

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE  
ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN  
YOĞUN BAKIM KAYNAKLARINI PAYLAŞTIRMAKLA  
İLGİLİ TUTUM VE GÖRÜŞLERİ İLE  
ÇAĞDAŞ ADALET KURAMLARININ İLİŞKİSİ**

**Aslıhan AKPINAR**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Tıp Tarihi ve Etik AD.  
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

**KOCAELİ  
2005**



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE  
ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN  
YOĞUN BAKIM KAYNAKLARINI PAYLAŞTIRMAKLA  
İLGİLİ TUTUM VE GÖRÜŞLERİ İLE  
ÇAĞDAŞ ADALET KURAMLARININ İLİŞKİSİ**

Aslıhan AKPINAR

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Tıp Tarihi ve Etik AD.  
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Prof. Dr. Nermin ERSOY

KOCAELİ  
2005

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne,**

İş bu çalışma, j¼rimiz tarafından Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIğI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

|        |                                   |      |
|--------|-----------------------------------|------|
| Başkan | Prof. Dr. Nermin ERSOY (Danışman) | İMZA |
| ¼ye    | Prof. Dr. Kamil TOKER             | İMZA |
| ¼ye    | Yrd. Doç. Dr. Mine ŐEHİRALTİ      | İMZA |

---

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen ¼ęretim ¼yelerine ait olduğunu onaylıyorum.

.../.../2005

Prof. Dr. Nejat GACAR

Enstit¼ M¼d¼r¼  
M¼h¼r

## ÖZET

“Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Kaynaklarını Paylaşmakla İlgili Tutum ve Görüşleri ile Çağdaş Adalet Kuramlarının İlişkisi” adlı çalışmamızın amacı yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararları ve bu kararlarında tıbbi fayda, sosyal değer, toplumsal fayda gibi çeşitli faktörlerin önemine yönelik tutumları hakkında bilgi edinmektir.

XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi katılımcılarıyla yürütülen çalışmaya 74’ü hekim 17’si hemşire toplam 91 yoğun bakım çalışanı katılmıştır. Yoğun bakım çalışanlarının kişisel ve profesyonel özellikleri ile hasta kabul/taburcu kararları ve bu kararlarında kullandıkları ölçütler arasındaki ilişki *ki-kare analizi* ile değerlendirilmiştir.

Ortalama 5 yıllık yoğun bakım deneyimi bulunan yoğun bakım çalışanlarının önemli bir kısmı (%80,2) triyaj deneyimine de sahiptir. Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en etkili buldukları ölçütler (%70,2) tıbbi faydaya ilişkin ölçütler iken kararlarda en az etkili bulunan ölçütler (%25,9) toplumsal faydaya ilişkin olanlardır. Katılımcıların yarıdan fazlası (%61,4) solunum desteğini ret ile ilgili yaşayan dileği bulunan hastayı ve yaklaşık yarısı (%49,4) kalıcı bitkisel hayattaki hastayı yoğun bakıma kabul etmektedir ve bazı kabul kararlarında dini ve siyasi görüşlerin etkisi bulunmaktadır. Hasta kabul ve taburcu kararlarında genel olarak orantılılık ilkesi gereklerinin dışında sadece tıbbi yararı gözeten katılımcıların büyük çoğunluğu (%75,3) kararlarına dayanak oluşturacak ulusal politikalara ihtiyaç duymaktadır.

Bu sonuçlar kıt kaynakların paylaşılması konusunda zor kararlar vermek durumunda kalan yoğun bakım çalışanlarının kaynakları adil paylaşırma ödevini yerine getirmede başarılı olduklarını söylemeyi güçleştirmektedir. Yoğun bakım ünitesine kabul ya da taburcu kararlarında nafîle tedavi kararları; orantılılık ilkesinin gerekleri dışında kararlar almaları; hastanın beklenen yaşam kalitesi ve hasta tercihlerini görmezden gelebilmeleri; ayrımcılık yapabilmeleri; kişisel değerlerini tıbbın değerlerinin üzerinde tutabilmeleri dolayısıyla paternalistik tutumlar sergilemeleri bu iddiamızı desteklemektedir. Bu nedenle yoğun bakım çalışanlarına yönelik kuramsal ve uygulamalı etik eğitimi ile yoğun bakım kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlayacak triyaj eğitimi planlanmalıdır. Ayrıca; ulusal derneklerin öncülük ettiği geniş tabanlı bir fikir birliğiyle adaletli kararlara dayanak oluşturacak ulusal politikalar geç kalınmadan hazırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** etik, adalet, adalet kuramları, yoğun bakım ünitesi, kaynakların paylaşımı, karar verme, yaşam desteğinin sonlandırılması, triyaj, sağlık çalışanlarının tutumları, sağlık politikaları, etik eğitimi

## ABSTRACT

The purpose of the present study which is titled “The Correlation Between Attitudes of Intensive Care Physicians and Nurses Towards Allocation of Intensive Care Resources and Contemporary Theories of Justice” is to gain information about the patient admission/discharge decisions and their attitudes towards the importance of various factors such as medical benefit, social worth and social benefit.

The study was carried out at 12<sup>th</sup> National Intensive Care Congress in Turkey. Out of 91 participants 74 of them were physicians and 17 of them were nurses. The personal and professional characteristics of intensive care practitioners considered as independent variable. The patient admission/discharge decisions and the criteria that they used to make these decisions were considered as dependent variables. The statistical differences between these variables were analyzed with chi-square test.

The average intensive care unit experience for participants was 5 years with 80.2% triage experience as well. While the medical benefit criteria were found to be the most effective (70.2%) criteria, social benefit criteria were the least effective (25.9%) by the intensive care practitioners. More than half of the participants (61.4%) admitted a patient with a living will stating that the patient refuses artificial ventilator support. Approximately half of them (49.4%) admitted a patient in persistent vegetative state. In some of admission decisions there are an effect of religious values and political views. Admission and discharge decisions were generally based on medical benefit only without the requirements of the principle of proportionality. Most of the participants were needed national policies which were justifying their decisions.

These results make difficult to say that the intensive care practitioners who must occasionally face difficult decisions about the allocation of scarce resources are successful enough to abide by the duty of justice. In admission and discharge decisions futile treatment decisions; decisions which are not within the principle of proportionality; omitting the patients’ expected quality of life and their preferences; discriminating patients; preferring their personal values over the values of medicine and therefore behaving paternalistic are supportive of our hypothesis.

Thus it should be planned to train intensive care practitioner about theoretical and applied ethics and for the effective use of intensive care resources triage training should be planned as well. In addition national policies should be created with support of national professional societies.

**Keywords:** ethics, justice, theories of justice, intensive care units, allocation of health care resources, making decisions, withdrawing of life support, triage, attitudes of health personnel, health policies, ethics training

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin, tüm akademik faaliyetlerimin ve yüksek lisans tez çalışmamın her aşamasında, eğitim, öğretim ve bilimsel çalışma konularındaki değerli birikimlerini büyük özveri ile yansıtan, sabır ve hoşgörü ile desteklerini esirgemeyen Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı sayın hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nermin Ersoy'a,

Eğitimime yaptığı değerli katkıları ve tez çalışmamdaki tüm yardımlarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın hocam Yrd. Doç Dr. Mine Şehiraltı'na,

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri başta olmak üzere, çalışmama katılan ve destek veren tüm yoğun bakım hekim ve hemşirelerine teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

|  |            |
|--|------------|
| <b>ÖZET</b> .....  | <b>IV</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <b>V</b>   |
| <b>TEŞEKKÜR</b> .....  | <b>VI</b>  |
| <b>İÇİNDEKİLER</b> .....   | <b>VII</b> |
| <b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....                                    | <b>X</b>   |
| <b>TABLolar DİZİNİ</b> .....   | <b>XI</b>  |
| <b>1. GİRİŞ</b> .....  | <b>1</b>   |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....   | <b>3</b>   |
| <b>2.1. Adalet Kavramı: Tanımı ve Türleri</b> .....                            | <b>3</b>   |
| 2.1.1. Tanımı .....  | 3          |
| 2.1.2. Dağıtıcı Adalet, Biçimsel Adalet İlkesi ve Karşılaştırmalı Adalet ..... | 4          |
| 2.1.3. Maddi Adalet İlkeleri .....   | 8          |
| 2.1.4. İnsan Hakları ve Sosyal Adalet .....                                    | 9          |
| <b>2.2. Adalet Kuramları</b> .....   | <b>11</b>  |
| 2.2.1. Özgürlükçü ve Yeni-Özgürlükçü Kuramlar .....                            | 12         |
| 2.2.1.1. Robert Nozick ve Hak Kazanma Kuramı .....                             | 13         |
| 2.2.2. Yararcı Kuramlar .....  | 14         |
| 2.2.2.1. Alan Williams ve Beklenen Kaliteli Yaşam Yılı .....                   | 15         |
| 2.2.3. Eşitlikçi Kuramlar .....  | 16         |
| 2.2.3.1. John Rawls ve Hakkaniyet Olarak Adalet .....                          | 16         |
| 2.2.3.2. Norman Daniels ve Adil Sağlık Bakım .....                             | 18         |
| <b>2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Etik</b> .....                                  | <b>19</b>  |
| 2.3.1. Yoğun Bakım Üniteleri: Tanımı, Amacı, Önemi .....                       | 19         |
| 2.3.2. Yoğun Bakım Uygulamalarının Yapısı .....                                | 20         |
| 2.3.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Adalet İlkesi ve Diğer Etik Konular .....        | 22         |
| 2.3.3.1. Tıbbın Amaçları ve Hekimin Ödevleri .....                             | 23         |
| 2.3.3.2. Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Sonlandırılması .....   | 24         |
| 2.3.3.3. Orantılılık İlkesi .....  | 25         |
| 2.3.3.4. Yaşamın Kalitesi .....  | 26         |



|   |           |
|---|-----------|
| 2.3.3.5. Nafile Tedavi .....  | 27        |
| 2.3.3.6. Triyaj .....   | 29        |
| <b>3. GEREKÇE VE AMAÇ .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>4. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>5. BULGULAR .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>5.1. Katılımcıların Özellikleri .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>5.2. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul ve Taburcu Kararları .....</b>  | <b>39</b> |
| 5.2.1. Triyaj Kararları .....   | 39        |
| 5.2.2. Hasta Kabul Kararları .....  | 39        |
| 5.2.2.1. Kabul Kararlarının Yoğun Bakım Çalışanlarının Sosyo-demografik ve<br>Profesyonel Özellikleri ile İlişkisi .....  | 41        |
| 5.2.3. Hasta Taburcu Kararları .....  | 44        |
| 5.2.3.1. Taburcu Kararlarının Yoğun Bakım Çalışanlarının Sosyo-demografik ve<br>Profesyonel Özellikleri ile İlişkisi .....  | 45        |
| <b>5.3. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul ve Taburcu Kararlarında Rol<br/>Oynayan Ölçütler ve Bu Kararlara Rehber Olabilecek Politikalara<br/>Duyulan İhtiyaç .....</b> | <b>51</b> |
| 5.3.1. YBÜ'ne Hasta Kabul / Taburcu Kararlarında Rol Oynayan Ölçütlerin<br>Yoğun Bakım Çalışanları Tarafından Tercihi .....   | 51        |
| 5.3.1.1. Tıbbi Fayda Ölçütleri Tercihi .....  | 51        |
| 5.3.1.1.1. Tıbbi Fayda Ölçütleri Tercihi ile Sosyo-Demografik ve Profesyonel<br>Özelliklerin İlişkisi .....   | 52        |
| 5.3.1.2. Sosyal Değer Ölçütleri Tercihi .....   | 55        |
| 5.3.1.2.1. Sosyal Değer Ölçütleri Tercihi ile Sosyo-demografik ve Profesyonel<br>Özelliklerin İlişkisi .....  | 56        |
| 5.3.1.3. Toplumsal Fayda Ölçütleri Tercihi .....  | 60        |
| 5.3.1.3.1. Toplumsal Fayda Ölçütleri Tercihi ile Sosyo-demografik ve Profesyonel<br>Özelliklerin İlişkisi .....   | 61        |
| 5.3.2. Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma .....   | 65        |
| 5.3.2.1. Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma ile Sosyo-<br>demografik ve Profesyonel Özelliklerin İlişkisi .....                               | 65        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>6. TARTIŞMA</b> .....   | <b>67</b>  |
| 6.1. Hasta Kabul Kararları .....   | 67         |
| 6.2. Hasta Taburcu Kararları .....   | 71         |
| 6.3. YBÜ'ne Hasta Kabul ve Taburcu Kararlarında Rol Oynayan Ölçütler ..... | 75         |
| 6.3.1. Tıbbi Fayda Ölçütleri Tercihi .....                                 | 77         |
| 6.3.2. Sosyal Değer Ölçütleri Tercihi .....                                | 82         |
| 6.3.3. Toplumsal Fayda Ölçütleri Tercihi .....                             | 88         |
| 6.4. Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma .....    | 91         |
| <b>7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b> .....                                       | <b>93</b>  |
| <b>KAYNAKLAR DİZİNİ</b> .....  | <b>101</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....  | <b>109</b> |
| <b>EKLER</b> .....   | <b>112</b> |

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AIDS:</b>   | Acquired Immunodeficiency Syndrome                     |
| <b>APACHE:</b> | Acute Physiology and Chronic Healthy Evaluation        |
| <b>ARDS:</b>   | Acute Respiratory Distress Syndrome                    |
| <b>ATS:</b>    | American Thoracic Society                              |
| <b>BKYY:</b>   | Beklenen Kaliteli Yaşam Yılı                           |
| <b>BMA:</b>    | British Medical Association                            |
| <b>DİB:</b>    | Diyanet İşleri Başkanlığı                              |
| <b>DTB:</b>    | Dünya Tıp Birliği                                      |
| <b>GCS:</b>    | Glasgow Coma Scale                                     |
| <b>HHY:</b>    | Hasta Hakları Yönetmeliği                              |
| <b>KOAH:</b>   | Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı                    |
| <b>MI:</b>     | Myokard Enfarktüsü                                     |
| <b>MS:</b>     | Multiple Sclerosis                                     |
| <b>PEEP:</b>   | Positive End - Expiratory Pressure                     |
| <b>QALY:</b>   | Quality Adjusted Life Years                            |
| <b>SAPS:</b>   | Simplified Acute Physiology Score                      |
| <b>SCCMC:</b>  | The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee |
| <b>WHO:</b>    | World Health Organization                              |
| <b>YBÜ:</b>    | Yoğun Bakım Ünitesi                                    |

## TABLolar DİZİNİ

|                    |  |    |
|--------------------|--|----|
| <b>Tablo 5.1:</b>  | Yoğun bakım çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri .....  | 36 |
| <b>Tablo 5.2:</b>  | Yoğun bakım çalışanlarının profesyonel özellikleri .....   | 37 |
| <b>Tablo 5.3:</b>  | Yoğun bakım çalışanlarının görev yaptıkları kurumların özelliği .....  | 38 |
| <b>Tablo 5.4:</b>  | Yoğun bakım çalışanlarının triyaj kararları verme deneyimi.....  | 39 |
| <b>Tablo 5.5:</b>  | Yoğun bakım ünitesine kabul edilmesi istenen hastaların tercih oranları.....   | 40 |
| <b>Tablo 5.6:</b>  | “Bitkisel hayattaki hastayı” kabul kararları ile sosyo- demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi.....   | 42 |
| <b>Tablo 5.7:</b>  | “Hekim hatası nedeniyle pnömoni gelişen terminal dönem MS hastasını” kabul kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi ..... | 43 |
| <b>Tablo 5.8:</b>  | Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmesi istenen hastaların tercih oranları.....   | 44 |
| <b>Tablo 5.9:</b>  | “İki haftalık komadan sonra solunumu dönen hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi .....                | 46 |
| <b>Tablo 5.10:</b> | “Çoklu organ yetersizliği olup ventilatör desteği gereken hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi.....  | 47 |
| <b>Tablo 5.11:</b> | “Aort anevrizması ameliyatı geçiren hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi .....                       | 48 |
| <b>Tablo 5.12:</b> | “Beyin ölümü olan çocuğu” taburcu kararları ile sosyo- demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi.....  | 49 |
| <b>Tablo 5.13:</b> | “İntihara teşebbüs eden hastayı” taburcu kararları ile sosyodemografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi .....                                    | 50 |
| <b>Tablo 5.14:</b> | YBÜ’ne hasta kabul / taburcu kararlarında rol oynayan tıbbi fayda ölçütlerinin tercih edilme oranı .....   | 52 |
| <b>Tablo 5.15:</b> | Tıbbi fayda ölçütleri tercihi ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi.....   | 54 |
| <b>Tablo 5.16:</b> | YBÜ’ne hasta kabul / taburcu kararlarında rol oynayan sosyal değer ölçütlerinin tercih edilme oranı.....   | 55 |
| <b>Tablo 5.17:</b> | Sosyal değer kriterleri tercihi ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi .....  | 58 |
| <b>Tablo 5.18:</b> | YBÜ’ne hasta kabul / taburcu kararlarında rol oynayan toplumsal fayda kriterlerinin tercih edilme oranı .....  | 60 |
| <b>Tablo 5.19:</b> | Toplumsal fayda kriterleri tercihi ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi .....   | 63 |

|                    |   |    |
|--------------------|---|----|
| <b>Tablo 5.20:</b> | Kararlara rehber olabilecek YBÜ politikalarına ihtiyaç duyma .....  | 65 |
| <b>Tablo 5.21:</b> | Kararlara rehber olabilecek YBÜ politikalarına ihtiyaç duyma ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi .....              | 66 |
| <b>Tablo 6.1:</b>  | Yoğun bakım çalışanlarının YBÜ'ne hasta kabul / ret kararlarında rol oynayan kriterlerin yapısına göre dağılımı .....                     | 76 |
| <b>Tablo 7.1:</b>  | Yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarında etkisi gözlenen sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri .....          | 95 |
| <b>Tablo 7.2:</b>  | YBÜ çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarında rol oynayan ölçütlere etkisi gözlenen sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri. | 98 |
| <b>Tablo 7.3:</b>  | Yoğun bakıma kabul ve taburcu kararı verme sürecinde ortaya çıkabilecek etik sorunların ağırlığına göre dağılımı .....                    | 99 |

## 1. GİRİŞ

Konu alanı insanın değeri ve insani değerler olan etik, insanı “fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık değerine ulaştırmaya çalışan ve bu uygulamanın her aşamasında insani değer sorunlarıyla ilişki kurmayı gerektiren tıp uygulamasının ayrılmaz parçasıdır (Kuçuradi, 1998; World Health Organization (WHO), 2003).

İnsanlık tarihi kadar uzun bir tarihe sahip olan tıp pratiği gerçekte ölümsüzlük arzusunun tezahürüdür. On yedinci yüzyılda modern bilimin temellerinin atılması sürecinde Francis Bacon bilimsel tıbbın en büyük hediyesinin yaşamın uzatılması olduğunu söylemiştir. Bununla beraber teknolojik açıdan geldiğimiz noktada ölümsüzlük arzunun ve modern tıbbın bu hediyesinin mantıklı sonucu mümkün olan her şey yapılmadan kimsenin ölmesine izin vermemektir. Bu da sadece hastanede değil aynı zamanda yoğun bakımda lmemiz gerektiği anlamına gelebilmektedir. Bununla beraber yoğun bakım ünitelerinde kaynak paylaşımının kaçınılmaz olması gerçeği, değerler hiyerarşisinde en yüce değer olarak da tanımlanan adalet değeri ile ilgili sorunlarla karşılaşmanın da kaçınılmaz olması ile sonuçlanır (Christiansen, 1982; ktem, 1988; Williams and Grimley, 1997).

Bu tezde “adalet değerine” insanı “değersizleştirmeden” ulaşma çabasındaki düşünüp taşınmaların ürünü olarak ortaya konan adalet kuramları ve günlük uygulamalarında “lm” ve “yaşam” konularıyla her an yüz yüze kalmak durumunda olan hekim ve hemşirelerin bu değere ulaşma çabasında ne düşündükleri ve ne uyguladıkları tartışılmıştır.

Dağıtıcı adaletin temeli olan biçimsel adalet ilkesi “benzerlere benzer şekilde benzer olmayanlara da aralarındaki farklılıklarla orantılı olarak benzer olmayan şekilde muamele edilmesi gerektiğini” belirtmektedir. Kararların adil olabilmesi için ise bu benzerlik ve farklılıkları ortaya koyan adalet ölçütlerinin amaca uygun şekilde yapılandırılması gerekmektedir (Feinberg, 1982). Yapılan literatür taramasında, yaşamsal önemi nedeniyle adalet taleplerinin daha can alıcı hale geldiği yoğun bakım ünitelerinde kaynakların paylaştırılmasına ilişkin; ülkemize özgü, genel kabul gören politikalara ya da seçme ölçütlerine rastlanmamıştır. Özellikle yaşamsal önemi olan kıt kaynaklardan yararlandırılacak hastanın seçimi ile ilgili kararlara yol gösterici

olacak ulusal bir dağıtım ölçütünün bulunmaması; kararların dağıtıcı adalete ve dolayısıyla tıp etiğine uygunluğu konusunda endişe yaratabildiği gibi, yoğun bakım ünitesi çalışanlarının kaynakları paylaşırma konusunda ciddi ikilemler yaşamalarına neden olabilmektedir.

Batılı ülkelerde, yoğun bakım çalışanlarının karar sürecinde endişe yaratan bir karar almamasına ve kaynakları adil paylaşırma ödevini yerine getirmesine olanak tanıyabilen, dolayısıyla olası ikilemleri azaltabilen dağıtıcı ölçütler konusunda, yoğun bakım çalışanlarının tutum ve deneyimleri ile kıt kaynakları paylaşırma kararlarında tıbbi, sosyal, ekonomik etkenlerin rolünü belirlemek üzere çeşitli çalışmalar yapılarak, bu çalışmalardan elde edilen verilerle kıt kaynakları paylaşırma ile ilgili ulusal politikaların, adalet ölçütlerinin belirlenmesi yoluna gidilmektedir (Vincent, 1990; Tymstra and Andela, 1993; SCCMEC, 1994a; SCCMEC, 1994b; Payne et al., 1996; Ryynanen et al., 1999; Schwappach, 2002; Cardoso et al., 2003; Giannini et al., 2003; Escher et al., 2004).

Biz de bu çalışmayla ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşırma ile ilgili deneyim ve tutumları hakkında bilgi edinmeyi, elde edilen sonuçları da çağdaş adalet kuramları ve Batı ülkelerinde oluşturulmuş ulusal veya kurumsal politikalarla tartışarak ülkemizde olası politikaların oluşumuna katkı sağlayabilecek öneriler sunmayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler kısmının birinci bölümünde adalet kavramı tanımlandıktan sonra biçimsel ve maddi adalet ilkeleri konusunda kavramsal bir çerçeve çizilmiş, ikinci bölümde de genellikle bu ilkelerden kaynaklanan ve sağlık hizmetlerinin ihtiyacı olan hastalar arasında paylaştırılmasında adaletin sağlanmasına dayanak oluşturan adalet kuramları tartışılmıştır. Üçüncü bölümde ise yoğun bakım hizmetlerine özgü etik konulardan ve özellikle kaynakların adil paylaşılmasında önemli payı olan adalet ilkesi ve triyajdan söz edilmiştir.

### 2.1. Adalet Kavramı: Tanımı ve Türleri

#### 2.1.1. Tanımı

Sözlük anlamı: İngilizce ve Fransızca “*justice*”, Yunanca “*dikaioσύne*”, Latince “*iustitia*”dır. Arapça “*adl*” (eşitlik) den türeyen adalet, denge; deveye yükletilen iki yük arasında denge, eşitlik sağlama durumudur. Adalet sözcüğü anlam değişmesiyle işte, düşüncede, davranışta, eylemde, insanlar arasındaki karşılıklı ilişkilerde, alışverişte eşitlik, denge karşılığında söylenir olmuştur (Eyüboğlu, 1991). Türkçe sözlük anlamı 1. Hak ve hukuka uygunluk, hakkı gözetme, doğruluk, türe; 2. Herkese kendine uygun düşeni, kendi hakkı olanı verme (Türkçe Sözlük, 1998); İngilizce sözlük anlamı “özellikle çatışan taleplerin tarafsız şekilde düzenlenmesi ya da hak edilen ödül ve cezaların verilmesi yoluyla doğru / adil olanın uygulanması ya da sürdürülmesi” (Webster’s Seventh New Collegiate Dictionary, 1965) olan adalet kavramı; Bedia Akarsu’nun Felsefe Terimleri Sözlüğü’nde; 1. Doğrunun, hakkın korunması, doğru olmanın öz belirtisi 2. Platon ve Aristoteles’ten beri, herkese kendine uygun düşeni, kendi hakkı olanı verme demek olan ana erdem (Akarsu, 1994) şeklinde tanımlanmaktadır. Ahmet Cevizci’nin Felsefe Sözlüğü’nde ise 1. Bir toplumda değerlerin, ilkelerin, ideallerin, erdemlerin cisimleşmiş, somutlaşmış,



hayata geçirilmiş olması durumu. 2. Herkesin hak ettiği ödül ya da cezayla karşılaşması hali olarak tanımlanmaktadır (Cevizci, 1996; 2002).

Bu tanımlardan başka adalet; bireysel bir nitelik olarak Platon'un kardinal erdemler ve Aristoteles'in ahlaki erdemler arasında saydığı bir erdem (Cevizci, 1996); adil olma da kişiler arası ilişkilerde doğrudan doğruya veya dolaylı olarak ortaya çıkan sevgi, dürüst olma gibi "kişi değerleri"ndendir (Kuçuradi, 1998).

Bazı doğal hukukçular ve Platon, Kant gibi düşünürler soyut bir adalet idesi üzerinde durmuşlar en üstün değerlerden biri olan adaletin düzenleyici bir fikir bir ide olarak, olması gereken bir biçim olduğu savunulmuş ve adalet mutlak "iyi" olarak kabullenilerek, içeriğinin oluşturulması insana bırakılmıştır (Öktem, 1988; Kuçuradi, 1994). Doğal hukuk görüşüne göre adalet fikri insan vicdanında basit ve apaçık şekilde bulunmakta ve ahlak ile hukukun yüksek idealini oluşturmaktadır. Yunan düşüncesi de adalet, ahlak ve hukuk kavramları arasında önceleri ayırım yapmamış, adaleti bazen iyilik sevgisi olarak değerlendirmiştir. Yukarıda tanımlandığı gibi bir fikir, bir ideal olan adalet kavramının belirsizliği nedeniyle; başlangıçta Yunan düşüncesi adaleti, adaletsizlik olgusuna dayanarak açıklamaya çalışmış ve "adaletsizlik olmasaydı insanların adaleti bilemeyecekleri" ileri sürülmüştür. Ancak bu şekilde reddetme yoluyla belirleme yöntemi de adalet konusundaki belirsizliği bertaraf edememektedir (Güriz, 1994).

### **2.1.2. Dağıtıcı Adalet, Biçimsel Adalet İlkesi ve Karşılaştırmalı Adalet**

İlk olarak Aristoteles, adalet konusuna genel bir açıdan değinmenin yeterli ve doyurucu olmayacağı sonucuna ulaşarak bugün de hukuk düşüncesinde varlığını ve önemini koruyan dağıtıcı ve denkleştirici (düzeltici) adaleti birbirinden ayırmanın zorunluluğu üzerinde durmuştur. *Denkleştirici veya düzeltici adalet* Aristoteles'e göre hukuki ilişkide taraf olanların eşit muamele görmesini gerektirmektedir. Tazminat hukukunda zarar verenin neden olduğu zararı ödemesi, sözleşmeyi ihlal edenin sebep olduğu zararı tazmin etmesi, ceza hukukunda suç işleyen hak ettiği cezayı çekmesi düzeltici veya denkleştirici adaletin gereğidir ve ceza, suçun etkisini; tazminat haksız fiilin doğurduğu zararı bertaraf etmektedir. *Dağıtıcı adalet* ise, şeref

ve malların paylaşılmasında herkesin yeteneğine ve toplum içindeki durumuna göre payına düşeni almasını öngörmektedir. Dağıtıcı adaletin fonksiyonu kişi ile toplum, kişi ile devlet arasındaki ilişkileri düzenlemektir (Güriz, 1994; 1996).

**Dağıtıcı adalet:** Adalet kavramının eşitlikle bağlantılı anlamına karşılık, Aristoteles dağıtıcı adaleti mutlak eşitliğin aksine orantılılık olarak analiz etmiştir. Bu anlamda adaletin gerektirdiği eşitlik, oranların eşitliğidir: Bir vatandaşın payı onun uygun özelliklerine ya da meziyetlerine göre diğer vatandaşın payı da diğerinin uygun özelliklerine göre değişir. O halde “A” ve “B” vatandaşı arasında dağıtıcı adalet şu şekilde gerçekleşir: “A”nın payı “A”nın sahip olduğu; “B”nin payı “B”nin sahip olduğu uygun X özelliklerine eşittir (Feinberg, 1982). Yani; dağıtıcı adalettaki eşitlik mutlak değil, görelî bir nitelik taşımaktadır. Kişinin hak ve ödevleri toplum içindeki durumuna ve yeteneklerine göre farklı olacaktır. Aristoteles tarafından geliştirilen bu görelî eşitlik anlayışı ve adaleti herkese payına düşeni vermek olarak nitelendiren bu yaklaşım, hukuk teorisinde sürekli bir etkinliğe sahip olmuştur (Güriz, 1994).

Bunun yanında, Aristoteles’in yaptığı dağıtıcı / denkleştirici adalet ayrımı da günümüze kadar geçerliliğini korumuş ve ondan sonra da adalet kuramları başlıca iki tip adaletle uğraşmıştır: Dağıtıcı adalet ve cezalandırıcı (denkleştirici) adalet. *Cezalandırıcı adalet* çeşitli yanlışları ya da suçları düzeltmek için verilen düzeltici ya da cezalandırıcı eylemlerle ilgiliyken; *dağıtıcı adalet*, toplumdaki işbölümü şartlarıyla uyum içinde yarar ve yüklerin adil dağıtımını ile ilgilidir. Dağıtıcı adalet yarar ve yüklerin toplumun yönetim, adalet, yardım ve sağlık bakım kurumları dahil temel ve yaygın kurumlarına dağıtımında uygulanmaktadır. Örneğin vergi ödemek, askerlik hizmeti yapmak dağıtılan yükler olurken; sağlık-bakım sağlamak, araştırmalara maddî destek vermek veya caddelere yeni kaldırım döşemek dağıtılan yararlardır. Bir dağıtıcı adalet kuramı kişilerin özellikleri ile toplumdaki yarar ve yüklerin ahlaki olarak doğru dağıtımını arasında ilişki kurma çabasıdır (Beauchamp, 1991).

**Biçimsel adalet ilkesi:** Dağıtıcı adalet konusunda geliştirilen hemen tüm adalet kuramlarında ortak olan tek ilke Aristoteles'ten gelen geleneksel ilkedir: "Eşitlere eşit şekilde; eşit olmayanlara da uygun benzerlik ve farklılıklarıyla orantılı olarak eşit olmayan şekilde muamele edilmelidir". Bu temel ilke *biçimsel adalet ilkesi* ya da

*biçimsel eşitlik ilkesi* olarak adlandırılmaktadır. Biçimseldir, çünkü; hangi uygun özelliklerin dikkate alınması ve hangi özelliklere göre eşit olan kişilere eşit şekilde muamele edilmesi gerektiğini belirleyecek bir içerik ortaya koymamaktadır. Yani biçimsel adalet ilkesinin en büyük sorunu öz eksikliğidir. Eşitlere eşit şekilde muamele edilmelidir fikrine karşı çıkılmayacak olsa da bu ilke kimlerin eşit olduğunu, kimlerin olmadığını ve farklılık oranını nasıl belirleyeceğimizi söylemediğinden bir rehber olarak içeriği çok yetersizdir. Zira her bir kişi grubunda hem aynı hem de farklı olacakları pek çok özellik bulunabilmektedir. Bunun yanında ilke; diğer kişilerden farklı özelliklere sahip olmasına rağmen bu özelliklerin söz konusu muamele için uygun farklılıklar olduğu gösterilene kadar hiç kimseye eşit olmayan bir şekilde muamele edilmemesini gerektirir. Yani bu ilke eşitliksiz muameleyi reddetmemekte, sadece uygun olmayan farklılıklar nedeniyle eşitsiz muameleyi reddetmektedir (Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991).

Dağıtıcı adaletle ilgili olarak biçimsel ilkenin kullanılmasını gerektiren sorunlar, sadece ihtiyaç duyulanlar kıt olduğunda ve bunlara ulaşmak için bir yarış olduğunda ortaya çıkmaktadır. David Hume sadece istenen ya da ihtiyaç duyulan yarar ve hizmetler onlara taleplere oranla makul şekilde sınırlı olduğu zaman yararların dağıtılmasında adalete ihtiyaç duyulacağını; eğer bunlar bolluk içinde varolursa o zaman onların dağıtımında adaletten bahsedilmeyeceğini söylemektedir (Beauchamp, 1991). Örneğin; eğer tıbbi kaynaklar ihtiyacı olan herkesin elde etmesine fırsat verecek kadar bol olsaydı bu kaynakların kullanılmasına ilişkin bir sınırlama getirmeye ve hak kazanma modelleri oluşturmaya gerek duyulmayacaktı. Oysa sınırlı olması nedeniyle bu kaynakların paylaşılmasında çatışan yararların dengelenmesi beklenmektedir (Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991).

**Karşılaştırmalı adalet:** Yarar ve hizmetlerin sınırlı olduğu durumlarda dağıtıcı adalet sıklıkla bireylerin karşılaştırılmasını gerektirmektedir. Eğer bir kişinin ne hak ettiği onun taleplerine karşı yarışan talepler dengelenerek belirleniyorsa bu karşılaştırmalı adalettir. Burada toplumdaki diğerlerinin durumu, bir bireye ne kadar borçlu olduğunu belirler. Bir kişiye ne verilmesi gerektiği diğerlerine ne verildiğiyle ilişkilidir. Örneğin bir şirkette çalışan bir kadın çalışanın tazminat alıp almayacağı o kurumdaki erkek çalışanların ve aynı kurumda karşılaştırılabilir bir işte çalışan diğer çalışanların tazminatının göz önüne alınmasını gerektirir. Dağıtıcı

adalet, belirli yararlar için yarış olduğu durumlarda yani kıt yararların dağıtımında uygulanır ve karşılaştırmalı adalet sorunları bu noktada ortaya çıkar. David Hume, toplumda karşılaştırmalı adalet kavramının fonksiyonunun çatışan talep ve yarar sorunları ile başa çıkmak olduğunu belirtmektedir. Adalet kuralları çatışan yararlar ve çatışan talepler arasında bir denge kurmaya hizmet etmektedir (Beauchamp, 1991).

Temel ilkesi "eşitlere eşit şekilde; eşit olmayanlara da uygun benzerlik ve farklılıklarıyla orantılı olarak eşit olmayan şekilde muamele edilmelidir" şeklinde ifade edilen dağıtıcı adalet ve bu bağlamda kişilerin ne hak ettiğini belirlemede kullanılan karşılaştırmalı adalet açısından adaletsizlik olgusu da şöyle açıklanmaktadır: Örneğin yiyecek yardımı sırasında olan iki işsiz kişi tamamen benzer görünür. Ancak bunlardan biri diğerinden iki kat fazla yiyecek alırsa o zaman birinin diğerinden iki kat daha ağır olduğunu; iki kat daha fazla aile üyesi olduğunu ya da birinin gıda yetersizliği nedeniyle acilen daha büyük bir porsiyona ihtiyaç duyduğunu öğrenmediğimiz sürece adalet duygumuz incinir (Feinberg, 1982). Böyle özel bir açıklamanın yokluğunda tamamen benzer görünen bireylere farklı muamele keyfidir ve keyfi eşitsizlik dağıtıcı adaletsizliğin özüdür. Aynı şekilde, tamamen farklı olan iki bireye benzer şekilde muamele edilirse farklılıklarının altında yatan ve onlara benzer muameleyi haklılandıran önemli benzerlikler olmadığı sürece, benzer muamele de adaletsizliktir (Beauchamp, 1991).

Sonuç olarak; biçimsel dağıtıcı adalet ilkesi ve karşılaştırmalı adalete göre tamamen her özelliğe göre değil, uygun olan özelliklerine göre benzer olan kişilere farklı muamele, uygun özelliklerine göre farklı olan kişilere benzer muamele ya da aralarındaki farklılıklarla oranlı olmayan şekilde farklı muamele adaletsizliktir. Ancak; dağıtıcı adalet için başlangıç ilkimiz olan biçimsel adalet ilkesi kişiler arasındaki uygun benzerlik ve farklılıkları gösteren bir ölçütle tamamlanana kadar anlamsızdır. Bununla birlikte; her durumda uygulanabilecek bir ölçüt belirlemek de imkansızdır. Çünkü kişilerin hangi özelliklerinin uygun olduğu; yasa koyucunun amacı, yararların mı yüklerin mi paylaştırıldığı ve paylaştırılacak olan yük ve yararların doğası gibi pek çok etkene bağlı olarak değişecektir. Bazı durumlarda uygun özelliklerin belirlenmesi kolaydır ve tartışmalardan uzaktır. Örneğin bir kazazedeyi hastaneye yetiştirmeye çalışan bir ambulansın diğer araçlardan farkı, ona

hız limiti konusunda daha esnek davranılmasını haklı çıkartan uygun bir özelliktir. Ancak her durumda uygun özellikleri belirlemek bu kadar kolay değildir (Feinberg, 1982; Beauchamp, 1991). Örneğin tedaviden elde edilecek tıbbi faydanın eşit olduğu iki hasta arasında öncelik belirlemek için kullanılacak uygun özellikler, ambulans örneğindeki kadar kolay belirlenmemektedir.

Biçimsel ilkenin doğası nedeniyle ortaya çıkan dağıtıcı ve karşılaştırmalı adalete ilişkin sorunlar karşısında adalet kuramları, genel olarak dağıtımda eşitliği sağlayarak, özel olarak hangi farklılıkların kişisel karşılaştırmalar için uygun sayılacağını ve kişilere borçlu olunanı vermenin ne anlama geldiğini belirleyerek, düşünürler de maddi adalet ilkeleri geliştirerek bu sorunları çözmeye çalışmaktadırlar (Feinberg, 1982; Beauchamp, 1991).

### **2.1.3. Maddi adalet ilkeleri:**

Biçimsel ilkenin uygun özelliklere göre benzer olan kişilere benzer; farklı olan kişilere farklılıklarıyla oranlı şekilde farklı muamele edilmesini gerektirdiği ancak; benzer ya da farklı muamele edilmesini haklı çıkaracak olan uygun özelliklerin ne olması gerektiği konusunda bir ipucu vermediği söylenmiştir. Biçimsel ilkeye bu anlamda içerik kazandıran ve uygun özellikleri belirleyen ilkelere maddi adalet ilkeleri denir (Beauchamp and Childress, 1989). Yukarıda her durumda uygun özellikleri yani maddi ilkeleri belirlemenin kolay olmadığını gösteren bir örnek verilmişti. Örnekteki gibi teorik ve pratik pek çok zorluk, ortaya konan uygun özelliklerin haklı çıkarılmasını zorlaştırmaktadır (Beauchamp, 1991).

1984 yılında Jameton, toplumsal yararların paylaşımında yarar ve yüklerin kendisine göre dağıtılmasını gerektiren uygun özellikleri belirleyen bir maddi ilkeler listesi oluşturmuştur. Ona göre toplumdaki yarar ve yükler: (1) Herkese eşit. (2) Herkese kişisel ihtiyaca göre (3) Herkese haklarına göre (4) Herkese kişisel çabaya göre (5) Herkese toplumsal katkıya göre (6) Herkese meziyetlerine göre (7) Herkese serbest piyasa koşullarına göre paylaşılmalıdır (Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991; Aydın ve Ersoy, 1994).

Bu ilkelerin biri ya da daha fazlası kabul edilebileceği gibi bazı kuramlar tamamını kabul etmektedirler. Farklı şartlarda uygun olan farklı özellikler olması nedeniyle pek çok toplumda birden fazla ilke kullanılmaktadır. Örneğin ülkemizde temel eğitim olanağı herkese eşit olarak; sosyal yardım ve sağlık bakım hizmetleri ihtiyaca ve kişinin haklarına göre; iş ve terfiler gösterilen başarı ve meziyetlere göre paylaşılırken, değişik alanlarda bazı bireylere yüksek gelir elde etme olanağı, çaba, katılım, meziyet, serbest piyasa koşulları gibi birden fazla maddi ilke göz önüne alınarak paylaşılır (Beauchamp, 1991; Aydın ve Ersoy, 1994).

Bu maddi adalet ilkelerinden her birinin “*prima facie*” konumu bulunduğu ve diğer ilkelerden her hangi biri tarafından çığnenemeyecek bir yükümlülük belirlediği de öne sürülmektedir. Buna göre, Jameton’ın önerdiği ilkelerin her birini bir adalet kuramı içinde korumaya çalışmak cazip görünmekle birlikte bunlar arasındaki çatışmalar gene de ciddi öncelik belirleme problemleri yaratmaktadır. Örneğin aynı ücreti ödemek üzere anlaştığımız üç işçiden biri çok dikkatli verimli çalışıyorsa, ikincisi büyük bir mali krizdeyse ve diğeri dikkatsiz çalışıyorsa bu işçilere eşit ödeme yapmak adaletsiz görünebilecektir. Makro paylaşım seviyesinde Jameton tarafından listelenen bu ilkeler kullanılabilir olmakla beraber kaynakların mikro düzeyde paylaşımı konusunda tıbbi yarar, sosyal değer, şans sıra gibi mekanizmalar önerilmektedir. Ancak bu ölçütler arasında öncelik belirleme sorunları mikro düzeyde de yaşanmakta özellikle yaşam kurtarıcı kaynaklar söz konusu olduğunda daha sıkıntılı hale gelmektedir. Böyle bir durumda farklı ilke ve yargıları düzene sokacak genel bir adalet görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır (Beauchamp, 1991).

#### **2.1.4. İnsan Hakları ve Sosyal Adalet**

Aristoteles’ten gelen biçimsel ilke uygun farklılıkların ne olacağını belirlememektedir. Bu amaçla ortaya konacak maddi adalet ilkeleri de “ahlaki” olmayan dağıtımlara izin verebilir ve biçimsel ilkede bunu engelleyecek bir söz yoktur. Bu durumda biçimsel ilke ve maddi ilkelere ek olarak başka bazı başvuru makamlarına ihtiyaç duyulur. İnsanların birbiriyle uygun şekilde karşılaştırmalarını sağlayacak özelliklerin ya da asla karşılaştıramayacakları özelliklerin ne olduğu

konusuna “insan hakları”, devletin bazı yararları en azından minimum seviyede sağlamakla yükümlü olup olmadığı konusundaki tartışmalara da “sosyal haklar” ve “sosyal adalet” kavramları ışık tutmaktadır.

*İnsan Hakları:* Haklar, özgürlükleri sağlamak için kişiye hukukça tanınan meşru yetkiler olarak tanımlanabilmektedir (Kaboğlu, 1993). İnsan hakları ise ahlaklılık ile hukuk arasında bağ kurar ve hukuki ya da pozitif hakların tersine sıkı sıkıya insana “insanın değerine” bağlı olan mutlak haklardır (Ladd, 1978). “İnsanın değeri” ile kastedilen cins olarak insanın diğer varlıklarla ilgisi bakımından özel durumu ve bu özel durumundan dolayı kişilerin insanlar arası ilişkilerde sahip olduğu bazı haklar, başka bir deyişle insanın varlıktaki özel yeridir (Kuçuradi, 1998).

Düşünsel ve tarihsel kaynakları daha eskilere gitmekle beraber 17 ve 18.yy’da doğan doğal hukuk ve bireycilik öğretisi geleneksel özgürlüklerin formüle edilmesinin kuramsal verilerini sağlamış ve insan hakları İngiliz-Amerikan ve Fransız haklar bildirgelerinde yer alarak hukuk düzeninin yapı taşları haline gelmişlerdir. 1918’e kadar anayasalarda yer alan ve biçimsel ve maddi ilkeler için başvuru makamı olan birinci kuşak 1789 modeli hak ve özgürlüklere, 2. Dünya Savaşı sonrası önemli düzenlemelerle birlikte yeni bir hak kategorisinin; ekonomik ve sosyal hakların eklendiği görülmüştür (Kaboğlu, 1993; Gürkan, 1994).

*Sosyal adalet ve sosyal haklar:* Yargıç Cardozo, 1924 yılında Aristoteles’ten beri işlenen her bireye kendi yetenek ve değerine göre düşenin ne olduğunu belirleyen adaletin yetersiz kaldığını şöyle ifade etmiştir: “Aristoteles’in sınıflaması bizi pek uzağa götürmez. Değişen toplumsal ve ekonomik koşulların, yaşam deneyimlerinin ve bunların telkin ettiği sosyal ideallerin adalet idealimizi değiştirdiği bir dönemde biz artık kanuna göre adaleti değil, belki bizzat kanunu kendisine göre ayarlayacağımız adaleti arıyoruz”. Burada talep edilen adalet demokratik bir toplumda herkese ve her kesime bütünü, yani toplumun bir üyesi ya da parçası olarak düşen hak ve ödevleri belirleyecek olan “sosyal adalet” tir (Gürkan, 1994).

Sosyal adaletin muhatabı birinci kuşak insan haklarındaki gibi bireysel özelliklerinden toplumsal bağlarından soyutlanmış insan değil; türlü ihtiyaç ve sıkıntılarıyla yaşam kavgasındaki somut insandır. Bu, insanların insanca yaşayabilmeleri için çalışmaları, işsizlikten korunmaları, sosyal güvenlik, dinlenme, adil ücret, eğitim, sağlık, sağlıklı çevrede yaşama gibi haklara sahip kılınmaları, yani

ekonomik, sosyal ve kültürel haklarla donatılmaları ve ekonomik yaşamın düzenlenmesinde söz ve rol sahibi olmalarını gerektirmektedir (Gürkan, 1994).

Örneğin; bu sözleşmelere imza atmış olan Türkiye’de Anayasa’nın 56. maddesindeki “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir...*” \* ifadesiyle sağlık hakkı güvence altına alınmış (TC Anayasası, 1982), İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak için tıp ve tıpla ilgili hizmetlerin sosyalleştirilmesini sağlamak amacıyla 12 Ocak 1961 tarihli ve 10705 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” düzenlenmiştir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961).

## 2.2. Adalet Kuramları

Çeşitli uygun özellikleri belirleyen maddi ilkeler ile insan hakları ve sosyal haklar karşısında adalet kuramları; farklı kural ve haklı çıkarımları düzenlemeyi ve temellendirmeyi amaçlamaktadır. Pek çok kuram, sağlık bakım hizmetleri de dahil, yarar ve hizmetlerin nasıl dağıtılacağını ya da bazıları yeniden-dağıtılacağını belirlemek için geliştirilmiştir.

Vurguladıkları belirli maddi ilkeye göre büyük oranda değişen adalet kuramları genel olarak üç başlıkta toplanabilmektedir. Özgürlükçü Kuramlar, belirli ilkelerin sonuçlarındansa adil işlem ve sistemlerin uygulanmasını savunarak sosyal ve ekonomik özgürlük hakkına; Yararcı Kuramlar, karma ölçütler kullanarak kamusal yararı en yüksek düzeye yükseltmeye; Eşitlikçi Kuramlar da, sıklıkla eşitlik ilkesi kadar ihtiyaç ilkesini de kullanarak yaşamda her makul insanın arzu edeceği yararlarla eşit olarak ulaşabilmesine vurgu yapmaktadır. Herhangi bir adalet

---

\* TC. Anayasası madde 56: “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*”.



kuramının kabul edilebilirliği seçmiş olduğu bir ya da daha fazla maddi ölçütün ya da öncelik verdiği ilkelerin önemini haklı çıkarmada kullandığı ahlaki öncülün kalitesiyle belirlenmektedir (Beauchamp, 1991).

### **2.2.1. Özgürlükçü Kuramlar**

Özgürlükçü adalet kuramları bireysel özgürlükleri tehdit ettiği düşüncesiyle kalıp ilkelerin kullanılmasına karşı çıkmakta ve saf usuli adaletin kullanımını savunmaktadır (Beauchamp, 1991). Negatif adalet olarak da adlandırılan usuli adalet negatif özgürlükle de bağlantılıdır. Kuramın adaleti pozitif veya dağıtıcı bir biçimde ele almaması; dağıtımına ilişkin objektif ölçütler bulmanın imkansız olduğu düşüncesinden ileri gelmektedir (Erdoğan, 1994). Toplumsal yarar ve yüklerin paylaşılmasında belirli kalıp ilkelerin kullanımına karşı çıkılan bu anlayışta esas olan herkesin uyacağı kuralların niteliği olduğundan saf usuli adalete kural adaleti de denmektedir. Bu kurama göre sonuç, belirli kuralların uygulanması sonucunda oluşmuş ise adildir (Erdoğan, 1994) ve bir örnek olarak kumar verilebilir. Bir piyango ya da şans oyununun sonuçları, sadece bu oyunun kuralları çiğnendiğinde adaletsiz olacaktır (Beauchamp, 1991).

Bu çerçevede, sosyal devlet anlayışının gereği olarak İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, Avrupa Sosyal Şartı gibi pek çok belgede ve Anayasalarda devlete yüklenen vatandaşlarına sağlık bakım sağlama ve ödeme gücü olmayanların da sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlama yükümlülüklerinin aksine, saf usuli adalet biçimini kullanan özgürlükçü adalet kuramlarına göre adalet, adil işlemlerin engellenmeksizin uygulanmasından oluşmaktadır (İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, 1948; Avrupa Sosyal Şartı, 1961).

Ekonomik dağıtımda adaletin temeli olarak özgür seçimler dikkate alındığında John Locke ve Adam Smith gibi klasik yorumcular kadar çağdaş özgürlükçü yazarlar da ekonomik üretim ve değer bireyselliğini varsaymakta ve bireylerin bu yarar üretimine özgür katkıları oranında ekonomik yarar almaları gerektiğini ifade etmektedirler. Diğer tüm adalet kuramları, eşitlikçi ya da yararcı ilkelerle kamu yararını en yüksek düzeye çıkartmak amacıyla bir grup bireyin yararı için başka bir

grup bireyden zorla mali kaynak elde etme yoluyla temel kişisel özgürlükleri feda edebilirken, bu kurama göre sağlık bakım için yararlı ya da eşitlikçi paylaşım, ancak grup üyeleri tarafından özgürce seçilmişse haklı çıkarılabilmektedir. Bu bağlamda birinin sağlık sigortasını ödemeye gücü yetmiyorsa bu temelde adaletsizlik değil talihsizliktir. Çünkü toplum sağlık bakımını kapsayan bir fon oluşturmak için ahlaki yükümlülüğe sahip değildir (Gillon, 1985; Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991).

### **2.2.1.1. Robert Nozick ve Hak Kazanma Kuramı**

Yeni-Özgürlükçü kuram Nozick'in 1974'te yayınlanan "Anarşi, Devlet ve Ütopya" adlı kitabıyla savunulmuştur. Bu eser kökleri Klasik Özgürlükçülüğe uzanan ve günümüzde Yeni-Özgürlükçü olarak tanımlanan düşünce akımının bir örneğidir. Genelde devleti ve özelde refah devletini ciddi şekilde sorguladığı bu kitapta Nozick, sadece vatandaşlarının haklarını ve hak edişlerini koruyan eylemlerinin haklı çıkarılabileceği bir devletin meşruluğunu savunmaktadır. Nozick'in kuramında topluma dağıtımına özgü modeller dayatan tüm maddi adalet ilkeleri reddedilmekte ve sadece üç ilkeli (kazanç, transfer ve düzeltme) bir usuli adalet görüşü önerilmektedir. Bu bağlamda adalet, kaynakların eşit dağıtımını gibi maddi ilkelerin uygulanmasıyla değil; dürüstlük gibi adil işlemlerin engellenmeksizin uygulanmasıyla gerçekleşmektedir (Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991; Nozick, 2000).

Bu kuram, sosyal yarar ve yüklerin makro düzeyde paylaşılmasına serbest pazar koşullarının dürüstçe uygulanması şeklinde yansımaktayken, sınırlı sağlık bakım kaynaklarının paylaşımına ödeme gücü veya üretime katkı ilkelerinin uygulanması şeklinde yansıyabilmektedir.

### 2.2.2. Yararcı Kuramlar

Yararcılığın klasik temelleri David Hume (1711–1776), Jeremy Bentham (1748–1832) ve John Stuart Mill (1806–1873) tarafından atılmıştır. Yararcı görüş sisteminde adalet ilkesi “en yüksek sayıda kişinin en yüksek oranda mutluluğu” şeklinde ifade edilebilecek yarar ilkesinden bağımsız bir ilke değil, tersine bu ilke tarafından yaratılan bir yükümlülüktür. Buna göre toplumun geneline sağlanan adalet sonuçta bireye de yansımaktadır. Bu nedenle yararcılar sağlık bakım için örneğin kamusal ve özel yararı, beklenen masrafları, başarısızlık ihtimalini, risklerin büyüklüğünü dengeleyecek bir paylaşım sistemi tasarlamak gerektiğini savunmaktadırlar. Özgürlükçü kuramın aksine adaleti gerçekleştirmek için genellikle yarar ve zenginliğin vergilendirme yoluyla gerçekten ihtiyaç içinde olanların yararına olacak şekilde yeniden dağıtımını kabul etmektedirler (Gillon, 1985; Beauchamp, 1989; Aydın ve Ersoy, 1994). Bu kurama göre değer, en iyi sonucu üreten şeydir. Adaletin yararcı haklı çıkarımında JS. Mill şöyle yazmaktadır:

*“Herkes bir sayılır ve hiç kimse birden fazla değildir. Kim tarafından hissedildiğine bakılmaksızın aynı oranda mutluluk eşit şekilde arzu edilir”*

Bu şekilde ele alındığında yararcı kuramın en fazla eleştirildiği noktayla karşı karşıya kalınmaktadır. En büyük miktarda yararın elde edilmesi, yararların bireyler arasında çok adaletsiz şekilde dağıtılmasıyla da bağdaşabilmektedir. Eğer yeterli yarara ulaşılabilecekse toplam yarardan daha ağır olmamak şartıyla küçük oranda kişiye büyük zarar vermek mümkündür (Singelton and McLaren, 1995).

Yararcı adalet kuramındaki bu tehlikeyi R. Veatch’in örneği ortaya koymaktadır. Veatch en yüksek yarara toplumun %1'inin sağlık bakımının dışında tutulmasıyla ulaşılabileceği varsayımsal bir örnek oluşturmuştur. Bu %1'lik kısım tedavisi olmayan kronik hastalığı olanlar, tıbbi rejimi izlemeye yetecek zekaya sahip olmayanlar ve pahalı tıbbi bakıma ihtiyaç duyanlardan oluşmaktadır. Bu küçük yüzdenin sağlık bakımının dışında tutulması toplam faydanın miktarını da artıracaktır. Yani yararcı kuramlar kimin yarar kimin zarar gördüğü bilgisini kaçırıp sadece durumdaki toplam faydaya odaklanmaktadır. Bireysel özgürlüklerin ihlal edilebilmesi olasılığı nedeniyle özgürlükçü ve eşitlikçi kuramların karşı çıkışı bu noktada yükselmektedir (Singelton and McLaren, 1995).

### 2.2.2.1. Alan Williams ve Beklenen Kaliteli Yaşam Yılı

Sağlık bakıma ayrılan kaynaklardan mümkün en yüksek faydayı elde etmeye çalışmak karşı çıkılacak bir düşünce olmamakla birlikte, burada faydanın nasıl ölçüleceği önemli bir sorundur. Yararcı kuram çerçevesinde, faydayı en yüksek düzeye çıkarabilmek amacıyla tıbbi yarara ek olarak sosyal yararı temel alan ölçütler de önerilmekle beraber, Alan Williams faydanın ulaşılabilir kaynakların kaç Beklenen Kaliteli Yaşam Yılı (B.K.Y.Y.) kazandırdığı ile ölçülmesini önermekte ve yaklaşımı şöyle açıklamaktadır:

*“B.K.Y.Y.’nin temeli şudur: Sağlıklı yaşam beklenen bir yılın değeri 1’dir. Bir yıllık sağlıklı yaşam beklentisinin değeri ise 1’den sağlıksız kişinin yaşam kalitesinin kötülüğü kadar azdır. Eğer ölüm 0 ise genel olarak B.K.Y.Y için negatif olmak da mümkündür. Yani bir kişinin yaşam kalitesi ölmüş olmaktan daha kötü olarak değerlendirilebilir”* (Singelton and McLaren, 1995).

Buna göre ölçülen beklenen yaşam yılı değil, beklenen yaşam yılının kalitesi olmaktadır. Williams’ın oluşturduğu B.K.Y.Y. yaklaşımında geçerli olan kalitenin ölçütü fiziksel hareket kabiliyeti ve acıdan bağımsız olmak iken, makro dağıtım seviyesinde maliyetler de dikkate alınarak en fazla kar getiren B.K.Y.Y tercih edilmektedir. Williams bu konuda şöyle bir örnek vermektedir:

*“Kalp nakli ile her birinin maliyeti £5000 olan 4,5; böbrek nakli ile her birinin maliyeti £3000 olan 5; kalça protezi ile her birinin maliyeti £750 olan 4 B.K.Y.Y. bekleniyor olsun. Bu durumda kaynakların kalp ve böbrek naklinden kalça protezine aktarılması beklenen B.K.Y.Y. sayısını arttıracaktır”* (Singelton and McLaren, 1995).

B.K.Y.Y. yaklaşımı kaynakların makro seviyede paylaşılmasında ve bir kişiye yönelik tedavi seçenekleri arasında seçim yapmada kullanışlı bir yöntem olmakla beraber bu yaklaşıma ciddi eleştiriler de yöneltilmektedir. Çünkü makro paylaşım kararları mikro paylaşım kararlarını etkileyecek ve bu uygulama mikro seviyede düşük yaşam beklentisi olanların ve yaşlıların dezavantajına olabilecektir. Bu yaklaşıma bir diğer eleştiri, tedavinin daha az ihtiyacı olanlara verilmesiyle beklenen B.K.Y.Y sayısının artması nedeniyle kişilerin ihtiyaçlarının dikkate alınamayabileceği endişesinden kaynaklanmaktadır (Harris, 1987; Singelton and McLaren, 1995; Schwappach, 2002)

Bununla beraber; yukarıda belirtilen nedenlerle ciddi şekilde eleştirilmesine rağmen bu yaklaşım özellikle triyaj kararları vermede sosyal yararı gözetmekten daha makul bir ölçüt olabilmektedir.

### **2.2.3. Eşitlikçi Kuramlar**

Genel olarak, tüm insanların eşit oldukları ve özgürlükleri, hakları, değerleri ve elde edecekleri fırsatlar bakımından eşit muamele ve kabul görmeleri gerektiğini savunan görüş olan eşitlikçi (Cevizci, 2002) kuramların radikal formunda toplumda yarar ve yüklerin dağılımının eşit olduğu ölçüde adil olduğu savunulmakta ve dağıtımda kesin eşitlikten her sapışın adaletsiz olduğu iddia edilmektedir. Bununla beraber en ünlü eşitlikçi adalet kuramları yalnızca insan türünün bir üyesi olmanın tüm sosyal yararlardan eşit pay alma hakkı vermediğini savunmaktadır. Bu bağlamda liyakat, dağıtımdaki bazı farklılıkları haklı çıkartmaktadır (Gillon, 1985; Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991).

#### **2.2.3.1. John Rawls ve Hakkaniyet Olarak Adalet**

Sosyal düzenlemeleri oluştururken eşitlikçi kuramlar sadece bireyler arasında sahip oldukları farklılıklara göre öncelik verilmesi gereken bazı temel eşitliklere işaret etmesine karşın, John Rawls'ın deontolojik bir kuram olarak adalet kuramı; bir sosyal düzenlemenin toplumun parçası olan herkesin iyiliğini artırmak için bir çaba olduğunu ileri sürmektedir. Yararcılığa doğrudan bir meydan okuma olarak sunulmuş olan kuramında Rawls'ın temel itirazı; yararı en yüksek düzeye çıkartmak amacıyla yapılacak dağıtımın, sosyal adalet tarafından garantiye alınması gereken temel bireysel hak ve özgürlüklerin ihlaline yol açabileceğidir. Bu yararcı yaklaşım da Rawls'a göre temel olarak sosyal adalet kavrayışımıza aykırıdır (Beauchamp and Childress, 1989; Beauchamp, 1991; Cevizci, 2002).

Kitabında bunu şu şekilde ifade eder:

*“Her kişi adalete dayanan bir dokunulmazlığa sahiptir ve bütün olarak toplumun esenliği bile bunu çiğneyemez. Bu nedenle adalet, diğerlerine paylaştırılacak daha büyük iyi için bazılarının özgürlüğünün ihlal edilmesini reddeder... Adalet tarafından güven altına alınan haklar politik pazarlıkların ya da sosyal yarar hesaplarının konusu olamaz” (Rawls, 2003)*

Rawls bu amaç için "Kantçı eşitlik kavramı" olarak adlandırdığı varsayımsal bir sosyal sözleşme sürecine dönmektedir. Bu görüşte geçerli olan adalet ilkeleri, sosyal koşulları, herhangi bir gerçek toplumun dışından, özgür ve tarafsız bir şekilde düşünebildiğimizde üzerinde anlaşmaya varacağımız ilkelerdir. Bu tarafsızlık Rawls'ın "aldırmazlık peçesi" adını verdiği bir kavramsal araçla sağlanır. Bu kavram, orijinal pozisyonda her bir kişinin kendi tesadüfi avantaj ya da dezavantajları karşısında cahil olması koşulu sunar. Örneğin, kişinin cinsiyeti, ırkı, zekası, soyu, özel yetenek ve engelleri bu varsayımsal koşullarda bilinmezdir. Böylece aldırmazlık peçesi, insanların sahip oldukları özelliklere yönelik taraf tutmayla adalet ilkelerini desteklemesini önlemektedir (Beauchamp, 1991; Rawls, 2003).

Rawls bu tarafsızlık koşullarında insanların oybirliğiyle iki temel adalet ilkesi üzerinde anlaşacağını iddia eder. İlk ilke diğerleri için de eşit özgürlükle bağdaşan şekilde her kişinin en yüksek düzeyde temel özgürlüğüne izin verilmesini gerektirir. İkincisi, bir kez bu temel özgürlük garantisi altına alınınca temel sosyal yararların (örneğin gelir, hak ve fırsatlar) sadece herkesin yararına olacak şekilde düzenlenmesini şart koşar (Rawls, 2003).

Hakkaniyet olarak adalet şeklinde tanımladığı adalet kuramında Rawls sosyal kurumların adaletinin tamamıyla doğumdaki şans, doğal yetenekler ve tarihsel koşullardan kaynaklanan eşitsizlikleri giderme eğilimlerine göre ölçüleceğine inanmakta ve bunu “fırsat eşitliği” ilkesiyle ifade etmektedir (Beauchamp and Childress, 1989; Buchanan, 1989; Beauchamp, 1991). Hakkaniyet; insanların bireysel özellikleri ve farklılıklarının göz önünde tutularak adaletin uygulandığı eşitlik durumu şeklinde tanımlanmaktadır (Öktem, 1988). Bu çerçevede Rawls, çaba, katkı ve liyakate dayanan radikal eşitsizliklere izin vermek yerine eğer bu eşitsizlikler azaltılırsa adaletin gerçekleşeceğini düşünmektedir (Beauchamp and Childress, 1989; Buchanan, 1989; Rawls, 2003).

Ancak; Bernard Williams'ın belirttiği gibi eşitsizlikleri azaltma ideali bir yerde durdurulmak zorundadır. Bazı dezavantajlar adaletsizlik olarak görülürken (ve dolayısıyla düzeltmek zorunluluk iken) diğerleri tamamen talihsizlik olarak görülebilmektedir. Eğer ihtiyaçlar talihsizlikten kaynaklanıyorsa hayırseverlikle düzeltilebilmektedir; devletin kaynakları yeniden dağıtma yükümlülüğü ise yalnızca ihtiyaçlar adaletsizlikten kaynaklanıyorsa ortaya çıkmaktadır (Beauchamp and Childress, 1989; Buchanan, 1989; Beauchamp, 1991).

### **2.2.3.2. Norman Daniels ve Adil Sağlık Bakım**

"Adil Sağlık Bakım (*Just Health Care*)" kitabında Daniels, Rawls'ın "adil fırsat eşitliği ilkesi"ne dayanarak bir sağlık bakım hakkı görüşü geliştirmiştir. Daniels'a göre sağlık bakım hakkı, adil fırsat eşitliği ilkesinden çıkarılmaktadır. Bunu "*Sağlık bakım kaynaklarının paylaşımını etkileyen temel kurumlar mümkün olduğu ölçüde her kişinin kendi toplumundaki bireyler için ortalama fırsat dizisindeki kendi adil payından yararlanabilmesi için düzenlenmelidir*" şeklinde ifade eden Daniels'a göre sağlık bakım kaynaklarının paylaşımı herkesin adil fırsat eşitliğine sahip olmasını sağlamak için önemli bir araçtır. Çünkü sağlık bakım kaynakları tür fonksiyonlarını korumaya ve adil fırsat eşitliğine önemli bir engel oluşturan hastalık ve engellilik durumlarını en aza indirmeye hizmet etmektedir. Bu çerçevede sağlık bakım kurumları insanları normal tür fonksiyonlarına yaklaştırmakla yükümlüdür. (Buchanan, 1989; Daniels, 1985).

Temel olarak kaynakların makro düzeyde paylaşımı konusunda bir kuram geliştirmiş olan Daniels'a göre Rawls'ın kuramındaki "tüm yaşam süresince normal ve fonksiyonel kişiler" idealine ulaşabilmek için sağlık-bakım kurumlarını fırsat eşitliği ilkesine göre düzenlemek gerekmektedir. Koruyucu sağlık kurumları bu ideale yaklaştıracak ilk aşama olarak görülür (çevre temizliği, koruyucu tıbbi hizmetler, iş sağlığı ve güvenliği gibi). Ancak normal fonksiyonlardan tüm sapmalar önlenemez ve bunun için ikinci seviyede kuruluşlara ihtiyaç duyarız. Bunlar normal fonksiyonları yeniden kazandıran tıbbi hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleridir. Ancak tüm hastalıklar tedavi edilemediğinden bazı kurum ve hizmetlerin kişileri

ideale mümkün en yakın şekilde tutması gerekir. Üçüncü seviyedeki kurumlar orta düzeyde kronik hasta ve engelli veya yaşlılar için sosyal destek ve daha geniş tıbbi bakım içerir. Son olarak dördüncü basamak, ideale yaklaştırmak için bir şey yapamayacağımız –terminal dönem bakıma ihtiyaç duyanlar ve ağır zihinsel ya da fiziksel engelliler gibi- kişiler için sağlık bakım ve ilişkili sosyal hizmetleri içerir. Fakat bu seviyede adalet sorunları ile örtüşemeyen ciddi sorunlar ortaya çıkar. Aslında dördüncü basamakta adalettense ahlaki değerler söz konusu olur. Her bir seviye Rawls idealinden belirli bir sapışı düzeltir. Tedavi etmektense korumak, kayıp fonksiyonları düzeltmektense tedavi etmek daha fazla tercih edilir. Fakat adil fırsat eşitliğini garanti altına almak için tüm kurum ve hizmetlere ihtiyaç duyulur. Sadece fırsatları koruma şansı olmadığında dördüncü seviyede olduğu gibi ciddi kalıcı şekilde engellilerle ilgilendiğimizde adaletin gerektirdiği ölçütlerdense yararlılık ilkesi yükümlülüklerimize rehberlik etmek için daha önemli olabilir (Daniels, 1985).

### **2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Etik**

#### **2.3.1. Yoğun bakım üniteleri: Tanımı, Amacı, Önemi:**

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), hastanelerde kritik durumdaki hastalara hizmet vermek üzere düzenlenen özel bir ünedir (Jonsen and Lister, 1982; Arıboğan ve Bilgen, 2004).

**Tanımı:** Yoğun bakım veya temel yaşam desteği, bir hastalık ya da yaralanma sonucu bir hastanın durumunun kritik, yaşamının tehdit altında olduğu süre boyunca kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ veya sistemlerin desteklenmesi veya onların yaşamsal fonksiyonlarının yerini alması amacıyla kullanılan yöntemlerin tamamıdır (Jonsen and Lister, 1982; Ersoy, 2003; Şahinoğlu, 2003a; Arıboğan ve Bilgen, 2004).

**Amacı ve yaşamsal önemi:** Basitten karmaşığa yaşam destek sistemlerinin genellikle, vücudun iyileşme şansı varken, vücut fonksiyonlarına geçici olarak destek olması ya da onların yerine geçmesi amaçlanır. Yaşamsal sistemlere geçici olarak yardımcı olan bu sistemler iyileşme gerçekleştiğinde çekilirler. Örneğin yapay



solunuma ihtiyaç duyan aşırı doz ilaç almış bir hastanın ilacın etkisi geçtiği zaman kendiliğinden soluması beklenir. İyileşme sürecine katkı yapabilmelerine rağmen yaşam destek sistemlerinin asıl amacı yaşamsal fonksiyonu desteklemeleridir (Jonsen and Lister, 1982; Ersoy, 2003).

Çoğunlukla hastanedeki en ağır seyirli hastalara, yaşamlarının en başında ya da sonunda olan hastalara ve invaziv yaşam desteğine en fazla ihtiyaç duyan hastalara hizmet verilen yoğun bakım ünitelerinde, ventilatör, canlandırma, böbrek diyalizi, tüple beslenme ya da damar içine sıvı verme gibi tedavi ve araçlarla yaşam süresini uzatabilen ve dolayısıyla ölümü erteleyebilen yaşam destek sistemlerinden ayrılması hastanın ölümüne neden olur (Jonsen and Lister, 1982; Ersoy, 2003; Şahinoğlu, 2003a).

### **2.3.2. Yoğun Bakım Uygulamalarının Yapısı**

Yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi ya da sonlandırılması durumunda çoğunlukla ölümün olması, bu tedavilerin başlanması ya da sürdürülmesi durumunda ise hasta için yararlı olmayabilecek olması uygulanacak tedavilerin sınıflandırılmasını gerektirmektedir (Ersoy, 2003). Genellikle yoğun bakım ünitelerinde söz konusu olan uygulamalar; "olağan ve olağandışı" şeklinde sınıflandırılmaktadır (Jonsen and Lister, 1982).

Olağan / olağandışı tedavi ayrımında öncelikle tıp ve etik alanında bu terimlerin tamamen farklı şekilde kullanılabildiği göz önüne alınmalıdır. Tıbbi olarak olağandışı tedavi terimiyle yeni, deneysel, az bulunur, karmaşık ve alışılmamış olan tedavi kastedilmekteyken; etik açıdan olağandışı, tedavi şekline gönderme yaparak değil onun hasta üzerine etkilerine göre tanımlanmaktadır (Jonsen and Lister, 1982; Beauchamp and Childress, 1989). Örneğin; tıbbi açıdan alışılmış ya da olağan olan bir tedavi, geri dönüşsüz ve çok yakında ölecek olan bir kanser ya da AIDS hastası için etik olarak olağan dışı olabilmektedir. Bu belirsizliği ortadan kaldırmak ve etik açıdan hangi tedavilerin olağan ve hangilerinin olağan dışı olduğunu belirlemek için alışılmış ve alışılmamış olmayan tıp uygulamalarından başka basit ya da karmaşık, doğal ya da yapay, invaziv ya da invaziv olmayan, pahalı ya da pahalı olmayan

tedaviler gibi ölçütler önerilmiştir. Tek başına değerlendirildiğinde her bir ayırım yetersiz kalıyor olsa da genel kabul gören tanımıyla olağan tedaviler terimi ile hasta için makul fayda ümidi sunan, yaygın, elde edilebilen, her sağlık kurumunda bulunabilen, aşırı masraf, acı ya da başka sıkıntılar olmaksızın sağlanabilen ve kullanılabilen tüm ilaç tedavi ve operasyonlar; olağan dışı tedaviler terimi ile aşırı masraf, acı ya da başka sıkıntılar olmaksızın sağlanamayan ve kullanılmayan ve kullanıldığında da makul bir fayda ümidi sunmayan, her sağlık kurumunda bulunamayabilen, aşırı pahalı ve teknik açıdan karmaşık tüm ilaç, tedavi ve operasyonlar anlatılmaktadır (Jonsen and Lister, 1982; Beauchamp and Childress, 1989; Brock, 1989; Ersoy, 2003).

Yoğun bakım servisleri için ayrılacak yatak sayısının hastane toplam yatak sayısının % 2'si kadar olması önerilmekteyken, yoğun bakımlara olan talep karşısında bu sayının artırılması gerekmiştir ve günümüzde yoğun bakım yatak sayısının hastane yatak sayısının % 4-6'sı kadar olması önerilmektedir. Bunun yanında yoğun bakım hizmetleri için sadece yoğun bakım yatak sayısının değil çalışacak sağlık personeli ve tıbbi donanımın da dikkate alınması gerekmektedir (Şahinoğlu, 2003a; Arıboğan ve Bilgen, 2004).

Ülkemizde yoğun bakım yatak sayısının toplam hastane yatak sayısının %2-4'ü civarında olduğu sanılmaktadır (Dirican, 2002; Kahraman, 2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği ideal sayının altında olan bu rakam, genel olarak tüm hastane harcamalarının ortalama % 25-40'ı kadarını tüketen bu kaynakların etkin ve verimli kullanılmasının önemini açığa çıkarmaktadır. Bu yüksek maliyet yanında 1980'li yıllarda yapılan maliyet analizlerinde yoğun bakım kaynaklarının yarıya yakın kısmının gerçek anlamda yoğun bakım hastası olmayan ve her şeye rağmen ölen hastalara ayrıldığı ortaya konmuştur (Şahinoğlu, 2003a).

### 2.3.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Adalet İlkesi ve Diğer Etik Konular

Büyük harcamalarla sağlanan çağdaş tıbbi bakım ve tedavilere taleplerin mevcut kaynakları aştığı geniş kabul görmektedir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yaşamsal önemi olan kaynakların sınırlı sayıda olması; yeni ilaç ve teknolojik araçların gelişimiyle sağlanan bakımın aşırı pahalı hale gelmesi bu kaynakların etkin ve adil kullanılmasının önemini arttırmaktadır. Bu bağlamda hekimler, tıbbi kaynakları etkin kullanmakla ilgili sorumlulukları çerçevesinde genellikle hastalık gelişimi süratli olan ve hastalıkları yaşamı tehdit edici olan hastalar arasında, belirli bir hastaya yoğun bakım sağlanıp sağlanmayacağı, kritik pek çok hasta arasından hangisinin sınırlı yoğun bakım kaynaklarından yararlanacağı konusunda zor kararlar vermek durumunda kalabilmektedir (Engelhardt and Rie, 1986; Aydın ve Ersoy, 1994; The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee (SCCMEC), 1994a).

Childress'in sağlık bakım kaynaklarının paylaşılması kararlarını makro düzeyden mikro düzeye üç aşamalı sıralamasında üçüncü sıradaki bu kararlar *mikropaylaşım, tahsis, seçme* ya da *triyaj* gibi çeşitli isimlerle adlandırılır. Hangi terim kullanılırsa kullanılsın sınırlılık durumlarında hasta seçiminin gerekliliği yaygın bir durumdur ve tahsis kararları yoğun bakımlardaki gibi hastalık yaşamı tehdit edici olduğunda ve kıt kaynak yaşamı kurtarma olasılığı sunduğunda daha da zorlaşır ve soru "herkes yaşayamayacağında, kim yaşamalıdır?" şekline gelebilir. Bu sorun hasta-hekim ilişkisindeki pek çok sorunda olduğu gibi özerklik ilkesi ile çözülemez, çünkü hastanın değil tersine genellikle bir hasta grubunun taleplerini hesaba katmak zorunda olan diğerlerinin hasta için vereceği kararlardır (Beauchamp and Childress, 1989; Buchanan, 1989; Aydın ve Ersoy, 1994; Sherman, 2002).

Kıt kaynakların paylaşılmasında adalet ilkelerinin bireyler arasında yararların adil bir şekilde dağıtılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Araç-gereçlerden her türlü hizmete kadar tüm tıbbi kaynakların gereksinimlere göre adil ve dürüstçe dağılmış olmasını bekleyen adalet ilkesi, sağlık çalışanlarının uygulamalarında karşılaştıkları kaynakların paylaşılmasıyla ilgili etik sorunlarına yardımcı olmak üzere klasik ve çağdaş pek çok adalet kuramından temel alan yanıtlar getirmektedir (Aydın ve Ersoy, 1994; Singelton and McLaren, 1995).

Yaşamsal önemi olan yoğun bakım ünitelerinde sunulan tıbbi hizmetlerden ihtiyacı olanların adil pay alabilmeleri için çoğunlukla iki aşamalı bir seçim sistemi önerilmektedir. İlk aşamada, dışarıda bırakma ölçütleriyle sınırlı kaynaklardan yararlandırılacak olan hastalardan bir havuz oluşturmak ve ikinci aşamada bu havuzda son seçim ölçütlerini uygulayarak sınırlı kaynaktan kimin yararlanacağını belirlemek önerilmektedir. İlk aşamada geniş şekilde kabul gören ölçütler tıbbi yarar başlığı altında toplanmaktadır. Bu aşamada kaynakların sınırlılığı bir yana bırakılarak sadece tıbbi ve psikolojik durumu başarılı tedaviyi kesinlikle önleyecek olan hastaların dışarıda bırakılması önerilmektedir. Tıbbi yarar açısından uygun olan hastalar arasında son seçim için ise genel olarak kabul gören şans ya da ilk gelene ilk hizmet şeklinde öznel olmayan ölçütlerin kullanılmasıdır (Childress, 1982; Beauchamp and Childress, 1989; Jonsen, 1989).

#### **2.3.3.1. Tıbbin Amaçları ve Hekimin Ödevleri:**

Adalet ilkesi çerçevesinde hekimlere yüklenen ve sınırlı kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını gerektiren adalet ödevinin; bu sistemlerin sağlanmaması ya da ayrılması durumunda hastanın ölümüyle sonuçlanabilmesi nedeniyle yaşamı koruma veya ölümüne sebep olmama ödevleriyle çelişip çelişmediği tartışılmaktadır (Jonsen and Lister, 1982; Mckneally and Dickens, 1997; Ersoy, 2003).

Genel olarak tıbbin temel amacı yaşamı korumak olmasına karşın her zaman bu amacın gözetilmesi ya da elde edilmesi mümkün değildir. Ancak; her bir tıbbi uygulamayla, Jonsen, Siegler ve Winslade tarafından: Sağlığı yükseltmek ve hastalığı önlemek; semptomları, ağrı ve acıyı ortadan kaldırmak; hastalığı tedavi etmek; zamansız ölümü engellemek; kaybedilen fonksiyonları geri kazandırmak ya da mümkün olabilen en iyi düzeyde korumak; hastaları hastalıkları ve prognozları hakkında eğitmek, danışmanlık etmek ve tedaviyle hastaya zarar vermekten kaçınmak şeklinde özetlenen amaçlardan biri ya da birden fazlası elde edilebilmektedir ve bu amaçlar hekimin ödevlerini de belirlemektedir (Jonsen et al., 1992; Ersoy, 2003).

Hekimin tıbbın amaçları arasında yer alan zamansız ölümü engellemeye ilişkin ödevi, beklenen ölümü engellemek ile karıştırılabilmektedir. Ancak; hastanın beklenen ölümü için doğal sürecin izlenmesine izin vermek, hastayı dolaysız olarak öldürmek şeklinde değerlendirilmemekte ve tıp ahlakı açısından bu durum haklı çıkarılabilmektedir (Ersoy, 2003).

Hekimin kararının etik açıdan onaylanabilmesi için (1) yaşamı destekleyici bakıma başlama kararları, (2) hastayı sistemden çekme kararları, (3) yaşam destek sistemlerine devam etme kararları ve (4) ölümün ortaya çıkması muhtemel olduğunda bakımı sonlandırma kararlarında tıbbın amaçları gözetilmeli ve karar kıt kaynakları etkin kullanmak konusundaki adalet ödevi doğrultusunda verilmelidir (Jonsen and Lister, 1982; Ersoy, 2003).

### **2.3.3.2. Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Sonlandırılması**

Yaşamı destekleyen tedavilerin çekilmesi ya da başlanmaması ile ilgili karar vermek sağlık çalışanı, hasta ve ailesi için sancılı bir süreçtir. Tedavinin başlanmaması ya da çekilmesi durumunda hastanın kaçınılmaz sona ulaşacağı gerçeği, tarafların duygusal davranmasına neden olabilmektedir. Tıbbi yararsızlığı bilinen yaşamı destekleyen tedaviye başlamama ya da tedaviyi çekme arasında ahlaki açıdan bir fark bulunmamasına rağmen sağlık çalışanları ve aile üyeleri tedaviyi esirgemeyi başlanmış bir tedaviyi sonlandırmaktan daha kolay kabul etmektedir (Smith and Veatch, 1987; Beauchamp and Childress, 1989; Brock, 1989; British Medical Association (BMA), 2000; Ersoy, 2003).

Tedaviye başlamama veya başlanmış bir tedaviyi sonlandırma kararı karar verme yeterliliğine sahip olan hasta ya da uygun vekil karar verici tarafından verilebileceği gibi hasta karar verme kapasitesini kaybetmeden önce ilerisi için emir ya da yaşayan dilek bırakmış olabilir. Hastanın bu isteklerini yaşama geçirmek de sağlık çalışanlarının etik yükümlülüğüdür (Smith and Veatch, 1987; Brock, 1989; BMA, 2000; Ersoy, 2003).

Hastaların tedaviyi reddetme veya başlanmış tedaviyi sonlandırma haklarından pek çok uluslar arası bildirgede söz edilmiştir. Örneğin; Ekim 1983'te yayınlanan

Venedik Bildirgesi'nin "*Hekim, ölümcül hastalığın son dönemindeki bir hastada hastanın rızası –hasta kendi isteğini açıklayamıyorsa en yakın akrabasının kararı-ile tedaviyi keserek hastanın acısını dindirebilir...*" maddesi, Dünya Tıp Birliği (DTB)'nin Eylül 1992'de yayınlanan Hekim Yardımlı İntihar İçin Tutumunun "... *Hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır ve hekimin hastanın bu arzusuna hürmet etmesi ölümüne neden olsa bile etik olmayan bir davranış sayılmaz*" ifadesi, gibi (Venedik Bildirgesi, 1983; DTB'nin Hekim Yardımlı İntihar İçin Tutumu, 1992).

Ülkemizde hastaların başlanmamış tedaviyi reddetme veya başlanmış tedaviyi sonlandırma hakları Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)'nin 25. maddesinde belirtilmiştir: "... *Hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir...*" (HHY, 1998).

Ancak; her zaman hastanın kararlarını bilmek mümkün olmayabilir. Hasta karar verme kapasitesine hiç sahip olmamışsa, ilerisi için bıraktığı bir istek bulunmuyorsa veya vekil karar vericiler hastanın en iyi yarını gözetecek kararlar vermiyorsa tedaviyi sonlandırma ya da esirgeme kararlarının sağlık çalışanları tarafından verilmesi gerekebilir. Bu konuda özellikle tıbbın amaçları ve orantılık ilkesi çerçevesinde nafilelik ölçütleri ve yaşamın kalitesinin değerlendirilmesi sağlık çalışanlarının bu kararlarında yol gösterici olabilmektedir.

### **2.3.3.3. Orantılılık İlkesi**

Tedaviyle hastaya vaat edilen yararlarla birlikte müdahaleye eşlik edecek sıkıntılar da değerlendirilmelidir. Orantılılık ilkesine göre tüm tıbbi kararlar için tedavinin yarar ve sıkıntılarının oranlanması esastır ve günlük uygulamalarda yarar / yük oranlarını hesaba katma anlayışının yaşamı korumakla ilgili mutlak ödev anlayışının yerine geçmesi önerilmektedir (Ersoy, 2003). Çünkü yaşamı uzatmak her zaman hastaya yarar sağlamayabilmektedir. Tamamen ağrı ve acı ile dolu bir yaşam vadeden tedavi, yaşamı uzatıyor dahi olsa hasta tarafından reddedilebilir. Hasta açısından tedavi yarardan daha fazla yük getiriyorsa böyle bir tedaviye başlamamak ya da sonlandırmak etik açıdan onaylanmaktadır (Smith and Veatch, 1987).

*Hasta açısından:* Orantılılık ilkesi kapsamında hastanın tercihi ölçüt olarak ele alınmakta ve hastaların yarar / yük olarak neyi kabul edeceklerini belirleme hakkına sahip olduğu vurgulanmaktadır. Hasta ya da vekillerinin olası tedaviyle sunulacak ne kadar yarar için ne kadar sıkıntıyı göze alabileceklerine karar verebilmelerine olanak tanınmaktadır (Ersoy, 2003).

*Hekim açısından:* Bununla birlikte özellikle yaşamın sonunda yetersiz bir hasta için yarar ve yükleri dengelemek zordur; eğer hasta yaşamı boyunca değerlerini ifade edecek yeterliliğe sahip olmamışsa bu daha da zordur. Ancak prensipte, yükler hasta için yararlılardan çok daha ağırsa tedaviye başlamama ya da sonlandırma kararları haklı çıkarılabilmektedir (Beauchamp and Childress, 1989). Eğer bir tedavi fonksiyon kaybına, sakatlığa ya da orantısız şekilde ağrıya sebep olarsa hekimin bu tedaviyi uygulama yükümlülüğü bulunmamaktadır (Stanley, 1992).

#### **2.3.3.4. Yaşamın kalitesi:**

Rehabilitasyon gibi pek çok tıbbi tedavinin genel amacının yaşamın kalitesini artırmak olmasının yanında tıbbin amaçlarının çoğu da kişilerin yaşam kalitesini artırmaya hizmet etmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanları bireyin yaşam kalitesini artırmaya çalışmaktadır (Smith and Veatch, 1987; Ersoy, 2003).

Bununla birlikte; yaşamı destekleyen tedavileri sonlandırma kararlarında hastanın “yaşam kalitesini” hesaba katıp katmama modern tıbbın temel ahlaki sorunlarından biridir. Yaşam kalitesi anlayışı her bireyin değerleri, inançları, deneyim ve beklentileriyle ilişkili olarak farklı olacağından tek bir “yaşam kalitesi” tanımı yapmak mümkün değildir ve hasta adına bir başkası yaşam kalitesi değerlendirmesi yaptığında kendi değer veya tutumlarına göre karar vereceği düşünüldüğünden rahatsızlıklar yükselir. Ancak; tıbbın ölümü geciktirme kapasitesinin gelişmesi neticesinde uzatılan yaşamların, bu hastalar tarafından yaşanmaya değer bulunmayabileceği ve yaşamı destekleyen tedavilerle ilgili verilecek kararlarda gözetilecek olanın, hasta için arzu edilen yaşam kalitesi olup, o yaşamın başkaları veya toplum için kalitesi ya da değeri olmadığı unutulmamalıdır (Smith and Veatch, 1987; Beauchamp and Childress, 1989; BMA, 2000; Ersoy, 2003).

Bu bağlamda bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel fonksiyonlarının yeterliliği ve hastanın yaşamını bağımsız sürdürebilmesi anlamına gelen yaşam kalitesi (Ersoy, 2003) yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması sürecinde değerlendirildiğinde;

Hasta açısından; Karar verme kapasitesine sahip olan hastalar kendi tıbbi tedavi tercihlerini belirlemek için yaşam kalitesi yargıları verebilmektedir. Orantılılık ilkesinde olduğu gibi yeterli bir hastanın yaşamak istemediği bir hayatı sürdürmesi konusunda hastayı zorlamak onun kendisi hakkında karar verme hakkını ortadan kaldırmaktadır. Bu yüzden hastanın önceden bildirdiği isteklerine saygı duyulmalı ve böyle bir istek yoksa vekil karar vericilerle beraber hastanın değerlerine uygun kararlar verilmelidir (Smith and Veatch, 1987; Beauchamp and Childress, 1989; BMA, 2000; Ersoy, 2003).

Hekim açısından; Yaşamı uzatan tedavi kararlarında hastanın yaşam kalitesini değerlendirecek olan hekim hastanın daha önce belirttiği istekler ve tedavi seçenekleri konusunda değerlerini veya hastanın durumundaki makul bir kişinin isteyebileceklerini hesaba katarak, hastanın değer ve isteklerine uygun kararlar vermelidir. Değer ve tercihleri hakkında bilgi sahibi olunamayacak kişiler için karar vermede yaşam kalitesinin bir ölçüt olarak kullanılmaması gerektiği konusunda görüşler olmakla beraber belirli şartlarda böyle kararlar vermemek kişileri karar verme kapasitesi olan makul kişilerin seçmeyeceği, insanın onuruna aykırı şekilde ve acı, sıkıntı dolu bir yaşamı yaşamaya zorlayabilmektedir (Smith and Veatch, 1987; Beauchamp and Childress, 1989; Jonsen et al, 1992; Ersoy, 2003).

#### **2.3.3.5. Nafile tedavi:**

Tıbbi tedavilerin tanımlanmasında hastanın anatomik, fizyolojik ve kimyasal yapısıyla ilgili olan *etkinlik* terimi ile hastanın rahatı, refahı, genel sağlık düzeyi ve yaşam kalitesiyle ilgili olan *foyda* terimi ayrı olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi yararsızlık ölçütü olarak da bu nicel ve nitel yaklaşımların kullanılması bazı anlam farklılıkları yaratsa da (Ersoy, 2003; Karataş, 2003) hekim, hasta veya vekilinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşam kalitesine çok az katkı ya da çok az tıbbi fayda



sağladığı, makul yaşam şansı taşımadığı noktasında birleştikleri tedavi ve uygulamalar tıbbi açıdan yararsızdır (Ersoy, 2003).

Yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi yararsızlık tartışmalarında tıbbi yararsızlık ölçütü olarak genellikle fizyolojik yarar öne sürülmektedir. Eğer tedaviyle fizyolojik yarar elde edilemeyecekse tedavi nafile olarak değerlendirilmektedir ve hekim, bir tedavinin hastaya fizyolojik bir yarar sağlamayacağını düşünüyorsa bu tedaviyi sunma yükümlülüğüne sahip değildir. Bununla birlikte bazen, fizyolojik yarar sağlamayacak olan tedavilerin hastaya ya da ailesine psikolojik yarar sağlaması mümkün olabildiğinden sunulmasının uygun olduğu ileri sürülmekteyse de (Smith and Veatch, 1987; Beauchamp and Childress, 1989; Ersoy, 2003) genellikle olağandışı tedaviler kapsamında olan bu tedavilerin psikolojik yarar sağlamak amacıyla kullanılmasının diğer hastaların bu kaynaklardan adil pay almasını engelleyeceği görüşü etik açıdan destek bulmaktadır (Ersoy, 2003).

Tıbbi yararsızlık, tıbbin amaçları açısından değerlendirildiğinde de benzer sonuç ortaya çıkmaktadır. Arzu edilen amaçlara ulaştırmayan müdahaleler nafiledir (Jonsen et al, 1992). Yani önerilen ya da planlanan tedavi tıbbin amaçlarından herhangi birinin başarılmasına imkan vermiyorsa elde edilecek yarar bireye, kuruma ve topluma getireceği zarardan çok küçükse tedavi nafile olarak kabul edilmektedir ve etik açıdan böyle bir tedavinin sağlanması ya da sürdürülmesi beklenmemektedir. Çünkü böyle bir durumda kaynakların adil dağıtımını engellenebilmekte dolayısıyla diğer hastaların eşit yararlanma hakkı ihlal edilebilmektedir (Ersoy, 2003).

Sonuç olarak; tıbbi yararsızlığı belirlenmiş olan yaşamı destekleyen tedavilerin hiç başlanmaması ile başlandıktan sonra çekilmesi arasında ahlaki sorumluluk açısından bir fark bulunmamaktadır. Hekim hastasına yarar sağlamayan bir tedaviye başlayarak ya da sürdürerek ölüm sürecini uzatmamalı diğer hastaların elde edebileceği yararları göz ardı etmemelidir (Ersoy, 2003).

1983 Ekim ayında yayınlanan Venedik Bildirgesi'nde de olağandışı tedaviler ve nafile tedaviyle ilgili olarak: "Hekim hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan ve olağan olmayan yöntemler uygulamaktan kaçınmalıdır" maddesi bulunmaktadır (Venedik Bildirgesi, 1983).

### 2.3.3.6. Triyaj

Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin kararlara yönelik yukarıda söz edilen etik ilke ve ayrımlar kaynak sınırlılığı söz konusu olmadığında da geçerlidir. Ancak; artan ihtiyaçlar, giderek fiyatları yükselen ve alanı genişleyen tıbbi uygulamalar ve sınırlı kaynaklar, bu durumlar dışında da tedavilerin sonlandırılmasına yönelik kararları düşünmeye zorlamaktadır. Kararlar tam bir kıtlık sebebiyle (yoğun bakım yataklarının tamamının dolu olması) veya bir uygulamanın maliyetinin beklenen faydalara oranla çok yüksek olması gibi iki seçenek arasında tercih yapma zorunluluğu sebebiyle alınabilmektedir (Stanley, 1992).

Temel olarak kaynakların sınırlılığı durumunda bu kaynakların etkin kullanımını sağlamak amacıyla hastalar arasında seçim yapmak anlamına gelen *triyaj* terimi, tıpta hastalığın değerlendirilmesi ve acillığe dayanarak bir hasta için, en uygun yeri belirlemek için kullanılan bir yöntemi ifade eder. Ayırma, seçme anlamındaki Fransızca "*trier*" fiilinden gelen triyajın amacı ulaşılabilir tıbbi kaynakları mümkün olduğunca etkin ve verimli kullanmaktır. Geleneksel ve çağdaş anlamında triyajın temel öncülü "en fazla sayı için en fazla iyiyi yapmaktır". Bunun için triyaj kararları sıklıkla sosyal yaradansa tıbbi yararı gözetir (Beauchamp and Childress, 1989; SCCMEC, 1994a).

Pek çok durumda hastalar tıbbi ihtiyaçlarına göre sınıflandırılır: hemen yardım edilmezse ölecek olanlar, ufak yaralanmaları olanlar ve etkili hiçbir tedavi verilemeyecek olanlar. Genel olarak, bireylerin sosyal değerinin karşılaştırılmasını içermeyen, tıbbi yarara dayalı bir ayırım şeması tedavi önceliklerini belirlemek için kullanılabilir. Bununla beraber; bazı durumlarda sosyal değer yargıları kaçınılmaz olabilmektedir. Bir deprem sonrasında hafif yaralanmaları olsa da diğerlerine yardım edebilmeleri için sağlık çalışanlarına tedavi önceliği verilmesi gibi (Beauchamp and Childress, 1989).

**YBÜ kaynaklarının triyajı:** Hasta bireylerin ve hekimlerin kararlarını sınırlandırabilen yoğun bakım hastalarının triyaj kararlarında dikkate alınan en önemli konu sağ kalım ve fonksiyon olarak hastanın beklenen sonucudur ki bu hastanın tıbbi durumuna bağlıdır. Genel olarak prognozu iyi olan hastaların prognozu kötü olan hastalara oranla önceliği bulunmaktadır. Eşit prognozu olan hastalar

arsında verilecek karar ilk gelene ilk hizmet şeklinde olmaktadır. Prognozu kötü olan ve YBÜ den yarar olasılığı az olan hastaların ya da YBÜ bakımı olsun olmasın iyi olacak hastaların yoğun bakıma kabul edilmemesi gerekmektedir. Triyaj kararları için fayda ve yararlılığı belirlemede göz önüne alınması gereken faktörler şunlardır: Başarılı sonuç olasılığı, hastalığına bağlı olarak hastanın yaşam beklentisi, hastanın beklenen yaşam kalitesi, hasta ya da vekilin istekleri, etkilenenlere yükü -ki bu finansal ve psikolojik maliyeti ve diğer hastaların tedavisi için kaçırılan fırsatları içerir, toplumun sağlık ihtiyaçları ve diğer ihtiyaçları, bireysel ve kurumsal ahlaki ve dini değerler. Hasta bireyler için verilen triyaj kararları: açık, hakkaniyetli ve adil olmalı, keyfi ve önyargılı şekilde verilmemelidir. Etnik köken, ırk, cinsiyet, inanç, sosyal değer, cinsel tercih, ödeme gücü kesinlikle triyaj kararları vermede dikkate alınmamalı ve triyaj politikaları önceden halka ve mümkünse kabul öncesinde hastalara ve vekillerine açıklanmalıdır. Triyaj kararları hasta ya da vekilinin onamı olmaksızın verilebilir. Triyaj kararlarının açıklanması, hastalar, vekilleri ve hekimler arasında iletişim, anlayış ve işbirliğini sağlamaya yardımcı olabilmektedir. Genel kural, YBÜ'de yatan ve YBÜ bakımına hala ihtiyacı olan hastalara karşı yükümlülüğün, yeni hastaları kabul etme yükümlülüğünden daha ağır olduğudur. Bununla birlikte; yeni bir hastayı YBÜ'ne kabul etmek için mevcut bir hastanın YBÜ'den taburcu edilmesini haklı çıkarabilecek durumlar da olabilmektedir. Eğer yeni hastanın üniteye kabul edilmesi halen bakım altında olan hastanın sonucunu kötü etkileyecekse o zaman bu kabul sadece; yeni kabul edilecek hastanın göreceği yarar önemli ve kesinse ve mevcut hastanın göreceği zarar tahminiye veya önemli değilse haklı çıkarılabilmektedir. Bir hasta için YBÜ ret ya da taburcu kararları talihsiz bir sonuç tahminine rağmen uygun şekilde verilebilir. Örneğin ağır, geri dönüşsüz beyin hasarı veya geri dönüşsüz çoklu organ yetmezliği olan ya da kemoterapi ve radyoterapiye yanıt vermeyen terminal dönem kanser hastaları -bu hastalıklar için özelleşmiş YBÜ'lerde değilse veya özel protokole sahip değilse- YBÜ'ne kabul edilmeyebilirler (Engelhardt and Rie, 1986; Raffin, 1993; Sprung, 1993; SCCMEC, 1994a; Şahinoğlu, 2003b).

### 3. GEREKÇE VE AMAÇ

Tıbbi kaynakların ihtiyacı olan herkesin taleplerini karşılamaya yetemeyeceği bilinen bir gerçektir. Talep edenlerin sayısı mevcut kaynakları aştığında, kaynaklardan kimin yararlanacağına karar vermek, yani dağıtıcı adalet önem kazanmaktadır. Sağlık bakımında kaynakların nasıl dağıtılacağına karar vermek ve hastalar arasında öncelik belirlemek yeni bir sorun değildir. Tıbbi kaynakların paylaşılmasına ilişkin öncelik belirleme yöntemleri zamana ve yere göre değişse de hastalar ve tedaviler arasında seçim yapmak tıp pratiği kadar eski bir konudur (Ryynanen et al., 1999; Sherman, 2002).

En basit sağlık-bakım hizmetine ulaşmada dahi söz konusu olan dağıtım şekilleri, çoğunlukla her bir sağlık kurumunda bulunmayan, sınırlı sayıda olan tıbbi kaynakların paylaşılması söz konusu olduğunda daha can alıcı hale gelmektedir. Her ihtiyacı olan hastaya sağlanması mümkün olmayabilen; donanımlı yoğun bakım üniteleri, yaşam destek sistemleri, organ nakilleri, yapay beslenme, intravenöz sıvı verme, ventilatör, böbrek nakli, kemoterapi hatta bazen antibiyotik gibi; nadir bulunan, külfetli ya da yüksek maliyetli olan tıbbi kaynaklar, olağan dışı tedavi ve araçlar, daha yaygın kullanımla kıt kaynaklar olarak değerlendirilmektedir (Ersoy, 2003). Bu şekilde adlandırılan sağlık bakım kaynaklarının etkin, yararlı kullanımını sağlamak, savurganca kullanılmasını önlemek için bir takım standartlara ihtiyaç duyulmaktadır (Harris, 1987). Bu nedenle Batılı ülkelerde tıbbi kaynakların adil paylaşılmasına olanak tanıyacak bir takım ölçütler geliştirilmiştir. *Maliyet-fayda analizi, maliyet etkinlik analizi, beklenen kaliteli yaşam yılı ve elde edilecek tıbbi yarar* gibi hastanın tıbbi durumuna dayanan ölçütler ile *hastanın sosyal değeri, biyolojik yaşı* gibi hastanın özelliklerine dayanan çeşitli standart seçme ölçütleri önerilmekte ve / veya uygulanmaktadır (Strauss et al., 1986; Kilner, 1988; Hadorn, 1991; SCCMEC, 1994a; Cookson and Dolan, 2000; Schwappach, 2002).

**Çalışmanın amacı:** Yapılan literatür taramasında, yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasına ilişkin; ülkemize özgü, genel kabul gören politikalara ya da seçme ölçütlerine rastlanmamıştır. Bununla birlikte; dağıtıma yönelik belirli bir politikaya dayalı olsun olmasın sağlık çalışanları günlük mesleki uygulamalarında mevcut kaynakları bir şekilde paylaşmaktan durumundadır (Buchanan, 1989; Truog, 1992).

Özellikle yaşamsal önemi olan kıt kaynaklardan yararlandırılacak hastanın seçimi ile ilgili kararlara yol gösterici olacak ulusal bir dağıtım ölçütünün bulunmaması; kararların tıp etiğine uygunluğu konusunda endişe yaratabildiği gibi, yoğun bakım ünitesi çalışanlarının kaynakları paylaşırma konusunda ciddi ikilemler yaşamalarına neden olabilmektedir.

Batılı ülkelerde, yoğun bakım çalışanlarının karar sürecinde endişe yaratan bir karar almamasına ve kaynakları adil paylaşırma ödevini yerine getirmesine olanak tanıyabilen, dolayısıyla olası ikilemleri azaltabilen dağıtıcı ölçütler konusunda, yoğun bakım çalışanlarının tutum ve deneyimleri ile kıt kaynakları paylaşırma kararlarında tıbbi, sosyal, ekonomik etkenlerin rolünü belirlemek üzere çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Vincent, 1990; Tymstra and Andela, 1993; SCCMEC, 1994b; Payne et al., 1996; Ryyanen et al., 1999; Schwappach, 2002; Cardoso et al., 2003; Giannini et al., 2003; Escher et al., 2004).

Tutumlar; bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimlerdir. Kendileri gözlenemeyen, fakat gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan tutumlar bu nedenle olayları incelemede ara değişken olarak kullanılabilirler (Kağıtçıbaşı, 1988). Bu nedenle; sağlık çalışanlarının tutum ve deneyimleri konusunda bilgi veren çalışmalardan elde edilen verilerle kıt kaynakları paylaşırma ile ilgili ulusal politikaların, adalet ölçütlerinin belirlenmesi yoluna gidilmektedir.

Biz de bu çalışmayla ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşırma ile ilgili deneyim ve tutumları hakkında bilgi edinmeyi, elde edilen sonuçları da çağdaş adalet kuramları ve Batı ülkelerinde oluşturulmuş ulusal veya kurumsal politikalarla tartışarak ülkemizde olası politikaların oluşumuna katkı sağlayabilecek öneriler sunmayı amaçladık

#### 4. GEREÇ VE YÖNTEM

*Araştırmanın yeri:* Çalışma Kuşadası'nda 5–8 Mayıs 2004 tarihleri arasında 473 yoğun bakım çalışanın katılımı ile gerçekleştirilen XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'nde yürütülmüştür.

*Çalışma formunun hazırlanışı, sunulduğu ve yapısı:* Beş aylık ilgili literatür taramasının ardından, amaca uygun anket soruları ve vakalar bir araya getirilerek bir çalışma formu hazırlanmıştır (Kilner, 1988; Vincent, 1990; Tymstra and Andela, 1993; SCCMEC, 1994b; Nord et al., 1995; Bowling, 1996; Dolan et al., 1999; Ryyanen et al., 1999). Geliştirilen çalışma formu, vakaların kolayca kavranmasını sağlamak amacıyla genel cerrahi, göğüs cerrahisi, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının; çalışma amacının korunması ve anlaşılabilmesi için tıp etiği uzmanlarının; dil açısından anlaşılabilirliğini test etmek için Türk Dili uzmanının görüşüne sunulmuştur. Bilgi, dil ve formun yapısı ile ilgili uzman önerileriyle yapılan değişikliklerin ardından 14–19 Ocak 2004 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerle pilot çalışma yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre pilot çalışmada kullanılan formun yapısında herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek kalmamıştır.

Çalışma formunun ilk bölümünde *yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama* gibi kişisel özellikler, *meslek, uzmanlık alanı, mesleki deneyim süresi, yoğun bakımda çalışma süresi, yoğun bakıma kabul ve taburcu kararlarına katılma deneyimi* gibi profesyonel özellikler, *çalışılan kurumun türü ve büyüklüğü, çalışılan yoğun bakım ünitesi gibi kuruma ait özellikler* ile katılımcıların *dini ve siyasi görüşlerine* ilişkin maddeler yer almaktaydı.

İkinci bölümde katılımcılara ilk olarak günlük mesleki uygulamaları sırasında *triyaj kararları* verip vermedikleri sorulmuştur. Ardından, kısaca durumları tanımlanmış olan yedi hastadan hangisini / hangilerini yoğun bakıma *kabul edeceklerini* belirtmeleri istenmiştir. Daha sonra da klinik durumu tanımlanmış olan bir hastayı yoğun bakıma kabul edebilmek için formda durumları tanımlanmış altı hastadan hangisini / hangilerini *taburcu edecekleri* sorulmuştur.

Üçüncü bölümde ise katılımcılara tıp etiği literatüründe yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasında gözetilmesi önerilen; yaş, tıbbi durum, tıbbi yarar-

yararsızlık, yaşam kalitesi, sosyal değer, sosyal adalet ve kişisel sorumluluk gibi ölçütlerin *kendi kararlarındaki önemi* sorulmuştur. Çalışma formunun son sorusu bu kararları verirken kurumsal politikalara ihtiyaç duyup duymadıklarıdır.

Çalışmamıza katılmış olan yoğun bakım çalışanlarının sayısının fazla olmaması, ancak; bağımsız değişkenlerimizin sayısının fazla olması karar seçeneklerinin üç ile sınırlandırılmasına neden olmuştur. Bu nedenle çalışma formumuzda sorular üçlü Likert skalasına uygun şekilde yapılandırılmıştır.

Kocaeli Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 21.01.2004 tarihinde AEK5/4 (Proje no: 7) sayılı ön onay almış olan çalışmamız için 17.05.2005 tarihinde AEK 110/8 sayı ile etiğe uygunluk onayı alınmıştır.

***Araştırmaya katılma ve araştırmaya almama ölçütleri:*** XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'nde sözlü olarak bilgilendirildikten sonra aktif olarak bir yoğun bakım ünitesinde görev yapmakta olan hekim ve hemşireler çalışmaya davet edilmiştir. Bağımlı değişkenlerimiz "hasta kabul ve taburcu kararları" ile "kaynakların paylaşılmasında kullanılan ya da kullanılması önerilen ölçütler" olmak üzere iki bölümden oluştuğundan, çalışma formunda bu bölümlerden hiç birine yanıt vermeyen katılımcıların doldurmuş olduğu formlar geçersiz sayılarak değerlendirmeye alınmamış, ancak; bir bölümü dahi yanıtlanmış olsa çalışma formu değerlendirmeye alınmıştır.

***Çalışmanın sınırlılıkları:*** İlk örneklem grubumuz ülkemizin yoğun bakım çalışanlarının rasgele örneklemini tam olarak karşılamayabilmektedir. Çünkü grubumuz yoğun bakım konusunda bilimsel bir kongreye katılmaya ve nispeten uzun bir anket formunu yanıtlamaya vakit ayırabilen kongre katılımcılarından oluşmaktadır. İkinci olarak varsayımsal vakalarımıza yönelik yanıtlar gerçek tutum ve davranışları yansıtmıyor olabilmektedir.

***Çalışma sonuçlarının değerlendirilmesi:*** Elde edilen verilerin yüzde dağılımı alınmış, hekim ve hemşirelerden oluşan katılımcıların kişisel ve profesyonel özellikleri bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Katılımcıların verdikleri yanıtlarla bu özellikler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Ki-kare Pearson anlamlılık testi kullanılarak araştırılmış,  $p=0,05$ 'in altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir.

## 5. BULGULAR

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelerin yoğun bakıma hasta kabul, ret ve taburcu kararlarına dayanak oluşturan ölçütler hakkında bilgi edinmek amacıyla yaptığımız çalışma 5 – 8 Mayıs 2004 tarihleri arasında Kuşadası'nda gerçekleştirilen XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'nde yürütülmüştür.

Ülkemizde yoğun bakım ünitesi kaynaklarının paylaşılmasına rehber olabilecek politikaların oluşumunda katkı sağlayacağını umduğumuz çalışmanın yürütüldüğü XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'ne 380 hekim 93 hemşire olmak üzere 473 yoğun bakım çalışanı katılmıştır. Yoğun bakım çalışanlarının kıt kaynakları paylaşırma konusunda tutum, görüş ve deneyimleri hakkında bilgi edinmek amacıyla hazırladığımız çalışma formlarından 204'ü kongre üyeleri tarafından alınmış ve bunların 94 (%46,0)'ü geri gelmiştir. Üç çalışma formu, sadece katılımcıların özelliklerine ilişkin sorular yanıtlanmış olduğundan çalışmaya dahil edilmemiş ve 91 çalışma formu değerlendirilmeye alınmıştır. Çalışmamıza kongreye katılan hekimlerin %19,5 (74)'i, hemşirelerin %18,3 (17)'ü katılmıştır.



## 5.1. Katılımcıların Özellikleri

Çalışmamıza katılmış olan yoğun bakım çalışanlarını sosyo-demografik özelliklerine göre sınıflandırdığımızda; çalışmamıza katılan yoğun bakım çalışanlarının %53,8 (49)'ünün erkek %46,2 (42)'sinin kadın olduğu görülmektedir. Yaşları 25 ve 50 arasında değişen katılımcıların yaş ortalamaları  $34,5 \pm 5,7$ 'dir. Yoğun bakım çalışanlarının %60,4 (55)'ü 30–39 yaş grubundadır ve %60,4 (55)'ü çocuk sahibidir. Genel olarak siyasi görüşünüz sorusunda, %13,2 (12)'si sağcı, %63,7 (58)'si solcu olduğunu bildirirken %23,1 (21)'i diğer seçeneğini işaretlemiştir. Diğer şeklinde yanıt veren katılımcıların bir kısmı (%5,5; n=5) herhangi bir siyasi görüşü savunmadığını belirtirken, diğer kısmı (%4,4; n=4) ılımlı ya da merkezde olduğunu belirtmiş, geri kalanlar (%13,2; n=12) herhangi bir yorum yapmamıştır. Yoğun bakım çalışanlarının %42,9 (39)'u dinin yaşamında önemli bir yeri olduğunu %39,6 (36)'sı pek önemli olmadığını, %17,6 (16)'sı ise hiç önemli olmadığını bildirmiştir (Tablo 5.1).

**Tablo 5.1.** Yoğun bakım çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri

| Sosyo-demografik özellikler | n         | %          |
|-----------------------------|-----------|------------|
| <b>Cinsiyet</b>             |           |            |
| <i>Erkek</i>                | 49        | 53,8       |
| <i>Kadın</i>                | 42        | 46,2       |
| <b>Yaş</b>                  |           |            |
| <i>29 yaş ≤</i>             | 17        | 18,7       |
| <i>30–39 yaş</i>            | 55        | 60,4       |
| <i>40 yaş ≥</i>             | 19        | 20,9       |
| <b>Çocuk sahibi olma</b>    |           |            |
| <i>Çocuğu var</i>           | 55        | 60,4       |
| <i>Çocuğu yok</i>           | 36        | 39,6       |
| <b>Dine verilen önem</b>    |           |            |
| <i>Önemlidir</i>            | 39        | 42,9       |
| <i>Pek önemli değildir</i>  | 36        | 39,6       |
| <i>Hiç önemli değildir</i>  | 16        | 17,6       |
| <b>Siyasi görüş</b>         |           |            |
| <i>Sağ</i>                  | 12        | 13,2       |
| <i>Sol</i>                  | 58        | 63,7       |
| <i>Diğer</i>                | 21        | 23,1       |
| <b>Toplam</b>               | <b>91</b> | <b>100</b> |

Yoğun bakım çalışanlarını profesyonel özelliklerine göre sınıflandırdığımızda; katılımcıların %81,3 (74)'ünün hekim %18,7 (17)'sinin hemşire olduğu görülmektedir. Hekimlerin %59,5 (44)'i uzman; %33,8 (25)'i asistan ve %6,8 (5)'i pratisyendir (Tablo 5.2). Uzman hekimlerin ve asistanların (n=69) uzmanlık alanlarına ya da uzmanlık eğitimi aldıkları alana göre dağılımı şöyledir: %94,2 (44)'si anesteziyoloji ve reanimasyon; %2,9 (2)'u kalp-damar cerrahisi; %1,4 (1)'ü göğüs hastalıkları ve %1,4 (1)'ü pediatri uzmanıdır veya bu alanlarda uzmanlık eğitimi almaktadır. Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı olan hekimlerin birinin yan dal uzmanlığı algolojidir ve hemşirelerden biri acil ve yoğun bakım hemşireliği uzmanıdır.

Mesleki deneyim süreleri 1 yıldan 29 yıla kadar değişen katılımcıların mesleki deneyim yılı ortalaması  $11,3 \pm 5,8$ 'dir ve %27,5 (25)'i 9–12 yıllık mesleki deneyime sahiptir. Katılımcıların yoğun bakım deneyim süreleri ise 7 ay ve 20 yıl arasında değişmektedir ve yoğun bakım deneyim yılı ortalaması  $5,3 \pm 3,8$ 'dir. Kongre üyesi olan yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını (%46,2; n=42) en fazla dört yıllık yoğun bakım deneyimine sahiptir ve %78 (71)'i hastaların kabul veya taburcu edilmesine yönelik karar sürecine katıldığını bildirmiştir (Tablo 5.2).

**Tablo 5.2.** Yoğun bakım çalışanlarının profesyonel özellikleri

| <b>Profesyonel özellikler</b>                    | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
|--|-----------|------------|
| <b>Meslek türü</b>                               |           |            |
| <i>Hemşire</i>                                   | 17        | 18,7       |
| <i>Hekim*</i>                                    | 74        | 81,3       |
| <b>* Hekimlerin statüsü</b>                      |           |            |
| <i>Uzman</i>                                     | 44        | 59,5       |
| <i>Asistan</i>                                   | 25        | 33,8       |
| <i>Pratisyen</i>                                 | 5         | 6,8        |
| <b>Mesleki deneyim yılı</b>                      |           |            |
| <i>4 yıl ≤</i>                                   | 14        | 15,4       |
| <i>5–8 yıl</i>                                   | 14        | 15,4       |
| <i>9–12 yıl</i>                                  | 25        | 27,5       |
| <i>13–16 yıl</i>                                 | 23        | 25,3       |
| <i>17 yıl ≥</i>                                  | 15        | 16,5       |
| <b>YBÜ deneyim yılı</b>                          |           |            |
| <i>4 yıl ≤</i>                                   | 42        | 46,2       |
| <i>5–8 yıl</i>                                   | 36        | 39,6       |
| <i>9 yıl ≥</i>                                   | 13        | 14,3       |
| <b>Hasta kabul / taburcu kararlarına katılma</b> |           |            |
| <i>Katılıyor</i>                                 | 71        | 78,0       |
| <i>Katılmıyor</i>                                | 20        | 22,0       |
| <b>Toplam</b>                                    | <b>91</b> | <b>100</b> |

Yoğun bakım çalışanlarını çalıştıkları kuruma ait özelliklere göre sınıflandırdığımızda; büyüklüğü 80 yataktan 1800 yatağa kadar değişen kurumlarda görev yapmakta olan katılımcıların %33 (30)'ünün devlet hastanelerinde, %11 (10)'inin SSK hastanelerinde, %54,9 (50)'unun üniversite hastanelerinde ve %1,1 (1)'inin özel hastanede görev yapmakta olduğu görülmektedir. Yoğun bakım çalışanlarının %85,7 (78)'sinin görev yaptığı kurum eğitim hastanesi özelliğine sahiptir (Tablo 5.3).

Katılımcıların yarıdan fazlası (%60,4; n=55) genel YBÜ'de, %25,3 (23)'ü cerrahi YBÜ'de, %11 (10)'i dahili YBÜ'de, %3,2 (3)'si diğer (acil, yenidoğan, pediatri) YBÜ'lerde görev yapmaktadır. Yoğun bakım çalışanlarının görev yaptıkları yoğun bakım ünitelerindeki yatak sayısı 4 ile 33 yatak arasında değişmekte ve yarısı (%50,5; n=46) en fazla 10 yataklı YBÜ'lerde, diğer yarısı ise yatak sayısı 10'dan fazla olan YBÜ'lerde görev yapmaktadır (Tablo 5.3).

**Tablo 5.3.** Yoğun bakım çalışanlarının görev yaptıkları kurumların özelliği

| <b>Kurumsal özellikler</b>    | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
|-------------------------------|-----------|------------|
| <b>Kurum türü</b>             |           |            |
| <i>Devlet Hastanesi</i>       | 30        | 33,0       |
| <i>SSK Hastanesi</i>          | 10        | 11,0       |
| <i>Üniversite Hastanesi</i>   | 50        | 54,9       |
| <i>Özel Hastane</i>           | 1         | 1,1        |
| <b>Kurum büyüklüğü</b>        |           |            |
| <i>500 yatak ≤</i>            | 36        | 39,6       |
| <i>501–999 yatak</i>          | 31        | 34,1       |
| <i>1000 yatak ≥</i>           | 16        | 17,6       |
| <i>Bilmiyor</i>               | 8         | 8,8        |
| <b>Kurumun özelliği</b>       |           |            |
| <i>Eğitim Hastanesi</i>       | 78        | 85,7       |
| <i>Eğitim Hastanesi değil</i> | 13        | 14,3       |
| <b>YBÜ türü</b>               |           |            |
| <i>Genel YBÜ</i>              | 55        | 60,4       |
| <i>Cerrahi YBÜ</i>            | 23        | 25,3       |
| <i>Dahili YBÜ</i>             | 10        | 11,0       |
| <i>Diğer</i>                  | 3         | 3,2        |
| <b>YBÜ yatak sayısı</b>       |           |            |
| <i>10 yatak ≤</i>             | 46        | 50,5       |
| <i>11–20 yatak</i>            | 37        | 40,7       |
| <i>21 yatak ≥</i>             | 8         | 8,8        |
| <b>Toplam</b>                 | <b>91</b> | <b>100</b> |

## 5.2. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul ve Taburcu Kararları

### 5.2.1. Triyaj Kararları

Çalışma formunun (Ek-1) ikinci bölümünün ilk maddesinde katılımcılara “yoğun bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalar arasında kaynakların yetersizliği nedeniyle tercih yapmak, yani triyaj kararları vermekle ilgili deneyimleri” sorulmuştur. Yoğun bakım çalışanlarının %61,5 (n=56)'i hastaları arasında kaynakların yetersizliği nedeniyle bazen tercih yapmak zorunda kaldığını, %18,7 (n=17)'si sıklıkla tercih yaptığını, %19,8 (n=18)'i ise nadiren tercih yapmak zorunda kaldığını ya da hiç kalmadığını bildirmiştir (Tablo 5.4).

**Tablo 5.4.** Yoğun bakım çalışanlarının triyaj kararları verme deneyimi

| Soru: Hastalar arasında kaynakların yetersizliği nedeniyle tercih yapmak zorunda kalıyor musunuz? | n         | %          |
|---|-----------|------------|
| Sıklıkla  | 17        | 18,7       |
| Bazen   | 56        | 61,5       |
| Çok nadir ya da hiçbir zaman  | 18        | 19,8       |
| <b>Toplam</b>   | <b>91</b> | <b>100</b> |

### 5.2.2. Hasta Kabul Kararları

Katılımcılara yoğun bakım ünitesinde mevcut tek bir yatak olduğunu varsaydıklarında formda durumları kısaca tanımlanmış olan hastaları “yoğun bakıma kabul kararı verip vermeyecekleri” sorulmuştur. Çalışma formunda tanımlanan hasta durumları ve katılımcıların bu hastaları kabul oranları Tablo 5.5’te gösterilmektedir.

**Tablo 5.5.** Yoğun bakım ünitesine kabul edilmesi istenen hastaların tercih oranları

| Vaka no | Hastanın durumu   | Kabul etme oranı |      | N  |
|---------|---|------------------|------|----|
|         |   | n                | %    |    |
| 1       | 25 yaşında, kadın hasta. Kalıcı bitkisel hayattadır ve ARDS (acute respiratory distress syndrome)'si vardır   | 44               | 49,4 | 89 |
| 2       | 50 yaşında, erkek hasta. Terminal dönem metastatik akciğer kanseri ve masif hemoptizisi vardır.   | 17               | 19,1 | 89 |
| 3       | 50 yaşında, erkek hasta. Terminal dönem metastatik akciğer kanseri. Myokard enfarktüsü (MI) ve prematür ventrikül ekstrasistolü vardır.   | 27               | 30,0 | 90 |
| 4       | 35 yaşında, AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) hastası. Pneumocystic carinii pnömonisi var ve 5 gündür Bactrim' le tedavi ediliyor. Solunum yetersizliği gelişmiş-ki bu terminal döneme çok yakınken gelişir.  | 39               | 43,8 | 89 |
| 5       | 60 yaşında, erkek hasta. Hafif derecede kronik obstrüktif akciğer hastasıdır (KOA). Guillian-Barre sendromuna (geri dönüşlü bir hastalıktır) ikincil akut solunum yetersizliği gelişmiştir (PCO2 akut olarak 80mmHg'ye yükselmiş ve mental durumu bozulmuştur). Hastanın böyle bir durumda ventilatör desteğini reddeden bir yaşayan dileği vardır. | 54               | 61,4 | 88 |
| 6       | 50 yaşında, kadın hasta. 20 yıldır multiple sclerosisli (MS), 10 yıldır da kuadripilejik olan hastanın terminal dönemde olduğu düşünülmektedir. Sağ ana bronşa takılan beslenme sondası nedeniyle gelişen aspirasyon pnömonisi sonrası entübe edilmiştir.   | 54               | 60,0 | 90 |
| 7       | 80 yaşında, KOAH'lı ve ARDS'li erkek hasta  | 58               | 64,4 | 90 |

Çalışmamıza katılmış olan yoğun bakım çalışanlarının yarısından fazlası Tablo 5.5'te sunulmuş olan “80 yaşındaki KOAH hastasının” (Vaka 7; %64,4), “yaşam desteğini reddeden diğer KOAH hastasının” (Vaka 5; %61,4) ve “hekim hatası nedeniyle pnömoni gelişen terminal dönem MS hastasının” (Vaka 6; %60) yoğun bakım ünitesine kabul edilmesini tercih etmektedir. Yoğun bakım çalışanları tıbbi yarar oranının en az olma olasılığı bulunan “terminal dönem akciğer kanseri hastasını” (Vaka 2; %19,1), “MI geçirmiş olan metastatik akciğer kanseri hastasını” (Vaka 3; %30) ve “terminal dönem AIDS hastasını” (Vaka 4; %43,8) daha az tercih etmektedir.

### 5.2.2.1. Kabul Kararlarının Yoğun Bakım Çalışanlarının Sosyo-demografik ve Profesyonel Özellikleri ile İlişkisi

Kongre üyesi olan yoğun bakım çalışanlarının Tablo 5.5'te tanımlanan hastaları yoğun bakıma kabul kararları ile *sosyo-demografik* ve *profesyonel özelliklerinin* istatistiksel olarak ilişkisi sınanmıştır. Elde edilen sonuçları tablodaki vaka sıralamasına göre incelediğimizde:

Yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını tarafından (%49,4; n=44) yoğun bakıma kabul edileceği bildirilen “bitkisel hayatta olan 25 yaşındaki hasta (*Vaka 1*)” için katılımcıların verdikleri kararlar ile yaşamlarında *dine verdikleri önem* ve *triyaj kararları verme* deneyimine sahip olma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (Tablo 5.6).

Bitkisel hayattaki bu hastayı yoğun bakıma en yüksek oranda (%63,2; n=24) kabul edeceğini bildiren yoğun bakım çalışanları dinin yaşamlarında önemli bir yeri olduğunu belirten katılımcılardır. Yoğun bakım çalışanlarından yaşamlarında dinin hiç önemli yeri olmadığını (%50; n=8) ya da pek önemli olmadığını (%34,3; n=12) belirtenler, bitkisel hayattaki bu hastayı yoğun bakıma daha düşük oranda kabul edeceklerini bildirmişlerdir ( $X^2=6,078;df=2;p=0,048$ ). Ayrıca bu hastayı yoğun bakıma en yüksek oranda kabul edeceğini bildiren yoğun bakım çalışanlarını (%60;n=33) “bazen” triyaj kararları vermek durumunda kalan katılımcılar oluşturmaktadır ( $X^2=7,995;df:2;p=0,018$ ), (Tablo 5.6).

**Tablo 5.6.** “Bitkisel hayattaki hastayı” kabul kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların özellikleri  | Kararlar     |             |             |             | Anlamlılık ( $X^2$ )          |
|---|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------|
|   | Kabul ederim |             | Kabul etmem |             |                               |
|   | n            | %           | n           | %           |                               |
| <b>Vaka 1: “25 yaşında, kadın hasta. Kalıcı bitkisel hayattadır ve ARDS (acute respiratory distress syndrome)'si vardır”.</b> |              |             |             |             |                               |
| <i>Dinin rolü</i>   |              |             |             |             | <i>Dinin rolü</i>             |
| <i>Önemlidir</i>  | 24           | 63,2        | 14          | 36,8        | $X^2=6,078$                   |
| <i>Pek önemli değildir</i>  | 12           | 34,3        | 23          | 65,7        | $p=0,048$                     |
| <i>Hiç önemli değildir</i>  | 8            | 50,0        | 8           | 50,0        |                               |
| <i>Triyaj kararları verme</i>   |              |             |             |             | <i>Triyaj kararları verme</i> |
| <i>Sıklıkla</i>   | 7            | 43,8        | 9           | 56,3        | $X^2=7,995$                   |
| <i>Bazen</i>  | 33           | 60,0        | 22          | 40,0        | $p=0,018$                     |
| <i>Nadiren ya da hiçbir zaman</i>   | 4            | 22,2        | 14          | 77,8        |                               |
| <b>Toplam</b>   | <b>44</b>    | <b>49,4</b> | <b>45</b>   | <b>50,6</b> | <b>89 / 100,0</b>             |

Bununla birlikte; “bitkisel hayattaki” bu vakaya ilişkin kararlar ile *cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, siyasi görüş, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı* ve yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında *karar sürecine katılma* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık beşte biri (%19,1; n=17) “terminal dönem akciğer kanseri hastası (Vaka 2)” için, yaklaşık üçte biri de (%30; n=27) “MI geçirmiş olan metastatik akciğer kanseri hastası (Vaka 3)” için yoğun bakıma kabul kararı vereceğini bildirmiştir (Tablo 5.5). Yoğun bakım çalışanlarının bu iki vakaya ilişkin kararları ile *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını (%43,8; n=39) tarafından yoğun bakıma kabul edileceği bildirilen “terminal dönem AIDS hastasına (Vaka 4)” ilişkin ve yarıdan fazlası (%61,4; n=54) tarafından kabul edilecek olan “yaşam desteğini reddeden KOAH hastasına (Vaka 5)” ilişkin kararlar (Tablo 5.5) ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

*Vaka 6* ile tanımlanan ve yoğun bakım çalışanlarının yarısından fazlası (%60,0; n=54) tarafından yoğun bakıma kabul edileceği bildirilen “hekim hatası nedeniyle pnömoni gelişen terminal dönem MS hastasına” ilişkin kararlar ile katılımcıların *siyasi görüşleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir (Tablo 5.7).

Sağcı olduğunu bildiren yoğun bakım çalışanlarının tamamına yakını (%91,7; n=11), solcu olduğunu bildiren yoğun bakım çalışanlarının ise daha azı (%52,6; n=30) bu hastayı yoğun bakıma kabul edeceğini bildirmiştir ( $X^2=6,335$ ;  $df:2$ ;  $p=0,042$ ), (Tablo 5.7).

**Tablo 5.7.** “Hekim hatası nedeniyle pnömoni gelişen terminal dönem MS hastasını” kabul kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların özellikleri   | Kararlar     |             |             |             | Anlamlılık ( $X^2$ )                              |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|---|
|  | Kabul ederim |             | Kabul etmem |             |   |
|  | n            | %           | n           | %           |   |
| <b><i>Vaka 6: “50 yaşında, kadın hasta. 20 yıldır multiple sclerosisli, 10 yıldır da kuadripilejik olan hastanın terminal dönemde olduğu düşünülmektedir. Sağ ana bronşa takılan beslenme sondası nedeniyle gelişen aspirasyon pnömonisi sonrası entübe edilmiştir”.</i></b> |              |             |             |             |   |
| <i>Siyasi görüşü</i>   |              |             |             |             | <i>Siyasi görüş</i><br>$X^2=6,335$ ;<br>$p=0,042$ |
| <i>Sağ</i>   | 11           | 91,7        | 1           | 8,3         |   |
| <i>Sol</i>   | 30           | 52,6        | 27          | 47,4        |   |
| <i>Diğer</i>   | 13           | 61,9        | 8           | 38,1        |   |
| <b>Toplam</b>  | <b>54</b>    | <b>60,0</b> | <b>36</b>   | <b>40,0</b> |   |

*Vaka 6*’da tanımlanan bu hastaya ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, hasta kabul ve taburcu kararlarında karar sürecine katılması ve triyaj kararları verme deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Son olarak, yoğun bakım çalışanlarının yarısından fazlası (%64,4; n=58) tarafından yoğun bakıma kabul edileceği bildirilen “80 yaşındaki KOAH’lı ve ARDS’li erkek hasta (*Vaka 7*)” için verilen kararlar ile katılımcıların *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.



### 5.2.3. Hasta Taburcu Kararları

Çalışma formunun ikinci bölümünün son maddesinde katılımcılara, “akut solunum yetersizliği nedeniyle yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyan 25 yaşındaki bir astım hastasını” yatırabilmek için durumları kısaca tanımlanan 6 hasta için “*taburcu kararı verip vermeyecekleri*” sorulmuştur. Yoğun bakım çalışanlarının bu hastalar için verdikleri kararlar Tablo 5.8’de gösterilmektedir.

**Tablo 5.8.** Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmesi istenen hastaların tercih oranları

| Vaka no | Hastanın durumu  | Taburcu etme Oranı |      | N  |
|---------|--|--------------------|------|----|
|         |  | n                  | %    |    |
| 1       | “20 yaşında, erkek hasta. Subaraknoid kanama nedeniyle yoğun bakıma kabulünden sonra 2 hafta komada kalmıştır. Spontan solunumu olmasına rağmen ventilatör desteğine ihtiyaç duymaktadır”.                             | 6                  | 6,7  | 90 |
| 2       | “45 yaşında, kadın hasta. Çoklu organ yetersizliği nedeniyle 8 haftadır yoğun bakımdadır. Orta doz dopamin ve orta düzeyde PEEP (positive end-expiratory pressure) almaktadır”   | 12                 | 13,5 | 89 |
| 3       | “45 yaşında, kadın hasta. Çoklu organ yetersizliği nedeniyle yoğun bakımdadır. Böbrek yetmezliği vardır; ancak artık diyaliz ihtiyacı yoktur. ARDS'si giderilmiştir; fakat hala ventilatör desteği gerekmektedir”      | 8                  | 8,9  | 90 |
| 4       | “60 yaşında, erkek hasta. 3 ay önce Mİ geçirmiştir. Aort anevrizması ameliyatının üzerinden 16 saat geçmiştir. Hemodinamisi stabildir, pulmoner arter kateteri vardır”.  | 33                 | 36,7 | 90 |
| 5       | “6 yaşında, çocuk. Beyin ölümü vardır. Organ bağışını konuşmak için ailesi beklenmektedir”.  | 35                 | 39,3 | 89 |
| 6       | “40 yaşında, kadın hasta. Otomobilini elektrik direğine çarparak intihara teşebbüs etmiştir. Yapılan ameliyat sonrası ventilatör gereklidir; ancak kadın, huzur içinde ölmek için her şeyin çekilmesini istemektedir”. | 22                 | 24,7 | 89 |

Tabloda da görüldüğü gibi yoğun bakım çalışanlarının daha büyük çoğunluğu yeni bir hastayı yatırabilmek için “beyin ölümü olan çocuk” (*Vaka 5*; %39,3) ve “aort anevrizması ameliyatı geçiren hasta” (*Vaka 4*; %36,7) için taburcu kararı vermiştir. Yoğun bakım çalışanlarının daha azı ise *Vaka 1*’de tanımlanan “iki hafta

komada kaldıktan sonra solunumu dönen” hastayı (%6,7) ve *Vaka 3*’te tanımlanan “çoklu organ yetersizliği olup ventilatör desteği gereken” hastayı (%8,9) taburcu etmeyi tercih etmiştir (Tablo 5.8).

### ***5.2.3.1. Taburcu Kararlarının Yoğun Bakım Çalışanlarının Sosyo-demografik ve Profesyonel Özellikleri ile İlişkisi***

Yoğun bakım çalışanlarının hastaların taburcu edilmesine ilişkin kararları ile *sosyo-demografik* ve *profesyonel özelliklerinin* istatistiksel açıdan anlamlılığını incelenmiştir. Elde edilen sonuçları Tablo 5.8’de verilen vaka sırasına göre incelediğimizde:

Yoğun bakım çalışanlarının “akut solunum yetersizliği nedeniyle yoğun bakıma ihtiyaç duyan astım hastasını” yatırabilmek için en düşük oranda (%6,7; n=6) taburcu kararı verdiği hasta *Vaka 1*’de tanımlanan “subaraknoid kanama nedeniyle iki haftadır komada olan, spontan solunumu olmasına rağmen ventilatör desteğine ihtiyacı bulunan genç hastadır” (Tablo 5.8).

Yoğun bakım çalışanlarının bu vakaya ilişkin kararları ile *yaş* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir ( $X^2=10,781;df:2;p=0,005$ ). Yirmili yaşlarda olan katılımcıların dörtte biri (% 25,0;n=4) bu hastayı taburcu edeceğini bildirirken otuzlu ve kırklı yaşlarda olan katılımcıların çok azı bu hastanın yoğun bakımdan taburcu edilmesine karar vereceğini bildirmiştir (sırasıyla %1,8; n=1 - %5,3; n=1), (Tablo 5.9).

**Tablo 5.9.** “İki haftalık komadan sonra solunumu dönen hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların Özellikleri  | Kararlar       |            |               |             | Anlamlılık ( $X^2$ )                      |
|---|----------------|------------|---------------|-------------|---|
|   | Taburcu ederim |            | Taburcu etmem |             |   |
|   | n              | %          | n             | %           |   |
| <b>Vaka 1: “20 yaşında, erkek hasta. Subaraknoid kanama nedeniyle yoğun bakıma kabulünden sonra 2 hafta komada kalmıştır. Spontan solunumu olmasına rağmen ventilatör desteğine ihtiyaç duymaktadır”.</b> |                |            |               |             |   |
| <i>Yaş</i>  |                |            |               |             | <i>Yaş</i><br>$X^2=10,781$ ;<br>$p=0,005$ |
| <i>29 yaş ≤</i>   | 4              | 25,0       | 12            | 75,0        |   |
| <i>30-39 yaş</i>  | 1              | 1,8        | 54            | 98,2        |   |
| <i>40 yaş ≥</i>   | 1              | 5,3        | 18            | 94,7        |   |
| <b>Toplam</b>   | <b>6</b>       | <b>6,7</b> | <b>84</b>     | <b>93,3</b> | <b>90 / 100,0</b>                         |

Katılımcıların “iki haftalık komadan sonra solunumu dönen genç hastanın” taburcu edilmesine ilişkin kararları ile *cinsiyet, çocuk sahibi olma, dini ve siyasi görüş, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olma ve triyaj kararları verme deneyimine sahip olma* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının %13,5 (12)’inin taburcu edeceğini bildirdiği *Vaka 2*’de tanımlanan “çoklu organ yetersizliği nedeniyle iki aydır yoğun bakımda olan, orta doz dopamin ve orta düzeyde PEEP alan 45 yaşındaki kadın hasta” (Tablo 5.8) için verilen kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının küçük bir kısmı tarafından (%8,9; n=8) taburcu edilmesine karar verilen *Vaka 3*’teki “çoklu organ yetersizliği nedeniyle yoğun bakımda bulunan, diyaliz ihtiyacı olmayan ve ARDS’si giderilmiş olan 45 yaşındaki kadın hastaya” (Tablo5. 8) ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının *yaşı, çocuk sahibi olması* ve çalıştığı ünite *karar sürecine katılması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir (Tablo 5.10).

**Tablo 5.10.** “Çoklu organ yetersizliği olup ventilatör desteği gereken hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların Özellikleri   | Kararlar       |            |               |             | Anlamlılık ( $X^2$ ) |
|--|----------------|------------|---------------|-------------|----------------------|
|  | Taburcu ederim |            | Taburcu etmem |             |                      |
|  | n              | %          | n             | %           |                      |
| <b>Vaka 3: “45 yaşında, kadın hasta. Multiple organ yetmezliği nedeniyle yoğun bakımdadır. Böbrek yetmezliği vardır; ancak artık diyaliz ihtiyacı yoktur. ARDS'si giderilmiştir; fakat hala ventilatör desteği gerekmektedir”.</b> |                |            |               |             |                      |
| <i>Yaş</i>   |                |            |               |             | <i>Yaş</i>           |
| 29 yaş ≤   | 4              | 25,0       | 12            | 75,0        | $X^2=7.065$          |
| 30–39 yaş  | 2              | 3,6        | 53            | 96,4        | $p=0,029$            |
| 40 yaş ≥   | 2              | 10,5       | 17            | 89,5        |                      |
| <i>Çocuk sahibi olma</i>   |                |            |               |             | $X^2=4.818$          |
| Çocuğu Var   | 2              | 3,6        | 53            | 96,4        | $p=0,028$            |
| Çocuğu yok   | 6              | 17,1       | 29            | 82,9        |                      |
| <i>Hasta kabul/taburcu kararlarına</i>   |                |            |               |             | $X^2=3.920$          |
| Katılıyor  | 4              | 5,7        | 66            | 94,3        | $p=0,048$            |
| Katılmıyor   | 4              | 20,0       | 16            | 80,0        |                      |
| <b>Toplam</b>  | <b>8</b>       | <b>8,9</b> | <b>82</b>     | <b>91,1</b> | <b>90 / 100,0</b>    |

Bu hastayı yirmili yaşlarında olan katılımcılar en yüksek oranda (%25; n=4) taburcu edeceğini bildirmişken, taburcu kararı kırklı yaşlarda (%10,5; n=2) ve otuzlu yaşlarda (%3,6; n=2) olan yoğun bakım çalışanlarının daha azı tarafından verilmektedir ( $X^2=7,065; 2df=2; p=0,029$ ), (Tablo 5.10).

Çocuk sahibi olmayan yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık beşte biri (%17,1; n=6), çocuk sahibi olanların ise çok azı (%3,6; n=2) ve hastaların kabul ya da taburcu kararlarında karar sürecine katılmayan yoğun bakım çalışanlarının beşte biri (%20,0; n=4), katılanların ise çok azı (%5,7; n=4) “çoklu organ yetersizliği olup ventilatör desteği gereken” bu hastayı yoğun bakımdan taburcu edeceğini bildirmiştir (sırasıyla:  $X^2=4,818; df:1; p=0,028$ ;  $X^2=3,920; df:1; p=0,048$ ), (Tablo 5.10).

Vaka 3’teki bu hastanın taburcu edilmesine ilişkin kararlar ile *cinsiyet, dini ve siyasi görüş, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı ve triyaj kararları verme deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının üçte birinden daha fazlası (%36,7; n=33) Vaka 4’te tanımlanan “3 ay önce MI, 16 saat önce aort anevrizması ameliyatı geçirmiş olan 60

yaşındaki erkek hastanın” yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmesine onay vereceğini bildirmiştir (Tablo 5.8).

Bu hastanın yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmesine ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının *meslek türü* ( $X^2=5,592;df:1;p=0,018$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası (%62,5; n=10) hekimlerin ise yaklaşık üçte biri (%31,3; n=23) hastanın yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmesine karar vereceğini bildirmiştir (Tablo 5.11).

**Tablo 5.11.** “Aort anevrizması ameliyatı geçiren hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların Özellikleri   | Kararlar       |             |               |             | Anlamlılık ( $X^2$ )                            |
|--|----------------|-------------|---------------|-------------|---|
|  | Taburcu ederim |             | Taburcu etmem |             |   |
|  | n              | %           | n             | %           |   |
| <b>Vaka 4: “60 yaşında, erkek hasta. 3 ay önce Mİ geçirmiştir. Aort anevrizması ameliyatının üzerinden 16 saat geçmiştir. Hemodinamisi stabildir, pulmoner arter kateteri vardır”.</b> |                |             |               |             |   |
| <i>Meslek türü</i>   |                |             |               |             | <i>Meslek türü</i><br>$X^2=5.592;$<br>$p=0,018$ |
| <i>Hekim</i>   | 23             | 31,1        | 51            | 68,9        |   |
| <i>Hemşire</i>   | 10             | 62,5        | 6             | 37,5        |   |
| <b>Toplam</b>  | <b>33</b>      | <b>36,7</b> | <b>57</b>     | <b>63,3</b> |   |
|  |                |             |               |             | <b>90 / 100,0</b>                               |

Bununla birlikte; bu hastanın taburcu edilmesine ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olması ve triyaj kararları verme deneyimine sahip olması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının en yüksek oranda taburcu kararı verecekleri hasta (%39,3; n=35) *Vaka 5*'te tanımlanan “beyin ölümü olan çocuktur” (Tablo 5.8). Bu çocuğun taburcu edilmesine ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul veya taburcu kararlarında *karar sürecine katılıyor olması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir ( $X^2=4,621;df:1;p=0,032$ ), (Tablo 5.12).

Hastaları kabul ve taburcu etmekle ilgili karar sürecine katılan yoğun bakım çalışanlarının üçte biri (%33,3; n=23); katılmayanların yarısından fazlası (%60,0; n=12) bu çocuk hasta için taburcu kararı vermektedir (Tablo 5.12).

**Tablo 5.12.** “Beyin ölümü olan çocuğu” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların Özellikleri   | Kararlar       |             |               |             | Anlamlılık ( $X^2$ )          |
|--|----------------|-------------|---------------|-------------|-------------------------------|
|  | Taburcu ederim |             | Taburcu etmem |             |                               |
|  | n              | %           | n             | %           |                               |
| <b>Vaka 5: “6 yaşında, çocuk. Beyin ölümü vardır. Organ bağışını konuşmak için ailesi beklenmektedir”.</b> |                |             |               |             |                               |
| <i>Hasta kabul/taburcu kararlarına</i>   |                |             |               |             | <i>Karar sürecine katılma</i> |
| <i>Katılıyor</i>   | 23             | 33,3        | 46            | 66,7        | $X^2=4.621$ ; $p=0,032$       |
| <i>Katılmıyor</i>  | 12             | 60,0        | 8             | 40,0        |                               |
| <b>Toplam</b>  | <b>35</b>      | <b>39,3</b> | <b>54</b>     | <b>60,7</b> | <b>89 / 100,0</b>             |

Bununla birlikte; yoğun bakım çalışanlarının “beyin ölümü olan çocuk hasta” için verdikleri kararlar ile *cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, dini ve siyasi görüş, meslek türü, mesleki deneyim yılı, YBÜ deneyim yılı ve triyaj kararları verme deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık dörtte biri (%24,7; n=22) *Vaka 6*’da tanımlanan “*İntihara teşebbüs etmiş olan hasta*” için taburcu kararı vereceğini bildirmiştir (Tablo 5.8).

Bu hastanın yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmesine ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti ve triyaj kararları verme deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir (Tablo 5.13).

Erkek katılımcıların üçte biri (%33,3; n=16); kadınların çok daha azı (%14,6; n=6) “*intihar teşebbüsünde bulunan bu hastanın*” taburcu edilmesine karar vereceğini bildirmiştir ( $X^2=4,155$ ;  $df: 1$ ;  $p=0,042$ ). Hastaları arasında kaynakların yetersizliği nedeniyle “bazen” triyaj kararları vermek durumunda kalan yoğun bakım çalışanlarının %32,7’si (n=18), “sıklıkla” tercih yapmak durumunda kalan yoğun bakım çalışanlarının dörtte biri (%25,0; n=4) bu hastayı taburcu edeceğini bildirmişken, “nadiren” tercih yapmak durumunda kalan ya da hiç kalmayan yoğun bakım çalışanlarının hiçbiri hastayı taburcu etmeyeceğini bildirmiştir ( $X^2=7,807$ ;  $df: 2$ ;  $p=0,020$ ), (Tablo 5.13).

**Tablo 5.13.** “İntihara teşebbüs eden hastayı” taburcu kararları ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların Özellikleri  | Kararlar       |             |               |             | Anlamlılık ( $X^2$ )          |
|---|----------------|-------------|---------------|-------------|-------------------------------|
|   | Taburcu ederim |             | Taburcu etmem |             |                               |
|   | n              | %           | n             | %           |                               |
| <b>Vaka 6: “40 yaşında, kadın hasta. Otomobilini elektrik direğine çarparak intihara teşebbüs etmiştir. Yapılan ameliyat sonrası ventilatör gereklidir; ancak kadın, huzur içinde ölmek için her şeyin çekilmesini istemektedir”.</b> |                |             |               |             |                               |
| <i>Cinsiyet</i>   |                |             |               |             | <i>Cinsiyet</i>               |
| <i>Erkek</i>  | 16             | 33,3        | 32            | 66,7        | $X^2=4.155$                   |
| <i>Kadın</i>  | 6              | 14,6        | 35            | 85,4        | $p=0,042$                     |
| <i>Triyaj kararları verme</i>   |                |             |               |             | <i>Triyaj kararları verme</i> |
| <i>Sıklıkla</i>   | 4              | 25,0        | 12            | 75,0        | $X^2=7.807$                   |
| <i>Bazen</i>  | 18             | 32,7        | 37            | 67,3        | $p=0,020$                     |
| <i>Nadiren ya da hiçbir zaman</i>   | -              | -           | 18            | 100         |                               |
| <b>Toplam</b>   | <b>22</b>      | <b>24,7</b> | <b>67</b>     | <b>75,3</b> | <b>89 / 100,0</b>             |

“İntihar teşebbüsü sonrası solunum desteğini reddeden bu hastanın” taburcu edilmesine ilişkin kararlar ile yoğun bakım çalışanlarının yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

### **5.3. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul ve Taburcu Kararlarında Rol Oynayan Ölçütler ve Bu Kararlara Rehber Olabilecek Politikalara Duyulan İhtiyaç**

#### **5.3.1. YBÜ'ne Hasta Kabul / Taburcu Kararlarında Rol Oynayan Ölçütlerin Yoğun Bakım Çalışanları Tarafından Tercihi:**

Çalışma formunun üçüncü bölümünün ilk maddesinde, tıbbi kaynakların paylaşılmasında gözetilmesi önerilen adalete ilişkin 20 ölçütün yoğun bakım çalışanlarının “*günlük mesleki kararlarında ne kadar önemli rol oynadığı*” hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır. Tez içinde tıbbi fayda, sosyal değer ve toplumsal fayda başlıkları altında toplanan bu ölçütler çalışma formunda kura yöntemine göre sıralanarak katılımcılara sunulmuştur (Ek-1).

Yoğun bakım çalışanlarının kararları için en fazla tercih edilenlerin (%70,2) tıbbi faydaya ilişkin ölçütler olduğu, en az tercih edilenlerin (%25,9) ise toplumsal faydaya ilişkin ölçütler olduğu görülmektedir. Katılımcıların en yüksek oranda (%77,5; n=69) önemli bulduğu ölçüt, tıbbi faydaya ilişkin “Hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olması” iken (Tablo 5.14), en az önemli bulunan (%7,7; n=7) ise toplumsal faydaya ilişkin “hastanın yaşam kurtarıcı kaynaklardan daha önce de yararlanmış olması” ölçütüdür (Tablo 5.18).

##### **5.3.1.1. Tıbbi Fayda Ölçütleri Tercihi**

Yoğun bakım çalışanlarının hastaların yoğun bakıma kabul ve taburcu kararlarında kendilerine sunulan ölçütler arasında ortalama olarak en (%70,2) etkili olduğunu bildirdiği tıbbi fayda başlığı altında topladığımız beş ölçüt içinde kararlarda en az önemli bulunan (%46,7; n=42) ölçüt “hastanın hastanede bulunduğu sürece durumunun kötüleşmesi”dir (Tablo 5.14).



**Tablo 5.14.** YBÜ’ne hasta kabul / taburcu kararlarında rol oynayan tıbbi fayda ölçütlerinin tercih edilme oranı

| TIBBİ FAYDA ÖLÇÜTLERİ   | YBÜ çalışanlarının verdiği önem |      |                     |      |                     |      | N         |
|---|---------------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|-----------|
|   | Önemlidir                       |      | Pek önemli değildir |      | Hiç önemli değildir |      |           |
|   | n                               | %    | n                   | %    | n                   | %    |           |
| Hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olması       | 69                              | 77,5 | 15                  | 16,9 | 5                   | 5,6  | <b>89</b> |
| Hastanın kronik hastalığının doğası / prognozu                    | 69                              | 76,7 | 17                  | 18,9 | 4                   | 4,4  | <b>90</b> |
| Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması           | 68                              | 75,6 | 17                  | 18,9 | 5                   | 5,6  | <b>90</b> |
| Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi düzeyi      | 68                              | 74,7 | 14                  | 15,4 | 9                   | 9,9  | <b>91</b> |
| Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi | 42                              | 46,7 | 37                  | 41,1 | 11                  | 12,2 | <b>90</b> |
| <b>Tıbbi fayda ağırlıklı tercihlerin ortalaması</b>               | <b>%70,2</b>                    |      | <b>%22,2</b>        |      | <b>%7,6</b>         |      |           |

### 5.3.1.1.1. Tıbbi Fayda Ölçütleri Tercihini ile Sosyo-Demografik ve Profesyonel Özelliklerin İlişkisi

Yoğun bakım çalışanlarının tıbbi fayda ölçütleri başlığında topladığımız bu ölçütlerin her birini kararları için tercih etmeleri ile *sosyo-demografik ve profesyonel özellikler* arasındaki fark istatistiksel açıdan incelenmiştir. Metin içinde Tablo 5.14’teki sırayla ele aldığımız bu ölçütlerden bağımsız değişkenlerle arasında fark gözlenenler Tablo 5.15’te sunulmuştur.

Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en fazla önem verdiği (%77,5; n=69) “hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olmasına” (Tablo 5.14) ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *meslek türü* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir ( $X^2=6,181;df:2;p=0,045$ ). Hastanın tıbbi durumu hekimlerin büyük çoğunluğu (%82,4; n=61), hemşirelerin ise daha azı (%53,3; n=8) tarafından önemli bulunmaktadır (Tablo 5.15).

Bununla birlikte; kararlarda en etkili olduğu bildirilen bu ölçüte ilişkin tercihler ile *cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, dini ve siyasi görüş, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı*, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarda *karar sürecine katılıma ve triyaj kararlari verme* deneyimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının kararlari için en yüksek oranda (%76,7; n=69) önemli bulduğu ikinci ölçüt (Tablo 5.14) olan “hastanın kronik hastalığının doğası-prognozuna” ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının kararlarda en yüksek oranda (%75,6; n=68) önem verdiği üçüncü ölçüt (Tablo 5.14) olan “hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olmasına” ilişkin tercihler ile yine yoğun bakım çalışanlarının *meslek türü* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir ( $X^2=7,443;df:2;p=0,024$ ). Hemşirelere oranla (%56,3; n=9) hekimlerin daha fazlasının (%79,7; n=59) kararlarda bu ölçütün etkili olduğu görülmektedir (Tablo 5.15).

Bununla beraber; bu ölçüte ilişkin tercihler ile *cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, dini ve siyasi görüş, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı*, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarda *karar sürecine katılıyor olma ve triyaj kararlari verme deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının önemli bir kısmının (%74,7; n=68) kararlarda tercih ettiğini bildirdiği (Tablo 5.14) “hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesine” ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

**Tablo 5.15.** Tıbbi fayda ölçütleri tercihi ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların özellikleri   | Tercih Türleri |             |                     |             |                     |                             | Anlamlılık ( $X^2$ )        |
|--|----------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|  | Önemlidir      |             | Pek önemli değildir |             | Hiç önemli değildir |                             |                             |
|  | n              | %           | n                   | %           | n                   | %                           |                             |
| <b>“Hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olması”</b>       |                |             |                     |             |                     |                             |                             |
| <i>Meslek türü</i>   |                |             |                     |             |                     | <i>Meslek türü</i>          |                             |
| <i>Hekim</i>   | 61             | 82,4        | 10                  | 13,5        | 3                   | 4,1                         | $X^2=6,181$ ;<br>$p=0,045$  |
| <i>Hemşire</i>   | 8              | 53,3        | 5                   | 33,3        | 2                   | 13,3                        |                             |
| <b>Toplam</b>  | <b>69</b>      | <b>77,5</b> | <b>15</b>           | <b>16,9</b> | <b>5</b>            | <b>5,6</b>                  | <b>89 / 100,0</b>           |
| <b>“Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması”</b>           |                |             |                     |             |                     |                             |                             |
| <i>Meslek türü</i>   |                |             |                     |             |                     | <i>Meslek türü</i>          |                             |
| <i>Hekim</i>   | 59             | 79,7        | 13                  | 17,6        | 2                   | 2,7                         | $X^2=7,443$ ;<br>$p=0,024$  |
| <i>Hemşire</i>   | 9              | 56,3        | 4                   | 25,0        | 3                   | 18,8                        |                             |
| <b>Toplam</b>  | <b>68</b>      | <b>75,6</b> | <b>17</b>           | <b>18,9</b> | <b>5</b>            | <b>5,6</b>                  | <b>90 / 100,0</b>           |
| <b>“Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi”</b> |                |             |                     |             |                     |                             |                             |
| <i>Mesleki deneyim yılı</i>  |                |             |                     |             |                     | <i>Mesleki deneyim yılı</i> |                             |
| <i>4 yıl ≤</i>   | 10             | 71,4        | 4                   | 28,6        | -                   | -                           | $X^2=16,951$ ;<br>$p=0,031$ |
| <i>5–8 yıl</i>   | 6              | 42,9        | 5                   | 35,7        | 3                   | 21,4                        |                             |
| <i>9–12 yıl</i>  | 14             | 56,0        | 10                  | 40,0        | 1                   | 4,0                         |                             |
| <i>13–16 yıl</i>   | 4              | 17,4        | 13                  | 56,5        | 6                   | 26,1                        |                             |
| <i>17 yıl ≥</i>  | 8              | 57,1        | 5                   | 35,7        | 1                   | 7,1                         |                             |
| <i>Hasta kabul/ret kararlarına</i>   |                |             |                     |             |                     | <i>Kararlara katılma</i>    |                             |
| <i>Katılıyor</i>   | 32             | 45,1        | 33                  | 46,5        | 6                   | 8,5                         | $X^2=6,455$ ;<br>$p=0,040$  |
| <i>Katılmıyor</i>  | 10             | 52,6        | 4                   | 21,1        | 5                   | 26,3                        |                             |
| <b>Toplam</b>  | <b>42</b>      | <b>46,7</b> | <b>37</b>           | <b>41,1</b> | <b>11</b>           | <b>12,2</b>                 | <b>90 /100,0</b>            |

Yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını (%46,7; n=42) “hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesinin” kararlarında önem taşıdığını bildirmektedirken, buna yakın oranı (%41,1; n=37) pek önemli bulmamaktadır (Tablo 5.14).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *mesleki deneyim yılı* ve yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararlarında *karar sürecine katılması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir (Tablo 5.15).

Bu ölçütü en fazla dört yıllık mesleki deneyimi olan yoğun bakım çalışanları (%71,4; n=10) yüksek oranda önemli bulmaktayken, 13–16 yıllık mesleki deneyimi olanlar (%17,4; n=4) en düşük oranda önemli bulmaktadır ( $X^2=16,951$ ;  $df:8$ ;  $p=0,031$ ). Yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararlarında karar

sürecine katılan yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını (%45,1; n=32), karar sürecine katılmayanların ise daha fazlası (%52,6; n=10) “hastanın hastanede bulunduğu sürece durumunun giderek kötüleşmesini” kararları için önemli bulmaktadır ( $X^2=6,455; df:2; p=0,040$ ), (Tablo 5.15).

Bununla birlikte; bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, yoğun bakım deneyim yılı, ve triyaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

### 5.3.1.2. Sosyal Değer Ölçütleri Tercihi

Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında sosyal değer başlığı altında topladığımız ölçütler arasında en yüksek oranda (%55,6; n=50) önem verdikleri ölçüt “hastanın yaşı”dır. “Hastanın, ailesinin ya da bir başka hekimin baskısı” ise kararlarda en düşük oranda (%17,8; n=16) etkili olduğu bildirilen sosyal değer ölçütüdür (Tablo 5.16).

**Tablo 5.16.** YBÜ’ne hasta kabul / taburcu kararlarında rol oynayan sosyal değer ölçütlerinin tercih edilme oranı

| SOSYAL DEĞER ÖLÇÜTLERİ   | YBÜ çalışanlarının verdiği önem |      |                     |      |                     |      | N  |
|--|---------------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|----|
|  | Önemlidir                       |      | Pek önemli değildir |      | Hiç önemli değildir |      |    |
|  | n                               | %    | n                   | %    | n                   | %    |    |
| Hastanın yaşı  | 50                              | 55,6 | 30                  | 33,3 | 10                  | 11,1 | 90 |
| Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması                           | 38                              | 41,8 | 25                  | 27,5 | 28                  | 30,8 | 91 |
| Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi                        | 34                              | 37,8 | 34                  | 37,8 | 22                  | 24,4 | 90 |
| Hastanın mental ya da psikiyatrik öyküsü bulunması                           | 32                              | 36,0 | 39                  | 43,8 | 18                  | 20,2 | 89 |
| Hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi düzeyi                      | 27                              | 29,7 | 30                  | 33,0 | 34                  | 37,4 | 91 |
| Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması                               | 21                              | 23,6 | 22                  | 24,7 | 46                  | 51,7 | 89 |
| Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumuna ya da ilerleyişine neden olması | 19                              | 20,9 | 26                  | 28,6 | 46                  | 50,5 | 91 |
| Hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısı                          | 16                              | 17,8 | 42                  | 46,7 | 32                  | 35,6 | 90 |
| <b>Sosyal değer ağırlıklı tercihlerin ortalaması</b>                         | <b>%32,9</b>                    |      | <b>%34,4</b>        |      | <b>%32,7</b>        |      |    |

### 5.3.1.2.1. Sosyal Değer Ölçütleri Tercihini ile Sosyo-demografik ve Profesyonel Özelliklerin İlişkisi

Yoğun bakım çalışanlarının ortalama olarak üçte birinin (%32,9) kararlarında önemli rol oynadığını bildirdiği sosyal değer ölçütleri başlığında topladığımız ölçütleri kararları için tercih etme sıklığı ile sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlılık sınanmış ve anlamlı fark gözlenenler Tablo 5.17’de sunulmuştur. Metin içinde Tablo 5.16’daki sıraya göre incelediğimiz ilişkiler şöyledir:

Yoğun bakım çalışanlarının yarıdan fazlası tarafından (%55,6; n=50) kararları için önemli bulunan “hastanın yaşına” (Tablo 5.16) ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının mesleki deneyim yılı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür ( $X^2=17,154;df:8;p=0,029$ ). En fazla dört yıllık mesleki deneyimi olan yoğun bakım çalışanlarının önemli bir kısmı (%85,7; n=12) bu ölçütü kararları için önemli bulmaktadır (Tablo 5.17).

Ancak; “hastanın yaşına” ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olması ve triyaj deneyimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakınının (%41,8; n=38) kararları için önemli bulduğunu; %30,8 (28)’inin de hiç önemli bulmadığını bildirdiği “hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması” ölçütüne ilişkin tercihler ile katılımcıların meslek türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir ( $X^2=7,268;df:2;p=0,026$ ). Buna göre; hekimlerin %34,5 (27)’i, hemşirelerin ise çok azı (%5,9; n=1) “hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunmasını” hiç önemli bulmamaktadır (Tablo 5.17).

Bununla birlikte; bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar

*sürecine katılıyor olma ve triyaj deneyimine sahip olma* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

“Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi” ölçütünü yoğun bakım çalışanlarının %37,8 (34)’i önemli bulduğunu, aynı oranda katılımcı da (%37,8; n=34) pek önemli bulmadığını bildirmişken (Tablo 5.16); bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *siyasi görüşü* ve *meslek türü* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir (Tablo 5.17).

Bu ölçütü, solcu olduğunu bildiren yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını (%45,6; n=26), sağcı olduğunu bildiren yoğun bakım çalışanlarının ise çok azı (%8,3; n=1) kararlarında önemli bulmaktadır ( $X^2=9,590; df:4; p=0,048$ ). Yoğun bakım çalışanı olan hekim ve hemşireler “hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisini” kararları için benzer oranlarda önemli bulmaktayken, hemşirelere (%6,3; n=1) oranla hekimlerin daha fazlası (%28,4; n=21) bu ölçütün hiç önemli olmadığını bildirmiştir ( $X^2=6,003; df:2; p=0,050$ ), (Tablo 5.17).

Bununla birlikte; bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti*, *yaşı*, *çocuk sahibi olması*, *dini görüşü*, *mesleki deneyim yılı*, *yoğun bakım deneyim yılı*, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında *karar sürecine katılıyor olması* ve *triyaj deneyimine sahip olması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının %64’ünün kararlarında önemli bulmadığını %36 (n=32)’sının ise önemli bulduğunu bildirdiği “hastanın mental ya da psikiyatrik öyküsüne” (Tablo 5.16) ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik* ve *profesyonel özellikleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

**Tablo 5.17.** Sosyal değer ölçütleri tercihi ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların özellikleri                                     | Tercih Türleri |             |                     |             |                     |             | Anlamlılık ( $X^2$ )                                       |
|--|----------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|--|
|  | Önemlidir      |             | Pek önemli değildir |             | Hiç önemli değildir |             |  |
|  | n              | %           | n                   | %           | n                   | %           |  |
| <b>“Hastanın yaşı”</b>   |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Mesleki deneyim yılı</i>                                    |                |             |                     |             |                     |             | <i>Mesleki deneyim yılı</i><br>$X^2=17,154$ ;<br>$p=0,029$ |
| <i>4 yıl ≤</i>   | 12             | 85,7        | 2                   | 14,3        | -                   | -           |  |
| <i>5–8 yıl</i>   | 3              | 21,4        | 8                   | 57,1        | 3                   | 21,4        |  |
| <i>9–12 yıl</i>  | 17             | 68,0        | 6                   | 24,0        | 2                   | 8,0         |  |
| <i>13–16 yıl</i>   | 9              | 39,1        | 11                  | 47,8        | 3                   | 13,1        |  |
| <i>17 yıl ≥</i>  | 9              | 64,3        | 3                   | 21,4        | 2                   | 14,3        |  |
| <b>Toplam</b>  | <b>50</b>      | <b>55,6</b> | <b>30</b>           | <b>33,3</b> | <b>10</b>           | <b>11,1</b> | <b>90 / 100,0</b>  |
| <b>“Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması”</b>    |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Meslek türü</i>   |                |             |                     |             |                     |             | <i>Meslek türü</i><br>$X^2=7,268$ ;<br>$p=0,026$           |
| <i>Hekim</i>   | 30             | 40,5        | 17                  | 23,0        | 27                  | 34,5        |  |
| <i>Hemşire</i>   | 8              | 47,1        | 8                   | 47,1        | 1                   | 5,9         |  |
| <b>Toplam</b>  | <b>38</b>      | <b>41,8</b> | <b>25</b>           | <b>27,5</b> | <b>28</b>           | <b>30,8</b> | <b>91 / 100,0</b>  |
| <b>“Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi”</b> |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Siyasi görüşü</i>   |                |             |                     |             |                     |             | <i>Siyasi görüşü</i><br>$X^2=9,590$ ;<br>$p=0,048$         |
| <i>Sağ</i>   | 1              | 8,3         | 5                   | 41,7        | 6                   | 50,0        |  |
| <i>Sol</i>   | 26             | 45,6        | 22                  | 38,6        | 9                   | 15,8        |  |
| <i>Diğer</i>   | 7              | 33,3        | 7                   | 33,3        | 7                   | 33,3        | <i>Meslek türü</i><br>$X^2=6,003$ ;<br>$p=0,050$           |
| <i>Meslek türü</i>   |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Hekim</i>   | 29             | 39,2        | 24                  | 32,4        | 21                  | 28,4        |  |
| <i>Hemşire</i>   | 5              | 31,3        | 10                  | 62,5        | 1                   | 6,3         |  |
| <b>Toplam</b>  | <b>34</b>      | <b>37,8</b> | <b>34</b>           | <b>37,8</b> | <b>22</b>           | <b>24,4</b> | <b>90 / 100,0</b>  |
| <b>“Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması”</b>        |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Cinsiyet</i>  |                |             |                     |             |                     |             | <i>Cinsiyet</i><br>$X^2=9,352$ ;<br>$p=0,009$              |
| <i>Erkek</i>   | 17             | 34,7        | 13                  | 26,5        | 19                  | 38,8        |  |
| <i>Kadın</i>   | 4              | 10,0        | 9                   | 22,5        | 27                  | 67,5        | <i>kararlara katılma</i><br>$X^2=8,097$ ;<br>$p=0,017$     |
| <i>Hasta kabul/ret kararlarına</i>                             |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Katılıyor</i>   | 16             | 22,9        | 13                  | 18,6        | 41                  | 58,6        |  |
| <i>Katılmıyor</i>  | 5              | 26,3        | 9                   | 47,4        | 5                   | 26,3        |  |
| <b>Toplam</b>  | <b>21</b>      | <b>23,6</b> | <b>22</b>           | <b>24,7</b> | <b>46</b>           | <b>51,7</b> | <b>89 / 100,0</b>  |

“Hastanın kendi yaşam kalitesi değerlendirmesi” ölçütü yoğun bakım çalışanlarının büyük bir kısmı (%70,4) tarafından kararlarda önemli bulunmazken, yaklaşık üçte biri (%29,7; n=27) önemli bulduğunu bildirmektedir (Tablo 5.16). Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

“Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olmasını” yoğun bakım çalışanlarının yarısından fazlası (%51,7; n=46) kararlarında hiç önemli bulmazken, yaklaşık dördte biri (%23,6; n=21) önemli bulunduğunu bildirmiştir (Tablo 5.16).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti* ve yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında *karar sürecine katılıyor olmasının* istatistiksel açıdan anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir (Tablo 5.17).

Erkeklerin %34,7 (17)’si kadınların beşte biri (%10; n=4) “hastanın statüsünün” önemli olduğunu bildirmektedir ( $X^2=9,352; df:2; p=0,009$ ). Yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılan yoğun bakım çalışanlarının yarısından fazlası (%58,6; n=41) hastanın statüsünün kararları için hiç önemli olmadığını bildirirken, karar sürecine katılmayan yoğun bakım çalışanlarının %26,3’ü (n=5) bu ölçütü hiç önemli bulmadığını bildirmektedir ( $X^2=8,097; df:2; p=0,017$ ), (Tablo 5.17).

Bununla birlikte bu ölçüte ilişkin tercihler ile katılımcıların *yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı* ve *triyaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

“Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumunda ya da ilerlemesinde etkili olmasına” ilişkin sosyal yapıdaki ölçütü yoğun bakım çalışanlarının yarısından fazlası (%50,5; n=46) hiç önemli bulmadığını bildirmekteyken, geri kalanı önemli bulunduğunu (%20,9; n=19) ya da pek önemli bulmadığını (%28,6; n=26) bildirmiştir (Tablo 5.16).

“Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumunda rolü olmasının” yoğun bakım çalışanlarının kararlarında etkisi ile *sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerinin* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının önemli bir kısmı tarafından (%82,3) kararlarında önemli bulunmadığı bildirilen “hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısını” yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık beşte biri (%17,8; n=16) önemli bulunduğunu bildirmiştir (Tablo 5.16).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.



### 5.3.1.3. Toplumsal Fayda Ölçütleri Tercihi

Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında ortalama olarak en düşük oranda (%25,9) etkili olduğunu bildirdiği ölçütler toplumsal fayda başlığı altında topladığımız ölçütlerdir. Katılımcıların toplumsal faydaya ilişkin olarak kararlarında en önemli (%55,1; n=49) bulduğu ölçüt “hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması” iken, en düşük oranda (%7,7; n=7) etkili buldukları “hastanın yaşam kurtarıcı kaynaklardan daha önce de yararlanmış olmasıdır.” (Tablo 5.18).

**Tablo 5.18.** YBÜ’ne hasta kabul / taburcu kararlarında rol oynayan toplumsal fayda ölçütlerinin tercih edilme oranı

| TOPLUMSAL FAYDA<br>ÖLÇÜTLERİ  | YBÜ çalışanlarının verdiği önem |      |                     |      |                     |      | N         |
|---|---------------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|-----------|
|   | Önemlidir                       |      | Pek önemli değildir |      | Hiç önemli değildir |      |           |
|   | n                               | %    | n                   | %    | n                   | %    |           |
| Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması | 49                              | 55,1 | 22                  | 24,7 | 18                  | 20,2 | <b>89</b> |
| Finansal maliyet- fayda analizi   | 36                              | 40,4 | 33                  | 37,1 | 20                  | 22,5 | <b>89</b> |
| Tedavinin topluma maliyeti  | 32                              | 36,0 | 34                  | 38,2 | 23                  | 25,8 | <b>89</b> |
| Hastanın üretime katkısı  | 17                              | 18,9 | 30                  | 33,3 | 43                  | 47,8 | <b>90</b> |
| Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olması                       | 11                              | 12,5 | 34                  | 38,6 | 43                  | 48,9 | <b>88</b> |
| Hastanın ödeme gücü   | 10                              | 11,0 | 23                  | 25,3 | 58                  | 63,7 | <b>91</b> |
| Hastanın daha önce de hastaneye yatmış olması                             | 7                               | 7,7  | 40                  | 44,4 | 43                  | 47,8 | <b>90</b> |
| <b>Toplumsal yarar ağırlıklı tercihlerin ortalaması</b>                   | <b>%25,9</b>                    |      | <b>%34,5</b>        |      | <b>%39,5</b>        |      |           |

### 5.3.1.3.1. Toplumsal Fayda Ölçütleri Tercihleri ile Sosyo-demografik ve Profesyonel Özelliklerin İlişkisi

Yoğun bakım çalışanlarının toplumsal fayda başlığı altında topladığımız ölçütlere yönelik tercihleri ile *sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerinin* ilişkisi istatistiksel açıdan değerlendirilmiş ve anlamlı fark gözlenenler Tablo 5.19’da sunulmuştur. Toplumsal fayda ölçütleri tercihleri ile katılımcıların özelliklerinin istatistiksel ilişkisi Tablo 5.18’deki sıralamaya göre ele alındığında:

“Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması” yoğun bakım çalışanlarının toplumsal faydaya ilişkin olarak en yüksek oranda önem verdikleri ölçüttür. Yoğun bakım çalışanlarının yarıdan fazlası (%55,1; n=49) bu ölçütün kararları için etkili olduğunu bildirmişken, kararlarında pek önemli bulmayan (%24,7; n=22) ya da hiç önemli (%20,2; n=18) bulmayanlar benzer orandadır (Tablo 5.18).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *siyasi görüşlerinin* istatistiksel açıdan anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir ( $X^2=9,987; df:4; p=0,041$ ), (Tablo 5.19). “Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması” solcu olduğunu bildiren yoğun bakım çalışanlarının yarıdan fazlasının (%62,5; n=35) kararlarında önemli rol oynamakta iken, sağcı olduğunu bildirenlerin daha azı (%33,3; n=4) bu ölçütün önemli olduğunu bildirmiştir (Tablo 5.19).

Bununla birlikte; bu ölçüte ilişkin tercihler ile katılımcıların *cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olması ve triyaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.19).

“Finansal maliyet-fayda analizini” yoğun bakım çalışanlarının %40,4 (36)’ü kararları için önemli bulduğunu, geri kalanı önemli bulmadığını bildirmiştir (Tablo 5.18) ve bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık üçte birinin (%36,0; n=32) kararları için önemli bulduğu, geri kalanının önemli bulmadığını bildirdiği (Tablo 5.18) “tedavinin topluma maliyetine” ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, meslek türü ve mesleki deneyim yılı* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmektedir (Tablo 5.19).

Erkeklerin yarıya yakını (%44,9; n=22), kadınların dörtte biri (%25,0; n=10) “tedavinin topluma maliyetini” kararları için önemli bulmaktadır ( $X^2=6,627;df:2;p=0,036$ ). Bu ölçüte yönelik tercihler ile *meslek türü* arasındaki ilişkiye bakıldığında; hekimlerin yaklaşık üçte biri (%30,1; n=22), hemşirelerin çok azı (%6,3; n=1) bu ölçütü kararları için hiç önemli bulmamaktadır ( $X^2=8,314;df:2;p=0,016$ ) ve “tedavinin topluma maliyetinin” kararları için önemli olduğunu bildirenlerin çoğu en fazla 4 yıllık mesleki deneyimi olanlardır (%84,6; n=11), ( $X^2=21,273;df:8;p=0,006$ ), (Tablo 5.19).

Bununla birlikte; bu ölçüte ilişkin tercihler ile katılımcıların *yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olması ve triyaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

Yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık beşte biri (%18,9; n=17) “hastanın üretime katkısının” kararları için önemli olduğunu bildirirken, yarıya yakını (%47,8; n=43) hiç önemli bulmadığını bildirmiştir (Tablo 5.18).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *triyaj deneyimlerinin* ( $X^2=14,339;df:4;p=0,006$ ) istatistiksel açıdan anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir. “Bazen” triyaj kararları vermek durumunda kalan yoğun bakım çalışanlarının dörtte biri (%25,5; n=14) hastanın üretime katkısının önemli bir ölçüt olduğunu düşünürken, triyaj kararları vermek durumunda kalmamış olan yoğun bakım çalışanlarının hiçbiri bu ölçüte önem verdiğini bildirmemiştir (Tablo 5.19).

“Hastanın üretime katkısına” ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında karar sürecine katılıyor olması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir

**Tablo 5.19.** Toplumsal fayda ölçütleri tercihi ile sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerin ilişkisi

| Katılımcıların özellikleri  | Tercih Türleri |             |                     |             |                     |             | Anlamlılık ( $X^2$ )                                     |
|---|----------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|--|
|   | Önemlidir      |             | Pek önemli değildir |             | Hiç önemli değildir |             |  |
|   | n              | %           | n                   | %           | n                   | %           |  |
| <b>“ Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması”</b> |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Siyasi görüşü</i>  |                |             |                     |             |                     |             | <i>Siyasi görüş</i><br>$X^2=9,987$<br>$p=0,041$          |
| <i>Sağ</i>  | 4              | 33,3        | 2                   | 16,7        | 6                   | 50,0        |  |
| <i>Sol</i>  | 35             | 62,5        | 12                  | 21,4        | 9                   | 16,1        |  |
| <i>Diğer</i>  | 10             | 47,6        | 8                   | 38,1        | 3                   | 14,3        |  |
| <b>Toplam</b>   | <b>49</b>      | <b>55,1</b> | <b>22</b>           | <b>24,7</b> | <b>18</b>           | <b>20,2</b> | <b>89 / 100,0</b>  |
| <b>“Tedavinin topluma maliyeti”</b>   |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Cinsiyet</i>   |                |             |                     |             |                     |             | <i>Cinsiyet</i><br>$X^2=6,627$<br>$p=0,036$              |
| <i>Erkek</i>  | 22             | 44,9        | 13                  | 26,5        | 14                  | 28,6        |  |
| <i>Kadın</i>  | 10             | 25,0        | 21                  | 52,5        | 9                   | 22,5        |  |
| <i>Meslek türü</i>  |                |             |                     |             |                     |             | <i>Meslek türü</i><br>$X^2=8,314$<br>$p=0,016$           |
| <i>Hekim</i>  | 28             | 38,4        | 23                  | 31,5        | 22                  | 30,1        |  |
| <i>Hemşire</i>  | 4              | 25,0        | 11                  | 68,8        | 1                   | 6,3         |  |
| <i>Mesleki deneyim yılı</i>   |                |             |                     |             |                     |             | <i>Mesleki deneyim yılı</i><br>$X^2=21,273$<br>$p=0,006$ |
| <i>4 yıl ≤</i>  | 11             | 84,6        | 1                   | 7,7         | 1                   | 7,7         |  |
| <i>5–8 yıl</i>  | 1              | 7,1         | 6                   | 42,9        | 7                   | 50,0        |  |
| <i>9–12 yıl</i>   | 8              | 32,0        | 12                  | 48,0        | 5                   | 20,0        |  |
| <i>13–16 yıl</i>  | 8              | 34,8        | 9                   | 39,1        | 6                   | 26,1        |  |
| <i>17 yıl ≥</i>   | 4              | 28,6        | 6                   | 42,9        | 4                   | 28,6        |  |
| <b>Toplam</b>   | <b>32</b>      | <b>36,0</b> | <b>34</b>           | <b>38,2</b> | <b>23</b>           | <b>25,8</b> | <b>89 / 100,0</b>  |
| <b>“Hastanın üretime katkısı”</b>   |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Triyaj kararları verme</i>   |                |             |                     |             |                     |             | <i>Triyaj kararı verme</i><br>$X^2=14,339$<br>$p=0,006$  |
| <i>Sıklıkla</i>   | 3              | 17,6        | 3                   | 17,6        | 11                  | 64,7        |  |
| <i>Bazen</i>  | 14             | 25,5        | 15                  | 27,3        | 26                  | 47,3        |  |
| <i>Nadiren ya da hiçbir zaman</i>   | -              |             | 12                  | 66,7        | 6                   | 33,3        |  |
| <b>Toplam</b>   | <b>17</b>      | <b>18,9</b> | <b>30</b>           | <b>33,3</b> | <b>43</b>           | <b>47,8</b> | <b>90 / 100,0</b>  |
| <b>“Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olması”</b>                        |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Cinsiyet</i>   |                |             |                     |             |                     |             | <i>Cinsiyet</i><br>$X^2=6,617$<br>$p=0,037$              |
| <i>Erkek</i>  | 5              | 10,6        | 24                  | 51,1        | 18                  | 38,3        |  |
| <i>Kadın</i>  | 6              | 14,6        | 10                  | 24,4        | 25                  | 61,0        |  |
| <i>Hasta kabul/ret kararlarına</i>  |                |             |                     |             |                     |             | <i>Kararlara katılma</i><br>$X^2=6,482$<br>$p=0,039$     |
| <i>Katılıyor</i>  | 6              | 8,6         | 26                  | 37,1        | 38                  | 54,3        |  |
| <i>Katılmıyor</i>   | 5              | 27,8        | 8                   | 44,4        | 5                   | 27,8        |  |
| <b>Toplam</b>   | <b>11</b>      | <b>12,5</b> | <b>34</b>           | <b>38,6</b> | <b>43</b>           | <b>48,9</b> | <b>88 / 100,0</b>  |
| <b>“Hastanın daha önce de hastaneye yatmış olması”</b>                              |                |             |                     |             |                     |             |  |
| <i>Yaş</i>  |                |             |                     |             |                     |             | <i>Yaş</i><br>$X^2=9,642$<br>$p=0,047$                   |
| <i>29 yaş ≤</i>   | 2              | 11,8        | 9                   | 52,9        | 6                   | 35,3        |  |
| <i>30–39 yaş</i>  | 1              | 1,9         | 26                  | 48,1        | 27                  | 50,0        |  |
| <i>40 yaş ≥</i>   | 4              | 21,1        | 5                   | 26,3        | 10                  | 52,6        |  |
| <b>Toplam</b>   | <b>7</b>       | <b>7,8</b>  | <b>40</b>           | <b>44,4</b> | <b>43</b>           | <b>47,8</b> | <b>90 / 100,0</b>  |

“Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olmasını” yoğun bakım çalışanlarının önemli bir kısmı (%87,5) kararları için önemli bulmazken, beşte biri (%12,5; n=11) önemli bulduğunu bildirmiştir (Tablo 5.18).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti* ( $X^2=6,617;df:2;p=0,037$ ) ve yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında *karar sürecine katılıyor olması* ( $X^2=6,482;df:2;p=0,039$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir (Tablo 5.19).

Kadınların yarıdan fazlası (%61,0; n=25), erkeklerin %38,3 (18)’ü “hastanın bir devlet kurumunda bakılıyor olmasını” kararları için hiç önemli bulmadığını bildirmektedir. Yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararlarında karar sürecine katılan yoğun bakım çalışanlarının %8,6 (6)’sı, karar sürecine katılmayan yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık üçte biri (%27,8; n=5) bu ölçütü kararları için önemli bulmaktadır (Tablo 5.19).

Bununla birlikte bu ölçüte ilişkin tercihler ile katılımcıların *yaşı, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı* ve *triyaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.19)

“Hastanın ödeme gücüne” sahip olup olmamasını yoğun bakım çalışanlarının %11 (10)’i kararları için önemli bulmaktayken, çoğu (%63,7; n=58) hiç önemli olmadığını bildirmiştir (Tablo 5.18). Bu ölçüte ilişkin tercihlerde yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özelliklerinin* istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmadığı gözlenmiştir.

“Hastanın daha önce de hastaneye yatmış olması” yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en az etkili olduğunu (%7,8; n=7) bildirdiği ölçüttür. Yoğun bakım çalışanlarının tamamı yakını (%92,2) bu ölçütü kararları için önemli bulmadığını bildirmiştir (Tablo 5.18).

Bu ölçüte ilişkin tercihler ile katılımcıların *yaşı* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir ( $X^2=9,642;df:4;p=0,047$ ). Kırklı yaşlarda (%52,6; n=10) ve otuzlu yaşlarda (%50,0; n=27) olan yoğun bakım çalışanlarının daha fazlası, yirmili yaşlarda olan katılımcıların ise daha azı (%35,3; n=6) “hastanın yaşam kurtarıcı

kaynaklardan daha önce de yararlanmış olmasını” kararları için hiç önemli bulmadığını bildirmiştir (Tablo 5.19).

Ancak; “hastanın yaşam kurtarıcı kaynaklardan daha önce de yararlanmış olması” ölçütünün kararlardaki etkisi ile yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, çocuk sahibi olması, dini ve siyasi görüşü, meslek türü, mesleki deneyim yılı, yoğun bakım deneyim yılı*, yoğun bakıma hasta kabul veya taburcu kararlarında *karar sürecine katılıyor olması* ve *triyaaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 5.19).

### 5.3.2. Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma

Çalışma formunun son maddesi olan "*yoğun bakıma kabul ve taburcu kararlarında yol gösterici olabilecek hastane politikalarına ihtiyaç duyuyor musunuz*" sorusuna, katılımcıların büyük çoğunluğu (%75,3; n=64) “evet” yanıtı vermiştir (Tablo 5.20).

**Tablo 5.20.** Kararlara rehber olabilecek YBÜ politikalarına ihtiyaç duyma

| Soru: “ <i>Yoğun bakıma kabul ve taburcu kararlarında yol gösterici olabilecek hastane politikalarına ihtiyaç duyuyor musunuz?</i> ” | n         | %          |
|--|-----------|------------|
| <i>İhtiyaç duyuyorum</i>   | 64        | 75,3       |
| <i>İhtiyaç duymuyorum</i>  | 21        | 24,7       |
| <b>Toplam</b>  | <b>85</b> | <b>100</b> |

#### 5.3.2.1. Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma ile Sosyo- demografik ve Profesyonel Özelliklerin İlişkisi

Yoğun bakıma hasta kabul ya da taburcu edilmesine ilişkin yol gösterici olabilecek politikalara ihtiyaç duyma ile yoğun bakım çalışanlarının *sosyo-demografik ve profesyonel özellikleri* arasındaki ilişki istatistiksel açıdan incelenmiş ve politikalara ihtiyaç duyma ile katılımcıların *cinsiyeti* ve *triyaaj deneyimi* arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmiştir (Tablo 5.21).

**Tablo 5.21.** Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma İle Sosyo-demografik ve Profesyonel Özelliklerin İlişkisi

| Soru: “Yoğun bakıma kabul ve taburcu kararlarında yol gösterici olabilecek hastane politikalarına ihtiyaç duyuyor musunuz?” |                   |             |                    |             |                               |
|---|-------------------|-------------|--------------------|-------------|-------------------------------|
| Katılımcıların Özellikleri  | Tercihler         |             |                    |             | Anlamlılık (X <sup>2</sup> )  |
|   | İhtiyaç duyuyorum |             | İhtiyaç duymuyorum |             |                               |
|   | n                 | %           | n                  | %           |                               |
| <i>Cinsiyet</i>   |                   |             |                    |             | <i>Cinsiyet</i>               |
| <i>Erkek</i>  | 40                | 83,3        | 8                  | 16,7        | X <sup>2</sup> =3,831         |
| <i>Kadın</i>  | 24                | 64,9        | 13                 | 35,1        | p=0,050                       |
| <i>Triyaj kararları verme</i>   |                   |             |                    |             | <i>Triyaj kararları verme</i> |
| <i>Sıklıkla</i>   | 13                | 86,7        | 2                  | 13,3        | X <sup>2</sup> =11,782        |
| <i>Bazen</i>  | 43                | 82,7        | 9                  | 17,3        | p=0,003                       |
| <i>Nadiren ya da hiçbir zaman</i>   | 8                 | 44,4        | 10                 | 55,6        |                               |
| <b>Toplam</b>   | <b>64</b>         | <b>75,3</b> | <b>21</b>          | <b>24,7</b> | <b>85 / 100,0</b>             |

Erkek katılımcıların büyük çoğunluğu (%83,3; n=40), kadın katılımcıların daha azı (%64,9; n=24) kararlarına dayanak oluşturacak kurumsal bir politikaya ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir ( $X^2=3,831; df: 1; p=0,050$ ).

Kararlara rehber olabilecek politikalara ihtiyaç duyma ile triyaj kararları verme sıklığı arasında doğru orantı bulunduğu görülmüştür. YBÜ’de sıklıkla ya da bazen triyaj kararları vermek durumunda kalmış olan yoğun bakım çalışanlarının büyük kısmı (sırasıyla; %86,7, %82,7) kararlarına dayanak oluşturabilecek politikalara ihtiyaç duyduğunu bildirmişken, tercih yapmak durumunda kalmamış olan yoğun bakım çalışanlarının yarısından azı bu tür bir politikaya ihtiyaç duymaktadır (%44,4; n=8), ( $X^2=11,782; df: 2; p=0,003$ ), (Tablo 5.21).

Bununla birlikte kurumsal politikalara ihtiyaç duyma ile katılımcıların yaşı, çocuk sahibi olması, yaşamlarında dinin önemi, siyasi görüşleri, meslek türleri, mesleki deneyim yılları, yoğun bakım deneyim yılları, hasta kabul ya da taburcu kararlarında karar sürecine katılmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmemiştir.

## 6. TARTIŞMA

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelerin yoğun bakıma hasta kabul, ret ve taburcu kararları ve bu kararlarına dayanak oluşturan ölçütler hakkında bilgi edinmek amacıyla XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi'nde yürüttüğümüz çalışmaya 74'ü hekim 17'si hemşire olmak üzere toplam 91 yoğun bakım çalışanı katılmıştır.

Bu bölümde, katılımcıların varsayımsal vakalar üzerinde yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararları ile bu kararlarında etkili olan ölçütler çağdaş adalet kuramları, ABD ve Avrupa'da geliştirilmiş olan triyaj kuralları ve bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalar çerçevesinde tartışılacaktır.

### 6.1. Hasta Kabul Kararları:

Çalışma formunun ilk bölümünde yoğun bakım çalışanlarına yoğun bakım ünitesinde tek bir yatak olduğunu varsaydıklarında sunulmuş olan vakalara yönelik kabul kararı verip vermeyecekleri sorulmuştur. Çalışmamıza katılmış olan yoğun bakım çalışanlarının önemli kısmı (%64,4) “80 yaşındaki KOAH hastasının”, diğer çoğunluğu da “yaşam desteğini reddeden KOAH hastasının” (%61,4) ve “hekim hatası nedeniyle pnömoni gelişen terminal dönem MS hastasının” (%60) yoğun bakım ünitesine kabul edilmesini tercih etmektedir. Bitkisel hayattaki genç hastayı ise yoğun bakım çalışanlarının yarısı (%49,4) yoğun bakıma kabul etmektedir. (Tablo 5.5).

Katılımcılarımızın büyük kısmının kabul kararı verdiği “hekim hatası bulunan terminal dönem MS hastasına” yönelik tercihleri ile *siyasi görüşlerinin* ( $p=0,042$ ), (Tablo 5.7); “bitkisel hayattaki hastaya yönelik tercihleri” ile de *dini görüşlerin* ( $p=0,048$ ) ve *triyaj deneyimine* sahip olmanın ( $p=0,018$ ) istatistiksel açıdan anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir (Tablo 5.6).

Yoğun bakım çalışanlarımızın en yüksek oranda (%64,4) kabul kararı verdiği “80 yaşındaki KOAH hastasının” SCCMEC'nin kaynak paylaşımına ilişkin çalışmasında da benzer şekilde en yüksek oranda (%79) kabul edildiği gözlenmiştir



(SCCMEC, 1994b). Bizim çalışmamızda ve bu çalışmada hastanın yaşlı olmasının negatif ayrımcılığa neden olmadığı gözlenmekle beraber, ABD’de yapılan bir başka çalışmada canlandırmama emirlerinin hastanın yaşıyla beraber arttığı gözlenmiştir (Hakim et al., 1996).

Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının ikinci ağırlıkta (%61,4) kabul kararı verdikleri “solunum desteği reddi ile ilgili yaşayan dileği bulunan hasta”, SCCMEC’nin çalışmasında da benzer oranda (%61) katılımcı tarafından yoğun bakıma kabul edilmektedir (SCCMEC, 1994b).

Özerklik ilkesine dayanan hastanın tercihlerine saygı gösterme ödevi pek çok uluslar arası bildirge yanında ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)’nde yer almakta ve Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB) tarafından da desteklenmektedir (Lizbon Bildirgesi, 1981; Venedik Bildirgesi, 1983; DTB Ötanazi Bildirgesi, 1987; Amsterdam Bildirgesi, 1994; Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1996; HHY, 1998; DİB, 2005). Hastanın tedaviyi reddinin göz ardı edildiği bu vakada yaşayan dilekle sunulmuş olan hasta tercihleri, dolayısıyla hastanın özerkliğine saygı ve bireye saygı ilkeleri ihlal edilmektedir. Oysa hastanın kendi yaşam kalitesi tercihlerine saygı gösterilmeli ve hasta yaşamak istemediği bir hayatı yaşamaya zorlanmamalıdır (Smith and Veatch, 1987; Jonsen et al., 1992; BMA, 2000; Ersoy, 2003).

Özerkliğe saygı bağlamındaki bu sonuç Avrupa’da yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekle beraber ABD’de yapılan çalışmalarla tezat oluşturmaktadır (Pochard et al., 2001). Örneğin İtalya ve Fransa’da yapılan çalışmalarda yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılması kararlarında yaşayan dileğe ve hasta tercihlerine saygı konusunda çekinik davranıldığı gözlenmiştir. (Pochard et al., 2001; Giannini et al., 2003; Lim, 2003).

Çalışmamızda gözlenen bu sonucun “yaşayan dilek” veya “ilerisi için emir” şeklinde sunulan hasta tercihlerinin ülkemizde henüz yaygın olmaması, dolayısıyla yeterli düzenlemelerin bulunmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çünkü bir katılımcımız hastanın yaşayan dileğini bildirirken yeterliliğinden emin olmadığı için son kararı hastanın yakınlarına bırakacağını, bir başka katılımcımız da bu hasta için vereceği kararda yasal sürece uyacağını bildirmiştir. Bu durum İtalya’da yapılan çalışmada da gözlemlendiği şekilde (Giannini et al., 2003) katılımcılarımızın yasal

sonuçlara yönelik endişeden dolayı böyle karar vermiş olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastanın yaşayan dileğini göz ardı etmenin yoğun bakım çalışanlarının demografik özellikleriyle ilişkisi gözlenmemişken Finlandiya’da yapılan bir çalışmada ilerisi için emirlerin genç hekimler üzerinde daha etkili olduğu belirtilmiştir (Hinkka et al., 2002).

Çalışmamızda üçüncü ağırlıkta (%60,0) kabul edilen hasta “hekim hatası nedeniyle komplikasyon gelişen terminal dönem MS hastasıdır”. SCCMEC’nin çalışmasında da bu hasta için benzer şekilde üçüncü ağırlıkta (%71) kabul kararı verilmektedir (SCCMEC, 1994b).

Yoğun bakım çalışanlarının bu vakaya ilişkin kabul kararlarında siyasi görüşlerinin etkili olduğu ( $p=0,042$ ) ve sağcı olanların önemli kısmının (%91,7), solcu olanların ise daha azının (%52,6) bu hasta için kabul kararı verdiği gözlenmiştir (Tablo 5.7). Bu sonuç bize siyasi değerlerin mesleki değerleri etkileyebildiğini düşündürmektedir. Oysa tıbbın değerleri, siyasi değerlerimizi de içine alan kişisel değerlerimizin tıbbın değerlerini aşmaması gerektiği yolunda tarafsızlık gerektirmekteyken, çalışmamızda gözlenen sonuç bu tarafsızlığın korunamadığı endişesine neden olmaktadır (Güven ve Ersoy, 2000). Bu sonuç, ABD ve Avrupa’da yapılan ve yoğun bakım çalışanlarının kararlarında dini değerlerinden etkilenebileceğini gösteren çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Vincent, 1990; SCCMEC, 1992; Sheldon, 2003).

Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık yarısı sürekli bitkisel hayattaki hastaya yönelik kabul kararı vermekte, SCCMEC’nin çalışmasında da benzer şekilde katılımcıların yarıya yakını hastayı yoğun bakıma kabul edeceğini bildirmektedir (SCCMEC, 1994b). Oysa ABD’de yapılan bir başka çalışmada katılımcıların tamama yakını kalıcı bitkisel hayattaki yetişkin hastalarda, toplumun diğer sağlık bakım ihtiyaçlarına kaynak ayırabilmek için tedavilerin ödenmemesinin etiğe uygun olduğunu belirtmişlerdir (Payne et al., 1996).

Tedavinin nafîle olması, yaşam kalitesini artırmaya hizmet etmemesi, olağan dışı tedavi olması ve sosyal kaynakların uzun süre tüketimine neden olması gibi etik gerekçelerle bu durumdaki hastalarda tedavileri esirgemek ve sonlandırmak etik açıdan haklı çıkarılabilmektedir (Ersoy, 2003). Benzer gerekçelerle kalıcı bitkisel

hayattaki hastalarda tedavinin sonlandırılabilmesine ilişkin pek çok öneri yayınlanmıştır (Stanley, 1992; SCCMEC, 1994a; American Thoracic Society (ATS), 1997; American College of Physicians, 1998; American College of Critical Care Medicine of The Society of Critical Care Medicine, 1999).

Katılımcılarımızın öncelikle Hasting Center Raporu'nda kalıcı bitkisel hayattaki hastalarda tedavinin tek yararı olarak belirtilen hastanın durumunun geri dönüşsüz olup olmadığının belirlenmesini (Smith and Veatch, 1987) dikkate almış olduğu düşünülebilecek olsa da kararlarda dini değerlerin rol oynaması ( $p=0,048$ ) bu ihtimali çürütmektedir (Tablo 5.6). Çalışmamızda olduğu gibi ABD ve Avrupa'daki çalışmalarda da dini değerlerin yaşam desteğini sonlandırma kararlarında etkili olabildiği gözlenmiştir (SCCMEC, 1992; Sheldon, 2003).

Bu kararlarda dini değerlerden başka triyaj kararı verme deneyiminin önemli rol oynadığı ( $p=0,018$ ) ve sıklıkla triyaj kararı vermek durumunda kalan yoğun bakım çalışanlarının yarıdan fazlası bitkisel hayattaki hastayı kabul etmemeyi tercih etmekteyken, bazen karar verenlerin yarıdan fazlasının kabul etmeyi tercih ettiği gözlenmiştir (Tablo 5.6). Bu durum kaynakların etkin ve adil paylaşılabilmesini sağlamada önemli bir araç olan triyaj deneyiminin kararlar üzerindeki pozitif etkisini göstermektedir (Hsu et al., 2004).

Çalışmamızda katılımcılarımızın en düşük oranda kabul kararı verdiği hastalar terminal dönem metastatik akciğer kanseri hastalarıdır (Tablo 5.5). Hastalığın prognozu yoğun bakıma kabul kararlarında önemli ölçütlerden olmakla beraber prognoza aldırılmaksızın kanser hastalarının daha fazla canlandırmama emri aldığı ve yaşamı destekleyen sistemlerden daha az yararlandığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Escher et al., 2004). Çalışmamızda en düşük kabul kararlarının iki kanser hastası için verilmiş olması, yoğun bakım çalışanlarının kanser hastalarının beklenen kötü yaşam kalitesini öngörerek mevcut yaşam kalitesini görmezden gelebildikleri, bu öngörü nedeniyle de kanser hastalarına yönelik önyargılı kararlar verebildikleri ihtimalini de düşündürmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının kabul kararlarında öncelikle, hatta hasta özerkliğini çiğneyebilecek, hastanın tercihlerini görmezden gelebilecek bir şekilde tıbbi yararı gözettikleri ve orantılılık ilkesi gereklerinin dışında tıbbi yarar ihtimali az olan fakat tedavinin nafile olmadığı vakalarda genel

olarak kabul kararlarının azaldığı gözlenmektedir. Bu sonuç yaşamı koruma ödevinin yerine geçmesi önerilen orantılılık ilkesinin kararlarda hesaba katılmadığı endişesine yol açmaktadır. Ayrıca yoğun bakım çalışanlarının dini ve siyasi görüşlerinin kararlarda önemli rol oynaması da kişisel değerlerin tıbbın değerlerinin önüne geçebileceği endişesine yol açmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım kabul/taburcu kararlarında aynı ihtiyaç içerisinde bulunan herkesin yoğun bakımdan eşit şekilde yararlanmasını sağlayabilecek politikalar oluşturulmalı ve yoğun bakım çalışanlarının etik açıdan onaylanabilen, doğru tıbbi-etik karar vermesine katkı sağlayabilecek triyaj eğitimi planlanmalıdır. Aksi takdirde uygulamalardaki bireysel farklılıklar benzer durumdaki kişilere farklı muamele nedeniyle dağıtıcı adaletsizliğe ve dolayısıyla tıbbı güvenin sarsılmasına neden olabilecektir.

## 6.2. Hasta Taburcu Kararları

Yoğun bakım çalışanlarına “akut solunum yetersizliği nedeniyle yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyan 25 yaşındaki bir astım hastasını” yatırabilmek amacıyla formda sunulan hastalar için “*taburcu kararı verip vermeyecekleri*” sorulmuştur. Yoğun bakım çalışanlarının daha büyük çoğunluğunun yeni hastayı kabul edebilmek için öncelikle “beyin ölümü olan çocuk hastayı” (%39,3), daha azının “aort anevrizması ameliyatı geçiren hastayı” (%36,7) ve daha azının “intihara teşebbüs edip her tür müdahaleyi reddeden hastayı” (%24,7) taburcu etmeyi tercih ettikleri gözlenmiştir (Tablo 5.8).

Bu hastalara ilişkin taburcu kararlarında yoğun bakım çalışanlarının *cinsiyeti, meslek türü ve hasta kabul / taburcu kararlarına katılma deneyiminin* etkili olduğu gözlenmiştir (Tablo 5.11–5.13).

Katılımcılarımızın öncelikle taburcu edeceğini bildirdiği “beyin ölümü olan çocuk hasta” için SCCMEC’nin çalışmasında da benzer oranda (%34) taburcu kararı verildiği gözlenmektedir (SCCMEC, 1994b). Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının kararlarında çalıştığı ünite de hasta kabul/taburcu karar sürecine katılmanın etkisi olduğu ( $p=0,032$ ) ve bu tür kararlar vermiş olan yoğun bakım

çalışanlarının daha azının, vermeyenlerin ise daha fazlasının bu hastayı taburcu ettiği gözlenmiştir (Tablo 5.12).

Beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastada yaşam destek sistemlerinin sonlandırılması etik ve yasal açıdan olduğu kadar dini açıdan da destek bulmaktadır (SCCMEC, 1994a; Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 2000; Ersoy, 2003; DİB, 2005). SCCMEC'nin yoğun bakım triyaj raporunda da yoğun bakım ünitelerinin genel olarak "tam iyileşme umudu olan" hastalar için korunması gerektiği ancak organ nakli için desteklenen hastaların istisna olabileceği belirtilmektedir (SCCMEC, 1994a). Çalışmamızda da karar deneyimine sahip olan yoğun bakım çalışanlarının beyin ölümü olan çocuk hasta için daha düşük oranda taburcu kararı vermesi bu istisnai durumu düşündürmektedir. Bu vakada çocuğun yaşamının desteklenmesinin çocuk için bir yararı bulunmamaktadır ve dolayısıyla söz konusu tedavi nafile bir tedavidir. Ancak; organ nakli ile birden fazla hastanın yarar görmesi mümkün olabileceğinden toplum yararı adına bu çocuğun yoğun bakımda kalması kabul edilebilmektedir. Çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde karar deneyimine sahip olan katılımcıların adalet ödevine uygun olarak organ nakli ihtimalini düşünceleri nedeniyle hastayı taburcu etmemeyi tercih ettiğini düşünmekteyiz.

Yoğun bakım çalışanlarının bir sonraki ağırlıkta (%36,7) taburcu kararı verdikleri "16 saat önce aort anevrizması ameliyatı geçirmiş olan hasta" için SCCMEC'nin çalışmasında katılımcıların çok daha azının (%13) taburcu kararı verdiği gözlenmiştir. (SCCMEC, 1994b).

Çalışmamızda bu hastaya ilişkin kararlarda meslek türünün ( $p=0,018$ ) etkili olduğu ve hemşirelerin hekimlerden daha yüksek oranda taburcu kararı verdiği gözlenmiştir (Tablo 5.11). Bu sonucun, kararlarda hastanın klinik durumunu değerlendirmek ve olası komplikasyonları öngörmekle ilgili mesleki bilgi yeterliliğinin etkisini gösterdiği düşünülmektedir. Bu vakada tedavilerin hastanın mevcut yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik etkisi nedeniyle tıbbın amaçlarını korumaya yönelik tedaviler olması hekimlerin taburcu etmemeye yönelik eğilimlerini desteklemektedir.

Yoğun bakım çalışanlarının üçüncü ağırlıkta (%24,7) taburcu kararı verdiği "intihara teşebbüs etmiş olan ve her türlü müdahaleyi reddeden" hasta SCCMEC'nin

benzer çalışmasında katılımcıların en yüksek oranda (%42) taburcu kararı verdiği hastadır (SCCMEC, 1994b).

Çalışmamızda bu vakaya ilişkin taburcu kararlarında yoğun bakım çalışanlarının cinsiyeti ve triyaj karar deneyiminin rol oynadığı, intihar teşebbüsü sonrası her tür müdahaleyi reddeden kadın hasta için erkek katılımcıların daha yüksek oranda taburcu kararı verdiği gözlenmiştir ( $p=0,042$ ), (Tablo 5.13). Benzer şekilde kadınların yaşamı destekleyen tedavileri sürdürmek konusunda daha duygusal ve kuralcı davrandıkları, erkeklerin ise tedavilerden vazgeçmeye daha yatkın oldukları ABD ve Finlandiya’da yapılan çalışmalarda da gözlenmektedir (SCCMEC, 1992; Hinkka et al., 2002). Feminist etikte de kadınların genel olarak kendilerini insanların acıları ve sorunlarının farkına varma ve bunları yanıtlama konusunda sorumlu hissederken, erkeklerin tipik olarak insanların kendini gerçekleştirme hakkını içeren haklarının farkına varma ve bunlara saygı duyma konusunda sorumlu hissettiği (Rogers, 1998), etik sorunlar karşısında kadınların bakıma yönelik, erkeklerin ise adalete yönelik ikilemlere odaklandığı (Snauwaert, 1995; Haviv and Leman, 2002) belirtilmektedir.

Ayrıca bu hasta için triyaj karar deneyimi olmayan yoğun bakım çalışanlarının tamamının taburcu etmeme kararı vermesi kararlarda triyaj deneyiminin etkisini ( $p=0,020$ ) göstermektedir (Tablo 13), (Pettinari, 2000; Robinson, 2002).

İntihar teşebbüsü sonrası tüm müdahaleleri reddeden bu hasta için SCCMEC’nin benzer çalışmasında en yüksek oranda, bizim çalışmamızda ise üçüncü ağırlıkta taburcu kararı verilmiş olması düşündürücüdür. Hastanın yeterliliğini sorgulamaksızın tedaviyi reddetme hakkının dolayısıyla özerklik ve bireye saygı ilkelerinin göz ardı edilmesi etik açıdan haklı çıkarılamamaktadır (Beauchamp and Childress, 1989; Jonsen et al., 1992; Ersoy, 2003). Hastanın yaşamı korumaya yönelik müdahaleleri sonlandırma arzusu makul görünmüyorsa hasta yeterliliği sorgulanmalıdır ve özerklik ilkesi yeterli hastanın kararlarına saygı gösterilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu vakada hasta yeterli ise yaşamı koruma yönündeki müdahaleler etik açıdan haklı çıkarılamamaktadır.

Yoğun bakım çalışanlarının çok azı (%6,7) “iki hafta komada kaldıktan sonra halen solunum desteği gereken 20 yaşındaki hastayı” diğer hasta için taburcu etmektedir. Bizim çalışmamızda en düşük oranda taburcu edilen bu hasta

SCCMEC'nin çalışmasında yoğun bakım çalışanlarının üçüncü öncelikte taburcu kararı verdiği hastadır (SCCMEC, 1994b).

Yoğun bakım çalışanlarının bu vakaya ilişkin kararlarında *yaşlarının* etkili olduğu ( $p=0,005$ ) ve hastayla benzer yaşta olan yoğun bakım çalışanları hastayı taburcu etmeye daha eğilimli iken katılımcıların yaşı arttıkça yaşamı koruma eğiliminin de arttığı gözlenmiştir (Tablo 5.9). Bu durum genç yaşta olanların ölüm kavrayışına uzak olmaları nedeniyle daha cesur davrandıklarını düşündürmektedir. Ancak; bu vakada hastanın yaşam kalitesi en azın altında olmadığından tıbbi müdahalelerin sürdürülmesi konusundaki kararın tıbbi yararı dolayısıyla tıbbin amaçlarını koruduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun yeni bir hastanın ihtiyacına yanıt vermek amacıyla mevcut hastaları taburcu etmeme eğilimi, yeni hastayla ilişkileri, dolayısıyla ona karşı yükümlülükleri olmadığını ya da daha az yükümlülükleri olduğunu düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir. SCCMEC'nin çalışmasında da gözlenen bu durum İtalya'da yapılan bir çalışmada da gözlenmekte ve yoğun bakım çalışanlarının daha büyük bir kısmı sağ kalım şansı daha yüksek olan bir başka hasta için tedavileri esirgeyebileceğini, ancak çok küçük kısmı tedavileri sonlandırabileceğini belirtmektedir (Giannini et al., 2003). Tedavileri esirgemek ya da sonlandırmak arasında ahlaki sorumluluk açısından bir fark bulunmamakla beraber, genel olarak sağlık çalışanlarının tedaviyi esirgemeyi sonlandırmaktan daha kolay kabul edebildikleri bilinmektedir. İki hastayla karşı karşıya kalındığında da tedaviden yararlanma şansı daha yüksek olanı tercih etmek kolay kabul edilebilecekken başka birinin yararlanması için mevcut hastanın tedavisini sonlandırmak daha zor kabul edilmektedir (Smith and Veatch, 1987; Ersoy, 2003).

Genel kural, YBÜ'de yatan ve YBÜ bakımına hala ihtiyacı olan hastalara karşı yükümlülüğün, yeni hastaları kabul etme yükümlülüğünden daha ağır olduğudur. Çalışmamızda da YBÜ çalışanlarının tutumları bunu desteklemektedir. Ancak; yeni bir hastayı YBÜ'ne kabul etmek için mevcut bir hastanın YBÜ'den taburcu edilmesinin haklı çıkartılması da mümkün olabilmektedir ve yeni hasta için temel bir yükümlülük olmamakla beraber onun da kaynaklardan adil pay alma hakkı olması nedeniyle, sağlık çalışanının bu hastaya da hizmet verme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu nedenle önerilen temel ölçüt hangi hastanın YBÜ kaynaklarından

ne kadar fayda göreceğinin belirlenmesidir. Tarafsızca yapılması beklenen yarar zarar oranı listesi yeni hastanın kaynaklardan pay almasına olanak tanıyabilecek kararlara dayanak olabilecektir (Ersoy, 2003).

İtalya’da yapılan çalışmada daha deneyimli olan ve sürekli YBÜ’de çalışan hekimlerin tedaviden vazgeçmeye daha eğilimli olmaları (Giannini et al., 2003) ve çalışmamızda da karar sorumluluğuna ve triyaj kararları deneyimine sahip olan katılımcıların daha makul kararlar vermeleri triyaj eğitimin kararlarda isabeti sağlayabileceğini düşündürmektedir (Pettinari, 2000; Robinson, 2002; Ersoy ve ark., 2003).

Yoğun bakım tedavileri gibi kıt kaynakların paylaşılmasında öncelikli olarak hastanın göreceği tıbbi yarar, katlanmak durumunda kalacağı külfetler, hastanın mevcut ve ilerideki yaşam kalitesinin tarafsızca değerlendirilmesi gibi adalet ölçütleri kullanılmakla birlikte son seçim için ilk gelene ilk hizmet kuralı uygulanmaktadır. Ancak yukarıda da söylendiği gibi bu durum tıbbi yarar ihtimalinin olmadığı ya da çok az olduğu durumda da ilk gelenin tedavi alacağı anlamına gelmemektedir. Çünkü olağandışı tedaviler kapsamında olan ve bu nedenle maliyet etkin kullanılması gereken yoğun bakım kaynakları, zarar vermeme ilkesini ihlal etmeksizin-adalet ilkesiyle destek bulan orantılılık ilkesi çerçevesinde paylaşılacak durumundadır. Örneğin beyin ölümü olan vakada tedavilerin sürdürülmesi adalet ödeviyle haklı çıkarılamamakla beraber organ nakli ile daha çok sayıda kişinin yararı için yoğun bakıma kabul edilmeyi bekleyen hastanın yararını göz ardı etmek etik açıdan savunulabilmektedir.

### **6.3. YBÜ’ne Hasta Kabul ve Taburcu Kararlarında Rol Oynayan Ölçütler**

Dağıtıcı adaletin temeli olan biçimsel ilke “benzerlere benzer şekilde benzer olmayanlara da aralarındaki farklılıklarla orantılı olarak benzer olmayan şekilde muamele edilmesi gerektiğini” söylemektedir. Bu temel ilkede ortaya konduğu şekilde benzerlik ve farklılıkların adil olarak tanımlanmasını sağlamak için paylaşımında temel alınacak ölçütlerin belirlenmesi gerekir ve girişte de belirtildiği şekilde her farklı adalet kuramında farklı ölçütler önerilmektedir (Daniels, 1985; Singleton and McLaren, 1995; Nozick, 2000; Rawls, 2003).



Yaşamsal önemi nedeniyle yoğun bakım kaynaklarının paylaşımında adalet ilkesi çerçevesinde sunulduğu şekliyle adaleti sağlamak amacıyla kullanılacak ölçütlerin belirlenmesi daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda farklı kuramlar tarafında sunulan 20 ölçüt ile yoğun bakım çalışanlarının “*günlük mesleki kararlarında bu ölçütlerin ne kadar önemli rol oynadığı*” hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır. Tabloda da listelendiği gibi bu ölçütler arasında yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en fazla tıbbi faydaya, daha sonra sosyal değere ve en düşük oranda da toplumsal faydaya ilişkin ölçütleri etkili bulduğu gözlenmiştir (Tablo 6.1).

**Tablo 6.1.** Yoğun Bakım Çalışanlarının YBÜ’ne Hasta Kabul / Ret Kararlarında Rol Oynayan Ölçütlerin Yapısına ve Ağırlığına Göre Dağılımı

| Yapısı          | ÖLÇÜTLER   | Önemli buluların oranı % |
|-----------------|--|--------------------------|
| Tıbbi           | Hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olması                  | 77,5                     |
|                 | Hastanın kronik hastalığının doğası-prognozu                                 | 76,7                     |
|                 | Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması                      | 75,6                     |
|                 | Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi düzeyi                 | 74,7                     |
|                 | Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi            | 46,7                     |
|                 | <b>Tıbbi yarar ağırlıklı tercihlerin ortalaması</b>                          | <b>70,2</b>              |
| Sosyal Değer    | Hastanın yaşı  | 55,6                     |
|                 | Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması                           | 41,8                     |
|                 | Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi                        | 37,8                     |
|                 | Hastanın mental ya da psikiyatrik öyküsü bulunması                           | 36,0                     |
|                 | Hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi düzeyi                      | 29,7                     |
|                 | Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması                               | 23,6                     |
|                 | Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumuna ya da ilerleyişine neden olması | 20,9                     |
|                 | Hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısı                          | 17,8                     |
|                 | <b>Sosyal değer ağırlıklı tercihlerin ortalaması</b>                         | <b>32,9</b>              |
| Toplumsal Yarar | Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması    | 55,1                     |
|                 | Finansal maliyet- fayda analizi  | 40,4                     |
|                 | Tedavinin topluma maliyeti   | 36,0                     |
|                 | Hastanın üretime katkısı   | 18,9                     |
|                 | Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olması                          | 12,5                     |
|                 | Hastanın ödeme gücü  | 11,0                     |
|                 | Hastanın daha önce de hastaneye yatmış olması                                | 7,7                      |
|                 | <b>Toplumsal yarar ağırlıklı tercihlerin ortalaması</b>                      | <b>25,9</b>              |

### 6.3.1. Tıbbi Fayda Ölçütleri Tercihi:

Tablo 6.1. de görüldüğü gibi yoğun bakım çalışanlarının kararlarında genel eğilim tıbbın amaçlarını korumaya yönelik tıbbi yararın gözetilmesidir. Farklı kuramlarda paylaştırılacak yarar ve yüklerin doğasına göre farklı adalet ölçütleri kullanılmakla beraber yoğun bakım kaynaklarının paylaşımında etik açıdan öncelikle gözetilmesi gereken ölçüt tıbbi yararadır (Childress, 1982; Beauchamp and Childress, 1989; Buchanan, 1989; Ersoy, 2003). Bu durum evrensel etik bildirgelerde olduğu gibi HHY'nin 10. maddesi ile onaylanmakta “*sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz ve sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır*” ifadesiyle sağlık kaynaklarının paylaşılmasında öncelikle tıbbi yararın gözetilmesi gerektiği belirtilmektedir (Amsterdam Bildirgesi, 1994; HHY, 1998)

***Hastanın durumunun geri dönüşsüz olması:*** Yoğun bakım çalışanlarının yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararlarında en etkili olduğunu bildirdiği ölçüttür (%77,5) ve SCCMEC'nin YBÜ kaynaklarının paylaşılmasına ilişkin çalışmasında da bu tıbbi yarar ölçütü benzer şekilde katılımcıların önemli kısmının (%74) kararlarında rol oynamaktadır (SCCMEC, 1994b).

Bu tıbbi yarar ölçütüne verilen önem yaşamın sonuna ilişkin tutumlar konusundaki çalışmalarda da gözlenmekte ABD (SCCMEC, 1992) ve Avrupa'da (Pochard et al., 2001; Cardoso et al., 2003; Escher et al., 2004) yapılan çalışmalarda da yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi ve sonlandırılması kararlarında en etkili ölçütlerden olduğu bildirilmektedir.

Hastanın durumunun geri dönüşsüz olması Finlandiya'da yapılan bir çalışmada da hekim ve hemşirelerin önemli kısmı tarafından etkili bir ölçüt olarak bildirilmişken politikacılar ve halkın istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha az önem verdiği gözlenmiştir (Ryynanen et al., 1999). Bu çalışmada anlamlı fark gözlenmemekle beraber hekimler bu ölçüte hemşirelerden daha fazla önem vermekteyken bizim çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturacak şekilde ( $p=0,045$ ) hekimlerin önemli bir kısmının hemşirelerin daha azının bu ölçüte önem verdiği gözlenmiştir (Tablo 5.15). Hastanın klinik durumunu değerlendirmeye

ilişkin bilgi ve beceriye sahip olan hekimlerin hastanın durumuna dayanarak ve durumun geri dönüşsüz olmasını öngörerek karar veriyor olması beklenebilecek bir durumdur. Bu tez kapsamında ele aldığımız kuramlarla haklı çıkarılabilen bu ölçütü yoğun bakım çalışanlarımızın kararlarında en yüksek oranda etkili bulması adalet ödevini yerine getirmedeki hassasiyetleri açısından sevindiricidir.

**Hastanın kronik hastalığının doğası / prognozu:** Yoğun bakım çalışanlarının kararları için ikinci ağırlıkta (%76,7) önemli bulduğu ölçüttür (Tablo 5.14) ve SCCMEC'nin benzer çalışmasında katılımcıların kararlarında bu ölçütü aynı oranda (%76) önemli bulduğu gözlenmiştir (SCCMEC, 1994b).

Yaşamın sonuna ilişkin tutumlar konusunda yapılan çalışmalarda da sorgulanan bu ölçütün ABD, (SCCMEC, 1992) İsviçre (Escher et al., 2004), Fransa (Pochard et al., 2001), ve diğer Avrupa YBÜ'lerinde yapılan çalışmalarda da en etkili ölçütlerden olduğu (Vincent et al., 1990) gözlenmekteyken, İtalya'da yapılan çalışmada bu ölçüte katılımcıların yarısından azının önem verdiği görülmektedir (Giannini et al., 2003).

Hastalığın prognozunun değerlendirilmesi temel triyaj ilkelerinden olmakla beraber, prognoza aldırılmaksızın önyargı nedeniyle kanser gibi bazı kronik hastalıkları olan hastaların yoğun bakıma daha az kabul edilebildiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Escher et al., 2004). Bizim çalışmamızda da hasta kabul kararlarında en düşük kabul kararı verilen iki hastanın terminal dönem akciğer kanseri hastası olması düşündürücüdür. Bu tür endişeleri önleyebilmek amacıyla tıbbi başarı ihtimalini, sağ kalım süresini belirlemek amacıyla -Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE), Simplified Acute Physiology Score (SAPS), Glasgow Coma Scale (GCS) gibi objektif skora sistemlerinin kullanılması önerilmektedir (Engelhardt and Rie, 1986; Akman ve Reyhan, 2004).

Görüldüğü gibi adalet ödevinin yerine getirilmesinde önemli bir ölçüt olmakla beraber hastalığın prognozunun değerlendirilmesinde gelecekteki prognozu gözeterek hastanın mevcut durumunu değerlendirememeye tehlikesi endişe vericidir. Bu nedenle prognozu değerlendirerek hasta kabul / taburcu kararı verme sürecinde orantılılık ilkesinin göz önüne alınması önem taşımaktadır. Hastanın göreceği fayda ve katlanmak zorunda kalacağı yüklerin tarafsızca tartılabilmesi için de etik vaka analizinin yararlı olabileceği kanısındayız.

**Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması:** Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında önemli oranda (%75,6) etkili olduğu bildirilen diğer bir tıbbi fayda ölçütüdür (Tablo 6.1). SCCMEC'nin YBÜ kaynaklarının paylaşılmasına ilişkin çalışmasında da katılımcıların büyük kısmı (%73) bu ölçütün kararlarında önemli olduğunu bildirmiştir (SCCMEC, 1994b).

Benzer sonuç yaşamın sonuna ilişkin ABD (SCCMEC, 1992) ve İtalya'da yapılan çalışmalarda da gözlenmekte (Giannini et al., 2003), ancak Avrupa'daki YBÜ'lerde yapılan bir başka çalışmada sağkalım şansı çok az da olsa hastaların büyük oranda (%83) YBÜ'ye kabul edildiği ve katılımcıların çok azının (%28) böyle hastaların kabul edilmesini doğru bulmadığı bildirilmektedir (Vincent, 1990).

Hastanın durumunun geri dönüşsüz olması şeklinde ifade edilen diğer tıbbi fayda ölçütünde olduğu gibi bu ölçüte ilişkin tercihlerde de yoğun bakım çalışanlarının *meslek türünün* kararlarda etkili olduğu gözlenmiş ( $p=0,024$ ) ve bu ölçütün hemşirelere oranla (%56,3) hekimlerin daha fazlasının (%79,7) kararlarında etkili olduğu görülmüştür (Tablo 5.15). Benzer anlamlılık ABD'de yaşamın sonuna ilişkin tutumlar konusunda yapılan diğer bir çalışmada da gözlenmekte bu ölçütü diğer yoğun bakım çalışanlarına oranla (%49) hekimlerin daha büyük kısmının (%66), önemli bulduğu bildirilmektedir (SCCMEC, 1992). Bu anlamlı sonuçlar Fransa'da yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin yaşamın sonu kararlarına ilişkin tutumlarındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir (Elger and Chevrolet, 2003; Ferrand et al., 2003). Bu çalışmada yaşamı destekleyen tedavilerden vazgeçme kararlarında fiziksel ya da psikolojik acıya ve gelecekteki yaşam kalitesine hemşirelerin hekimlerden daha fazla önem verdiği, tedavinin nafîle olmasına ise hekimlerin daha fazla önem verdiği gözlenmiştir. Çalışmamızda iki tıbbi fayda ölçütüne ilişkin tercihler ile meslek türü arasında gözlenen anlamlı farklılık hekimlerin öncelikli kaygısının hastalarını tedavi etmek iken, hemşirelerin bakımın hastaları üzerindeki etkisine odaklandıklarını gösteren çalışmalarla uyumlu şekilde hekim ve hemşirelerin yaşamın sonuna ilişkin konularda kavrayışlarının farklı olduğunu düşündürmektedir (Ferrand et al., 2003).

Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının bu ölçüte büyük oranda önem vermesi tıbbin amaçlarına yönelik seçim yaptıkları ve beklenen ölümü engellemekle ilgili ödevleri olmadığını farkında olduklarını göstermektedir. Etik açıdan haklı

çıkarılabilen ve ele aldığımız adalet kuramlarıyla da desteklenmesi mümkün görünen bu ölçütün yoğun bakım çalışanlarının kararlarında önemli oranda etkili olması sevindiricidir.

**Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi düzeyi:** Bu ölçüt ele aldığımız adalet kuramlarıyla özellikle B.K.Y.Y yaklaşımıyla desteklenebilmektedir. Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin kararlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşamın değerini belirlemek olmayıp hastanın yaşamını ağrı acı çekmeksizin ve bağımsız sürdürebilme yeterliliği olması nedeniyle etik açıdan kabul görmektedir. Bu konuda karar vermesi gereken öncelikle hastanın kendisi olmakla beraber özellikle karar verme kapasitesi olmayan hasta için hekimin karar vermesi de kabul edilmektedir (Smith and Veatch, 1987; Jonsen et al., 1992; Ersoy, 2003). İngiltere’de yapılan bir çalışmada yaşam kurtarıcı tedavilerden yararlanacak hastayı belirlemede hastanın yaşam kalitesinin dikkate alınmasının halkın önemli kısmı (%74) tarafından destek bulduğu gözlenmektedir (Bowling, 1996).

Çalışmamızda da yoğun bakım çalışanlarının önemli bir kısmı (%74,7) “hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesinin” kararlarında önemli bir ölçüt olduğunu bildirmiştir (Tablo 5.14). Benzer şekilde SCCMEC’nin YBÜ kaynaklarının paylaşılmasına ilişkin tercihler konusundaki çalışmasında katılımcıların çoğu (%67) bu ölçütün kararlarında etkili olduğunu bildirmektedir (SCCMEC, 1994b).

Yaşamın sonuna ilişkin tutumlar konusundaki çalışmalarda da sorgulanan bu ölçütün Fransa’da yapılan çalışmalarda (Pochard et al., 2001; Ferrand et al., 2003). kararlarda önemli ölçüde etkili olduğu gözlenmekle beraber, İtalya ve diğer Avrupa ülkeleri YBÜ’lerinde yapılan çalışmalarda çok daha az etkili bir ölçüt olduğu gözlenmektedir (Vincent, 1990; Giannini et al., 2003). ABD’de yapılan bir çalışmada da katılımcıların üçte biri hekimlerin öncelikli ödevinin yaşam kalitesini sağlamak olduğunu ifade etmişlerdir (SCCMEC, 1992).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde tarafsızlığın korunması esastır. Bu amaçla makul kişi standardı kullanılmalı ve hasta makul bir kişinin yaşamak istemeyeceği bir hayatı yaşamaya zorlanmamalıdır. Yaşam kalitesi değerlendirmesi tarafsız şekilde yapıldığı takdirde adalet ilkeleriyle savunulabilecek kararlar verilebilmektedir (Ersoy, 2003).

*Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi,* yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en az etkili bulunduğu (%46,7) tıbbi yarar ölçütüdür (Tablo 5.14). Tıbbi endikasyonun belirlenmesinde çok önemli rol oynayan hastanın klinik durumunun değerlendirilmesi kararların savunulması için esaslardan biridir (Jonsen et al., 1992). Bu ölçüt SCCMEC'nin kaynak paylaşımına ilişkin yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların yarısından azının (%40) kararlarında önemli bulunmaktadır (SCCMEC, 1994b).

Hastanın durumunun hastanede ya da yoğun bakımda bulunduğu sürece kötüleşmesi hastanın tedaviden etkin şekilde yararlanamadığının göstergesidir. Ancak belki etkin bir tedavi alternatifinin bulunabilecek olması bu ölçütün en düşük düzeyde etkili bulunmasının nedeni olabilir. Bununla birlikte bu belirsizlik hastanın tıbbi kaynaklardan gerekenden fazla pay almasına da yol açabilmektedir. Bu nedenle hastanın klinik durumunun kötüleşmesi orantılılık ilkesine göre değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda mesleki deneyimi az olan ( $p=0,031$ ) ve üniteye kabul ve taburcu kararları deneyimi olmayan ( $p=0,040$ ) yoğun bakım çalışanlarının bu ölçütü kararları için daha önemli bulmasının etkin tedavi seçenekleri geliştirme konusundaki deneyimsizlikle ilişkili olabileceğini sanıyoruz. (Tablo 5.15)

Yoğun bakım çalışanlarının tıbbi fayda ölçütlerine ilişkin tercihlerini genel olarak değerlendirdiğimizde, İsviçre'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının kararlarının tıbbi yararlılıkla ilişkili olmayan hastanın kişiliği gibi etik açıdan onaylanamayan etkenlerden de etkilenebildiği gözlenmekteyken (Escher et al., 2004) bizim çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en fazla tıbbi faydaya yönelik ölçütleri etkili bulunduğu ve bu ölçütlere yönelik tercihleri ile meslek, mesleki deneyim ve üniteye karar sorumluluğuna katılma gibi sadece profesyonel özelliklerin anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar katılımcılarımızın YBÜ triyajında/öncelik belirlemede etik açıdan olduğu kadar ele aldığımız kuramlar açısından da uygun ve adaletli olan tıbbi yarar ilkelerini gözetme eğiliminde olduklarını ve bu kararlarında kişisel özelliklerinden ve değerlerinden daha az etkilendiklerini ortaya koymaktadır.

### 6.3.2. Sosyal Değer Ölçütleri Tercihi

Afet durumlarında sağlık çalışanlarına ya da savaşlarda devlet başkanlarına öncelik verilmesi gibi bazı istisnalar haricinde kıt kaynakların paylaşılmasında ve triyaj kararlarında sosyal değer ölçütlerinin kullanılması adaletsiz bulunmakta (Childress, 1982; Beauchamp and Childress, 1989), evrensel etik kodlarda olduğu gibi HHY'nin 5.maddesinde de sağlık hizmetlerinin verilmesinde “hastaların ırk, dil, din, mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik sosyal durumları gibi farklılıkların dikkate alınmaması” gerektiği bildirilmektedir (HHY, 1998).

Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının kararlarında sosyal değer başlığı altında topladığımız ölçütler arasında öncelikle (%55,6) hastanın yaşına, daha sonra hastanın ailevi sorumluluklarına (%41,8) ve tedavinin aileye etkisine (%37,8) önem verdikleri gözlenmiştir (Tablo 6.1)

Yoğun bakım çalışanlarımızın yarıdan fazlasının kararlarında etkili olduğunu bildirdiği *hastanın yaşı* ölçütünün sosyal değerle ilişkili olduğu kadar tıbbi fayda ile de ilişkili olması nedeniyle, bir paylaşım ölçütü olarak kullanılması konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır.

Bu konudaki temel yaklaşımlar şöyle özetlenebilir: *Eşit değer* yaklaşımı her yaşta yaşamı, değerli ve yaşanmaya değer bularak, yaşlı ve gence farklı şekilde davranmanın eşitsiz tedaviyle sonuçlanacağı gerekçesiyle yaşa göre dağıtımı reddeder. Williams tarafından savunulan *adil süre* yaklaşımı ise kimin yaşam kurtarıcı tedavi alacağına karar vermede gençlerden yanadır. Bununla birlikte yaş farkları azaldıkça bu yaklaşımın kesinliği de azalır ve pek çok durumda gençleri tercih ederek fırsat eşitliğine dayanan eleştiriye açık hale gelir (Williams and Grimley, 1997; Clarke, 2001). Daniels'ın fırsat eşitliği ilkesi temelinde savunduğu *makul yaşam süresi* yaklaşımı ise her yaş grubunu ya da her bireyi ayrı ve birbiriyle yarışır halde görmek yerine yaşlıları, yaşamının daha geç aşamasındaki aynı insanlar olarak kabul eder. Bu nedenle yaşam süresine uygulandığında 75 ve 25 yaşındaki kişilere farklı muamele etmek eşitsizlik oluşturmaz. Rawls'ın aldırılmazlık peçesini kullanan Daniels daha ince bir aldırılmazlık peçesi ardındaki tarafların kendi yaşlarını ve statülerini bilmeseler de yaşlıların uzatılmış bakım almasındansa tüm yaşam süresi boyunca sağlığı yükseltecek ve koruyacak tedavilerin daha fazla seçileceğini

ileri sürmektedir. Çünkü kişiler yaşamdaki amaçlarını acı ve hastalıktan bağımsız oldukları genç yaşlarında gerçekleştirmek gerektiğini bilirler. Bu bağlamda kaynakların amaçlara ulaşma ihtimalinin azaldığı ileri yaşlarda yaşamı uzatacak tedavi ve kurumlardansa herkesin normal yaşam süresine ulaşmasını sağlayacak olanlara ayrılması daha makul olacaktır. Yaşları farklı bireyler arasında ayrımcılık yapmaktansa her kişinin yaşamındaki farklı aşamalar arasındaki ayrımdan söz edildiğinden bu adaletsiz bir paylaşım olmayacaktır (Daniels, 1985, Clarke, 2001).

ABD, İsviçre ve İtalya'da yapılan çalışmalarda kaynakların paylaşılması ya da yaşamın sonuna ilişkin kararlarda hastanın yaşının bir ölçüt olarak etkisinin az olduğu bildirilmekle beraber (SCCMEC, 1994b; Giannini et al., 2003; Escher et al., 2004), ABD'de yapılan diğer çalışmalarda yaşlı hastalar için daha sık canlandırmama emirleri verildiği ve ventilatör desteğinin daha fazla esirgendiği gözlenmektedir. (Hakim et al., 1996; Hamel et al., 1999).

SCCMEC'nin yaşamı destekleyen tedavilerden vazgeçmeye ilişkin çalışmasında da çalışmamızla benzer oranda (%52) katılımcı tarafından etkili bulunan bu ölçüte hekimlerin hemşirelerden daha fazla önem verdiği gözlenmekle beraber (SCCMEC, 1992), bizim çalışmamızda bu ölçüte en fazla önem veren yoğun bakım çalışanlarının en az mesleki deneyime sahip olanlar olduğu gözlenmektedir ( $p=0,029$ ), (Tablo 5.17).

Yoğun bakım çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda bir ölçüt olarak sunulduğunda daha az etkili olduğu bildirilmekle beraber, canlandırmama emirleri ve tedavilerin sonlandırılması konusunda etkili olduğu gözlenen hastanın yaşı ölçütüne yönelik halkın görüşlerinin de benzer olduğu görülmektedir. Halkın görüşlerine yönelik çalışmalarda yaşın apaçık ve genel bir paylaşım ölçütü olması konusunda Amerika, Hollanda ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda sınırlı destek olduğu görülmekle beraber (Tymstra and Andela, 1993; Zweibel et al., 1993; Nord et al., 1995; Schwappach, 2002), Britanya, Brezilya, Finlandiya'da yapılan çalışmalarda varsayımsal vakalara yönelik seçimlerde yaşlılara negatif ayrımcılık uygulanmasa da gençlerin daha fazla tercih edildiği gözlenmiştir (Bowling, 1996; Cookson and Dolan, 1999; 2000; Fortes and Zoboli, 2002; Schwappach, 2002).



Daniels'ın kaynakların makro düzeyde paylaşılması konusunda "makul süre" yaklaşımı çerçevesinde uygulandığında adaletli olduğu düşünülmele beraber onun da belirttiği gibi diğer seviyedeki kurumlar hakkaniyetli şekilde düzenlenmediğinde yaş ölçütünü kaynak paylaşımında kullanmak adaletsiz olacaktır (Daniels, 1985). Williams'ın B.K.Y.Y. yaklaşımının da makro paylaşım seviyesinde makul bir ölçüt olmakla beraber mikro paylaşımında ve özellikle kazanılacak B.K.Y.Y. sayısı arasında önemli farklar olmadığında kullanılması etik açıdan haklı çıkarılamayabilmektedir (Clarke, 2001). Nozick'in kuramı açısından bakıldığında ise topluma geçmişte daha fazla katkısı olması beklenen yaşlı hastalara yönelik pozitif ayrımcılık yapılabileceğinden söz edilebilir.

ATS ve SCCMEC'nin triyaj kurallarında da YBÜ kabul ya da tedaviyi sürdürme kararlarında hastaların sadece çok yaşlı olmaları nedeniyle dışarıda bırakılmaması gerektiği bildirilmektedir (SCCMEC, 1994a; ATS, 1997). Çalışmamızda da yoğun bakıma 80 yaşındaki hastanın en yüksek oranda kabul edilmesi, katılımcılarımızın yaş bir sosyal değer ölçütü olarak kullanmadıklarının göstergesidir. Bu kararlar üzerinde sadece katılımcıların mesleki deneyim süresinin anlamlı fark yaratmış olması da yaşa ilişkin tercihlerin kişisel değerlerle bağlantılı olmadığını düşündürmektedir. Sonuç olarak yoğun bakım çalışanlarımızın yaşa bağlı ayrımcı tutumları olmadığı söylenebilmektedir ve bu konudaki etik duyarlılıkları sevindiricidir.

***Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması*** (%41,8) ve ***hastanın tedavisinin aileye sosyal, ekonomik etkisi*** (%37,8) ölçütleri yoğun bakım çalışanlarının kararlarında ikinci ve üçüncü ağırlıkta etkili buldukları ölçütlerdir. Her iki ölçüte ilişkin tercihlerde katılımcıların meslek türünün etkili olduğu ve hekimlere oranla hemşirelerin bu ölçütleri kararlarında daha fazla kullandığı gözlenmektedir ( $p=0,026$ ,  $p=0,050$ ), (Tablo 5.17). Hemşirelerin bakım planında hastayı yakın çevresiyle beraber ele almak durumunda olması nedeniyle bu iki ölçüte daha fazla önem verdikleri düşünülmektedir (Ferrand et al, 2003). Oysa Hollanda'da yapılan bir çalışmada hastanın ailedeki rolü hekimlerin daha fazlası için önemli bir etkidir (Tymstra and Andela, 1993) ve bu çalışmada ve Avustralya'da (Nord et al., 1995) yapılan çalışmada halkın da etkili bulmadığı hastanın ailedeki rolü ölçütü

Brezilya’da (Fortes and Zoboli, 2002) yapılan çalışmalarda halkın daha büyük çoğunluğunun kararlarında etkili bulunmuştur.

Çalışmamızda tıbbi müdahalenin aileye etkisinin göz önüne alınmasında siyasi görüşün de etkin rol oynadığı bulunmuştur ( $p=0,048$ ), (Tablo 5.17). Solcu olduğunu bildiren yoğun bakım çalışanlarının yarıya yakını, sağcı olanların ise çok daha azı bu ölçütü kararlarında etkili bulmaktadır.

Etik karar verme sürecinde çevresel etkenlerin de değerlendirilmesi beklenen bir durumdur (Jonsen et al, 1992). Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık yarısının çevresel etkenleri göz önüne alması karar verme sürecindeki duyarlılıklarının göstergesidir. Ancak; sadece yarar ilkesiyle savunulabilecek olan bu ölçütler ele aldığımız adalet kuramları açısından desteklenememektedir.

***Hastanın psikiyatrik öyküsü bulunması*** katılımcılarımızın %36 ( $n=32$ )’sının kararlarında etkilidir (Tablo 6.1). Yoğun bakım çalışanlarının hiçbir özelliğiyle ilişkili bulunmayan bu ölçüt benzer bir şekilde SCCMEC’nin yaşamın sonuna ilişkin çalışmasında katılımcıların yaklaşık dörtte birinin (SCCMEC, 1992) kararlarında etkili olmaktadır, YBÜ kaynaklarının paylaşılması konusundaki çalışmasında (SCCMEC, 1994b) ve İsviçre’de yapılan bir diğer çalışmada (Escher et al., 2004) katılımcıların çok daha azının (%14) kararlarında etkili olmaktadır. Hastanın psikiyatrik öyküsü nedeniyle ayrımcılığa uğraması tehlikesi nedeniyle bu ölçütün adalet kuramları ya da ilkeleriyle savunulması söz konusu değildir. Katılımcılarımızın sadece üçte biri tarafından tercih edilen bir ölçüt olmakla beraber bu tercihin yaşam kalitesine dayanarak yapılmış olması tehlikesi incinebilir grubu korumakla ilgili ödevin ihlal edilmesine neden olabilmektedir.

***Hastanın kendi yaşam kalitesi değerlendirmesine*** hasta kabul ve taburcu kararlarında yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık üçte biri önem vermektedir (Tablo 6.1). Oysa SCCMEC’nin kaynak paylaşımı (%81) ve yaşamı destekleyen tedavilerden vazgeçmeye (%67) yönelik çalışmalarında katılımcıların kararlarında en etkili olduğunu bildirdikleri ölçüttür. Ayrıca ABD’de yapılan bir başka çalışmada da kendi yaşam kalitesini iyi bulanlar için daha az canlandırmama emri verildiği gözlenmiştir (SCCMEC, 1992; SCCMEC, 1994b; Hakim et al., 1996).

Etik açıdan da yaşam kalitesi değerlendirmesinde hasta merkezi rol oynamaktadır. Sağlık çalışanları hastayı yaşamak istemediği bir hayatı yaşamaya

zorlamamalı ve bu konuda karar hastanın kendisine bırakılmalıdır. Oysa çalışmamızda hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi düzeyine ilişkin ölçüt katılımcıların kararlarında önemli rol oynamaktayken hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi düzeyi katılımcıların sadece üçte biri tarafından önemli bulunmaktadır. Hastanın kendi kaderini belirleme hakkını engelleyebilecek bu tür tutumlar ülkemizde hekimlerin paternalistik yaklaşım eğiliminden kaynaklanabilmektedir (Ersoy, 1991).

***Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması*** yoğun bakım çalışanlarının yaklaşık dörtte biri (%23,6; n=21) tarafından önemli bulunmaktadır (Tablo 6.1). Hollanda’da yapılan bir çalışmada hekimlerin üçte biri, hemşirelerin ise çok azı bu ölçüte önem vermekteyken (Tymstra and Andela, 1993) Türkiye’de hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada da hemşirelerin çok küçük bir kısmının tercih ettiği bildirilmektedir (Ersoy ve Altun, 1999). Çalışmamızda bu ölçüte erkeklerin (p=0,009) ve karar deneyimi olmayan (p=0,017) yoğun bakım çalışanlarının daha fazla önem verdiği gözlenmiştir (Tablo 5.17).

Erkek katılımcılarımızdan biri, bu kişilere başkalarına kaynak yaratabilecekleri gerekçesiyle öncelik verilebileceğini dolayısıyla kabul ve taburcu kararlarında bu ölçütün önemli olabileceğini bildirmiştir. Oysa triyaj kararlarında sosyal değer dikkate alınması sadece savaş ve afet durumlarında ve bu kişinin kaynaklardan yararlanmasının diğer kişilere hemen geri dönebilecek bir faydası olduğunda haklı çıkarılabilmektedir. Örneğin savaşlarda ülkenin devlet başkanına ya da ordunun kumandanına, deprem gibi doğal afetlerde sağlık çalışanlarına öncelik vermek tedavi edildiklerinde statüleri gereği bu kişilerin daha fazla sayıda kişinin yarar görmesini sağlayabilecek olmasıdır (Beauchamp and Childress, 1989). Bu özel durumlar haricinde hastanın statüsü kabul ve taburcu kararlarını etkilememelidir. Ayrımcılığa yol açabilen böyle bir uygulama etik açıdan haklı çıkarılamamakta, adalet kuramlarıyla da ilişkilendirilememektedir.

***Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumunda ya da ilerlemesinde etkili olmasına*** ilişkin sosyal yapıdaki ölçüt, yoğun bakım çalışanlarının küçük kısmının (%20,9) kararlarında etkili olmaktadır (Tablo 6.1). Benzer şekilde Finlandiya (Ryynanen, 1999), İsviçre (Escher et al., 2004), Britanya (Bowling, 1996) ve Brezilya (Fortes and Zoboli, 2002)’da sağlık çalışanları ve halk ile yapılan

çalışmalarda bu ölçütün sınırlı destek bulduğu hatta Türkiye’de hemşirelerle yapılan bir çalışmada (Ersoy ve Altun, 1999) hiç etkili olmadığı gözlenmekteyken, Avustralya (Nord et al., 1995) ve Hollanda’da yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları ve halkın bu ölçütü daha yüksek oranda etkili bulduğu hatta Hollanda’da sağlık çalışanlarının riskli davranışları olan kişilerin daha fazla katkı payı ödemesini önerdiği gözlenmektedir (Tymstra and Andela, 1993)

Rawls’tan esinlenerek oluşturduğu kuramında Daniels’ın temel olarak rasgele paylaştırılmış ve dolayısıyla kişilerin sahip olmaktan sorumlu olmadığı rahatsızlıklardan dolayı ayrımcılığa uğramaması gerektiği ve bu nedenle sağlık kuruluşlarının fırsat eşitliği temelinde kişileri ideale yaklaştırmaya hizmet etmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu çerçevede kişilerin kendi seçmiş oldukları davranışlardan dolayı ortaya çıkan rahatsızlıkların adaletle düzeltilmesi gereken sorunlar olmayabileceği düşünülebilir.

B.K.Y.Y. yaklaşımının da temeli tedavi ile elde edilecek kaliteli yaşam yılları olduğundan, hastanın hastalığının oluşumuna katkı yapmış olması bir ölçüt olarak değerlendirilmemektedir. Ancak hastanın yaşam tarzı hastanın tedavi ile elde edeceği yaşam kalitesini dolayısıyla kaliteli yaşam yıllarını azaltıyorsa başka bir nedenle değil fakat tıbbi faydaya etkisi nedeniyle hasta kabul ve taburcu kararlarını etkileyebilecek bir ölçüt olması bu kuram açısından savunulabilmektedir (Schwappach, 2002).

Nozick’in kuramı açısından bakıldığında ise mevcut sağlık sistemimiz çerçevesinde en azından kendi hastalıklarının oluşumunda etkisi olan kişilerin sağlık sigorta ödemelerinin devlet tarafından karşılanmaması adaletli bulunabilmektedir. Adalet kuramlarıyla desteklenebilir olsa da ve günümüzde bu yönde bir eğilim gözlenirse de etik açıdan Williams’ın öne sürdüğü gibi bu ölçüt sadece tıbbi faydaya etkisi oranında dikkate alınmalıdır.

Yoğun bakım ünitesine kabul ya da taburcu kararlarında özellikle **hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısının** rol oynaması sık şikayet konularından biri olmakla birlikte çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının çok azının (%17,8) kararlarında etkili bir ölçüt olması sevindiricidir (Tablo 6.1). İtalya’da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmakla birlikte (Giannini et al., 2003). SCCMEC’nin yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasına ilişkin tutumlar

konusundaki çalışmasında aile isteklerinin katılımcıların yarısından fazlasının kararlarında etkili olduğu bildirilmiştir (SCCMEC, 1994b).

Şahinoğlu'nun da belirttiği gibi zaman zaman yaşama ümidi olmayan hastalar hasta veya ailesinin bunaltıcı baskısı ya da gönderen servisin ısrarı sonucu kurum içi ilişkileri korumak amacıyla kabul edilebilmektedir (Şahinoğlu, 2003b). Oysa özellikle yoğun bakıma kabul kararları hastanın en iyi faydası temelinde verilmeli ve sağlık çalışanları taleplerin makul olup olmadığını tartmalıdır (Ersoy, 2003) sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamaların yararlılığını gözetmekle ilgili yükümlülükleri adalet ödevinin gereğidir. Adalet ödevi ise sağlık çalışanlarına tıbbi kaynakları etkin kullanmakla ilgili bir yükümlülük yüklemektedir (Aydın ve Ersoy, 1994). Bu nedenle bu ölçüt adalet ilkesiyle haklı çıkarılamamaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının kararlarında sosyal değer ölçütleri arasında en yüksek oranda tıbbi faydayla ilişkili olabilecek hastanın yaşı ölçütünü etkili buldukları, daha sonra tıbbi-etik karar verme sürecinde değerlendirilmesi kaçınılmaz olan çevresel etkenleri etkili buldukları, etik açıdan da ele aldığımız kuramlar açısından da desteklenmesi mümkün olmayan hastanın statüsü, hastanın hastalığın oluşumuna etkisi, ailenin ya da başka bir hekimin baskısı gibi ölçütlerin kararlarda çok az etkili olduğunun bildirildiği gözlenmektedir. Yoğun bakım çalışanlarımızın kararlarında bu ölçütlere yönelik hassasiyetleri sevindirici olmakla beraber yaşam kalitesi değerlendirmesinde kaçınılmaz olan hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi ölçütünün kararlarda sınırlı oranda etkili bulunması endişe vericidir. Oysa yaşam kalitesi değerlendirilmesinde hasta merkezi rol oynamalıdır.

### **6.3.3. Toplumsal Fayda Ölçütleri Tercihi**

Tıbbi kaynakların herkesin ihtiyaçlarını karşılamaya yetemeyeceği ve çok yüksek maliyetlerle karşılanan bu kaynakların etkin şekilde paylaşılması gerektiği tıpta adalet ilkesinin temelidir. Hekim öncelikle hastasına karşı yükümlü olmakla beraber yaşadığı toplumun kaynaklarını korumak en azından nafîle kullanılmasını önlemekle yükümlüdür. Bu bağlamda triyaj kararlarının ve kaynakların

paylaştırılmasının temelinde kaynakların etkin kullanılması ve toplumsal yararın bireysel yararlar oranlanması bulunmaktadır (Veatch 1990a; Akdur ve Aydın, 1999).

Ancak hekimin Hipokrat'tan beri temel ödevi olan yaşamı koruma ödevinin toplumsal ihtiyaçların dikkate alınması ile sınırlandırılması tartışmalara neden olmaktadır. Sosyal değer ölçütleriyle çoğunlukla örtüşen ve katılımcılarımız tarafından kararlarda en az etkili olduğu bildirilen toplumsal yarar ölçütleri arasında kullanılması etik açıdan önerilen ve sınırlı kaynakların etkin kullanılması için kaçınılmaz olarak değerlendirilmesi gereken maliyet fayda analizi ve tedavinin topluma maliyeti gibi ölçütler de bulunmaktadır. Örneğin ATS'nin triyaj raporunda YBÜ bakımının maliyete oranla *sınırlı fayda* temelinde sınırlandırılacağı, SCCMEC'nin triyaj raporunda da toplumun ihtiyaçlarının göz önüne alınması gerektiği bildirilmektedir (SCCMEC, 1994a; ATS, 1997).

Çalışmamızda yoğun bakım çalışanlarının kararlarda en az (%25,9) etkili olduğunu bildirdiği ölçütler toplumsal faydaya ilişkin olanlardır (Tablo 6.1). Bu ölçütler arasında katılımcılarımızın kararlarda en etkili olduğunu (%55,1) bildirdiği toplumsal fayda ölçütü "hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması"dır. Daha sonra "Finansal maliyet-fayda analizi", "tedavinin topluma maliyeti", "hastanın üretime katkısı" ve "ödeme gücü"nü içeren ekonomik yarar ölçütlerinin kararlarda etkili olduğunun bildirilmesi yoğun bakım çalışanlarının bilimin yararını gözetmek yanında ekonomik yararı da gözettiklerini düşündürmektedir.

Yoğun bakım çalışanlarının bilimsel yararı gözetmeye yönelik eğilimi benzer oranda (%58) Kilner'in çalışmasında da gözlenmektedir (Kilner, 1988). Kararlarda toplumsal faydayı gözetmenin çoğunun bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlamak amacıyla hastayı yoğun bakıma kabul edebileceğini veya yoğun bakımda tutabileceğini bildirmesi yoğun bakım hastalarının gönüllülükleri dışında araştırma amacıyla kullanılabileceği endişesini yaratmaktadır. Oysa araştırma etiğinde özellikle hastaların ve incinebilir gruptakilerin bilimsel çalışmalara katılması için kendisinin doğrudan faydası olması gerekmektedir. Özellikle yaşamsal önemi olan yoğun bakım tedavilerinden faydalanmak konusunda tedavinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması triyaj kararlarda etik açıdan kabul edilebilir bir ölçüt değildir. Bilimin yararı adına insanın araçsallaştırılması anlamına gelebilecek

bu ölçütün yoğun bakım çalışanlarının yarından fazlasının kararları için etkili olması endişe vericidir.

Yoğun bakım çalışanları toplumsal yarara ilişkin ölçütlerde ikinci ağırlıkta ekonomik yararı gözetmektedirler –finansal maliyet-fayda analizi, tedavinin topluma maliyeti, hastanın üretime katkısı ve ödeme gücü-. Bizim çalışmamızda olduğu gibi SCCMEC'nin çalışmasında da yoğun bakım çalışanlarının üçte biri ekonomik yarara ilişkin ölçütleri gözetmektedirler (SCCMEC, 1992, SCCMEC, 1994b).

Ayrıca Fransa'da yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin hekimlere oranla daha fazla ekonomik yararı gözettiği görülmekle beraber (Ferrand et al., 2003) çalışmamızda erkeklerin, yetişkinlerin (40 ve üstü) ve hekimlerin toplumsal faydayı daha fazla gözettikleri gözlenmiştir. Ayrıca mesleki deneyimi ve yoğun bakım karar deneyimi daha az olan yoğun bakım çalışanlarının toplumsal faydayı daha fazla gözetme eğiliminde olduğu gözlenmiştir (Tablo 5.19). Finlandiya'da ve ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmalarda da sağlık çalışanlarının hastanın ekonomiye katkısını kaynakların paylaşılmasında bir ölçüt olarak almayı tercih etmediği gözlenmiştir (Ersoy ve Altun, 1999; Ryyanen et al., 1999).

Hastanın ekonomiye katkısı, dolayısıyla ödeme gücünün acil sağlık hizmetlerinin dışında hizmetin devamlılığını sağlayabilmek için kıt kaynaklar dahil olmak üzere tıbbi kaynakların paylaşılmasında gözetilmesi etik açıdan haklı çıkarılmakla beraber (HHY, 1998; Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000), bu payın elde edilmesinde adaleti sağlayabilmek amacıyla ortaya konan adalet kuramlarının yaklaşımları şöyle özetlenebilir:

Nozick'in hak kazanma kuramı açısından mülkiyet hakkı temelinde, toplumsal fayda ölçütleri arasında en uygun ölçütlerin hastanın üretime katkısı ve ödeme gücü ölçütleri olduğu düşünülebilir. Ancak Nozick'in kuramında bu ölçütlerin kullanılmasının amacı toplumsal faydayı arttırmak değilken Williams'ın B.K.Y.Y. yaklaşımının temelinde en az maliyetle en fazla B.K.Y.Y. kazanma dolayısıyla toplumsal kaynakları etkin şekilde kullanma amacı bulunmaktadır. Bu çerçevede kaynak paylaşımında bir ölçüt olarak sunulmasa da B.K.Y.Y.'nin temeli topluma katkısı olabilecek kalitede yaşamları korumaktır. Apaçık şekilde dile getirilmemiş olsa da Rawls'ın kuramıyla temellendirdiği kuramında Daniels'ın da geri dönüşsüz

hastalar için adil fırsat eşitliği anlamında adalet ilkelerinin geçerli olmayabileceği görüşü toplumsal kaynakların etkin kullanılması amacını destekler görünmektedir.

Çalışmamızda da toplumsal yarara ilişkin bilimsel bilginin gelişimi ölçütü kendini solcu olarak tanımlayan yoğun bakım çalışanlarının çoğunun kararlarında gözetilmekte iken sağcı olduğunu bildirenlerin çok daha azı tarafından önemli bulunmaktadır. Bu durum sol görüşte olanların bilimin yararını topluma yararı olacağından ötürü tercih etmiş olabileceğini düşündürmektedir. Oysa bireysel değerlerin mesleki değerlerin üzerine çıkmaması konusunda sağlık çalışanlarının daha duyarlı davranması gerekmektedir.

Sonuç olarak katılımcılarımızın kararlarında toplumsal fayda ölçütlerinin etkisini değerlendirdiğimizde yoğun bakım çalışanlarının en düşük oranda etkili olduğunu bildirdiği toplumsal fayda ölçütleri arasında endişe verici şekilde tedavinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olmasını kararlarında etkili buldukları gözlenmektedir. Oysa bilimin yararı bireyin yararının üstünde tutulmamalıdır. Bunun yanında ekonomik yararı gözetilen ölçütlerin sınırlı ölçüde destek bulduğu gözlenmektedir. Bununla beraber finansal maliyet fayda analizi ve tedavinin topluma maliyeti yoğun bakım ünitesi kaynaklarının paylaşılmasında göz önüne alınması gereken ölçütler olup adalet ödevi olağan dışı yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasında toplumun kaynaklarının nafiye kullanımının önlenmesini gerektirmektedir. Toplumsal fayda ölçütlerini ele aldığımız kuramlar açısından değerlendirdiğimizde ise bireyin topluma olan katkısı apaçık olarak Nozick ve Williams'ın kuranlarında destekleniyor olsa da Daniels'ın kuramında da en dezavantajlı kişilerin haklarını da koruyacak şekilde toplumsal kaynakların en etkin şekilde kullanılması temel öncüdür.

#### **6.4. Kararlara Rehber Olabilecek YBÜ Politikalarına İhtiyaç Duyma:**

Çalışma formunun son maddesinde yoğun bakım çalışanlarına "*yoğun bakıma kabul ve taburcu kararlarına yol gösterici olabilecek hastane politikalarına ihtiyaç duyuyor musunuz*" sorusu sorulmuş ve yoğun bakım çalışanlarının çoğunluğunu erkek katılımcıların ve *triyaj kararları verme deneyimine* sahip olanların oluşturduğu



önemli bir kısmının (%75,3) kurumsal politikalara ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir. (Tablo 5.20, 5.21).

Buna göre erkek katılımcıların büyük çoğunluğu (%83,3), kadın katılımcıların ise daha azı (%64,9) kurumsal politikalara ihtiyaç duyduğunu bildirmektedir ( $p=0,050$ ), (Tablo 5.21). Erkeklerin çözümlerinde bir norma ya da kurala uymayı tercih ederken, kadınların bir norm ya da kuralı uymayı reddettiği ve farklı çözümler aradıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Keefer and Olson, 1995). Bu durum, kadınların belki bireysel kararlara yönelik eğilimleri ve her hastada farklı çözümlere ulaşabilecekleri inancıyla kurumsal politikalara daha az ihtiyaç duymaktayken, erkeklerin hem adalet sorunlarına yönelik hem de norm ve kurallara uymaya yönelik eğilimleri nedeniyle kurumsal politikalara daha fazla ihtiyaç duyuyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Ayrıca; kararlara rehber olabilecek politikalara ihtiyaç duyma ile *triyaj kararları verme* sıklığı arasında doğru orantı bulunduğu görülmüştür. YBÜ’de sıklıkla ya da bazen triyaj kararları vermek durumunda kalmış olan yoğun bakım çalışanlarının büyük kısmı (sırasıyla; %86,7, %82,7) kararlarına dayanak oluşturabilecek politikalara ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir. Tercih yapmak durumunda kalmamış olan yoğun bakım çalışanlarının ise yarısından azı (%44,4) bu tür bir politikaya ihtiyaç duymaktadır ( $p=0,003$ ), (Tablo 5.21).

Trijaj deneyimi ile politikalara ihtiyaç duymak arasındaki paralel ilişki de çalışmaya ilişkin savımızı haklı çıkartmaktadır. Daha sık triyaj kararları vermek durumunda kalan ve dolayısıyla daha fazla etik ikilemeyle karşılaşmış olan ya da karşılaşması beklenen grup, kararlarına dayanak oluşturabilecek politikalara daha fazla ihtiyaç duymaktadır.

Yoğun bakım çalışanlarının bir kısmı sadece kurumsal politikaların oluşturulmasının yeterli olmayacağını özellikle beyin ölümü dışındaki geri dönüşsüz durumdaki hastalarda yaşamı destekleyen tedavilerden vazgeçilmesi konusunda ayrıntılı düzenlemelerin yapılması ve yasal belirsizliklerin ortadan kaldırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bu tür kararlarda sorumluluk paylaşımının önemini vurgulayan yoğun bakım çalışanlarının bulunması hastane etik kurullarının ya da kliniğe özgü etik kurulların ve etik konsültasyonun önemini ortaya koymaktadır. Bu kurullar hekimin karar sorumluluğunu ortadan kaldırmasa da, kararlara rehberlik edebilecek bağımsız kurullar olmaları sayesinde yaşanabilecek ikilemleri azaltabilecek, hatta olası etik sorunların önlenmesini mümkün kılacaktır.

## 7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Biçimsel adalet ilkesi “benzerlere benzer şekilde, benzer olmayanlara ise aralarındaki farklılıklarla orantılı olarak benzer olmayan şekilde muamele edilmesini” öne sürmektedir. Bu ilkenin adaletli şekilde yaşama geçirilebilmesi için dağıtımda hangi benzerlik ve farklılıkların göz önüne alınması gerektiğini ortaya koyan ölçütlerin amaca uygun olarak belirlenmesi gerekmektedir. Adil ölçütlerin belirlenmesinin gerekliliği tüm yarar ve yüklerin paylaşımında söz konusu olmakla birlikte yaşamsal önemi nedeniyle yoğun bakım kaynaklarının paylaşımında bu gereklilik daha da kaçınılmaz hale gelmektedir. Yoğun bakım çalışanları ise çalıştıkları birimde sağlık - bakım hizmetlerini, sınırlı sayıda, aşırı pahalı, sunumu çoğunlukla zahmetli ve hasta için külfetli olan tıbbi kaynaklarla yürütmek durumundadır. Birçok Batı ülkesinde yoğun bakım kaynaklarının triyajına yönelik ölçütler belirlenmişken, ülkemizde bu alanda standart ölçüt ve politikaların bulunmaması yoğun bakım kaynaklarının adaletsiz paylaşılabilmesi yönünde endişelere neden olmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım çalışanlarının yoğun bakım kaynaklarını paylaşmakla ilgili kararları ve kararlarında etkisi olan ölçütler hakkında bilgi edinmek amacıyla yürüttüğümüz çalışmada yoğun bakım çalışanlarının bazı kararlarında etik sorunlar yaşanabileceğini tespit ettik. Bu sorunların önlenmesi ve politikaların geliştirilmesine katkı sağlayabilmek için de bazı öneriler sunduk.

Yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul kararlarında hasta özerkliğini çiğneyebilecek, hastanın tercihlerini görmezden gelebilecek şekilde tıbbi yararı gözettikleri ve orantılılık ilkesi gereklerinin dışında tıbbi yarar ihtimali az olan fakat tedavinin nafi olmadığı vakalarda kabul kararlarının azaldığı gözlenmektedir. Bu sonuç yaşamı koruma ödevinin yerine geçmesi önerilen orantılılık ilkesinin kararlarda hesaba katılmadığını düşündürmektedir. Ayrıca yoğun bakım çalışanlarının dini ve siyasi görüşlerinin kararlarda rol oynaması da kişisel değerlerin tıbbin değerlerinin önüne geçebileceği endişesine yol açmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım kabul/taburcu kararlarında aynı ihtiyaç içerisinde bulunan herkesin yoğun bakımdan eşit şekilde yararlanmasını sağlayabilecek politikalar oluşturulmalıdır.

Ayrıca yoğun bakım çalışanlarının etik açıdan onaylanabilen, doğru tıbbi-etik karar vermesine katkı sağlayabilecek triyaj eğitimi planlanmalıdır. Aksi takdirde uygulamalardaki bireysel farklılıklar benzer durumdaki kişilere farklı muamele nedeniyle dağıtıcı adaletsizliğe ve dolayısıyla tıbbi güvenin sarsılmasına neden olabilecektir.

Taburcu kararları değerlendirildiğinde; yoğun bakım tedavileri gibi kıt kaynakların paylaşılmasında öncelikli olarak hastanın göreceği tıbbi yarar, katlanacağı külfetler, hastanın mevcut ve ilerideki yaşam kalitesinin tarafsızca değerlendirilmesi gibi adalet ölçütleri kullanılmakla birlikte son seçim için “ilk gelene ilk hizmet kuralı” uygulanmaktadır. Ancak bu durum tıbbi yarar ihtimalinin olmadığı ya da çok az olduğu durumda da ilk gelenin tedavi alacağı anlamına gelmemektedir. Çünkü olağandışı tedaviler kapsamında olan ve bu nedenle maliyet etkin kullanılması gereken yoğun bakım kaynakları, zarar vermeme ilkesini ihlal etmeksizin, adalet ilkesiyle destek bulan orantılılık ilkesi çerçevesinde paylaşılması durumundadır. Örneğin beyin ölümü olan vakada tedavilerin sürdürülmesi adalet ödeviyle haklı çıkarılamamakla beraber organ nakli ile daha çok sayıda kişinin yararı için yoğun bakıma kabul edilmeyi bekleyen hastanın yararını orantılılık ilkesi bağlamında göz ardı etmek etik açıdan savunulabilmektedir. Oysa yoğun bakım çalışanlarımızın taburcu kararlarında, tedavilerin sonlandırılması konusundaki kaygıdan kaynaklandığını düşündüğümüz tutum, kaynakların adil paylaşımı konusunda endişelere neden olmaktadır.

Yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarının kişisel ve profesyonel özellikleriyle ilişkisi değerlendirildiğinde kabul kararlarında, “dini ve siyasi görüşlerin etkisiyle” kişisel değerlerin tıbbin değerlerinin önüne geçebildiği ve ayrıca (beklendiği üzere) “triyaj karar deneyiminin” etkili olduğu; taburcu kararlarının ise “kişisel ve profesyonel özelliklerden” daha fazla etkilendiği gözlenmiştir (Tablo 7.1).

Bu farklılığın yukarıda da söylendiği gibi tedavilerin sonlandırılmasında yaşanan kaygı ve ölüme neden olmakla ilişkili ahlaki endişeden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Oysa tedavilerin esirgenmesi ve sonlandırılması arasında etik açıdan bir farklılık bulunmamaktadır. Bu konudaki etik eğitimi ile yoğun bakım çalışanlarının savunulabilir etik kararlar almaları kolaylaşabilecektir. Böylece

kaynakların nafile kullanılması önlenebileceği gibi yeni hastanın da kaynaklardan adil şekilde yararlanması sağlanabilecektir.

**Tablo 7.1:** Yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarında etkisi gözlenen kişisel ve profesyonel özellikleri

| YBÜ Çalışanlarının Özellikleri             | Kararlara Etkisi              |                                 |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
|  | YBÜ Kabul kararları'na etkisi | YBÜ Taburcu kararları'na etkisi |
| Cinsiyet                                   | <i>Yok</i>                    | <b>Var</b>                      |
| Yaş  | <i>Yok</i>                    | <b>Var</b>                      |
| Çocuk sahibi olma                          | <i>Yok</i>                    | <b>Var</b>                      |
| Dine verilen önem                          | <b>Var</b>                    | <i>Yok</i>                      |
| Siyasi görüş                               | <b>Var</b>                    | <i>Yok</i>                      |
| Meslek türü                                | <i>Yok</i>                    | <b>Var</b>                      |
| Mesleki deneyim yılı                       | <i>Yok</i>                    | <i>Yok</i>                      |
| Yoğun bakım deneyim yılı                   | <i>Yok</i>                    | <i>Yok</i>                      |
| Hasta kabul taburcu karar sürecine katılma | <i>Yok</i>                    | <b>Var</b>                      |
| Triyaj karar deneyimi                      | <b>Var</b>                    | <b>Var</b>                      |

Yoğun bakım çalışanlarının kabul ve taburcu kararlarında tercih ettikleri ölçütleri değerlendirdiğimizde ise; en fazla tıbbi faydaya yönelik ölçütlerin etkili bulunduğu ve bu ölçütlere yönelik tercihler ile sadece “meslek türü”, “mesleki deneyim” ve “ünitede karar sorumluluğuna katılma” gibi profesyonel özelliklerin anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar katılımcılarımızın YBÜ triyajında etik açıdan uygun ve adaletli olan tıbbi yarar ölçütlerini gözetme eğiliminde olduklarını ve bu kararlarında kişisel özelliklerinden ve değerlerinden daha az etkilendiklerini ortaya koymaktadır.

Bunun temel nedeninin aldıkları mesleki/tıbbi eğitim ve tıbbi yararı belirlemeye yönelik nesnel bazı skorlama sistemlerinin kullanılması olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle etik eğitiminin verilmesi ve triyaj kararlarında gözetilmesi gereken nesnel etik ölçütlerin belirlenmiş olmasının yoğun bakım çalışanlarının kendi değerlerine göre değil bu ölçütlere dayalı, dolayısıyla adil karar verebilmelerini sağlayacağını düşünüyoruz.

Ele aldığımız kuramlar açısından tıbbi fayda ölçütlerini değerlendirdiğimizde; Daniels'ın Rawlsçı adalet kuramında normal tür fonksiyonlarına yaklaştırmak için bir şey yapamayacağımız kişiler için fırsat eşitliği ilkesinden söz etmek mümkün

görünmemektedir (Daniels, 1985). Bu yüzden yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasında tıbbi yararı gözetmek ve tedavinin nafîle olacağı hastalar için tedaviyi esirgemek veya sonlandırmak bu kuram açısından makul görünebilmektedir.

Williams'ın yaklaşımına göre makro ve mikro seviyede verilmesi gereken tedavi daha fazla kaliteli yaşam sağlayacak olan tedavidir (Singelton and McLaren, 1995). Tıbbi fayda ölçütleri arasında sunulan tüm ölçütler de yaşam kalitesini artırmaya hizmet etmektedirler. Dolayısıyla yaşlı ya da kronik hastalığı olanlara karşı önyargılı olmakla suçlanıyor olsa da bu yaklaşım kıt kaynakların paylaşılmasında en fazla tıbbi yarar sağlayacak ve dolayısıyla yaşam kalitesini yükseltecek tedavilere öncelik verilmesine dayanmaktadır.

Nozick'in hak kazanma teorisi de Rawls gibi temel özgürlüklere ancak özellikle mülkiyet hakkına vurgu yapmaktadır. İdeal toplumu oluşturma düşüncesinden hareketle devlete ve özellikle sosyal devlete karşı çıkan Nozick'in kuramını (Nozick, 2000) mevcut sistemimiz ve yasalarımız çerçevesinde düşündüğümüzde; bu kuramın kıt kaynaklar ve özellikle yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasındaki yansımalarının tıbbi yarar olasılığının düşük olduğu durumlarda bireysel ya da kültürel değerlere dayanarak tedaviyi sürdürmeye karşı çıkacağı ve bu tür kararlarda vergi verenlerin taleplerinin dikkate alınmasının gerekeceği düşünülebilir. Çünkü nafîle bir tedaviyi bireysel veya kültürel değerlere dayalı olarak sürdürebilmek için vergi verenlerin de bunu kabul etmesi gerekmektedir.

Yoğun bakım çalışanlarının hasta kabul/taburcu kararlarında öncelikli olarak tıbbi fayda ölçütlerini tercih ettiği gözlenmiştir. Etik açıdan da arzu edilen bu durum görüldüğü gibi ele aldığımız adalet kuramları tarafından da desteklenmektedir.

Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında sosyal değer ölçütleri arasında en yüksek oranda tıbbi faydayla ilişkili olabilecek "hastanın yaşı" ölçütünü, daha sonra tıbbi-etik karar verme sürecinde değerlendirilmesi kaçınılmaz olan çevresel etkenleri etkili buldukları görülmüştür. Sunulan sosyal değer ölçütleri arasında etik açıdan da ele aldığımız kuramlar açısından da desteklenmesi mümkün olmayan "hastanın statüsü", "hastanın hastalığın oluşumuna etkisi", "ailenin ya da başka bir hekimin baskısı" gibi ölçütlerin ise yoğun bakım çalışanlarının kararlarında çok az etkili olduğu gözlenmiştir. Yoğun bakım çalışanlarımızın kararlarında bu ölçütlere yönelik hassasiyetleri sevindirici olmakla beraber "hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam

kalitesi” ölçütünün kararlarda sınırlı oranda etkili bulunması endişe vericidir. Oysa yaşam kalitesi değerlendirilmesinde hasta merkezi rol oynamalıdır.

Yoğun bakım çalışanlarının kararlarında toplumsal fayda ölçütlerinin etkisini değerlendirdiğimizde; sunulan ölçütler arasında toplumsal fayda ölçütlerinin en düşük oranda etkili olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte bu ölçütler arasında yoğun bakım çalışanlarının kararlarında en etkili buldukları ölçüt tedavinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olmasıdır. Oysa bilimin yararı bireyin yararının üstünde tutulmamalı, özellikle, yaşamı tehdit eden bir hastalık veya durumla karşı karşıya olup haklarını savunamayacak durumda bulunan yoğun bakım hastaları için bu konuda daha duyarlı davranılmalıdır. Bunun yanında “finansal maliyet fayda analizi” ve “tedavinin topluma maliyeti” gibi ekonomik yararı gözetilen ölçütlerin sınırlı ölçüde destek bulduğu gözlenmektedir. Oysa yoğun bakım ünitesi kaynaklarının paylaşılmasında bu ölçütlerin kullanılması da önerilmekte ve adalet ödevi olağan dışı yoğun bakım kaynaklarının paylaşılmasında toplumun kaynaklarının nafile kullanımının önlenmesini gerektirmektedir.

Toplumsal fayda ölçütlerini ele aldığımız kuramlar açısından değerlendirdiğimizde ise bireyin topluma olan katkısı Nozick ve Williams’ın kuramlarında açıkça destekleniyor olmakla beraber, Daniels’ın kuramında da en dezavantajlı kişilerin haklarını da koruyacak şekilde toplumsal kaynakların en etkin kullanımının temel öncül olduğu söylenebilir.

Yoğun bakım çalışanlarının kişisel özelliklerinin hasta kabul taburcu kararlarında rol oynayan ölçütlere etkisi değerlendirildiğinde; tıbbi fayda ölçütlerine ilişkin tercihlerde sadece profesyonel özelliklerin etkili olduğu, diğer ölçütlere ilişkin tercihlerin ise demografik özelliklere ya da siyasi görüşe göre değişebildiği gözlenmiştir. Bu sonuç yoğun bakım çalışanlarının bu ölçütlerin kullanımına yönelik net bir tutum geliştirmemiş olduklarını düşündürmektedir. Veatch’in de belirttiği şekilde kaynakların paylaşılmasında tıbbi faydaya ilişkin ölçütler haricindeki ölçütlerin değerlendirilmesi yalnızca sağlık çalışanlarına bırakılmamalı ve bu konudaki nihai etik ölçütlerin seçimi daha geniş bir toplum kesiminin görevi olmalıdır (Veatch, 1990b).

**Tablo 7.2:** YBÜ çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarında rol oynayan ölçütlere etkisi olan kişisel ve profesyonel özellikleri

| YBÜ Çalışanlarının Özellikleri             | Tıbbi Fayda Ölçütleri | Sosyal Değer Ölçütleri | Toplumsal Fayda Ölçütleri |
|--|-----------------------|------------------------|---------------------------|
|  | Tercihlerine Etkisi   |                        |                           |
| Cinsiyet                                   | <i>Yok</i>            | <b>Var</b>             | <b>Var</b>                |
| Yaş  | <i>Yok</i>            | <i>Yok</i>             | <b>Var</b>                |
| Çocuk sahibi olma                          | <i>Yok</i>            | <i>Yok</i>             | <i>Yok</i>                |
| Dine verilen önem                          | <i>Yok</i>            | <i>Yok</i>             | <i>Yok</i>                |
| Siyasi görüş                               | <i>Yok</i>            | <b>Var</b>             | <b>Var</b>                |
| Meslek türü                                | <b>Var</b>            | <b>Var</b>             | <b>Var</b>                |
| Mesleki deneyim yılı                       | <b>Var</b>            | <b>Var</b>             | <b>Var</b>                |
| Yoğun bakım deneyim yılı                   | <i>Yok</i>            | <i>Yok</i>             | <i>Yok</i>                |
| Hasta kabul taburcu karar sürecine katılma | <b>Var</b>            | <b>Var</b>             | <b>Var</b>                |
| Triyaj karar deneyimi                      | <i>Yok</i>            | <i>Yok</i>             | <b>Var</b>                |

Son olarak yoğun bakım çalışanlarının büyük çoğunluğunun hasta kabul/taburcu kararlarında yol gösterici olabilecek politikalara ihtiyaç duyması ve bu ihtiyacın triyaj kararı verme deneyimiyle orantılı olarak artması çalışmaya ilişkin savımızı haklı çıkartmaktadır. Beklenen bu sonuç yoğun bakım ünitesi çalışanlarına yönelik vakalarla etik eğitiminin ve yoğun bakım çalışanlarıyla etik tartışma grupları oluşturmanın gerekliliğini düşündürmektedir. Ayrıca yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburcu kararlarına rehberlik edecek ölçütlerin belirlenmesi, daha sonra uygulamaya ilişkin politikaların düzenlenmesi olası etik sorunların ortaya çıkmasını engelleyebilecektir.

Hasta kabul ve taburcu kararlarında ve bu kararlarda tercih edilen ölçütler konusunda ortaya çıkabileceğini düşündüğümüz sorunlar ve çözüm önerilerimiz Tablo 7.3'te sunulmuştur. Yoğun bakım çalışanlarına, elde ettiğimiz verilerdeki ağırlığına göre sıraladığımız bu konularda etik eğitimi verilmeli ve özellikle belirtilen konularda vaka çalışmaları yapılmalı, etik tartışma grupları oluşturulmalıdır. Bu eğitimin ve tartışmaların yoğun bakım çalışanlarının kararlarını etkileyen kendi değerlerini ayırt etmelerine yardımcı olabileceğini ve paternalistik tutumları önleyebileceğini düşünmekteyiz.

**Tablo 7.3:** Yoğun bakıma kabul ve taburcu kararı verme sürecinde ortaya çıkabilecek etik sorunların ağırlığına göre dağılımı

|   | <b>Yaşanabilecek Etik Sorun/İkilem</b>   | <b>Sorunu/İkilemi Azaltabilecek Çözüm Yolları</b>   |
|---|--|---|
| 1 | <i>Nafile Tedavi</i>   | Nesnel triyaj ölçütleri geliştirme<br>Kuramsal ve uygulamalı etik eğitimi   |
| 2 | <i>Orantılılık İlkesi (Yarar-zarar dengeleme)</i>  | Kuramsal ve uygulamalı etik eğitimi<br>Etik vaka tartışmaları<br>Üniteye özgü etik kurulların oluşturulması   |
| 3 | <i>Yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılmasında yaşanan kaygı</i>                           | Kuramsal ve uygulamalı etik eğitimi<br>Üniteye özgü etik kurulların oluşturulması<br>Kararları destekleyecek politikalar geliştirme   |
| 4 | <i>Paternalistik Tutumlar (Yaşayan dileğe saygı göstermeme; Tedaviyi redde saygı göstermeme)</i> | Kuramsal ve uygulamalı etik eğitimi<br>Kararları destekleyecek politikalar geliştirme   |
| 5 | <i>Kişisel değerlerin kararlara yansıtılması (Tibbin değerlerinin göz ardı edilmesi)</i>         | Kuramsal ve uygulamalı etik eğitimi   |
| 6 | <i>Triyaj karar deneyiminin yetersizliği</i>   | Uygulamalı etik eğitimi<br>Etik vaka tartışmaları<br>Nesnel triyaj ölçütleri geliştirme<br>Üniteye özgü etik kurulların oluşturulması<br>Kararları destekleyecek politikalar geliştirme |
| 7 | <i>Ayrımcılık</i>  | Uygulamalı etik eğitimi<br>Etik vaka tartışmaları<br>Nesnel triyaj ölçütleri geliştirme<br>Üniteye özgü etik kurulların oluşturulması   |
| 8 | <i>Yaşam kalitesi değerlendirmesinde yaşanan güçlük</i>  | Uygulamalı etik eğitimi<br>Etik vaka tartışmaları<br>Üniteye özgü etik kurulların oluşturulması   |

Bu bağlamda mezuniyet sonrası eğitim programlarında yer alması gerektiğini düşündüğümüz etik eğitiminde tıbbın amaçları, orantılılık ilkesi, yapma yapmama öğretisi, yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi ve sonlandırılması, özerklik ve bireye saygı ilkeleri, triyaj, yaşamın kalitesi, tıbbın değerleri gibi konulara ağırlık veren kuramsal tıp etiği eğitimi, bu eğitimin günlük uygulamalara yansıtılmasına olanak tanıyabilmek amacıyla etik karar verme süreçleri, etik sorunu tanıma ve sorunu çözümlenmeye yönelik karar süreçleri geliştirme konusunda uygulamalı etik eğitimiyle bütünleştirilmelidir. Ünite çalışanları ile oluşturulacak tartışma



gruplarında gerçekleştirilecek olan etik vaka tartışmalarının karar sürecine katılmayan yoğun bakım çalışanlarının deneyim kazanmasını sağlayabileceğine ve üniteye özgü etik kurulların oluşturulmasının etik ikilemlerin çözümüne yardımcı olabileceğine inanıyoruz.

Yoğun bakım çalışanlarının etik eğitimin planlanması yanında, yoğun bakım çalışanlarına yönelik tutum çalışmaları sürdürülmeli ve hasta kabul/taburcu kararlarının tıbbi-etik kararlar olmasını sağlayacak, orantılılık ilkesi ve adalet ödeviyle savunulabilecek ülkemize özgü standart ölçütler geliştirilmelidir. Geniş tabanlı bir fikir birliğinin oluşturulmasında Türkiye Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, Yoğun Bakım Derneği, Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, Türk Cerrahi Derneği, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derneği gibi ulusal meslek derneklerinin katılımının sağlanmasının yararlı olacağına inanıyoruz.

Ayrıca özellikle sosyal değer ve toplumsal fayda temelli ölçütler konusunda Veatch'in belirttiği gibi daha geniş bir toplum kesiminin görüşlerinin (Veatch, 1990b) veya Nozick'in belirttiği gibi vergi verenlerin gönüllü seçimlerinin (Nozick, 2000) dikkate alınması düşünülebilir.

Bu nedenle ulusal derneklerin katkılarıyla hasta kabul/taburcu kararlarında gözetilecek ölçütlere yönelik yoğun bakım çalışanları ile halkın tutum ve görüşlerini yansıtacak bilimsel çalışmalar planlanmalı ve yürütülmelidir. Bu bilimsel çalışmalarla üretilecek olan standartların ülkemize özgü politikaların belirlenmesinde önemli rol oynayacağına inanıyoruz (Argüden, 2004).

Bilimsel çalışmalarla desteklenmiş ve kamuoyuna bildirilmiş politikaların ve triyaj kurallarının varlığının karar verme sürecinde yoğun bakım çalışanlarının yaşayabileceği ikilemleri, ayrıca hasta ve hasta yakınlarının makul olmayan taleplerini önleyebileceğini sanıyoruz. Oluşturulacak olan yoğun bakım ünitesine özgü politikalar kaynaklar sınırlı olsun ya da olmasın her şartta uygulanacağından adaletsiz paylaşım önlenilecek, paylaşımada adaletsizlik söz konusu olduğunda ise bireyler “belirlenmiş ölçütlere göre” hak edilmiş olanı daha kolay talep edebilecektir.

## KAYNAKLAR

- ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ, (2000). Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000, Resmi Gazete Sayısı: 24046.
- AKARSU, B., (1994). Felsefe Terimleri Sözlüğü. 5. baskı. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- AKDUR, R., AYDIN, E., (1999). Sınırlı Kaynakların Dağıtımı ve Sağlık Hizmetleri. İçinde: *I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ed.: N Ersoy, ÜN Gündoğmuş. Kocaeli. s.: 114-118.
- AKMAN, H., REYHAN, E., (2004). Erişim: Aralık 2004:  
<http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/reanimasyonnot/newpage24.htm>
- AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, (1999). Guidelines for ICU admission, discharge, and triage. *Critical Care Medicine*. 27(3):633–638.
- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, (1998). Ethics manual. Fourth edition. *Annals of Internal Medicine*. 128(7):576–594. Available at: March 2005:  
<http://www.annals.org/cgi/content/full/128/7/576>
- AMERICAN THORACIC SOCIETY BIOETHICS TASK FORCE, (1997). Fair allocation of intensive care unit resources. *Am J Respir Crit Care Med*.156:1282-1301.
- AMSTERDAM BİLDİRGESİ, (1994). Avrupa hasta haklarının geliştirilmesi bildirgesi olarak, 28–30 Mart 1994. Erişim: Mayıs 2005:  
<http://www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/amsterdam.htm>
- ARGÜDEN, Y., (2004). Bilimsel Çalışmalarla Politika Üretmek. Erişim: Mayıs 2005:  
[http://www.arge.com/tr/mkl\\_BilimselCalismalarlaPolitikaUretmek.html](http://www.arge.com/tr/mkl_BilimselCalismalarlaPolitikaUretmek.html)
- ARIBOĞAN, A., BİLGİN, S., (2004). Reanimasyon “kritik = yoğun bakım” kavramı ve yapılanma özellikleri. Erişim: Mart 2005:  
<http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/reanimasyonnot/newpage12.htm>
- AVRUPA KONSEYİ İNSAN HAKLARI VE BİYOTİP SÖZLEŞMESİ, (1996). Erişim: Mayıs 2005:  
<http://www.avrupakonseyi.org.tr/tur/antlasma/ETS%20164.doc>
- AVRUPA SOSYAL ŞARTI, (1961). Erişim: Nisan 2005:  
<http://www.avrupakonseyi.org.tr/tur/antlasma/aas35.htm>
- AYDIN, E., ERSOY, N., (1994). Tıbbi etik’te “Adalet İlkesi”. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*; 2 (2): 61–64.
- BEAUCHAMP, T.L., (1991). *Philosophical Ethics: An Introduction to Moral Philosophy*. 2nd ed. USA: McGraw-Hill Inc.

- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., (1989). *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd ed. Oxford (NY): Oxford University Press.
- BOWLING, A., (1996). Health care rationing: the public's debate. *BMJ*. 312(7032).
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, (2000). *Withholding or Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment, Guidance for Decision Making*. 2nd. ed. London: BMJ Books.
- BROCK, D.W., (1989). Death and Dying. In: *Medical Ethics*, Ed.: RM Veatch. Boston: Jones and Bartlett Publishers. p.: 329-356.
- BUCHANAN, A., (1989). Health Care Delivery and Resource Allocation. In: *Medical Ethics*, Ed.: RM Veatch. Boston: Jones and Bartlett Publishers. p.: 291-327.
- CARDOSO, T., FONSECA, T., PEREIRA, S., LENCASTRE, L., (2003). Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care* 7(6):167–175. Available at: March 2005: <http://ccforum.com/content/7/6/R167>
- CEVİZCİ, A., (1996). *Felsefe Sözlüğü*. 1. baskı. Ankara: Ekin Yayınları.
- CEVİZCİ, A., (2002). *Felsefe Sözlüğü*. 5. baskı. İstanbul: Paradigma Yayınları.
- CHILDRESS, J.F., (1982). Rationing of Medical Treatment. In: *Encyclopedia of Bioethics*, Volume-2, Ed.: W.T. Reich. USA: The Free Press. p.: 1414-1418.
- CHRISTIANSEN, D., (1982). Aging and the Aged: Ethical Implications in Aging. In: *Encyclopedia of Bioethics*, Volume-1, Ed.: W.T. Reich. USA: The Free Press. p.: 58-65.
- CLARKE, C.M., (2001). Rationing scarce life-sustaining resources on the basis of age. *Journal of Advanced Nursing* 35(5):799–804.
- COOKSON, R., DOLAN, P., (1999). Public views on health care rationing: a group discussion study. *Health Policy*. 49:63–74.
- COOKSON, R., DOLAN, P., (2000). Principles of justice in health care rationing. *Journal of Medical Ethics*. 26:323–329
- DANIELS, N., (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DİRİCAN, A., (2002). Hastaneler yoğun bakım fakiri. Erişim: Ekim 2004: <http://www.zaman.com.tr/2002/10/29/haberler/butun.htm>
- DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI, (15.03.2005). ([dinisorular@diyanet.gov.tr](mailto:dinisorular@diyanet.gov.tr)). Alıcı: ([aslyakcay@yahoo.com](mailto:aslyakcay@yahoo.com))
- DOLAN, P, COOKSON, R, FERGUSON, B., (1999). Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority settings in health care: focus group study. *BMJ*. 318:916–919.

- DTB'NİN HEKİM YARDIMLI İNTİHAR İÇİN TUTUMU, (1992). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. 1998.
- DTB'NİN ÖTANAZİ BİLDİRGESİ, (1987). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. 1998.
- ELGER, B.S., CHEVROLET, J.C., (2003). Attitudes of health care workers towards waking a terminally ill patient in the intensive care unit for treatment decisions. *Intensive Care Medicine*. 29(3):487-90.
- ENGELHARDT, H.T., RİE, M.A., (1986). Intensive care units, scarce resources, and conflicting principles of justice. *JAMA*. 255 (9): 1159-1164.
- ERDOĞAN, M., (1994). Özgürlük, Adalet, Refah. İçinde: *Adalet Kavramı*, Ed.: A. Güriz. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları. s.: 115-129.
- ERSOY, N., (1991). Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılması ve Aydınlatılmış Onam (Rıza)'ının Alınması ile İlgili Etik Sorunlar. Basılmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ERSOY, N., (2003). Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular (I): Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi. İçinde: *Çağdaş Tıp Etiği*, Ed.: A.D. Erdemir, Ö. Öncel, Ş. Aksoy. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. p.: 328-357.
- ERSOY, N., ALTUN, İ., (1999). Tıbbi kaynakların paylaşılması ile ilgili hemşirelerin görüşleri. İçinde: *I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ed.: N Ersoy, ÜN Gündoğmuş.Kocaeli. s.: 119-123.
- ERSOY, N., BAĞDAÇIÇEK, S., AKPINAR (AKÇAY) A., (2003). 112 acil çalışanlarının bir çoklu yaralanma senaryosu için triyaj kararları. III. Tıp Etiği Kongresi Kitabı. Bursa: 694-703.
- ESCHER, M., PERNEGER, T.V., CHEVROLET, J.C., (2004). National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. *BMJ*. 329:425-428.
- EYÜBOĞLU, İ.Z., (1991). Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü. 2. baskı. İstanbul: Sosyal Yayınlar.
- FEİNBERG, J., (1982). Justice. In: *Encyclopedia of Bioethics*, Volume-1, Ed.: WT Reich. USA: The Free Press. p.: 802-811.
- FERRAND, E., LEMARIE, F., REGNIER, B., KUTEIFAN, K., BADET, M., ASFAR, P., (2003). Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*. 167:1310-1315. Available at: March 2005:  
[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4085/is\\_200305/ai\\_n9295594](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4085/is_200305/ai_n9295594)
- FORTES, P.A.C., ZOBOLÍ, E.L.C.P., (2002). A study on the ethics of micro allocation of scarce resources in health care. *Journal of Medical Ethics*. 28:266-269.

- GIANNINI, A., PESSINA, A., TACCHI, E.M., (2003). End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Medicine*. 29(11);1902–1910.
- GILLON R., (1985). Philosophical medical ethics, justice and medical ethics. *BMJ*. 291:201-2.
- GÜRİZ, A., (1994). Adalet Kavramının Belirsizliği. İçinde: *Adalet Kavramı*, Ed.: A. Güriz. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları. s.: 5-25.
- GÜRİZ, A., (1996). Hukuk Felsefesi. 4. baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- GÜRKAN, Ü., (1994). Sosyal Adalet. İçinde: *Adalet Kavramı*, Ed.: A. Güriz. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları. s.: 77-83.
- GÜVEN, T., ERSOY, N., (2000). Tıp Etiğinde Yeni Bir Yaklaşım: Erdemler. *Tıp Etiği* 8(1):51–59.
- HADORN, D.C., (1991). The Oregon priority-setting exercise: quality of life and public policy. *Hasting Center Report*. 21:11–16.
- HAKIM, R.B., TENO, J.M., HARRELL, F.E., KNAUS, W.A., WENGER, N., PHILLIPS, R.S., LAYDE, P., CALIFF, R., CONNORS, A.F., LYNN, J., (1996). Factors associated with do-not-resuscitate orders: patients' preferences, prognoses, and physicians' judgments. *Annals of Internal Medicine*. 125(4):284–293. Available at: March 2005:  
<http://www.annals.org/cgi/content/full/125/4/284>
- HAMEL, M.B., TENO, J.M., GOLDMAN, L., LYNN, J., DAVIS, R.B., GALANOS, A.N., (1999). Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. *Annals of Internal Medicine*. 130(2):116–125.
- HARRIS, J., (1987). QALYfying the value of life. *Journal of Medical Ethics*. 13:117–123.
- HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ, (1998). Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.
- HAVIV, S., LEMAN, P.J., (2002). Moral decision-making in real life: factors affecting moral orientation and behaviour justification. *Journal of Moral Education*. 31(2):121-140. Available at: March 2005:  
<http://homepages.gold.ac.uk/leman/JME.htm>
- HINKKA, H., KOSUNEN, E., METSANOJA, R., LAMMI, U.K., KELLOKUMPU-LEHTINEN, P., (2002). Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. *Journal of Medical Ethics*. 28:109–114.
- HSU, E.B., JENCKES, M.W., CATLETT, C.L., ROBINSON, K.A., FEUERSTEIN, C., COSGROVE, S.E., GREEN, G.B., BASS, E.B., (2004). Effectiveness of hospital staff mass-casualty incident training methods: a systematic literature review. *Prehospital and Disaster Medicine*. 19(3): 191-200. Available at: March 2005:  
<http://pdm.medicine.wisc.edu>

- İNSAN HAKLARI EVRENSEL BEYANNAMESİ, (1948). Erişim: Nisan 2005: [http://www.unicef.org/turkey/udhr/\\_gi17.html](http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html)
- JONSEN, A.R., (1989). Ethical Issues in Organ Transplantation. In: *Medical Ethics*, Ed.: R.M. Veatch. Boston: Jones and Bartlett Publishers. p.: 229-250.
- JONSEN, A.R., LISTER, G., (1982). Life Support Systems. In: *Encyclopedia of Bioethics*, Volume-1, Ed.: W.T. Reich. USA: The Free Press. p.: 840-849.
- JONSEN, A.R., SIEGLER, M., WINSLADE, W.J., (1992). Clinical Ethics, A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 3rd ed. USA: McGraw-Hill Inc.
- KABOĞLU, İ.Ö., (1993). Özgürlükler Hukuku: İnsan Haklarının Hukuksal Yapısı. 4. baskı. İstanbul: Afa Yayıncılık AŞ.
- KAĞITÇIBAŞI, Ç., (1988). İnsan ve İnsanlar. 8. baskı. İstanbul: Evrim Basım Yayın Dağıtım.
- KAHRAMAN, S., (2002). NTV Sağlık Raporu: Yoğun Bakım. Erişim: Ekim 2004: <http://www.ntv.com.tr/news/120556.asp>
- KARATAŞ, M., (2003). Kardiyopulmoner Resüsitasyon Kurallarının Gelişimi ve CPR Uygulanmasında Karşılaşılan Etik İkilemler. Basılmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- KEEFER, M.W., OLSON, D.R., (1995). Moral reasoning and moral concerns: an alternative to Gilligan's gender based hypothesis. *Canadian Journal of Behavioral Science*. Available at: March 2005: [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3717/is\\_199510/ai\\_n8724792](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3717/is_199510/ai_n8724792)
- KILNER, JF. (1988). Selecting patients when resources are limited: a study of US medical directors of kidney dialysis and transplantation facilities. *American Journal of Public Health*. 78:144-147.
- KUÇURADI, İ., (1994). Adalet kavramı. İçinde: *Adalet Kavramı*, Ed.: A. Güriz. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları. s.: 27-33.
- KUÇURADI, İ., (1998). İnsan ve Değerleri. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.
- LADD, J., (1978). Legalism and Medical Ethics. In: *Contemporary Issues in Biomedical Ethics*, Ed.: J.W. Davis, B. Hoffmaster, S. Shorten. New Jersey: The Humana Press Inc. p.: 1-35.
- LIM, M., (2003). Influence of physician bias on end-of-life care. *Online Ethics Journal of the American Medical Association*. 5(1). Available at: March 2005: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/jdiscjanfinal3.doc>
- LIZBON BİLDİRGESİ, (1981). Erişim: Nisan 2005: <http://www.saglik.gov.tr>
- MCKNEALLY, M.F., DICKENS B.M., (1997). Bioethics for clinicians: Resource allocation. *CMAJ*. 157 (2): 163-167.

- NORD, E, RICHARDSON, J, STREET, A, KUHSE, H, SINGER, P., (1995). Maximizing health benefits vs egalitarianism: an Australian survey of health issues. *Social Science and Medicine*. 41:1429–1437.
- NOZICK, R., (2000). *Anarşi, Devlet ve Ütopya*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ, (2000). Resmi Gazete Tarihi: 01.06.2000, Resmi Gazete Sayısı: 24066.
- ÖKTEM, N., (1988). *Hukuk Felsefesi ve Hukuk Sosyolojisi*. 4. baskı. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım AŞ.
- PAYNE, K., TAYLOR, R.M., STOCKING, C., SACHS, G.A., (1996). Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state, a national survey. *Annals of Internal Medicine*. 125(2):104–110. Erişim: Mart 2005:  
<http://www.annals.org/cgi/content/full/125/2/104>
- PETTINARI, C., (2000). NHS Direct LSL Evaluation Report to Consortium. Available at: March 2005:  
[www.kcl.ac.uk/depsta/medicine/gppe/IAP/FINUS.pdf](http://www.kcl.ac.uk/depsta/medicine/gppe/IAP/FINUS.pdf)
- POCHARD, F., AZOULAY, E., CHEVRET, S., VINSONNEAU, C., GRASSIN, M., LEMAIRE, F., HERVE, C., SCHLEMMER, B., ZITTOUN, R., DHAINAUT, J.F., (2001). French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy. *Critical Care Medicine* 29(10):1887–1892.
- RAFFIN, T.A., (1993). Ethical and Legal Aspects of Forgoing Life-Sustaining Treatments. In : *Principles&Practice of Medical Intensive Care*, Ed.: R.W. Carlson, M.A. Geheb. USA: WB Saunders Company. p.: 1731-1740.
- RAWLS, J., (2003). *A Theory of Justice*. Rev. Ed. 5th ed. USA: Harvard University Press.
- ROBINSON, J.L., (2002). Army nurses' knowledge base for determining triage categories in a mass casualty. *Military Medicine*. Available at: March 2004:  
[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3912/is\\_200210/ai\\_n9099402](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3912/is_200210/ai_n9099402)
- ROGERS, MF., (1998). *Contemporary Feminist Theory: a text/reader*. USA: McGraw-Hill. Chapter 8.
- RYYNANEN, O.P., MYLLYKANGAS, M., KINNUNEN, J., TAKAL, J., (1999). Attitudes to health prioritization methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science and Medicine*. 49:1529–1539.
- SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN, (1961). Erişim Kasım 2004:  
<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=mevzuat&cid=1&sayfano=2&sirala>
- SCHWAPPACH, D.L.B., (2002). Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidence. *Health Expectations*. 5:210–222.
- SHELDON, T., (2003). Doctors' "end of life" decisions vary across Europe. *BMJ*. 327:414.

- SHERMAN, J., (2002). Ethics Course for Pediatric Residents, Use of Limited Resources. Available at: November 2004:  
[http://peds.ufl.edu/ethics\\_course/Ethics,Scarce%20Resources.htm](http://peds.ufl.edu/ethics_course/Ethics,Scarce%20Resources.htm)
- SİNGELTON, J., MCLAREN, S., (1995). Ethics Foundations of Health Care. Responsibilities in Decision Making. London: Mosby.
- SMİTH, D.H., VEATCH, R.M., (1987). A Report by The Hasting Center, Medical Ethics Series Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. Indiana University Pres. Bloomington&Indianapolis.
- SNAUWAERT, D.T., (1995). Ecological Identification, Friendship, and Moral Development: Justice and Care as Complementary Dimensions of Morality. Available at: April 2005:  
[http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-yearbook/95\\_docs/snauwaert.html](http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-yearbook/95_docs/snauwaert.html)
- SPRUNG, C.L., (1993). The Future of Ethical Issues in Critical Care Medicine. In: *Principles&Practice of Medical Intensive Care*, Ed.: R.W. Carlson, M.A. Geheb. USA: WB Saunders Company. p.: 1740-1744.
- STANLEY, J.M., (ed.), (1992). The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. *Journal of Medical Ethics*. Vol:18. Available at: November 2004:  
[http://www.lawrence.edu/dept/bioethics/Appleton\\_Interna\\_Confer.html](http://www.lawrence.edu/dept/bioethics/Appleton_Interna_Confer.html)
- STRAUSS, M,J,, LOGERFO JP, YELTATZIE JA, TEMKIN N, HUDSON LD., (1986). Rationing of intensive care unit services. *JAMA*. 255(9):1143-1146.
- ŞAHİNOĞLU H., (2003a). *Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Üniteleri*. İçinde: Yoğun Bakım: Sorunları ve Tedavileri. Ed.: H. Şahinoğlu. 2. baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*. s.: 3-6.
- ŞAHİNOĞLU, H., (2003b). *Yoğun Bakım Etiği*. İçinde: Yoğun Bakım: Sorunları ve Tedavileri. Ed.: H. Şahinoğlu. 2. baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*. s.: 1181-1184.
- THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE ETHICS COMMITTEE, (1992). Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Critical Care Medicine*. 20(3):320-326.
- THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE ETHICS COMMITTEE, (1994a). Consensus statement on the triage of critically ill patients. *JAMA*. 271 (15): 1200-1203.
- THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE ETHICS COMMITTEE, (1994b). Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Critical Care Medicine*. 22 (2): 358-362.
- TRUOG, R.D., (1992). Triage in ICU. *Hastings Center Report*. 22(3).
- TÜRKÇE SÖZLÜK, (1998). 9. baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.



- TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI (1982). Erişim: Mart 2004:  
<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=mevzuat&cid=1&sayfano=2&sirala>
- TYMSTRA, T, ANDELA, M., (1993). Opinions of Dutch physicians nurses and citizens on health care policy, rationing and technology. *JAMA*. 270:2995–2999.
- VEATCH, R.M., (1990a). Justice in health care: The contribution of Edmund Pellegrino. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 15: 269–287.
- VEATCH, R.M., (1990b). Medikal Etik Teorileri: Mesleki ve Toplumsal Modellerin Karşılaştırılması. İçinde: W. Land, J.B. Dossetor (Eds). *Organ Naklinde Ahlak, Adalet, Ticaret*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 1-6.
- VENEDİK BİLDİRGESİ, (1983). Sağlıkla İlgili Uluslar arası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. 1998.
- VINCENT, J.L., (1990). European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Medicine*. 16:256–264.
- WEBSTER’S SEVENTH NEW COLLEGIATE DICTIONARY, Based on Webster’s Third New International Dictionary, (1965). USA: G&C Merriam Company.
- WILLIAMS, A., GRIMLEY, E.J., (1997). Rationing health care by age. *BMJ*. 314(7083).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2003). Definition of Health. Available at: November 2004:  
<http://www.who.int/about/definition/en/>
- ZWEIBWEL, N.R., CASSEL, C.K., KARRISON, T., (1993). Public attitudes about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources. *The Gerontologist*. 33(1):74–80.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Aslıhan Akpınar

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 19.09.1977, Ankara

**Yabancı Dili:** İngilizce

**Öğrenim Durumu:**

| Derece        | Alan                  | Üniversite           | Yıl         |
|---------------|-----------------------|----------------------|-------------|
| Lisans        | Felsefe               | Uludağ Üniversitesi  | 1994 – 1998 |
| Yüksek Lisans | Tıp Tarihi ve Etik AD | Kocaeli Üniversitesi | 2002 –      |

**Çalışma Durumu:**

01.01.2004 – Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Araştırma Görevlisi

**Yayımlar:**

1. Ersoy N, Bağdaçık S, **Akçay (Akpınar) A.** *112 Acil Çalışanlarının Bir Çoklu Yaralanma Senaryosu İçin Triyaj Kararları.* III. Tıp Etiği Kongresi Kitabı. Bursa 2003; 694–703.
2. Ersoy N, Güngör Y, **Akpınar A.** Tarih İçinde İzmit'te Hastaneler. Kocaeli Şehriçi Dergisi 2005;23: 54–57.
3. Ersoy N, **Akpınar A.** *Kocaeli'nde sağlık çalışanlarının prenatal HIV testine ilişkin tercih ve tutumları.* Sendrom. (Baskıda, Yayın Kabul Tarihi: 08.02.2005).
4. **Akpınar A,** Ersoy N. *Kocaeli'nde gebe kadınların prenatal HIV testine ilişkin bilgi, tutum ve tercihleri.* Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. (Baskıda, Yayın Kabul Tarihi: 11.05.2005).

**Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler:**

1. Ersoy N, Bağdaçık S, **Akçay (Akpınar) A.** *112 Acil Çalışanlarının Bir Çoklu Yaralanma Senaryosu İçin Triyaj Kararları.* III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi 25–28 Haziran 2003, Bursa.
2. Ersoy N, Güngör Y, **Akpınar A.** *İzmit'te Hastaneler.* VIII. Türk Tıp Tarihi Kongresi 16–18 Haziran 2004, Sivas – Divriği.
3. **Akpınar A,** Güngör Y, Ersoy N. *İzmit'te Kurtuluş Savaşı Yılları ve Sağlık Hizmetleri.* IV. Lokman Hekim Tıp tarihi ve Folklorik Tıp Günleri 10–13 Mayıs 2005, Manisa – Bergama.

### **Seminer Sunumları:**

2002–2003 Bahar Dönemi “*Afetlerde Triyaj*”

2004–2005 Güz Dönemi “*Yoğun Bakım Kaynaklarının Paylaşımında Adalet*”

### **Katıldığı Kongre, Panel, Sempozyum ve Seminerler**

1. Prof. Dr. Nermin Ersoy. *Prenatal Tanıda Etik*.  
Gölcük Deniz Hastanesi Baştabipliği. 15 Ekim 2003, Kocaeli.
2. Prof. Dr. Nermin Ersoy. *Hekimlik Etiği*.  
KOU Tıp Fakültesi Mezuniyet Sonrası Eğitim Konferansları Dizisi, No:1,  
21 Ocak 2004, Kocaeli.
3. Doç. Dr. Agop Çıtak. *Pediyatrik Yoğun Bakımda Sepsis Tedavisi*.  
KOU Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi Seminer Salonu, 28 Ocak 2004,  
Kocaeli.
4. Prof. Dr. Nermin Ersoy. *Acil Tıpta Etik*.  
Siyami Ersek Hastanesi Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. 15 Mart 2004,  
İstanbul.
5. Prof. Dr. Sedat Özkan. *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*.  
Sopalı SSK Hastanesi Konferans Salonu, 20 Nisan 2004, Kocaeli.
6. Prof. Dr. Nermin Ersoy *Hasta Hakları Karşısında Sağlık Çalışanlarının Etik Yükümlülükleri*.  
İzmit Devlet Hastanesi Konferans Salonu, 26 Ekim 2004, Kocaeli.
7. Prof. Dr. Atilla Çetin. *İzmit Tarihi Konferansı*.  
İZEYAP Toplantı Salonu, 9 Aralık 2004, Kocaeli.
8. Halk Kültüründe Değişim Uluslar arası Sempozyumu.  
KOU Derbent Uygulama Oteli, 17-19 Aralık 2004, Kocaeli.
9. Pediyatrik Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu.  
Gölcük Deniz Hastanesi Baştabipliği, 25 Şubat 2005, Kocaeli.
10. Prof. Dr. Nermin Ersoy. *Onkoloji ve Hematolojide Etik*.  
KOU İç Hastalıkları Servisi Seminer Salonu, 9 Mart 2005, Kocaeli.
11. Panel: *Etik, Adli Tıp ve Hukuk açısından Yeni TCK*.  
Sopalı SSK Hastanesi Konferans Salonu, 17 Mart 2005, Kocaeli.
12. Prof. Dr. Nermin Ersoy. *Acil Tıpta Etik*. Acil Hekimliği Sertifika Programı  
Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Eğitim Merkezi, 29 Nisan  
2005, Kocaeli.

13. Öğr. Gör. Müesser Şenses. 19. Yüzyılda Osmanlı'da Ebelik.  
İzmit Devlet Hastanesi Konferans Salonu, 29 Nisan 2005, Kocaeli.
14. Panel: *Hemşirelik Hizmetlerinde Adalet*.  
Kocaeli Devlet Hastanesi Konferans Salonu, 17 Mayıs 2005, Kocaeli.

#### **Sürdürülmekte Olan Çalışmalar / Projeler:**

1. Türkiye'de Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Kaynaklarını Paylaşmakla İlgili Tutumları.  
*(İki yıl sürmesi planlanan "Türkiye'de Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Kaynaklarını Paylaşmakla İlgili Tutumları" adlı projemizin ilk etabı bu tezle tamamlanmış olup diğer etapları II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi ve Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kongresi'nde sürdürülecektir).*
2. Pediatrik Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşamın Sonuna İlişkin Tutumları.  
*(Pilot çalışması Pediatrik Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu'nda tamamlanmış olan çalışma II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi'nde yürütülecektir).*
3. Kocaeli'nde 112 Acil Servisleri ve Hastane Acil Servislerinde Çalışan Hekimlerin Bir Çoklu Yaralanma Senaryosu İçin Triyaj Kararları.  
*(Yalnızca 112 Acil servislerinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışma tamamlanmış ve III. Tıp Etiği Kongresi'nde sunulmuştur. Farklı bir senaryo ile Kocaeli'nde 112 Acil Servisleri ve Hastane Acil Servislerinde çalışan hekimlerle sürdürülen diğer çalışmanın 4 Kasım 2005 tarihinde tamamlanması planlanmaktadır).*
4. Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarının ve Gebe Kadınların Prenatal HIV Testine Yönelik Tercih ve Tutumları.  
*(Tamamlanmış olan çalışmanın bazı bölümleri yayınlanmak üzere Türkiye Klinikleri ve Sendrom Dergilerine gönderilmiştir).*
5. Tarihsel Süreç İçinde İzmit'te Sağlık Hizmetleri.  
*(İzmit'te sağlık hizmetlerine -sağlık kuruluşları, hastaneler, hekimler, salgın hastalıklar, karantinalar ve İzmit'te sağlık hizmetlerine katkısı olan misyoner faaliyetleri- yönelik tıp tarihi çalışmamızın bir kısmı tamamlanmış ve bildiri olarak VIII. Türk Tıp Tarihi Kongresi'nde sunulmuştur. Çalışma genişletilerek sürdürülmektedir).*

## EK – 1: ÇALIŞMA FORMU

### *Değerli Katılımcı,*

Sınırlı sayıda, aşırı pahalı ve çoğunlukla karmaşık tıbbi uygulamaların söz konusu olduğu yoğun bakım hizmetlerinde yaşanan etik sorunlardan en can alıcısı, mevcut kaynakların hangi hasta ya da hastalar için kullanılacağına karar vermektir. Ciddi etik ikilemlerin yaşanabildiği bu tür kararlar için geliştirilmiş olan politikalar ya da etik kurallar, olası hatalı dağıtımları engelleyebilmekte, dolayısıyla etiğe uygun olmayan *-adaletli olmayan-* kararlar önlenmektedir. Ancak ülkemizde yoğun bakım hekimlerinin günlük uygulamaları sırasında kararlarına dayanak oluşturabilecek bir politikaya ya da her hangi bir ölçüte rastlanmamaktadır. Bu nedenle "Yoğun Bakım Ünitesinde, Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesi Kaynaklarının Paylaşılmasına İlişkin Görüş ve Tutumları" adlı bir çalışma planlanmıştır. Karar vericilerin görüşleri, eğilimleri, ihtiyaçları ve beklentileri hakkında bilgi elde etmek amacıyla planlanmış olan bu çalışma sonuçlarının, ülkemizde kıt kaynakların paylaşılmasıyla ilgili kararlara rehberlik edebilecek politikaların ya da kuralların geliştirilmesine yardımcı olacağını umuyoruz. Çalışma formunda "50" madde bulunmakta ve tamamlanması için ortalama 10 dakika gerekmektedir. Vermiş olduğunuz içten, doğru cevaplar ile cevapsız madde bırakmamakta gösterdiğiniz özen, çalışma açısından çok önemlidir. Katılarınız için çok teşekkür ederim.

### I. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ:

1. **Cinsiyetiniz :**  
 Erkek  Kadın
2. **Yaşınız :**  
.....
3. **Çocuğunuz :**  
 Var  Yok
4. **Dinin yaşamınızdaki yeri?**  
 Önemlidir  Pek önemli  Hiç önemli değildir  
değildir
5. **Genel anlamda politik görüşünüzü aşağıdakilerden hangisi daha iyi tanımlamaktadır?**  
 Sağ  Sol  Diğer.....
6. **Mesleğiniz :**  
 Hemşire  
 Hekim →  Uzman  Asistan
7. **Uzmanlık alanınız veya uzmanlık eğitimi aldığınız alan ve varsa yan uzmanlık alanınız.**  
.....
8. **Kaç yıllık hekim / hemşiresiniz?**  
.....
9. **Çalıştığınız kurumun türü :**  
 Devlet hastanesi  SSK hastanesi  Üniversite hastanesi  Özel hastane
10. **Çalıştığınız hastanenin yatak sayısı:**  
.....
11. **Çalıştığınız kurum aynı zamanda bir eğitim hastanesi mi?**  
 Evet  Hayır

12. Kaç yıldır yoğun bakımda çalışıyorsunuz?  
.....
13. Hangi yoğun bakım ünitesinde görevlisiniz (Örn: Cerrahi YBÜ, Koroner YBÜ...)?  
.....
14. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinin yatak sayısı kaçtır?  
.....
15. Yoğun bakıma hastaların kabul ve taburcu edilmesiyle ilgili karar sürecine katılıyor musunuz?  
 Evet  Hayır

---

**II. Yoğun Bakım Ünitesinde mevcut kaynaklar ihtiyaç duyan tüm hastalar için yeterli değilse, bakım sağlayıcı, hizmetin bu hastalardan hangisine verileceğine karar vermek zorundadır. Siz, günlük uygulamalarınız sırasında,**

1. Yoğun bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalar arasında kaynakların yetersizliği nedeniyle tercih yapmak zorunda kalıyor musunuz?
- Sıklıkla  Bazen  Çok nadir ya da hiçbir zaman
2. Yoğun Bakım Ünitesinde mevcut tek bir yatak olduğunda aşağıda tıbbi durumları kısaca tanımlanmış olan hastaların yoğun bakım ünitesine kabul edilmesini uygun bulur musunuz?
- a. 25 yaşında, kadın hasta. Kalıcı bitkisel hayattadır ve ARDS'si (Acute respiratory distress syndrome) vardır.  
 Evet  Hayır
- b. 50 yaşında, erkek hasta. Terminal dönem metastatik akciğer kanseri ve masif hemoptizisi vardır.  
 Evet  Hayır
- c. 50 yaşında, erkek hasta. Terminal dönem metastatik akciğer kanseri. Myokard enfarktüsü (MI) ve prematür ventrikül ekstrasistolü vardır.  
 Evet  Hayır
- d. 35 yaşında, AIDS hastası. Pneumocystic carinii pnömonisi var ve 5 gündür Bactrim' le tedavi ediliyor. Solunum yetmezliği gelişmiş-ki bu terminal döneme çok yakınken gelişir.  
 Evet  Hayır

- e. 60 yaşında, erkek hasta. Hafif derecede kronik obstrüktif akciğer hastasıdır (KOAH). Guillian-Barre sendromuna (geri dönüşlü bir hastalıktır) ikincil akut solunum yetmezliği gelişmiştir (PCO2 akut olarak 80mmHg'ye yükselmiş ve mental durumu bozulmuştur ). Hastanın böyle bir durumda ventilatör desteğini reddeden bir yaşayan dileği\* vardır.  
 Evet  Hayır
- f. 50 yaşında, kadın hasta. 20 yıldır multiple sclerosisli, 10 yıldır da kuadripilejik olan hastanın terminal dönemde olduğu düşünülmektedir. Sağ ana bronşa takılan beslenme sondası nedeniyle gelişen aspirasyon pnömonisi sonrası entübe edilmiştir.  
 Evet  Hayır
- g. 80 yaşında, KOAH'lı ve ARDS'li erkek hasta.  
 Evet  Hayır

3. **“Akut solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakım desteğine ihtiyacı olan 25 yaşındaki bir astım hastasını” yatırabilmek için, aşağıdaki hastaların yoğun bakımdan taburcu edilmesini uygun bulur musunuz?**

- a. 20 yaşında, erkek hasta. Subaraknoid kanama nedeniyle yoğun bakıma kabulünden sonra 2 hafta komada kalmıştır. Spontan solunumu olmasına rağmen ventilatör desteğine ihtiyaç duymaktadır.  
 Evet  Hayır
- b. 45 yaşında, kadın hasta. Multiple organ yetmezliği nedeniyle 8 haftadır yoğun bakımdadır. Orta doz dopamin ve orta düzeyde PEEP (positive end-expiratory pressure) almaktadır.  
 Evet  Hayır
- c. 45 yaşında, kadın hasta. Multiple organ yetmezliği nedeniyle yoğun bakımdadır. Böbrek yetmezliği vardır; ancak artık diyaliz ihtiyacı yoktur. ARDS'si giderilmiştir; fakat hala ventilatör desteği gerekmektedir.  
 Evet  Hayır
- d. 60 yaşında, erkek hasta. 3 ay önce Mİ geçirmiştir. Aort anevrizması ameliyatının üzerinden 16 saat geçmiştir. Hemodinamisi stabildir, pulmoner arter kateteri vardır.  
 Evet  Hayır

---

\*living will (yaşayan dilek): Hastanın yeterliliğini kaybettiği zaman uygulanması için tedavisiyle ilgili olarak önceden bildirdiği isteği.

- e. 6 yaşında, çocuk. Beyin ölümü vardır. Organ bağışını konuşmak için ailesi beklenmektedir.  
 Evet  Hayır
- f. 40 yaşında, kadın hasta. Otomobilini elektrik direğine çarparak intihara teşebbüs etmiştir. Yapılan ameliyat sonrası ventilatör gereklidir; ancak kadın, huzur içinde ölmek için her şeyin çekilmesini istemektedir.  
 Evet  Hayır

---

**III. 1. Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edilecek hasta için karar verirken gözetilmesi gereken bazı kriterler olduğu öne sürülmektedir. Sıralanışı kura yöntemiyle belirlenmiş olan aşağıdaki kriterlerin sizin için önemi nedir?**

- a. *Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi\**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- b. *Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması (çocuk, yaşlı yakınlar ...)*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- c. *Hastanın daha önce de hastaneye yatmış olması (örn: Yaşam kurtarıcı tedavi kaynaklarından daha önce de yararlanmış olması)*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- d. *Hastanın ödeme gücü (tedavi masraflarını ödeyecek para ya da sağlık sigortasına sahip olması)*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- e. *Hastanın yaşam tarzının (alkol, uyuşturucu ya da sigara bağımlılığı gibi) hastalığın oluşumuna ya da ilerleyişine neden olması*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- f. *Hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- g. *Hastanın üretime katkısı (emeklilik-tam zamanlı çalışma, yarım gün çalışma,...)*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- h. *Tedavinin topluma maliyeti*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- i. *Hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısı*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- j. *Hastanın bir devlet kurumunun (darülaceze, yetiştirme yurdu...) bakımı altında olması*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- k. *Finanssal maliyet-fayda analizi (topluma, aileye, kuruma maliyetine karşılık hastaya faydasının oranlanması)*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- l. *Hastanın mental ya da psikiyatrik öyküsü*  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir

---

\*Yaşam Kalitesi: Bireyin fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarının yeterliliği, bireyin yaşamını bağımsız sürdürebilmesi anlamına gelmektedir



- m. **Hastanın kronik hastalığının doğası-prognozu**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- n. **Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması (milletvekili, vali, belediye başkanı, rektör... vb.)**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- o. **Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- p. **Hastanın yaşı**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- q. **Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- r. **Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- s. **Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir
- t. **Hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olması**  
 Önemlidir  Pek önemli değildir  Hiç önemli değildir

2. YBÜ' ne kabul ya da taburcu etme kararları verirken size yol gösterebilecek hastane politikalarına (örn: "Geriye dönüşsüz bir hastadan 24, 48, 72 saat sonra ventilatör, yapay beslenme gibi yaşamı destekleyen uygulamaların çekilebileceği" gibi kurumsal bir politikanın bulunması) ihtiyaç duyuyor musunuz?

Evet  Hayır

---

- **Ekleme istediğiniz bir olgu, bilgi ya da iletmek istediğiniz bir not varsa lütfen yazınız.**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Katkılarınız için tekrar teşekkür ederim.**

Arş. Gör. Aslıhan Akpınar  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı  
Tel: 02622335980/1414-1121  
e-posta: aslyakcay@yahoo.com

## **EK – 2: Tez İçindeki Türkçe Terimlerin İngilizce Karşılıkları**

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>Adil Süre Yaklaşımı:</b>                     | The Fair Innings Argument            |
| <b>Aldırmazlık Peçesi:</b>                      | Veil of Ignorance                    |
| <b>B.K.Y.Y.:</b>                                | Q.A.L.Y.                             |
| <b>Beklenen Kaliteli Yaşam Yılı:</b>            | Quality Adjusted Life Year           |
| <b>Biçimsel Adalet İlkesi:</b>                  | The Formal Principle of Justice      |
| <b>Cezalandırıcı veya Denkleştirici Adalet:</b> | Criminal or Retributive Justice      |
| <b>Çoklu Organ Yetersizliği</b>                 | Multi Organ Failure                  |
| <b>Dağıtıcı Adalet:</b>                         | Distributive Justice                 |
| <b>Dağıtım:</b>                                 | Rationing                            |
| <b>Eşit Değer Yaklaşımı:</b>                    | The Equal Worth Argument             |
| <b>Eşitlikçi Kuramlar:</b>                      | Egalitarian Theories                 |
| <b>Fırsat Eşitliği:</b>                         | Fair Equality of Opportunity         |
| <b>Hak Kazanma Kuramı:</b>                      | Entitlement Theory                   |
| <b>Hakkaniyet:</b>                              | Fairness                             |
| <b>İlerisi İçin Emir:</b>                       | Advanced Directive                   |
| <b>Karşılaştırmalı Adalet:</b>                  | Comparative Justice                  |
| <b>Maddi Adalet İlkeleri:</b>                   | Material Principles of Justice       |
| <b>Makul Yaşam Süresi Yaklaşımı:</b>            | The Prudential Lifespan Argument     |
| <b>Maliyet Etkinlik Analizi:</b>                | Cost-Effectiveness Analysis          |
| <b>Maliyet Fayda Analizi:</b>                   | Cost-Benefit Analysis                |
| <b>Nafile Tedavi:</b>                           | Futile Treatment / Medical Futility  |
| <b>Olağan ve Olağandışı Tedaviler:</b>          | Ordinary and Extraordinary Treatment |
| <b>Orantılılık İlkesi:</b>                      | The Principle of Proportionality     |
| <b>Özgürlükçü Kuramlar:</b>                     | Liberal Theories                     |
| <b>Triyaj:</b>                                  | Triage                               |
| <b>Usuli Adalet:</b>                            | Procedural Justice                   |
| <b>Yararcı Kuramlar:</b>                        | Utilitarian Theories                 |
| <b>Yaşam Desteğinin Esirgenmesi:</b>            | Withholding of Life Support          |
| <b>Yaşam Desteğinin Sonlandırılması:</b>        | Withdrawing of Life Support          |
| <b>Yaşamın Kalitesi:</b>                        | Quality Of Life                      |
| <b>Yaşayan Dilek:</b>                           | Living Will                          |
| <b>Yeni Özgürlükçü Kuramlar:</b>                | Libertarian or Neo-Liberal Theories  |