



**TÜRKİYE'DE YOĞUN BAKIM HEKİMLERİNİN TERMİNAL
DÖNEM HASTA BAKIM SÜREÇLERİNE DAİR GÖRÜŞLERİ**

Sedat AKBAŞ

TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ
İkinci Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gamze ÖZBEK GÜVEN**

Doktora Tezi-2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE'DE YOĞUN BAKIM HEKİMLERİNİN TERMİNAL DÖNEM HASTA BAKIM SÜREÇLERİNE
DAİR GÖRÜŞLERİ

Sedat AKBAŞ

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ

İkinci Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gamze ÖZBEK GÜVEN

Tez Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ

Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK

Dr. Öğr. Üyesi Meltem DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

MALATYA

2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK ve YAPAY ZEKÂ KULLANIM BEYANI

22/06/ 2026

İnönü Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak, “Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Türkiye’de Yoğun Bakım Hekimlerinin Hasta Bakım Süreçlerine Dair Görüşleri” başlıklı Doktora tezimde:

1. ETİK ve BİLİMSEL SORUMLULUKLARIM:

- Tezimde yer alan verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Çalışmada yararlandığım tüm kaynaklara bilimsel kurallara uygun şekilde atıfta bulunduğumu ve kaynakça gösterimde APA 7. baskı kurallarına uyduğumu,
- Tezimin özgün olduğunu, çalışma ve yazım sürecinde patent ve telif haklarını ihlal edici hiçbir davranışta bulunmadığımı,
- Aksi bir durumda doğabilecek tüm hukuki ve akademik sonuçları kabul ettiğimi,
-

2. YAPAY ZEKÂ KULLANIMINA İLİŞKİN BEYANIM:

(X) Tez yazım sürecinde yapay zekâ tabanlı araçlardan **faydalanmadım**.

() Tez yazım sürecinde yapay zekâ tabanlı araçlardan **faydalandım**.

Bu durumda:

- Yapay zekâ araçlarını yalnızca bilimsel üretim sürecini desteklemek amacıyla kullandığımı,
- Kullanımın hipotez geliştirme, teorik tartışma ve yorumlama gibi üst düzey akademik becerileri içermediğini,
- Kullanımın tezin özgünlüğüne, bilimsel etik kurallarına ve ilgili mevzuata aykırı olmadığını,
- Usulsüz kullanımlara (kaynak göstermeksizin metin üretimi, yanıltıcı kaynak gösterimi, otomatik içeriklerin özgün eser gibi sunulması vb.) kesinlikle başvurmadığımı,
- Kullanılan yapay zekâ araçlarının ve işlevlerinin, danışmanımın bilgisi dâhilinde, ekte verilen tabloda şeffaf biçimde belirtildiğini,
- Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Faaliyetlerinde Üretken Yapay Zekâ Kullanımına Dair Etik Rehber’de belirtilen ilkelere riayet ettiğimi,

kabul ve taahhüt ederim.

Sedat AKBAŞ
İmza

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	VII
KISALTMALAR.....	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Yaşam ve Ölüm.....	1
1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Karakteristiği ve Mortalite.....	1
1.3. Yaşam Destek Sistemleri ve Teknolojik Paradoks.....	1
1.4. Karar Verme Sürecinde Etik, Psikososyal ve Kültürel Boyutlar.....	2
1.5. Küresel Perspektif ve Türkiye’deki Literatür Gereksinimi.....	2
1.6. Araştırmanın Önemi.....	3
1.7. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	4
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin İşleyişi ve Klinik Önemi.....	5
2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili ve Mortalite Oranları.....	6
2.3.1. Hasta Profiline Kategorizasyonu.....	6
2.3.2. Mortalite Oranları ve Belirleyiciler.....	7
2.3.3. Prognostik Skorlama Sistemleri.....	7
2.3.4. Türkiye'deki yoğun bakım basamaklandırma standartları.....	8
2.4. Ölüm, Yaşam Destek Sistemleri ve Modern Tıp.....	8
2.4.1. Ölümün Tanımında Dönüşüm.....	9
2.4.2. "Ölme Süreci"nin Uzaması ve Etik Paradokslar.....	10
2.5. Terminal Dönem Kavramı ve Tanımları.....	11
2.5.1. Terminal Dönem.....	11
2.5.2. Palyatif Bakım.....	12
2.5.3. Yaşam Sonu Bakımı.....	12
2.5.4. Agoni (Can Çekişme Evresi)	12
2.5.5. Terminal Dönemi Belirleyen Kriterler.....	13

2.6. Terminal Dönem Hasta Bakımında Karar Verme Süreçleri.....	14
2.6.1. Nafile/Boşuna Tedavi.....	14
2.6.2. Tedaviden Kaçınma (Withholding)	14
2.6.3. Tedaviyi Geri Çekme (Withdrawing)	15
2.6.4. Ötanazi.....	15
2.7. Terminal Dönem Kararlarını Etkileyen Faktörler.....	17
2.7.1. Hekim ve Klinik Ekip Kaynaklı Faktörler.....	17
2.7.2. Hasta ve Aile Kaynaklı Faktörler.....	19
2.7.3. Sosyokültürel ve Dini Faktörler.....	19
2.7.4. Kurumsal ve Hukuki Faktörler.....	20
2.8. Tıp Etiği İlkeleri.....	22
2.8.1. Özerklik İlkesi (Autonomy) ve Aydınlatılmış Onam.....	22
2.8.2. Yararlılık İlkesi (Beneficence).....	23
2.8.3. Zarar Vermeme İlkesi (Non-maleficence).....	23
2.8.4. Adalet İlkesi (Justice).....	24
2.8.5. Terminal Dönemde İlkelerin Dinamik Dengesi.....	26
2.9. Türkiye’de Terminal Dönem Hasta Bakımına İlişkin Mevcut Durum.....	26
2.9.1. Mevzuat ve Hukuki Çerçeve.....	27
2.9.2. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Gelişimi.....	28
2.9.3. Terminal Sedasyon (Palyatif Sedasyon)	28
3. MATERYAL VE METOT.....	30
3.1. Çalışma Tasarımı.....	30
3.2. Etik İlkeler ve Onay.....	30
3.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	30
3.4. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	30
3.5. Çalışma Hipotezi.....	31
3.6. Çalışma Popülasyonu ve Örneklem Büyüklüğü.....	31
3.7. Veri Toplama Araçları ve Anketin Oluşturulması.....	31
3.8. Veri toplama yöntemi.....	32
3.9. Çalışmanın Sınırlamaları.....	33
3.10. İstatistiksel analiz.....	33

4. BULGULAR.....	34
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	34
4.2. Yoğun Bakım Hekimlerinin Coğrafi Dağılımı.....	35
4.3. Katılımcıların Mesleki Deneyim ve Çalışma Özellikleri.....	36
4.4. Kurumsal Özellikler ve Katılımcı Profili.....	37
4.5. Hasta ve Yakınlarından Gelen Yaşam Sonu Talepleri ve Deneyimlenen Kaygılar.....	40
4.6. Terminal Dönem Yoğun Bakım Hastasına Verilen Hizmetin Ana Düşüncesi.....	40
4.7. Terminal Dönem Hastalarına Yönelik Temel Etik Kavramlar.....	41
4.7.1. Aktif Ötanaziye Dair Bilgi Düzeyi.....	41
4.7.2. Nafile/Boşuna Tedaviye Dair Bilgi Düzeyi.....	42
4.7.3. Tedaviden Kaçınmaya Dair Bilgi Düzeyi.....	43
4.7.4. Tedaviyi Geri Çekmeye Dair Bilgi Düzeyi.....	43
4.8. Karar Yetisi Olan Hastada Tedavi Reddi ve Hekim Tutumları.....	44
4.8.1. İletişim ve İkna Çabası.....	44
4.8.2. Hastanın İsteğine Karşın Kendi Düşüncesi Doğrultusunda Hareket Etme.....	44
4.8.3. Hastanın İsteğine Uyma.....	45
4.8.4. Başka Bir Doktora Yönlendirme.....	45
4.9. Terminal Dönem Hastalarda Yaşam Kurtarıcı Tedavilere İlişkin Sağlık Hizmeti Sunucuları Arasındaki Fikir Ayrılıkları.....	46
4.10. Terminal Dönem Hastalarda Bilgilendirme Süreci ve Bilginin Paylaşıldığı Taraflar.....	47
4.10.1. Sadece Hastanın Bilgilendirilmesi.....	47
4.10.2. Sadece Ailenin Bilgilendirilmesi.....	47
4.10.3. Hem Hasta Hem de Ailenin Bilgilendirilmesi.....	47
4.10.4. Bilginin Hiç Kimseyle Paylaşılması.....	47
4.11. Yoğun Bakım Yatak Kapasitesi ve Talep Dağılımı.....	48
4.12. Terminal Dönem Hasta Bakım sürecinde Rehber İhtiyacı ve Beklentiler.....	49
4.12.1. Yoğun Bakım Seviyesinde Klinik Rehber İhtiyacı.....	49
4.12.2. Hukuki Seviyede Rehber İhtiyacı.....	49
4.12.3. Rehberlerin Olası Faydasına İlişkin Görüşler.....	50
4.13. Eğitim Programlarının Etkisi ve Psikososyal Destek İhtiyacı.....	53
4.13.1. Eğitim Programlarının Uygulamaya Etkisi.....	53
4.13.2. Duygusal Danışmanlık ve Destek Hizmetlerinin Varlığı.....	53
4.13.3. Destek Programlarına Duyulan İhtiyaç.....	53
4.14. Sağlık Çalışanlarının Terminal Dönem Tedavilerine İlişkin Kişisel Endişeleri.....	52

4.14.1. Yoğun Bakıma Girme Endişesi.....	52
4.14.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulanma Endişesi.....	53
4.14.3. Solunum Cihazına Bağlanma Endişesi.....	53
4.14.4. Ağrılı Süreç Yaşama Endişesi.....	53
4.14.5. Beslenme İle İlgili Endişe.....	54
4.14.6. Cihaz Bağımlı Olma Endişesi.....	54
4.15. Ölüm Sürecine İlişkin Kişisel Tutum ve Korkular.....	56
4.15.1. Ölüm Korkusuna İlişkin Kişisel Tutumları.....	56
4.15.2. Yaşamı Uzatıcı Tedavilere Yönelik Kişisel Tercihler.....	56
4.15.3. Yaşam Sonu Analjezik Kullanımına İlişkin Kişisel Endişeler.....	56
4.15.4. Ölüm Sürecinde Başkalarına Bağlı Olma Korkusu.....	56
4.15.5. Yaşam Süresini Uzatmak Adına Acı Çekmeye Yönelik Kişisel Tutumlar.....	57
4.15.6. Terminal Dönemde Prognostik Bilgi Alma Tercihleri.....	57
4.15.7. Ölüm Sürecinde Acı Çekme Korkusu.....	57
4.16. Terminal Dönemdeki Karar Yetisi Olan Hastanın Yakınlarına Haber Verilme Durumuna İlişkin Görüşlerin Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	59
4.17. Etik Kararlarda "Yaşam Kalitesi" ve "Yaşamın Değeri" Önceliklerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	60
4.18. Yoğun Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre "Tedaviyi Geri Çekme" Kavramını Tanımlama Düzeylerinin İncelenmesi.....	61
4.19. Yaşam Kalitesi vs Yaşamın Değeri Skoru Üzerine Çoklu Lineer Regresyon Analizi.....	62
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKÇA.....	74
EKLER.....	89

TEŞEKKÜR

İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda Doktora Öğrencisi olarak geçirdiğim süre içerisinde bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen ve desteğini her zaman hissettiğim Anabilim Dalı Başkan'ım ve Doktora Tez Danışmanım Sayın Prof.Dr. Mehmet KARATAŞ'a;

Doktora eğitimim süresince her fırsatta bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, uzmanlık tezimin her aşamasında anlayışı, ilgisi ve güleryüzü ile sürekli destek olan değerli ikinci tez Danışmanım Doç. Dr. Gamze ÖZBEK GÜVEN'e;

Bu süreçte eğitimimize destek olan bilgilerini ve becerilerini bizlere aktaran Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nın diğer değerli hocalarına;

Bu zorlu yolculukta, en başından itibaren beni cesaretlendiren ve her an yanımda olup beni sabırla destekleyen yol arkadaşım, eşim Hacer Akbaş'a, ve her zaman arkamda olup beni bugünlere ulaştıran değerli aileme çok teşekkür ederim.

ÖZET

Türkiye'de Yoğun Bakım Hekimlerinin Terminal Dönem Hasta Bakım Süreçlerine Dair Görüşleri

Amaç: Bu çalışma, Türkiye'deki yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerine yönelik tutum ve görüşlerini; sosyodemografik özellikler, mesleki deneyimler, tıp etiği eğitimi, kişisel inançlar ve değer yargılarının yaşam destek tedavileri üzerindeki rolleri açısından değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Materyal Metot: Kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipteki bu saha araştırmasının evrenini Türkiye genelindeki yoğun bakım hekimleri oluşturmaktadır. Veriler; bilgilendirme metni, sosyodemografik veriler, mesleki deneyimler ve terminal dönem bakımına ilişkin tutum/bilgi düzeyini ölçen ölçeklerden oluşan 38 soruluk çevrimiçi bir anketle toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 208 hekimin çoğunluğu 30–39 yaş aralığında ve evli olup, %91,3'ünün yan dal uzmanlığı yoktur. Kavramsal doğruluk oranları; ötanazi için %96,2, tedaviyi geri çekme/esirgeme için %71,6–%74,0 ve nafie tedavi için %52,9 olarak saptanmıştır. Hekimlerin %80,3'ü tedavi reddeden hastayı ikna edeceğini, %57,7'si ise hasta iradesine rağmen müdahaleyi sürdüreceğini belirtmiştir. Katılımcıların kendi terminal dönemlerine dair kaygı düzeyleri (yoğun bakım %90,9, cihaz bağımlılığı %94,2, ağrı %93,3) oldukça yüksektir. Çok değişkenli regresyon analizi; dindarlık, yoğun bakım eğitimi ve evli olmanın "yaşamın değerine" verilen önemi artıran bağımsız belirleyiciler olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'deki yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerini iyileştirmek adına; hukuki çerçevenin netleştirilmesi, terminolojik birliğin sağlanması ve kapsamlı klinik rehberlerin oluşturulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve kronik kapasite sorunlarının giderilmesiyle, sistemin bütüncül ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hekim Tutumları; Terminal Dönem Bakımı; Tıp Etiği; Yaşam Destek Tedavileri; Yaşamın Değeri; Yoğun Bakım

ABSTRACT

Attitudes of Intensive Care Physicians Towards Terminal Care Management in Türkiye

Objective: This study aimed to evaluate the attitudes and perspectives of intensive care physicians in Turkey regarding terminal care management. The roles of sociodemographic factors, professional expertise, institutional settings, clinical preferences, medical ethics/intensive care training, and personal values in life-sustaining treatment decisions were examined.

Materials and Methods: This cross-sectional, descriptive, and analytical field study targeted intensive care physicians across Turkey. Data were collected via an online survey comprising 38 questions structured into four sections: informed consent, sociodemographic data, professional experience, and scales assessing attitudes and knowledge levels toward terminal care management.

Results: A total of 208 physicians participated, predominantly aged 30–39 and married; 91.3% (n=190) did not hold a subspecialty degree. Knowledge accuracy rates were 96.2% for euthanasia, 71.6%–74.0% for withholding/withdrawing treatment, and 52.9% for medical futility. While 80.3% would attempt to persuade a treatment-refusing patient, 57.7% would continue intervention despite the patient's will. Participants reported extreme anxiety regarding their own potential end-of-life processes, specifically intensive care admission (90.9%), device dependency (94.2%), and pain (93.3%). Multivariate regression analysis identified religiosity, specialized training, and marital status as independent predictors increasing the importance attributed to the "value of life."

Conclusion: Findings underscore the need to clarify legal frameworks, ensure terminological consistency, and develop comprehensive clinical guidelines to improve terminal care management in Turkey. Enhancing psychosocial support and addressing chronic capacity shortages are essential for establishing a holistic and sustainable system.

Keywords: End-of-Life Care; Intensive Care; Life-Sustaining Treatments; Medical Ethics; Physician Attitudes; Value of Life

KISALTMALAR

AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)
ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
DNI	: Entübe etmeyin (<i>Do Not Intubate</i>)
DNR	: Canlandırma Yapma (<i>Do Not Resuscitate</i>)
ECOG	: Doğu Kooperatif Onkoloji Grubu (<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NICE	: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü (<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
NHPCO	: Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (<i>National Hospice and Palliative Care Organization</i>)
TCK	: Türk Ceza Kanunu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization</i>)
vb.	: Ve benzeri
vs.	: Vesaire

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Yoğun bakım hekimlerinin yaş dağılımı
- Şekil 2.** Yoğun bakım hekimlerinin coğrafi dağılımı
- Şekil 3.** Karar yetisi olan hastada tedavi reddi ve hekim tutumları



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Terminal dönemde ilkelerin dinamik dengesi
Tablo 2.	Sosyodemografik özellikler
Tablo 3.	Yoğun bakım hekimlerinin mesleki deneyim ve çalışma özellikleri
Tablo 4.	Yoğun bakım hekimlerinin görev yaptığı kurumlar
Tablo 5.	Yoğun bakım ünitelerinin türü ve mesleki uzmanlık statüleri
Tablo 6.	Yaşam sonu kararlarına ilişkin deneyim ve gözlemler
Tablo 7.	Terminal dönem hastalarına yönelik bakım anlayışına dair bilgi düzeyi
Tablo 8.	Temel etik kavramlardan ötanaziye dair bilgi düzeyi
Tablo 9.	Temel etik kavramlardan nafile/boşuna tedaviye dair bilgi düzeyi
Tablo 10.	Temel etik kavramlardan tedaviden kaçınmaya dair bilgi düzeyi
Tablo 11.	Temel etik kavramlardan tedaviyi geri çekmeye dair bilgi düzeyi
Tablo 12.	Karar yetisi olan hastada tedavi reddi ve hekim tutumları
Tablo 13.	Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki fikir ayrılıkları
Tablo 14.	Terminal dönem hastalarda bilgilendirme süreci ve bilginin paylaşıldığı taraflar
Tablo 15.	Yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aşma sıklığı
Tablo 16.	Terminal dönem hasta bakım rehber ihtiyacı ve beklentiler
Tablo 17.	Eğitim programlarının etkisi ve psikososyal destek ihtiyacı
Tablo 18.	Sağlık çalışanlarının olası terminal dönem tedavilerine ilişkin kişisel endişeleri
Tablo 19.	Ölüm sürecine ilişkin kişisel tutum ve korkular
Tablo 20.	Terminal dönemdeki karar yetisi olan hastanın yakınlarına haber verilme durumuna ilişkin görüşlerin cinsiyete göre incelenmesi
Tablo 21.	Etik kararlarda "yaşam kalitesi" ve "yaşamın değeri" önceliklerinin cinsiyete göre incelenmesi
Tablo 22.	Yoğun bakım eğitimi alma durumuna göre "tedaviyi geri çekme" kavramını tanımlama düzeylerinin incelenmesi
Tablo 23.	Yaşam kalitesi vs yaşamın değeri skoru üzerine çoklu lineer regresyon analizi

1. GİRİŞ

1.1. Yaşam ve Ölüm

Günümüzde değişen toplumsal yapılar, demografik dönüşüm (yaşlanan nüfus) ve biyoteknolojik devrimler, insan yaşamının sonlanma biçimini köklü bir değişikliğe uğratmıştır. Geleneksel toplumda "ev ortamında" ve doğal bir süreç olarak karşılanan ölüm, modern tıp pratikleriyle birlikte hastanelere, özellikle de teknolojinin en yoğun kullanıldığı yoğun bakım ünitelerine taşınmıştır. Bu mekânsal değişim, ölümü sadece biyolojik bir son olmaktan çıkarmış; üzerinde karar verilmesi gereken, teknolojik müdahalelerle yönetilen bir "süreç" haline getirmiştir (White ve ark., 2018). Yeni tıbbi uygulamalar, yaşam ile ölüm arasındaki sınırı muğlaklaştırırken, hasta yakınlarını ve sağlık profesyonellerini daha önce karşılaşılmamış ağır etik ve vicdani kararlar almak zorunda bırakmaktadır (White ve ark., 2007).

1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Karakteristiği ve Mortalite

Yoğun bakım üniteleri, hayati fonksiyonları risk altında olan hastaların multidisipliner bir yaklaşımla, ileri teknolojik cihazlar eşliğinde takip edildiği özelleşmiş alanlardır (Kompanje ve ark., 2013). Yoğun bakım ünitelerindeki hasta karakteristiklerine bakıldığında, hastalık seyrinin ve şiddetinin en yüksek olduğu grup olduğu görülmektedir. Kritik hasta bakımı ve tedavilerinin uygulandığı bu durumun, mortalite oranlarının diğer klinik branşlara göre çok daha yüksek seyretmesine neden olduğu aşîkârdır (Sprung ve ark., 2008). Yoğun bakım ünitelerinin bu yüksek riskli kritik hastalara hizmet vermesinin doğal bir sonucu olarak, hekimler ve sağlık çalışanları her an yaşamı savunmak ile tıbbi faydasızlık, nafîle veya boşuna tedavi arasında denge kurmak zorundadır (Piers ve ark., 2011; Tokur ve ark., 2016).

1.3. Yaşam Destek Sistemleri ve Teknolojik Paradoks

Mekanik ventilasyon, diyaliz ve inotropik destekler gibi yaşamı idame ettiren sağlık teknolojilerin geliştirilmesi, modern tıpta en dikkate değer bilimsel atılımlardan biri olarak kabul edilmektedir. Ancak hayatta kalma şansını artıran bu karmaşık ve ileri düzeyde teknolojik müdahaleler, klinik süreçlere beraberinde karmaşık bir ikilemi de dahil etmiştir (Curtis ve ark., 2012). İleri düzey teknoloji ile şekillenen ve gelişen yaşam destek sistemleri bir taraftan prognostik açıdan geri döndürülebilir durumdaki hastalar için hayat kurtarıcı olurken, diğer taraftan terminal dönemdeki hastalarda ölüm sürecini göreceli ve yapay olarak uzatabilmekte ve "onurlu ölüm" hakkını zedeleyebilmektedir (Esteban ve ark., 2001). Bu durum, ülkemizde multifaktöriyel düzeyde

tartışılmayan ve yasal olmayan, yoğun bakım ünitelerinde tedavinin başlatılmaması, durdurulması veya geri çekilmesi gibi, hem hukuki hem de etik açıdan karmaşık olan kavramların tartışılmasına yol açmıştır (Akpır, 2010; Jahn-Kuch ve ark., 2020).

1.4. Karar Verme Sürecinde Etik, Psikososyal ve Kültürel Boyutlar

Terminal dönemdeki hastalar için alınan tıbbi kararlar artık sadece klinik verilerle sınırlı olmayıp etik, hukuk, kültür gibi birçok değişken ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Sadece terminal dönem hastaları için değil, tüm hastalar, hatta tüm insanlar için karar verme mekanizması; tıp etiğinin dört temel ilkesi olan özerklik, yararlılık, kötü davranmama ve adalet çerçevesinde şekillenmek zorundadır (Luce ve ark., 1999). Hekimler, hastanın yaşı, cinsiyeti, kültürel özellikleri ve değer yargıları, benzer özellikler ile birlikte ailesinin beklentileri, kültürel ve toplumsal değişkenlikler arasında denge kurmaya çalışırken hem zaman hem de iş yükü kaybı ile birlikte ciddi etik sıkıntı yaşayabilmektedir (Bertollini ve ark., 2010; Guedj ve ark., 2005). Özellikle terminal dönem hastaları ile ilgili olarak ülkemizde yasal olmadığı gibi dini inanç ve kültürel normlar tarafından kabul görmeyen ötanazi, hekim yardımlı ölüm, tedavinin başlatılmaması, durdurulması gibi yaşam sonu kararları; dini inançlardan yasal mevzuatlara kadar pek çok değişkenin etkisi altında kalmaya devam etmektedir (Steinberg ve ark., 1997; van der Heide ve ark., 2003).

1.5. Küresel Perspektif ve Türkiye'deki Literatür Gereksinimi

Dünya genelinde, özellikle Avrupa ve Kuzey Amerika'da, yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hastalarına yönelik klinik uygulamalarını ve tutumlarını inceleyen "ETHICUS" ve "ETHICATT" gibi çok merkezli ve kapsamlı saha çalışmaları mevcuttur (Feldman ve ark., 2022; Sprung ve ark., 2007). Ancak, bu çalışmaların sonuçlarının Türkiye gibi kültürel, dini ve yasal yapısı farklı olan ülkelere doğrudan uyarlanması metodolojik ve mevcut yasal düzenlemeler açısından yanıltıcı olabilmekte ve ciddi sıkıntılara sebebiyet verebilmektedir. Ülkemizde özellikle son yıllarda artan yoğun bakım gereksiniminden dolayı palyatif bakım ve yoğun bakım etiğine dair farkındalık artmaya başlamış olsa da (Demir, 2016), yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakımı süreçlerinde etkili olduğu öngörülen sosyodemografik özellikleri, uzmanlık branşlarının etkileri, özel ya da yandal eğitim programları ve gereksinimleri, görev yaptıkları merkezlerin nitelikleri, klinik uygulama tercihleri ve hatta inanç sistemlerinin klinik kararlarına etkilerini ve yaşadıkları etik ikilemleri bütüncül bir şekilde ortaya koyan güncel verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırma, söz konusu bu geniş ve derin boşluğu tam olarak doldurmayacak olsa da ulusal düzeyde etik standartların ve yasal düzenlemelerin geliştirilmesine temel teşkil etmeyi amaçlamaktadır.

1.6.Araştırmanın Önemi

Terminal dönem hasta bakımına dair süreçler; tıbbi endikasyon ve gerekliliklerin yanı sıra etik, psikolojik, sosyal ve toplumsal dinamiklerin bir arada olduğu multidisipliner bir anlayışla değerlendirilmesini zorunlu kılan, geleneksel ve modern tıbbın en karmaşık alanlarından biri olmaya devam etmektedir. Tecrübe edildiği üzere tüm bahsi geçen bu dinamikler, yoğun bakım hekimlerinin tüm klinik yaklaşımlarını, bakım süreçlerindeki tutumlarını ve karar verme pratiklerini doğrudan şekillendirmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde bu alanda kapsamlı ve çok merkezli çalışmalar yapılmış olsa da Türkiye’de yaşam sonu sürecini hem klinik hem de etik boyutlarıyla bütüncül bir şekilde ele alan güncel araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma, Türkiye’deki yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerine dair klinik tercihlerini belirleyen faktörleri tıp etiği ilkeleri ışığında analiz etmeye çalışacaktır. Sürecin etik açıdan incelenmesi; onur, özerklik ve adalet gibi temel değerlerin somutlaştırılması kadar, ulusal düzeydeki etik tartışmalar için bilimsel bir zemin oluşturulması bakımından da kritik öneme sahiptir. Araştırma; mevcut durumu, hasta ve hekim kaynaklı faktörleri ortaya koyarak yasal düzenlemelere veri sunacak; aynı zamanda gelecekteki geniş çaplı saha çalışmaları için metodolojik ve kuramsal bir rehber teşkil edecektir.

1.7.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerine yönelik tutum ve görüşlerini farklı değişkenler ışığında incelemeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda; hekimlerin sosyodemografik özellikleri, uzmanlık branşları ve görev yaptıkları kurumların niteliği ile klinik uygulama tercihleri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Ayrıca, tıp etiği veya yaşam sonu bakımı konusunda özel eğitim almış olmanın etkileri ile hekimlerin kişisel inanç ve değer yargılarının yaşam destek tedavilerine bakış açısı üzerindeki rolünün belirlenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Yoğun bakım üniteleri, hayati fonksiyonları risk altında olan hastaların ileri teknoloji ve sürekli bir şekilde gözlem altında tanı, takip ve tedavi edildiği, multidisipliner bir sağlık ekibi aracılığıyla 24 saat kesintisiz izlendiği, modern tıbbın en dinamik alanlarından biridir (Kelly ve ark., 2014). Yoğun bakım disiplininin gelişimi, hem dünyada hem de Türkiye’de, hem teknolojik devrimlerin hem de toplumsal krizlerin bir sonucu olarak şekillenmiştir. Bu üniteler, sadece yaşamı uzatmayı değil, aynı zamanda geri döndürülebilir kritik durumdaki hastaları takip ve tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Valentin ve ark. 2011).

Yoğun bakım kavramının temelleri, modern hemşireliğin de kurucusu olduğu kabul edilen Florence Nightingale’e kadar uzanmaktadır. Dünyada yoğun bakım tıbbının gelişimi 1950’lerde başlamış olduğu kabul edilmektedir. Yoğun bakımın başlangıcı, tarihsel olarak Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında yaralı askerleri hemşire toplanma alanlarına yakın bir ortama getirerek ve ayrıca askerleri ziyaret edip onlara yakın takip ve gözlem ile tedavi veren hemşire Florence Nightingale’in adıyla ilişkilendirilmektedir (Fairman, 1992). Florence Nightingale tarafından yoğun bakım tıbbının gelişimine en büyük katkı, hayati tehlike altındaki hastaların diğerlerinden daha sık ziyaret edilmesi, daha dikkatli izlenmesi ve hemşirelerin sürekli gözetimi altında yataklara yerleştirilmesi gerektiği gerçeğinin fark edilmesidir.

Dr. Walter Dandy’nin 1927 yılında Johns Hopkins Hastanesi’nde kurduğu 3 yataklı beyin cerrahisi postoperatif bakım ünitesi, modern yoğun bakım tıbbının gelişiminde "uzmanlaşmış klinik ünite" aşamasına geçişindeki en kritik temel taşlarından biridir (Hilberman, 1975). İkinci Dünya Savaşı döneminde gelişen şok ve gözlem üniteleri, 1950’lerdeki çocuk felci salgınları sırasında manuel ve mekanik ventilasyonun devreye girmesiyle büyük bir teknik dönüşüm yaşamıştır. Başlangıçta diyaliz makineleri, defibrilatörler ve kuvözler gibi tek organ sistemini destekleyen teknolojilerle sınırlı olan bu alan, 1960’lardan itibaren dijital monitörizasyon ve çoklu organ desteğine dayalı modern kritik ve yoğun bakım disiplinine evrilmiştir (Kelly ve ark., 2014). Günümüzde anesteziyoloji, cerrahi ve dahiliye disiplinlerinin multidisipliner uzmanlığıyla profesyonelleşen yoğun bakım süreçleri; gelişmiş monitörizasyon ve akıllı alarm sistemleri sayesinde, hastane öncesi acil müdahaleleri de kapsayan geniş bir teknolojik altyapıya dönüşmüştür (Brilli ve ark., 2001; Weil ve Tang, 2011).

2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin İşleyişi ve Klinik Önemi

Yoğun bakım üniteleri; yaşamı tehdit eden tek veya çoklu organ yetmezliği bulunan, fizyolojik rezervi korunmuş ve kritik durumu geri döndürülebilir nitelikteki hastaların kesintisiz takibi ve tedavisi için yapılandırılmış, ileri teknolojiyle donatılmış spesifik multidisipliner tıbbi birimlerdir (Valentin ve ark., 2011). Bu ünitelerin temel klinik amacı, hastanın vital fonksiyonlarını gelişmiş yaşam destek sistemleriyle idame ettirirken, altta yatan primer patolojinin tedavisine zaman tanımak ve kalıcı organ hasarını minimize etmektir (Valentin ve ark., 2011).

Yoğun bakım ünitelerinin işleyişi; yoğun bakım yandal uzmanları, yoğun bakım takibinde uzmanlaşmış hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler ve biyomedikal teknisyenlerden oluşan "kapalı model" veya "yarı kapalı model" bir ekip yapısına dayanmaktadır (Brilli ve ark., 2001). Klinik yönetim sürecinde; hastaların hemodinamik verileri, solunum parametreleri ve nörolojik durumları, invaziv ve non-invaziv yöntemlerle 24 saat kesintisiz olarak monitorize edilmektedir (Marshall ve ark., 2017). İleri teknolojik altyapı; mekanik ventilasyon, sürekli renal replasman tedavileri, intra-aortik balon pompası ve ekstrakorporeal membran oksijenasyonu gibi çoklu organ destek sistemlerinin birlikte kullanımına olanak tanımaktadır (Ball, 1992). Gerçek zamanlı ve akıllı alarm sistemleri ve klinik karar destek yazılımları, hastanın klinik tablosundaki fizyolojik sınırlardan sapmaları analiz ederek önlenabilir tıbbi hataları minimize etmekte ve hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarmaktadır (Choudhury ve Asan, 2020).

Yoğun bakım ünitelerinin temel klinik misyonu, yalnızca mortaliteyi azaltmak değil; sağkalım sonrası yaşam kalitesini arttıracak erken rehabilitasyon stratejilerini hastanın kritik evresinden itibaren sürece entegre etmektir (Needham ve ark., 2012). Triyaj protokolleri, kısıtlı yoğun bakım kaynaklarının adil dağıtımında 'tıbbi fayda maksimizasyonu' ilkesini temel alarak; mevcut imkânların, müdahaleden klinik olarak en yüksek yararı sağlama potansiyeli olan hastalara öncelikli tahsisini mümkün kılmaktadır (Christian ve ark., 2014; Emanuel ve ark., 2020). Yoğun bakım üniteleri, hastane genelindeki ani klinik kötüleşmeleri yöneten 'Hızlı Yanıt Sistemleri' yani ülkemizdeki adıyla mavi kod sistemi için bir operasyonel merkez üs görevi üstlenerek, servislerdeki önlenabilir mortalite ve kardiyak arrest oranlarını anlamlı düzeyde düşürmektedir (Winters ve ark., 2013). Günümüzde yoğun bakım disiplini, hastane öncesi acil müdahaleden taburculuk sonrası uzun süreli izleme kadar uzanan bir süreç yönetimini benimsemiş olup, kanıta dayalı tıbbın ileri teknolojik altyapılarla birlikte kapsamlı bir sağlık ekosistemine evrilmiştir (Vincent, 2013). Yoğun bakım ünitelerinin işleyiş paradigması; fizyolojik bozulmaların gerçek zamanlı tespiti için uygulanan 'yüksek hassasiyetli sürekli monitörizasyon' ve kritik eşikler aşıldığında devreye giren 'zaman-duyarlı proaktif müdahale' ilkeleri üzerine kuruludur (Marshall ve ark., 2017).

2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili ve Mortalite Oranları

Yoğun bakım hastalarının popülasyonu; fizyolojik rezervleri kritik eşiğe gerilemiş, klinik seyirleri yüksek değişkenlik gösteren ve patofizyolojik açıdan heterojen karakterdeki bir hasta grubundan oluşmaktadır. Bu bağlamda yoğun bakım üniteleri, yalnızca birer tıbbi bakım alanı değil; hastanın hayati fonksiyonlarının saniyeler içinde değişebildiği, klinik bulgulara ve verilere dayalı yönetimin esas olduğu stratejik birimlerdir (Türk Yoğun Bakım Derneği, 2021).

2.3.1. Hasta Profiline Kategorizasyonu

Yoğun bakım ünitelerine kabul edilen hastalar, genellikle organ sistemlerinin bir veya daha fazlasının desteğe ihtiyaç duyduğu şu temel kategorilerde sınıflandırılmaktadır:

- **Yüksek Riskli Postoperatif Hastalar:** Kardiyovasküler cerrahi, geniş tümör rezeksiyonları veya nöroşirürji gibi majör girişimler sonrası; kanama ve hemodinamik stabilitenin korunamaması gibi yaşamı tehdit edebilecek olası komplikasyonların yakın takip ve gözlemini gerektiren vakalardır. Bu hasta grubunda, anestezi ve cerrahinin oluşturduğu stresin fizyolojik etkilerini normal sınırlarda tutacak şekilde yönetmek ve erken müdahale fırsatını kaçırmamak amacıyla multidisipliner bir yaklaşım ve teknoloji ile gelişen ileri monitörizasyon teknikleri esas teşkil etmektedir (Nates ve ark., 2016).
- **Şok ve Sepsis Tabloları:** Genellikle enfeksiyona karşı gelişen düzensiz ve şiddetli konak yanıtı olarak adlandırılan sepsis ve bu duruma bağlı gelişen doku perfüzyon bozukluğu olarak adlandırılan septik şok ile karakterize, multidisipliner sağlık ekibi ile zamanında ve kesintisiz bir şekilde müdahale gerektiren kritik klinik tablolarıdır. Şok ve sepsis tabloları, hücresel disfonksiyon ve akut organ yetmezliği riski nedeniyle sıkı takip, gözlem ve tedavi ile birlikte ivedilikle yönetilmektedir (Evans ve ark., 2021).
- **Akut Organ Yetmezlikleri:** Solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilasyon desteği gerektiren Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu, renal replasman tedavisi diğer bir deyişle hemodiyaliz ihtiyacı gerektiren akut böbrek hasarı veya metabolik dengenin fizyolojik sınırları aşacak kritik düzeyde bozulduğu karaciğer yetmezliği gibi, hayati organ fonksiyonlarının akut veya kronik kaybıyla karakterize ve yüksek mortalite riski taşıyan durumlardır (ARDS Definition Task Force, 2012).
- **Majör Travma ve Multitravma:** Araç içi veya araç dışı trafik kazaları, yüksekten düşme veya ateşli silah yaralanmaları gibi yüksek enerjili ve karmaşık mekanizmalar sonucu oluşan;

genellikle birden fazla organ sisteminin eş zamanlı olarak etkilendiği ve hayatı tehdit eden kompleks klinik tablolardır. Bu durumlar, erken dönemde agresif sıvı ve kan resüsitasyonu ve koordineli bir cerrahi yaklaşım gerektiren "majör travma" kapsamında değerlendirilmektedir.

2.3.2. Mortalite Oranları ve Belirleyiciler

Yoğun bakım ünitelerinin mortalite oranları; ünitenin teknik donanım ve basamak seviyesine, hastanın mevcut yandaş hastalıklarına ve yoğun bakım ünitesine kabul anındaki fizyolojik özelliklerine ve rezervlerine göre değişkenlik göstermektedir.

- **Genel Mortalite Trendleri:** Literatürde, üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde genel mortalite oranlarının ortalama %15-25 aralığında seyrettiği bildirilmektedir (Vincent ve ark., 2014).
- **Sepsis ve Septik Şok:** Sepsis-3 kriterleri çerçevesinde; enfeksiyona bağlı gelişen akut organ disfonksiyonu (sepsis) ve buna eşlik eden derin hemodinamik, hücresel ve metabolik anormalliklerle karakterize septik şok tablosunda, mortalite oranları güncel bakım ve tedavi yaklaşımlarına rağmen maalesef %40'ın üzerinde seyrettiği bildirilmektedir (Singer ve ark., 2016).
- **Basamak Seviyesi ve Mortalite İlişkisi:** Yoğun bakım ünitelerinin basamak seviyesi, ülkemizde olduğu kadar tüm dünyada mortalite oranlarını belirleyen temel faktörlerden biri olmaya devam etmektedir. Birinci ve ikinci basamak ünitelerde genellikle yakın takip ve gözlem amaçlı yatışlar gerçekleştirildiğinden mortalite oranları daha düşük seyretmektedir. Buna karşın, ileri düzey invaziv girişimlerin ve yaşam desteği sistemlerine olan ihtiyacın yüksek olduğu üçüncü basamak ünitelerde, hasta popülasyonunun yüksek ciddiyet skoruna sahip kritik hastalar olması nedeniyle mortalite oranları artış göstermektedir (Nates ve ark., 2016).

2.3.3. Prognostik Skorlama Sistemleri

Yoğun bakımda mortalite riskini objektif verilerle öngörmek amacıyla çeşitli skorlama modelleri kullanılmaktadır:

- **APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*):** Yoğun bakım ünitesine kabulü takip eden ilk 24 saat içerisindeki en kötü değerleri temsil eden 12 fizyolojik parametreye ek olarak, hastanın yaşı ve kronik sağlık durumunu entegre ederek hastane içi mortalite riskini öngören objektif bir skorlama sistemidir. Klinik pratikte hastalığın şiddetini belirlemede ve

yoğun bakım üniteleri arasında standardizasyon sağlamada altın standartlardan biri olarak kabul edilmektedir (Knaus ve ark., 1985).

- **SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*):** Altı temel organ sistemindeki (solunum, koagülasyon, karaciğer, kardiyovasküler, merkezi sinir sistemi ve renal) disfonksiyonun derecesini objektif kriterlerle değerlendiren bir skrolama sistemidir. APACHE II'den farklı olarak, organ fonksiyonlarındaki değişimi günlük bazda takip ederek hastanın klinik seyri ve mortalite trendi hakkında dinamik bir öngörü sağlar. Günümüzde Sepsis-3 tanılama kriterlerinin temel bileşeni olarak kabul edilmektedir (Vincent ve ark., 1996).
- **SAPS (*Simplified Acute Physiology Score*):** APACHE skrolama sistemine benzer şekilde, ancak daha sınırlı sayıda fizyolojik değişken kullanarak mortalite riskini öngören basitleştirilmiş bir modeldir. Yoğun bakım ünitesine kabulün ilk 24 saati içerisindeki en kötü fizyolojik değerleri, yaş faktörünü ve yatış tipini değerlendirerek hastanın hastalık şiddetini objektif bir skorla tanımlar. Genellikle epidemiyolojik çalışmalarda ve yoğun bakım ünitelerinin performans karşılaştırmalarında tercih edilen bir validasyon aracıdır (Le Gall ve ark., 1993).

2.3.4. Türkiye'deki yoğun bakım basamaklandırma standartları

Türkiye'deki yoğun bakım basamaklandırma standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan resmi tebliğ ile yasal ve teknik çerçeveye oturtulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Türkiye'deki yoğun bakım üniteleri, hastaların klinik durumlarına ve ihtiyaç duydukları destek düzeyine göre üç basamakta sınıflandırılmaktadır;

Birinci basamak üniteler, hayati fonksiyonları stabil seyreden ancak yakın gözlem gerektiren hastalar için temel monitorizasyon hizmeti sunmaktadır. İkinci basamak üniteler, tek organ yetmezliği riski taşıyan veya invaziv girişim gereksinimi olan hastaların yakın takip ve destek süreçlerini yönetmektedir. Üçüncü basamak üniteler ise çoklu organ yetmezliği gelişmiş, en ileri düzeyde yaşam desteği ve tam kapasiteli organ fonksiyon desteği gereken kritik vakaların kabul edildiği en üst düzey birimlerdir.

2.4. Ölüm, Yaşam Destek Sistemleri ve Modern Tıp

Mekanik ventilasyon, renal replasman tedavileri, inotropik destekler ve ekstrakorporeal membran oksijenasyonu gibi ileri yaşam desteği teknolojileri, modern tıbbın yaşamın terminal dönemi üzerindeki kontrolünü belirgin şekilde artırmış ve bu süreç hızlı bir şekilde gelişmeye ve evrilmeye devam etmektedir. Tarihsel bağlamda ev ortamında ve doğal bir akışta gerçekleşen ölüm olgusu;

günümüzde hastane ortamında, ileri teknolojik cihazların eşlik ettiği bir tür medikal sürece evrilmiştir (Ariès, 1974). Bu değişim ve dönüşüm, "tıbbi başarı" ile "yaşamın biyolojik olarak anlamsız uzatılması" arasındaki etik çizginin bulanıklaşmasına ve giderek daha fazla tartışılmasına neden olmaktadır (Callahan, 1993). Son 150 yıldaki gelişen teknolojik ilerleme, ölümü "kaçınılmaz ve anlık bir olay" olmaktan çıkarıp, üzerinde müdahale edilebilir ve yönetilebilir bir "klinik süreç" haline getirmiş olup, terminal dönem hasta bakımına ilişkin tartışmaların artmasına neden olmuştur (Vincent, 1999).

2.4.1. Ölümün Tanımında Dönüşüm

Ölüm ile ilgili olarak bilimsel açıdan yeterli bir tanımlama 19. yüzyıla varıncaya kadar yapılmamıştır. İlk kez Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere "somatik ölüm" (vücut ölümü) tanımını ortaya atmış ve temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının geri dönüşsüz biçimde kaybı olarak tanımlanmıştır (Di Maio ve Di Maio, 1993).

Ölüm kavramı, tarihsel süreç boyunca hekimlerin hukuki yetkisiyle netlik kazanan tıbbi bir teşhis olarak değerlendirilmiştir. Geleneksel tıpta ölümün temel ölçütü sadece kalp ve solunumun durması olarak tanımlanırken, günümüz modern tıp teknolojilerindeki ilerlemeler ile bu kısa tanımın içeriği ve kapsamını genişletilmiştir. Özellikle yaşam destek ünitelerinin ve mekanik ventilatörlerin devreye girmesi, beyin tüm işlevlerini yitirdiği durumlarda dahi dolaşım ve solunumun doğal olmayan yollarla sürdürülebilmesine imkân tanımış olup geleneksel tıpta kabul edilen ölümün temel ölçütlerinin yeniden tartışılmasına olanak sağlamıştır. Bu teknolojik dönüşüm ile birlikte yeni kavramların ve tanımların ortaya çıkmasına neden olmuştur ve beraberinde beyin ölümü kavramı gündeme alınmıştır. Beyin ölümü; beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşsüz bir şekilde sonlanması, organizmanın kendi başına hayati mekanizmalarını idame ettirememesi hali olarak tanımlanmıştır. Mevcut bu klinik tabloda, kişi ancak bir solunum cihazına bağlı olarak varlığını sürdürebilir; cihaz desteği sonlandırıldığı anda yaşam da durmaktadır. Bir diğer ifadeyle, yapay destek sistemleri olmaksızın kişinin tıbben ve hukuken ölü olduğu gerçeği, modern tıbbın en kritik sınır çizgilerinden birini oluşturmaktadır. (Akduur ve Aydın, 2003).

Tıbbi literatürde yaşamın son evresini tanımlamak için kullanılan "terminal dönem", "ölümcül hasta" veya "ölmekte olan hasta" gibi ifadeler, temelinde ve özünde aynı klinik gerçeğe işaret etmektedir. Bu kavramlar genel olarak; mevcut tıbbi tedavilere yanıtın alınamadığı, yaşamın sonlanmasının kaçınılmaz bir süreç olarak kabul edildiği ve temel yaklaşımın palyatif bakım ile yaşam kalitesini korumaya odaklandığı bir tabloyu temsil etmektedir. Bu aşamadaki hastalar, yalnızca fiziksel bir gerileme veya eksiklik değil, aynı zamanda zihin dünyalarında yoğun bir ruhsal kriz süreci içindedirler. Ölüm gerçeğiyle yüzleşmenin getirdiği belirsizlik; derin bir kaygı, korku ve karmaşık

duygusal dalgalanmalar yaratmaktadır. Bu nedenle, terminal dönemdeki bireylerin bakımı, sadece bedensel anlamda semptom yönetimini değil; hastanın fiziksel, psikolojik ve manevi gereksinimlerini kapsayan, empati düzeyi yüksek ve bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (Ünlü, 2019).

Geleneksel tıp anlayışında ölüm, solunum ve dolaşımın kalıcı olarak durması ile tanımlanırken; daha öncesinde de bahsedildiği üzere modern yaşam destek sistemlerinin özellikle teknolojik gelişimi bu tanımları temelinden sarsmıştır. Mekanik ventilasyon ile gerçekleştirilen yapay solunumun ve medikal ve mekanik olarak yapılabilen ileri kardiyak resüsitasyon tekniklerinin, kalbi durmuş veya solunumu kesilmiş bireylerde hayati fonksiyonları doğal yolla olmasa da sürdürebilmesi, "ölümün gerçekleşme anı" üzerine yapılan hukuki, etik ve tıbbi tartışmaları yeni bir boyuta taşımıştır (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School, 1984). Bu teknolojik gelişmeler ışığında modern tıpta elde edilen imkânlar, biyolojik canlılık ile şahsi varlığın sona ermesi arasındaki ayrımı belirginleştirmiş ve nihayetinde "beyin ölümü" kavramının literatüre girmesine zemin hazırlamıştır.

2.4.2. "Ölme Süreci"nin Uzaması ve Etik Paradokslar

Teknolojik ilerlemeler yaşam süresini uzatma kapasitesine sahip olmakla birlikte, paradoksal olarak "ölme sürecini" de kronikleştirme potansiyeli taşımaktadır. Modern yoğun bakım üniteleri, özellikle de üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri, teknoloji ile birlikte gelişen ileri yaşam desteği sistemleri aracılığıyla organ fonksiyonlarını yapay olarak çok uzun süreler boyunca idame ettirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere, bu teknoloji ile birlikte gelişen ve büyüyen kapasitenin kullanımının her zaman hastanın gerçek anlamda yararına olmadığına; bazı durumlarda "onurlu bir ölüm" imkânını ortadan kaldırdığı ve süreci yalnızca "biyolojik bir sağkalım" haline dönüştürdüğüne vurgu yapılmaktadır (Fuchs, 1968). Bahsedilen bu durumda açıkça görülmektedir ki, tıbbi müdahalenin nerede durması gerektiğine dair görüş birliği sağlanamamış ve bu anlamda etik tartışmaların merkezini oluşturmaya devam etmektedir (Cassel, 1982; Truog ve ark., 2008). Modern teknolojinin sunduğu sınırsız imkânlar, klinisyenleri "tedavinin nerede durması gerektiği" şeklindeki temel bir etik açmazla karşı karşıya bırakmıştır. İleri yaşam desteği sistemleri, geri dönüşümsüz süreçlerde bazen hastanın iyileşmesini sağlamaktan ziyade, fizyolojik ölümü teknik olarak geciktiren bir enstrümana dönüşebilmektedir. Bu durum, tıbbi müdahalenin temel amacı olan "hastaya fayda sağlama" ilkesi ile "zarar vermeme" (non-maleficence) prensibi arasındaki dengenin sorgulanmasına yol açmaktadır (Kon ve ark., 2016; Schneiderman ve ark., 1990).

2.5. Terminal Dönem Kavramı ve Tanımları

2.5.1. Terminal Dönem

Modernleşmeyle birlikte tıp alanında önemli gelişmeler, takip ve tedaviler açısından belirli aşamalar kaydedilmiş olsa da bazı hastalıklar hala ölümcül olmaya devam etmektedir. Ülkelerin gelişmişliğine göre ölümcül olabilecek hastalıklar farklılık gösterse de evrensel olarak kanser ve AIDS gibi terminal dönem kavramının önem kazandığı hastalıklar temel olarak ölümcül hastalık sayılmaya devam etmektedir.

Terminal dönem ve terminal dönem hastasıyla ilgili olarak birçok tanımlama yapılmaktadır. Terminal “uç/son”, bir sürenin bitimi anlamına gelmektedir (Birol, 2004, s. 65). Terminal dönem, temel olarak yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanırken terminal dönem hastası yaşamın sonuna gelmiş, ölmek üzere olan hasta anlamını taşımaktadır (Cimete, 2002). Diğer bir tanımda, hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir nedenle ölmek üzere olan, yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak kaybetmiş olan ve belirli bir süre içinde ölümü beklenen hastaya ‘ölüm sürecinde olan hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir (World Health Organization [WHO], 2020). Farklı bir tanımda ise terminal dönem; mevcut tıbbi imkanlarla tedavisi mümkün olmayan, ilerleyici ve geri dönüşsüz bir patolojinin son evresidir (Curtis ve Vincent, 2010; Ferrell ve ark., 2018). Bu evrede klinik öncelik, küratif (iyileştirici) müdahalelerden ziyade, hastanın yaşam kalitesini optimize etmeyi amaçlayan palyatif yaklaşımlara evrilir (WHO, 2020).

Terminal dönem ile ilgili olarak yapılan en kapsamlı tanım ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır: mevcut tıbbi imkânlarla iyileştirici tedavisinin mümkün olmadığı, patolojik ilerleyişin durdurulamadığı ve yakın gelecekte (genellikle haftalar veya aylar içinde) mortalitenin beklendiği klinik evreyi ifade eder (WHO, 2020). Yoğun bakım pratiğinde bu evre, tıbbi müdahalenin odağının "yaşamı uzatma ve iyileştirme" hedefinden saparak; ağrı ve diğer rahatsızlık verici semptomların yönetimine, yani "semptom kontrolü ve hasta konforu" odaklı palyatif bakıma evrildiği kritik bir eşiktir (Lupu ve ark., 2010; Truog ve ark., 2008).

Ölümcül bir hastalıkla yüzleşen bireyler, sadece ölüm korkusuyla değil, aynı zamanda çok boyutlu duygusal ihtiyaçlarla da mücadele etmektedirler. Terminal dönemde olduğunu bilen hastalar; kendilerini güvende hissetmeye, öz saygılarını korumaya ve yalnız kalmamaya her zamankinden daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Bununla birlikte, sevdiklerine yük olma endişesi, fiziksel ve zihinsel yetilerini kaybetme korkusu, süreçteki olası ağrılar ve yaşamın vaktinden önce sonlanması gibi kaygılar görülmektedir ki hastayı derinden etkilemektedir. Terminal dönemdeki bireylerin yaşadığı yoğun

keder, varlıklarını tehdit eden bu durumun doğal bir sonucudur. Özellikle geleceğe dair belirsizlikler ile yaklaşan ölüm gerçeği birleştiğinde, hastanın kaygı seviyesi artmakta ve duygu dünyası ciddi şekilde hırpalanmaktadır (Truog ve ark., 2008).

Terminal dönem süreci iki temel boyutta ele alınmaktadır:

- **Temporal Projeksiyon (Zaman Dilimi):** Klinik öngörünün, hastanın kalan yaşam süresi için haftalar veya aylar (literatürde standart kabul edilen eşik genellikle 6 ay veya daha azdır) ile sınırlı olduğu evreyi kapsar (National Hospice and Palliative Care Organization [NHPCO], 2020).
- **Bütüncül (Holistik) Kapsam:** Bakım süreci yalnızca fiziksel semptomların (ağrı, dispne, yorgunluk) farmakolojik yönetimini değil; hastanın ve ailesinin karşılaştığı psikolojik, sosyal ve manevi sorunların çözümünü odağa alan multidisipliner bir yaklaşımı ifade eder (WHO, 2020).

2.5.2. Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan palyatif bakım tanımı; yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlarla karşı karşıya kalan hasta ve ailelerin; başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken evrede tespit edilmesi, multidisipliner bir yaklaşımla eksiksiz değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sürecidir. Palyatif bakım, hastalığın seyri boyunca iyileştirici tedavilerle eş zamanlı olarak uygulanabilen geniş kapsamlı bir destek sistemidir (Sepúlveda ve ark., 2002; WHO, 2020).

2.5.3. Yaşam Sonu Bakımı

Terminal döneme giren hastanın ölüm öncesindeki son günlerini, haftalarını veya aylarını kapsayan özellikli bakım süreci olarak tanımlanmaktadır (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017). Bu evrede klinik müdahalenin önceliği; hastanın fiziksel konforunun üst düzeylere çıkarılması, semptom yükünün azaltılması ve her şeyden önemlisi hasta özerkliği ile insani onurunun korunmasıdır (Chochinov, 2002). Yaşam sonu bakımı, hastanın veda sürecini kendi değerleri ve tercihleri doğrultusunda geçirmesini hedefleyen multidisipliner bir yaklaşımdır (Truog ve ark., 2008).

2.5.4. Agoni (Can Çekişme Evresi)

Agoni, diğer bir deyişle can çekişme evresi, ölüm öncesindeki son saatleri veya günleri kapsayan; hayati fonksiyonların geri dönüşümsüz bir şekilde hızla bozulmaya başladığı terminal geçiş evresi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu dönemde; doku perfüzyonunun azalması, bilinç düzeyinin gerilemesi ve karakteristik solunum paternleri (hırıltılı solunum veya iç çekme tarzı

solunum) ile karakterize olup, biyolojik yaşam ile klinik ölüm arasındaki son eşik evresi olarak tanımlanmaktadır (Hui ve ark., 2014).

2.5.5. Terminal Dönemi Belirleyen Kriterler

Bir hastanın klinik olarak terminal dönemde kabul edilebilmesi için genellikle aşağıdaki üç temel unsurun eş zamanlı varlığı aranmaktadır (NHPCO, 2020; Oken ve ark., 1982):

1. **İleri Evre Progresif Hastalık:** Metastatik maligniteler, evre IV kalp yetmezliği, son evre KOAH veya ileri evre nörodejeneratif süreçler (ALS, ileri evre demans vb.) gibi kür şansı bulunmayan hastalık varlığı.
2. **Tedaviye Yanıtsızlık:** Uygulanan iyileştirici tedavilerin artık klinik bir fayda sağlamaması veya tedaviye bağlı gelişen toksisitenin beklenen faydanın üzerine çıkması.
3. **Fonksiyonel Kayıp:** Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı hale gelmesi ve objektif performans skalalarında (Karnofsky Performans Skalası veya ECOG Performans Statüsü) progresif bir düşüşün kaydedilmesi.

2.5.6. Terminal Dönem Yönetimi

Yoğun bakım disiplini ile biyoetik normların kesişim noktasında, terminal dönem yönetiminde belirli temel ilkeler göz önüne alınmaktadır.

Hastanın prognoza katkı sağlamayacak faydasız entübasyon, agresif resüsitasyon gibi invaziv girişimlerden kaçınılması esastır. Hasta nafile/boşuna tıbbi uygulamaların neden olacağı ek acılardan korunması hedeflenmelidir (Beauchamp ve Childress, 2019). Hastanın veya yasal temsilcisinin, tedavi planı ve terminal dönem hasta bakımı kararları hakkındaki bilgilendirilmiş onam süreciyle bakım kararlarına aktif katılımının sağlanmasıdır (Beauchamp ve Childress, 2019). Terminal dönemde ortaya çıkan tekrarlayan ağrı ve solunum sıkıntısı gibi rahatsız edici semptomların, farmakolojik yöntemlerle agresif ve etkin şekilde kontrol altına alınması klinik bir zorunluluktur (Truog ve ark., 2008). Hastanın, teknolojik cihazların gölgesinde izole bir süreçten ziyade; semptomların en aza indirildiği, insan onuruna ve kişisel değerlerine saygı duyulan bir ortamda hayatını kaybetmesi hedefi sağlanır (Chochinov, 2002).

Terminal dönem yönetiminde hekimin temel sorumluluğuna ilişkin farklı görüşler mevcut olsa da, genel olarak kabul edilen görüş şu şekildedir; yaşamı teknolojik imkânlarla yapay ve biyolojik olarak uzatmak değil, hastanın bu kaçınılmaz geçiş sürecini mümkün olan en yüksek fiziksel ve psikolojik

konforla tamamlamasını sağlamaktır (Curtis ve Vincent, 2010). Bu evrede hekim; iyileştirici bir müdahaleciden, hastanın onurunu koruyan, semptom yükünü yöneten ve "huzurlu ölüm" sürecine rehberlik eden bir kolaylaştırıcıya dönüşmektedir (Lupu ve ark., 2010).

2.6. Terminal Dönem Hasta Bakımında Karar Verme Süreçleri

Terminal dönem hasta bakımında karar verme süreçleri, yoğun bakım pratiğinde klinik becerilerin biyoetik ilkelerle en yoğun şekilde kesiştiği alan olarak önem kazanmaktadır. Bu süreç, sadece tıbbi bir "durma" noktası değil, hastanın onurunu korumayı ve sadece yaşamayı amaçlayan aktif bir yönetim stratejisidir.

2.6.1. Nafile/Boşuna Tedavi

Tıp literatüründe "*medical futility*" olarak tanımlanan nafile/boşuna tedavi; hastanın mevcut patolojik tablosunu geri döndürme ihtimali olmayan, yaşam kalitesine anlamlı bir katkı sunmayan ve yalnızca biyolojik ölüm sürecini teknik olarak uzatan tıbbi müdahaleleri ifade etmektedir (Schneiderman ve ark., 1990).

Nafile/boşuna veya beyhude tedavi kavramı, niceliksel ve niteliksel olmak üzere iki ana düzlemde değerlendirilmektedir. Niceliksel beyhudelik, bir müdahalenin hastanın hayatta kalması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmaması (genellikle son 100 vakada hiç başarı sağlanamaması) durumudur. Niteliksel beyhudelik ise, uygulanan tedavinin hastanın yaşamını biyolojik olarak uzatmasına rağmen; hastanın çevresini algılama, iletişim kurma ve acıdan arınmış bir yaşam sürme gibi insani fonksiyonlarını geri kazandıramadığı durumları tanımlamaktadır (Schneiderman ve ark., 1990).

Yoğun bakım pratiğinde nafile tedavi tartışmaları, "teknolojik olarak yapılabilecek olan her şeyin, etik olarak yapılması gerekmediği" prensibi üzerine inşa edilmektedir. Bu aşamada hekimin sorumluluğu, beyhude müdahalelerde ısrar ederek hastanın fiziksel bütünlüğüne ve onuruna zarar vermek yerine; bakımı "küratif" hedeften "palyatif" ve "konfor odaklı" hedefe kaydırmak şeklinde olmalıdır. Bu dönüşüm, tıbbi etik ilkelerinden "zarar vermeme" prensibinin bir gereği olarak kabul edilmektedir (Kon ve ark., 2016).

2.6.2. Tedaviden Kaçınma (*Withholding*)

Terminal dönemdeki veya prognozu son derece kötü olan bir hastada, beklenen klinik faydayı sağlamayacağı öngörülen yeni bir yaşam desteği müdahalesinin (mekanik ventilasyon, diyaliz, inotropik destek, kardiyopulmoner resüsitasyon vb.) planlı bir şekilde işleme konulmaması durumuna tedavinin

başlatılmaması (Withholding) denilmektedir. Bu karar, "tıbbi gereklilik" ve "zarar vermeme" (non-maleficence) ilkeleri doğrultusunda, hastanın beyhude müdahalelerle fiziksel acısının ve onur kırıcı bir sürecin uzatılmasını engellemeyi hedeflemektedir (Truog ve ark., 2008).

Klinik pratikte tedavinin başlatılmaması kararı genellikle aşağıdaki durumlarda alınmaktadır:

- Mevcut tedavilere rağmen hastanın durumunun geri döndürülemez bir şekilde kötüleşmesi.
- Yeni bir müdahalenin hastanın yaşam kalitesine katkıda bulunmayacağı, aksine sadece ölme sürecini uzatacağının tıbbi olarak kesinleşmesi.
- Hastanın (veya yasal temsilcisinin) daha önceden belirttiği "tedaviyi reddetme" yönündeki özerk iradesi.

2.6.3. Tedaviyi Geri Çekme (*Withdrawing*)

Hastaya klinik endikasyonlar dahilinde başlanmış olan mekanik ventilasyon, vazopresörler, renal replasman tedavileri gibi yaşam destek sistemlerinin, hastanın prognozunun geri döndürülemez olduğunun ve müdahalenin artık "beyhude" hale geldiğinin saptanması üzerine sonlandırılması sürecine tedavinin durdurulması/geri çekilmesi (*Withdrawing*) denilmektedir (Kon ve ark., 2016). Bu uygulama, tıbbi müdahalenin hastaya fayda sağlama vasfını yitirdiği noktada, teknolojik araçlarla sağlanan biyolojik sağkalımın durdurularak doğal ölüm sürecinin önündeki engellerin kaldırılması olarak tanımlanabilmektedir (Truog ve ark., 2008).

Terminal dönem hasta bakımındaki tedavinin durdurulması veya geri çekilmesi, klinik pratikte genellikle mekanik ventilasyon desteğinin kademeli olarak azaltılması veya doğrudan sonlandırılması ve genellikle kardiyak fonksiyonların yetersizliği nedeniyle başlanmış olan vazopresör/inotropik desteğin kesilmesi protokolleriyle yürütülmektedir. Etik ve tıbbi perspektifte bu eylem, aktif bir öldürme fiili olarak tanımlanmayıp; "doğal ölüm sürecine izin verilmesi" ve teknolojik engellerin ortadan kaldırılması olarak kabul edilmektedir. Bu aşamada hekimin temel klinik odağı, biyolojik sağkalımı doğal olmayan yollarla sürdürmek değil; hastanın terminal ajitasyon, refrakter ağrı ve ciddi solunum sıkıntısı gibi ağır semptomlarını palyatif sedasyon ve uygun analjezi protokolleriyle yöneterek, onurlu ve konforlu bir veda süreci tesis etmektir (Cook ve Rocker, 2014).

2.6.4. Ötanazi

Kişinin yaşama hakkı en önemli hakkıdır ve özenle korunması gerekmektedir. Yoğun bakımdaki gelişmelerle birlikte yaşama geri döndürülemez olan hastalarda tedavinin kim tarafından ve ne zaman sonlandırılacağı günümüzde sık karşılaşılan sorulardır. Terminal dönemin getirmiş olduğu

belirsizlik, korku, geçmeyen ağrılar ve ıstırap, hastaların zaman zaman tedavilerinin kesilmesi hatta yaşamlarının sonlandırılması talebinde bulunmalarına yol açabilir. Ötanazi; Hekimin, dayanılmaz acılar çeken ve iyileşme umudu olmayan bir hastanın açık ve ısrarlı talebi üzerine, hastanın yaşamını doğrudan ve kasıtlı olarak sonlandırması olarak tanımlanmaktadır (Materstvedt ve ark., 2003). Farklı bir tanımlama getirecek olursa; hiçbir şekilde tedavisi mümkün olmayan, insanda acıma duygusu uyandıran bir hastalıkla yaşamak zorunda olan, hastanın talebiyle, icrai ya da ihmali bir davranışla, tıbbi yoldan hastanın hayatına son verilmesidir (Aypar, 1997; Abaan, 1997).

Ötanazi terminal dönem hasta bakımı kararlarında "aktif müdahale" içermeleri nedeniyle tedavinin geri çekilmesi (withdrawing) veya başlatılmaması (withholding) süreçlerinden keskin bir şekilde ayrılmaktadır. Bu kavramlar arasındaki temel fark; eylemi kimin gerçekleştirdiği ve nihai ölüm nedeninin ne olduğudur (Materstvedt ve ark., 2003; World Medical Association [WMA], 2019).

Ötanazi uygulamaları, hastanın irade beyanı ve tıbbi müdahalenin niteliği temel alınarak temel kategorilere ayrılmaktadır (Akcan, 2013).

1. Uygulama Şekline Göre Sınıflandırma

Müdahalenin doğasına göre yapılan ayırımdır:

- **Aktif Ötanazi:** Aktif ötanazi, tedavisi mümkün olmayan ve şiddetli ağrı çeken hastalarda, hastanın açık rızası doğrultusunda hekimin yaşamı sonlandırmaya yönelik farmakolojik müdahalede bulunmasını ifade eder. Hastanın yaşamının, tıbbi bir müdahale (örneğin letal dozda ilaç enjeksiyonu) yoluyla doğrudan sonlandırılmasıdır. (Kumaş, 2005).
- **Pasif Ötanazi:** Pasif ötanazi, tıbben iyileşme umudu kalmayan hastaların yaşamını sürdüren mekanizmaların başlatılmaması veya mevcut desteklerin durdurulmasıdır. Bu süreçte hekim, müdahaleden kaçınmanın ölümle sonuçlanacağını öngörmesine rağmen bilinçli bir hareketsizliği (omisyon) tercih eder. Hastanın yaşamını sürdürmesini sağlayan tıbbi desteğin (solunum cihazı, besleme üniteleri vb.) kesilmesi veya hayati tedavinin uygulanmamasıdır (İlhan, 2011).

2. Hasta İradesine Göre Sınıflandırma

Bu kategori, kararın kim tarafından ve hangi şartlarda verildiğine odaklanır:

- **İradi (İstemli) Ötanazi:** İradi yeterliliği ve tercih kabiliyeti bulunan hastaların, özgür iradesiyle ve aydınlatılmış onam dâhilinde yaşamına son verilmesini talep etmesi olarak tanımlanmaktadır.
- **İradi Olmayan (İstem Dışı) Ötanazi:** Hastanın bilincinin kapalı olduğu veya karar verme yetisini kaybettiği durumlarda, vasi veya yakınlarının hastanın varsayılan iradesini temsil ederek karar vermesidir. Bilincin kapalı olduğu durumlar (bitkisel hayat, koma, bazı psikolojik veya nörolojik temelli hastalıklar) örnek olarak verilebilir.
- **Zorunlu (İstemsiz) Ötanazi:** Hastanın tercihi veya yaşam hakkı gözetilmeksizin gerçekleştirilen uygulamalardır. Bu tür, etik açıdan "ötanazi" kavramından ziyade yaşam hakkı ihlali kapsamında değerlendirilir.

3. Diğer Kategoriler ve Hekim Destekli İntihar

- **Hekim Destekli İntihar:** Hekimin, hastanın yaşamına son vermesi için gerekli araçları (ilaç vb.) temin etmesi, ancak öldürücü eylemi hastanın bizzat kendisinin gerçekleştirmesidir. Bir kişinin hekim yardımı ile hayatına son vermesini ifade eder. Hekimin, uygun ilaçlar veya gerekli materyalleri sağlama noktasında yardımı olur ancak eylem açısından doğrudan bir katkısı bulunmamaktadır. Ötanazi kararı tamamen hastanın kendisine aittir. Hekim burada "yardımcı" ve "tedarikçi" rolündedir; tetiği çeken veya ilacı içen hastadır (Materstvedt ve ark., 2003).
- **Tıbbi (Medikal) Ötanazi:** Sürecin tamamen profesyonel tıbbi gözetim ve etik kurallar çerçevesinde, terminal dönemdeki hastalar için uygulanmasıdır. Ötanazi kararının hekim veya hekimler tarafından verilmesi yeterli görülmektedir.

2.7. Terminal Dönem Kararlarını Etkileyen Faktörler

Terminal dönemdeki bir hastanın bakım stratejisini belirlemek, sadece klinik verilerin analiz edildiği teknik bir süreç değil; etik, kültürel, bireysel ve kurumsal dinamiklerin iç içe geçtiği çok katmanlı bir karar verme mekanizmasıdır. Literatürde bu kararları etkileyen temel faktörler dört ana başlık altında incelenmektedir:

2.7.1. Hekim ve Klinik Ekip Kaynaklı Faktörler

Hekimin profesyonel kimliği, klinik muhakeme yeteneği ve etik tutumu, yaşam sonu kararlarının şekillenmesinde birincil derecede belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda öne çıkan temel alt faktörler şunlardır:

Uzmanlık Alanı ve Eğitim: Anesteziyoloji ve Reanimasyon ile Yoğun Bakım uzmanlık branşları, klinik doğaları gereği yaşamın sınırındaki kritik ve yüksek riskli hastalarla en sık temas eden branşlardır. Bu branşların eğitim müfredatı; yalnızca ileri yaşam desteğini değil, aynı zamanda terminal dönem yönetimi, kompleks semptom kontrolü (ağrı, dispne, ajitasyon) ve biyoetik karar verme süreçlerini de kapsayan yapılandırılmış bir formasyona dayanmaktadır. Bu özel eğitim sürecinin sonunda edinilen bilgi, birikim ve tecrübe, hekimin farklı klinik durumlarda "nafile tedavi" sınırını bilimsel verilere ve tecrübeye dayalı olarak daha net çizmesini sağlamaktadır. Sonuç olarak, prognozu geri dönüşsüz olan hastalarda beyhude agresif müdahalelerin yerini, hasta onurunu ve konforunu önceleyen palyatif stratejilerin alması, bu uzmanlık grupları tarafından daha rasyonel ve proaktif bir şekilde yönetilmektedir (Sprung ve ark., 2003).

Mesleki Kıdem ve Deneyim: Klinik tecrübe, terminal dönem hasta bakımı karar mekanizmaları içerisinde etik ve tıbbi zeminini sağlamlaştıran en kritik parametrelerden biridir. Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, mesleki kıdemi yüksek olan hekimlerin, terminal evredeki hastaların prognostik öngörüsünde daha yüksek bir isabet oranına sahip olduklarını ve bu doğrultuda yaşam desteğini devam ettirme konusunda daha uyumlu bir tutum sergilediklerini göstermektedir. Genç hekimlerde sıklıkla gözlenen "ölümü klinik bir başarısızlık olarak görme" eğilimi ve hukuki yaptırımlara dair duyulan yüksek kaygı düzeyi, deneyimli hekimlerde yerini "hasta onurunu koruma" ve "faydasız tedaviden kaçınma" bilincine bıraktığı gözlemlenmektedir. Bu durumun, kıdemli hekimlerin etik ikilemler karşısında daha yüksek bir karar verme özgüveni geliştirmeleriyle doğrudan ilişkili olduğu açık bir şekilde görülmektedir (Sprung ve ark., 2003).

Moral Distres (Ahlaki Sıkıntı): Hekim ve hemşire başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, karşılaştıkları klinik bir durum karşısında etik ve ahlaki olarak "doğru" olan eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar, hiyerarşik baskılar, hukuki kaygılar veya hasta yakınlarının farklı düşüncelerinden kaynaklanan dirençler nedeniyle bu doğru eylemi gerçekleştirememesi sonucunda yaşadığı derin iç çatışma olarak tanımlanmaktadır (Corley, 2002). Terminal dönem hasta bakım süreçlerinde bu durum, genellikle prognozu terminal olan ve klinik olarak "nafile" kabul edilen agresif tedavilerin (gereksiz resüsitasyon, invaziv girişimlerin sürdürülmesi vb.) uygulanmaya devam edilmesiyle tetiklenir. Moral distres, sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve mesleki yabancılaşmaya yol açarken; kurumsal düzeyde ekip içi güveni zedeleyen, disiplinler arası iletişimi zedeleyen ve karar verme kalitesini sistematik olarak zorlayan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Hamric ve Blackhall, 2007).

2.7.2. Hasta ve Aile Kaynaklı Faktörler

Terminal dönem hasta bakım süreçlerinde karar verme aşamasında hastanın değer yargıları ve ailenin bu sürece katılım düzeyi, modern biyoetiğin temel taşlarından biri olan "özerklik" ilkesinin klinik sahadaki ana yansımasını oluşturmaktadır. Bu aşamada karar mekanizması, sadece teknik açıdan bir prognoz tespiti ve değerlendirmesinden ibaret olmayıp; hastanın yaşam felsefesi, inanç sistemi ve önceden belirtilmiş iradesi ile şekillenen bir değerler bütünü temsil etmektedir (Davidson ve ark., 2007).

Hasta Özerkliği ve Bilgilendirilmiş Onam: Hastanın, kendi tedavi süreci üzerinde söz sahibi olma hakkı, terminal dönem hasta bakım süreçlerini yönlendiren unsurların başında gelmektedir. Hastanın bilinci kapalı olduğunda, bu özerklik; hastanın daha önce beyan ettiği tercihler veya bu tercihleri en iyi temsil edeceği varsayılan "vekil karar vericiler" (yasal temsilciler/aile) aracılığıyla korunmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2019).

Paylaşımlı Karar Verme (Shared Decision-Making): Terminal dönem hasta bakım yönetiminde klinik ekip ile aile arasındaki ilişki, tek taraflı bir bilgilendirmenin ötesine geçerek; tıbbi gerçeklerin ailenin değer yargılarıyla harmanlandığı paylaşımlı bir model üzerine inşa edilmektedir. Ailenin bu sürece yaklaşımı, özellikle Türkiye gibi muhafazakar kültürlerde, hastanın bireysel özerkliğini destekleyen veya bazen onu çevreleyen koruyucu bir mekanizma işlevi görmektedir (White ve ark., 2007).

Sosyoekonomik ve Psikolojik Değişkenler: Ailenin sağlık okuryazarlığı, ölüm algısı ve süreçteki suçluluk/yas duygusu gibi birçok psikolojik faktör, "nafile tedavi" sınırının kabul edilmesinde veya reddedilmesinde kritik rol oynamaktadır. Bu durum, hekimin sadece hastayı değil, aileyi de kapsayan bütüncül bir bakım stratejisini yönetmesi durumunda bırakmaktadır (Truog ve ark., 2008).

2.7.3. Sosyokültürel ve Dini Faktörler

Bireylerin ve toplumların ölüme yüklediği anlam, terminal dönemde alınan tıbbi kararların etik meşruiyetini ve toplumsal kabul edilebilirliğini belirleyen en temel unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, kültürün "ideal ölüm" algısı ile tıbbın "teknolojik imkânları" arasındaki denge, terminal dönem hasta bakım süreçlerini şekillendirmektedir.

Dini İnançlar ve Yaşamın Kutsallığı: Pek çok inanç sisteminde hâkim olan "hayatın kutsallığı" yaklaşımı, yaşamın süresini belirleme yetkisinin insanda değil, ilahi bir iradede olduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşımın hakim olduğu toplumlarda, yaşam desteğinin geri çekilmesi

(withdrawing) veya başlatılmaması (withholding) sıklıkla bir "müdahale" olarak algılanmakta ve ciddi bir dirençe karşılaşılmaktadır (Al-Bar ve Chamsi-Pasha, 2015; Bülow ve ark., 2008).

Merhamet ve Acının Dindirilmesi: Öte yandan, bazı inanç ve etik sistemleri, iyileşme umudu kalmamış bir hastada beyhude tedavilerle acıyı uzatmayı, yaşamın kutsallığına değil, insanın onuruna bir saldırı olarak nitelendirir. Bu noktada, hastanın acısını dindirmek amacıyla yapılan müdahaleler veya faydasız tedavilerin sonlandırılması, "merhamet" (*mercy*) ve "zarar vermeme" ilkeleri çerçevesinde etik bir zorunluluk olarak kabul edilebilir (Al-Bar ve Chamsi-Pasha, 2015; Bülow ve ark., 2008).

Kültürel Ölüm Algısı: Toplumların ölümü bedensel bir "sona erme" olarak mı, yoksa ontolojik ve metafizik bir "geçiş süreci" olarak mı tanımladığı, yoğun bakım ünitelerinde uygulanan agresif medikal müdahalelerin süresini ve etik sınırlarını doğrudan belirlemektedir. Ölümü mutlak bir "son" olarak gören yaklaşımlar, yaşamın teknik olarak sürdürülmesine odaklanarak "beyhude tedavi" sürecini uzatabilmektedir. Buna karşın, ölümü doğal bir döngünün parçası veya ruhsal bir evre olarak kabul eden kültürel ve inançsal yaklaşımlar; terminal dönemdeki bir hastada uygulanan invaziv girişimleri, "huzurlu ölüm" sürecine bir müdahale ve hastanın onuruna yönelik bir engel olarak değerlendirebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, hekimin uyguladığı tedavinin süresi; sadece fizyolojik parametrelerle değil, aynı zamanda içinde bulunulan toplumun ölümüne yüklediği anlam ve değerler sistemiyle de şekillenmektedir (Sprung ve ark., 2003.).

2.7.4. Kurumsal ve Hukuki Faktörler

Hekimin terminal dönem hasta bakımı süreçlerindeki karar verme özgürlüğü, sadece etik ilkelerle değil; içinde bulunduğu sağlık merkezinin teknik ve donanımsal imkânları ve ülkenin hukuk sistemi tarafından çizilen sınırlar içerisinde icra edilmektedir. Bu birliktelik, "klinik özerklik" ile "yasal sorumluluk" arasındaki hassas dengeyi oluşturmaktadır.

Hukuki Çerçeve ve Defansif Tıp: Ülkelerin yasal mevzuatlarındaki eksiklikler ve belirsizlikler veya terminal dönem hasta bakımı süreçlerindeki kararlarına dair açık düzenlemelerin olmayışı, hekimleri hukuki yaptırım korkusuyla "defansif tıp" uygulamalarına itebilmektedir. Bu durum, tıbbi olarak beyhude olduğu bilinen tedavilerin, sırf "ihmal" veya "kasten öldürme" suçlamalarından kaçınmak amacıyla sürdürülmesine neden olarak etik bir sapma yaratabilmektedir (Bateman ve ark., 2016).

Kurumsal Altyapı ve Kaynak Yönetimi: Sağlık kurumunun fiziksel ve idari altyapısı, terminal dönem hasta bakımı süreçlerindeki kararların alındığı mekanizmayı belirlemektedir. Yoğun bakım yatak kapasitesi, eğitilmiş personel sayısı ve teknolojik donanım düzeyi gibi fiziksel değişkenler, klinik karar

verme sürecini doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Özellikle kaynakların kısıtlı olduğu (pandemi, afet veya yüksek doluluk oranları gibi) durumlarda, yaşam desteği kararları tıbbi bir gereklilik olmanın ötesine geçerek bir "kaynak tahsisi" (triage) problemine dönüşebilmektedir (Emanuel ve ark., 2020). Bu durum, hekimi "en çok fayda görece hastaya öncelik verme" ilkesi ile "mevcut hastanın yaşam hakkını koruma" arasında ciddi bir etik ikileme karşı karşıya bırakmaktadır. Öte yandan, kurum bünyesinde aktif bir Klinik Etik Kurul veya Palyatif Bakım Ünitesi'nin bulunması, hekimin omuzlarındaki karar yükünü hafifleterek, alınan kararların hem kurumsal desteğini hem de etik meşruiyetini güçlendirmektedir (Schneiderman ve ark., 2003).

Hastane Türü: Hekimin içinde bulunduğu kurumsal mekanizma; terminal dönem hasta bakımı süreçlerindeki kararların metodolojisini, hızını ve üzerindeki baskı unsurlarını belirleyen sessiz bir değişkendir. Kurumun amacı ve yönetim modeli, etik ikilemlerin çözümünde farklı öncelikleri beraberinde getirir:

- **Üniversite Hastaneleri:** Akademik bir misyon taşıyan bu eğitim, öğretim ve araştırma kurumları, klinikte alınan etik kararların en aktif uygulandığı ve hekim, yardımcı sağlık personeli, etik uzmanı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner iş birliğinin ileri derecede kurumsallaştığı merkezlerdir. Karar alma sürecine farklı disiplinlerin dâhil olması, kararın etik meşruiyetini güçlendirir. Ancak, nadir görülen vakaların eğitim/araştırma potansiyeli veya hiyerarşik onay mekanizmalarının çokluğu, bazen terminal dönem hasta bakım sürecinde olan hasta yönetiminin arzu edilenden daha uzun sürmesine neden olabilir (Baykara ve ark., 2020).
- **Devlet Hastaneleri:** Yüksek hasta sirkülasyonu, hekim ve yardımcı sağlık personeli başına düşen ağır iş yükü ve nispeten kısıtlı yoğun bakım yatak kapasitesi bu kurumların karakteristik özellikleri arasında yer almaktadır. Bu yapısal kısıtlılıklar altında, terminal dönem hasta bakım süreci kararları bazen tıbbi endikasyonların ve gerekliliklerin ötesine geçerek kaçınılmaz bir yatak yönetimi ve adil kaynak kullanımı durumuna dönüşebilir. Bu karmaşık durum, hekimin bireysel fayda ile toplumda imkanların ve kaynakların adil dağıtımı arasında daha belirgin bir çatışma yaşamasına yol açabilir (Hamric ve Blackhall, 2007).
- **Özel Hastaneler:** Yüksek maliyetleri ile finansal sürdürülebilirlik dinamikleri, hasta ve hasta yakınlarının kendilerini "hizmet alıcısı" olarak konumlandırmalarından doğan yüksek beklenti düzeyi, özel sağlık kurumlarında farklı bir baskı unsuru oluşturmaktadır. Ailelerin "her türlü teknolojik imkânın sonuna kadar zorlanması" yönündeki ısrarlı talepleri, hekimlerin tıbbi olarak beyhude gördükleri tedavileri sonlandırırken daha yoğun bir defansif tutum

sergilemelerine ve etik kararlar alırken kurumsal-finansal baskı hissetmelerine neden olmaktadır.

2.8. Tıp Etiği İlkeleri

Tıp pratiğinin en karmaşık gri alanlarından birini oluşturmaktadır. Klasik tıp etiği ilkeleri, yaşamın sonunda odak noktasını iyileştirmekten, bakım ve onuru korumaya kaydırarak yeniden yorumlanmaktadır. Terminal dönem hasta bakım süreci, klinik tıbbın yalnızca teknik bir disiplin değil, aynı zamanda yoğun bir etik muhakeme süreci olduğunun en belirgin görüldüğü alandır. Bu süreçte tıp etiğinin dört temel ilkesi (Özerklik, Yararlılık, Zarar Vermeme ve Adalet), hastanın "onurlu ölüm" hakkı çerçevesinde yeniden yorumlanmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2019; WMA, 2019).

2.8.1. Özerklik İlkesi (*Autonomy*) ve Aydınlatılmış Onam

İngilizcede özerklik anlamında kullanılan "Autonomy" Eski Yunancadan gelme bir sözcüktür. Bu sözcük Yunancada "kendi-kendine" anlamına gelen "autos" ile kural, yönetim ya da yasa anlamlarına gelen "nomos" sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelmiştir (Cevizci, 2011). Bir kişinin "özerkliği"nden söz etmek o kişi açısından kendi yetilerini akılsal bir düzlemde seçmekle ve eylemde bulunmakla mümkün olur. Özerk birey; herhangi bir zorlama ve baskı altında kalmadan kendi başına düşünebilme ve kendisi hakkında meydana gelen olaylarda bağımsız bir biçimde karar verebilme yetkinliğine sahiptir. Bu yeterlilik ve yetkinlik çerçevesinde yapılan özerk eylem ve seçimler, çağdaş dünya insanında bulunması beklenen bireysel değerlerin ön koşullarından biri olarak kabul edilmektedir. Bütün bu olaylar ışığında ortaya çıkan diğer bir konu çevre koşulları içinde insanın bu koşullardan nasıl etkilenmemesidir. Çünkü özerk bir kişiden söz edebilmek ancak kişi tamamıyla kendi iradesiyle karar verdiğinde mümkün olur (Gillon, 1988).

Yaşamın son evresinde özerklik (*autonomy*) ilkesi, hastanın kendi bedensel bütünlüğü ve tedavi süreci üzerindeki nihai otoritesini temsil eden en temel biyoetik sütundur. Bu ilke, klinik pratikte aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) onam süreci ve hastanın rasyonel bir temelde "tedaviyi reddetme hakkı" üzerinden somutlaşır. Terminal dönemde özerklik, hastanın tıbbi müdahalelerin sınırlarını bizzat belirlemesine olanak tanır; böylece bakım süreci sadece klinik bir zorunluluk değil, hastanın kişisel değerlerinin bir yansıması haline gelir (Beauchamp ve Childress, 2019).

Hastanın bilişsel fonksiyonlarını veya karar verme kapasitesini yitirdiği durumlarda, özerklik ilkesinin korunması için iki temel mekanizma devreye girer:

- **Önceden Belirtilmiş İrade (Advance Directives):** Hastanın sağlığında veya bilinci açıkken beyan ettiği yazılı vasiyetnameler veya tedavi tercihleri.
- **Vekaleten Karar Verme (Substituted Judgment):** Hastanın değer yargılarını, inançlarını ve muhtemel arzularını en iyi temsil edeceği varsayılan vekil karar vericilerin (yasal temsilciler veya aile üyeleri) sürece dâhil edilmesi.

Bu mekanizmalar, hastanın sessiz kaldığı evrede bile "onurlu ölüm" ve "kendi kaderini tayin" haklarının korunmasını garanti altına alan kritik etik araçlardır (Truog ve ark., 2008).

2.8.2. Yararlılık İlkesi (Beneficence)

Tıp etiğinde bu ilke her şeyden önce yararlı olmayı öngören bir ilke olarak karşımıza çıkmaktadır. Yararlı olmak eylemi tıp etiği açısından başkalarına yardım etmeyi ve yararlı olmayı yükümlülük olarak sunmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994). "Faydalı ol" buyruğuyla ifade edilen ilke, tıbbın hastanın iyilik ve yararını en temel değer olarak alan bir bilim ve sanat dalı, insana yitirdiği sağlığını iade eden kutsal bir meslek olduğunu ifade eder (Cevizci, 2011). Hekimliğin özel ve bir anlamda kutsal bir meslek olarak atfedilmesini temin eden şey de bu yarar ilkesidir. Yani hekimin kendisini insanların iyiliğine faydasına ve sağlığına adanmış olduğunu ifade eder. İşte bu yüzden tıp etiği alanında çalışan pek çok araştırmacı, söz konusu yarar ilkesinin tıp etiğinin en temel ilkesi olduğunu öne sürerken, bununla öncelikle tıbbın tek amacının tedavi ve hastaları iyileştirmek olduğunu dile getirirler (Cevizci, 2011).

Yaşamın son evresinde yararlılık (beneficence) ilkesi, klinik paradigmanın "iyileştirme" (cure) odaklı yaklaşımdan, "bakım ve yaşam kalitesi" (care/comfort) merkezli bir modele evrilmesini temsil eder. Bu süreçte hekimin yararlılık yükümlülüğü; küratif (tedavi edici) müdahalelerin yerini hastanın bütüncül esenliğine bıraktığı yeni bir çerçevede tanımlanır (Quill ve Abernethy, 2013). Bu bağlamda yararlılık; yalnızca tıbbi bir müdahale değil, hastanın fiziksel ağrısının ve diğer terminal semptomlarının (dispne, ajitasyon vb.) etkin yönetimi, psikososyal desteğin yapılandırılması ve hastanın kalan ömrünü mümkün olan en yüksek insani onur ve fonksiyonel kapasiteyle tamamlamasına yönelik bütüncül bir katkıdır (Beauchamp ve Childress, 2019).

2.8.3. Zarar Vermeme İlkesi (Non-maleficence)

Zarar vermeme ilkesinin kaynağını tıpkı diğer ilkelerde olduğu gibi, Hipokratik tıp etiğinde bulabilmek mümkündür. İlkeyle, elbette hastaya gereksiz müdahalelerde bulunulmaması gerektiği anlatılmak istenir. Zarar vermeme ilkesi hastanın yararına olduğu düşünülen tedavilerin veya

müdahalelerin vereceği zarar göz önünde bulundurularak en aza indirgenmeye çalışılması anlamını taşır (Cevizci, 2011).

Zarar Vermeme İlkesi (Non-maleficence), tıp etiğinin en kadim prensibi olan "primum non nocere" (önce zarar verme) felsefesine dayanır. Terminal dönem yönetiminde bu ilke, hekimin eylemsizliğinden ziyade, hastaya fayda sağlamayan müdahalelerin yarattığı "ek yükü" sorgulayan bir etik filtre işlevi görür (Beauchamp ve Childress, 2019).

Zarar vermeme (non-maleficence) ilkesi, terminal dönem yönetiminde sıklıkla "nafile tedavi" (medical futility) sorunsalı ile kesişen etik bir sınır hattı oluşturur. Bu ilke çerçevesinde hekimin temel yükümlülüğü, hastanın sağkalımı üzerinde anlamlı bir etkisi olmayacağı tıbbi olarak kesinleşmiş, aksine sadece agoniye (ölüm sürecini) uzatarak hastanın çektiği ıstırapı ve fiziksel yükü artıran agresif müdahalelerden (invaziv girişimler, CPR, inotropik destek vb.) kaçınmaktır. Bu perspektifle; yararı olmayan bir tedavinin başlatılmaması (withholding) veya başlanmış olan beyhude bir tedavinin durdurulması (withdrawing), hastayı öldürmek değil; hastanın doğal ölüm süreci önündeki "teknolojik engellerin" kaldırılarak zarar verme eylemine son verilmesi olarak tanımlanır (Kon ve ark., 2016).

2.8.4. Adalet İlkesi (Justice)

Günümüzde tıp etiğinde önemli olan ilkelerden biri de adalet ilkesidir. Adalet kavramı birçoğumuz açısından sadece hukuk alanında kullanıldığı sanılan bir ilke gibi gözüktense de böyle bir varsayım elbette kabul edilebilir değildir. İnsan ve toplum yaşamının en ince noktaları bu kavramla örülmüştür. Günümüzde adalet kavramının kullandığı bir başka alanda tıp etiği alanıdır. Adalet sözcüğünün taşıdığı anlam yükü "doğruluk", "hak etme", "hak kazanma" gibi anlatımlarla dile getirilse bile gerçekte bunlar arasında anlam ayrılıkları söz konusudur (Beauchamp ve Walters, 1989). Sağlık alanında söz konusu olan adalet ilkesi tıbbi kaynakların herkese, özellikle ihtiyaçlara göre eşit ve adil dağılımını gerekli kılar. Bu ilke, sağlık çalışanlarının kaynakların dağılımıyla ilgili karşılaştıkları bazı sorunlara da çözüm getirir. Adalet ilkesinin sağlık alanında yaşama geçirilmesi kuşkusuz ilk olarak mevcut kaynakların bu işlerde adil kullanılmasına ilişkindir.

Yaşam sonu karar verme süreçlerinde adalet (justice) ilkesi; sınırlı tıbbi kaynakların (yoğun bakım yatak kapasitesi, ventilatör desteği, ileri teknolojik donanım ve uzman personel emeği) hakkaniyetli, rasyonel ve şeffaf bir şekilde dağıtılmasını temel alır (Beauchamp ve Childress, 2019). Biyoetikte "dağıtıcı adalet" (*distributive justice*) kavramıyla somutlaşan bu prensip, makro ve mikro düzeyde kaynak optimizasyonunu zorunlu kılar.

Klinik olarak "nafile tedavi" (*medical futility*) safhasına ulaşmış bir hastada ısrarcı ve agresif müdahalelerin sürdürülmesi, sadece tıbbi bir hata değil; aynı zamanda bu kaynaklara gereksinim duyan ve müdahaleden prognostik fayda sağlayabilecek bir başka hastanın tedavi hakkından mahrum kalmasına yol açması bakımından adalet ilkesinin ihlali olarak değerlendirilir. Dolayısıyla, yaşam sonu kararlarının rasyonel bir zeminde alınması, bireysel hasta hakları ile toplumsal kaynakların adil yönetimi arasındaki dengeyi koruyan etik bir zorunluluktur (Emanuel ve ark., 2020; Truog ve ark., 2008).

Adalet ilkesi, sağlık kaynaklarının toplumdaki bireyler arasında hakkaniyetli bir şekilde paylaşılmasını savunur. Yoğun bakım yatakları ve sınırlı tıbbi cihazlar söz konusu olduğunda bu ilke kritik bir hal alır.

- **Kaynakların Verimli Kullanımı:** Sağlık sistemlerinde kritik hastalara bakım veren özellikli yoğun bakım imkânları (mekanik ventilatörler, yoğun bakım yatak kapasitesi, yüksek nitelikli uzman personel ve ileri teknolojik donanım) ülkelerin mevcut finansal durumlarına göre değişmekle birlikte genellikle yapısal olarak sınırlı kaynaklardır. Bu kaynakların yönetimi, biyoetikteki "dağıtıcı adalet" (*distributive justice*) ilkesinin en somut uygulama alanlarından birini oluşturmaktadır. Klinik olarak "nafile" aşamasına geldiği tespit edilen, yani iyileşme veya anlamlı bir sağkalım şansı bulunmayan bir hasta için bu kısıtlı kaynakların uzun süreli kullanımı; yalnızca tıbbi bir faydasızlık değil, aynı zamanda etik bir kaynak yönetimi sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum, söz konusu kaynaklara gereksinim duyan ve müdahaleden prognostik fayda sağlama olasılığı yüksek olan bir başka hastanın tedavi hakkından mahrum kalmasına yol açması bakımından adalet ilkesinin ihlali olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla, terminal dönem hasta bakım süreci kararlarının rasyonel ve şeffaf bir zeminde alınması, hem bireysel hasta onurunun korunması hem de toplumsal kaynakların adil paylaşımı açısından etik bir zorunluluktur (Beauchamp ve Childress, 2019; Emanuel ve ark., 2020).
- **Triyaj ve Yoğun Bakım Kabulü:** Adalet ilkesinin klinik sahadaki en kritik uygulama alanı, yoğun bakım ünitelerine hasta kabulü ve triyaj (önceliklendirme) süreçleridir (Nates ve ark., 2016). Bu süreçte kaynakların yönetimi iki temel eksende şekillenir:
 - **Tıbbi Yarar Maksimizasyonu:** Dağıtıcı adalet ilkesi uyarınca, kısıtlı olan yoğun bakım yatakları "ilk gelen ilk hizmeti alır" (*first-come, first-served*) yaklaşımıyla değil; uygulanan ileri yaşam destek sistemlerinin tıbbi fayda görme potansiyeli en yüksek olan hastaya öncelik verilmesi esasına göre yönetilmelidir. Bu yaklaşım, kaynakların toplumun genel sağkalım oranını artıracak şekilde, rasyonel ve liyakate dayalı bir biçimde dağıtılmasını hedefler (Kuciewicz-Czech ve Damps, 2020).

- **Palyatif Bakıma Yönlendirme ve Kaynak Optimizasyonu:** Terminal dönemdeki bir hastanın, agresif ve invaziv müdahalelerin odağındaki yoğun bakım üniteleri yerine, semptom kontrolü ve yaşam kalitesine odaklanan palyatif bakım ünitelerine yönlendirilmesi etik bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yönlendirme ile bir yandan hastaya daha huzurlu, onurlu ve insani bir vefat ortamı sağlanırken (hastanın en iyi yararı), diğer yandan yoğun bakım kaynaklarının geri dönüşlü kritik hastalar için korunmasına ve böylece adalet ilkesinin tam anlamıyla uygulanmasına olanak verir (Aslakson ve ark., 2014).

2.8.5. Terminal Dönemde İlkelerin Dinamik Dengesi

Terminal dönem hasta bakım yönetimi, tıp etiğinin dört temel ilkesinin birbiriyle çatıştığı veya birbirini desteklediği en hassas klinik alanların başında gelmektedir. Bu süreçte amaç, tedavi edici çabanın yerini onurlu bir vedaya bırakmasını sağlayacak etik dengeyi kurmaktır (Kon ve ark., 2016). Bu ilkelerin tam anlamıyla benimsenmesi, terminal dönem hasta bakımı bir "vazgeçme" değil, hastanın insanlık onuruna en uygun şekilde bakım görmesini sağlama sürecidir.

Tablo 1. Terminal dönemde ilkelerin dinamik dengesi

Etik İlke	Klinik Uygulama ve Karar Mekanizması
Özerklik (<i>Autonomy</i>)	Hastanın kendi kaderini tayin hakkı; aydınlatılmış onam ve tedaviyi reddetme hakkına mutlak saygı. Karar kapasitesi kaybında vasiyetnameler veya vekil karar vericilerin temsili.
Yararlılık (<i>Beneficence</i>)	Odağın "iyileştirme"den "bakım"a kayması. Ağrı, dispne ve ajitasyon gibi semptomların agresif kontrolü ile yaşam kalitesinin maksimize edilmesi.
Zarar Vermeme (<i>Non-maleficence</i>)	Tıbbi açıdan nafile (futil) kabul edilen ve sadece ölme sürecini (agoni) uzatan müdahalelerden kaçınarak hastayı gereksiz teknolojik yüklerden kurtarmak.
Adalet (<i>Justice</i>)	Kısıtlı yoğun bakım kaynaklarının (yatak, cihaz, personel) kronolojik sıra yerine tıbbi fayda görme potansiyeline göre rasyonel dağılımı (dağıtıcı adalet).

2.9. Türkiye’de Terminal Dönem Hasta Bakımına İlişkin Mevcut Durum

Türkiye’de terminal dönem hasta bakımı ve yaşam sonu süreçlerin yönetimi; yasal mevzuat, klinik uygulama standartları ve sosyokültürel dinamiklerin kesişim noktasında karmaşık bir yapı

sergilemektedir. Son on yılda palyatif bakım hizmetlerinde niceliksel bir artış yaşansa da, etik ve hukuki mevzuatların belirsizliği ile kendini iyice hissettiren gri alanlar güncelliğini korumaya devam etmektedir. Türkiye’de hasta hakları yönetmeliği ve ilgili kanunlar çerçevesinde net bir şekilde ötanazi yasaktır. Ancak "tıbbi gereklilik" kavramı üzerinden tedavinin sınırlandırılması konusu hala gri bir alan olarak kalmaktadır. Ülkemizde terminal dönem hasta bakım süreci kararlarına dair standart bir ulusal rehberin eksikliği, hekimlerin hukuki ve etik kaygılar yaşamasına neden olmaya devam etmektedir.

Türkiye’deki mevcut durumu akademik ve kurumsal perspektiften şu başlıklarla özetleyebiliriz:

2.9.1. Mevzuat ve Hukuki Çerçeve

Türkiye’de terminal dönem hasta bakım süreci kararlarına ilişkin müstakil bir yasa bulunmamaktadır. Süreç, genel sağlık mevzuatı ve etik yönetmelikler üzerinden yürütülmeye devam etmektedir:

- **Ötanazi Yasağı:** Türk hukuk sisteminde ötanazi kesinlikle yasaktır. Türk Ceza Kanunu (TCK), ötanaziyi "kasten öldürme" kapsamında değerlendirir. Hasta Hakları Yönetmeliği (Madde 13) ise "Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez" diyerek bu konudaki hukuki sınırı net bir şekilde çizer (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).
- **Palyatif Bakım Mevzuatı:** Sağlık Bakanlığı'nın 2014 ve 2015 yıllarında yayımladığı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge", terminal dönemdeki hastaların bakımını kurumsal bir yapıya kavuşturmuştur. Bu mevzuat, ağrı yönetimi ve semptom kontrolünü yasal bir görev olarak tanımlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).
- **Tedaviyi Reddetme Hakkı:** Hasta Hakları Yönetmeliği (Madde 25) uyarınca, bilinci açık olan her hasta tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme hakkına sahiptir. Ancak bu hak, genellikle "yaşam destek ünitelerinin kapatılması" (*withdrawing*) şeklinde değil, hastaneden ayrılma veya bir girişimi kabul etmeme şeklinde uygulanır.
- **DNR (Do Not Resuscitate - Yeniden Canlandırma Yapılmama Emri) Talimatları:** Türkiye'de Batı ülkelerindeki gibi yasal bir "DNR" formu veya protokolü bulunmamaktadır. Hekimin dosyaya "DNR" notu düşmesi hukuki bir koruma sağlamamaktadır; bu durum hekimleri sıklıkla defansif tıp uygulamalarına ve beyhude olsa bile resüsitasyon yapmaya itmektedir (Hakeri, 2022).

2.9.2. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye, özellikle 2014-2015 yıllarından itibaren palyatif bakım merkezlerinin (PBM) sayısında ciddi bir artışa gitmiştir:

- **Kurumsal Yapılanma:** Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde palyatif bakım servisleri standart hale getirilmiş, evde sağlık hizmetleri ile bu süreç desteklenmiştir.
- **Anesteziyoloji ve Reanimasyonun Rolü:** Terminal dönem hastalarının büyük çoğunluğunun yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi, bu sürecin yönetimini anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının temel sorumluluk alanlarından biri haline getirmiştir.
- **Palyatif Bakım vs. Yoğun Bakım:** Türkiye'de terminal dönem hastalarının sıklıkla yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi, hem kaynak yönetimini (yatak işgali) zorlaştırmakta hem de hastanın "huzurlu ölüm" hakkını kısıtlamaktadır. Palyatif bakım üniteleri bu baskıyı azaltmak üzere tasarlanmıştır.

2.9.3. Terminal Sedasyon (Palyatif Sedasyon)

Terminal sedasyon, Türkiye'deki yoğun bakım ünitelerinde ötanazi ile en çok karıştırılan ancak etik ve hukuki olarak tamamen farklı bir uygulamadır.

- **Tanımı:** Terminal dönemdeki bir hastanın, mevcut tedavilerle dindirilemeyen (refrakter) şiddetli acı, nefes darlığı veya ajitasyonunu gidermek amacıyla bilincinin kontrollü bir şekilde ilaçlarla (midazolam, propofol vb.) düşürülmesidir.
- **Ötanaziden Farkı:**
 - **Niyet:** Ötanazide amaç hastayı öldürmektir; terminal sedasyonda amaç hastanın acısını dindirmektir.
 - **Dozaj:** Ötanazide yaşamı sonlandıracak letal dozlar verilir; terminal sedasyonda doz, sadece semptomları kontrol altına alacak düzeyde tutulur.
 - **Sonuç:** Ötanazi doğrudan ölüme yol açar; terminal sedasyon hastayı rahatlatır, ölüm hastalığın doğal seyrine bırakılır.

- **Çift Etki Prensibi:** Türkiye'de de kabul gören bu prensibe göre; eğer uygulanan sedasyon hastanın ölümünü hızlandırırsa bile, niyet acıyı azaltmak olduğu sürece bu uygulama "tıbbi bir müdahale" olarak kabul edilir ve cezai sorumluluk doğurmaz.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Çalışma Tasarımı

Bu çalışma; Türkiye genelinde tüm il ve ilçelerde yer alan yoğun bakım ünitelerinde görev yapan yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerine yönelik tutum, görüş ve etik yaklaşımlarını belirlemek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipte bir saha araştırması olarak tasarlandı. Çalışmanın metodolojik kurgusu, yoğun bakım pratiğinde sıkça karşılaşılan klinik ve etik ikilemleri sosyodemografik ve mesleki değişkenler üzerinden analiz etmeye odaklıdır.

3.2. Etik İlkeler ve Onay

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nda 05.03.2024 tarihli 2024/5588 karar sayısı ile onay alınarak Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

3.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipte bir saha araştırması olan bu çalışmaya dâhil edilme kriterleri; Türkiye'deki kamu (Üniversite, Eğitim ve Araştırma, Devlet) veya özel hastanelerin erişkin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan; Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Kardiyoloji gibi farklı branşlardan uzman yoğun bakım hekimleri, yoğun bakım yan dal uzmanları veya yan dal asistanları ve araştırma görevlileri asistan hekimler olmak, terminal dönem hasta takibini veya bakımını üstlenerek aktif rol almak, çalışmanın amacını anlatan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu"nu elektronik ortamda okuyup dijital olarak onaylamış olmak, anketi anlayabilecek ve yanıtlayabilecek düzeyde Türkçe bilmektir.

3.4. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Anket formunda yer alan demografik bilgileri doldurmayan yoğun bakım hekimleri, anket sorularını %20'den fazla oranda boş bırakan veya tutarsız yanıtlar veren hekimler, sadece Çocuk veya Yenidoğan Yoğun Bakım ünitelerinde görev yapan hekimler, yoğun bakım uzmanı olup aktif hasta takibi veya bakımı yapmayan uzmanlar, uzun süreli (6 aydan fazla) idari görevde bulunan veya ücretsiz izinde/yurt dışında olan hekimler ve veri güvenliği ve tarafsızlık gereği aynı e-posta adresi üzerinden birden fazla gönderim yapan yoğun bakım hekimleri çalışmadan dışlandı.

3.5. Çalışma Hipotezi

H1: Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakımı süreçlerine dair tutum ve görüşleri; yaş, cinsiyet ve mesleki kıdem gibi sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H2: Yoğun bakım hekimlerinin uzmanlık branşları (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları vb.) ile terminal dönem hasta bakımı süreçlerine dair tutum ve görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Yoğun bakım hekimlerinin çalıştıkları kurumun niteliği (Üniversite, Devlet, Özel Hastane), terminal dönem hasta bakımı süreçlerine dair klinik uygulama tercihlerini etkilemektedir.

H4: Daha önce tıp etiği veya terminal dönem bakım süreçlerine dair spesifik eğitim almış olan yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakımı süreçlerine dair tutum ve görüşleri, eğitim almayan yoğun bakım hekimlerine göre daha yüksek düzeyde etik farkındalık ve standartlaşma sergilemektedir.

H5: Yoğun bakım hekimlerinin kişisel inanç ve değer yargıları, terminal dönem bakım süreçlerine dair tutum ve görüşleri üzerinde belirleyici bir role sahiptir.

3.6. Çalışma Popülasyonu ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışma popülasyonu, Mayıs 2025 ve Şubat 2026 tarihleri arasında Türkiye'deki kamu (Üniversite, Eğitim ve Araştırma, Devlet) veya özel hastanelerin erişkin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan; Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Kardiyoloji gibi farklı branşlardan uzman yoğun bakım hekimleri, yoğun bakım yan dal uzmanları veya yan dal asistanları ve araştırma görevlileri asistan hekimler olan, terminal dönem hasta takibini veya bakımını üstlenerek aktif rol alan hekimlerden oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, 6.000 kişilik hedef evren üzerinden, %95 güven aralığı ve %6.8 kabul edilebilir hata payı ($d=0.068$) esas alınarak hesaplanmış olup, minimum 200 katılımcı olarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde, gönüllülük esasına dayalı olarak Türkiye'nin farklı bölgelerinden katılım sağlayan yoğun bakım hekimlerine odaklanılmıştır. Ayrıca zaman, maliyet ve ulaşılabilirlik kısıtlılıkları nedeniyle, çalışmanın örnekleme 'Uygunluk Örnekleme' (Convenience Sampling) yöntemiyle belirlenmiş olup, 200 hekime ulaşılması hedeflenmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları ve Anketin Oluşturulması

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatürdeki benzer çalışmalar ve ETHICATT çalışma grubunun standartları temel alınarak araştırmacılar tarafından geliştirilen, toplam 38 sorudan oluşan

kapsamlı bir anket formu kullanılmıştır. Anket formu; katılımcıları bilgilendirme metni, sosyodemografik veriler, mesleki deneyimler ve terminal dönem hasta bakımına ilişkin tutum ve bilgi düzeyini ölçen ölçekler olmak üzere dört ana bölüm şeklinde yapılandırılmıştır.

Anketin ilk bölümü; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve inanç gibi kişisel bilgilerinin yanı sıra; tıp eğitimi alınan şehir, uzmanlık dalı, yoğun bakım yan dal eğitimi durumu ve mesleki kıdem gibi demografik özellikleri sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölümde, katılımcıların görev yaptıkları yoğun bakım ünitelerinin türü, yatak kapasitesi, kurum bağlılığı ve haftalık çalışma saatleri gibi kurumsal değişkenler tanımlanmıştır.

Üçüncü bölüm, çalışmanın temel amacına yönelik olarak kurgulanmış; "nafile/boşuna tedavi", "ötanazi", "tedaviden kaçınma" ve "tedaviyi geri çekme" gibi terminal dönem hasta bakım süreçlerine dair kavramsal bilgi düzeyini ve klinik uygulama tercihlerini ölçen senaryo temelli soruları içermektedir. Bu bölümde ayrıca, yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem süreçlerine dair rehber ve eğitim gereksinimleri ile yoğun bakım ünitelerindeki etik karar verme sorumlulukları ve triyaj süreçleri sorgulanmıştır.

Son bölümde ise yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerine yönelik kişisel tutumlarını belirlemek amacıyla; yaşam kalitesi ve yaşamın değeri arasındaki dengeyi sorgulayan 5'li Likert tipi ölçekler ile kendi yaşamlarının son dönemine ilişkin endişelerini (ölüm korkusu, ağrı yönetimi, bağımlılık vb.) değerlendiren ifadeler yer almaktadır.

Anket formu, Bezmialem Vakıf Üniversitesi ve İnönü Üniversitesi bünyesindeki ilgili anabilim dallarının iş birliğiyle dijital ortama (Google Forms) aktarılmış; anketin giriş kısmına Etik Kurul onay bilgileri (Karar no: 2024/5588, tarih: 05.03.2024) ile "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" eklenmiştir. Yoğun bakım hekimlerinin kimlik bilgilerinin gizliliği esas alınarak anonim olarak kurgulanan formun, mobil cihazlarda veri kaybı yaşanmaması adına yatay konumda doldurulması önerisiyle kullanıcı dostu bir arayüz sunması sağlanmıştır.

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma için oluşturulan anket formu, Google Forms kullanılarak hekimlere çevrimiçi olarak gönderildi. Bununla birlikte, çalışmadaki verilerin gizliliğini sağlamak için kişisel olarak tanımlanabilir hiçbir bilgi talep edilmedi ve gönüllü katılımcılara veri gizliliği konusunda taahhüt verildi. Anketin başlangıcında çalışmanın amacı hakkında bilgi sunuldu. Katılımcıların açıklamayı okuduktan sonra soruları yanıtlamaya başlamaları çalışmaya onay verdikleri şeklinde yorumlanacaktır. Çalışmanın yürütüleceği yerler; Türkiye'deki kamu (Üniversite, Eğitim ve Araştırma, Devlet) veya özel hastanelerin erişkin yoğun bakım üniteleridir.

3.9. Çalışmanın Sınırlamaları

Bu çalışmanın bazı sınırlamaları vardı. Birincisi, çalışma elektronik ortamda gerçekleştirildi. İkincisi, çalışma sadece Türkiye'deki yoğun bakım ünitelerinde çalışan yoğun bakım hekimleri ile yapıldı; bu nedenle, çalışma sonuçları farklı bölgeler veya ülkeler için genel olarak geçerli olmayabilir. Üçüncüsü, tüm sorular çocuk yoğun bakım ünitelerinde değil, yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan yoğun bakım hekimlerine uygulandı. Bu nedenle, çocuk yoğun bakım üniteleri için sonuçların farklı olacağı tahmin edilmektedir.

3.10. İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences Statistics for Windows, Version 22.0 Software. Armonk, NY: IBM Corp) kullanılarak analiz edildi. Nicel veriler, ortalama ve standart sapma olarak, nitel veriler ise sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Nicel değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Shapiro Wilk normallik testi kullanıldı. Nitel değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesi, Pearson Ki-kare analizi ve Fisher Kesin Testi ile yapıldı. Sürekli değişkenler için analizler normal dağılım koşullarına uygun olarak iki grup için Bağımsız Gruplar T testi veya Mann-Whitney U Testi ile ikiden fazla grup için ANOVA veya Kruskal Wallis testi ile gerçekleştirildi. Yoğun bakım hekimlerinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin, “yaşam kalitesi–yaşamın değeri” eksenindeki tercihleri üzerindeki belirleyici etkisini saptamak amacıyla çoklu lineer regresyon analizi uygulandı. Kurulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlılığı F testi ile değerlendirildi. p değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya toplam 208 yoğun bakım hekimi dâhil edilmiştir. Yoğun bakım hekimlerinin yaş dağılımları analiz edildiğinde, en yüksek oranın 30–39 yaş grubunda (%45,2; n=94) olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin yaş dağılımları sonrasında sırasıyla 40–49 yaş (%27,9; n=58), 20–29 yaş (%16,8; n=35) ve 50–59 yaş (%9,6; n=20) olduğu görüldü. Dikkat çeken bir bulgu olarak 60–69 yaş grubunun oranı oldukça düşüktü (%0,5; n=1). Yoğun bakım hekimlerinin yaş dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir.

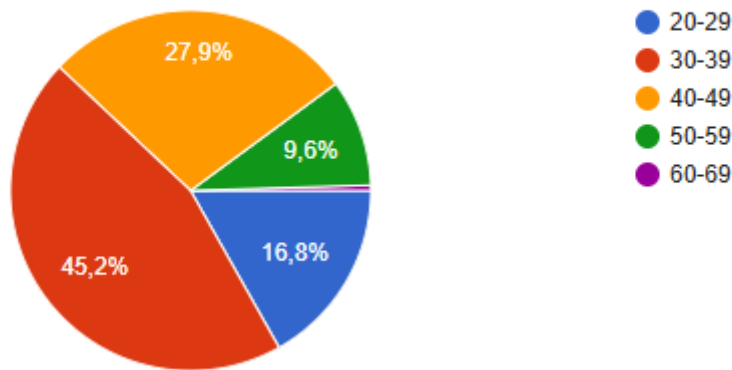
Çalışmaya katılan yoğun bakım hekimlerinin cinsiyet dağılımının ise dengeli olduğu görüldü (Erkek; n=105 %50,5 ve kadın; n=103 %49,5).

Çalışmaya katılan yoğun bakım hekimleri medeni durum açısından incelendiğinde büyük çoğunluğunun evli (%74,5; n=155), bekâr oranının %23,6 (n=49) ve ayrılık/boşanma (%1,4; n=3) ile dul (%0,5; n=1) oranlarının oldukça düşük olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin mensup oldukları din incelendiğinde, büyük çoğunluğun İslam dinine mensup olduğu (%88,9; n=185) görüldü. Bunun dışında katılımcıların %8,2’si (n=17) dini inancını belirtmek istemediği görüldü. Ateizm (%2,4; n=5) ve Deizm (%0,5; n=1) ise düşük oranlarda mevcut idi.

Çalışmaya katılan yoğun bakım hekimlerine dindarlık düzeyleri sorulduğunda, %54,3’ü (n=113) kendisini dindar olarak tanımlarken, %43,3’ü (n=90) dindar olmadığını beyan etti. Çok dindar olduğunu belirten yoğun bakım hekimi oranının ise %2,4 (n=5) olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerine ait olan sosyodemografik özellikler Tablo 2’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Yoğun bakım hekimlerinin yaş dağılımı

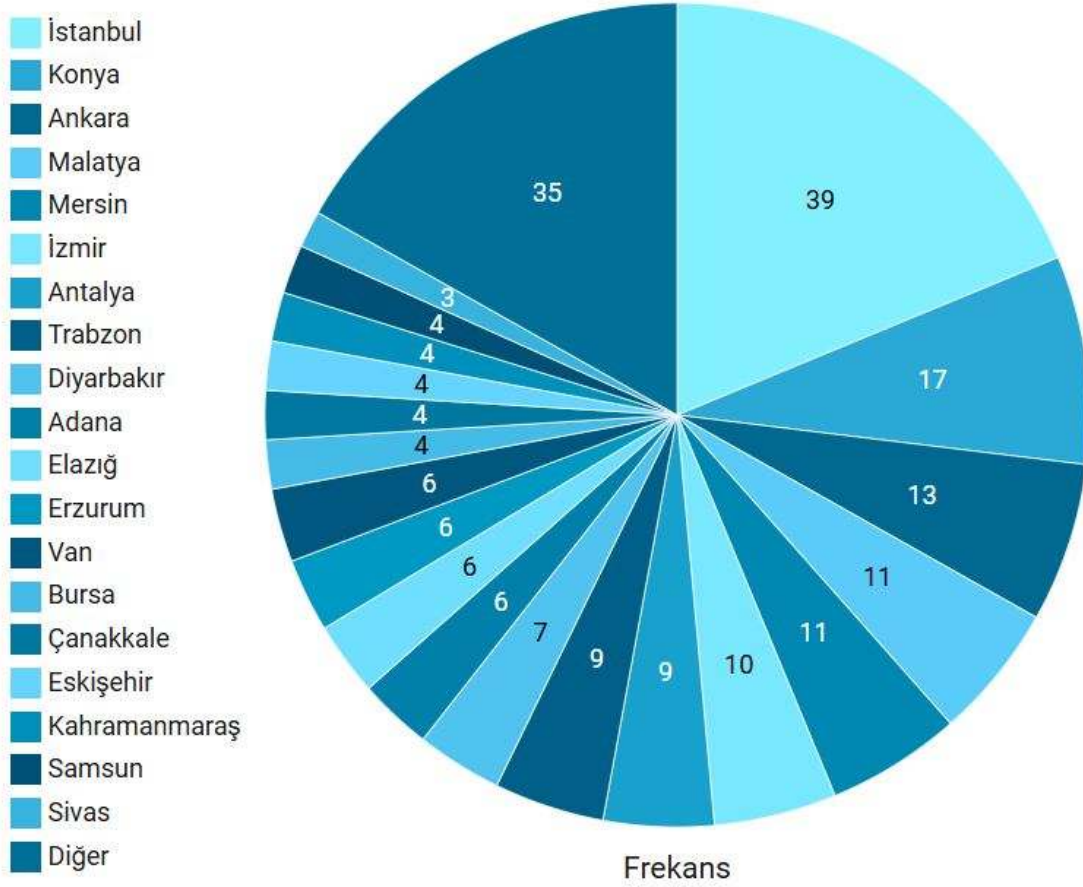
Tablo 2. Sosyodemografik özellikler

	n	%
Yaş grupları		
20–29	35	16,8
30–39	94	45,2
40–49	58	27,9
50–59	20	9,6
60–69	1	0,5
Cinsiyet		
Erkek	105	50,5
Kadın	103	49,5
Medeni durum		
Evli	155	74,5
Bekâr	49	23,6
Ayrılık/Boşanma	3	1,4
Dul	1	0,5
Mensubu oldukları din		
İslam	185	88,9
Ateizm	5	2,4
Deizm	1	0,5
Belirtmek istemiyorum	17	8,2
Dindarlık düzeyi		
Dindar	113	54,3
Dindar değil	90	43,3
Çok dindar	5	2,4

n: Sayı, %: Yüzde

4.2. Yoğun Bakım Hekimlerinin Coğrafi Dağılımı

Tüm dağılıma bakıldığında toplamda 40'tan fazla merkezden katılım sağlandığı görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin sayısının en yüksek olduğu merkezlerin sıralaması; İstanbul: 39 katılımcı ile ilk sırada, Konya: 35 katılımcı ile ikinci sırada ve Ankara: 17 katılımcı ile üçüncü sıradadır. Malatya, Mersin ve İzmir: Sırasıyla 13, 11 ve 11 katılımcı ile yoğun katılımın sağlandığı diğer merkezlerdir. Çalışmaya katılan yoğun bakım hekimlerinin görev yaptıkları şehirlere göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Yoğun bakım hekimlerinin coğrafi dağılımı

4.3. Katılımcıların Mesleki Deneyim ve Çalışma Özellikleri

Yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım ünitesindeki çalışma durumları ve mesleki deneyimlerine ilişkin verilerde, büyük bir çoğunluğunun (%93,8, n=195) hâlihazırda yoğun bakım ünitelerinde aktif olarak görev yaptığı görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım eğitiminin var olup olmadığı incelendiğinde, %67,8'inin (n=141) yoğun bakım eğitimi aldığı görüldü. Buna karşın, yoğun bakım yan dal uzmanlık eğitimine sahip olanların oranının %8,7 (n=18) olduğu; yoğun bakımda çalışan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%91,3, n=190) yan dal uzmanlığının bulunmadığı görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım ünitelerinde çalışma sürelerine bakıldığında; %24,5'i (n=51) 1–3 yıl, %18,8'i (n=39) 5–10 yıl, %17,3'ü (n=36) 10–15 yıl çalışma sürelerine sahip olduğu görüldü. 15 yıl ve üzeri oran ise toplamda %9,6, mesleğinin ilk yılında olanların oranı ise %14,4 olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimleri çalışma şekli bakımından incelendiğinde %84,1'i (n=175) "karışık" (gündüz mesaisi ve gece nöbeti bir arada) düzende, sadece gündüz mesaisinde çalışanların oranı %7,7

(n=16), sadece gece nöbetinde çalışanların oranı ise %8,2 (n=17) olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin mesleki deneyim ve çalışma özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Yoğun bakım hekimlerinin mesleki deneyim ve çalışma özellikleri

	n	%
Yoğun Bakımda Çalışma Durumu		
Evet	195	93,8
Hayır	13	6,2
Yoğun Bakım Eğitimi		
Var	141	67,8
Yok	67	32,2
Yoğun Bakım Yan Dal Eğitimi		
Var	18	8,7
Yok	190	91,3
Yoğun bakımda çalışma süresi		
1 yıldan az	30	14,4
1-3 yıl	51	24,5
3-5 yıl	32	15,4
5-10 yıl	39	18,8
10-15 yıl	36	17,3
15-20 yıl	11	5,3
20 yıldan fazla	9	4,3
Yoğun bakımda çalışma şekli		
Sadece gündüz, 8 saat	16	7,7
Sadece gece nöbeti, 16 saat	17	8,2
Karışık	175	84,1

n: Sayı, %: Yüzde

4.4. Kurumsal Özellikler ve Katılımcı Profili

Yoğun bakım hekimlerinin %33,2'sinin (n=69) Devlet Üniversitesi Hastanelerinde, %30,3'ünün (n=63) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve % 12'sinin (n=25) Şehir Hastanelerinde, %10,1'inin (n=21) Devlet Hastanelerinde ve %10,1'inin (n=21) Vakıf Üniversitesi Hastanelerinde çalıştıkları görüldü. Özel hastanelerde çalışanların oranı ise %4,3 (n=9) ile en düşük seviyede olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin görev yaptığı kurumlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Yoğun bakım hekimlerinin görev yaptığı kurumlar

Yoğun Bakım Ünitesinin bağlı olduğu kurum	n	%
Üniversite Hastanesi (Devlet)	69	33,2
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	63	30,3
Devlet Hastanesi	21	10,1
Özel Hastane	9	4,3
Şehir Hastanesi	25	12,0
Vakıf Üniversite Hastanesi	21	10,1

n: Sayı, %: Yüzde

Yoğun bakım hekimlerinin %90,9'unun (n=189) Anesteziyoloji ve Reanimasyon bünyesinde olan yoğun bakım ünitelerinde görev yaptıkları görüldü. Genel yoğun bakım ünitesi oranı %5,3 (n=11); İç Hastalıkları, Cerrahi, Göğüs Hastalıkları ve Kardiyovasküler Cerrahi yoğun bakım üniteleri oranlarının ise %2'nin altında olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin kıdem durumlarında en geniş grubu %48,6 (n=101) ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlarının oluşturduğu görüldü. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin toplamda %40,8 (Toplam n=85, 1-3 yıl: %26,4; 4-5 yıl: %14,4), yan dal uzmanlık ve asistanlık seviyesindeki hekimlerin toplam oranı ise %10,5, bu grupta en yüksek oran %6,7 (n=14) ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon kökenli yoğun bakım yan dal uzmanlarına ait olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin tıp dallarındaki uzmanlık dağılımları, %84,6'sının (n=176) Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık alanına sahip olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin %12,5'inin (n=26) henüz bir uzmanlık eğitimini tamamlamadığı, İç Hastalıkları (%2,4) ve Göğüs Hastalıkları (%0,5) uzmanlarının katılımının sınırlı düzeyde olduğu görüldü.

Yoğun bakım ünitelerinin türü ve mesleki uzmanlık statüleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Yoğun bakım ünitelerinin türü ve mesleki uzmanlık statüleri

	n	%
Yoğun bakım ünitesinin türü		
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi	189	90,9
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	2	1,0
İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi	4	1,9
Genel Yoğun Bakım Ünitesi	11	5,3
Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi	1	0,5
Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	1	0,5
Yoğun bakım ünitesindeki mesleki uzmanlık statüsü		
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (1-3 yıl)	55	26,4
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (4-5 yıl)	30	14,4
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı	101	48,6
Yoğun Bakım Yan Dal Asistanı	3	1,4
Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Anesteziyoloji ve Reanimasyon)	14	6,7
Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Göğüs Hastalıkları)	1	0,5
Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (İç Hastalıkları)	4	1,9
Tıp dalındaki uzmanlık		
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	176	84,6
Göğüs Hastalıkları	1	0,5
İç Hastalıkları	5	2,4
Herhangi bir uzmanlığım yoktur	26	12,5

n: Sayı, %: Yüzde, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

4.5. Hasta ve Yakınlarından Gelen Yaşam Sonu Talepleri ve Deneyimlenen Kaygılar

Yoğun bakım hekimlerinin yaşam sonu kararlarına yönelik deneyimlerinde; yoğun bakım hekimlerinin %60,6'sının (n=126) hasta veya hasta yakınlarından yaşam sonu kararının alınması yönünde bir taleple karşılaştığı, bu kararlara yönelik herhangi bir talep almayanların ise %39,4 (n=82) olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerine, hasta yakınlarında gözlemlenen yaşam sonu kaygılarının varlığı ve derecesi sorulduğunda; %41,8'i (n=87) "Bazen", %30,3'ü (n=63) "Sıkça", %5,8'i (n=12) "Her zaman" ve %6,7'si (n=14) "Hiçbir zaman" yanıtlarını verdikleri görüldü.

Yaşam sonu kararlarına ilişkin deneyim ve gözlemler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Yaşam sonu kararlarına ilişkin deneyim ve gözlemler

	n	%
Yaşam sonu kararı taleplerinin karşılanma sıklığı		
Evet	126	60,6
Hayır	82	39,4
Hasta yakınlarında gözlemlenen yaşam sonu kaygıları		
Bazen	87	41,8
Her zaman	12	5,8
Hiçbir zaman	14	6,7
Nadiren	32	15,4
Sıkça	63	30,3

n: Sayı, %: Yüzde

4.6. Terminal Dönem Yoğun Bakım Hastasına Verilen Hizmetin Ana Düşüncesi

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem yoğun bakım hastasına verilen hizmetin ana düşüncesine dair görüşleri sorulduğunda; %57,7'si (n=120) "*Öncelikle yaşam kalitesini sağlamak ve yaşamın korunmasını değerlendirmek*" şeklinde yanıtladıkları görüldü. İkinci sırada %29,3 (n=61) ile "*Öncelikle yaşamı korumak ve yaşam kalitesini değerlendirmek*" yanıtını verdikleri görüldü. Buna karşın, "*Her ne pahasına olursa olsun yaşamı korumak*" yanıtını verenlerin oranı %5,8 (n=12), "*Her zaman yaşam kalitesini sağlamak*" yanıtını verenlerin oranı ise %7,2 (n=15) olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hastalarına yönelik bakım anlayışına dair bilgi düzeyi Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Terminal dönem hastalarına yönelik bakım anlayışına dair bilgi düzeyi

Terminal dönem yoğun bakım hastasına verilen hizmetin ana düşüncesi?		
	n	%
Her ne pahasına olursa olsun her zaman yaşamı korumak	12	5,8
Her zaman yaşam kalitesini sağlamak	15	7,2
Öncelikle yaşam kalitesini sağlamak ve yaşamın korunmasını değerlendirmek	120	57,7
Öncelikle yaşamı korumak ve yaşam kalitesini değerlendirmek	61	29,3

n: Sayı, %: Yüzde

4.7. Terminal Dönem Hastalarına Yönelik Temel Etik Kavramlar

Türkiye’de yasal karşılığı bulunmayan ancak uluslararası literatürde yer alan yaşam sonu uygulamaları ile ilgili olarak, yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hastalarına yönelik temel etik kavramlara dair bilgi düzeyini ölçmek amacıyla ötanazi, nafile/boşuna tedavi, tedaviden kaçınma ve tedaviyi geri çekme tanımlamaları soruldu ve cevaplar incelendi.

4.7.1. Aktif Ötanaziye Dair Bilgi Düzeyi

Yoğun bakım hekimlerine temel etik kavramlara dair bilgi düzeyini ölçmek amacıyla sorulan tanımlama sorusunda; "*Hastanın açık talebi üzerine, yaşamını sonlandırma amacıyla ilaç verilmesi*" ifadesine, yoğun bakım hekimlerinin %96,2’si (n=200) "Ötanazi" ile doğru yanıtını verdiği görüldü. Böyle bir kavramı daha önce hiç duymadığını belirten yoğun bakım hekimlerinin oranı %2,4 (n=5), tanımlama "*Tedaviden Kaçınma*" ile ilişkilendirenlerin oranının ise %1,4 (n=3) olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hastalarına yönelik temel etik kavramlara dair bilgi düzeyleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Temel etik kavramlardan ötanaziye dair bilgi düzeyi

Ülkemizde yasal olarak uygulanmayan ancak farklı ülkelerin yoğun bakım tedavi protokollerinde yer alan; Hastanın açık talebi üzerine, yaşamını sonlandırma amacıyla ilaç verilmesine denir.

	n	%
Ötanazi	200	96,2
Nafile/Boşuna tedavi	0	0
Tedaviden Kaçınma	3	1,4
Tedaviyi Geri Çekme	0	0
Hiç duymadım	5	2,4

n: Sayı, %: Yüzde

4.7.2. Nafile/Boşuna Tedaviye Dair Bilgi Düzeyi

Yoğun bakım hekimlerinin %52,9'u (n=110) nafile/boşuna tedaviyi "*İstenilen sonuca ulaşmada etkisiz olma*" şeklinde tanımlama yaptığı görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin nafile/boşuna tedaviye dair verdiği cevapların sırasıyla: %19,2 (n=40): "%0–1 hayatta kalma olasılığı", %14,9 (n=31): "Tedavinin fizyolojik etkisini sağlayamama", %12,5 (n=26): "Kalıcı vejetatif durumda olma" ve %0,5 (n=1): "İstenilen sonuca ulaşmada etkisiz olma" olduğu görüldü.

Temel etik kavramlardan nafile/boşuna tedaviye dair bilgi düzeyi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Temel etik kavramlardan nafile/boşuna tedaviye dair bilgi düzeyi

"Nafile/Boşuna tedavi kavramı?"	n	%
%0-1 hayatta kalma olasılığı	40	19,2
İstenilen sonuca ulaşmada etkisiz olma	1	0,5
İstenilen sonuca ulaşmada etkisiz olma	110	52,9
Kalıcı vejetatif durumda olma	26	12,5
Tedavinin fizyolojik etkisini sağlayamama	31	14,9

n: Sayı, %: Yüzde

4.7.3. Tedaviden Kaçınmaya Dair Bilgi Düzeyi

Yoğun bakım hekimlerine "Hayati öneme sahip bir müdahalenin başlatılmaması veya arttırılmaması" tanımlamasıyla ilgili bilgi düzeyi sorulduğunda; %74'ü (n=154) doğru seçenek olan "Tedaviden Kaçınma" yanıtını vermiştir. Bu tanımlamaya "Tedaviyi Geri çekme" cevabını verenlerin oranının %13 (n=27), tanımlamayı hiç duymadığını belirtenlerin oranının ise %7,2 (n=15) olduğu görüldü. Bu tanımlamayı "Nafile/Boşuna tedavi" olarak cevaplayanların oranının %4,8 (n=10) veya "Ötanazi" olarak cevaplayanların oranının ise %1 (n=2) olduğu görüldü. Temel etik kavramlardan tedaviden kaçınmaya dair bilgi düzeyi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Temel etik kavramlardan tedaviden kaçınmaya dair bilgi düzeyi

Ülkemizde yasal olarak uygulanmayan ancak farklı ülkelerin yoğun bakım tedavi protokollerinde yer alan; Hayati öneme sahip bir müdahalenin başlatılmaması ya da arttırılmamasına karar verilmesine denir.

	n	%
Ötanazi	2	1,0
Nafile/Boşuna tedavi	10	4,8
Tedaviden Kaçınma	154	74,0
Tedaviyi Geri çekme	27	13,0
Hiç duymadım	15	7,2

n: Sayı, %: Yüzde

4.7.4. Tedaviyi Geri Çekmeye Dair Bilgi Düzeyi

Yoğun bakım hekimlerine "Halen uygulanmakta olan hayati öneme sahip bir tedavinin aktif olarak durdurulması" tanımlamasıyla ilgili bilgi düzeyi sorulduğunda; yoğun bakım hekimlerinin %71,6'sı (n=149) doğru tanımlama olan "Tedaviyi Geri çekme" cevabını verdiği görüldü. Bu tanımlamaya "Tedaviden Kaçınma" cevabı verenlerin oranı %14,4 (n=30), bu tanımlamayı "Hiç duymadım" cevabını verenler %5,8 (n=12) ve son olarak "Ötanazi" olarak cevaplayanların oranının ise benzer şekilde %5,8 (n=12) olduğu görüldü. Temel etik kavramlardan tedaviyi geri çekmeye dair bilgi düzeyi Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Temel etik kavramlardan tedaviyi geri çekmeye dair bilgi düzeyi

Ülkemizde yasal olarak uygulanmayan ancak farklı ülkelerin yoğun bakım tedavi protokollerinde yer alan; Halen uygulanmakta olan hayati öneme sahip bir tedavinin aktif olarak durdurulmasına karar verilmesine denir. Boşluk için en uygun seçenek hangisidir?

	n	%
Ötanazi	12	5,8
Nafile/Boşuna tedavi	5	2,4
Tedaviden Kaçınma	30	14,4
Tedaviyi Geri Çekme	149	71,6
Hiç duymadım	12	5,8

n: Sayı, %: Yüzde

4.8. Karar Yetisi Olan Hastada Tedavi Reddi ve Hekim Tutumları

Yaşam kurtarıcı bir tedavinin (Kardiyopulmoner resüsitasyon, ventilatör vb.) karar yetisi olan (competent) bir hastayı kurtaracağı öngörülmesine rağmen, hastanın bu tedaviyi reddetmesi durumunda yoğun bakım hekimlerinin verdiği yanıtların dağılımı ayrıntılı bir şekilde sıralanmıştır. Karar yetisi olan hastada tedavi reddi ve hekim tutumları Tablo 12’de ve Şekil 3’te gösterilmiştir.

4.8.1. İletişim ve İkna Çabası

Yoğun bakım hekimlerinin, karar yetisi olan hastanın tedavi reddine rağmen “*Hastayla iletişime geçer ve ikna etmeye çalışırım*” açıklamasına verdikleri yanıtlar; Her Zaman: n=114 (%54,8), Sıkça: n=53 (%25,5), Bazen: n=26 (%12,5), Nadiren: n=10 (%4,8) ve Hiçbir Zaman: n=5 (%2,4). Yoğun bakım hekimlerinin yaklaşık %80,3’ünün (Her Zaman + Sıkça) hastayı ikna etmeye çalışacağını belirttikleri görüldü.

4.8.2. Hastanın İsteğine Karşın Kendi Düşüncesi Doğrultusunda Hareket Etme

Yoğun bakım hekimlerinin, karar yetisi olan hastanın tedavi reddine rağmen “*Hastanın isteğine karşın kendi düşüncem doğrultusunda hareket ederim*” seçeneğine verdikleri yanıtlar; Sıkça: n=61 (%29,3), Her Zaman: n=59 (%28,4), Bazen: n=36 (%17,3), Nadiren: n=30 (%14,4) ve Hiçbir Zaman: n=22 (%10,6). Yoğun bakım hekimlerinin %57,7’si (Her Zaman + Sıkça), hastanın kararına rağmen tıbbi müdahaleyi uygulama eğiliminde oldukları görüldü.

4.8.3. Hastanın İsteğine Uyma

Yoğun bakım hekimlerinin, karar yetisi olan hastanın tedavi reddine “Hastanın isteğine uyarım” seçeneğine verdikleri yanıtlar; Hiçbir Zaman: n=68 (%32,7), Nadiren: n=55 (%26,4), Bazen: n=55 (%26,4), Sıkça: n=20 (%9,6) ve Her Zaman: n=10 (%4,8). Hastanın isteğine her zaman ve/veya sıkça uyacağını belirtenlerin toplam oranının %14,4 olduğu görüldü.

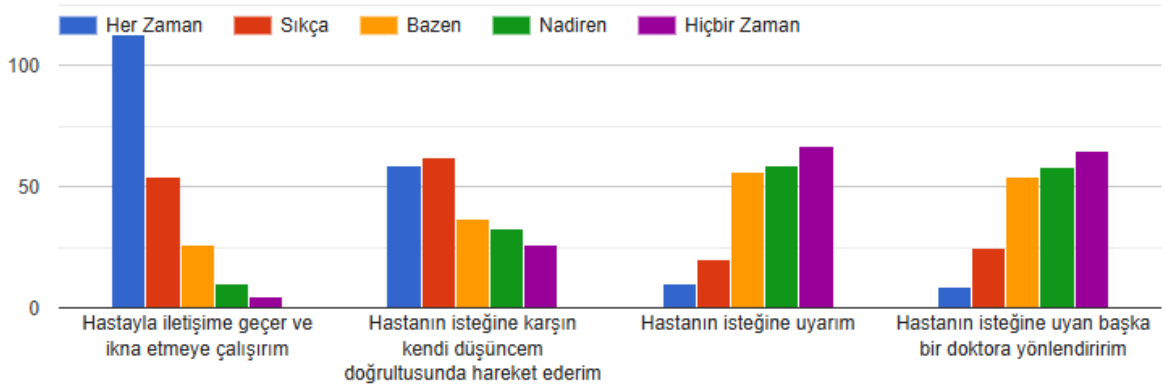
4.8.4. Başka Bir Doktora Yönlendirme

Yoğun bakım hekimlerinin, karar yetisi olan hastanın tedavi reddine “Hastanın isteğine uyan başka bir doktora yönlendiririm” seçeneğine verdikleri yanıtlar; Hiçbir Zaman: n=65 (%31,3), Nadiren: n=56 (%26,9), Bazen: n=54 (%26,0), Sıkça: n=24 (%11,5) ve Her Zaman: n=9 (%4,3).

Tablo 12. Karar yetisi olan hastada tedavi reddi ve hekim tutumları

	n	%
Hastayla iletişime geçer ve ikna etmeye çalışırım		
Her Zaman	114	54,8
Sıkça	53	25,5
Bazen	26	12,5
Nadiren	10	4,8
Hiçbir Zaman	5	2,4
Hastanın isteğine karşı kendi düşüncem doğrultusunda hareket ederim		
Her Zaman	59	28,4
Sıkça	61	29,3
Bazen	36	17,3
Nadiren	30	14,4
Hiçbir Zaman	22	10,6
Hastanın isteğine uyarım		
Her Zaman	10	4,8
Sıkça	20	9,6
Bazen	55	26,4
Nadiren	55	26,4
Hiçbir Zaman	68	32,7
Hastanın isteğine uyan başka bir doktora yönlendiririm		
Her Zaman	9	4,3
Sıkça	24	11,5
Bazen	54	26,0
Nadiren	56	26,9
Hiçbir Zaman	65	31,3

n: Sayı, %: Yüzde



Şekil 3. Karar yetisi olan hastada tedavi reddi ve hekim tutumları

4.9. Terminal Dönem Hastalarda Yaşam Kurtarıcı Tedavilere İlişkin Sağlık Hizmeti Sunucuları Arasındaki Fikir Ayrılıkları

Yoğun bakım ünitesinde terminal dönemdeki hastalara yönelik yaşam kurtarıcı tedavi (Kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon, inotropik destek vb.) uygulamalarında, sağlık hizmeti sunucuları (hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli) arasında fikir ayrılığı yaşanma durumuna ilişkin yoğun bakım hekimlerinin verdiği cevaplar: Bazen: n=90 (%43,3), Sıkça: n=51 (%24,5), Nadiren: n=51 (%24,5), Her Zaman: n=8 (%3,8) ve Hiçbir Zaman: n=8 (%3,8) şeklindedir. Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki fikir ayrılıkları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki fikir ayrılıkları

Yoğun bakım ünitenizde, terminal dönem hastalarda uygulamakta olduğunuz yaşam kurtarıcı tedavilere dair sağlık hizmeti sunucuları içinde fikir ayrılıkları yaşanır mı?		
	n	%
Her Zaman	8	3,8
Sıkça	51	24,5
Bazen	90	43,3
Nadiren	51	24,5
Hiçbir Zaman	8	3,8

n: Sayı, %: Yüzde

4.10. Terminal Dönem Hastalarda Bilgilendirme Süreci ve Bilginin Paylaşıldığı Taraflar

Terminal dönem hastalarının mevcut klinik durumları ve uygulanan tedaviler hakkında kimlerin bilgilendirildiğine dair yoğun bakım hekimlerinin yaklaşımlarından elde edilen veriler aşağıda sunulmuştur. Terminal dönem hastalarda bilgilendirme süreci ve bilginin paylaşıldığı taraflar Tablo 14'te gösterilmiştir.

4.10.1. Sadece Hastanın Bilgilendirilmesi

Terminal dönemdeki bir hastanın klinik durumu hakkında bilginin yalnızca kendisine iletilmesine verilen cevapların Her Zaman: n=39 (%18,8), Sıkça: n=20 (%9,6), Bazen: n=53 (%25,5), Nadiren: n=47 (%22,6) ve Hiçbir Zaman: n=49 (%23,6) oranlarında olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin %28,4'ü (Her Zaman + Sıkça) bilgiyi sadece hastayla paylaşmayı uygun bir uygulama olarak tercih ederken, "Hiçbir Zaman" ve "Nadiren" uygulayanların toplam oranının ise %46,2 olduğu görüldü.

4.10.2. Sadece Ailenin Bilgilendirilmesi

Terminal dönemdeki bir hastanın klinik durumu hakkında bilginin sadece hasta yakınlarına verilmesi yaklaşımına verilen cevapların; Her Zaman: n=74 (%35,6), Sıkça: n=52 (%25,0), Bazen: n=38 (%18,3), Nadiren: n=19 (%9,1) ve Hiçbir Zaman: n=25 (%12,0) oranlarında olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin %60,6'sının (Her Zaman + Sıkça) terminal dönem süreçleri hakkında bilgilendirmeyi sadece aile ile paylaşma eğiliminde oldukları görüldü.

4.10.3. Hem Hasta Hem de Ailenin Bilgilendirilmesi

Terminal dönemdeki bir hastanın klinik durumu hakkında bilginin hem hasta hem de aile ile eş zamanlı paylaşılması yaklaşımına verilen cevapların; Her Zaman: n=89 (%42,8), Sıkça: n=47 (%22,6), Bazen: n=35 (%16,8), Nadiren: n=19 (%9,1) ve Hiçbir Zaman: n=18 (%8,7) oranlarında olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin %65,4'ü (Her Zaman + Sıkça) hem hastayı hem de aileyi bilgilendirmeyi tercih ettikleri görüldü.

4.10.4. Bilginin Hiç Kimseyle Paylaşılması

Terminal dönemdeki bir hastanın klinik durumu hakkında bilginin hiç kimse ile paylaşılmasına ilişkin verilen cevapların; Hiçbir Zaman: n=150 (%72,1), Nadiren: n=35 (%16,8), Bazen: n=12 (%5,8), Her Zaman: n=7 (%3,4) ve Sıkça: n=4 (%1,9) oranlarında olduğu görüldü.

Bu yaklaşımın, yoğun bakım hekimleri tarafından neredeyse tamamen reddedildiği görüldü.

Tablo 14. Terminal dönem hastalarda bilgilendirme süreci ve bilginin paylaşıldığı taraflar

	n	%
Sadece hastanın bilgilendirilmesi		
Her Zaman	39	18,8
Sıkça	20	9,6
Bazen	53	25,5
Nadiren	47	22,6
Hiçbir Zaman	49	23,6
Sadece ailenin bilgilendirilmesi		
Her Zaman	74	35,6
Sıkça	52	25,0
Bazen	38	18,3
Nadiren	19	9,1
Hiçbir Zaman	25	12,0
Hem hasta hem de ailenin bilgilendirilmesi		
Her Zaman	89	42,8
Sıkça	47	22,6
Bazen	35	16,8
Nadiren	19	9,1
Hiçbir Zaman	18	8,7
Bilginin hiç kimseyle paylaşılması		
Her Zaman	7	3,4
Sıkça	4	1,9
Bazen	12	5,8
Nadiren	35	16,8
Hiçbir Zaman	150	72,1

n: Sayı, %: Yüzde

4.11. Yoğun Bakım Yatak Kapasitesi ve Talep Dağılımı

Yoğun bakım ünitelerindeki iş yoğunluğu ve yatak doluluk oranlarını değerlendirmek amacıyla yoğun bakım hekimlerine iletilen, günlük iş akışı sırasında gelen yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aşma sıklığına dair verilen yanıtlarda; Yoğun bakım hekimlerinin %49'u (n=102) yatak taleplerinin "Sıkça" mevcut kapasiteyi aştığını iletti. Bu durumun "Her Zaman" yaşandığını ifade edenlerin oranı %36,1 (n=75), "Bazen" kapasiteyi aştığını bildirenlerin %12,5 (n=26) ve "Nadiren" (%1,9) yaşandığını

veya "Hiçbir Zaman" (%0,5) yaşanmadığını belirtenlerin oranı oldukça düşük olduğu görüldü. Tüm cevaplar toplu olarak incelendiğinde; yoğun bakım hekimlerinin %85,1'i (Sıkça ve Her Zaman toplamı) yoğun bakım ünitelerinde yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aştığını ifade ettikleri görüldü. Yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aşma sıklığı Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aşma sıklığı

Yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aşma sıklığı		
	n	%
Her zaman	75	36,1
Sıkça	102	49,0
Bazen	26	12,5
Nadiren	4	1,9
Hiçbir zaman	1	0,5

n: Sayı, %: Yüzde

4.12. Terminal Dönem Hasta Bakım sürecinde Rehber İhtiyacı ve Beklentiler

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta süreçlerine ilişkin klinik ve hukuki düzenleme ihtiyaçları ile bu düzenlemelerin potansiyel faydasına yönelik görüşleri incelendi. Terminal dönem hasta bakım sürecinde rehber ihtiyacı ve beklentiler Tablo 16'da sunulmuştur.

4.12.1. Yoğun Bakım Seviyesinde Klinik Rehber İhtiyacı

Yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım pratiğine yönelik daha net klinik uygulama rehberlerine duydukları ihtiyaçları; Çok Fazla: n=137 (%65,9), Sıkça: n=51 (%24,5), Bazen: n=15 (%7,2), Nadiren: n=5 (%2,4) ve Hiçbir Şekilde: n=0 (%0) oranlarında olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin %90,4'ü (Çok Fazla + Sıkça) terminal dönem hasta bakım süreçlerinin yönetimi için mevcut klinik rehberlerin yetersiz olduğunu veya daha net tanımlanmış protokollere ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. Ayrıca hiçbir yoğun bakım hekimi rehber ihtiyacının olmadığını beyan etmedi (%0).

4.12.2. Hukuki Seviyede Rehber İhtiyacı

Hukuki düzenlemelere duyulan rehber ihtiyacı sorulduğunda; Çok Fazla: n=164 (%78,8), Sıkça: n=38 (%18,3), Bazen: n=6 (%2,9) ve Nadiren / Hiçbir Şekilde: n=0 (%0) oranlarının olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin %78,8'i (n=164) yaşam sonu süreçlerinin yönetimine dair hukuki rehberlere

"Çok fazla" ihtiyaç duyduğunu beyan etti. Ayrıca hiçbir yoğun bakım hekimi (%0) bu ihtiyacın "Nadiren" veya "Hiçbir zaman" olduğunu belirtmedi.

4.12.3. Rehberlerin Olası Faydasına İlişkin Görüşler

Yoğun bakım hekimlerine olası rehberlerin faydalı olup olmayacağı konusundaki görüşleri sorulduğunda; %88,5'i (n=184) bu rehberlerin sürece olumlu katkı sağlayacağını belirterek "Evet" yanıtını verdi. Bu yaklaşımın faydası konusunda "Belirsiz" kalanların oranı %10,1 (n=21) iken, rehberlerin faydalı olmayacağını düşünenlerin oranı sadece %1,4 (n=3) seviyesinde olduğu görüldü.

Tablo 16. Terminal dönem hasta bakım rehber ihtiyacı ve beklentiler

	n	%
Yoğun bakım seviyesinde klinik rehber ihtiyacı		
Çok fazla	137	65,9
Sıkça	51	24,5
Bazen	15	7,2
Nadiren	5	2,4
Hiçbir şekilde	0	0
Hukuki seviyede rehber ihtiyacı		
Çok fazla	164	78,8
Sıkça	38	18,3
Bazen	6	2,9
Nadiren	0	0
Hiçbir şekilde	0	0
Rehberlerin olası faydasına ilişkin görüşler		
Evet	184	88,5
Hayır	3	1,4
Belirsiz	21	10,1

n: Sayı, %: Yüzde

4.13. Eğitim Programlarının Etkisi ve Psikososyal Destek İhtiyacı

Çalışmanın bu basamağında, eğitim programlarının terminal dönem hasta süreç yönetimi üzerindeki potansiyel etkisi ile yoğun bakım hekimlerinin duygusal destek hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlere duydukları ihtiyaç incelendi.

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta süreç yönetimine ilişkin eğitim programlarının etkisi ve psikososyal destek ihtiyacı Tablo 17’de gösterilmiştir.

4.13.1. Eğitim Programlarının Uygulamaya Etkisi

Yoğun bakım hekimlerine, eğitim programlarının terminal dönem hasta bakımında süreç yönetimini değiştirme potansiyeli sorulduğunda; Sıkça: n=80 (%38,5), Çok Fazla: n=63 (%30,3), Bazen: n=49 (%23,6), Nadiren: n=9 (%4,3) ve Hiçbir Şekilde: n=7 (%3,4) cevapları alındı.

Yoğun bakım hekimlerinin toplamda %68,8’i eğitimin klinik pratikleri üzerinde dönüştürücü bir etkisi olacağına inandığını gösterdi. Eğitimin hiçbir etkisi olmayacağını düşünenlerin oranı ise sadece %3,4 (n=7) ile oldukça sınırlı kaldığı görüldü.

4.13.2. Duygusal Danışmanlık ve Destek Hizmetlerinin Varlığı

Yoğun bakım ünitelerinde çalışanların moral ve motivasyonunu destekleyecek kurumsal destek mekanizmalarının mevcudiyeti sorgulandı ve belirgin bir eksiklik saptandı.

Yoğun bakım hekimlerinin %76,9’u (n=160) çalıştıkları üniteye duygusal danışmanlık veya destek hizmeti bulunmadığını bildirdi. Bu hizmetlerin mevcut olduğunu belirtenlerin oranı sadece %8,7 (n=18) iken, %14,4’lük (n=30) bir kesim bu konuda bilgisiz (belirsiz) olduğunu ifade etti.

4.13.3. Destek Programlarına Duyulan İhtiyaç

Yoğun bakım ünitelerinde destek programlarının olması gerektiğine dair çok güçlü bir fikir birliği bulunmaktadır.

Yoğun bakım hekimlerinin %87’si (n=181) yoğun bakım ünitesinde sağlık çalışanları için duygusal danışmanlık programlarının bulunması gerektiğini savundu. Buna karşı çıkanların oranı %3,4 (n=7), kararsız kalanların oranı ise %9,6 (n=20) olarak belirlendi.

Tablo 17. Eğitim programlarının etkisi ve psikososyal destek ihtiyacı

	n	%
Eğitim programlarının uygulamaya etkisi		
Çok fazla	63	30,3
Sıkça	80	38,5
Bazen	49	23,6
Nadiren	9	4,3
Hiçbir şekilde	7	3,4
Duygusal danışmanlık ve destek hizmetlerinin varlığı		
Evet	18	8,7
Hayır	160	76,9
Belirsiz	30	14,4
Destek programlarına duyulan ihtiyaç		
Evet	181	87,0
Hayır	7	3,4
Belirsiz	20	9,6

n: Sayı, %: Yüzde

4.14. Sağlık Çalışanlarının Terminal Dönem Tedavilerine İlişkin Kişisel Endişeleri

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem bir hastalık tanısı almaları durumunda uygulanabilecek tıbbi müdahaleler ve karşılaşılması muhtemel süreçlere ilişkin tutumları 5'li Likert ölçeği üzerinden sorgulandı.

Sağlık çalışanlarının olası terminal dönem tedavilerine ilişkin kişisel endişeleri Tablo 18'de sunulmuştur.

4.14.1. Yoğun Bakıma Girme Endişesi

Yoğun bakım hekimlerinin büyük bir çoğunluğunun terminal dönemde olmaları durumunda en büyük endişelerinin yoğun bakım ünitesine girme olduğu görülmektedir.

Yoğun bakım hekimlerinin %58,2'si (n=121) bu süreçte "Kesinlikle Evet" ve %32,7'si (n=68) "Muhtemelen Evet" yanıtını verdi. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %90,9'u, terminal dönemde yoğun bakım ünitesine girmeyi en büyük endişe olarak gördükleri tespit edildi.

Buna karşın, terminal dönemde yoğun bakım ünitesine girişi endişe kaynağı olarak kesinlikle reddedenlerin oranı %1,4 (n=3) idi. "Muhtemelen Hayır" diyenler (%4,3) ile birlikte süreçle ilişkin "Kararsızım" yanıtını veren yoğun bakım hekimlerinin oranı ise %3,4 (n=7) idi.

4.14.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulanma Endişesi

Yoğun bakım hekimlerinin büyük bir çoğunluğu, terminal dönemde kendilerine kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanması konusunda belirgin bir endişe taşıdıklarını ifade ettikleri görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin %56,3'ü (n=117) bu konuda "Kesinlikle" endişeli olduğunu, %29,8'i (n=62) "Muhtemelen" endişe duyacağını belirtti. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %86,1'i, terminal dönemde kendilerine kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmasını bir endişe kaynağı olarak gördüğü tespit edildi.

Öte yandan, bu müdahalenin kendisinde bir endişe yaratmadığını belirten yoğun bakım hekimlerinin oranı oldukça düşüktü; "Kesinlikle Hayır" diyenler %3,4 (n=7) ve "Muhtemelen Hayır" diyenler ise %2,4 (n=5) seviyesindeydi. Bu konuda "Kararsızım" yanıtını verenlerin oranı ise %8,2 (n=17) olarak saptandı.

4.14.3. Solunum Cihazına Bağlanma Endişesi

Yoğun bakım hekimlerinin çok büyük bir bölümü terminal dönemde solunum cihazına bağlanmayı ciddi bir endişe kaynağı olarak tanımlamaktadır. Yoğun bakım hekimlerinin %57,7'si (n=120) terminal dönemde solunum cihazına bağlanmayı "Kesinlikle Evet" diyerek en yüksek seviyede endişe taşıdığı, %32,7'si (n=68) ise "Muhtemelen Evet" diyerek endişe taşıdığı görüldü. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %90,4'ü, terminal dönemde solunum cihazına bağlanmayı endişe verici bir süreç olarak nitelendirdiği belirlendi.

Buna karşın, bu süreçle ilgili endişe taşımadığını belirten yoğun bakım hekimlerinin oranı; "Kesinlikle Hayır" yanıtı veren %1,9 (n=4) ve "Muhtemelen Hayır" diyenle %2,9 (n=6) şeklindeydi. Yoğun bakım hekimlerinin %4,8'i (n=10) ise bu konuda kararsız olduklarını ifade etti.

4.14.4. Ağrılı Süreç Yaşama Endişesi

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönemdeki en temel endişe kaynağının ağrılı süreç yaşamaları olduğu görüldü.

Yoğun bakım hekimlerinin %72,6'sı (n=151) terminal dönemde ağırlı bir süreç yaşamaktan "Kesinlikle" endişe duyduğunu belirtir. "Muhtemelen Evet" yanıtını veren %20,7'lik (n=43) yoğun bakım hekimi de eklendiğinde, yoğun bakım hekimlerinin toplamda %93,3'ünün terminal dönemde ağrıyı temel bir endişe kaynağı olarak tanımladığı görüldü. Bu süreçle ilgili endişe taşımadığını belirten yoğun bakım hekimlerinin oranları ise; "Kesinlikle Hayır" diyen %2,9 (n=6) ve "Muhtemelen Hayır" diyen %2,4 (n=5) seviyesinde olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin sadece %1,4'ü (n=3) bu konuda kararsız olduklarını beyan etti.

4.14.5. Beslenme İle İlgili Endişe

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönemde beslenme desteği alma konusunda genel bir endişe taşıdıkları görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin %40,9'u (n=85) bu konuda "Kesinlikle Evet", %34,6'sı (n=72) ise "Muhtemelen Evet" diyerek endişe duyacaklarını ifade etti. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %75,5'i, terminal evrede beslenme desteği süreçlerini bir endişe kaynağı olarak gördüğü belirlendi.

Dikkat çekici bir bulgu olarak, bu kategorideki kararsızlık oranı %15,4 (n=32) ile diğer tüm tıbbi müdahale ve semptom endişeleri (Kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon, ağrı vb.) arasında en yüksek seviyeyedir.

Öte yandan, beslenme desteğine dair endişe taşımadığını belirten yoğun bakım hekimlerinin toplam oranı (Kesinlikle/Muhtemelen Hayır) %9,1 olduğu görüldü.

4.14.6. Cihaz Bağımlı Olma Endişesi

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönemde cihaz bağımlısı (solunum veya kardiyak destek üniteleri) olmalarına dair çok yüksek düzeyde bir endişe taşıdıkları saptandı. Yoğun bakım hekimlerinin %67,8'i (n=141) bu konuda "Kesinlikle" endişeli olduğunu belirtirken, %26,4'ü (n=55) "Muhtemelen" endişe duyacağını ifade etti. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %94,2'si, terminal evrede cihaz bağımlısı olmayı büyük bir endişe kaynağı olarak tanımladı.

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönemde cihaz bağımlısı olmalarına dair endişe taşımadığını belirtenlerin oranı %2,9 (Kesinlikle/Muhtemelen Hayır) seviyesinde kaldığı, kararsızlık oranının ise %2,9 (n=6) seviyesinde olduğu görüldü.

Tablo 18. Sağlık çalışanlarının olası terminal dönem tedavilerine ilişkin kişisel endişeleri

	n	%
Yoğun bakım ünitesine girme endişesi		
Kararsızım	7	3,4
Kesinlikle Evet	121	58,2
Kesinlikle Hayır	3	1,4
Muhtemelen Evet	68	32,7
Muhtemelen Hayır	9	4,3
Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanma endişesi		
Kararsızım	17	8,2
Kesinlikle Evet	117	56,3
Kesinlikle Hayır	7	3,4
Muhtemelen Evet	62	29,8
Muhtemelen Hayır	5	2,4
Solunum cihazına bağlanma endişesi		
Kararsızım	10	4,8
Kesinlikle Evet	120	57,7
Kesinlikle Hayır	4	1,9
Muhtemelen Evet	68	32,7
Muhtemelen Hayır	6	2,9
Ağrılı süreç yaşama endişesi		
Kararsızım	3	1,4
Kesinlikle Evet	151	72,6
Kesinlikle Hayır	6	2,9
Muhtemelen Evet	43	20,7
Muhtemelen Hayır	5	2,4
Beslenme ile ilgili endişe		
Kararsızım	32	15,4
Kesinlikle Evet	85	40,9
Kesinlikle Hayır	8	3,8
Muhtemelen Evet	72	34,6
Muhtemelen Hayır	11	5,3
Cihaz bağımlı olma endişesi (Solunum-kardiyak destek)		
Kararsızım	6	2,9
Kesinlikle Evet	141	67,8
Kesinlikle Hayır	4	1,9
Muhtemelen Evet	55	26,4
Muhtemelen Hayır	2	1,0

n: Sayı, %: Yüzde

4.15. Ölüm Sürecine İlişkin Kişisel Tutum ve Korkular

Yoğun bakım hekimlerinin ölüm sürecine ilişkin kişisel tutum ve korkular yedi temel başlık altında incelendi. Ölüm sürecine ilişkin kişisel tutum ve korkular Tablo 19'da gösterilmiştir.

4.15.1. Ölüm Korkusuna İlişkin Kişisel Tutumları

Yoğun bakım hekimlerinin "Ölmekten korkuyorum" ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %33,7'si (n=70) "Muhtemelen katılıyorum" ve %27,4'ü (n=57) "Tamamen katılıyorum" cevabını vererek ölüm korkusunu beyan etti. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %61,1'i, ölüme karşı kişisel bir korku duyduklarını belirttiği görüldü.

Ölüm korkusu taşımadığını belirten yoğun bakım hekimlerinin oranı toplamda %16,8 (n=35) seviyesindeydi ve bu grubun %10,1'i "Muhtemelen katılmıyorum", %6,7'si ise "Hiçbir şekilde katılmıyorum" yanıtını verdi. Öte yandan, yoğun bakım hekimlerinin %22,1'i (n=46) "Kararsızım" yanıtını verdi.

4.15.2. Yaşamı Uzatan Tedavilere Yönelik Kişisel Tercihler

Yoğun bakım hekimlerinin "Olabilecek tüm tedavilerle yaşamımı uzatmak isterim" ifadesine verdikleri yanıtlarda ciddi bir belirsizlik yaşadıkları görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin en yüksek oranda %32,7 (n=68) ile "Kararsızım" yanıtını verdiği görüldü. Yaşamı uzatan tedavileri kendisi için isteyenlerin oranı (Tamamen + Muhtemelen Katılıyorum) toplamda %31,3; bu görüşe katılmayanların (Hiçbir Şekilde + Muhtemelen Katılmıyorum) toplam oranı %36 olarak saptandı.

4.15.3. Yaşam Sonu Analjezik Kullanımına İlişkin Kişisel Endişeler

Yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem süreçlerinde analjezik kullanımı konusunda sergiledikleri tutum incelendiğinde; %39,9'unun (n=83) gerekli tüm analjeziklerin alınması konusunda bir endişe taşıdığı (Tamamen + Muhtemelen katılıyorum) görüldü. Buna karşın, analjezik alımıyla ilgili bir endişe taşımadığını beyan eden yoğun bakım hekimlerinin (Hiçbir Şekilde + Muhtemelen katılmıyorum) toplam oranı %32,2 (n=67) olarak saptandı.

Dikkat çekici bir bulgu olarak, yoğun bakım hekimlerinin %27,9'u (n=58) terminal dönem süreçlerinde analjezik kullanımı konusunda "Kararsızım" yanıtını verdi.

4.15.4. Ölüm Sürecinde Başkalarına Bağlı Olma Korkusu

Yoğun bakım hekimlerinin ölüm sürecine dair en baskın kişisel çekincesinin "başkalarına bağımlı hale gelmek" olduğu görüldü. Yoğun bakım hekimlerinin %64,4'ü (n=134) bu korkuya "Tamamen" katıldığını, %22,6'sı (n=47) ise "Muhtemelen" katıldığını belirtti. Toplamda yoğun bakım

hekimlerinin %87'si, terminal dönem süreçlerinde başkalarına bağlı olmayı büyük bir korku kaynağı olarak tanımladıkları görüldü.

Buna karşın, başkalarına bağlı olmaktan korkmadığını beyan eden yoğun bakım hekimlerinin oranı (Hiçbir Şekilde + Muhtemelen Katılmıyorum) toplamda %8,2 düzeyindeydi. Terminal dönem süreçlerinde başkalarına bağlı olma konusunda kararsız olduklarını ifade edenlerin oranı %4,8 (n=10) idi.

4.15.5. Yaşam Süresini Uzatmak Adına Acı Çekmeye Yönelik Kişisel Tutumlar

Yoğun bakım hekimlerinin "Daha uzun yaşamak için her durumda acıyı kabul ederim" ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %44,2'si (n=92) bu ifadeye "Hiçbir şekilde katılmıyorum", %23,6'sı (n=49) ise "Muhtemelen katılmıyorum" yanıtını verdiği görüldü. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %67,8'i, yaşam süresinin uzatılması karşılığında acı çekmeye razı olmadıklarını beyan etti.

Buna karşın, daha uzun yaşamak adına acıyı kabullenebileceğini belirtenlerin oranı (Tamamen + Muhtemelen Katılıyorum) toplamda yalnızca %12,5 seviyesinde kaldı. Yoğun bakım hekimlerinin %19,7'si (n=41) ise bu konuda kararsız olduklarını ifade etti.

4.15.6. Terminal Dönemde Prognostik Bilgi Alma Tercihleri

Yoğun bakım hekimlerinin "Doktorumun bana ne kadar süre yaşayacağımı söylemesini isterim" ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %34,6'sı (n=72) bu ifadeye "Tamamen", %24,5'i (n=51) ise "Muhtemelen" katıldığını beyan etti. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %59,1'i, prognoza dair dürüst ve açık bir iletişimi tercih etti.

Buna karşın, kalan yaşam süresini bilmek istemeyenlerin (Hiçbir Şekilde + Muhtemelen Katılmıyorum) toplam oranı %16,8 (n=35) olarak saptandı. Dikkat çekici bir diğer bulgu ise, yoğun bakım hekimlerinin %24'ünün (n=50) bu konuda "Kararsızım" yanıtını vermiş olmasıydı.

4.15.7. Ölüm Sürecinde Acı Çekme Korkusu

Yoğun bakım hekimlerinin "Ölürken acı çekmekten korkuyorum." ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %59,6'sı (n=124) bu korkuya "Tamamen" katıldığını, %27,4'ü (n=57) ise "Muhtemelen" katıldığını ifade etti. Toplamda yoğun bakım hekimlerinin %87'si, terminal dönem sürecinde acıyı en temel kaygı unsuru olarak tanımladıkları görüldü.

Buna karşın, ölüm anında acı çekmekten korkmadığını beyan eden yoğun bakım hekimlerinin (Hiçbir Şekilde + Muhtemelen Katılmıyorum) toplam oranı yalnızca %5,8 (n=12) seviyesinde kaldı. Yoğun bakım hekimlerinin %7,2'si (n=15) ise terminal dönem sürecinde acı çekmekten korkma açısından kararsız olduklarını beyan etti.

Tablo 19. Ölüm sürecine ilişkin kişisel tutum ve korkular

	n (Sayı)	% (Yüzde)
Ölmekten korkuyorum		
Tamamen katılıyorum	57	27,4
Muhtemelen katılıyorum	70	33,7
Kararsızım	46	22,1
Muhtemelen katılmıyorum	21	10,1
Hiçbir şekilde katılmıyorum	14	6,7
Olabilecek tüm tedavilerle yaşamımı uzatmak isterim		
Tamamen katılıyorum	26	12,5
Muhtemelen katılıyorum	39	18,8
Kararsızım	68	32,7
Muhtemelen katılmıyorum	45	21,6
Hiçbir şekilde katılmıyorum	30	14,4
Gerekli tüm analjezikleri alma konusunda endişeliyim		
Tamamen katılıyorum	24	11,5
Muhtemelen katılıyorum	59	28,4
Kararsızım	58	27,9
Muhtemelen katılmıyorum	37	17,8
Hiçbir şekilde katılmıyorum	30	14,4
Ölürken başkalarına bağlı olmaktan korkuyorum		
Tamamen katılıyorum	134	64,4
Muhtemelen katılıyorum	47	22,6
Kararsızım	10	4,8
Muhtemelen katılmıyorum	12	5,8
Hiçbir şekilde katılmıyorum	5	2,4
Daha uzun yaşamak için her durumda acıyı kabul ederim		
Tamamen katılıyorum	10	4,8
Muhtemelen katılıyorum	16	7,7
Kararsızım	41	19,7
Muhtemelen katılmıyorum	49	23,6
Hiçbir şekilde katılmıyorum	92	44,2
Doktorumun bana ne kadar süre yaşayacağımı söylemesini isterim		
Tamamen katılıyorum	72	34,6
Muhtemelen katılıyorum	51	24,5
Kararsızım	50	24,0
Muhtemelen katılmıyorum	19	9,1
Hiçbir şekilde katılmıyorum	16	7,7
Ölürken acı çekmekten korkuyorum.		
Tamamen katılıyorum	124	59,6
Muhtemelen katılıyorum	57	27,4
Kararsızım	15	7,2
Muhtemelen katılmıyorum	5	2,4
Hiçbir şekilde katılmıyorum	7	3,4

n: Sayı, %: Yüzde

4.16. Terminal Dönemdeki Karar Yetisi Olan Hastanın Yakınlarına Haber Verilme Durumuna İlişkin Görüşlerin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Yoğun bakım hekimlerinin cinsiyetleri ile "karar yetisi olan bir hastanın ölümü yaklaştığında sadece aileye haber verilmesi" konusundaki tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Ki-Kare analizi sonuçları Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Terminal dönemdeki karar yetisi olan hastanın yakınlarına haber verilme durumuna ilişkin görüşlerin cinsiyete göre incelenmesi

Cinsiyet	Her zaman	Sıkça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Erkek					
n (%)	29 (%27,6)	35 (%33,3)	22 (%21,0)	6 (%5,7)	13 (%12,4)
Kadın					
n (%)	45(%43,7)	27 (%16,5)	16 (%15,5)	13 (%12,6)	12 (%11,7)
Pearson Ki-Kare testi, $\chi^2=13,239$, $sd=4$, $p=0,010$					

Yoğun bakım hekimlerinin "karar yetisi olan bir hastanın ölümü yaklaştığında sadece aileye haber verilmelidir" ifadesine katılım düzeyleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2(4) = 13,239$; $p < 0,05$).

Erkek yoğun bakım hekimlerinin bu duruma en yüksek oranda "Sıkça" (%33,3; $n=35$) ve ardından "Her Zaman" (%27,6; $n=29$) yanıtını verdikleri görüldü. Buna karşın, kadın yoğun bakım hekimlerinin %43,7'si ($n=45$) bu soruya "Her Zaman" yanıtını vererek erkeklere oranla daha kesin bir tutum sergiledikleri görüldü.

Dikkat çekici bir diğer bulgu, "Nadiren" ve "Sıkça" seçeneklerindeki cinsiyet dağılımıdır. Kadınların %12,6'sı ($n=13$) bu durumu "Nadiren" uygun bulurken, erkeklerde bu oran %5,7 ($n=6$) ile daha sınırlı kalmıştır. Ancak "Sıkça" seçeneğinde erkeklerin oranı (%33,3), kadınların oranının (%16,5) yaklaşık iki katıdır. Bu veriler, karar yetisi olan terminal dönem hastalarında bilgilendirme sürecine dair etik yaklaşımların cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığını ortaya koymaktadır.

4.17. Etik Kararlarda "Yaşam Kalitesi" ve "Yaşamın Değeri" Önceliklerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Yoğun bakım hekimlerinin etik bir soruyu yanıtlarken "yaşam kalitesi" (1) ile "yaşamın değeri" (5) arasındaki tercih ölçeğinde nerede durdukları ve bu tercihin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı Ki-Kare analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular Tablo 21’de yer almaktadır.

Tablo 21. Etik kararlarda "yaşam kalitesi" ve "yaşamın değeri" önceliklerinin cinsiyete göre incelenmesi

		"Yaşam Kalitesi" (1)			"Yaşamın Değeri" (5)	
		1	2	3	4	5
Cinsiyet						
Erkek						
	n (%)	34 (%32,4)	17 (%16,2)	23 (%21,9)	8 (%7,6)	23 (%21,9)
Kadın						
	n (%)	57 (%55,3)	11 (%10,7)	16 (%15,5)	3 (%2,9)	16 (%15,5)

Pearson Ki-Kare testi, $\chi^2=11,866$, sd= 4, p=0,018

Yoğun bakım hekimlerinin cinsiyetleri ile etik kararlarında baz aldıkları temel öncelik (yaşam kalitesi vs. yaşamın değeri) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(4) = 11,866$; $p<0,05$).

İstatistiksel değerlendirme sonuçları, kadın yoğun bakım hekimlerinin %55,3’ü (n=57) etik tercihlerini yaparken en yüksek düzeyde "Yaşam Kalitesi" (1.0) seçeneğine öncelik verdiğini gösterdi. Erkeklerde ise bu oran %32,4 (n=34) ile kadınlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha düşüktü.

Ölçeğin diğer ucunda yer alan "Yaşamın Değeri" (5.0) seçeneğini tercih edenlerin oranı erkeklerde %21,9 (n=23) iken, kadınlarda %15,5 (n=16) düzeyinde kaldı. Ayrıca, ölçeğin orta noktasında (3.0) görüş bildirenlerin oranının erkeklerde (%21,9), kadınlara (%15,5) oranla daha yüksek olduğu görüldü.

Genel toplamda, yoğun bakım hekimlerinin %43,8’inin (n=91) yaşam kalitesini en öncelikli değer olarak gördüğü, ancak kadın yoğun bakım hekimlerinin yaşam kalitesi odaklı yaklaşımı erkeklere kıyasla daha baskın bir şekilde benimsediği görüldü.

4.18. Yoğun Bakım Eğitimi Alma Durumuna Göre "Tedaviyi Geri Çekme" Kavramını Tanımlama Düzeylerinin İncelenmesi

Katılımcıların yoğun bakım konusunda özel bir eğitim alma durumları ile "hayati öneme sahip bir tedavinin aktif olarak durdurulması" (tedaviyi geri çekme) tanımına verdikleri yanıtlar arasındaki ilişki Ki-Kare analizi ile incelendi ve sonuçlar Tablo 22'de sunuldu.

Tablo 22. Yoğun bakım eğitimi alma durumuna göre "tedaviyi geri çekme" kavramını tanımlama düzeylerinin incelenmesi

	Ötanazi	Nafile/boşuna tedavi	Tedaviden kaçınma	Tedaviyi geri çekme	Hiç duymadım
Cinsiyet					
Erkek					
n (%)	10 (%7,1)	1 (%0,7)	24 (%17,0)	101 (%71,6)	5 (%3,5)
Kadın					
n (%)	2 (%3,0)	7 (%10,4)	6 (%9,0)	48 (%71,6)	7 (%10,4)

Pearson Ki-Kare testi, $\chi^2=12,346$, $sd=4$, $p=0,015$

Yoğun bakım hekimlerinin yoğun bakım eğitimi alma durumları ile ilgili etik tanımı doğru yapma (tedaviyi geri çekme) ve diğer kavramları tercih etme eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2(4) = 12,356$; $p < 0,05$).

İstatistiksel değerlendirme sonuçlarına göre, hem eğitim alanların (%71,6; $n=101$) hem de almayanların (%71,6; $n=48$) büyük çoğunluğunun "tedaviyi geri çekme" tanımını doğru şekilde işaretlediğini gösterdi. Ancak gruplar arasındaki anlamlı farkın, özellikle diğer seçeneklerin dağılımından kaynaklandığı görüldü.

Yoğun bakım eğitimi alan yoğun bakım hekimlerinin %17,0'ı ($n=24$) bu durumu "tedaviden kaçınma" olarak tanımlarken, eğitim almayanlarda bu oran %9,0 ($n=6$) seviyesindeydi. Buna karşılık, eğitim almayan grupta bu kavramı "hiç duymadım" diyenlerin oranı (%10,4), eğitim alan gruba (%3,5) göre yaklaşık üç kat daha yüksekti. Ayrıca, eğitim almayan katılımcıların "Nafile/boşuna tedavi" seçeneğini işaretleme oranı (%6,0), eğitim alanlara (%0,7) göre anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Bu bulgular, yoğun bakım eğitiminin yoğun bakım hekimlerinin temel etik kavramlara dair farkındalığını artırdığını ve kavramlar arasındaki terminolojik karışıklıkların (tedaviyi geri çekme ve tedaviden kaçınma gibi) eğitim alan grupta daha spesifik bir dağılım gösterdiğini ortaya koydu.

4.19. Yaşam Kalitesi vs Yaşamın Değeri Skoru Üzerine Çoklu Lineer Regresyon Analizi

Çalışmaya dâhil edilen yoğun bakım hekimlerinin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile “yaşam kalitesi–yaşamın değeri” eksenindeki tercihleri arasındaki ilişkiler çoklu lineer regresyon analizi ile incelendi. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6.12$, $p<0.001$) ve bağımlı değişkendeki varyansın %18’ini açıklamaktadır ($R^2=0.18$; düzeltilmiş $R^2=0.15$). Bu model, yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerinde özellikle dini inanç, klinik deneyim ve medeni durumun belirleyici olduğunu gösterdi. Modelin açıklayıcılık düzeyi orta düzeyde olup, bu durum söz konusu tutumların çok boyutlu yapısını desteklemektedir. Yaşam kalitesi vs yaşamın değeri skoru üzerine çoklu lineer regresyon analizi Tablo 23’te gösterilmiştir.

Tablo 23. Yaşam kalitesi vs yaşamın değeri skoru üzerine çoklu lineer regresyon analizi

Değişken	β (Katsayı)	Standart Hata	t	p değeri
Sabit	2.31	0.42	5.50	<0.001
Yaş (30–39)	0.12	0.09	1.33	0.184
Yaş (40–49)	0.18	0.10	1.80	0.073
Yaş (50+)	0.25	0.14	1.79	0.075
Cinsiyet (Kadın)	-0.15	0.08	-1.87	0.063
Dindar	0.42	0.11	3.82	<0.001
Yoğun bakım eğitimi (Evet)	0.21	0.09	2.33	0.021
Medeni durum (Evli)	0.17	0.08	2.12	0.035

Çoklu lineer regresyon analizi, Model istatistikleri: $R^2 = 0.18$, Düzeltilmiş $R^2 = 0.15$, $F = 6.12$, p (model) < 0.001, R^2 = belirtme katsayısı

Dindarlığın, yaşam kalitesi – yaşamın değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkili bulunmuştur ($\beta=0.42$, $p<0.001$). Yoğun bakım eğitimi almış olmak, yaşamın değerine verilen önemi artıran bir diğer anlamlı değişken olarak belirlenmiştir ($\beta=0.21$, $p=0.021$). Klinik deneyim, yaşamı sürdürmeye yönelik tutumları güçlendirebilir. Evli olmak, yaşamın değerine verilen önemi artıran bir faktör olarak bulunmuştur ($\beta=0.17$, $p=0.035$). Cinsiyet, sınırda anlamlılık göstermektedir ($p=0.063$). Kadınların yaşam kalitesi yönelimli olma eğilimi daha yüksek olabilir, ancak bu bulgu kesin değildir.

5. TARTIŞMA

Toplam 208 yoğun bakım hekiminin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel, tanımlayıcı ve analitik tipte bir saha araştırması olan bu çalışma, Türkiye genelindeki yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hekimlerin terminal dönem hasta bakım süreçlerine yönelik tutum, görüş ve etik yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tasarlanmış olup klinik uygulama ile etik teoriler arasındaki dengeyi ve sistemin yapısal sorunlarını yansıtan kritik veriler sunmaktadır.

Bu çalışma, Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinde görev yapan yoğun bakım hekimlerinin cinsiyet, medeni durum, yaş dağılımı, mensubu oldukları din ve dindarlık düzeyi değişkenlerini içeren sosyodemografik özelliklerini, coğrafi dağılımlarını, mesleki deneyim ve çalışma özelliklerini, görev yaptığı kurumları, mesleki uzmanlık statülerini, yaşam sonu kararı taleplerine ilişkin gözlemlerini, terminal dönem hastalarına yönelik temel etik kavramlardan ötanazi, nafile/boşuna tedavi, tedaviden kaçınma ve tedaviyi reddetme hakkındaki bilgi düzeyleri, karar yetisi olan hastada tedavi reddi ve hekim tutumlarını, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki fikir ayrılıklarını, terminal dönem hastalarda bilgilendirme süreci ve bilginin paylaşıldığı tarafları, yoğun bakım yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi aşma sıklığını, terminal dönem yönetiminde rehber ihtiyacını ve beklentileri, yoğun bakım eğitim programlarının etkilerini ve psikososyal destek ihtiyacını, yoğun bakım hekimlerinin olası terminal dönem tedavilerine ilişkin kişisel endişelerini, ölüm sürecine ilişkin kişisel tutum ve korkularını kapsamlı bir şekilde inceleyerek ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada yer alan 208 yoğun bakım hekiminin yaş dağılımı incelendiğinde, %45,2 gibi önemli bir oranla 30-39 yaş grubunun baskın olduğu görülmektedir. Bu bulgu, yoğun bakım ünitesinin yüksek iş yükü ve stres düzeyleri ile ilişkili olarak tükenmişlik sendromlarının en sık görüldüğü bir branş olmasından dolayı genç ve orta yaş grubu hekimler tarafından icra edilmesi daha önce yapılmış olan çalışmalarla uyumludur. Nitekim Embriaco ve ark. (2007) tarafından Avrupa’da yürütülen çok merkezli bir çalışmada da yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin ağırlıklı olarak 35–45 yaş grubunda yoğunlaştığı bildirilmiştir. Birtane et ark. (2026) tarafından Türkiye’de yoğun bakım alanında uzmanlık eğitimi alan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini ve bu durumu tetikleyen faktörleri inceleyen kesitsel çalışmada hekimlerin yaklaşık yarısı (%49,3) 35-40 yaş grubundadır. Chuang ve ark. (2016) tarafından yoğun bakım ünitesi çalışanlarında tükenmişlik sendromunun yaygınlığını ve buna neden olan risk faktörlerini inceleyen sistematik derlemede; çalışan yoğun bakım hekimlerinin büyük oranda genç ve orta yaş grubunda olduğu görülmektedir. Dodek ve ark (2016) tarafından Kanada’daki 13 yoğun bakım ünitesinde görev yapan sağlık çalışanlarının yaşadığı moral distres düzeylerini ve bu durumun demografik özelliklerle ilişkisini inceleyen çalışmada benzer yaş gruplarındaki yoğun bakım hekimleri

oldukları ve bu genç çalışanların moral distres açısından daha fazla risk altında olduğu gösterilmiştir. Genç yoğun bakım hekimlerinin çoğunlukta olması dinamizmi sağlaması, güncel tıbbi literatürü aktif takip edebilmesi ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde geliştirilen teknolojinin getirdiği yeniliklere adaptasyon açısından belirli avantajlar sağlamaktadır. Ancak yoğun bakım ünitelerinde terminal dönem hasta bakım süreçlerinde özellikle etik kararlar verme aşamalarında bilgi ve birikimin yanında klinik tecrübenin rolü unutulmamalı ve bu yaş grubunun etik kararlar üzerindeki etkileri göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada yer alan 208 yoğun bakım hekiminin cinsiyet dağılımı incelendiğinde cinsiyet dağılımının %50,5 erkek ve %49,5 kadın olmak üzere yeterli düzeyde dengeli olduğu görülmektedir. Bu çalışmada dikkat çeken bulgulardan biri olup Türkiye'deki tıp eğitimindeki cinsiyet dengesini yansıttığı görülmektedir. Erbaş ve Dost (2020) tarafından Türkiye'deki yoğun bakım hekimlerinin COVID-19 pandemisine yönelik bilgi ve tutumlarını inceleyen çalışmada; yoğun bakım hekimlerinde benzer dengeli cinsiyet dağılımı olduğu gösterilmiştir. Cinsiyet dağılımı bağlamında uluslararası veriler incelendiğinde yoğun bakım iş gücünde kadın oranını ortalama %37 olarak bildirilirken (Venkatesh ve ark., 2018), bizim çalışmamızda elde edilen ve Türkiye'de yapılan çalışmalarla (Midik ve ark., 2020) benzer olan %49,5 oranı Türkiye'nin bu alanda uluslararası ortalamaların belirgin biçimde üzerinde olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada yoğun bakım hekimlerinin mensup oldukları din açısından büyük çoğunluğun İslam dinine mensup olduğu (%88,9; n=185), dindarlık düzeyi açısından ise yaklaşık %56,7'si kendisini dindar ya da çok dindar olarak tanımladığı görüldü. Bu durum yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerinde etik karar mekanizmalarını direkt olarak etkileyebilecek kültürel ve dinî sistemin varlığına işaret ettiği görülmekte olup, çalışmamızda uyguladığımız çok değişkenli analizde de bu sonuçlar doğrulanmıştır. Baykara ve ark. (2020) tarafından Türkiye'deki yoğun bakım hekimlerinin yaşam sonu kararlarına yönelik görüş ve tutumlarını inceleyen ve Türkiye'de İslami kültürün yaşam sonu kararları üzerindeki etkisini doğrudan tartışan en kapsamlı yoğun bakım çalışmasında; dini inançların, terminal dönemdeki hastalar için verilen "canlandırmama" (DNR) veya "entübe etmeme" (DNI) kararlarının kabulü üzerinde bir etkisi olmadığı, ancak ateizmin hastanın talebi üzerine verilen DNR/DNI onayında bağımsız bir öngördürücü olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$). Bülow ve ark. (2008) tarafından yoğun bakım ünitelerindeki yaşam sonu kararlarına yönelik dünyanın başlıca dinlerinin (Hristiyanlık, İslam, Yahudilik, Hinduizm, Budizm vb.) yaklaşımlarını inceleyen bu derlemede; tüm büyük dünya dinlerinin yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerinde etik karar tutumlarını değiştirdiği gösterilmiştir. Dindarlık düzeyinin yaşam uzatma tercihleri üzerindeki belirleyici etkisi ise uluslararası ölçekte de belgelenmiş olup (Bülow ve ark., 2012) çalışmamızda

uygulanen çok değişkenli regresyon analizi de bu bulguları destekler nitelikte sonuçlar ortaya koymuştur.

Türkiye'de yoğun bakım, tek ve bağımsız bir uzmanlık dalı olmayıp çeşitli ana dallara bağlı yan dal statüsünde konumlandırılmıştır (Ünal & Şentürk, 2014). Bu yapısal durum, zaman içerisinde her ne kadar yan dal uzman sayılarının artış trendi pozitif yönde olsa da yan dal uzmanlık eğitime sahip yoğun bakım hekimlerinin oranının son derece az olmasına ve dolayısıyla terminal dönem hasta bakım süreçlerinde etik karar alma aşamalarında terminolojik belirsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Ediboğlu ve ark., 2018). Uluslararası düzeyde yoğun bakım uzmanlık eğitimi için asgari çekirdek yetkinlikleri belirlemeyi amaçlayan ve Avrupa merkezli ancak küresel ölçekte kabul edilebilir bir eğitim müfredatının temelini oluşturan kapsamlı bir çalışmada; 57 ülkeden paydaşların katılımı ile güncel yoğun bakım pratiği ile ilişkili olarak güvenli ve yetkin bir yoğun bakım uzman hekimin sahip olması gereken asgari uzmanlık düzeyi belirlenmiştir (CoBaTrICE Collaboration, 2006). Yoğun bakım eğitimi ya da yan dal yoğun bakım uzmanlık eğitim bağlamında, terminal dönem hasta bakım süreçlerinde etik kararlar alma aşamasında pratik uygulamalardaki tutarsızlıkların büyük ölçüde eğitim farklılıklarından kaynaklandığı, görüldüğü üzere uluslararası çalışmalarla da desteklenmektedir (Sprung ve ark., 2003). Çalışmamızda yoğun bakım hekimlerinin %67,8'inin (n=141) yoğun bakım eğitimi aldığı görüldü. Buna karşın, yoğun bakım yan dal uzmanlık eğitime sahip olanların oranının sadece %8,7 (n=18) olduğu; yoğun bakımda çalışan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%91,3, n=190) yan dal uzmanlığının bulunmadığı görüldü. Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerin hem ulusal hem de uluslararası literatür ile uyumlu olduğunu söylenebilir.

Yoğun bakım eğitimi alma durumunun "tedaviyi geri çekme" kavramını doğru tanımlamayla ilişkili olarak yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptadık ($\chi^2=12,356$; $p<0,05$). Yoğun bakım eğitimi ya da yan dal yoğun bakım uzmanlık eğitimi almayan hekimlerin bu kavramı daha önce hiç duymadığını belirtme oranının, eğitim alanlara kıyasla yaklaşık üç kat yüksek olması, eğitim eksikliklerini somut biçimde gözler önüne sermektedir. Bu bağlamda Moon ve Kim (2015) tarafından yoğun bakım ünitesindeki etik sorunları inceleyen çalışmada; yoğun bakım eğitiminin etik terminoloji farkındalığını artırdığı, uluslararası ölçekte net bir şekilde ifade dılmıştır.

Çalışmada yoğun bakım hekimlerinin mesleki deneyim dağılımı incelendiğinde, grubun büyük çoğunluğunun orta düzey deneyime sahip yoğun bakım hekimlerinden oluştuğu görülmektedir. Yoğun bakım hekimlerinin %24,5'inin 1–3 yıllık çalışma süresine sahip olması, örneklemin önemli bir kesiminin kariyerinin erken aşamasında bulunduğunu göstermektedir. Diğer taraftan mesleğinin ilk yılında olanların oranının %14,4 olması, yoğun bakım birimlerine sürekli yeni hekim girişi olduğunu göstermektedir. Buna karşın 15 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimlerin toplamda yalnızca %9,6'lık bir

pay oluşturması, deneyimli hekim kitlesinin oldukça sınırlı kaldığını ve bu konunun ayrıca analiz edilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulgu, yoğun bakım alanında giderek belirginleşen iş gücü kaybı sorunuyla doğrudan ilişkilidir. Tükenmişlik sendromunun iş gücüyle ilgili ortaya çıkan tabloda klinisyen memnuniyetsizliği, sağlanan bakım kalitesinde düşüş, tıbbi hatalar, gerekçesiz devamsızlık ve kurumdan ayrılma niyeti yer almaktadır (Meale, 2016). Deneyimli hekimlerin yoğun bakımda uzun süre çalışamaması yalnızca bilgi birikiminin yitirilmesi ve yetkin yoğun bakım hekimlerinin kaybı anlamına gelmemekte; aynı zamanda hasta güvenliğini ve terminal dönem hasta bakımında etik karar vermedeki optimizasyonu da doğrudan tehdit etmektedir. Nitekim yoğun bakımlara olan talebin artmasıyla birlikte eğitilmiş yoğun bakım uzmanı açığının daha da derinleşmesi beklenmektedir.

Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, yoğun bakım iş gücünün uluslararası standartlardan belirgin biçimde ayrıştığı görülmektedir. Elay ve ark. (2019) tarafından Türkiye’deki yoğun bakım çalışanlarında (hekim ve hemşireler) tükenmişlik prevalansını ve risk faktörlerini inceleyen kesitsel çalışmada, yoğun bakım çalışanlarının %87,2 gibi çok yüksek bir oranının şiddetli tükenmişlik yaşadığı gösterilmiştir. Bu yüksek tükenmişlik oranı göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızdaki yeni mezun ve erken kariyer hekimlerinin yoğunluğu daha da anlamlı bir boyut kazanmaktadır. Deneyim dağılımındaki bu dengesizlik, uluslararası literatürde de gündeme gelen süregelen bir sorunla örtüşmektedir. Lilly ve ark. (2020) tarafından yoğun bakım organizasyonlarındaki iş gücü, iş yükü ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; yoğun bakım ünitelerinde personel eksikliği ve aşırı iş yükünün, sadece çalışanların ruh sağlığını bozmakla kalmayıp aynı zamanda kurumsal verimliliği ve hasta bakım standartlarını tehdit eden sistemik bir kriz olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan yoğun bakım hekimlerinin çalışma biçimleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%84,1) gündüz mesaisi ve gece nöbetini bir arada yürüttüğü "karışık" düzende çalıştığı görülmektedir. Yalnızca gündüz mesaisinde çalışanlar %7,7'sini, yalnızca gece nöbetinde çalışanlar ise %8,2'sini oluşturmaktadır. Bu dağılım, yoğun bakım hizmetinin kesintisiz sürdürülmesi zorunluluğundan kaynaklanan ve Türkiye sağlık mevzuatında da açıkça düzenlenen çalışma pratiklerini yansıtmaktadır. Karışık düzenin bu denli yaygın olması (%84,1), Türkiye’de yoğun bakım iş gücünün uluslararası meslektaşlarıyla yapısal bir benzerlik taşıdığını ortaya koymaktadır. Sanfilippo ve ark. (2020) tarafından yoğun bakım hekimleri arasındaki tükenmişlik yaygınlığını inceleyen sistematik bir derlemede; gece nöbetleri ve hafta sonu çalışması gibi çalışma düzeni, yoğun bakım hekimliğini diğer diğer branşlara kıyasla belirgin biçimde daha stresli olmasına ve meslekte tükenmişliğin en yüksek düzeyde gözlemlendiği alanlardan biri olarak öne çıkmasına neden olmaktadır. Çalışmamızdaki yalnızca gündüz (%7,7) veya yalnızca gece (%8,2) çalışan hekimlerin toplamda yaklaşık %16'lık küçük bir kesimi oluşturması, yüksek "karışık düzen" oranı ve yoğun bakım iş yükünün fazla olması, gece nöbeti

sonrasında yeterli dinlenme sürelerinin yasal güvence altına alınmasını, nöbet yükünün adil biçimde dağıtılmasını ve uzun vadede uzmanlaşmış gece ekiplerinin kurulması ya da desteklenmesini içeren kapsamlı politika düzenlemelerine duyulan acil gereksinimi bir kez daha vurgulamaktadır.

Ötanazi tanımı hakkındaki bilgi düzeyi sorgulanmasında yoğun bakım hekimlerinin %96,2'si tarafından doğru şekilde tanımlanmış olması ile bu yüksek oran dikkat çekicidir. Ötanazinin özellikle Türkiye gibi ülkeler başta olmak üzere toplumsal alanda oldukça tartışmalı bir konu olması nedeniyle daha geniş bilinirlik kazanmış olabileceği değerlendirilebilir (Baykara ve ark., 2020). Buna karşın, "tedaviden kaçınma" ve "tedaviyi geri çekme" gibi daha operasyonel kavramlarda bilgi düzeyinin görece daha düşük kaldığı görüldü: tedaviden kaçınmanın %74,0 ve tedaviyi geri çekmenin ise %71,6 doğru yanıt oranına sahip olduğu görüldü. Bu iki kavram arasındaki terminolojik karışıklık hem dünya genelinde hem de bu çalışma özelinde gözlenmekte olup terminoloji ve farkındalıktaki belirsizliğinin terminal dönem hasta bakım süreçlerinde etik kararlarının uygulanmasını doğrudan olumsuz etkilediği görülmüştür (Levin ve Sprung, 2005; Manalo, 2019). Chung ve ark. (2016) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hekimlerin "tedaviden kaçınma" ve "tedaviyi geri çekme" arasındaki etik ayrım hakkındaki görüşlerini inceleyen bir çalışmada; Hekimlerin sadece %14'ü ikisi arasında etik bir fark olduğu görüşünde ve oysa profesyonel rehberliklerin büyük çoğunluğu her iki uygulamayı etik olarak eşdeğer kabul ettiği vurgulanmıştır. Çalışmamızdaki sonuçlar, bu bağlamda anlamlı biçimde yorumlanabilmektedir. Ötanazinin neredeyse evrensel düzeyde bilinmesi (%96,2), operasyonel yaşam sonu kavramlarındaki görece bilgi boşluğuyla (%71,6–%74,0) yan yana geldiğinde, eğitimin hangi alanlarda yoğunlaştırılması gerektiğine dair önemli veriler sunmaktadır. Ötanazi tanımı tıp eğitiminde ve toplumsal tartışmalarda geniş yer bulmaktadır; buna karşın uygulamadaki farklılıklar çoğunlukla yeterince vurgulanmamaktadır. Sonuç olarak çalışmamızdan elde edilen bulgular, Türkiye'deki yoğun bakım eğitim programlarının yalnızca tanımsal bilgiyi değil, somut klinik karar alma süreçlerini ve terminal dönem hasta bakımını hem yasal hem de kültürel boyutlarını kapsayan bütüncül bir içeriğe kavuşturulması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Nafile/boşuna tedavi tanımına ilişkin bulgular, yalnızca %52,9'luk doğru yanıt oranıyla çalışmamızın en çarpıcı sonuçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu oran, söz konusu kavramın uluslararası literatürde de tartışmalı olmaya devam ettiğini yansıtmaktadır. Aghabarary ve Nayeri (2016) tarafından nafile/boşuna tedavi kavramını ve bu kavramın beraberinde getirdiği zorlukları inceleyen derlemede; nafile/boşuna tedavi tanımındaki belirsizlikler, etik ikilemler ve uygulama stratejileri ele alınmış ve evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımının bulunmadığı iletilmiştir. Schneiderman ve ark. (1996) tarafından yapılan çalışmada, nafile tedavi hem nicel hem de nitel boyutlarıyla ilk kapsamlı değerlendirme yapılmıştır. Söz konusu değerlendirmede, daha sonra

genişletilerek; Nicel boyutu deneysel verilere dayalı olarak hastaya yarar sağlama olasılığının %1'in altında kaldığı durumlar olduğu, nitel boyut ise tedavinin yalnızca kalıcı bilinçsizliği koruduğu ya da yoğun bakıma bağımlılığı sona erdiremeyen durumları kapsadığı açıklanmıştır. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak, doğru yanıt oranının düşük kalmasının arka planında, nafile/boşuna tedavi kavramı etrafındaki köklü tartışmaların yattığı düşünülebilir. Bu tartışmalardan en sık karşılaşılanın hekimler ile aileler arasında tedavinin hasta açısından yarar sağlayıp sağlamadığı konusundaki derin görüş ayrılıkları olması muhtemeldir. Türkiye açısından değerlendirildiğinde, boşuna niteliği taşıyan tedavilerin başlanmaması veya sonlandırılması konusunda görüş birliğine varılabilmiş; ancak hangi tedavilerin nafile olduğunun nasıl belirleneceği konusu netlik kazanmamıştır. Bu belirsizlik, kavramın klinik pratikte tutarsız biçimde uygulanmasına ve hekimlerin tanım konusunda farklı referans çerçevelerine yönelmesine zemin hazırlamaktadır (Akpır, 2010). Türkiye'de yaşam sonu dönemde tıbbi yararsızlık (futilite) konusundaki etik karar verme yöntemlerini inceleyen ilk nitel çalışmada; Türk hekimlerinin etik ikilemler karşısında kullandıkları argümanlar ve karar mekanizmaları derinlemesine analiz edilmiştir. Çalışma, hekimlerin futilite kararı alırken tıbbi gerçekliklerin yanı sıra kültürel değerler, dini inançlar ve hukuki kaygılar arasında bir denge kurmaya çalıştıklarını ortaya koymuştur. Araştırmanın en dikkat çekici bulgularından biri, hekimlerin etik karar verme süreçlerinde yapılandırılmış metodolojik yaklaşımlardan ziyade, genellikle kişisel deneyimlerine ve sezgisel yaklaşımlara başvurduklarını göstermesidir (Aksoy ve İlkılıç, 2024). Sadece Türkiye'de değil uluslararası alanda da yoğun bakım hekimleri arasında belirgin bir görüş ayrılığı gözlemlenmektedir (Jecker, 2018).

Çalışmamızda yoğun bakım hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%80,3) karar yetisi olan bir hastanın tedavi reddine ikna yoluyla yanıt verdiği, %57,7'sinin ise tıbbi gereklilik gerekçesiyle hasta iradesini ikinci plana attığı görülmektedir. Buna karşın hastanın isteğine doğrudan uyum oranının yalnızca %14,4'te kalması, Türkiye'deki yoğun bakım hekimlerinin klinik uygulamalarında paternalist tutumun hâlâ belirleyici bir yer tuttuğunu göstermektedir. Bu bulgu, Türkiye üzerine yapılmış önceki araştırmalarla örtüşmektedir (Demir, 2014). Türk tıbbında hekim-hasta ilişkisi büyük ölçüde "hekim her zaman hastası için en doğrusunu yapar ve yaşamı her koşulda korumalıdır" ilkesine dayanmakta; bu anlayış, paternalist bir eğilimi beslemektedir (Demir, 2014).

Kadın hekimlerin terminal dönem hasta bakım süreçlerinde aldıkları etik kararlarında yaşam kalitesi odaklı yaklaşımı erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha fazla benimsemesi (%55,3), literatürdeki verilerle uyumlu gözükmektedir. Cinsiyet; yaş, hastalığın ağırlığı, tanı ve eşlik eden hastalıklardan çok daha belirleyici bir etken olarak öne çıkmakta ve yaşam sonu bakım ile kararlar üzerinde derin bir etki bırakmaktadır (Costa ve ark., 2020). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgunun iletişimsel ve empati boyutuyla da bağlantısı kurulabilir. Yapılan çalışmalarda, kadın yoğun bakım

hekimlerinin erkeklere kıyasla hastanın psikososyal durumunu çok daha sık ele aldığını, bilgi paylaşımını artırmanın hasta memnuniyetine katkıda bulunduğuna daha güçlü biçimde inandığını ve daha eşitlikçi bir ortaklık çerçevesinde daha uzun görüşmeler yürüttüğünü göstermektedir (Akdeniz et al., 2021). Bu iletişim biçiminin çıktıları olarak kadınların üstün bir empati düzeyi sergilediği söylenebilir. Diğer taraftan erkek yoğun bakım hekimlerinin "yaşamın değeri" ilkesini daha ön plana alan yaklaşımı, onların yaşam destek tedavilerine daha bağlı kaldığını ima etmektedir. Yoğun bakımda klinisyenler için etik ikilemler, yaşamın kutsallığı ilkesi ile hasta özerkliği veya yaşam kalitesi gibi birbiriyle çatışan etik ilkeler arasındaki gerilimden kaynaklanmaktadır (Chellappa ve ark., 2019).

Araştırmamızdan elde edilen bulgular, terminal dönem hasta bakım süreçlerinde yoğun bakım hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%60,6) hasta ile ilgili bilgiyi yalnızca aileyle paylaşmayı tercih ettiğini, %65,4'ünün ise hasta ve aileyi eş zamanlı olarak bilgilendirdiğini ortaya koymaktadır. Öte yandan bilgiyi yalnızca hastayla paylaşanların oranının %28,4'te kaldığı dikkat çekmektedir. Bu tablo, Türkiye'deki klinik iletişim pratiklerinin aile merkezli bir örüntü sergilediğini açıkça göstermektedir. Gedik ve ark. (2024) tarafından Türkiye'deki hastaların kanser yönetimine bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yürütülen sistematik derlemede; kanser hastalarının büyük çoğunluğunun tanı ve tedaviye ilişkin bilgi almayı istediği, buna karşın tanı bilgisinin hastalara nadiren iletildiği ve aile üyelerinin iletişim ve karar verme süreçleri üzerinde baskın bir etkisinin olduğu çalışmanın en temel bulgularındandır. Bu durum, bireysel bilgilendirme modelinin egemen olduğu Batı pratiklerinden belirgin biçimde ayrılmaktadır. Kırış Utku ve Şengür (2025) tarafından Türkiye'deki bir palyatif bakım ünitesinde 100 hasta yakını ile yürütülen çalışmada; yaşam sonu dönemdeki hastalara "gerçeğin söylenmesi" konusundaki tutumlar incelenmiştir. Araştırma sonuçları çarpıcı bir ikilemi ortaya koymaktadır: Katılımcıların %67'si hastanın geri dönüşü olmayan kötüleşme hakkında bilgilendirilmesini istemezken, %71'i eğer kendileri hastanın yerinde olsaydı bilgilendirilmek istediklerini belirtmişlerdir. Hem ulusal hem de uluslararası ölçekte yapılan çalışmalarla birlikte çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular; Türkiye'deki klinik bilgilendirme pratiklerinin aile merkezli yapısının kolektivist kültürel değerlerle örtüştüğünü göstermektedir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hekimlerinin %97,1'i hukuki ve %90,4'ü klinik rehberlere "çok fazla" ya da "sıkça" ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Bu yüksek oranların, yoğun bakım ünitelerindeki klinik pratiğinin ne denli karmaşık olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Yoğun bakım hekimleri terminal dönem hasta bakım süreçlerinde karmaşık, belirsizlik ve tam bir kaos ortamında hızla karar vermek durumunda kalmakta; bu kararların önemli tıbbi ve etik sonuçları bulunmaktadır. Spoljar ve ark. (2020) tarafından 1990-2019 yılları arasındaki literatürü kapsayan bu sistematik derlemede; yoğun bakım uzmanları tarafından geliştirilen yaşam sonu karar verme

kılavuzlarının etik temelleri analiz edilmiştir. Genel yaşam sonu rehberlerinin söz konusu koşullarda zaman zaman yetersiz kalması nedeniyle yoğun bakım uzmanları tarafından özel olarak tasarlanmış rehberlere olan ihtiyaç giderek arttığı net bir şekilde ifade edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgularla da görülmektedir ki, bu ihtiyaç özellikle hukuki boyutta belirginleşmektedir. Yoğun bakım hekimleri terminal dönem hasta bakım konusundaki hukuki yükümlülükleri hakkında son derece sınırlı bir eğitim almakta; bu durum ciddi önyargı ve yanılgılara yol açmaktadır. Hekimler tıbbi açıdan uygun bulmadıkları ya da hasta için aşırı yük oluşturduğunu düşündükleri tedavileri kesmek yerine malpraktis kaygısıyla agresif tedavi yolunu seçebilmektedir (Wiesen et al., 2021). Türkiye özelinde ise bu gerilim daha da derinleşmektedir: Türkiye'de yaşam sonu dönemde yaşam desteğini sınırlandırmaya yönelik herhangi bir yasal dayanak bulunmamakta; bu boşluk hekimlerin karar alma süreçlerini doğrudan etkilemektedir (Baykara ve ark., 2020). Nitekim Türk hekimlerle yürütülen nitel çalışmalar, hukuki baskının karar alma süreçlerindeki en belirleyici etken olduğunu göstermekte; "hukuki baskı" kavramı hem yasal yükümlülüklerden doğan güçlükleri hem de mevzuattaki boşluklardan kaynaklanan belirsizlikleri kapsamaktadır.

Hukuki ve klinik rehber ihtiyacı ile eş zamanlı gündeme gelen psikososyal destek eksikliği de en az bir o kadar kaygı vericidir. Çalışmamızdan elde edilen bulgularla da görülmektedir ki, yoğun bakım hekimlerinin %76,9'u kurumsal psikososyal destek mekanizmasının bulunmadığını belirtmiş, %87'si ise bu hizmetin gerekliliğini vurgulamıştır. Bu bulgu, uluslararası literatürle örtüşmektedir ki; yoğun bakım hekimlerinin ahlaki sıkıntının duygusal tükenmeyle ilişkili olduğu, olumsuz iş-yaşam dengesiyle bu ilişkinin daha da güçlendiği; bireyin ahlaki sıkıntıyla başa çıkmasını destekleyen müdahalelerin ve doğrudan amirlerden alınan desteğin tükenmişliği önlemede kritik önem taşıdığı bilinmektedir (Epstein ve ark., 2020). Tükenmişliğin öngörücüleri arasında azalan sosyal destek, güven kaybı, olumsuz çalışma ortamı koşulları, aşırı iş yükü ve duygusal tükenme yer almaktadır; nitekim yönetici desteğinin yetersizliği de tükenmişlik için önemli bir tetikleyici olarak tanımlanmaktadır (Kok ve ark., 2023). Öte yandan yoğun bakım ünitelerindeki psikolojik danışmanlık veya etik konsültasyon hizmetleri gibi kurumsal desteğe erişimin kısıtlı olmasının hemşirelerdeki psikolojik yükü artırdığı ve iş gücü kaybı riskini yükselttiği gösterilmektedir (Cerela-Boltunova ve ark., 2025). Bu ilişkinin hekimler için de geçerli olduğunu gösteren bulgular, destekleyici kurumsal yapıların hayata geçirilmesinin bir lüks değil zorunluluk olduğuna işaret etmektedir. Algılanan örgütsel desteğin artırılmasının hekim tükenmişliğini azaltabileceği; derinlemesine duygusal emek harcayan ve problem odaklı başa çıkma stratejileri kullanan hekimlerin ahlaki sıkıntı ve tükenmişlik açısından daha iyi sonuçlar sergilediği vurgulanmaktadır. Hem literatürde yapılan çalışmalar hem de çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular, yoğun bakım hekimlerinin hem normatif-hukuki belirsizlikle hem de kurumsal destek yetersizliğiyle eş zamanlı baş etmek zorunda kaldığını göstermektedir. Bu tablo; kapsamlı etik ve hukuki rehberlerin

oluşturulmasını, psikososyal destek mekanizmalarının kurumsallaştırılmasını ve bu hizmetleri müfredatla bütünleştiren yapısal reformları zorunlu kılmaktadır. Ayrıca alışmamızda duygusal danışmanlık hizmetinin yalnızca %8,7 oranında mevcut olduğunun saptanması, yoğun bakım ünitelerinde yaşanan yüksek tükenmişlik ve ahlaki stres oranlarıyla birlikte değerlendirildiğinde ciddi bir destek açığına işaret etmektedir.

Çalışmamızdan elde edilen en çarpıcı bulgularından biri, yoğun bakım hekimlerinin kendi terminal dönemlerine ilişkin kaygı düzeylerinin son derece yüksek olmasıydı. Yoğun bakım hekimlerinin %90,9'u bir gün yoğun bakıma girmekten, %94,2'si cihaz bağımlısı olmaktan ve %93,3' ağrılı bir süreç yaşamaktan ciddi endişe duyduğunu belirtti. Yaşam süresini uzatmak uğruna acı çekmeyi reddedenlerin oranı %67,8 iken, %87'si ölüm sürecinde başkalarına bağımlı olmaktan korktuğunu ifade etmiştir. Elde ettiğimiz bulgular uluslararası literatürle güçlü bir uyum sergilemektedir. Hekimlerin büyük çoğunluğunun, ileri kanser ya da son dönem Alzheimer hastalığı gibi ağır klinik durumlarla karşılaştıklarında Kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon ve tüple beslenme gibi agresif yaşam destekleyici girişimleri kendileri için reddedeceği ve semptom kontrolünü ön planda tutmayı tercih edeceği görülmektedir. Bu tutumun ardında, yalnızca bireysel bir tercihten ziyade, derin bir mesleki deneyim birikiminin yattığı düşünülmektedir (Mroz et al., 2026). Hekimler, hastalarının yaşam sonundaki çektiği acıya bizzat tanıklık etmekte ve bu deneyimin bir yansıması olarak kendileri için daha sessiz bir geçişi tercih etmektedirler. Araştırmamızın dikkat çeken bir diğer boyutu ise hekimlerin kişisel tercihleri ile mesleki pratikleri arasındaki derin çelişkidir. Hekimlerin kendi yaşam sonu bakımında konfor odaklı bir yaklaşımı tercih etmeleri ile hastalarına sıklıkla agresif tedaviler uygulamaları arasındaki uçurum; kişisel kavrayış ile mesleki yükümlülük arasındaki derin çatışmayı yansıtmaktadır (Periyakoil et al., 2014). Bu çelişki sistemik bir soruna işaret etmektedir: Hastaların %80'inden fazlası yoğun bakım ve yüksek yoğunluklu girişimlerden kaçınarak yaşam sonunu evde geçirmek istediğini ifade etmesine karşın, bu istekler çoğunlukla göz ardı edilmektedir; zira hastanın tercihleri değil kurumsal kapasiteler ve bireysel hekimlerin uygulama biçimleri, alınan bakımın niteliğini belirlemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Türkiye genelinde 40'tan fazla merkezden katılım sağlayan 208 yoğun bakım hekiminin terminal dönem hasta bakım süreçlerine yönelik tutum, bilgi düzeyi ve etik yaklaşımlarını kapsamlı biçimde ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular; bireysel, kurumsal ve sistemik düzeylerdeki dinamiklerin birlikte şekillendirdiği çok katmanlı bir tablo çizmekte ve yoğun bakım pratiğindeki yapısal sorunları somut verilerle gözler önüne sermektedir.

Sosyodemografik profil açısından değerlendirildiğinde, katılımcı grubunun ağırlıklı olarak 30–39 yaş aralığındaki genç hekimlerden oluşması ve deneyimli hekim oranının düşük kalması, yoğun bakım iş gücündeki süregelen yıpranmayı ve tükenmişliği yansıtmaktadır. Cinsiyet dağılımındaki denge (%50,5 erkek, %49,5 kadın), Türkiye'nin bu alanda uluslararası ortalamaların üzerinde seyrettiğini göstermesi bakımından olumlu bir tablo ortaya koymaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun İslam dinine mensup ve kendini dindar olarak tanımlıyor olması ise hem demografik gerçekliği hem de çok değişkenli regresyon analizinde dindarlığın en güçlü belirleyici ($\beta=0,42$; $p<0,001$) olarak öne çıkmasını açıklayan temel bağlamı oluşturmaktadır.

Mesleki eğitim boyutunda, katılımcıların yalnızca %8,7'sinin yoğun bakım yan dal uzmanlığına sahip olduğu görülmektedir. Yan dal uzmanlık eğitimi almamış olan hekimlerin "tedaviyi geri çekme" gibi operasyonel etik kavramları hiç duymadığını belirtme oranının eğitim alanlara kıyasla yaklaşık üç kat yüksek olması, bu eğitim açığının klinik pratiğe doğrudan yansıdığını ortaya koymaktadır. Ötanazi tanımının %96,2 oranında doğru bilinmesine karşın, tedaviden kaçınma ve tedaviyi geri çekme kavramlarındaki doğru yanıt oranlarının %71,6–%74,0 düzeyinde kalması; terminolojik belirsizliğin hâlâ aşılamadığını göstermektedir. Nafile/boşuna tedaviye ilişkin doğru yanıt oranının ise yalnızca %52,9 olması, bu kavramın uluslararası literatürdeki tartışmalı yapısını ve yerelde de net bir konsensüsün sağlanamamış olduğunu yansıtmaktadır.

Hekim tutumları incelendiğinde, yoğun bakım hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%80,3) tedavi reddeden hastayı ikna etmeye çalışacağını belirtmesi, %57,7'sinin ise hasta iradesine rağmen tıbbi müdahaleyi sürdürme eğiliminde olması dikkat çekmektedir. Hastanın özerk kararına doğrudan uyan hekimlerin oranının yalnızca %14,4 düzeyinde kalması, Türkiye'deki yoğun bakım pratiğinde paternalist yaklaşımın belirleyici rolünü sürdürdüğüne işaret etmektedir. Bilgilendirme pratikleri açısından ise yoğun bakım hekimlerinin %60,6'sının terminal dönemdeki hasta bilgisini yalnızca aile ile

paylaşma eğiliminde olması, kolektivist kültürel değerlerin klinik karar alma süreçlerini doğrudan biçimlendirdiğini göstermektedir. Bununla birlikte, hasta ve ailenin eş zamanlı bilgilendirilmesini tercih edenlerin oranının %65,4 olması, bireysel özerkliğe yönelik artan bir farkındalığın da yeşermeye başladığına işaret etmektedir.

Yoğun bakım kapasitesi ve hizmet yükü açısından, yatak taleplerinin mevcut kapasiteyi neredeyse sürekli aştığı (%85,1 sıklık ve her zaman toplamı) saptanmıştır. Bu kronik kapasite yetersizliği, terminal dönem hasta bakım süreçlerinde etik kararların kısıtlı kaynak koşullarında alınmak zorunda kalındığını göstermektedir. Rehber ihtiyacına ilişkin verilere bakıldığında, yoğun bakım hekimlerinin %97,1'inin hukuki düzeyde rehber "çok fazla" ya da "sıkça" ihtiyaç duyduğunu beyan etmesi, hukuki boşluğun hekimler tarafından ne denli yoğun hissedildiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu ihtiyaç, yalnızca terminolojik bir belirsizliği değil; aynı zamanda Türkiye'de yaşam desteğini sınırlandırmaya ilişkin herhangi bir yasal dayanağın bulunmamasından kaynaklanan derin bir güvensizliği de yansıtmaktadır.

Yoğun bakım hekimlerinin kendi terminal dönemlerine ilişkin son derece yüksek kaygı düzeyleri (%90,9 yoğun bakıma girme, %94,2 cihaz bağımlısı olma, %93,3 ağırlı süreç yaşama), yoğun bakım pratiğine dair derinlemesine birikmiş mesleki deneyimin bireyin kendi yaşam sonu tercihleri üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymaktadır. Hekimlerin kendi yaşam sonu bakımında ağırlıklı olarak konfora dayalı yaklaşımı tercih etmeleri ile hastalara sıklıkla agresif tedaviler uygulamaları arasındaki derin çelişki, kişisel kavrayış ile mesleki yükümlülük arasındaki yapısal gerilimi somutlaştırmaktadır.

Çok değişkenli regresyon analizi, dindarlık ($\beta=0,42$; $p<0,001$), yoğun bakım eğitimi ($\beta=0,21$; $p=0,021$) ve evli olma ($\beta=0,17$; $p=0,035$) değişkenlerinin "yaşamın değerine" verilen önemi artıran bağımsız belirleyiciler olduğunu göstermiştir. Modelin varyansın yalnızca %18'ini açıklıyor olması, yaşam sonu tutumlarının dini inanç, klinik deneyim ve aile yapısı gibi etkenlerle birlikte; kurumsal kültür, kişisel yaşam deneyimleri ve toplumsal baskı gibi pek çok başka faktörü de kapsayan, ölçümü güç ve çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu vurgulamaktadır.

Sonuç olarak bu çalışma, Türkiye'deki yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerinde; yetersiz hukuki çerçeve, terminolojik belirsizlik, klinik rehber ihtiyacı, psikososyal destek eksikliği ve kronik kapasite yetersizliği gibi birbirine bağlı yapısal sorunlarla eş zamanlı mücadele etmek zorunda kaldığını göstermektedir. Bu sorunların ayrı ayrı değil, bütüncül bir sistem yaklaşımıyla ele alınması zorunludur.

KAYNAKÇA

- Abaan, S. (1997). Ötanazi: Hastalarımıza borcumuz mu?. Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 5(2), 92–96.
- Aghabarary, M., & Dehghan Nayeri, N. (2016). Medical futility and its challenges: a review study. Journal of medical ethics and history of medicine, 9, 11.
- Akcan, E. A. (2013). Ötanazi. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 71(1), 3–26.
- Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. SAGE open medicine, 9, 20503121211000918. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
- Akdur, R. ve Aydın, E. (2003). Tıbbi etik ve meslek tarihi (2. baskı). Feryal Matbaacılık.
- Akpir, K. (2010). Yoğun bakım etiği. J Turk Soc Intens Care, 8, 77-84. <https://doi.org/10.4274/tybdd.08.06>
- Aksoy, E., & Ilkilic, I. (2024). Medical futility at the end of life: the first qualitative study of ethical decision-making methods among Turkish doctors. BMC medical ethics, 25(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01120-1>
- Al-Bar, M. A., & Chamsi-Pasha, H. (2015). Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18428-9>
- ARDS Definition Task Force, Ranieri, V. M., Rubenfeld, G. D., Thompson, B. T., Ferguson, N. D., Caldwell, E., Fan, E., Camporota, L., & Slutsky, A. S. (2012). Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA, 307(23), 2526–2533. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5669>
- Ariès, P. (1974). Western attitudes toward death: From the Middle Ages to the present. Johns Hopkins University Press.
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The changing role of palliative care in the ICU. Critical care medicine, 42(11), 2418–2428. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000573>
- Aypar, Ü. (1997). Ötenazi. Hacettepe Tıp Dergisi, 28(1), 43–47.

Ball C. (1992). Education and staffing in the ICU: past, present and future. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 1(8), 399–401. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.8.399>

Bateman, R. M., Sharpe, M. D., Jagger, J. E., Ellis, C. G., Solé-Violán, J., López-Rodríguez, M., Herrera-Ramos, E., Ruíz-Hernández, J., Borderías, L., Horcajada, J., González-Quevedo, N., Rajas, O., Briones, M., Rodríguez de Castro, F., Rodríguez Gallego, C., Esen, F., Orhun, G., Ergin Ozcan, P., Senturk, E., Ugur Yilmaz, C., ... Prandi, E. (2016). 36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine : Brussels, Belgium. 15-18 March 2016. *Critical care* (London, England), 20(Suppl 2), 94. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1208-6>

Baykara, N., Utku, T., Alparslan, V., Arslantaş, M. K., & Ersoy, N. (2020). Factors affecting the attitudes and opinions of ICU physicians regarding end-of-life decisions for their patients and themselves: A survey study from Turkey. *PloS one*, 15(5), e0232743. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232743>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8. baskı). Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., & Walters, L. (1989). *Contemporary issues in bioethics* (3. baskı). Wadsworth.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American journal of bioethics : AJOB*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

Bertolini, G., Boffelli, S., Malacarne, P., Peta, M., Marchesi, M., Barbisan, C., Tomelleri, S., Spada, S., Satolli, R., Gridelli, B., Lizzola, I., & Mazzon, D. (2010). End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units. *Intensive care medicine*, 36(9), 1495–1504. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1910-9>

Birol, L. (2004). Terminal evredeki hasta bakımı. N. Akdemir ve L. Birol (Ed.), *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı içinde* (s. 65). Sistem Ofset.

Birtane, D., Ozdemir, F., Cukurova, Z., & Hergunsel, G. O. (2026). Türkiye’de yoğun bakım uzmanları ve asistanlarında tükenmişlik düzeyleri: Kesitsel bir çalışma. *JARSS*, 34(2), 156-167. <https://doi.org/10.54875/jarss.2026.03780>

Brilli, R. J., Spevetz, A., Branson, R. D., Campbell, G. M., Cohen, H., Dasta, J. F., Harvey, M. A., Kelley, M. A., Kelly, K. M., Rudis, M. I., St Andre, A. C., Stone, J. R., Teres, D., Weled, B. J., & American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care Delivery. The American College of Critical Care Medicine Guidelines for the Definition of an Intensivist and the Practice of Critical Care Medicine (2001). Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Critical care medicine*, 29(10), 2007–2019. <https://doi.org/10.1097/00003246-200110000-00026>

Bülow, H. H., Sprung, C. L., Reinhart, K., Prayag, S., Du, B., Armaganidis, A., Abroug, F., & Levy, M. M. (2008). The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, 34(3), 423–430. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0973-8>

Callahan, D. (1993). *The troubled dream of life: Living with mortality*. Simon & Schuster.

Cassel E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England journal of medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>

Cerela-Boltunova, O., Millere, I., & Nagle, E. (2025). Moral Distress, Professional Burnout, and Potential Staff Turnover in Intensive Care Nursing Practice in Latvia-Phase 1. *International journal of environmental research and public health*, 22(8), 1261. <https://doi.org/10.3390/ijerph22081261>

Cevizci, A. (2011). *Uygulamalı etik*. Say Yayınları.

Chellappa, S. L., Morris, C. J., & Scheer, F. A. J. L. (2019). Effects of circadian misalignment on cognition in chronic shift workers. *Scientific reports*, 9(1), 699. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36762-w>

Chochinov H. M. (2002). Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*, 287(17), 2253–2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>

Choudhury, A., & Asan, O. (2020). Role of Artificial Intelligence in Patient Safety Outcomes: Systematic Literature Review. *JMIR medical informatics*, 8(7), e18599. <https://doi.org/10.2196/18599>

Christian, M. D., Sprung, C. L., King, M. A., Dichter, J. R., Kissoon, N., Devereaux, A. V., Gomersall, C. D., Task Force for Mass Critical Care, & Task Force for Mass Critical Care (2014). Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*, 146(4 Suppl), e61S–74S. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0736>

Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005629>

Chung, G. S., Yoon, J. D., Rasinski, K. A., & Curlin, F. A. (2016). US Physicians' Opinions about Distinctions between Withdrawing and Withholding Life-Sustaining Treatment. *Journal of religion and health*, 55(5), 1596–1606. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0171-x>

Cimete, G. (2002). Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalara bütüncül yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevi.

CoBaTrICE Collaboration, Bion, J. F., & Barrett, H. (2006). Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive care medicine*, 32(9), 1371–1383. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0215-5>

Cook, D., & Rocker, G. (2014). Dying with dignity in the intensive care unit. *The New England journal of medicine*, 370(26), 2506–2514. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1208795>

Corley M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>

Costa, C., Mondello, S., Micali, E., Indelicato, G., Licciardello, A. A., Vitale, E., Briguglio, G., Teodoro, M., & Fenga, C. (2020). Night shift work in resident physicians: does it affect mood states and cognitive levels?. *Journal of affective disorders*, 272, 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.139>

Curtis, J. R., & Vincent, J. L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet (London, England)*, 376(9749), 1347–1353. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60143-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60143-2)

Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Bensink, M. E., & Ramsey, S. D. (2012). End-of-life care in the intensive care unit: can we simultaneously increase quality and reduce costs?. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 186(7), 587–592. <https://doi.org/10.1164/rccm.201206-1020CP>

Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., Armstrong, D., & American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care

Medicine Task Force 2004-2005. Critical care medicine, 35(2), 605–622.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>

Demir, M. (2016). Palyatif bakım etiği. Yoğun Bakım Dergisi, 7, <https://doi.org/62-66.10.5152/dcbybd.2016.1202>

Di Maio, D. J., & Di Maio, V. J. M. (1993). Forensic pathology. CRC Press.

Dodek, P. M., Wong, H., Norena, M., Ayas, N., Reynolds, S. C., Keenan, S. P., Hamric, A., Rodney, P., Stewart, M., & Alden, L. (2016). Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. Journal of critical care, 31(1), 178–182.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>

Ediboğlu, Ö., Yazıcıoğlu Moçin, Ö., Özyılmaz, E., Saltürk, C., Önalın, T., Seydaoğlu, G., Çelikel, T., Arıkan, H., Ataman, S., Kıraklı, S. C., Özçelik, Z., Kultufan, S., Kara, İ., Kara, A., Dağlı, E., Bülbül, S. D., Kahveci, K., Dinçer, M., Şenoğlu, N., ... İkidağ, B. (2018). Current statement of intensive care units in Turkey: Data obtained from 67 centers. Turkish Thoracic Journal, 19(4), 209-215.
<https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2018.170104>

Elay, G., Bahar, I., Demirkiran, H., & Oksüz, H. (2019). Severe burnout among critical care workers in Turkey. Saudi medical journal, 40(9), 943–948. <https://doi.org/10.15537/smj.2019.9.24520>

Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., & Phillips, J. P. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. The New England journal of medicine, 382(21), 2049–2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. American journal of respiratory and critical care medicine, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>

Epstein, E. G., Haizlip, J., Liaschenko, J., Zhao, D., Bennett, R., & Marshall, M. F. (2020). Moral Distress, Mattering, and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call for Moral Community. AACN advanced critical care, 31(2), 146–157. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2020285>

Erbaş, M., & Dost, B. (2020). Evaluation of knowledge and attitudes among intensive care physicians during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 138(4), 317–321. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.02545062020>

Ersoy, N., & Aydın, E. (1994). Tıbbi etikte özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi. *T. Klin. Tıbbi Etik Dergisi*, 2, 71–74.

Esteban, A., Gordo, F., Solsona, J. F., Alía, I., Caballero, J., Bouza, C., Alcalá-Zamora, J., Cook, D. J., Sanchez, J. M., Abizanda, R., Miró, G., Fernández Del Cabo, M. J., de Miguel, E., Santos, J. A., & Balerdi, B. (2001). Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive care medicine*, 27(11), 1744–1749. <https://doi.org/10.1007/s00134-001-1111-7>

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., Belley-Cote, E., ... Levy, M. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Critical care medicine*, 49(11), e1063–e1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

Fairman J. (1992). Watchful vigilance: nursing care, technology, and the development of intensive care units. *Nursing research*, 41(1), 56–60.

Feldman, C., Sprung, C. L., Mentzelopoulos, S. D., Pohrt, A., Hartog, C. S., Danbury, C., Weiss, M., Avidan, A., Estella, A., Joynt, G. M., Lautrette, A., Geat, E., Éló, G., Søreide, E., Lesieur, O., Bocci, M. G., Mullick, S., Robertsen, A., Sreedharan, R., Bülow, H. H., ... Ethicus-2 Study Group (2022). Global Comparison of Communication of End-of-Life Decisions in the ICU. *Chest*, 162(5), 1074–1085. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.05.007>

Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of palliative medicine*, 21(12), 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>

Fuchs V. R. (1968). The growing demand for medical care. *The New England journal of medicine*, 279(4), 190–195. <https://doi.org/10.1056/NEJM196807252790405>

Gedik, A., van Meerten, E., Reuvers, M. J. P., Husson, O., & van der Graaf, W. T. A. (2024). The views of cancer patients of Turkish, Moroccan, Surinamese, and Dutch-Caribbean descent on

diagnosis, treatment and prognosis: A systematic literature review. *Journal of cancer policy*, 39, 100455. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2023.100455>

Gillon, R. (1988). Autonomy and consent. In M. Lockwood (Ed.), *Moral dilemmas in modern medicine* (pp. 111–125). Oxford University Press.

Guedj, M., Gibert, M., Maudet, A., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2005). The acceptability of ending a patient's life. *Journal of medical ethics*, 31(6), 311–317. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.008664>

Hakeri, H. (2022). *Tıp hukuku* (22. baskı). Seçkin Yayıncılık.

Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*, 35(2), 422–429. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 1 Eylül). *Resmî Gazete* (Sayı: 23420). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Hilberman M. (1975). The evolution of intensive care units. *Critical care medicine*, 3(4), 159–165. <https://doi.org/10.1097/00003246-197507000-00006>

Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Silva, T. B., Kilgore, K., Crovador, C. S., Yu, X., Swartz, M. D., Perez-Cruz, P. E., Leite, R. de A., Nascimento, M. S., Reddy, S., Seriacco, F., Yennu, S., Paiva, C. E., Dev, R., Hall, S., Fajardo, J., & Bruera, E. (2014). Clinical signs of impending death in cancer patients. *The oncologist*, 19(6), 681–687. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0457>

İlhan, H. (2011). *Ötenazi kavramının ahlak felsefesi açısından incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Jahn-Kuch, D., Domke, A., Bitsche, S., Stöger, H., Avian, A., Jeitler, K., Posch, N., & Siebenhofer, A. (2020). End-of-life decision making by Austrian physicians - a cross-sectional study. *BMC palliative care*, 19(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0509-3>

Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical medicine (London, England)*, 14(4), 376–379. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-4-376>

Kıraç Utku, İ., & Şengür, E. (2025). Truth-Telling to Palliative Care Patients from the Relatives' Point of View: A Türkiye Sample. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 13(14), 1644. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141644>

Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical care medicine*, 13(10), 818–829.

Kok, N., Van Gurp, J., van der Hoeven, J. G., Fuchs, M., Hoedemaekers, C., & Zegers, M. (2023). Complex interplay between moral distress and other risk factors of burnout in ICU professionals: findings from a cross-sectional survey study. *BMJ quality & safety*, 32(4), 225–234. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012239>

Kompanje, E. J., Piers, R. D., & Benoit, D. D. (2013). Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. *Current opinion in critical care*, 19(6), 630–635. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000026>

Kon, A. A., Shepard, E. K., Sederstrom, N. O., Swoboda, S. M., Marshall, M. F., Birriel, B., & Rincon, F. (2016). Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Critical care medicine*, 44(9), 1769–1774. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001965>

Kucewicz-Czech, E., & Damps, M. (2020). Triage during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiology intensive therapy*, 52(4), 312–315. <https://doi.org/10.5114/ait.2020.100564>

Kumaş, G. (2005). Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşünceleri [Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Landmark article Aug 5, 1968: A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. (1984). *JAMA*, 252(5), 677–679.

Le Gall, J. R., Lemeshow, S., & Saulnier, F. (1993). A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*, 270(24), 2957–2963. <https://doi.org/10.1001/jama.270.24.2957>

Levin, P. D., & Sprung, C. L. (2005). Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same. *Critical care* (London, England), 9(3), 230–232. <https://doi.org/10.1186/cc3487>

Lilly, C. M., Oropello, J. M., Pastores, S. M., Coopersmith, C. M., Khan, R. A., Sessler, C. N., Christman, J. W., & Academic Leaders in Critical Care Medicine Task Force of the Society of Critical Care Medicine (2020). Workforce, Workload, and Burnout in Critical Care Organizations: Survey Results and Research Agenda. *Critical care medicine*, 48(11), 1565–1571. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004552>

Luce J. M. (1999). Physician variability in limiting life-sustaining treatment. *Critical care medicine*, 27(10), 2291–2292. <https://doi.org/10.1097/00003246-199910000-00041>

Lupu, D., & American Academy of Hospice and Palliative Medicine Workforce Task Force (2010). Estimate of current hospice and palliative medicine physician workforce shortage. *Journal of pain and symptom management*, 40(6), 899–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.004>

Manalo M. F. (2013). End-of-Life Decisions about Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, Ethical, and Religio-Cultural Considerations. *Palliative care*, 7, 1–5. <https://doi.org/10.4137/PCRT.S10796>

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>

Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J., Rapin, C. H., & EAPC Ethics Task Force (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative medicine*, 17(2), 97–179. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm673oa>

Mealer M. (2016). Burnout Syndrome in the Intensive Care Unit. Future Directions for Research. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(7), 997–998. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201604-280ED>

Midik, O., Aytuğ Koşan, A. M., Coskun, O., Baykan, Z., Sürel Karabilgin Öztürkçü, Ö., & Şenol, Y. (2020). Gender in Medical Education in Turkey: The Intern Perspective. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 8(4), 149–157. <https://doi.org/10.30476/jamp.2020.85784.1197>

Moon, J. Y., & Kim, J. O. (2015). Ethics in the Intensive Care Unit. *Tuberculosis and respiratory diseases*, 78(3), 175–179. <https://doi.org/10.4046/trd.2015.78.3.175>

Mroz, S., Dierickx, S., Chambaere, K., Mortier, F., De Panfilis, L., Downar, J., Lapenskie, J., Anderson, K., Skold, A., Campbell, C., Campbell, T. C., Feeney, R., Willmott, L., White, B. P., & Deliens, L. (2026). Physicians' preferences for their own end of life: a comparison across North America, Europe, and Australia. *Journal of medical ethics*, 52(2), 91–99. <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110192>

Nates, J. L., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blosser, S., Goldner, J., Birriel, B., Fowler, C. S., Byrum, D., Miles, W. S., Bailey, H., & Sprung, C. L. (2016). ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Critical care medicine*, 44(8), 1553–1602. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001856>

National Hospice and Palliative Care Organization. (2020). Clinical practice guidelines for quality palliative care.

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Care of dying adults in the last days of life (NICE Guideline No. 31). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., Muldoon, S. R., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>

Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American journal of clinical oncology*, 5(6), 649–655.

Pape, H. C., Halvachizadeh, S., Leenen, L., Velmahos, G. D., Buckley, R., & Giannoudis, P. V. (2019). Timing of major fracture care in polytrauma patients - An update on principles, parameters and strategies for 2020. *Injury*, 50(10), 1656–1670. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.09.021>

Periyakoil, V. S., Neri, E., Fong, A., & Kraemer, H. (2014). Do unto others: doctors' personal end-of-life resuscitation preferences and their attitudes toward advance directives. *PloS one*, 9(5), e98246. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098246>

Piers, R. D., Benoit, D. D., Schrauwen, W. J., & Van Den Noortgate, N. J. (2011). Do-not-resuscitate decisions in a large tertiary hospital: differences between wards and results of a hospital-wide intervention. *Acta clinica Belgica*, 66(2), 116–122. <https://doi.org/10.2143/ACB.66.2.2062529>

Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine*, 368(13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>

Sanfilippo, F., Palumbo, G. J., Noto, A., Pennisi, S., Mineri, M., Vasile, F., Dezio, V., Busalacchi, D., Murabito, P., & Astuto, M. (2020). Prevalence of burnout among intensive care physicians: a systematic review. *Prevalência de burnout entre médicos atuantes em terapia intensiva: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de terapia intensiva*, 32(3), 458–467. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200076>

Schneiderman, L. J., Gilmer, T., Teetzel, H. D., Dugan, D. O., Blustein, J., Cranford, R., Briggs, K. B., Komatsu, G. I., Goodman-Crews, P., Cohn, F., & Young, E. W. (2003). Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 290(9), 1166–1172. <https://doi.org/10.1001/jama.290.9.1166>

Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., & Jonsen, A. R. (1990). Medical futility: its meaning and ethical implications. *Annals of internal medicine*, 112(12), 949–954. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-12-949>

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L., & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

Spoljar, D., Curkovic, M., Gastmans, C., Gordijn, B., Vrkic, D., Jozepovic, A., Vuletic, S., Tonkovic, D., & Borovecki, A. (2020). Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review. *Journal of critical care*, 58, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.010>

Sprung, C. L., Carmel, S., Sjøkvist, P., Baras, M., Cohen, S. L., Maia, P., Beishuizen, A., Nalos, D., Novak, I., Svantesson, M., Benbenishty, J., Henderson, B., & ETHICATT Study Group (2007). Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive care medicine*, 33(1), 104–110. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0405-1>

Sprung, C. L., Cohen, S. L., Sjøkvist, P., Baras, M., Bulow, H. H., Hovilehto, S., Ledoux, D., Lippert, A., Maia, P., Phelan, D., Schobersberger, W., Wennberg, E., Woodcock, T., & Ethicus Study Group (2003). End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*, 290(6), 790–797. <https://doi.org/10.1001/jama.290.6.790>

Sprung, C. L., Woodcock, T., Sjøkvist, P., Ricou, B., Bulow, H. H., Lippert, A., Maia, P., Cohen, S., Baras, M., Hovilehto, S., Ledoux, D., Phelan, D., Wennberg, E., & Schobersberger, W. (2008). Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive care medicine*, 34(2), 271–277. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0927-1>

Steinberg, M. A., Najman, J. M., Cartwright, C. M., MacDonald, S. M., & Williams, G. M. (1997). End-of-life decision-making: community and medical practitioners' perspectives. *The Medical journal of Australia*, 166(3), 131–135. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140042.x>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011, 20 Temmuz). Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. *Resmî Gazete* (Sayı: 28000). <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110720-15.htm>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, 7 Temmuz). Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38464/0/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf?_tag1=398BE2ADD67623582D3CE55497C706BBA2CF37A1

Tokur, M., Aydın, K., Çalışkan, T., Savran, Y., Cömert, B., & Ergen, B. (2016). Hasta yakınlarında yoğun bakım algısı ve memnuniyeti. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 7(2), 57-61. <https://doi.org/10.5152/dcbybd.2016.1231>

Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., Rushton, C. H., Kaufman, D. C., & American Academy of Critical Care Medicine (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of

Critical Care Medicine. Critical care medicine, 36(3), 953–963.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096>

Türk Yoğun Bakım Derneği. (2021). Yoğun bakım uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatı (TÜYEK). [Versiyon 3.0]. Türk Yoğun Bakım Derneği Yayınları. <https://www.yogunbakim.org.tr/>

Ünal, N., & Şentürk, E. (2014). Hot topics in intensive care in Turkey. *ICU Management & Practice*, 14(4).

University of Washington Department of Bioethics & Humanities. (t.y.). Medical futility. <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/medical-futility>

Ünlü, G. (2019). Tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeyinin ölüme ve ölümcül hastaya yaklaşım ile ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive care medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., van der Wal, G., van der Maas, P. J., & EURELD consortium (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet (London, England)*, 362(9381), 345–350. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14019-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14019-6)

Venkatesh, B., Mehta, S., Angus, D. C., Finfer, S., Machado, F. R., Marshall, J., Mitchell, I., Peake, S., & Zimmerman, J. L. (2018). Women in Intensive Care study: a preliminary assessment of international data on female representation in the ICU physician workforce, leadership and academic positions. *Critical care (London, England)*, 22(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2139-1>

Vincent J. L. (1999). Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Critical care medicine*, 27(8), 1626–1633. <https://doi.org/10.1097/00003246-199908000-00042>

Vincent J. L. (2013). Critical care--where have we been and where are we going?. *Critical care (London, England)*, 17 Suppl 1(Suppl 1), S2. <https://doi.org/10.1186/cc11500>

Vincent, J. L., Marshall, J. C., Namendys-Silva, S. A., François, B., Martin-Loeches, I., Lipman, J., Reinhart, K., Antonelli, M., Pickkers, P., Njimi, H., Jimenez, E., Sakr, Y., & ICON investigators (2014).

Assessment of the worldwide burden of critical illness: the intensive care over nations (ICON) audit. *The Lancet. Respiratory medicine*, 2(5), 380–386. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70061-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70061-X)

Vincent, J. L., Moreno, R., Takala, J., Willatts, S., De Mendonça, A., Bruining, H., Reinhart, C. K., Suter, P. M., & Thijs, L. G. (1996). The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive care medicine*, 22(7), 707–710. <https://doi.org/10.1007/BF01709751>

Weil, M. H., & Tang, W. (2011). From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 183(11), 1451–1453. <https://doi.org/10.1164/rccm.201008-1341OE>

White, D. B., Angus, D. C., Shields, A. M., Buddadhumaruk, P., Pidro, C., Paner, C., Chaitin, E., Chang, C. H., Pike, F., Weissfeld, L., Kahn, J. M., Darby, J. M., Kowinsky, A., Martin, S., Arnold, R. M., & PARTNER Investigators (2018). A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *The New England journal of medicine*, 378(25), 2365–2375. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1802637>

White, D. B., Curtis, J. R., Wolf, L. E., Prendergast, T. J., Taichman, D. B., Kuniyoshi, G., Acerra, F., Lo, B., & Luce, J. M. (2007). Life support for patients without a surrogate decision maker: who decides?. *Annals of internal medicine*, 147(1), 34–40. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-1-200707030-00006>

White, D. B., Engelberg, R. A., Wenrich, M. D., Lo, B., & Curtis, J. R. (2007). Prognostication during physician-family discussions about limiting life support in intensive care units. *Critical care medicine*, 35(2), 442–448. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254723.28270.14>

Wiesen, J., Donatelli, C., Smith, M. L., Hyle, L., & Mireles-Cabodevila, E. (2021). Medical, ethical, and legal aspects of end-of-life dilemmas in the intensive care unit. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 88(9), 516–527. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.14126>

Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C., & Dy, S. M. (2013). Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 417–425. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009>

World Health Organization. (2020). Palliative care: Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Medical Association. (2019). WMA Declaration on End-of-Life Medical Care.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-end-of-life-medical-care/>

World Medical Association. (2019). WMA declaration on euthanasia and physician-assisted suicide.
<https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>



EKLER

Ek1: Özgeçmiş



Ek 2: Etik Kurul Onay Belgesi





Türkiye'de yoğun bakım hekimlerinin terminal dönem hasta bakım süreçlerine dair görüşleri

1. Lütfen yaş aralığınızı işaretleyiniz.

- ☐ 20-29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-49
- ☐ 50-59
- ☐ 60-69

2. Cinsiyetiniz?

- ☐ Erkek
- ☐ Kadın

3. Medeni durumunuz?

- ☐ Evli
- ☐ Bekâr
- ☐ Ayrılık/Boşanma
- ☐ Dul

4. Mensubu olduğunuz din?

- ☐ islam
- ☐ Hristiyanlık
- ☐ Budizm
- ☐ Musevilik
- ☐ Hinduizm
- ☐ Belirtmek istemiyorum

5. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- ☐ Dindar değil
- ☐ Dindar
- ☐ Çok dindar

6. Tıp eğitiminizi aldığınız şehir?

7. Yoğun bakım ünitesinde bir doktor olarak çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8 . Yoğun bakım konusunda özel bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

9 . Yoğun bakım yan dal eğitimi aldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

10 . Yoğun bakımda çalışma süreniz kaç yıldır?

- ☐ 1 yıldan az
☐ 1-3 yıl
☐ 3-5 yıl
☐ 5-10 yıl
☐ 10-15 yıl
☐ 15-20 yıl
☐ 20 yıldan fazla

11 . Yoğun bakımda çalışma şekliniz?

- ☐ 08:00 - 16:00 (Sadece gündüz, staff)
☐ 16:00 - 08:00 (Sadece gece, nöbet)
☐ Karışık

12 . Yoğun bakımda geçirdiğiniz süre haftada ortalama kaç saattir?

13 . Yoğun bakım üniteniz hangi kurum veya kuruluşa bağlıdır?

- ☐ Devlet Üniversite Hastanesi
☐ Eğitim ve Araştırma
☐ Hastanesi Vakıf Üniversite
Hastanesi
☐ Şehir Hastanesi
☐ Devlet Hastanesi
☐ Özel Hastane

14 . Hastanenizdeki toplam yatak sayısı?

15 . Yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı?

16 . Yoğun bakım ünitenizin türü nedir?

- ☐ Anesteziyoloji ve Reanimasyon YBÜ
- ☐ Cerrahi YBÜ
- ☐ Dâhiliye YBÜ
- ☐ Koroner YBÜ
- ☐ Göğüs Hastalıkları YBÜ
- ☐ Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ
- ☐ Diğer

17 . Yoğun Bakım Ünitesindeki göreviniz?

- ☐ Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Anesteziyoloji ve Reanimasyon)
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (İç Hastalıkları)
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Genel Cerrahi)
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Göğüs Hastalıkları)
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Enfeksiyon Hastalıkları)
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanı (Nöroloji)
- ☐ Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (1-3 yıl)
- ☐ Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (4-5 yıl)
- ☐ Yoğun Bakım Yan Dal Asistanı

18 . Tıp dalındaki uzmanlığınız?

- ☐ Anesteziyoloji ve Reanimasyon
- ☐ İç Hastalıkları
- ☐ Çocuk Hastalıkları
- ☐ Genel Cerrahi
- ☐ Göğüs Hastalıkları
- ☐ Enfeksiyon Hastalıkları
- ☐ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- ☐ Nöroloji
- ☐ Herhangi bir uzmanlığım yoktur

19 . Yoğun bakımda triyaj kararlarından siz mi sorumlusunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20. Yoğun bakım hastaları veya yakınlarından yaşam sonu kararı alınmasına dair bir taleple bugüne kadar hiç karşılaştınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Yoğun bakım hastaları veya yakınlarından yaşam sonu kararı alınması ile ilgili endişe veya korkularına rastlıyor musunuz?

- ☐ Her zaman
- ☐ Sıkça
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

22. Aşağıdakilerden hangisi, terminal dönem yoğun bakım hastasına verilen hizmetin ana düşüncesini ifade eder?

- ☐ Her ne pahasına olursa olsun her zaman yaşamı korumak.
- ☐ Öncelikle yaşamı korumak ve yaşam kalitesini değerlendirmek.
- ☐ Öncelikle yaşam kalitesini sağlamak ve yaşamın korunmasını değerlendirmek.
- ☐ Her zaman yaşam kalitesini sağlamak.

23. Ülkemizde yasal olarak uygulanmayan ancak farklı ülkelerin yoğun bakım tedavi protokollerinde yer alan; Hastanın açık talebi üzerine, yaşamını sonlandırma amacıyla ilaç verilmesine denir. Boşluk için en uygun seçenek hangisidir?

- ☐ Tedaviden Kaçınma (Withholding)
- ☐ Tedaviyi Geri Çekme (Withdrawing)
- ☐ Ötanazi (Euthanasia)
- ☐ Boşuna/faydasız tedavi
- ☐ Hiç duymadım

24. Ülkemizde yasal olarak uygulanmayan ancak farklı ülkelerin yoğun bakım tedavi protokollerinde yer alan; Hayati öneme sahip bir müdahalenin başlatılmaması ya da arttırılmamasına karar verilmesine denir. Boşluk için en uygun seçenek hangisidir?

- ☐ Tedaviden Kaçınma (Withholding)
- ☐ Tedaviyi Geri Çekme (Withdrawing)
- ☐ Ötanazi (Euthanasia)
- ☐ Boşuna/faydasız tedavi
- ☐ Hiç duymadım

25. Ülkemizde yasal olarak uygulanmayan ancak farklı ülkelerin yoğun bakım tedavi protokollerinde yer alan; Halen uygulanmakta olan hayati öneme sahip bir tedavinin aktif olarak durdurulmasına karar verilmesine denir. Boşluk için en uygun seçenek hangisidir?

- ☐ Tedaviden Kaçınma (Withholding)
- ☐ Tedaviyi Geri Çekme (Withdrawing)
- ☐ Ötanazi (Euthanasia)
- ☐ Boşuna/faydasız tedavi
- ☐ Hiç duymadım

26. "Nafile tedavi (futile treatment)" nedir?

- ☐ %0-1 hayatta kalma olasılığı
- ☐ Sürekli yoğun bakım gereksinimi
- ☐ Kalıcı vejetatif durumda olma
- ☐ İstenilen sonuca ulaşmada etkisiz olma
- ☐ Tedavinin fizyolojik etkisini sağlayamama

27. Yaşam kurtarıcı bir tedavinin (CPR, ventilatör vb.) karar yetisi olan hastanın (competent patient) hayatını kurtaracağı düşünülüyor ancak hasta bu tedaviyi reddediyorsa, aşağıdakilerden hangisinin yapılması medikolegal açıdan en uygundur?

	Her Zaman	Sıkça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Hastayla iletişime geçer ve ikna etmeye çalışırım	[]	[]	[]	[]	[]
Hastanın isteğine karşı kendi düşüncem doğrultusunda hareket ederim	[]	[]	[]	[]	[]
Hastanın isteğine uyarım	[]	[]	[]	[]	[]
Hastanın isteğine uyan başka bir doktora yönlendiririm	[]	[]	[]	[]	[]

28. Yoğun bakım hastaları veya yakınlarından yaşam sonu kararı alınması ile ilgili endişe veya korkularına rastlıyor musunuz?

- ☐ Her zaman
- ☐ Sıkça
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

29. Karar yetisi olan bir hastanın (competent patient) ölümü yaklaştığında, kimlere haber verilmelidir?

	Her Zaman	Sıkça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
A. Sadece hastaya	[]	[]	[]	[]	[]
B. Sadece aileye	[]	[]	[]	[]	[]
C. Hem hastaya hem aileye	[]	[]	[]	[]	[]
D. Yukarıdakilerin hiçbirine	[]	[]	[]	[]	[]

30. Günlük iş akışı sırasında yapılan yoğun bakım yer talebi, mevcut yatak sayısını aşmakta mıdır?

- ☐ Her zaman
- ☐ Sıkça
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

31. Terminal dönem süreçlerine dair rehber ihtiyacınız?

	Her Zaman	Sıkça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Şekilde
Yoğun Bakım Seviyesi	[]	[]	[]	[]	[]
Hukuk Seviyesi	[]	[]	[]	[]	[]

32. Günlük iş akışı sırasında yapılan yoğun bakım yer talebi, mevcut yatak sayısını aşmakta mıdır?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Belirsiz

33. Eğitim programlarının, terminal dönem hasta süreçlerinin yönetimine dair uygulamalarınızı değiştirebileceğini düşünür müsünüz?

- ☐ Her zaman
- ☐ Sıkça
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

34. Yoğun bakım ünitenizdeki sağlık çalışanları için duygusal danışmanlık veya destek hizmetleri var mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Belirsiz

35. Yoğun bakım ünitenizde bu tür bir program olması gerektiğini düşünür müsünüz?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Belirsiz

36. Terminal bir tanısı aldığınızda aşağıdaki tedaviler konusunda ne yoğunlukta endişeleriniz olur?

	Kesinlikle Evet	Muhtemelen Evet	Kararsızım	Muhtemelen Hayır	Kesinlikle Hayır
Yoğun bakıma girmek	[]	[]	[]	[]	[]
CPR uygulanması	[]	[]	[]	[]	[]
Solunum cihazına bağlanmak	[]	[]	[]	[]	[]
Ağrılı süreç yaşamak	[]	[]	[]	[]	[]
Beslenme	[]	[]	[]	[]	[]
Cihaz (Solunum-kardiyak destek) bağımlı olmak	[]	[]	[]	[]	[]

37. Yukarıdaki soruyu aşağıdakilerden hangisine daha çok önem vererek yanıtladınız?

Yaşam kalitesi (1)

○
1

○
2

○
3

Yaşamın değeri (5)

○
4

○
5

38. Aşağıdaki ifadelere ne derece katılıyor veya katılmıyorsunuz?

	Tamamen katılıyorum	Muhtemelen katılıyorum	Kararsızım	Muhtemelen katılmıyorum	Hiçbir şekilde katılmıyorum
Ölmekten korkuyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
Olabilecek tüm tedavilerle yaşamımı uzatmak isterim.	[]	[]	[]	[]	[]
Gerekli tüm analjezikleri alma konusunda endişeliyim.	[]	[]	[]	[]	[]
Ölürken başkalarına bağılı olmaktan korkuyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
Daha uzun yaşamak için her durumda acıyı kabul ederim.	[]	[]	[]	[]	[]
Doktorumun bana ne kadar süre yaşayacağımı söylemesini isterim.	[]	[]	[]	[]	[]
Ölürken acı çekmekten korkuyorum.	[]	[]	[]	[]	[]