

## Klinik Araştırma

# Yoğun Bakımda Adalet: Türkiye’de Yoğun Bakım Çalışanları Hangi Kabul/Taburcu Ölçütlerini Kullanıyor?

Aslıhan Akpınar\*, Nermin Ersoy\*\*

\*Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, \*\*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kocaeli

### ÖZET

**Amaç:** Türkiye’de yoğun bakım çalışanlarının Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) hasta kabul/taburcu kararlarında kullandıkları ölçütlerin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma 2004-2006 yıllarında 3 ulusal kongrede ve e-posta grubunda anket formuyla yürütüldü. Yirmi ölçüt içeren form araştırmacılar tarafından hazırlandı. YBÜ çalışanlarının, karar alırken verdiği öncelikler tıbbi ve toplumsal yarar ile sosyal değer başlıklarında sorgulandı. Yanıtlar ile YBÜ çalışanlarının kişisel ve mesleki özelliklerinin ilişkisi ki-kare testi ile değerlendirildi,  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların 228’i hekim, 136’sı hemşireydi (N=364). Hekimlerin % 82,3’ü, hemşirelerin % 53,7’si YBÜ hasta kabul/taburcu kararlarına katıldığını bildirdi. Katılımcıların % 70,9’u kaynakların sınırlılığı nedeniyle triyaj kararı veriyordu. Tıbbi yarar ölçütleri en fazla önem verilen grup olarak saptandı. Tıbbi yarar ölçütlerine verilen önem mesleki özellikler yanında sosyodemografik özelliklerden de etkilendi. Katılımcıların çoğunluğu hekim olan % 50,3’ü bir sosyal değer ölçütü olan hastanın yaşına önem verdi ( $p<0,05$ ). Hastanın kendi yaşam kalitesi değerlendirmesi katılımcıların % 33,2’si için önemliydi ve çoğunluğu hemşireler oluşturuyordu ( $p<0,05$ ). Toplumsal yarar açısından YBÜ çalışanlarının en fazla önem verdiği ölçüt tedavinin bilimsel biginin gelişimine katkısıydı (% 54,4).

**Sonuç:** Etik açıdan YBÜ’ne kabul taburcu kararlarında tıbbi yarar ölçütlerinin önemsenmesi uygundur. Ancak, hastanın yaşı ya da tedavinin bilimsel bilginin gelişimine katkısı ölçütlerinin önemsenmesi uygun değildir. Bu durum triyaj politikalarının oluşturulmasının gerekliliğini düşündürmektedir. Bununla birlikte tıbbi-etik karar verme sürecine hasta savunuculuğu rolü öne çıkan hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Tıbbi etik, yoğun bakım, sağlık çalışanlarının tutumları, sosyal adalet, sağlık kaynakları

### SUMMARY

#### *Justice in Intensive Care: What Admission/Discharge Criteria are used by Intensive Care Practitioners in Turkey?*

**Objective:** To assess the decision-making criteria for patient admission and discharge used by intensive care professionals in Turkey.

**Materials and Methods:** This trial was conducted in three national congresses and also via e-mail using a self-administered questionnaire between 2004 and 2007. The questionnaire, which included 20 criteria of medical and societal benefits and social worth, prepared by researchers. Correlations between importance attached to the criteria, and characteristics of the participants were analyzed by chi-square test and  $p<0.05$  was accepted significant.

**Results:** Of 364 participants 228 were physicians and 136 nurses, also 82.3 % of the physicians and 53.7 % of the nurses were participated in admission/discharge decisions in their units. Of these 70.9 % claimed that they made triage decisions because of scarcity of resources. Medical benefit appeared to be the most important criteria. The importance given to medical benefit criteria was affected by socio-demographic characteristics, and professional capabilities as well. More than 50 % of the participants (50.3 %) which the majority was physicians gave importance to a social benefit criteria as patient’s age ( $p<0.05$ ). While 33.2 % them, mostly nurses, gave priority to patient’s self-assessment of his/her quality of life ( $p<0.05$ ). In terms of societal benefit, most of ICU workers (54.4 %) emphasized contribution of the treatment to the scientific knowledge

**Conclusion:** Ethically, priority of the medical benefit criteria is appropriate for decisions of admission and discharge. However, giving importance to patient’s age or contribution of the treatment to the scientific knowledge is not appropriate. Therefore, it has been concluded that the guidelines of triage need to be established. In addition, nurses who play dominant roles as defenders of patients’ rights, should take part in medical and ethical decision-making process.

**Key words:** Medical ethics, intensive care, attitude of health personnel, social justice, health resources

*J Turk Anaesth Int Care 2011; 39(3):115-125*

**Alındığı Tarih:** 13.12.2010

**Kabul Tarihi:** 18.02.2011

**Yazışma adresi:** Dr. Aslıhan Akpınar, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Umuttepe Yerleşkesi 41380 Kocaeli

**e-posta:** aslyakcay@yahoo.com

## GİRİŞ

Yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararları aynı zamanda kıt kaynakların paylaşımı kararlarıdır. Yaşamsal öneme sahip olduğundan bu kaynakların paylaşımında benzerlere benzer şekilde, benzer olmayanlara aralarındaki farklılıklarla orantılı olarak benzer olmayan şekilde muamele edilmesini buyuran dağıtıcı adalet ilkesi can alıcı noktadadır.<sup>(1,2)</sup>

Dağıtıcı adaletsizliğin temeli keyfi paylaşımlara izin vermektir. Dağıtımda keyfiliği ortadan kaldırmanın temelinde de objektif paylaşım ölçütlerinin belirlenmesi bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarına kaynakları adil paylaşım ödevini yükleyen adalet ilkesi çerçevesinde adil paylaşımı sağlamak için çeşitli kuramlardan temel alan maddi adalet ilkeleri ortaya konmaya çalışılır.<sup>(1,2)</sup>

Yoğun bakıma kabul/taburcu kararları karmaşık ölçütlere dayandığından, Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) kaynaklarından uygun şekilde yararlanmayı sağlamak için triyaj ölçütleri önerilmiştir.<sup>(3-5)</sup> Genel olarak kaynak paylaşımında yararlılık, kötü davranmama, özerklik ve adalet ilkele-riyle uyum içinde YBÜ kaynaklarının tıbbi durumu geri dönüşlü olan ve tamamen iyileşme için kabul edilebilir ümidi bulunan hastalar için ayrılması önerilir.<sup>(6)</sup>

Bununla birlikte ölçütlerin oluşturulması bunların uygulanması için yeterli değildir. Çünkü özellikle YBÜ yatakları gibi kritik kaynakların paylaşımında ölçütlerin nasıl yaşama geçirileceği önem taşır. Az sayıda olmakla beraber, yapılan çalışmalarda da bu ölçütlere sınırlı ölçüde uyulduğu bulunmuştur.<sup>(7,8)</sup> Bunun nedenleri arasında bu hastaları belirlemeyi sağlayacak güvenilir ve objektif skorlamaların bulunmaması,

linik uygulamada bu önerileri izlemenin zor olması, bu rehberlerin evrensel olarak kabul edilmemiş olması yanında tıbbi-etik kararlarda kültürel ve dini değerler ile kişisel farklılıkların etkili olması<sup>(6,9-11)</sup> da sayılmaktadır.

Ülkemizde yoğun bakıma kabul, triyaj ve taburcu kararlarına ilişkin politikalar olmadığı gibi yoğun bakım çalışanlarının kaynak paylaşımında kullandıkları ölçütlere ilişkin çalışma da az sayıdadır.<sup>(12)</sup> Oysa yoğun bakım çalışanlarının triyaj için kullandıkları ölçütlerin belirlenmesi YBÜ triyaj politikalarının oluşturulmasına ve uygulanacak karar verme yönteminin belirlenmesine yardımcı olabilir. Bu tanımlayıcı çalışma ile ülkemizdeki yoğun bakım ekibi üyelerinin yoğun bakıma kabul ve taburcu karar sürecinde önemli buldukları ölçütleri belirlemeyi, ölçütlere verilen önemin YBÜ çalışanlarının dini ve siyasi görüşleri başta olmak üzere sosyodemografik ve mesleki özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini değerlendirmeyi amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

**Çalışma yeri ve katılımcıların seçimi:** Bu tanımlayıcı çalışma 2004 ve 2005 yıllarında gerçekleştirilen üç ulusal kongre ile 2006 yılında internet üzerinden yürütüldü. (1) 280'i hekim 93'ü hemşire 473 yoğun bakım çalışanın katıldığı *XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi* (5-8 Mayıs 2004, Kuşadası); (2) 360 yoğun bakım hemşiresinin katıldığı *II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi* (26-28 Eylül 2005, Çeşme); (3) 1350 yoğun bakım hekiminin katıldığı *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği 39. Kongresi* (23-27 Kasım 2005, Antalya); (4) 22 Ağustos 2006 tarihinde Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği üyelerinin e-posta adreslerine çalış-

ma formunun linki gönderilmiş ve 2007 yılına kadar toplam 61 dernek üyesi geri dönmüştür. Kongrelerde kongre girişine stant kurularak ulaşılabilen tüm kongre üyelerine çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen kongre üyelerine çalışma hakkında yazılı bilgi de içeren çalışma formu sunulmuş ve formu tamamladıktan sonra stantta bulunan kapalı kutuya koymaları istenmiştir.

**Veri toplama yöntemi:** Araştırmada isimsiz anket formu kullanılmıştır\*. Araştırmacılar tarafından hazırlanan<sup>(1)</sup> çalışma formunda katılımcıların sosyodemografik, mesleki özellikleri ile çalıştıkları kurumlara ait özelliklere ilişkin sorular ve yoğun bakım kaynak paylaşımında kullanılacak 20 ölçüt yer almaktaydı. Bu ölçütlerin beşi tıbbi yarara; yedisi toplumsal yarara; sekizi sosyal değere ilişkindi. Katılımcılara her bir ölçütü hasta kabul/taburcu kararlarında önemli bulup bulmadıkları soruldu.

**Verilerin değerlendirilmesi:** Elde edilen verilerin yüzde dağılımları alındı. YBÜ çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, dini ve siyasi görüş) ve mesleki özellikleri (meslek, karar sürecine katılma, triyaj deneyimi, YBÜ deneyimi) bağımsız değişken olarak alındı. Ölçütlere verilen önem (önemlidir/önemli değildir) ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi ki-kare Pearson testi ile analiz edildi ve  $p < ,05$  anlamlı kabul edildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (SS), ortanca ve yüzde (%) olarak ifade edildi.

\*Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu tarafından 2004 yılında onaylanan “Türkiye’de yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin yoğun bakım kaynaklarını paylaşımına ilişkin tutumları (Araştırmacılar: Prof. Dr. N. Ersoy, Dr. Aslıhan Akpınar)” başlıklı projenin bir parçasıdır.

## BULGULAR

**Katılımcıların özellikleri:** Çalışmamıza 136’sı hemşire, 228’i hekim olmak üzere yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan toplam 364 yoğun bakım çalışanı katıldı. Katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri Tablo I’de gösterilmektedir.

*Hekimlerin* % 60,5’i erkekti ve % 64,5’i çocuklu idi. Yaşları 25 ve 62 arasında olup, yaş ortalaması  $36,1 \pm 7,6$  idi ve % 51,8’i 30’lu yaşlarındaydı. Hekimlerin % 69,3’ü uzmandı ve en az bir, en çok 38 yıllık YBÜ deneyimine sahipti (ortanca=6 yıl). Üniteye hasta kabul ve taburcu karar sürecine % 82,5’i katılıyor ve % 29,4’ü kaynakların sınırlılığı nedeniyle sıklıkla triyaj kararı veriyordu. Hekimlerin çalıştığı hastanelerin % 77,5’i eğitim hastanesiydi ve % 51,8’i 500’den az yataklıydı. Ünitelerin % 58,8’indeki yatak sayısı 10’dan azdı.

*Hemşirelerin* % 99,3’ü kadındı ve % 64,7’si çocuk sahibi değildi. Yarıdan fazlası (% 55,9) 20’li yaşlarında olan hemşirelerin yaş ortalaması  $29,8 \pm 4,9$  idi (22-49 yaş arası). Yoğun bakım deneyim süresi 6 ay ile 25 yıl arasında olan hemşirelerin (ortanca=5,25) % 37,5’i beş yıldan az deneyimliydi. Hemşirelerin % 53,7’si YBÜ hasta kabul ve taburcu karar sürecine katılıyor ve % 20,6’sı sıklıkla triyaj kararı vermek zorunda kalıyordu (Tablo I). Hemşirelerin çalıştıkları hastanelerin % 69,1’i eğitim hastanesiydi ve % 61,7’si 500’den az yataklıydı. Ünitelerin % 57,5’i de 10’dan az yataklıydı.

**Ana bulgular:** YBÜ çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarında verdikleri öneme göre değerlendirmeleri istenen ölçütler (Tablo II) araştırmacılar tarafından üçe ayrıldı. Tıbbi durumu geri dönüşlü olan ve tamamen iyileşme ümidi bulunan hastaları belirlemeyi sağlayacak beş ölçüt

**Tablo I. YBÜ çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile çalıştıkları kurumların özellikleri (N=364).**

	Hekimler	Hemşireler	Toplam
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Erkek	138 (60,5)	1 (0,7)	139 (38,2)
Kadın	90 (39,5)	135 (99,3)	225 (61,8)
<b>Yaş</b>			
≤ 29 yaş	38 (16,7)	76 (55,9)	114 (31,3)
30–39 yaş	118 (51,8)	53 (39,0)	171 (47,0)
> 39 yaş	72 (31,6)	7 (5,1)	79 (21,7)
<b>Çocuklu olma</b>			
Evet	147 (64,5)	48 (35,3)	195 (53,6)
Hayır	81 (35,5)	88 (64,7)	169 (46,4)
<b>Dinin yaşamıdaki yeri...</b>			
Önemlidir	99 (43,4)	101 (74,3)	200 (54,9)
Önemli değildir	129 (56,6)	35 (25,7)	164 (45,1)
<b>Siyasi görüş</b>			
Sağcı	34 (14,9)	26 (19,1)	60 (16,5)
Solcu	129 (56,6)	53 (39,0)	182 (50,0)
Diğer	55 (24,1)	33 (24,3)	88 (24,2)
Yanıtsız	10 (4,4)	24 (17,6)	34 (9,3)
<b>YBÜ deneyim süresi</b>			
≤5 yıl	99 (43,4)	68 (50,0)	167 (45,9)
>5 yıl	100 (43,9)	68 (50,0)	168 (46,1)
Yanıtsız	29 (12,7)	-	29 (8,0)
<b>Karar sürecine katılma</b>			
Evet	188 (82,5)	73 (53,7)	261 (71,7)
Hayır	40 (17,5)	63 (46,3)	103 (28,3)
<b>Triyaj kararları verme sıklığı</b>			
Sıklıkla	67 (29,4)	28 (20,6)	95 (26,1)
Bazen	107 (46,9)	56 (41,2)	163 (44,8)
Ender olarak ya da hiçbir zaman	54 (23,7)	52 (38,2)	106 (29,1)
<b>YBÜ türü</b>			
Genel	127 (55,7)	40 (31,0)	167 (45,9)
Cerrahi	67 (29,4)	53 (39,0)	120 (33,0)
Dâhili	11 (4,8)	36 (26,5)	47 (12,9)
Diğer	8 (3,5)	7 (5,1)	15 (4,1)
Yanıtsız	15 (6,6)	0 (0,0)	15 (4,1)
<b>Kurum türü</b>			
Üniversite hastanesi	114 (50,0)	65 (47,8)	179 (49,2)
Devlet hastanesi	87 (38,2)	50 (36,8)	137 (37,6)
Özel hastane	27 (11,8)	21 (15,4)	48 (13,2)
<b>Eğitim hastanesi mi?</b>			
Evet	177 (77,6)	94 (69,1)	271 (74,5)
Hayır	51 (22,4)	42 (30,9)	93 (25,5)

*tıbbi yarar ölçütleri* başlığında toplandı. Maliyetleri göz önüne alarak toplumsal kaynakları etkin ve verimli şekilde paylaş-tırmaya hizmet eden yedi ölçüt *toplumsal yarar ölçütleri* olarak; bir bireyin belirli durumlarda kabul edilebilir olmasını sağ-layan kişisel özelliklerini ortaya koyan se-kiz ölçüt de *sosyal değer ölçütleri* olarak

sınıflandırıldı.

Ülkemizde YBÜ çalışanlarının hasta kabul ve taburcu kararlarında en fazla tıbbi ya-rara ilişkin ölçütlere önem verdiği ve bu ölçütlere verilen önemin YBÜ çalışanları-nın sosyodemografik ve mesleki özellik-lerinden istatistiksel açıdan anlamlı fark

**Tablo II. YBÜ çalışanlarına önemini değerlendirmeleri için sunulan ölçüt listesi.**

Ölçütler
(a) Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi
(b) Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması
(c) Hastanın yaşam kurtarıcı tedavi kaynaklarından daha önce de yararlanmış olması.
(ç) Hastanın ödeme gücü
(d) Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumuna ya da ilerleyişine neden olması
(e) Hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi
(f) Hastanın üretime katkısı
(g) Tedavinin topluma maliyeti
(ğ) Hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısı
(h) Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olması
(i) Finanssal maliyet-yarar analizi
(i) Hastanın mental ya da psikiyatrik öyküsü
(j) Hastanın kronik hastalığının doğası-prognozu
(k) Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması
(l) Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi
(m) Hastanın yaşı
(n) Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması
(o) Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi
(ö) Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması
(p) Hastanın akut hastalığının / durumunun geri dönüşsüz olması

**Tablo III. YBÜ çalışanlarının tıbbi yarar ölçütlerine verdikleri önem ve tercihlerini etkileyen kişisel ve mesleki özellikleri (N=364).**

Tıbbi fayda ölçütleri tercihi ve etkileyen faktörler (p<,05)	Önemlidir
<b>(p) Hastanın akut durumunun geri dönüşsüz olması</b>	
<i>Etkileyen faktörler</i> Meslek; triyaj deneyimi	68,4 249
<b>(a) Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi</b>	
<i>Etkileyen faktörler</i> Cinsiyet; Yaş ortalaması; Çocuk Meslek; Karar sürecine katılmak	66,8 243
<b>(j) Hastanın kronik hastalığının doğası-prognozu</b>	
<i>Etkileyen faktörler</i> Yaş ortalaması; Çocuk Meslek	64,0 233
<b>(n) Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması</b>	
<i>Etkileyen faktörler</i> Yaş ortalaması; Çocuk Meslek; YBÜ deneyimi	62,9 229
<b>(o) Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi</b>	
<i>Etkileyen faktörler</i> Cinsiyet	49,7 181

oluşturacak şekilde etkilendiği görüldü (Tablo III).

Tabloda da görüldüğü gibi YBÜ çalışanlarının en fazla önem verdiği ölçüt *hastanın*

*akut durumunun geri dönüşsüz olmasıydı*. Bu ölçüt hekim olan (p=,014) ve sıkça triyaj yapmak zorunda kalan (p=,048) YBÜ çalışanlarının daha fazlası için önemliydi. İkinci sırada önemli bulan ölçüt *hekim ta-*

**Tablo IV. YBÜ çalışanlarının sosyal değer ölçütlerine verdikleri önem ve tercihlerini etkileyen kişisel ve mesleki özellikleri (N=364).**

Sosyal değer ölçütleri tercihleri ve etkileyen faktörler (p<.05)		Önemlidir
<b>(m) Hastanın yaşı</b>		
Etkileyen faktörler	Meslek	50,3 183
<b>(b) Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması</b>		
Etkileyen faktörler	-	40,7 148
<b>(l) Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi</b>		
Etkileyen faktörler	-	38,7 141
<b>(i) Hastanın mental/psikiyatrik öyküsü</b>		
Etkileyen faktörler	Triyaj deneyimi	36,5 133
<b>(e) Hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi</b>		
Etkileyen faktörler	Meslek	33,2 121
<b>(d) Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumuna ya da ilerleyişine neden olması</b>		
Etkileyen faktörler	Yaş ortalaması	25,5 93
<b>(k) Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması</b>		
Etkileyen faktörler	Cinsiyet; Çocuk; Dinin önemi Meslek	20,9 76
<b>(ğ) Hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısı</b>		
Etkileyen faktörler	-	19,8 72

rafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesiydi. Bu ölçüte kadınlar ( $p=,035$ ), çocuğu olmayanlar ( $p=,006$ ) ve 20'li ( $p=,021$ ) yaşlardakiler daha fazla önem veriyordu. Mesleki açıdan ise hemşireler ( $p=,014$ ) ve karar sürecine katılmayanlar ( $p=,009$ ) için hekimin değerlendirdiği yaşam kalitesi daha fazla önemliydi.

Üçüncü sırada önemli bulunan ölçüt *hastalığın prognozuydu* ve yaşam kalitesinin aksine 40'lı yaşlarda ( $p=,003$ ), çocuklu ( $p=,005$ ) olanlar ile hekimler ( $p=,006$ ) tarafından daha fazla önemseniyordu.

Dördüncü sırada önemli bulunan *hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılacak olması* ölçütü de, prognoz gibi, çocuğu olanlar ( $p=,001$ ) ile 40'lı yaşlardakiler ( $p=,002$ ) için daha önemliydi. Ayrıca, hekimler ( $p=,001$ ) ve beş yıldan fazla yo-

ğun bakım deneyimi olanlar ( $p=,003$ ) bu ölçütü daha fazla önemsiyordu ( $p=,012$ ).

YBÜ çalışanlarının en az önem verdiği, ancak kadınların daha sıklıkla ( $p=,021$ ) belirttiği tıbbi yarar ölçütü *hastanın durumunun giderek kötüleşmesi*ydi.

Ülkemizde YBÜ çalışanlarının 1/4'inden daha fazlasının hasta kabul ve taburcu kararlarında hastanın statüsü ve hasta ailesi ya da meslektaş baskısı dışındaki sosyal değere ilişkin ölçütleri önemli buldukları gözlemlendi. Bu ölçütlerin bazılarında ilişkin tercihler de katılımcıların bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerinden istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturacak şekilde etkileniyordu (Tablo IV).

Sosyal değer ölçütleri arasında YBÜ çalışanlarının en fazla önem verdiği ölçüt *has-*

**Tablo V. YBÜ çalışanlarının toplumsal fayda ölçütlerine verdikleri önem ve tercihlerini etkileyen kişisel ve mesleki özellikleri (N=364).**

<b>Toplumsal yarar ölçütleri ve etkileyen faktörler (p&lt;.05)</b>	<b>Önemlidir</b>
<b>(ö) Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması</b> Etkileyen faktörler -	54,4 198
<b>(g) Tedavinin topluma maliyeti</b> Etkileyen faktörler -	38,2 139
<b>(I) Finansal maliyet-yarar analizi</b> Etkileyen faktörler -	35,7 130
<b>(c) Yaşam kurtarıcı tedavi kaynaklardan daha önce de yararlanmış olması</b> Etkileyen faktörler Yaş ortalaması; Çocuk	23,6 86
<b>(ç) Hastanın ödeme gücü</b> Etkileyen faktörler Yaş ortalaması	22,5 82
<b>(f) Hastanın üretime katkısı</b> Etkileyen faktörler -	20,3 74
<b>(h) Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olması</b> Etkileyen faktörler Siyasi görüş	14,0 51

tanın yaşıydı. Bu ölçütü önemli bulan katılımcıların çoğunluğunu hekimler ( $p=,030$ ) oluşturuyordu. YBÜ çalışanlarının ikinci ve üçüncü sırada önemli bulunduğu sosyal değer ölçütleri hastanın *bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması* ve *tedavinin aileye sosyal ve ekonomik etkisiydi* ve bu ölçütlere verilen önem ile YBÜ çalışanlarının özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Dördüncü sıradaki *hastanın psikiyatrik öyküsüne* verilen önem, triyaj karar deneyiminden ( $p=,036$ ) etkileniyordu ve ender olarak triyaj kararı vermek zorunda kalanlar bu ölçüte en az önemi verdiklerini belirtmekteydiler. Beşinci sıradaki *hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesine* verilen önem de meslekten ( $p=,007$ ) etkileniyordu; hastanın yaşam kalitesine hemşireler (%43,8) daha fazla önem veriyordu. Altıncı sırada önem verilen *hastanın yaşam tarzının hastalığa etkisi* ise en fazla 20’li yaşlardaki YBÜ çalışanlarının ( $p=,001$ )

kararlarında önemseniyordu.

Ülkemiz YBÜ çalışanlarının 1/4’inden azı için önemli olan son iki sosyal değer ölçütü *hastanın statüsü* ve *hastanın, ailesinin veya bir meslektaşın baskısıydı*. En son ölçüt YBÜ çalışanlarının özelliklerinden etkilenmezken hastanın statüsüne verilen önem sosyodemografik özellikler ve meslekten etkilendi. Buna göre erkekler ( $p=,048$ ), çocuklular ( $p=,007$ ), dini önemli bulmayanlar ( $p=,013$ ) ve hekimler ( $p=,001$ ) hastanın statüsüne kararlarında daha fazla önem veriyordu.

Ülkemizde YBÜ çalışanlarının *tedavinin bilimsel bilginin gelişimine etkisi*, *topluma maliyeti* ve *maliyet-yarar analizi* dışında toplumsal yarar ölçütlerine 1/4’inden daha azının önem verdiği gözlemlendi. Bu ölçütlere ilişkin tercihlerin katılımcıların mesleki özelliklerinden etkilenmediği, ancak bazı ölçütlere ilişkin tercihlerin katılımcıların sosyodemografik özelliklerden istatistik-

sel açıdan anlamlı fark oluşturacak şekilde etkilendiği gözlemlendi (Tablo V).

Ülkemiz YBÜ çalışanlarının yarısından fazlası hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olmasını kararlarında önemli buluyordu. Katılımcıların ikinci ve üçüncü sırada önem verdiği toplumsal yarar ölçütleri tedavinin topluma maliyeti ile finansal maliyet-yarar analiziydi. Öncelikle tercih edilen bu üç toplumsal yarar ölçütüne verilen önem YBÜ çalışanlarının özelliklerinden etkilenmiyordu. Katılımcıların 1/4'ünden azının önem verdiği yaşam kurtarıcı kaynaklardan daha önce de yararlanmış olmak 20'li yaşlarındaki ( $p<,001$ ) ve çocuksuz ( $p=,024$ ) YBÜ çalışanları tarafından, daha önemli bulundu.

Hastanın ödeme gücü ölçütü YBÜ çalışanlarının 1/4'ünden daha azı için önemliydi ve bu ölçüde 20'li yaşlarda olan ( $p=,001$ ) YBÜ çalışanları daha fazla önem veriyordu.

YBÜ çalışanlarının 1/5'inin önemli bulunduğu hastanın üretime katkısı katılımcıların özelliklerinden etkilenmezken, en az önem verilen ölçüt olan ve toplumsal yarar başlığında değerlendirilen *hastanın bir devlet kurumunda bakılması* ölçütü ise katılımcıların siyasi görüşünden etkileniyordu. Bu ölçüde solcu olduğunu bildirenler en fazla önemi veriyordu ( $p=,024$ ).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde aktif olarak çalışan, çoğu üniteye hasta kabul taburcu karar sürecine katılan ve kaynakların yetersizliği nedeniyle triyaj kararları vermek durumunda bulunan yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin kararlarında dikkate aldıkları

ölçütler belirlenmiş ve etik değerlendirme konusu olacak bazı durumlar saptanmıştır.

YBÜ çalışanlarının kararlarında genel eğilim tıbbın amaçlarını korumaya yönelik tıbbi yararın gözetilmesidir. Yoğun bakım kaynaklarının paylaşımında etik açıdan da öncelikle gözetilmesi gereken ölçütler tıbbi yarara ilişkin olanlardır.<sup>(3-5,13,14)</sup> Çalışmamıza benzer şekilde Amerikan YBÜ çalışanları da bu ölçütleri önemsemekte,<sup>(15)</sup> İsraili yoğun bakım hekimleri ise hekim tarafından değerlendirilen yaşam kalitesini önemsememektedir.<sup>(10)</sup> Oysa yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşamın değerini belirlemek değildir. Hastanın yaşamını ağrı acı çekmeksizin ve bağımsız sürdürebilme yeterliliğidir ve bu nedenle etik açıdan kabul görmektedir.<sup>(16)</sup>

Tıbbi yarar ölçütlerinden hastalığa ilişkin olanları hekimlerin, yaşam kalitesine ilişkin olanları ise hemşirelerin daha önemli bulması Fransa'da yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin yaşamın sonu kararlarına ilişkin tutumlarındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerdir. Söz edilen çalışmada da yaşamı destekleyen tedavilerden vazgeçme kararlarında fiziksel ya da psikolojik acıya ve gelecekteki yaşam kalitesine hemşirelerin, tedavinin boşuna olmasına ise hekimlerin daha fazla önem verdiği bildirilmiştir.<sup>(17)</sup> Çalışmamızda mesleğe ilişkin gözlenen bu farklılık aynı zamanda hekimlerin öncelikli kaygısının hastalığı tedavi olduğunu, hemşirelerin ise bakımın hastaları üzerindeki etkisine odaklandıklarını gösteren çalışmalarla benzerdir.<sup>(17)</sup>

YBÜ çalışanlarının tıbbi yarar ölçütleri tercihinde bir diğer dikkat çekici nokta (Tablo III) tercihlerin yalnızca mesleki özelliklerden değil özellikle cinsiyet ve çocuk



sahibi olmak gibi demografik özelliklerden de etkileniyor olmasıdır. Şenses’in<sup>(18)</sup> yenidoğan YBÜ çalışanlarıyla yaptığı doktora tezinde de gözlenen bu sonuç ölçütleri uygulamanın zorluğunu bir kez daha anımsatmaktadır.<sup>(6,9-11)</sup>

YBÜ çalışanlarımızın ağırlıklı olarak ikinci derecede önem verdiği ölçütler sosyal değere ilişkin olanlardır (Tablo IV). Sosyal yarar ölçütleri arasında YBÜ çalışanlarının en fazla tercih ettiği ölçüt hastanın yaşındır. Hekimler tarafından daha fazla tercih edilen bu ölçüt yaşa dayalı ayrımcılığa yol açabileceği endişesine neden olmuştur. Çünkü YBÜ kaynak paylaşımında hastanın yaşının bağımsız olarak değerlendirilmesi etik açıdan kabul edilmemektedir.<sup>(14)</sup> ABD, İsrail ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda da hasta yaşının bir ölçüt olarak etkisi oldukça azdır.<sup>(15,19,20)</sup>

Sosyal değer ölçütleri arasında önemli bir başka sonuç hastanın kendi değerlendirdiği yaşam kalitesi ölçütünün YBÜ çalışanlarımızın yalnızca 1/3’i tarafından önemsenmesidir. Hekimin değerlendirdiği yaşam kalitesi de önemli olmakla beraber esas belirleyici olan hastanın kendisinin yaptığı yaşam kalitesi değerlendirmesidir;<sup>(16)</sup> bu unsurun, özellikle hekimler tarafından, gözardı edilmesi ülkemiz hekimlerinin paternalist tutumunun<sup>(21)</sup> bir göstergesi olabilir. Bu ölçüt İsrail çalışmasında da hekimlerin yarıdan azı tarafından önemsenmekteyken,<sup>(10)</sup> ABD çalışmasında<sup>(15)</sup> en fazla önem verilen ölçüttür. Sosyal değer ölçütleri arasında değerlendirmekle birlikte “hastanın kendi değerlendirdiği yaşam kalitesinin” önemsenmemesi aynı zamanda yoğun bakım hastalarının kendi hakkında karar verme hakkını kullanmasına yönelik de endişe uyandırmaktadır. Çünkü hastanın kendisi ile ilgili tüm kararlara katılımı yoğun bakım hizmetleri

için de esastır<sup>(4)</sup> ve kimse kabul edilebilir bir insanın yaşamak istemeyeceği bir yaşamı yaşamaya zorlanmamalıdır.<sup>(16)</sup> Hasta hakları savunuculuğu ödevi de olan YBÜ hemşirelerinin bu ölçüte daha fazla önem vermesi dikkate değerdir. Hemşirenin hasta hakları savunuculuğu rolüyle de desteklenen bu tercih kararlarda denge sağlanması sürecinde hemşirelerin rolünün önemli ve gerekli olduğu düşüncesini desteklemektedir.<sup>(22)</sup>

Diğer taraftan YBÜ çalışanlarının 1/3’inden daha fazlası triyaj deneyimleriyle doğru orantılı olarak hastanın psikiyatrik öyküsüne önem vermektedir. İsrail<sup>(10)</sup> ve ABD’li<sup>(15)</sup> hekimler tarafından çok daha az önemsenen bu ölçüt mental öyküsü bulunan hastaların ayrımcılığa uğraması endişesini doğurmakta, özellikle triyaj zorunluluğu arttıkça YBÜ çalışanlarının haklı çıkarılmayacak ilkeleri kullanabileceklerini düşündürmektedir. Hastanın yaşam tarzının hastalığa etkisi ve hastanın sosyal statüsünü katılımcıların sınırlı ölçüde de olsa önemsemesi ayrımcılık endişesini güçlendirmektedir.

YBÜ çalışanlarımızın ağırlıklı olarak en az önem verdiği ölçütler toplumsal yarar ölçütleridir (Tablo V). Bununla birlikte burada en çarpıcı sonuç YBÜ çalışanlarının yarıdan fazlasının tedavinin bilimsel bilginin gelişimine katkısını ölçüt olarak önemli bulmasıdır. Bu sonuç bilimsel yarar adına bireyin yararının gözardı edilmesi endişesini doğurmaktadır.

Toplumsal yarar ölçütleri arasında YBÜ çalışanlarının 1/3’ünden fazlası karar verme sürecinde değerlendirilmesi önerilen tedavinin topluma maliyeti ve maliyet yarar analizi ölçütlerini ABD<sup>(15)</sup> ve İsrail<sup>(10)</sup> çalışmalarından daha yüksek oranda önemsemektedir. Ancak, hastanın ödeme gücü,

üretme katkısı ve kurumda bakılması gibi yine ayrımcılığa neden olma olasılığı olan ölçütlerin az oranda da olsa desteklenmesi düşündürücüdür. Örneğin, İsrail<sup>(10)</sup> ve ABD<sup>(15)</sup> çalışmalarında hastanın sosyal değeri ölçütü katılımcılar tarafından hiç önemsenmemiştir. Bununla birlikte söz konusu çalışmalarda ölçütün doğrudan "sosyal değer" olarak sunulması bu farkı yaratıyor olabilir.

Dikkate değer diğer bir nokta, YBÜ çalışanlarının etik açıdan haklı çıkarılamayacak ve ayrımcılığa neden olacak olan hastanın statüsü ve kurumda bakılmak dışındaki tercihlerinin dini ve siyasi görüşlerinden etkilenmemiş olmasıdır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakıma kabul ve taburcu karar süreci yaşam ölüm kararlarını da içerebildiğinden oldukça zor bir süreçtir. Bu sürece kaynakları adil paylaşırma sorumluluğunun eklenmesi karar sürecini daha da sıkıntılı hale getirmektedir. Üstelik bu kararlar belirlenmiş adalet ölçütlerini hemen alıp uygulamak şeklinde gerçekleştirilmemektedir.<sup>(23)</sup> Çalışmamızda da ülkemizde ilan edilmiş politikalar olmamakla birlikte, tıbbi ölçütlere verilen önemin sosyokültürel özellikler yanında demografik özelliklerden de etkilendiği görülmüştür. Bu durum öncelikle objektif adalet ölçütlerinin belirlenmesini ama bunun yanında bu ölçütlerin uygulamaya aktarılması için daha önce de önerdiğimiz gibi<sup>(22)</sup> tıbbi etik bir karar sürecinin uygulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Bu çerçevede bulgularımıza dayalı önerilerimiz:

1. Yoğun bakım ünitelerinde hasta kabul ve taburcu kararlarının nasıl gerçekleştirildiğini ortaya koyan kapsamlı prospektif

çalışmalar yapılması,

2. Ulusal meslek derneklerinin desteğiyle ülkemize özgü YBÜ triyaj ölçütlerinin belirlenmesi ve
3. YBÜ çalışanlarına bir ekip kararı olarak tıbbi etik karar verme süreci uygulamak konusunda etik eğitim verilmesi ve rehberlerin oluşturulmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. Akpınar A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşımına ilişkin tutum ve görüşleri ile çağdaş adalet kuramlarının ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi, 2005.
2. Akpınar A. Dağıtıcı adalet açısından yoğun bakım ünitesine hasta kabul ve taburcu kararları. Türk Anest Rean Dergisi 2007;35:102-10.
3. American Thoracic Society Bioethics Task Force. Fair allocation of intensive care unit resources. Am J Respir Crit Care Med 1997;156:1282-301. PMID:9351636
4. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement on the triage of critically ill patients. JAMA 1994;271:1200-3. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.271.15.1200>
5. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. Guidelines for ICU admission, discharge, and triage. Crit Care Med 1999;27(3):633-8. PMID:10199547
6. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. Crit Care Med 2001;29:2132-6. <http://dx.doi.org/10.1097/00003246-200111000-00014> PMID:11700409
7. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. Crit Care Med 2005;33:750-5. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000157752.26180.F1> PMID:15818100
8. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Values Ethics and Rationing in Critical Care Task Force. Rationing critical care beds: a systematic review. Crit Care Med 2004;32:1588-97. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000130175.38521.9F> PMID:15241106
9. Cohen RI, Lisker GN, Eichorn A, Multz AS, Silver A. The impact of do-not-resuscitate order on triage decisions to a medical intensive care unit. J Crit Care 2009;24:311-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2008.01.007> PMID:19327284

10. Einav S, Soudry E, Levin PD, Grunfeld GB, Sprung CL. Intensive care physicians’ attitudes concerning distribution of intensive care resources. A comparison of Israeli, North American and European cohorts. *Intensive Care Med* 2004;30:1140-3.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-004-2273-x>  
PMid:15067504
11. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med* 2007;33:1252-62.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-007-0621-3>  
PMid:17404703
12. Ersoy N, Altun İ. Tıbbi kaynakların paylaşılması ile ilgili hemşirelerin görüşleri. İçinde: I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, Ed. N Ersoy, ÜN Gündoğmuş. Kocaeli 1999: 119-123.
13. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics, A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 6th ed. USA: McGraw-Hill Inc; 2006.
14. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Bio-medical Ethics*. 6th ed. Oxford University Press. New York. 2009.
15. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Crit Care Med* 1994;22:358-62  
PMid:8306698
16. Ersoy N. Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular (I): Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (ed). *Çağdaş Tıp Etiği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti 2003: 32857.
17. Ferrand E, Lemarie F, Regnier B, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:1310-5.  
<http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200207-752OC>  
PMid:12738597
18. Özcan Şenses M. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin tutumları. (Doktora Tezi). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi, 2009.
19. Escher M, Perneger TV, Chevolet JC. National questionnaire survey on what influences doctors’ decisions about admission to intensive care. *BMJ* 2004;329:425-8.  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7463.425>  
PMid:15321898 PMCID:514202
20. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med* 2003;29:1902-10.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-003-1919-4>  
PMid:13680120
21. Guven T, Sert G. Advance directives in Turkey’s cultural context: examining the potential benefits for the implementation of patient rights. *Bioethics* 2010;24:127-33.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01789.x>  
PMid:20136821
22. Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses’ decision making in the distribution of intensive care beds. *Nurs Ethics* 2010;17:87-98.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0969733009349992>  
PMid:20089628
23. Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas A Guide For Clinicians*. 4th ed. USA: Wolters Kluwer, 2009.

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın istatistiklerini kontrol eden Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR’a, İngilizce özeti kontrol eden Doç. Dr. Oğuzhan BÜYÜKGEBİZ’e ve çalışmamıza vakit ayıran tüm hekim ve hemşirelere teşekkür ederiz.