

MAKALE

Aslıhan Akpınar¹
Nermin Ersoy²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD. Ankara
²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD. Kocaeli

Bu çalışma "Türkiye'de yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin yoğun bakım kaynaklarını paylaşım ile ilgili tutumları" başlıklı projenin (Kocaeli Üniversitesi, Proje No: 2004/07) bir parçasıdır.

Yazışma Adresi:

Aslıhan Akpınar
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı 06100 Sıhhiye-Ankara,
Tel: 03123051098
E-mail: aslyakcay@yahoo.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Dağıtıcı Adalet ve Türkiye'de Yoğun Bakım Hekimlerinin Yoğun Bakım Yataklarını Paylaşım ile İlgili Tutumları

ÖZET

Amaç: Türkiye'de yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakıma kabul / taburcu kararları ve bu kararlarda dikkate aldıkları ölçütleri dağıtıcı adalet açısından değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma 2004-2006 yıllarında 2 ulusal kongrede ve e-posta grubunda anket formuyla yürütüldü. Anket formu yoğun bakıma kabul/taburcu kararı verilmesi beklenen 13 varsayımsal olgu ile önemini değerlendirilmesi istenen 20 ölçüt içeriyordu. Yanıtlar ile yoğun bakım hekimlerinin kişisel ve mesleki özellikleri arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile değerlendirildi, p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 228 hekimin %83'ü yoğun bakıma kabul taburcu karar sürecine katıldığını, %76'sı kaynakların sınırlılığı nedeniyle triyaj kararı verdiğini bildirdi. Kabul kararlarında hekimlerin %69'u tedavileri reddeden yaşayan dileği bulunan hastayı, %46'sı (metastatik akciğer kanseri hastalarından önce) kronik bitkisel hayattaki hastayı kabul ettiğini belirttiler. Taburcu kararlarında genel eğilim yoğun bakımdan yarar görebilecek bir başkası için mevcut hastaları taburcu etmemektir. En fazla taburcu kararı (%41) aort anevrizması ameliyatı geçirmiş olan hasta ve beyin ölümü olan çocuk (%40) içindir. Hekimlerin kabul/taburcu kararlarında en fazla tıbbi fayda, daha sonra tedavinin aileye ve topluma maliyetini önemsendiği görüldü. Ayrımcılığa neden olabilecek ölçütlerin de belirli ölçüde önemsendiği tespit edildi. Karar ve tercihlerde hekimlerin kişisel ve mesleki özelliklerinin etkisi gözlemlendi.

Sonuç: Yoğun bakımda hasta özerkliğinin göz ardı edilebileceği, kaynak sınırlılığı arttıkça riskli çözümler ve kabul edilemez ölçütlerin kullanılacağı, hastanın sosyal değeri, mevcut hastalığı gibi nedenlerle ayrımcılık yapılabileceği, kararların yalnızca mesleki özelliklerden değil aynı zamanda sosyo-demografik özelliklerden de etkilenerek bilinçsiz süreçlerle önyargılı kararlar verilebileceği sonucuna varılmıştır. Kaynakların adil paylaşımına yardımcı olabilecek öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Etik, Tıbbi, Yoğun Bakım, Sağlık Çalışanlarının Tutumları, Sosyal Adalet, Triyaj

Distributive Justice and Attitudes of Intensive Care Physicians towards Distribution of Intensive Care Beds in Turkey

ABSTRACT

Objective: To assess intensive care physicians' attitudes about the importance of various factors in decisions to use intensive care in Turkey according to distributive justice.

Methods: The study was conducted between 2004 and 2006 in two medical congresses in Turkey and via e-mail. A self-administered questionnaire was presented to the intensive care physicians and they asked to make admission/discharge decisions for 13 cases, and to ascribe importance to 20 criteria. The relationship between characteristics of physicians and their decisions was analyzed by chi-square test and p<0.05 was accepted significant.

Results: A total of 228 physician participated to the study. Eighty-three percent of physicians were contributing the admission /discharge decision-making process, 76% were making triage decisions because of resource scarcity. Most (69%) of the physicians state that they would accept the case who has a living will regarding treatment refusal and 46% made the same decision for the patient in persistent vegetative state, the later rate is higher than the lung cancer patients. The leading discharge decisions were made for the postoperative patient with aortic aneurism (41%) and the child with brain death (40%). Physicians mostly ascribed importance to medical criteria, then to the cost of the treatment to the family and to the public. Criteria which may cause discrimination were also regarded by some. Physicians' characteristics affected their answers.

Conclusion: We conclude that patient's autonomy could be disregarded in intensive care, risky solutions and unacceptable criteria could be used when resource scarcity increases, and biased decisions could be made in intensive care.

Keywords: Ethics, Medical; Intensive Care; Attitude of Health Personnel; Social Justice, Triage

GİRİŞ

Yoğun bakıma hasta kabul ve taburcu kararları aynı zamanda kit kaynakların paylaşımı kararlarıdır. Yaşamsal öneme sahip olduğundan yoğun bakım kaynaklarının paylaşımında benzerlere benzer şekilde, benzer olmayanlara aralarındaki farklılıklarla orantılı olarak benzer olmayan şekilde muamele edilmesini öngören dağıtıcı adalet ilkesi temel alınmalıdır (1,2).

Bununla birlikte hasta kabul ve taburcu kararları olarak verilen paylaşım kararları çoğunlukla üstü örtülü şekilde hekimin bilinçli olarak vermediği kararlar olabildiğinden hastaların yaşamsal kaynaklardan adil olarak pay alma hakkı engellenebilmektedir (3).

Hastaların kaynaklardan adil pay alma hakkı ve dolayısıyla hekimlerin kaynakları adil paylaşım yükümlülüğü ülkemizde en açık şekilde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 10. maddesiyle "...hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesi" şeklinde ifade edilmiştir (4). Türk Tabipleri Birliği'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge'si yaşamı destekleyen tedavilerin paylaşımında 'tıbbi yarar' ve 'yaşam kalitesi'nin dikkate alınmasını önererek bu ölçütleri somutlaştırmıştır (5).

Önemli bir eksiği doldurmakla birlikte Türk Tabipleri Birliği'nin Etik Bildirgeleri amacına uygun olarak genel ölçütlerden söz etmiştir. Ülkemizde yoğun bakım yatak sayısı yetersiz olmasına rağmen (6,7) yoğun bakım triyajına ilişkin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge dışında ulusal rehber kurala rastlanmamıştır. Bununla birlikte özellikle Anglo-Amerikan literatüründe kaynaklardan uygun şekilde yararlanmayı sağlamak için önerilmiş triyaj ölçütleri bulunmaktadır (8-10). Bu ölçütlerde kaynakların genel olarak tıbbi durumunun geri dönüşlü olduğu düşünülen ve tamamen iyileşme için makul ümidi bulunan hastalar için ayrılması önerilir (11). Az sayıda olmakla beraber, yapılan çalışmalar ölçütlere uyumun sınırlı olduğunu göstermiştir (11-13). Bunun nedenleri arasında; bu rehberlerin evrensel olarak kabul edilmemiş olması, kararlarda kültürel ve dini değerler ile kişisel farklılıkların etkili olması sayılmaktadır (11,14-15). Ülkemizde ise yoğun bakım hekimlerinin kabul ve taburcu kararları konusunda çok az çalışma bulunmaktadır (2,16,17). Bu çalışmayla yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul / taburcu kararları ve kaynak paylaşımında dikkate aldıkları ölçütler hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı çalışmamız 2004 ve 2005 yıllarında gerçekleştirilen iki ulusal kongre ile 2006 yılında internet üzerinden yürütüldü.

1. 280'i hekim 93'ü hemşire 473 yoğun bakım çalışanının katıldığı *XII. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi* (5-8 Mayıs 2004, Kuşadası);

2. 1350 yoğun bakım hekiminin katıldığı *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği 39. Kongresi* (23-27 Kasım 2005, Antalya)

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.

3. 22 Ağustos 2006 tarihinde Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği üyelerinin e-posta adreslerine çalışma formunun linki gönderilmiş ve 2007 yılına kadar toplam 61 dernek üyesi geri dönmüştür.

Veri toplama yöntemi: YBÜ'nde aktif olarak çalışmakta olan hekimlere 13 vaka içeren ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket formu sunuldu (1). Büyük oranda bir başka çalışmaya (18) dayanarak oluşturulan anket formunda üç bölüm vardı: İlk bölümde hekimlerin kişisel ve mesleki özellikleri soruldu. İkinci bölümde hekimlerden YBÜ'nde tek boş yatak olduğunu varsayarak yedi olgu hakkında kabul kararı ve yoğun bakıma ihtiyaç duyan bir hastayı kabul edebilmek için altı olgu hakkında taburcu kararı vermeleri istendi. Son bölümde hekimlerden hasta kabul ve taburcu kararlarında kullanılabilecek 20 ölçütün kendi kararlarındaki önemini değerlendirmeleri istendi. Formun son sorusu paylaşım kararlarını destekleyecek ulusal veya kurumsal politikalara ihtiyaç duyup duymadıklarıydı. Çalışma formu yoğun bakım, tıp etiği ve Türk Dili uzmanları tarafından kontrol edildi ve anlaşılabilirliğini test etmek için YBÜ'nde aktif çalışan 19 hekim ve 13 hemşire ile pilot çalışma yapıldı.

Verilerin değerlendirilmesi: Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özellikleri bağımsız değişken olarak alındı. Hekimlerin hasta kabul ve taburcu kararları (evet/hayır) ve ölçütlere verdikleri önem (önemlidir/önemli değildir) ile bağımsız değişkenlerin ilişki analizleri Ki-Kare testi ile yapıldı, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama (SS: standart sapma), ortanca (minimum-maksimum) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Okumayı kolaylaştırmak amacıyla kabul/taburcu kararları ve ölçütlere ait veriler tablolarda seçim sırasına göre yukarıdan aşağıya doğru sıralanarak gösterildi.

Çalışmanın sınırlılıkları: Çalışma örneklemini Türkiye'de çalışmakta olan tüm yoğun bakım hekimlerini temsil etmemektedir. Katılımcılar kongrelerde ya da e-posta ile nispeten uzun bir çalışma formunu yanıtlayabilenlerdir. Ayrıca hekimlerin hayali olgulara verdikleri yanıtlar günlük uygulamalarındaki kararları yansıtmıyor olabilir.

BULGULAR

Çalışmamıza yoğun bakım ünitesinde çalışmakta olan toplam 228 hekim katıldı. Hekimlerin %60,5'i (n=138) erkek, %64,5'i (n=147) çocuk sahibiydi. Yaş ortalaması $36,1 \pm 7,6$ olup yoğun bakım deneyim yılı ortancası 6 (1-38) yıldır. Çoğunluğu uzman olan hekimlerin yarısı (n=114) bir üniversite hastanesinde, %38,2'si (n=87) bir devlet hastanesinde %11,8'i (n=27) özel hastanede çalışmaktaydı. Hekimlerin %77,6'sı (n=117) üniversiteye ya da sağlık bakanlığına bağlı bir eğitim hastanesinde; %51,8'i (n=118) 500'den az yataklı bir hastanede; %58,8'i (n=134) 10'dan az yataklı bir yoğun bakım ünitesinde görev yapmaktaydı.

Hekimlerin 191'i anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı/uzmanlık öğrencisi iken, 31'inin arasında acil tıp, genel cerrahi, göğüs kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, kardioloji, nöroloji veya pediatri uzmanları/uzmanlık öğrencileri bulunmaktaydı. Hekimlerin %82,5'i (n=188) çalıştığı yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve/veya taburcu kararlarına katılmakta, %56,3'ü (n=129) de günlük uygulamaları sırasında triyaj kararları vermekteydi. Hekimlerin %56,6'sı (n=129) "yaşamında dinin önemli bir yeri olmadığını" bildirdi, %56,6'sı (n=129) siyasi görüşünü "sol" olarak tanımladı (Tablo I).

Hasta kabul kararları; hekimlere YBÜ'nde tek bir yatak olduğunu varsaydıklarında Tablo II'de sunulan hastalar için kabul kararı verip vermeyecekleri soruldu. Katılımcıların en yüksek oranda kabul edeceğini bildirdiği olgu tedavileri reddetmeye ilişkin yaşayan dileği olan hastaydı (Tablo II; Olgu 5). İkinci sırada 80 yaşında kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akut respiratuar distres sendromu olan hasta (Tablo II; Olgu 7) kabul edilirken bu hastayı erkek hekimler (p=0,037) ile yaşamlarında dinin önemli yeri olmadığını söyleyen hekimler (p=0,026) tercih etmekteydi. Kronik bitkisel hayattaki hasta (Tablo II; Olgu 1) ise erkek hekimler (p=0,008) ile yaşamlarında dinin önemli yeri olduğunu bildiren (p=0,010) hekimler tarafından yoğun bakıma kabul edilmekteydi. Hekimlerin en az kabul kararı verdiği iki olgu (Tablo II; Olgu 3 ve Olgu 2) 50 yaşlarındaki metastatik akciğer kanseri hastalarıydı.

Hasta taburcu kararları; hekimlere "akut solunum yetersizliği nedeniyle yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyan 25 yaşındaki bir astım hastasını" kabul edebilmek amacıyla Tablo III'te sunulan hastalar için taburcu kararı verip vermeyecekleri soruldu. YBÜ hekimlerinin genel eğilimi yeni bir hastayı kabul etmek için mevcut hastaları taburcu etmemektir. En yüksek oranda (%41) taburcu kararı verdikleri hasta "aort anevrizması ameliyatı

geçirmiş olan hasta" (Tablo III; Olgu 4) olup kaynakların sınırlılığı nedeniyle sıkça triyaj kararı vermek durumunda kalan hekimler bu hasta için daha çok taburcu kararı veriyordu (p=0,048).

Hekimlerin ikinci sırada taburcu kararı verdiği hasta "beyin ölümü olan çocuktu" (Tablo III; Olgu 5). Hekimlerin en az taburcu kararı verdikleri hastalar "çoklu organ yetersizliği olup ventilatör desteği gereken" hasta (Tablo III; Olgu3) ve "iki haftalık komadan sonra solunumu dönen" hastaydı (Tablo III; Olgu 1). Çoklu organ yetersizliği olup ventilatör desteği gereken hasta için çocuğu olmayan (p=0,018) ve yoğun bakım deneyimi daha az olan (p=0,046) hekimler daha fazla taburcu kararı verdi.

Ölçütlere ilişkin tercihler; hekimlere hasta kabul ve taburcu kararlarında Tablo IV'te sunulan ölçütlere önem verip vermedikleri soruldu. Hekimlerin yarısından fazlası tıbbi faydaya ilişkin olan akut durumun geri dönüşsüzlüğü (Tablo IV; ölçüt-t; %77,1), yoğun bakımla kurtarılamayacak oluş (Tablo IV; ölçüt-q; %73,0), prognoz (Tablo IV; ölçüt-m; %72,6), hekimin değerlendirdiği yaşam kalitesi (Tablo IV; ölçüt-a; %64,4) ve hastanın durumun giderek kötüleşmesi (Tablo IV; ölçüt-r; %53,4) ölçütlerine önem verdi. Bu ölçütlere verilen önemin hekimlerin yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, dini görüş (p<,05) gibi sosyo-demografik özelliklerinden etkilendiği belirlendi.

Tedavinin bilimsel bilginin gelişimine katkısı (Tablo IV; ölçüt-s; %59,5) ve hastanın yaşı (Tablo IV; ölçüt-p; %57,7) ölçütleri de hasta kabul ve taburcu kararlarında hekimlerin yarısından fazlası için önemliydi. Hekimlerin yarıya yakını (%40,1 – %41,7) mesleki ve profesyonel özelliklerinin etkisi olmaksızın hastanın tedavisinin aileye ve topluma etkisini değerlendiren ölçütlere önem verdi (Tablo IV; ölçüt-o,h,k,b;). Hastanın psikiyatrik öyküsü (Tablo IV; ölçüt-l; %36,4), hastanın kendi değerlendirmesiyle yaşam kalitesinden (Tablo IV; ölçüt-f; %29,4) daha çok önemsendi.

Hastanın yaşam tarzı, sosyal statüsü, ödeme gücü, kurumda bakılması (Tablo IV; ölçüt-e,n,d,j) ölçütleri ise hekimlerin üçte birinden azı (%13,6 – %18,1) tarafından önemsendi. Bu ölçütlere verilen önemin de hekimlerin yoğun bakım ve triyaj deneyiminden ve yaşı, çocuk sahibi olması ve siyasi görüşünden (p<,05) etkilendiği tespit edildi.

Çalışma formunun son sorusu hekimlerin hasta kabul taburcu kararlarına rehberlik edecek kurumsal/ulusal politikalara ihtiyaç duyup duymadıklarıydı. Hekimlerin, triyaj kararı vermek durumunda kalanların çoğunluğu oluşturduğu %71,1'i (n=162) bu tür politikalara ihtiyaç duyduğunu bildirdi.

Tablo I. Yoğun bakım hekimlerinin kişisel ve mesleki özellikleri (n=228)

Kişisel Özellikler	n	%	Mesleki Özellikler	n	%
Cinsiyet			Statüsü		
Erkek	138	60,5	Uzman	158	69,3
Kadın	90	39,5	Uzmanlık öğrencisi	64	28,1
Yaş			Pratisyen	6	2,6
≤ 29	38	16,7	Yoğun bakım deneyimi		
30-39	118	51,8	<5 yıl	95	41,7
<30	72	31,6	5-8 yıl	68	29,8
Çocuk sahibi olma			>8 yıl	65	28,5
Evet	147	64,5	Karar sürecine katılma		
Hayır	81	35,5	Evet	188	82,5
Dinin yaşamındaki yeri			Hayır	40	17,5
Önemlidir	99	43,4	Triyaj kararı verme		
Önemli değildir	129	56,6	Sıkça	67	29,4
Siyasi görüşüm			Bazen	107	46,9
Sağcı	34	14,9	Nadiren veya hiç	54	23,7
Solcu	129	56,6	Eğitim hastanesinde çalışma		
Diğer	55	24,1	Evet	177	77,6
Yanıtsız	10	4,4	Hayır	51	22,4

Tablo II. Hekimlerin yoğun bakımdaki tek boş yatak için hasta kabul kararları (n=228)

Olgular	Evet n (%)	p*
Olgu 5. 60 yaşında, erkek, hafif kronik obstrüktif akciğer hastası (KOAH). Guillian-Barre sendromuna ikincil akut solunum yetersizliği gelişmiş ve mental durumu bozulmuştur. Hastanın böyle bir durumda ventilatör desteğini reddeden bir son arzusu vardır.	154 (69,1)	(-) #
Olgu 7. 80 yaşında, KOAH ve akut respiratuar distres sendromu (ARDS) olan erkek hasta.	155 (68,0)	Erkekler, p=0,037 Din önemli değildir, p=0,017
Olgu 6. 50 yaşında, kadın hasta. 20 yıldır multiple skleroz hastası, 10 yıldır yatalak, şimdi terminal dönemde olduğu düşünülmekte. Sağ ana bronşa takılan beslenme sondası aspirasyon pnömonisine neden olmuş ve entübe edilmiştir.	138 (61,1)	(-)
Olgu 4. 35 yaşında, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) hastası. Pneumocystic carinii pnömonisi var ve 5 gündür antibiyotik alıyor. Solunum yetersizliği gelişmiş-ki bu terminal döneme çok yakinken gelişir.	111 (49,6)	(-)
Olgu 1. 25 yaşında, kadın hasta. Kalıcı bitkisel hayattadır ve ARDS'si vardır	104 (45,8)	Erkekler, p=0,008 Din önemlidir, p=0,010
Olgu 3. 50 yaşında, erkek hasta. Terminal dönem metastatik akciğer kanseri. Myokard enfarktüsü ve prematür ventrikül ekstrasistolü vardır.	73 (32,0)	(-)
Olgu 2. 50 yaşında, erkek hasta. Terminal dönem metastatik akciğer kanseri ve masif hemoptizi vardır.	52 (22,8)	(-)

* Ki-kare testi yapılmış, sütunda 'evet' oranı yüksek olan grup gösterilmiştir.

Tüm bağımsız değişkenler için p>0,05

Tablo III. Hekimlerin akut durumdaki bir başka hastayı kabul etmek için hasta taburcu kararları (n=228)

Olgular	Evet n (%)	p*
Olgu 4. 60 yaşında, erkek hasta 3 ay önce myokard enfarktüsü geçirmiştir. Aort anevrizması ameliyatının üzerinden 16 saat geçmiştir. Hemodinamisi stabildir, pulmoner arter kateteri vardır.	91 (41.0)	Sık triyaj, p=0,048
Olgu 5. 6 yaşında, çocuk. Beyin ölümü vardır. Organ bağışını konuşmak için ailesi beklenmektedir.	87 (39.5)	(-) #
Olgu 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.	59 (26.7)	(-)
Olgu 2. 45 yaşında, kadın hasta. Multiple organ yetmezliği nedeniyle 8 haftadır yoğun bakımda ve orta doz dopamin ve orta düzeyde Positive End-Expiratory Pressure PEEP almaktadır	37 (16.6)	Din önemlidir, p=0,020
Olgu 3. 45 yaşında, kadın hasta. Multiple organ yetmezliği nedeniyle yoğun bakımdadır. Böbrek yetmezliği vardır; ancak artık diyaliz ihtiyacı yoktur. Akut respiratuar distres sendromu giderilmiştir; fakat hala ventilatör desteği gerekmektedir	32 (14.2)	Çocuksuz, p=0,018 YBD [‡] <5 yıl, p=0,040
Olgu 1. 20 yaşında, erkek hasta. Subaraknoid kanama nedeniyle yoğun bakımda 2 hafta komada kalmıştır. Spontan solunuma rağmen ventilatör desteğine ihtiyaç duymaktadır	20 (8.8)	(-)

* Ki-kare testi yapılmış, sütunda 'evet' oranı yüksek olan grup gösterilmiştir.

Tüm bağımsız değişkenler için p>0,05; ‡ Yoğun bakım deneyimi

Tablo IV. Hekimlerin hasta kabul ve taburcu kararlarında önem verdikleri ölçütler

KRİTERLER	Önemlidir n (%)	p*
(t) Hastanın akut durumunun geri dönüşsüz olması	172 (77,1)	(-) # >39 yaş, p=0,018 Kadınlar, p=0,020
(q) Hastanın yoğun bakıma yatışıyla kurtarılamayacak olması	162 (73,0)	Çocuklu, p=0,022 YBD [‡] <5 yıl, p=0,046
(m) Hastanın kronik hastalığının doğası	162 (72,6)	Çocuklu, p=0,028 Din önemlidir, p=0,006
(a) Hekim tarafından değerlendirilen hasta yaşam kalitesi düzeyi	143 (64,4)	20'li yaş, p=0,007 Çocuksuz, p=0,029
(s) Hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkı sağlayacak olması	132 (59,5)	(-)
(p) Hastanın yaşı	128 (57,7)	(-)
(r) Hastanın hastanede bulunduğu sürede durumunun giderek kötüleşmesi	117 (53,4)	Kadınlar, p=0,001
(o) Hastanın tedavisinin aileye sosyal ve ekonomik etkisi	95 (41,7)	(-)
(h) Tedavinin topluma maliyeti	92 (41,6)	(-)
(k) Finansal maliyet- fayda analizi	89 (40,3)	(-)
(b) Hastanın bakmak zorunda olduğu kişilerin bulunması	89 (40,1)	(-)
(l) Hastanın mental ya da psikiyatrik öyküsü bulunması	80 (36,4)	(-)
(f) Hastanın değerlendirmesiyle kendi yaşam kalitesi düzeyi	65 (29,4)	(-)
(e) Hastanın yaşam tarzının hastalığın oluşumuna ya da ilerleyişine neden olması	62 (28,1)	20'li yaş, p<,001 Çocuksuz, p=0,012
(n) Hastanın toplumda önemli bir statüsünün olması	62 (28,1)	Sık triyaj, p=0,040
(g) Hastanın üretime katkısı	49 (22,1)	(-)
(c) Hastanın yaşam kurtarıcı kaynaklardan daha önce de yararlanmış olması	47 (20,6)	20'li yaş, p<,001 Çocuksuz, p=0,001 YBD >5 yıl, p=0,046
(d) Hastanın ödeme gücü	45 (20,2)	20'li yaş, p=0,001 Çocuksuz, p=0,009
(i) Hastanın, ailesinin ya da diğer bir hekimin baskısı	44 (20,1)	(-)
(j) Hastanın bir devlet kurumunun bakımı altında olması	30 (13,6)	Sol görüş, p=0,036

* Ki-kare testi yapılmış, sütunda 'önemlidir' oranı yüksek olan grup gösterilmiştir.

Tüm bağımsız değişkenler için p>0,05; ‡ Yoğun bakım deneyimi

TARTIŞMA

Türkiye’de yoğun bakım ünitesinde aktif olarak çalışmakta olup kaynakların sınırlılığı nedeniyle triyaj kararı vermek durumunda olan katılımcı hekimlerin kabul/taburcu kararlarında etik değerlendirme konusu olabilecek bazı durumlar saptanmıştır.

Öncelikle yoğun bakım hekimlerinin YBÜ’ndeki tek boş yatak için genel olarak hastaları kabul etmeme eğilimi göze çarpmaktadır. İsrail ve İsviçre’deki çalışmalarda da gözlenen benzer eğilim (19,20) bu çalışmalardaki gibi çalışmamızda da yatak sayısının kabul kararlarını etkileyebileceği şeklinde yorumlanmıştır. Oysa yatak sayısı yeterliyen kabul edilen bir hastanın yatak sınırlıyken kabul edilmemesi kaynaklardan adil yararlanma hakkının ihlalidir (1).

Çalışmamızda, YBÜ’ne en fazla kabul kararı verilen hasta solunum desteği sağlandığında durumu geriye döndürülebilecek olan, ancak solunum desteğini reddeden bir yaşayan dileği bulunan hastadır. Yaşayan dilekle sunulmuş olan hasta tercihleri, dolayısıyla hastanın kendi hakkında karar verme hakkının gözardı edildiğini (21) düşündüren bu bulgu iki nedenle açıklanabilir: Öncelikle, hekimlerin bir kısmı yaşayan dileğin mevcut durumu karşıladığından emin olamayacaklarını bildirmiştir. Bu sonuç ‘karar verme yeterliğinin ortadan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirme’ anlamına gelen tıbbi vasiyet/yaşayan dileğin (5) ülkemizde güvence altına alınmış (22) olsa da henüz uygulamada yer almamasından kaynaklanabilir (23). Diğer taraftan bunun nedeni İsrail çalışmasında bildirildiği gibi (19) ülkemizde de hekimlerin hasta özerkliği göz ardı edebilen tavrı da olabilir (23). Çalışmamızda hekimlerin intihar teşebbüsü olup tedavileri reddeden hastayı taburcu etmeme eğilimi ve hastanın değerlendirdiği yaşam kalitesine önem vermemesi bu paternalist tavrı destekler görünmektedir.

Hekimlerin kabul kararlarında endişe verici bir diğer nokta, metastatik akciğer kanseri olgusunun sağ kalım süresi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi mümkün olmayan kronik bitkisel hayattaki hastadan daha düşük oranda kabul edilmesidir. İsrail ve ABD çalışmalarında bu hastanın kronik bitkisel hayattaki hastadan önce kabul edilmesi, çalışmamızda gelecekteki yaşam kalitesini dikkate alarak kanser hastasının ayrımcılığa uğraması ihtimalini akla getirmiştir (18-20).

Çalışmamızda YBÜ hekimleri sağkalım ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi mümkün olabilecek bir hastayı yatırmak için mevcut hastaları taburcu etmeme eğilimindedir. ABD ve İsrail çalışmalarında da gözlenen benzer sonuç, mevcut hastalara karşı yükümlüğün yeni hastalardan daha yüksek olduğunun düşünüldüğü veya kaynak paylaşımında ilk gelene ilk hizmet kuralının uygulandığını düşündürmüştür (1,18,19). Bu

yaklaşım mevcut hastanın tedavisi nafile olmadığında kabul görmektedir. Bununla birlikte hekimlerin yarar-yük değerlendirmesi yaparak yeni hastaları kabul etmeleri gereken durumlar da olabilir (1,8-10).

Çalışmamızda en yüksek taburcu kararı aort anevrizması ameliyatı geçirmiş hasta için verilmiştir. İsrail ve ABD’deki hekimlerin (18,19) öncelikli taburcu kararı vermedikleri bu olgu için taburcu kararı çalışmamızda daha çok kaynakların sınırlılığı nedeniyle sıkça triyaj yapan hekimler tarafından verilmiştir. Bu hekimlerin bir kısmının hastayı taşınabilir ventilatörle servise çıkaracağını bildirmesi triyaj zorunluluğu arttıkça hekimlerin riskli olabilecek çözüm yolları bulmak zorunda kalabileceklerini düşündürmüştür.

Taburcu kararlarında dikkati çeken bir başka nokta hekimlerin ikinci sırada beyin ölümü olan çocuk hastayı taburcu edeceğidir. İsraili hekimlerin çoğunun taburcu etmeyi uygun bulduğu bu hastanın YBÜ’nde kalması organ nakli ile birden fazla hastanın yarar görmesi mümkün olabileceğinden kabul edilebilmektedir (10). Çalışmamızda hekimler de adalet ödevine uygun olarak organ nakli ihtimali ile hastayı taburcu etmemeyi tercih etmiş olabilirler. Diğer taraftan bunun nedeni ilgili yönetmeliğin (24) yaşam desteğinin kesilmesi için hasta yakınlarının iznini gerektiren maddesi, dolayısıyla hekimlerin yasal endişesi de olabilir.

Hekimlerin kabul taburcu karar sürecinde tıbbi ve etik açıdan uygun şekilde (1,8-10,25) öncelikle tıbbi fayda ölçütlerini önemseydiği, ardından tedavinin hasta ailesi ve topluma maliyetinin belirli ölçüde dikkate alındığı söylenebilir. Bununla birlikte hekimlerin ölçüt seçiminde etik açıdan tartışılacak tercihleri bulunmaktadır. Yoğun bakım hekimleri hastanın tedavisinin bilimsel bilginin gelişimine katkısına önem verdiğini bildirmiştir. Hekimlerin kişisel ve mesleki özellikleriyle ilgili olmayan bu sonuç etik açıdan kabul edilemez şekilde bilimsel yarar adına bireyin yararının gözardı edilmesi endişesine neden olmuştur (26).

Hastanın yaşı da kabul taburcu kararlarında bir ölçüt olarak hekimlerin çoğunluğu tarafından önemsenmiştir. Tıbbi yararlar ilişkilendirilmediği sürece, tek başına önemsenmesi tartışmalı olan bu ölçüt (1,21) İsviçre, İsrail ve ABD çalışmalarında da belirli ölçüde önemsenmiştir (18-20). Ancak hekimlerin kabul kararlarında tedaviden yarar görme ihtimali az da olsa 80 yaşındaki hastayı ikinci öncelikle kabul etmeleri yaşa dayalı ayrımcılık endişesini azaltmaktadır.

Benzer ayrımcılık endişesi hastanın psikiyatrik öyküsü, sosyal statüsü, yaşam tarzı ve ödeme gücü gibi triyaj kararlarında dikkate alınması etik açıdan kabul edilemeyecek ölçütleri (8-10,21) önemsemesiyle de karşımıza çıkmaktadır. Hatta

hastanın statüsünün sıklıkla triyaj kararı vermek zorunda kalanlar tarafından daha çok önemsenmesi, kaynak sınırlılığı arttıkça kabul edilmez ölçütlerin kullanılabilmesi endişesini doğurmuştur.

Hekimlerin ifade ettikleri ölçütler ile hayali olgulara ilişkin kararlarındaki farklılık paylaşım kararlarında bilinçli bir karar sürecinin işlemediğini ve önyargılı kararlar verilebileceğini (3,20) düşündürmüştür. Örneğin hekimler tıbbi fayda ölçütlerini öncelikle önemseyip bildirenken, kabul taburcu kararlarında tıbbi fayda önemsenmemiştir. Üstelik hekimlerin hasta kabul ve taburcu kararlarının mesleki özellikleri dışında yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, dini görüş gibi sosyo-demografik özelliklerden etkilenmesi karar sürecini etkileyen çoklu etkenleri ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sınırlılıkları gözönünde tutularak çalışmamız sonunda hekimlerin etik açıdan uygun ve uluslararası ölçütlerle uyumlu şekilde öncelikle tıbbi fayda ölçütlerini önemseyip, tedavinin topluma ve aileye etkisini de belirli ölçüde dikkate aldığı görülmüştür. Bununla birlikte etik açıdan tartışılabilir şekilde;

1. Yatak sayısının sınırlılığının kabul kararlarını etkileyebileceği,
2. Yoğun bakımda hasta özerkliğinin göz ardı edilebileceği,
3. Genel olarak tıbbi fayda sağlama ve yaşam kalitesini yükseltme şansı çok az da olsa mevcut hastaları taburcu etmeme eğilimi olabileceği,
4. Triage zorunluluğu arttıkça riskli çözümler ve kabul edilemez ölçütlerin kullanılabilmesi,

5. Hastanın sosyal değeri, topluma katkısı, mevcut hastalığı gibi nedenlerle ayrımcılık yapılabileceği,
6. Kararların yalnızca mesleki özelliklerden değil aynı zamanda sosyo-demografik özelliklerden de etkilenerek bilinçsiz süreçlerle önyargılı kararlar verilebileceği, sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlara dayanarak, özellikle triyaj deneyimi fazla olanların daha çok ihtiyaç duyduğu kurumsal ve ulusal politikaların uzmanlık derneklerinin desteğiyle oluşturulmasını öneriyoruz. (İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nin 01.01.2009'da yayınladığı ve 03.10.2011 tarihinde güncellenen "Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul – Yatış – Çıkış Kriterleri Talimatı"na kurumsal politikalar için bir örnek olarak <http://totm.inonu.edu.tr> adresinden ulaşılabilir).

Bununla birlikte kararların pek çok etkenden etkilendiği gözönüne alındığında ölçütlerin oluşturulmasının tek başında adil kararlar vermeye yetmeyeceği öngörülebilir (27). Bu nedenle yoğun bakım çalışanları için etik-karar verme süreçleri ve olgularla uygulamalı etik eğitimlerinin düzenlenmesi yararlı olacaktır. Bireysel kararlardan tüm yoğun bakım çalışanlarını içeren çokdisiplinli karar süreçlerinin kaynakların adil paylaşımına ulaşmada önemli katkısı olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Ayrıca kabul taburcu kararlarında uygulamadaki ölçütleri ve karar sürecini belirlemek üzere prospektif çalışmalar yapılmalıdır. Bu sayede yoğun bakım hekimlerinin çalışmamızda da sıkça ifade ettiği ve ülkemizde önemli bir sorun olan yasal çerçevenin oluşturulmasına katkı sunmak mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akpınar A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşmaktaki ilgili 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(2):102-10.
3. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. Professional challenges of bedside rationing in intensive care. Nurs Ethics. 2008;15(6):715-28.
4. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.
5. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge. İçinde: Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, İstanbul: TTB Yayınları; 2010:27-30.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi.
7. Haber. Hekimler Yoğun Bakım Yan Dal uzmanlık Eğitimi Alamıyor. Sağlık Dergisi 2010;224:108-110.
8. American Thoracic Society Bioethics Task Force. Fair allocation of intensive care unit resources. Am J Respir Crit Care Med 1997;156:1282-301.
9. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement on the triage of critically ill patients. JAMA 1994; 271:1200-3.
10. 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.
11. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. Crit Care Med. 2001; 29(11):2132-6.

12. 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(4):750-5.
13. Sinuff T, Kahnemouli 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(7):1588-97.
14. 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(2):311-5.
15. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med.* 2007; 33(7):1252-62.
16. Özcan Şenses M. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin tutumları. (Doktora Tezi). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi, 2009.
17. Iyilikçi L, Erbayraktar S, Gökmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Günerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004;48(4):457-62.
18. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Crit Care Med.* 1994; 22:358-362.
19. 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(6):1140-3.
20. Escher M, Perneger TV, Chevrolet JC. National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. *BMJ* 2004;329:425-8.
21. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.
22. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 09.12.2003, Resmi Gazete Sayısı: 25311.
23. Guven T, Sert G. Advance directives in Turkey's cultural context: examining the potential benefits for the implementation of patient rights. *Bioethics.* 2010;24(3):127-33.
24. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.06.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24066.
25. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics, A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 6th ed. New York: McGraw-Hill Inc, 2006.
26. Ersoy N. Araştırma Etiği. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (ed). *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2003; 483-505.
27. Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas A Guide For Clinicians*, 4th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2009.