

## Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı

Ethical Sensitivity of Physicians and Nurses in Intensive Care Units

Havva ÖZTÜRK, Sevilay HİNTİSTAN, Süheyla KASIM, Bahar CANDAS

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(2):77-84*

**Amaç:** Çalışma, yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) sağlık bakım uygulamalarında yaşanan etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma Trabzon'daki bir üniversite hastanesi, üç devlet hastanesi ve bir özel hastanenin YBÜ'lerinde çalışan toplam 41 hekim ve 130 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler, kişisel bilgi formu ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ile toplandı.

**Bulgular:** Ölçek puan ortalamaları, hekimler ve hemşirelerin genel toplamda (3.0), otonomi (2.7), yarar sağlama (3.3), bütüncü yaklaşım (2.5), uygulama (3.1) ve oryantasyon (2.4) altboyutlarında etik duyarlılık gösterdiğini; ancak, çatışma (4.4) altboyutunda etik duyarlılığın düştüğünü gösterdi. Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekimlerde, hemşirelerde ve tüm grupta yarar sağlama boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulundu (sırasıyla,  $p=0.017$ ,  $p=0.016$  ve  $p=0.001$ ). Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekimlerde bütüncü yaklaşım ( $p=0.025$ ) ve oryantasyon ( $p=0.029$ ) altboyutlarında, hemşirelerde ise çatışma boyutu ( $p=0.045$ ) ve genel toplamda ( $p=0.028$ ) etik duyarlılık daha düşük düzeydeydi.

**Sonuç:** Tüm hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık vardır; ancak, hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Etik, profesyonel; etik, hemşirelik; yoğun bakım ünitesi; anket.

**Objectives:** The study was designed to determine the sensitivity of physicians and nurses regarding ethical dilemmas experienced during patient care delivery in intensive care units (ICU).

**Materials and Methods:** The study included a total of 41 physicians and 130 nurses working in the ICUs of a university hospital, three state hospitals, and a private hospital in Trabzon. Data were collected using an information form and the Moral Sensitivity Questionnaire.

**Results:** The mean scores of the questionnaire showed that ICU physicians and nurses had ethical sensitivity with an overall score of 3.0, and in the dimensions of autonomy (2.7), benevolence (3.3), respect for integrity (2.5), practice (3.1), and orientation (2.4), but their ethical sensitivity decreased in experiencing conflict (4.4). Compared to other hospitals, ethical sensitivity for benevolence was lower in physicians, nurses, and in the overall group working in the ICU of the university hospital ( $p=0.017$ ,  $p=0.016$ ,  $p=0.001$ , respectively). In addition, university ICU physicians exhibited lower ethical sensitivity regarding integrity ( $p=0.025$ ) and orientation ( $p=0.029$ ) dimensions, and university ICU nurses showed lower ethical sensitivity in the conflict dimension ( $p=0.045$ ) and total moral sensitivity ( $p=0.028$ ).

**Conclusion:** Physicians and nurses working in the ICU of all the hospitals show ethical sensitivity, but experience conflicts during decision making or approach to the patients. Moreover, ethical sensitivity for benevolence was found lower in the ICU of the university hospital.

**Key Words:** Ethics, professional; ethics, nursing; intensive care units; questionnaires.

Günümüzde sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık profesyonelleri, tüm sağlık hizmet alanlarında ve özellikle yoğun bakım ya da reanimasyon birimlerinde etik ikilemleri daha yoğun şekilde yaşamaktadırlar. Bu birimlerde aydınlatılmış onam, karar verme sorumluluğu, kaynakların eşit paylaşılması, yarar sağlama ya da zarar vermeme ilkelerinin ihlal edilmesine yönelik etik ikilemler ve çatışmalar en sık yaşanan sorunlardır.<sup>[1]</sup>

Literatür ve araştırmalar incelendiğinde, hekim ve hemşirelerin, yaşamı devam ettirme tedavisinin sağlanması ya da geri çekilmesi, resüsitasyon “yapma” istemleri, suni hidrasyon ve besleme ile ilgili kararlar, organ transplantasyonu, beyin ölümü, ötenazi ve yaşamın sonu ile ilgili kararlar, bakım ve tedavi için yeterli kaynak bulunmaması, bireye saygı eksikliği, bilgilendirilmiş onam eksikliği konularında etik ikilemler yaşadıkları belirtilmektedir.<sup>[2-16]</sup> Oysa, bu ikilemler karşısında sağlık profesyoneli olan hekim ve hemşireler bakım ve tedavi ile ilgili uygulamaları sürdürmek zorundadır ve bu nedenle de karar verme durumunda kalmaktadırlar.<sup>[17,18]</sup> Ancak, etik karar verme etik duyarlılığın gelişimi ile ilişkilidir. Ahlaki yanıtın ayrılmaz bir parçası olan duyarlılık, hasta ya da sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması/hissedilmesi olarak algılanmaktadır. Önem verme ile yakından ilişkilidir. Etik sorunu saptama yeteneği olarak da tanımlanan etik duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamadır. Etik duyarlılık tüm birimlerde olduğu gibi, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkartma veya bir etik ikilemi ya da çatışmayı önleyebilmektir.<sup>[1]</sup>

Bu araştırma, YBÜ’lerde sağlık bakım uygulamalarında yaşanan etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, YBÜ’leri bulunan Trabzon’daki üniversite hastanesinden ve İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı üç devlet hastanesinden ve bir özel hastaneden yazılı izin alındıktan sonra gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, üniversite hastanesi YBÜ’lerinde çalışan 29 hekim, 87 hemşire; devlet hastaneleri YBÜ’lerinde çalışan 30 hekim,

77 hemşire; özel hastane YBÜ’sünde çalışan 8 hekim ve 17 hemşire, toplam 67 hekim ve 181 hemşire oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Sonuçta araştırma, üniversite hastanesinden 20 hekim, 67 hemşire; devlet hastanelerinden 16 hekim, 46 hemşire; özel hastaneden 5 hekim ve 17 hemşirenin gönüllü katılımıyla, toplam 41 hekim ve 130 hemşire ile gerçekleştirildi. Çalışmanın yalnızca YBÜ’lerde yürütülmesi ve bu ünitelerde çalışan hekim ve hemşirelerin görüşlerini içermesi çalışmanın bir sınırlılığıdır.

Veriler, sekiz demografik özellik, dört hastane, dört meslek ve etik ile ilgili toplam 16 sorudan oluşan bilgi formu, 30 maddelik Ahlaki Duyarlılık Ölçeği ile toplandı.

Ahlaki Duyarlılık Ölçeği, Kim Lutzen tarafından Stokholm/İsveç’te 1994 yılında geliştirilmiş, 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 30 maddeden ve altı altboyuttan (otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon) oluşmaktadır. Üç madde (3, 23, 26. maddeler) herhangi bir boyut altında yer almamıştır. Likert tipte 1 ile 7 arasında puanlamanın yapıldığı ölçekte, “1 puan” tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, “7 puan” hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir.<sup>[1]</sup> Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri genel toplamda 0.80, hekimler için 0.71 ve hemşireler için 0.81’dir.

(i) Otonomi altboyutu, “Hastanın bakım/ tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim. Çoğu kez iyi bakım/ tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.” ifadelerinden oluşmaktadır.

(ii) Yarar sağlama altboyutu, “Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anla-

mı olmadığını hissederim. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/ tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum." ifadelerini kapsamaktadır.

(iii) Bütüncü yaklaşım altboyutu, "Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olamasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum." ifadelerini içermektedir.

(iv) Çatışma altboyutu, "Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım." ifadelerinden oluşmaktadır.

(v) Uygulama altboyutu, "Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım. Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda, teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim." ifadelerini kapsamaktadır.

(vi) Oryantasyon altboyutu, "İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım." ifadelerini kapsamaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde sıklık, yüzdelik, ortalama değerler ve Kolmogorov-Smirnov,

Mann-Whitney U, t-testi, Kruskal-Wallis, ANOVA ve Tukey HSD, korelasyon, Cronbach alfa testleri kullanıldı.

## BULGULAR

Çalışmaya katılanların %76'sı hemşire ve %24'ü hekimdi. Hekim ve hemşire grubunun demografik, sosyal ve mesleki özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Ünitede yatan hastalarla ilgili karar alırken dikkat edilen unsurlara bakıldığında, hekimlerin %78.1'i (n=32), hemşirelerin %55.4'ü (n=72) hasta için en doğrusunu bilse bile, kararlara mutlaka hastanın/ailesinin katılımını sağladığını; hekimlerin %61'i (n=25), hemşirelerin %34.6'sı (n=45) her ne olursa olsun mutlaka girişim öncesi hastanın/ailesinin görüşünü aldığını; ancak bu üniteye sürekli acil durumlara karşılaşıldığı için, hekimlerin %24.4'ü (n=10), hemşirelerin %44.6'sı (n=58) karar alımında hastanın katılımını sağlamada güçlük yaşadığını ve katılımı sağlayamadığını belirtmiştir.

Sağlık bakım uygulamalarında etik/ahlaki duyarlılık değerlendirildiğinde, tüm grubun (hekim+hemşire) genel toplamda (3.0±0.7), altboyutlarda başta yarar sağlama (3.3±1.0) olmak üzere uygulama (3.1±1.1) ve oryantasyon (2.4±1.1), otonomi (2.7±1.0), bütüncü yaklaşım (2.5±1.0) alanlarında etik duyarlılık gösterdiği; ancak, çatışma (4.4±1.4) altboyutunda etik duyarlılığın düştüğü ya da azaldığı görüldü. Bu bulgular hekimler ve hemşireler ayrı ayrı değerlendirildiğinde de benzer sonuçlar gösterdi (Tablo 2).

Etik duyarlılık düzeyinin hastanelere göre karşılaştırılması Tablo 3'te gösterildi. Devlet, üniversite ve özel hastane YBÜ'lerinde çalışan hekimler arasında yarar sağlama (p=0.017), bütüncü yaklaşım (p=0.025) ve oryantasyon (p=0.029) altboyutlarında anlamlı fark saptandı. Bu fark yarar sağlama boyutunda özel hastaneye göre üniversite hastanesinin (p=0.013), bütüncü yaklaşım boyutunda devlet hastanelerine göre üniversite hastanesinin (p=0.02), oryantasyon boyutunda kamu hastanelerine göre özel hastanenin (p=0.029) yoğun bakımları aleyhine idi.

Devlet, üniversite ve özel hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hemşireler arasında ise yarar sağlama (p=0.016) ve çatışma (p=0.045) altboyutlarında ve genel toplamda (p=0.028)

**Tablo 1. Hekimlerin ve hemşirelerin demografik, sosyal ve mesleki özellikleri**

		Hekim (n=41)			Hemşire (n=130)		
		Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
Yaş				34.5±6.9			28.9±5.4
Deneyim yılı	Mesleki			9.9±7.4			7.3±5.6
	Yoğun bakım			3.7±4.0			3.9±4.2
Cinsiyet	Erkek	28	68.3		1	0.8	
	Kadın	13	31.7		129	99.2	
Medeni durum	Evli	28	68.3		76	58.5	
	Bekar	13	31.7		54	41.5	
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	-			32	24.6	
	Ön lisans	-			44	33.9	
	Lisans/Lisansüstü	41	100.0		54	41.5	
Hastane	Üniversite hastanesi	20	48.8		67	51.5	
	Devlet hastanesi	16	39.0		46	35.4	
	Özel hastane	5	12.2		17	13.1	
Yoğun bakım ünitesi	Cerrahi	15	36.6		42	32.3	
	Dahili	9	22.0		41	31.5	
	Çocuk/Yenidoğan	12	29.3		47	36.2	
	Yanıtsız	5	12.2		-		
Mesleği sevme	Seviyor	34	82.9		114	87.7	
	Sevmiyor	5	12.2		16	12.3	
	Yanıtsız	2	4.9		-		
Etik/Deontoloji eğitimi alma	Eğitim almış	17	41.7		52	40.0	
	Eğitim almamış	12	29.3		49	37.7	
	Yanıtsız	12	29.3		29	22.3	
Mesleki ahlak/etik toplantısına katılma	Katılmış	17	41.7		58	44.6	
	Katılmamış	12	29.3		45	34.6	
	Yanıtsız	12	29.3		27	20.8	
Kurumda etik komitenin varlığını bilme	Var	12	29.3		25	19.2	
	Yok	3	7.3		29	22.3	
	Bilgisi yok	14	34.2		46	35.4	
	Yanıtsız	12	29.3		30	23.1	

anlamli fark vardı (Tablo 3). Bu fark, yarar sağlama boyutunda devlet hastanesine göre üniversite hastanesinin ( $p=0.049$ ), çatışma boyutu ( $p=0.045$ ) ve genel toplamda ( $p=0.028$ ) diğer hastanelere göre üniversite hastanesinin yoğun bakımları aleyhine idi.

Tüm grup açısından ise, devlet, üniversite ve özel hastane yoğun bakımları arasında yarar sağlama ( $p=0.001$ ) ve çatışma ( $p=0.012$ ) altboyutlarında anlamlı fark görüldü (Tablo 3). Bu fark, her iki altboyutta diğer hastanelere göre üniversite hastanesinin yoğun bakımları aleyhine idi.

Bu bulgular çatışma boyutu hariç tüm altboyutlarda ve genel toplamda YBÜ'lerde etik duyarlılığın var olduğunu göstermiştir. Ancak, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde hekimler, hemşireler ve tüm grup (hekim+hemşire) için yarar sağlama altboyutunda ünitelerindeki etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, hekimlerde bütüncü yaklaşım ve oryantasyon, hemşirelerde çatışma boyutu ve genel toplamda üniversite hastanesi yoğun bakımlarında etik duyarlılığın biraz daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun

**Tablo 2. Hekimlerin, hemşirelerin ve tüm grubun Ahlaki Duyarlılık Ölçeği puan ortalamaları**

Altboyutlar	Hekim (n=41)	Hemşire (n=130)	Tüm grup (n=171)
F1 (Otonomi)	3.0±0.8	2.7±1.0	2.7±1.0
F2 (Yarar sağlama)	3.1±1.0	3.4±1.1	3.3±1.0
F3 (Bütüncü yaklaşım)	2.4±1.0	2.6±1.0	2.5±1.0
F4 (Çatışma)	4.1±1.1	4.4±1.4	4.4±1.4
F5 (Uygulama)	2.9±0.9	3.1±1.1	3.1±1.1
F6 (Oryantasyon)	2.3±1.2	2.5±1.1	2.4±1.1
Toplam	3.0±0.6	3.0±0.7	3.0±0.7

yanı sıra tüm grupta çatışma boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, özel hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerde oryantasyon boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu görülmektedir.

Demografik özellikler ile etik duyarlılık boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, hekimlerin medeni durumu ( $t=-2.08$ ,  $p=0.044$ )

ve cinsiyetleri ( $t=-2.74$ ,  $p=0.009$ ) ile yarar sağlama boyutu arasında anlamlı ilişki görüldü. Bu ilişki, bekar ve kadın hekimlerin yarar sağlama boyutunda daha az etik duyarlılık gösterdiği şeklindeydi. Hekimlerin çalıştıkları ünite ile çatışma boyutu arasında da anlamlı ilişki saptandı ( $\chi^2$ K-W=8.891,  $p=0.012$ ). Çocuk/yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin çatışma boyutundaki etik duyarlılıklarının biraz daha düşük olduğu görüldü.

Ayrıca hekimlerin yaşı ( $r=-0.432$ ,  $p=0.006$ ), mesleki deneyimi ( $r=-0.515$ ,  $p=0.001$ ) ve üniteye çalıştığı yıl ( $r=-0.341$ ,  $p=0.031$ ) ile yarar sağlama boyutu puanı arasında negatif yönde, orta düzeyde ya da orta düzeye yakın bir ilişki saptandı. Bu ilişki hekimlerin yaşı, mesleki deneyim ve üniteye çalıştığı yıl arttıkça yarar sağlama boyutunda etik duyarlılıklarının arttığını göstermiştir.

Hemşirelerin eğitim durumu ile otonomi boyutu arasında ( $\chi^2$ K-W=6.274,  $p=0.043$ ), mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans/toplantılara katılma durumu ile oryantasyon boyutu ara-

**Tablo 3. Hastanelere göre hekimlerin, hemşirelerin ve tüm grubun etik duyarlılık puan ortalamaları**

	Sayı	Otonomi	Yarar sağlama	Bütüncü yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam	
		(Ort. sıra)	(Ort.±SS)	(Ort.±SS)	(Ort.±SS)	(Ort. sıra)	(Ort. sıra)	(Ort. sıra)	
Hekim (n=41)	Hastaneler								
	Devlet	16	21.4	3.0±0.8	2.1±1.1	3.8±1.1	20.4	22.6	22.8
	Üniversite	20	18.8	3.4±0.9	2.0±0.6	4.5±1.0	21.8	16.9	19.5
	Özel	5	30.8	2.1±0.7	2.6±0.9	3.1±1.1	19.8	32.2	21.5
	F			4.509	4.070	1.59			
	$\chi^2$ K-W		4.472				0.166	7.09	0.689
p		0.107	<b>0.017</b>	<b>0.025</b>	0.216	0.92	<b>0.029</b>	0.705	
Hemşire (n=130)	Hastaneler								
	Devlet	46	67.6	3.1±0.9	63.8	60.0	64.0	64.7	61.8
	Üniversite	67	68.9	3.6±1.1	68.9	73.0	66.4	65.1	72.8
	Özel	17	46.5	3.0±0.9	56.7	50.9	66.0	69.4	46.9
	F			4.259					
	$\chi^2$ K-W		5.05		1.55	6.20	0.120	0.210	7.146
p		0.08	<b>0.016</b>	0.459	<b>0.045</b>	0.942	0.90	<b>0.028</b>	
Tüm grup (n=171)	Hastaneler								
	Devlet	62	89.1	78.2	90.4	77.3	83.9	86.7	84.1
	Üniversite	87	86.6	98.5	84.8	96.7	87.7	81.5	92.0
	Özel	22	75.0	58.8	78.5	68.4	85.4	102.1	67.6
	$\chi^2$ K-W		1.349	13.77	1.042	8.803	0.213	3.075	4.423
	p		0.509	<b>0.001</b>	0.594	<b>0.012</b>	0.899	0.215	0.110

sında ( $U=976.5$ ,  $p=0.028$ ) anlamlı ilişki görüldü. Lisans ya da lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin otonomi boyutunda, mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans/toplantılara katılmayan hemşirelerin oryantasyon boyutunda etik duyarlılıklarının biraz daha düşük düzeyde olduğu görüldü. Ayrıca, hemşirelerin yaşı ile otonomi ( $r=0.244$ ,  $p=0.005$ ) ve bütüncü yaklaşım ( $r=0.297$ ,  $p=0.001$ ) altboyutları, ünitelerdeki çalışma yılı ile bütüncü yaklaşım altboyutu ( $r=0.189$ ,  $p=0.032$ ) puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki saptandı. Bu ilişki hemşirelerin yaşı arttıkça otonomi ve bütüncü yaklaşım, ünitelerdeki çalışma yılı arttıkça bütüncü yaklaşım boyutlarında etik duyarlılıklarının azaldığını göstermektedir.

### TARTIŞMA

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastalara sağladığı yaşamsal destek nedeniyle sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan ve etik sorunlarla sık karşılaşılan ortamlardır.<sup>[19,20]</sup> Bu ünitelerde çalışan sağlık personeli, bu etik sorun ve ikilemler karşısında karar verme durumundadır. Böyle bir durumda iyi bir karar verebilmek için, etik kuramların, profesyonel ve kişisel etiğin dikkate alınması, diğer kişilerin değer ve görüşlerine açık olunması gerekir.<sup>[20]</sup>

Araştırma bulgularına göre, hekimlerin büyük bir çoğunluğu ve hemşirelerin yarısından fazlası, YBÜ'de yatan hastalarla ilgili karar alırken mutlaka hastanın/ailesinin kararlara katılımını sağlamaktadır. Bu doğru bir yaklaşımdır ve hastanın rızası ya da izninin alınması kapsamında hasta hakkıdır.<sup>[21]</sup> Yaşam destek tedavilerinin kesilmesi konusunda İsviçre'de yapılan bir araştırmada, hekimlerin %25'i bu konuda karar verme yetkisinin yalnızca kendilerine ait olduğunu belirtirken, hastaların %50'si tedavinin kesilmesine yalnızca hastanın ve yakınlarının karar verebileceğini belirtmiştir.<sup>[4]</sup> Bununla birlikte, hekimlerin çoğunluğu hasta karar veremeyecek durumda olduğunda kendilerini tam yetkili görürken, halkın %73'ü, hemşirelerin %70'i kararın hasta yakınları ve hekim ile birlikte verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.<sup>[4]</sup>

Yoğun bakım hastaları genellikle kendi öz bakım ihtiyacını gidermede sıkıntıları olan, hekim ve hemşirelere daha fazla bağımlı olan hastalardır; dolayısıyla, daha fazla bakıma

gereksinimleri vardır. Bu nedenle, bakımla ilgili kararlar, ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların kişiyi nasıl etkileyeceğinin önceden düşünülmesini ve eylemlerin sonuçlarının üstlenilmesini gerektirir. Bu durum hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin ahlaki duyarlılık geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.<sup>[22]</sup> Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin genel düzeyde ve başta yarar sağlama olmak üzere otonomi, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon boyutlarında etik duyarlılık gösterdiği saptanmıştır. Yarar sağlama, tıbbi etiğin en önemli ilkelerindedir. Hekimlerin özellikle acil karar verme durumlarında hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı daha sık kullandığı belirtilmektedir.<sup>[5]</sup> Bulgularda hekimlerin yaşı, mesleki deneyimi ve ünitelerdeki çalışma yılları arttıkça da yarar sağlama boyutunda daha fazla etik duyarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Ancak, bekar ve kadın hekimlerin bu boyutta daha az etik duyarlılığa sahip olduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise, hekimlerin medeni durumunun etik duyarlılıklarını etkilemediği; ancak, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre yarar sağlama boyutunda duyarlılıklarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik ile ilgili yapılan bir çalışmada, bu ünitelerde tedavi amaçlı yöntemlerin daha invaziv hale gelmesinin hemşirelerin yarar sağlama ve zarar vermeme boyutlarında çatışma yaşamalarına neden olduğu ve hemşirelerin genellikle bu ilkeyi yerine getirmekte zorlandığı belirtilmiştir.<sup>[16]</sup> Bunların yanı sıra üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yarar sağlama boyutunda etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu, ayrıca hekimlerin bütüncü yaklaşım ve oryantasyon, hemşirelerin çatışma ve tüm genel yaklaşımlarda da üniversite hastanesi YBÜ'lerinde etik duyarlılığının daha yetersiz olduğu belirlenmiştir. Tosun<sup>[1]</sup> da çalışmasında, devlet hastanesindeki hekimlerin üniversite hastanesinde çalışanlara göre etik duyarlılıklarının daha iyi olduğunu saptamıştır. Pekcan<sup>[23]</sup> ise çalışmasında devlet, özel hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hekimlerde etik duyarlılığa ilişkin genel ve altboyutlarda fark saptamazken, hemşirelerin çatışma boyutunda sorun yaşadığını belirtmiştir.

Çatışma boyutunda hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıkları incelendiğinde, duyarlılığın düştüğü, hastaya yaklaşımlarda çelişkiler ya da karar verirken sıkıntılar yaşandığı görülmekte-

dir. Etik sorunlar, ahlaki bir yargıda bulunmayı ve seçim yapmayı gerektiren mutlak doğru ya da yanlış olarak tanımlanabilecek kadar basit ve kesin çözümleri olmayan, karmaşık ve kişiyi ikilemede bırakan sorunlardır. Bu nedenle, etik sorunların çözümüne yönelik uygun yaklaşımlar konusunda tüm sağlık çalışanlarının rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır.<sup>[13]</sup> Japonya'da üniversite hastanesi YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, YBÜ hemşirelerinin etik ikilemler yaşadığı, hasta ile ilgili kararların hastanın istekleri göz önüne alınmaksızın verildiği, bu durumun hastanın ölüyor olmasından ve zamanın sınırlı olmasından kaynaklandığı bildirilmiştir.<sup>[9]</sup> Böyle bir durumda hastanın yararına bir şeyler yapmanın zorlaştığı, buna bağlı olarak hemşirelerin stres düzeylerinin yükseldiği, yaşamı idame ettirici tedavi, hasta hakları ve otonomi konularında çatışma yaşadığı görülmektedir.<sup>[9]</sup> Enç'in<sup>[24]</sup> çalışmasında, koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin kritik durumlarda öncelikleri belirleyerek hemen karar veremedikleri ve verdikleri kararlarında gerekçelerini açıklayamadıkları belirtilmektedir. Azoulay ve ark.nın<sup>[11]</sup> çalışmasında da, bu ünitelerin hastanelerin en stresli yerlerinden biri olduğu ve yaşamı tehdit eden akut hastalığı olan hastaların genel sağlığını ve organ fonksiyonlarını yeniden düzenlemek için ünite çalışanlarının sık sık hızla ardışık çoklu tedavi kararları almak zorunda kaldığı ve bu nedenle çatışmalar yaşandığı açıklanmıştır. Austin ve ark.<sup>[12]</sup> da çocuk YBÜ'sünde yaptıkları çalışmada hemşirelerin karar almada sessiz kaldıklarını, güçsüzlük, üzüntü, kızgınlık ve düş kırıklığı hissettiklerini saptamıştır. Bulgularımızda da, çocuk ya da yenidoğan YBÜ'sünde çalışan hekimlerde çatışma boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin yaşları arttıkça otonomi ve bütüncü yaklaşım boyutlarında, çalışma yılları arttıkça yine bütüncü yaklaşım boyutunda etik duyarlılıkları azalmaktadır. Lisansüstü eğitime sahip hemşirelerde otonomi, mesleki ahlak/etik ile ilgili konferans ya da toplantılara katılmayan hemşirelerde ise oryantasyon boyutunda etik duyarlılık daha düşüktür. Pekcan<sup>[23]</sup> da yaşın ilerlemesi ile otonomi kullanımının azaldığını, ancak bütüncü yaklaşımın arttığını belirtmiştir. Tosun<sup>[1]</sup> ise hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile etik duyarlılığın arttığını saptamıştır. Başak

ve ark.<sup>[18]</sup> da, yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığının yaşla birlikte arttığını; ancak, etik duyarlılığın YBÜ'de çalışma süresi, öğrenim durumu ve mezuniyet öncesi ya da sonrası etik dersi alma ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Enç<sup>[24]</sup> de hemşirelerin deneyim yıllarının kritik durumlarda karar verme becerilerini etkilemediğini belirtmiştir. Oysa, kritik düşünme yeteneğine sahip olan deneyimli hemşirelerden daha iyi klinik karar vermesi beklendiği ve hekimlerin de daha deneyimli hemşirelerin kararlarına daha fazla önem verdiği belirtilmektedir.<sup>[15]</sup>

## SONUÇLAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimler ve hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, bütüncü yaklaşım, uygulama ve oryantasyon boyutlarında etik duyarlılık gösterdiği, ancak çatışma boyutunda etik duyarlılığın düştüğü ve hekimler ve hemşirelerin hastaya yaklaşımlarda çelişkiler ya da karar verirken sıkıntılar yaşadığı görülmüştür.

Üniversite hastanesi YBÜ hekim ve hemşirelerinde ise yarar sağlama boyutunda ya da hastalar için yararlı bir şeyler yapma, hastanın güvenini kazanma, hastanın iyileşme durumu ile ilgili olarak etik duyarlılığın biraz daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ hekimlerinde bütüncü yaklaşım, oryantasyon; hemşirelerde ise çatışma ve tüm genel yaklaşımlarda daha az etik duyarlılık görülmüştür.

Bunun yanı sıra, hekimlerin medeni durumunun, cinsiyetinin, yaşının, mesleki deneyim ve ünitelerdeki çalışma yılının yarar sağlama boyutu ile ilgili etik duyarlılıklarını etkilediği görülmektedir. Hemşirelerin ise, eğitim durumlarının, ahlak/etik konusunda bir toplantıya katılma durumlarının oryantasyon; yaşlarının otonomi ve bütüncü yaklaşım; ünitelerdeki çalışma yıllarının da bütüncü yaklaşım ile ilgili etik duyarlılıklarını etkilediği görülmektedir.

Sonuç olarak, tüm hastanelerin yoğun bakımlarında çalışan hekim ve hemşirelerde etik duyarlılık vardır; ancak, hastaya yaklaşımlarda ya da karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Ayrıca, üniversite hastanesi YBÜ'lerinde özellikle hastanın yararına ilişkin yaklaşımlarda etik duyarlılık biraz daha düşüktür.

Bu nedenle, hastanelerin yoğun bakımlarında yaşanan çatışmaların nedenlerine yönelik veri analizleri yapılarak, analizlerden elde edilen nedenlere yönelik çözümler oluşturulup, çatışmalar azaltılabilir. Ayrıca, çatışmalarla başa çıkma konusunda sağlık çalışanlarına konuya özel eğitimler verilebilir. Sorun ya da çatışma yaşandığında danışmanlık verebilecek, hastane ve ünite kapsamında eğitim ve toplantılar düzenleyecek, hastane ya da yoğun bakımlara özel etik komiteler yaygınlaştırılabilir ya da danışmanlar atanabilir. Üniversite hastanesinde ise, başta yarar sağlama olmak üzere, diğer etik ilkelere yönelik de etik duyarlılığı artırmak için etik ve etikle ilgili olgu sunumlarının yapıldığı, eleştirel ve tartışmalı eğitimler düzenlenebilir. Yarar sağlama ilkesinin ihlal edilmesi vb. durumlarda izleme, denetleme mekanizmaları geliştirilebilir, gerekirse disiplin cezası verilebilir. Etik dışı uygulama ve sorunların bildirimini kolaylaştıracak etik hattı oluşturulabilir; bildirim yapıldığında baskı ve cezalandırmanın yapılmayacağı bir etik anlayış oluşturulabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Tosun H. Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. [Doktora tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2005.
2. Babadağ K. Yoğun bakım birimlerinde etik sorunlar ve yaklaşımlar. *Yoğun Bakım* 1997;1:13-5.
3. Catlin A, Leuthner S. New videos discuss ethical dilemmas in neonatal intensive care. *Pediatr Nurs* 2000;26:193-4.
4. Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik: Ötenazi. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik*. İstanbul: Yüce Yayın; 2001. s. 35-41.
5. Erkeköl FÖ, Numanoğlu N, Gürkan ÖU, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi* 2002;3:307-16.
6. Civaner M. Önemli bir etik sorun alanı olarak yaşamın son dönemi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 2003; 18:148-51.
7. Melia KM. *Health care ethics: lessons from intensive care*. London: Sage Publications; 2004.
8. Cobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nurs Ethics* 2004;11:444-58.
9. Kinoshita S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nurs Ethics* 2007;14:651-64.
10. Antonelli M, Azoulay E, Bonten M, Chastre J, Citerio G, Conti G, et al. Year in review in Intensive Care Medicine, 2007. III. Ethics and legislation, health services research, pharmacology and toxicology, nutrition and paediatrics. *Intensive Care Med* 2008;34:598-609.
11. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the Conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180:853-60.
12. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics* 2009;16:57-68.
13. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009;40:113-9.
14. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. The principle of justice in patient priorities in the intensive care unit: the role of significant others. *J Med Ethics* 2009; 35:483-7.
15. Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nurs Ethics* 2010;17:87-98.
16. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2010;18:183-91.
17. Değer M. Yoğun bakımda etik. In: Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik*. İstanbul: Yüce Yayın; 2001. s. 9-15.
18. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2010;52:76-81.
19. Oran NT. Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hasta. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004;6:24-30.
20. Algier L, Yağmurlu A, Gökçora İH. Yenidoğan cerrahisinde yaşanan etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 1998;6:89-93.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta hakları yönetmeliği. *Resmi Gazete* 1998;23420:1-11.
22. Kabukçu N, Özgök Y, Babacan B. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığı. In: 4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı; Adana: Nobel Kitabevi; 2010. s. 73.
23. Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. [Yüksek lisans tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2007.
24. Enç N. Koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumlarda hemen karar verme işlevinin analizi. *Hemşirelik Bülteni* 1991;21:83-8.