önemlidir	6	15.0	16	40.0	18	45.0	40	52.6
Her Zaman Önemli Değidir	3	8.3	20	55.6	13	36.1	36	47.4
TOPLAM	9	11.8	36	47.4	31	40.8	76	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi.

Bu tabloda, hastanın aydınlatılması sorunuyla ilgili olarak 26-29. tablolarda incelenen bulgularla, kişilerin kendileriyle ilgili olarak, ilgili etik bilgi konusundaki değerlendirmeleri karşılaştırılmıştır.

Arastirmaya katılanlardan, etik bilgisi için verdikleri yanıt (0-2) olanların % 66.7'si, (3-6) olanların % 44.4'ü ve (8-10) olanların % 58.1'i aydınlatmanın her zaman önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Hastanın aydınlatılmasının, tip etigi açısından büyük önemi ve yeri dikkate alınacak olursa; özellikle yeterli etik bilgiye sahip olduğunu belirten grupta, "aydınlatmayı her zaman önemli sayanların" oranını düşük saymak gerekmektedir.

Bu oran hukuksal bilgi açısından yeterli olduğunu belirtenlerde % 50 olarak kalmaktadır; bu da genel ortalamasının altındadır.

Tıbbi bilgi açısından yeterli olduğunu belirtenlerde de "aydınlatmayı her zaman önemli sayanların" oranını % 56.6 olarak ortaya çıkmaktadır.

Tablo 51. Hastanın Karar Verme Yeterliği Değerlendirmesiyle İlgili Olarak Yapılması Gereken Çalışmalar Konusunda Verilen Puanlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Çalışma Alanı	Toplam Puan	Ortalama Puan	İlk Seçenek Olarak
1. Tıp fak.'de klinik eğitimi programına alınmalıdır.	289	4.35	35.1
2. Psikiyatri ihtisas eğitimine alınmalıdır.	275	4.14	12.2
3. Psikiyatri / tıp etiği / hukuk uzmanlarının katılacağı bilimsel bir toplantının gündemini oluşturmaktadır.	255	3.83	31.1
4. "Psikiyatri" ve "liyezoz psikiyatrisi" toplantılarında ele alınmalıdır.	241	3.62	6.8
5. Bilimsel yayınlar yoluyla incelenmeli; kavramsallaştırılmalıdır.	191	2.87	4.0
6. Yasal düzenlemelerle somutlaştırılmalıdır.	187	2.81	10.8

Tablodaki bulgular, toplam puan sıralamasına göre düzenlenmiştir. En yüksek toplam puanları konunun eğitim programlarına alınmasıyla ilgili çalışmalar almıştır. Gerek toplam puan, gerek ilk seçenek olarak öncelik tanınması açısından, konunun "tıp fakültesinde klinik eğitimi programlarına dahil edilmesi" çalışmalarını en fazla yeglenmiştir (289 toplam puan ve ilk seçenek olarak % 35.1).

Konunun yalnız psikiyatristleri değil, tüm klinisyen hekimleri ilgilendirdiğini vurgulaması bakımından önemli bir bulgudur. Hastanın karar verme yeterliğinin, ayrıntıda bir konu olmadığı, bu seçimle vurgulanmış olmaktadır.



İkinci sırada durum farklıdır. Toplam puan açısından konunun "psikiyatri iht,sasi eğitim programına alınması" çalışmalarını yer almaktayken; konunun "psikiyatri, tıp etiği ve hukuk uzmanlarının katılacağı bir toplantının gündemini oluşturmaları" çalışmaları, ilk seçenek olarak yeglenme bakımından ikinci sırada yer almaktadır.

Bu durumun nedenleri arasında, söz konusu toplantının gerçekleştirilmesinin, ihtisas eğitim programına katılmasına göre daha çabuk yapılabilecek ve bu konudaki bilgilerin gözden geçirilmesini sağlayabilecek nitelikte olması bulunabilir.

Öte yandan bu toplantı, disiplinlerarası niteliğiyle, konunun bilimsel ve somut bir çerçevede tartışılmaya başlanmasına öncülük edebilecek nitelikte bulunmuş olabilir.

Psikiyatri ya da liyezon psikiyatrisi toplantılarına göre, bu tür bir toplantının yeglenmiş olması da, konunun salt psikiyatri uzmanlık alanıyla ilgili görülmediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Tablo 52. Hastanın Karar Verme Yeterliği Değerlendirmesiyle İlgili Olarak Yapılması Gereken Çalışmalar Konusundaki İlk Seçeneklerin Görevlere Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Çalışma Alanı	Görevler				TOPLAM *	
	Ar. Gör.		Ögr. Üyesi			
	S	%	S	%	S	%
1. Tıp fak.'de klinik eğitimi programına alınmalıdır.	11	45.8	13	54.2	24	33.3
2. Psikiyatri ihtisas eğitimine alınmalıdır.	4	44.4	5	55.6	9	12.5
3. Psikiyatri / tıp etiği / hukuk uzmanlarının katılacağı bilimsel bir toplantının gündemini oluşturmaktadır.	17	74.0	6	26.0	23	31.9
4. "Psikiyatri" ve "liyezon psikiyatrisi" toplantılarında ele alınmalıdır.	2	40.0	3	60.0	5	6.9
5. Bilimsel yayınlar yoluyla incelenmeli; kavramsallaştırılmalıdır.	3	100.0	--	--	3	4.2
6. Yasal düzenlemelerle somutlaştırılmalıdır.	3	37.5	5	62.5	8	11.1
TOPLAM	40	55.6	32	44.4	72	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi.

Tablo 53. Hastanın Karar Verme Yeterliği Değerlendirmesiyle İlgili Olarak Yapılması Gereken Çalışmalar Konusundaki İlk Seçeneklerin Kurumlara Göre Dağılımı. (Ankara, 1994)

Çalışma Alanı	Kurumlar				TOPLAM *	
	Devlet H.		Üniv H.			
	S	%	S	%	S	%
1. Tıp fak.'de klinik eğitimi programına alınmalıdır.	6	23.1	20	76.9	26	35.1
2. Psikiyatri ihtisas eğitimine alınmalıdır.	4	44.4	5	55.6	9	12.2
3. Psikiyatri / tıp etiği / hukuk uzmanlarının katılacağı bilimsel bir toplantının gündemini oluşturmaktadır.	11	47.8	12	52.2	23	31.1
4. "Psikiyatri" ve "liyezon psikiyatrisi" toplantılarında ele alınmalıdır.	1	20.0	4	80.0	5	6.8
5. Bilimsel yayınlar yoluyla incelenmeli; kavramsallaştırılmalıdır.	2	66.6	1	33.3	3	4.0
6. Yasal düzenlemelerle somutlaştırılmalıdır.	4	50.0	4	50.0	8	10.8
TOPLAM	28	37.8	46	62.2	74	100.0

\*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesi.

Anketi yanıtlayanlardan devlet hastanesinde çalışanlar için birinci öncelik, "psikiyatri, tıp etiği ve hukuk uzmanlarının katılacağı bilimsel bir toplantı yapılması"dir (% 39.3). Bunu, % 21.4'le "tıp fakültesinde klinik eğitimi programına alınması" gelmektedir.

Üniversitede çalışanlar ise, konunun "tıp fakültesi klinik eğitimi programına alınması"ni 1. öncelikli olarak değerlendirmektedirler (% 43.5). Bu oranın, devlet hastanesinde çalışanlara göre iki kat yüksek olduğu dikkat çekicidir. Üniversitede çalışanlardan, disiplinlerarası toplantının ilk öncelikli olarak yapılması gereken çalışma olduğunu düşünenlerin oranı % 26.1'dir.

# IX. SONUÇLAR

1. Çalışmaya katılanların en büyük grubu (% 38.2), 24-29 yaş grubudur. Yaş ortalaması, 35.1'dir.
2. Araştırma görevlileri, katılanların % 56.9'unu oluşturmaktadır.
3. Çalışmaya katılanların % 48.7'si erkek ve % 51.3'ü kadındır.
4. Çalışmaya katılanların en büyük grubu (% 27.8) AÜTF'de görev yapmaktadır. Numune H. ve HÜTF'den katılanlar %22.2, SSK Ankara H. % 13.9, GATA ve GÜTF % 6.9'luk bir bölümü oluşturmaktadır.
5. Çalışmaya katılanların % 69.2'si, Ankara'daki tıp fakültelerinden mezun olmuştur. % 87.9'u ise, psikiyatri ihtisasını Ankara'daki kurumlardan almışlardır.
6. Araştırma görevlilerinin en büyük grubu (% 58.5), uzmanlık eğitimine 1991-92 yıllarında başlamışlardır.
7. Çalışmaya katılanların % 52.6'si, kendilerini yakın hissettikleri herhangi bir psikiyatri ekolü belirtmemiştir. Ekol belirtenlerin % 41.7'si "dinamik / psikanalitik" akıma yakınlırlar. Bunların % 73.3'ü, öğretim üyeleridir. İkinci büyük ekol grubu, "organik / biyolojik" akımdır (% 25.0).
8. Genel amaçlı psikiyatri konsültasyon sayısının kurumsara göre dağılımına bakıldığında; Numune H.'nin, ayda ortalama 101.8 ile, en fazla konsültasyon yapan; GÜTF'nin ise, ayda ortalama 33.0 ile en az konsültasyon yapan kurum olduğu görülmektedir.
9. Hastanın karar verme yeterliği ile ilgili olarak, yapılan psikiyatrik konsültasyon sayısına bakıldığında, AÜTF ayda 6.1 ile en fazla konsültasyon yapan kurumdur. (HÜTF'nden yalnızca 1 kişi, ayda 20 kez, bu amaçla konsültasyon yapıldığını bildirmemiştir.

10. Hastanın karar verme yeterliği ile ilgili olarak, yapılan psikiyatrik konsültasyon sayısı açısından, kurumlar arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte; üniversite hastanesinde çalışanların daha fazla konsültasyon yaptığı saptanmıştır (% 59.5).
11. Hastanın karar verme yeterliği değerlendirilmesi amacıyla yapılan konsültasyon açısından, araştırma görevlileriyle öğretim üyeleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) Öğretim üyelerinin % 87.5'i, bu amaçla konsültasyon yaptığını bildirirken, araştırma görevlileri için bu oran, % 22.5'tir.
12. Öğretim üyelerinin % 84.6'si, hastanın karar verme yeterliği değerlendirmesini, daha önce yapmış / hala yapıyor olduklarını belirtirken; % 15.4'ü ise, bu değerlendirmeyi henüz yapmadıklarını belirtmişlerdir.
13. Karar verme yeterliği tasması için, hastada kesinlikle bulunması gereken özellikler açısından; ilk sıraları, bilinç durumu (% 89.5), yönelim (% 88.5), gerçeği değerlendirme yetisi (% 81.6), yargılama yetisi (% 76.3), önerilen tıbbi girişimi reddetmesinden doğabilecek sonuçları değerlendirebilmesi (% 68.4), algılama bozukluğu olmaması (% 68.4), hastalığına ilişkin bilgileri anlayabilmesi (% 61.8), önerilen tıbbi girişimin gerekçelerini anlayabilmesi (% 61.8) almıştır.
14. Çalışmaya katılanlar, hastanın karar verme yeterliği açısından, değerlendirmeye alınması gereken hasta gruplarında önceliği, % 55.3 ile ivedi ve/veya yasamsal girişimi reddeden hastalara vermiştir.
15. Çalışmaya katılanlar, hastanın karar verme yeterliği değerlendirmesinin ilk aşamada, % 48.7 ile, hastayı klinikte izleyen hekim, ikinci aşamada % 28.9 ile aralarında psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulu ve % 26.0 ile psikiyatrist; üçüncü aşamada ise, % 25.0 ile, aralarında psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulu tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.  
  
İlk aşamadan son aşamaya doğru, "tek görüş"den "kurullar"a doğru bir eğilimin olduğu dikkat çekmektedir.

16. Çalışmaya katılanların % 60.5'i, hastanın karar verme yeterliğinin, tam bir ruhsal durum muayenesi ile değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.
17. Çalışmaya katılanlar, hastanın karar verme yeterliği değerlendirmesi için, başlangıçta yerine getirilmesi gereken koşullar açısından, % 81.6 ile "hastaya tüm tedavi seçenekleri konusunda anlayabileceği düzeyde bilgi verilmiş olması"ni her zaman önemli olarak değerlendirmiştir.
18. Karar verme yeterliği değerlendirilecek olan hastanın, aydınlatılmasının bir önkosul olup olmaması açısından, kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) Hastanın aydınlatılması "her zaman önemlidir" diyenlerin % 74.4'ü üniversite hastanesinden, % 25.6'si ise devlet hastanesindedir.
19. Çalışmaya katılanlar, hastanın karar verme yeterliği değerlendirilmesinde, hastanın en önemli sosyodemografik özellikleri arasında, % 40.8 ile yaş ve % 25.0 ile aile / sosyal desteği belirtmiştir.
20. Çalışmaya katılanların % 57.9'u hastanın psikiyatrik tani ve ölümcül prognozunu, % 48.7'si ise klinik taniyi hastanın karar verme yeterliği değerlendirmesinde bir ön bilgi olarak "her zaman önemli" bulduklarını belirtmiştir.
21. Çalışmaya katılanlar, hastanın psikiyatrik özgeçmişinde bulunan özelliklerden "daha önce pek çok kez psikiyatri kliniğinde yatmasını gerektiren bozukluğu / hastalığı olması"ni, % 16.0'lık bir oranla yeterliği "ortadan kaldır" biçiminde değerlendirmiştir.
22. Ruhsal durum muayenesindeki özelliklerden, bilinç (% 92.1), yönelim (% 88.2), gerçeği değerlendirme yetisi (% 77.6) ve yargılama yetisi (% 75.0) hastanın karar verme yeterliği değerlendirmesinde "her zaman önemli özellikler" olarak belirtilmiştir.
23. Akut organik beyin sendromu (% 89.5), kronik organik beyin sendromu (% 55.6) ve pozitif semptomlu şizofreni (% 54.7) hastanın karar verme yeterliğini "ortadan kaldıran" psikiyatrik bozukluk / hastalıklar olarak belirtilmiştir.

24. Çalışmaya katılanlar, hastanın karar verme yeterliği tasımadığı sonucuna ulaşılın hastayla ilgili olarak son kararın, toplam puana göre (459) "aralarında psikiyatristin de bulunduğu konsültasyon kurulu" tarafından verilmesini istemişlerdir. "İlk tercih" oranına göre bakıldığında ise, % 25.0'lik bir oranla "-varsa- hastanın vasiyeti"ne göre karar verilmesi istenmiştir.
25. Hastanın karar verme yeterliği konusunda çeliskiye düşülmesi durumunda, hekimlerin en büyük grubu (% 26.3) kendi konularını, ölçek üzerinde hastanın sağlıklı yaşam hakkına en yakın noktada tanımlamışlardır. İkinci büyük grup, % 21.0 konularını tam orta nokta olarak belirlemiştir.
26. Çalışmaya katılanların % 68.4'ü, hastanın karar verme yeterliği tasıdığıyla ilgili kararını, "hasta söz konusu tıbbi girişimle ilgili bilgiyi anlayabilmekte kararının sonuçlarını değerlendirebilmekte ve kararını kendine göre gerekçelerle açıklayabilmektedir" biçiminde dile getirmeyi yeğlemiştir.
27. Çalışmaya katılanlar, kendi konularını tıbbi bilgi açısından, 10 üzerinden 7.99, etik bilgi açısından 6.42 ve hukuksal bilgi açısından 3.92 olarak tanımlamıştır.
28. Çalışmaya katılanların, etik bilgi açısından kendilerini tanımladıkları konuyla, görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) 0-2 konumundakilerin % 77.8'i araştırma görevlisi; 8-10 konumundakilerin % 69.0'i öğretim görevlisidir.
29. Çalışmaya katılanların, hukuksal bilgi açısından kendilerini tanımladıkları konuyla, görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) 0-2 konumundakilerin % 65.6'si araştırma görevlisi; 8-10 konumundakilerin % 91.7'si öğretim görevlisidir.
30. Çalışmaya katılanlar, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusunda ilk olarak yapılması gereken ilk çalışma olarak, % 35.1 ile "konunun tıp fakültesi klinik eğitimi programına alınması"ni istemişlerdir. İkinci tercih olarak dile getirilen çalışma, % 31.1 ile konunun "psikiyatri, tıp etiği ve hukuk uzmanlarının katılacağı bir

toplantinin gündem maddesini olusturmasi"dir. Toplam puana göre ikinci tercih, konunun "psikiyatri uzmanlik egitimi programina alınmasi"dir.



# X. ÖNERİLER

Ankara'da, psikiyatri uzmanlık eğitimi veren değişik hastanelerde görev yapan 76 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bu çalışmada; psikiyatristler arasında, hastanın karar verme yeterliği ve bu yeterliğin değerlendirilmesi ile ilgili olarak, birbirinden farklı bilgi ve tutumların olduğu, zaman zaman literatür bilgisiyle uyumayan yaklaşımların ortaya çıktığı gözlenmiştir.

Yönteme ilişkin öneriler:

1. Konuyla ilgili bir çalışmanın da psikiyatri dışı kliniklerde görev yapan hekimler arasında yapılması.
2. Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi için konsültasyon istenen olgulara ilişkin özelliklerin konu alınacağı bir çalışmanın yapılması.

Bulgulara ilişkin öneriler:

1. Bu konudaki bilgi ve duyarlılık düzeyinin artırılmasına yönelik olarak, psikiyatri, tıp etiği ve hukuk uzmanlarının, -ve psikiyatri ve diğer klinik branşlardaki uzmanlık derneklerinin- katılacağı bir toplantının düzenlenmesi.
2. Tıp fakültelerinde, hastanın aydınlatılması, tıpta paylaşılan karar ve hastanın karar verme yeterliği konusunda duyarlılık yaratmaya yönelik eğitim programlarının oluşturulması;
3. Tıp fakültelerinde; hastanın karar verme yeterliği konusundaki ilk değerlendirme, ölçütler, konunun tıp etiği ve hukuksal boyutlarına ilişkin temel bilgilerin, klinik eğitimi programına alınması.
4. Hastanın karar verme yeterliği konusundaki tıbbi, etik ve hukuksal bilginin, psikiyatri uzmanlık eğitimi programına alınması.

# XI. ÖZET

Bu çalışma, Nisan - Haziran 1994 tarihinde, Ankara'da psikiyatri uzmanlık eğitimi veren 6 hastanedeki 76 kişinin, tıbbi girişimi reddeden bir hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi konusunda, bilgi ve tutumlarını saptamak üzere yapılmış, tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler, 28 sorulu bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Örneklem seçilmemiş, 6 hastanede, psikiyatri kliniğinde görev yapan tüm kişilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmada, hastanın karar verme yeterliği ile ilgili olarak yapılan psikiyatri konsültasyonunun, üniversite hastanesinde çalışanlarca, devlet hastanesindekilere göre, daha fazla yapıldığı saptanmıştır. Bu konudaki konsültasyon, daha çok öğretim görevlilerince yapılmaktadır.

Hastanın karar verme yeterliği tasması için, bilinç durumu, yönelim, gerçeği değerlendirme yetisi, yargılama yetisi, önerilen tıbbi girişimi reddetmesinden doğabilecek sonuçları değerlendirebilmesi, algılama bozukluğu olmaması, hastalığına ilişkin bilgileri anlayabilmesi ve önerilen tıbbi girişimin gerekçelerini anlayabilmesi, en önemli özellikler olarak dile getirilmiştir.

Bu konuda, öncelikle değerlendirmeye alınması gereken hasta grubu, ivedi ve/veya yasamsal girişimi reddedenler olarak tanımlanmıştır. Bu konudaki ilk değerlendirmenin, hastayı klinikte izleyen hekim tarafından yapılması gerektiği belirtilmiştir. Hastanın karar verme yeterliğinin tam bir ruhsal durum muayenesi ile değerlendirilmesi en çok benimsenen yöntem olmuştur. Değerlendirmeye başlamadan önce, hastanın aydınlatılması gereğini her zaman önemli kabul edenlerin daha büyük çoğunluğu üniversite hastanesinde çalışmaktadır.

Hastanın daha önce, pek çok kez psikiyatri kliniğinde yatmasını gerektiren bozukluk ya da hastalığının olması, karar verme yeterliğini ortadan kaldırmada en önemli psikiyatrik özgeçmiş bilgisi olarak dile getirilmiştir. Akut ve kronik organik beyin sendromu ve pozitif semptomlu şizofreni, karar verme yeterliğini ortadan kaldıran en önemli psikiyatrik bozukluk a da hastalıklar olarak belirtilmiştir.

Karar verme yeterligi tasimadigi sonucuna ulasilan hastayla ilgili son kararın, aralarında psikiyatrist bulunan konsültasyon kurulu ve -varsa- hastanın konuyla ilgili vasiyetine dayanılarak verilmesi gerekliligi dile getirilmistir. Hastanın karar verme yeterligi konusunda çeliskide kalınması durumunda ise, hekimlerin önemli bir bölümü, hastanın saglikli yaşam hakkı tarafında yer alma eğilimi göstermişlerdir.

Çalışmaya katılanlar, tıbbi, etik ve hukuksal bilgi açısından, kendi konularını degerlendirmiş, ilgili hukuksal ve etik bilgi açısından eksiklikleri olduğunu dile getirmişlerdir. Çalışmaya katılanlar, konunun tıp fakültesi klinik eğitim programına, psikiyatri uzmanlık eğitim programına alınmasını ve konunun psikiyatri, tıp etiği ve hukuk uzmanlarının katılacağı bir bilimsel toplantının gündemini oluşturmasını önermişlerdir.

## XII. KAYNAKLAR

---

\* Bu çalışmada konu edilen *tıbbi girişim, tıbbi girişimin reddi, onam, karar verme yeterliği, psikiyatrik değerlendirme* gibi kavramların oldukça karmaşık ve geniş kapsamlı olması nedeniyle, *Genel Bilgiler* bölümü beklenenden daha geniş bir yer tutmuştur.

<sup>1</sup>*Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi*; Tarih, 13.1.1960; Sayı, 4/1257

<sup>2</sup>Koyuncuoglu T. *Türk hukukunda doktorun özel hukuk sorumluluğunun hukuksal temeli*. Doçentlik Tezi, 1980, İstanbul

<sup>3</sup>Ayan M. *Tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluk*. Kazancı Kitap Tic. A.S., 1991, Ankara

<sup>4</sup>*Biomedical Research Involving Human Subjects, Helsinki Declaration*. Handbook of declarations. The World Medical Association, Inc. May, 1992

<sup>5</sup>Özsunay E. *Hayatin başlangıcı ve sonu ile ilgili hukuksal ve ahlaksal ikilemler*. 10-12 Eylül 1990 Tarihlerinde Glasgow'da yapılan "Avrupa Hukuku Hakkında XX. Kollokyumla İlgili Rapor", sayfa 31;

<sup>6</sup>Childress J. F. *Who should decide: Paternalism in health care*. Oxford University Press, New York, 1982

<sup>7</sup>Kleinman I. *The right to refuse treatment: Ethical considerations for the competent patient*. Can. Med. Assoc. J. May 15, 1991; 144 (10): 1219-22

<sup>8</sup>Bernat J. L. *Ethical issues in neurology*. In Clinical Neurology, Vol. 1., Chapter 3; 1-105

<sup>9</sup>Lippert G.P, Stewart D.E. *The psychiatrist's role in determining competency to consent in the general hospital*. Can. Journal of Psychiatry, May 1988; 33: 250-3

<sup>10</sup>High D. M. *Planning for decisional incapacity. A neglected area in ethics and aging*. J. Am. Geriatr. Soc., August 1987; 35 (8): 814-20

- 
- <sup>11</sup>Emanuel E. J., Emanuel L. *Proxy decision making for incompetent patients*. JAMA, April 15, 1992; 267(15): 2067-71
- <sup>12</sup>Pellegrino E. *Ethics*. Jama, July 15, 1992; 268(3); 354
- <sup>13</sup>Advance Directives Seminar Group, Centre for Bioethics, University of Toronto, *Advance directives: Are they an advance?* Can. Med. Assoc. Journal, 1992; 146 (2).
- <sup>14</sup>Rouse F. *Patients, providers, and the PSDA*. Practicing PSDA - Special Supplement. Hastings Center Report, Sept.- Oct. 1991; 21 (5): 2-3
- <sup>15</sup>Legemaate J. *Patients' rights in the countries of the Toronto Group. The results of a survey carried out by the Royal Dutch Medical Association*. Utrecht, September 1992.
- <sup>16</sup>Stanley J. M. *The Appleton International Conference: Developing guidelines to forgo life-prolonging medical treatment*. Journal of Medical Ethics, 1992; 18, Supplement: p. 4
- <sup>17</sup>Wettstein R. M., *Ethics and Involuntary Treatment*. Administration in Mental Health, Winter 1987; 15 (2): 110-9
- <sup>18</sup>McKinnon K., Cournois F., Stanley B. *Rivers in practice: Clinicians' assessments of patients' decision-making capacity*. Hospital and Community Psychiatry, Nov.1989; 40(11):1159-62
- <sup>19</sup>Schwartz H. I., Vingiano W., Perez C. B. *Autonomy and the right to refuse treatment: Patients' attitudes after involuntary medication*. Hospital and Community Psychiatry, October 1988; 39 (10): 1049-54
- <sup>20</sup>Searight H. R. *Assessing patient competence for medical decision making*. American Family Physician, February 1992; 45(2): 751-9
- <sup>21</sup>Drane F. J. *Competency to give informed consent: A model for making clinical assessments*; JAMA, Aug. 17, 1984; 252(7): 925-7

- 
- <sup>22</sup> Greaves D. A. *Can compulsory removal ever be justified for adults who are mentally competent?*  
Journal of Medical Ethics, 1991; 117: 189-94
- <sup>23</sup> Dinçmen K. *Adli psikiyatri*. Birlik Yayinlari; Istanbul, 1984.
- <sup>24</sup> Öztürk O. *Ruh sagligi ve bozukluklari*. Yenilenmiş 5. basim; Hekimler Yayin Birliği. Ankara, 1994
- <sup>25</sup> International Conference on Mental Health Law, June 1-3, 1992, Taipei,
- <sup>26</sup> Frosch J. *Normal - anormal, ruhsal saglik - ruhsal hastalik*. Editörler: Göka E., Sayar K. Bir bilim olarak psikiyatri. Agaç Yayıncılık, Istanbul 1992.
- <sup>27</sup> Gençtan E. *Psikodinamik psikiyatri ve normaldisi davranislar*. 9. Basim, Remzi Kitabevi, Istanbul 1993
- <sup>28</sup> Sayar K., Türkçapar M. H. *Thomas Szasz*. Antipsikiyatri. Alternatif Üniversite Dizisi, Agaç Yayinlari. Istanbul 1992
- <sup>29</sup> Lipowski Z. J. *Psikiyatrinin ikilemi: Indirgemecilik ya da bütünlemecilik, ruhsal saglik - ruhsal hastalik*, Editörler, Göka E., Sayar K., Bir Bilim Olarak Psikiyatri, Agaç Yayıncılık, Istanbul 1992
- <sup>30</sup> Vassaf G. *Cehenneme övgü: Gündelik hayatta totalitarizm* .Ayrıntı Yayinlari, Istanbul, Subat 1992,
- <sup>31</sup> Fulford K. W. M., Smirnov A. Y. U., Snow E. *Concepts of disease and the abuse of psychiatry in the USSR*. British Journal of Psychiatry. 1993; 162: 801-10
- <sup>32</sup> Fulford K. W. M., *Theory and practice of the abuse of psychiatry: A case of bioethical hemianopia*. Paper for Special Issue of "Bioethics" from Inaugral Conference of IAB, 1992
- <sup>33</sup> Chodoff P. *Ethical conflicts in psychiatry: The Soviet Union Vs. the U.S.* Hospital and Community Psychiatry. Sept. 1985; 36(9): 925-8

- 
- <sup>34</sup>Munetz R. M., Birnbaum A., Wyzik P. F. *An integrative ideology to guide community-based multidisciplinary care of severely mentally ill patients*. Hospital and Community Psychiatry. June 1993; 44(6): 551-5
- <sup>35</sup>Özkan s. *Psikiyatrik tip: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi*. Roche. Istanbul, 1994
- <sup>36</sup>Knight B., *Medico-legal aspects of mental disease*. In: Simpson's Forensic Medicine, Tenth Edition. London 1991
- <sup>37</sup>Appelbaum P. S., Roth L. H. *Patients who refuse treatment in medical hospitals*. JAMA. Sept. 9, 1983; 250(10): 1296-1301
- <sup>38</sup>Gutheil T. G. *Rogers v Comissioner: Denouement of an important right-to-refuse-treatment case*. Am. J. Psychiatry. February 1985; 142 (2): 213-6
- <sup>39</sup>Perlin M. L. *Patients' Rights*. In: Psychiatry, Social, Epidemiologic and Legal Psychiatry, Vol. 3, Chap. 35, J.B. Lippincot Company, Philadelphia, 1986
- <sup>40</sup>Appelbaum P. S., Roth L. H. *Involuntary treatment in medicine and psychiatry*. Am. J. Psychiatry. February 1984; 141(2): 202-5
- <sup>41</sup>Soyer A. *ABD'de saglik krizi ve alternatif tartismalari*. Toplum ve Hekim. Aralik 1992; 50: 29-40
- <sup>42</sup>Mezey M. *Community Education, Practicing PSDA - Special Supplement*. Hastings Center Report. Sept.- Oct. 1991; 21(5): 11-12
- <sup>43</sup>Winslade L. W. *Ethics in Psychiatry*. In: Forensic Psychiatry, 2124-30
- <sup>44</sup>Bloch S., Hope R. A. *Ethical Issues in Psychiatry*. In: History and Philosophy of Psychiatry, 630-7
- <sup>45</sup>McCaldon R., Conacher G. N., Clark B. J. *The right to remain psychotic*. Canada Med. Assoc. J. 1991; 145(7): 777-81
- <sup>46</sup>*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*. Third edition-revised. American Psychiatric Association. Washington, 1987

- 
- <sup>47</sup>Mahler J., Perry S. *Assesing competency in the physically ill: Guidelines for psychiatric consultants*. Hospital and Community Psychiatry August 1988; 39(8): 856-61
- <sup>48</sup>Sencer E. *Dahili tipta psikiyatrik morbidite*. Liyezon Psikiyatrisi III, Editör: Özkan S. Kasim 1993, Istanbul
- <sup>49</sup>Kuch K., Cox B., Evans R. J., Watson P., Bubela C., *To what extent do anxiety and depression interact with chronic pain*. Can. J. Psychiatry, February 1993; 38(1): 36-8
- <sup>50</sup>Abernethy V. *Compassion, control, and decisions about competency*. Am. J. Psychiatry, January 1984; 141(1): 53-8
- <sup>51</sup>Destounis N. *Ölümcül hastalığa yakalanan hastaların psikolojisi*, Çev. Imre H. Liyezon Psikiyatrisi I-II, Editör: Özkan S. Kasim 1993, Istanbul
- <sup>52</sup>*Venice Decleration on Terminal Illness*, Handbook of declarations. The World Medical Association, Inc. May, 1992
- <sup>53</sup>Gögüs A., Sever M., Aydın A.E., Özgözükara A. *Panel: Hemodiyaliz ve transplantasyonun psikiyatrik-psikososyal yönleri ve etik*. Liyezon Psikiyatrisi III, Editör: Özkan S. Kasim 1993, Istanbul
- <sup>54</sup>King N. M., Cross A. *Children as decision makers: Guidelines for pediatricians*. The Journal of Pediatrics July 1989; 115(1):10-16
- <sup>55</sup>Holder A. R. *Minors' rights to consent to medical care*. JAMA June 26, 1987; 257(24): 3400-2
- <sup>56</sup>Gillon R. *Conclusion: The Arthur case revisited*. British Medical Journal February 1988;543-5
- <sup>57</sup>*Decleration on Euthenasia*, Handbook of declarations. The World Medical Association, Inc. May, 1992
- <sup>58</sup>Jennett B. *Letting vegetatif patients die*. BMJ Nov. 1992; 305: 1305-6
- <sup>59</sup>Wolf S. M., *Honoring broader directives*. Practicing PSDA - Special Supplement. Hastings Center Report Sept.- Oct. 1991; 21(5): S8-S9



- 
- <sup>60</sup>Roberts E. *Refusal of treatment by 16-year-old*, The Lancet July 11, 1992; 340: 108-9
- <sup>61</sup>*Right to refuse treatment* (editorial) Medicine and Law, The Lancet Aug. 1, 1992; 340: 297-8
- <sup>62</sup>*When a patient says no* (editorial), The Lancet Aug. 8, 1992; 340: 5
- <sup>63</sup>*Malta Declaration on Hunger Strikers*, Handbook of declarations. The World Medical Association, Inc. May, 1992
- <sup>64</sup>*Refusing treatment: The uncertainty continues* (editorial). Hospital and Community Psychiatry, Jan. 1983; 34(1): 11-12
- <sup>65</sup>Applebaum P. S., Grisso T. *Assesing patients' capacities to consent to treatment*. N.England Journal of Medicine, 1988; 319: pp. 1635-8
- <sup>66</sup>Moreno J. D., *Who's to choose? Surrogate decision making in New York State*, Hastings Center Report Jan.-Feb. 1993; 23(1): 5-11
- <sup>67</sup>Kaplan K. H. *Assesing judgement*. General Hospital Psychiatry 1988; 9: 202-8
- <sup>68</sup>Drane J.F., *The many faces of competency*, Hastings Cent. Report, 1985; 15: 17-21
- <sup>69</sup>Oguz Y., Demir B. *Hukuki ve etik yönüyle zorla hastaneye yatirma*. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1993; 1(4): 367-71
- <sup>70</sup>Stanley J. M , *The Appleton International Conference: Developing guidelines to forgo life-prolonging medical treatment, Part I: Decisions involving patients who have decision-making capacity or patients who executed an advance directive before losing this capacity*, Journal of Medical Ethics, 1992, 18, Supplement, p. 6
- <sup>71</sup>3P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji 1993; 1 (Ek 1)
- <sup>72</sup>Dean A. G., Dean A. D., Burton A. H., Dicker R. C., Epi Info, Version 5: A word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990