



ESRA ASKOY

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2022

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

YAŞAMIN SONUNDA YOĞUN BAKIMDA VERİLEN TIBBİ
KARARLARIN BEYHUDELİK (FUTILITY) KAVRAMI
ÇERÇEVESİNDE NORMATİF ANALİZİ VE ETİK
DEĞERLENDİRMESİ

ESRA AKSOY

DANIŞMAN
PROF. DR. İLHAN İLKILIÇ

TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI
TIP TARİHİ VE ETİK PROGRAMI

İSTANBUL-2022

İTHAF

Covid-19 testinin pozitif gelmesi üzerine 43 günü yoğun bakımda geçen
iki aylık bir tedavinin ardından, 28 Ocak 2022 akşamı kaybettiğimiz
kıymetli babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Uluslararası yaptığı çalışmalar ve elde ettiği başarılarla biz öğrencilerine yol gösterici olan kıymetli hocam Prof. Dr. İlhan İlkılıç’a, tıbbi beyhudelik hakkında çalışma yapmam konusunda yaptığı yönlendirmeden dolayı ve çalışmam sırasında her türlü yardım ve desteği sağladığı için çok teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde bulunan ve komitenin belirlenmesinden kısa bir süre sonra vefat eden, doktorayı İstanbul Üniversitesi’nde yapmamı tavsiye etmesiyle hayatımda unutulmaz dokunuşlar bırakan rahmetli Hocam Prof. Dr. Hakan Ertin’e çok teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde bulunan diğer kıymetli hocalarıma, Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Alpertunga Kara’ya çalışmanın daha iyi bir hale gelmesini sağlayan çok değerli düzeltme, eleştiri ve katkıları için ve Prof. Dr. Fatma Arın Namal’a destekleri için teşekkür ederim. Ek olarak gömülü teori ile ilgili kaynak tavsiyesi ve yönlendirmelerinden dolayı başta Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Kurnaz olmak üzere Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Polat ve Sosyolog Sevda Akat’a teşekkür ederim. Ayrıca görüşmeler için katılımcı bulmam konusunda yardımcı olan Dr. Öğr. Gör. Orhan Önder’e teşekkür ederim. Buradaki en özel teşekkürü ise, yoğun çalışma tempoları içerisinde görüşme için gönüllü olan ve bu çalışmanın ortaya çıkmasına katkı sağlayan, on bir yoğun bakım hekimine sunmak isterim.

Bu bilimsel çalışmayı yapmak için alt yapı oluşturmak adına, doktora eğitimim sırasında birçok farklı hoca ve kurumdan eğitim alma imkânı buldum. Bundan dolayı başta kıymetli Hocam Prof. Dr. İhsan Fazlıoğlu olmak üzere isimlerini tek tek zikredemeyeceğim bütün hocalarıma teşekkür ederim. Ek olarak Beşikçizade Tıp ve İnsani İlimler Merkezi’ne, Bilim ve Sanat Vakfı’na, İlmi Etüdler Derneği’ne ve son olarak Anadolu Gençlik Derneği’ne teşekkür ederim.

Doktora tezi yazım süreci boyunca TÜBİTAK-ARDEB, Felsefe Çağrı Programı “1003-SBB-FLSF-2019-1 İslâm Medeniyeti ve Bilim Tarihi” çağrısı kapsamında desteklenen “17. Yüzyıl Osmanlı Düşünce Arayışlarının Mahiyeti ve Yanyalı Esad Efendi’nin Katkıları” başlıklı projede (Proje numarası: 119K823) bursiyer olarak yer aldım. Bundan dolayı maddi desteğinden dolayı Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu’na teşekkür ederim. Ayrıca İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenen “Covid-19 Pandemisiyle Mücadelede Etik Sorunlar” başlığını taşıyan projede (Proje numarası: 36837) gönüllü

araştırmacı olarak yer aldım. Bu projeye desteklerinden dolayı İÜ BAP Koordinasyon Birimi'ne teşekkür ederim.

Son olarak eğitim hayatım boyunca dua ve desteklerini esirgemeyen kıymetli anne ve babam Gülhamiye ve Hayrullah Aksoy'a, teyze ve amcam Ayşe ve Mustafa Aksoy'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca birbirimizin çokça kahrını çektiğimiz, eğitim hayatımın büyük bir kısmında aynı zamanda ev arkadaşım olan ablam Şeyma Aksoy'a ve her zaman yanımda olan kardeşlerim Recep Tayyip ve Talha Aksoy'a teşekkür ederim. Ek olarak eğitim hayatımız hakkında karşılıklı dertleştiğimiz değerli arkadaşlarım Elif Akdin Önder ve Merve Nur Koçak Öztürk'e ve en zor zamanlarımda yanımda olup, bana destek olan kıymetli dostum Bahar Emine Tutkaoğlu'na teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI _____	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BEYAN _____	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İTHAF _____	ii
TEŞEKKÜR _____	iii
İÇİNDEKİLER _____	v
TABLolar LİSTESİ _____	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ _____	xiv
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ _____	xvii
ÖZET _____	xviii
ABSTRACT _____	xix
ZUSAMMENFASSUNG _____	xx
1. GİRİŞ VE AMAÇ _____	1
1.1. Araştırmanın Önemi _____	1
1.2. Araştırmanın Sorusu, Hipotezleri ve Amacı _____	3
1.3. Araştırmanın İçeriği _____	4
2. GENEL BİLGİLER _____	7
2.1. Yaşamın Sonunda Yoğun Bakım Üniteleri _____	7
2.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihi _____	7
2.1.2. Yoğun Bakım Yapılanması ve Yoğun Bakımdaki Tedaviler _____	8
2.2. Beyhude Tedavi Kavramı _____	10
2.2.1. Kavrama Dair Literatürün Değerlendirilmesi _____	12
2.2.1.1. Türkçe Literatürde “Futility” Kavramı _____	15
2.2.2. Tıbbi Beyhudelik Tanımları _____	19
2.2.3. Beyhudeliğin Tespit Edilmesi _____	24
2.2.4. Yoğun Bakımda Beyhude Tedaviye Neden Olan Faktörler _____	27

2.2.4.1. Kurumsal ve Organizasyondan Kaynaklı Faktörler	28
2.2.4.2. Hasta ve Hasta Yakınlarından Kaynaklanan Faktörler	31
2.2.5. Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları	32
2.3. Yaşamın Sonunda Karar Verme Süreçlerinin Etik Çerçevesi	34
2.3.1. İnsanlık Şerefi	35
2.3.2. Özerklik İlkesi	39
2.3.3. Yaşam Kalitesi	42
2.3.4. Endikasyon	47
2.3.5. Adalet İlkesi	49
2.3.6. Zarar Vermeme / Yararlı Olma İlkeleri	50
2.3.7. Ötanazi ve Doktor Yardımlı İntihar	51
2.3.8. Do Not Resuscitate (DNR) (Canlandırma Yapmayın)	55
2.3.9. Beyin Ölümü	57
2.3.10. Triyaj - Olağanüstü Hallerde Karar Verme	59
3. GEREÇ VE YÖNTEM	61
3.1. Ampirik Bölüm: Gömülü Teori	61
3.1.1. Araştırmanın Katılımcıları	62
3.1.2. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci	66
3.1.3. Verilerin Analizi	66
3.1.4. Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları	71
3.1.5. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliliği	73
3.1.6. Araştırma Etiği	73
3.2. Teorik Bölüm: Normatif Analiz	74
4. BULGULAR	76
4.1. Yoğun Bakım	78
4.1.1. Yoğun Bakıma Kabul	80
4.1.1.1. Hastanın Geldiği Yer	81
4.1.1.2. Yoğun Bakım Endikasyonuna Karar Verici	84
4.1.1.3. Yoğun Bakım Endikasyonunu Belirleme	86
4.1.1.4. Direnç Gösterilen Hastalar	88
4.1.2. Triyaj	89

4.1.2.1. Triyaj Kriterleri	91
4.1.2.2. Triyaj Süreçleri	95
4.1.2.3. Triyaj Sonrası	98
4.1.3. Yoğun Bakım İşleyişi	100
4.1.3.1. Hastane-Klinik İşleyiş Farkı	101
4.1.3.2. Yönetilebilir Krizler	104
4.1.3.3. Yoğun Bakım Kapalı Bir Yer	106
4.1.4. Hasta ve Hasta Yakınları	107
4.1.4.1. Hasta Yakınlarının Sınıflandırılması	109
4.1.4.2. Hastalar	112
4.1.4.3. Bilgilendirme	112
4.1.4.4. Kararlara Etkileri	116
4.1.4.5. Çatışmalar	119
4.1.5. Yoğun Bakımda Sorunlar	120
4.1.5.1. Yoğun Bakım Drenajı	122
4.1.5.2. Sorunun Sahibi Kim?	125
4.1.5.3. Şiddet	126
4.1.5.4. Hekimlerin Genel Motivasyon Kaybı	128
4.1.6. Yoğun Bakım Temasının Analiz Sonuçları	129
4.2. Beyhude Tedavi	131
4.2.1. Beyhudeliğin Anlamlandırılması	133
4.2.2. Beyhudelik Jargonu	138
4.2.3. Beyhudeliği Belirleme	143
4.2.3.1. Hasta ve Hastalık Özelinde	144
4.2.3.2. Beyhudelik-Endikasyon İlişkisi	149
4.2.3.3. Rehber	151
4.2.4. Beyhudelik Tespiti Sonrası İşleyiş Farklılığı	152
4.2.4.1. Acilde İkna-Bilgilendirme	154
4.2.4.2. Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı Değil	156
4.2.4.3. Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı	158
4.2.4.4. Farklı Hasta Kategorilerinde İşleyiş	165
4.2.4.5. Beyin Ölümü Sorunsalı	168
4.2.5. Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları	169

4.2.5.1. Motivasyon Kaybı	170
4.2.5.2. Duruma Kayıtsızlık	172
4.2.5.3. Hastaya Zararı	173
4.2.6. Palyatif Bakımın Rolü	174
4.2.6.1. Beyhudeliğin Önlenmesinde Palyatif Bakımın Önemi	175
4.2.6.2. Palyatif Bakım Efektif Kullanılmıyor	177
4.2.6.3. Palyatif Bakım İnsani	180
4.2.7. Beyhude Tedavi Temasının Analiz Sonuçları	181
4.3. Covid-19 Pandemisi	183
4.3.1. Devamlılıklar	185
4.3.1.1. Mantalite Aynı	186
4.3.1.2. İstanbul Farkı	187
4.3.2. Farklılıklar	188
4.3.2.1. Hazırlıksız Olmak	190
4.3.2.2. Covid-19 Yeni Bir Hastalık Olması	192
4.3.2.3. Dramatik Olaylar	193
4.3.2.4. Hijyen Önlemlerinin Getirdiği Kısıtlama	195
4.3.2.5. Psikolojik Yorgunluk-Korku	197
4.3.3. “Yoğunbakımlaştırma” Politikası	200
4.3.3.1. Yoğun Bakım Kapasitesinin Artırılması	201
4.3.3.2. Kapasite Artışında Personelin Rolü	203
4.3.4. Covid-19 ve Beyhudelik	205
4.3.5. Covid-19 Pandemisi Temasının Analiz Sonuçları	208
4.4. Etik Problemler	209
4.4.1. Etik Bilinç Eksikliği	211
4.4.1.1. Farkındalık	212
4.4.1.2. Etik Alt Yapı	215
4.4.1.3. Tıp Felsefesi	217
4.4.2. Otonomi	218
4.4.2.1. Bilgilendirilme-Rıza	220
4.4.2.2. Tedavi Reddi	221
4.4.2.3. DNR Sorunsalı	223

4.4.3. Dağıtım (Allocation) _____	227
4.4.3.1. Kaynakların Adil Dağıtımı _____	228
4.4.3.2. Kaynakların İsrafi _____	229
4.4.4. İnsanî Ölüm Hakkı _____	230
4.4.4.1. Anlamsız Bir Yaşatma Sevdası _____	231
4.4.4.2. Hastanede Ölmek _____	233
4.4.5. Etik Problemler Temasının Analiz Sonuçları _____	235
4.5. Karar Verme _____	235
4.5.1. Tıbbi Mutabakat _____	238
4.5.1.1. Ekip Kararı _____	239
4.5.1.2. Konsültasyon Gerekliliği _____	241
4.5.1.3. Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü _____	243
4.5.1.4. Kişisel Tercihlerin Etkisi _____	245
4.5.2. Hukuki Baskı _____	246
4.5.2.1. Hukuki Mecburiyetler _____	248
4.5.2.2. Hukuki Sınırlılıklar _____	250
4.5.2.3. Defansif Hekimlik _____	252
4.5.2.4. Resmiyet ve Uygulama Farkı _____	255
4.5.3. Vicdan _____	257
4.5.3.1. Vicdan Azabı _____	258
4.5.3.2. Dini Gerekçeler _____	260
4.5.4. Özgür Karar Verememek _____	261
4.5.4.1. Hiyerarşi _____	262
4.5.4.2. Damgalanma: Fiş Çekme _____	263
4.5.4.3. Çıkar İlişkisi-Torpil _____	264
4.5.5. Karar Verme Temasının Analiz Sonuçları _____	265
5. TARTIŞMA _____	268
5.1. Bulguların Değerlendirilmesi _____	268
5.2. Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Vermeye Yardımcı Araçların Gerekliliği _____	280
5.3. Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Verme Süreçlerinde «Vicdanın» Normatif Anlamı _____	284

6. SONUÇ	288
KAYNAKLAR	291
KOD KİTABI	317
FORMLAR	321
ETİK KURUL KARARI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	325
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1 Yaşam kalitesi hakkında yazılan makalelerin zaman içinde değişen konu içerikleri _____	43
Tablo 3-1 Katılımcıların demografik ve mesleki bilgileri _____	65
Tablo 4-1 Yoğun bakım temasının belge temelli frekans tablosu _____	78
Tablo 4-2 Yoğun bakıma kabul kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	80
Tablo 4-3 Sevk yeri ve organizasyon ilişkisi _____	82
Tablo 4-4 Triyaj kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	90
Tablo 4-5 Yoğun bakım işleyişi kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	100
Tablo 4-6 Hasta ve hasta yakınları kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	108
Tablo 4-7 Yoğun bakımda sorunlar kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	121
Tablo 4-8 Yoğun bakımdaki sorunlara ait kodların şehirlere göre frekans dağılımı _____	122
Tablo 4-9 Beyhude tedavi temasının belge temelli frekans tablosu _____	131
Tablo 4-10 Beyhudeliğin anlamlandırılması kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	134
Tablo 4-11 Beyhudeliğin anlamlandırılması kategorisinin farklı unvanlara göre belge temelli frekans tablosu _____	136
Tablo 4-12 Beyhudeliğin anlamlandırılması kategorisinin kavrama aşinalık durumuna göre belge temelli frekans tablosu _____	136
Tablo 4-13 Beyhudelik jargonu kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	139
Tablo 4-14 Beyhudelik jargonu kategorisinin farklı unvanlara göre belge temelli frekans tablosu _____	141
Tablo 4-15 Beyhudelik jargonu kategorisinin kavrama aşinalık durumuna göre belge temelli kod frekans tablosu _____	141
Tablo 4-16 Beyhudeliği belirleme kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	143
Tablo 4-17 Beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	153

Tablo 4-18 Hasta yaşam destek ünitesine bağlı kodunun unvanlara göre belge temelli frekans tablosu _____	160
Tablo 4-19 Beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	170
Tablo 4-20 Palyatif bakımın rolü kategorisinin belge temelli kod frekans tablosu ____	174
Tablo 4-21 Covid-19 pandemisi temasının belge temelli frekans tablosu _____	184
Tablo 4-22 Devamlılıklar kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	186
Tablo 4-23 Farklılıklar kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	189
Tablo 4-24 Hazırlıksız olmak kodunun farklı unvanlara göre belge temelli kod frekans tablosu _____	190
Tablo 4-25 “Yoğunbakımlaştırma” Politikası kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	201
Tablo 4-26 Etik problemler temasının belge temelli frekans tablosu _____	210
Tablo 4-27 Etik bilinç eksikliği kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	212
Tablo 4-28 Etik bilinç eksikliği kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	219
Tablo 4-29 Dağıtım (allocation) kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	227
Tablo 4-30 İnsanî ölüm hakkı kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	231
Tablo 4-31 Karar verme temasının belge temelli frekans tablosu _____	236
Tablo 4-32 Tıbbi Mutabakat kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	238
Tablo 4-33 Hemşirelerin yaşam sonu kararlara etkisinin farklı unvanlara göre belge temelli frekans tablosu _____	244
Tablo 4-34 Hukuki baskı kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	247
Tablo 4-35 Vicdan kategorisinin belge temelli frekans tablosu _____	258
Tablo 4-36 Özgür karar verememek kategorisinin belge temelli frekans tablosu ____	261
Tablo 5-1 Karar verme temasına ait kodlarının beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisine ait kodlar ile ilişkisi _____	274

Tablo 5-2 Karar verme temasına ait kodlarının beyhudeliği belirleme kategorisine ait kodlar ile ilişkisi_____	276
Tablo 5-3 Karar verme temasına ait kodlarının etik problemler temasına ait kategoriler ile ilişkisi _____	278
Tablo 5-4 Vicdanî olarak verilen kararlarda beyhudelik bağlamında pro- ve kontra argümanlara örnekler_____	287



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1 Youngner'ın JAMA'da yayınlanan "Who defines Futility?" başlıklı makalesinin Connected Papers sitesindeki arama sonucu.....	13
Şekil 2-2 Baranzke'ye göre (tarafımdan küçük değişiklikler yapılmıştır) iki yönlü hekim-hasta ilişkisi.....	39
Şekil 2-3 Ötanazi çeşitleri.....	53
Şekil 3-1 Gömülü teoride çalışma adımları.....	67
Şekil 3-2 Kodlama, kategorileştirme ve temalaştırma süreci	68
Şekil 4-1 Temellendirilmiş kuram oluşturma sürecinde temaların birbirleriyle ilişkisi ..	76
Şekil 4-2 Tema ve kategorilerin gösterimi	77
Şekil 4-3 Yoğun bakım temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği	79
Şekil 4-4 Yoğun bakım temasının hiyerarşik kod alt kod modeli.....	79
Şekil 4-5 Yoğun bakıma kabul kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği.....	81
Şekil 4-6 Palyatif bakımdan yoğun bakıma hasta kabulünde farklı uygulamalar.....	83
Şekil 4-7 Triyaj kodunun kodlu bölüm temelli frekans tablosu	91
Şekil 4-8 Triyaj kriterlerinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	92
Şekil 4-9 Yoğun bakım işleyişi kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu	101
Şekil 4-10 Hasta ve hasta yakınları kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	109
Şekil 4-11 Hasta yakınlarının sınıflandırılması	110
Şekil 4-12 Hasta, hasta yakınları ve hekimler arasındaki çatışma durumları.....	119
Şekil 4-13 Yoğun bakımda sorunlar kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu	121
Şekil 4-14 Yoğun bakım drenaj sorunun sebeplerinin sınıflandırılması.....	123
Şekil 4-15 Beyhude tedavi temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği	132
Şekil 4-16 Beyhude tedavi temasının hiyerarşik kod alt kod modeli.....	133

Şekil 4-17 Beyhudeliğin anlamlandırılması kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	135
Şekil 4-18 Beyhudelik jargonu kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu.....	140
Şekil 4-19 Beyhudeliği belirleme kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği..	144
Şekil 4-20 Beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	153
Şekil 4-21 Hasta yaşam destek ünitesine bağlı kodunun alt kodlarının kodlu bölüm temelli frekans grafiği	159
Şekil 4-22 Beyin ölümü sorunsalı kodunun tema içi çakışan kodlar gösterimi.....	169
Şekil 4-23 Beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği.....	170
Şekil 4-24 Palyatif bakımın rolü kategorisinin kodlu bölüm temelli kod frekans grafiği	175
Şekil 4-25 Covid-19 pandemisi temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği.....	184
Şekil 4-26 Covid-19 pandemisi temasının hiyerarşik kod alt kod modeli	185
Şekil 4-27 Devamlılıklar kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği.....	186
Şekil 4-28 Farklılıklar kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği.....	189
Şekil 4-29 Psikolojik yorgunluk-korku kodunun çakışan kodlar gösterim modeli	198
Şekil 4-30 “Yoğunbakımlaştırma” Politikası kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu.....	201
Şekil 4-31 Covid-19 ve beyhudelik kategorisinin çakışan kodlar gösterim modeli	206
Şekil 4-32 Etik problemler temasının kodlu bölüm temelli frekans tablosu	210
Şekil 4-33 Etik Problemler temasının hiyerarşik kod alt kod modeli	211
Şekil 4-34 Etik bilinç eksikliği kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği.....	212
Şekil 4-35 Otonomi kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	219
Şekil 4-36 DNR ile ilgili etik sorunların ortaya çıkma mekanizmaları.....	223
Şekil 4-37 Dağıtım (allocation) kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu	228

Şekil 4-38 İnsanî ölüm hakkı kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	231
Şekil 4-39 Karar verme temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği	237
Şekil 4-40 Karar verme temasının hiyerarşik kod alt kod modeli	237
Şekil 4-41 Tıbbi Mutabakat kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	239
Şekil 4-42 Hukuki baskı kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	248
Şekil 4-43 Vicdan kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	258
Şekil 4-44 Özgür karar verememek kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği	262
Şekil 5-1 Beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerine etki eden faktörler.....	269
Şekil 5-2 Yaşamın sonunda beyhudelik durumundaki üç kritik eşik.....	270
Şekil 5-3 Acil servisten hasta başvurusunda beyhudelik bağlamında yoğun bakıma yatış eşliğinin geçilmesi.....	271
Şekil 5-4 Beyin ölümü sonrası mutlak beyhudelik durumundaki farklı işleyiş.....	272
Şekil 5-5 Vicdan kategorisinin çakışan kod gösterimi.....	278
Şekil 5-6 Klinik-etik düzenlemelerin hiyerarşisi	282

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABY: Akut Böbrek Yetmezliği

ARDS: Acute respiratory distress syndrome

Bkz: Bakınız

BT: Bilgisayar Tomografisi

CA: Kanser

CPR: Kardiyopulmoner Resüsitasyon

DNR: Do Not Resuscitate (Canlandırma yapmayın/Resüsitasyon yapmayın)

ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVC: Kalp ve Damar Cerrahisi

MI: Myocardial Infarction (Kalp Krizi)

MERS: Middle East Respiratory Syndrome

MOF: Multiple Organ Failure (Çoklu Organ Yetmezliği)

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

PCR: Polymerase Chain Reaction

PB: Palyatif Bakım

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

SVO: Serebro Vasküler Hastalık

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TCK: Türk Ceza Kanunu

YB: Yoğun Bakım

ÖZET

Aksoy, E. (2022). Yaşamın Sonunda Yoğun Bakımda Verilen Tıbbi Kararların Beyhudelik (Futility) Kavramı Çerçevesinde Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Teknolojik imkanlarla yoğun bakım tıbbının gelişmesi ve yoğun bakım servislerinin yaygınlaşması sınırlı sayıda olan yoğun bakım kaynaklarının nasıl dağıtılacağı sorusunu gündeme getirmiştir. Bu bağlamda tıbbi beyhudelik sebebiyle tedaviye başlanmamasına ya da son verilmesine nasıl karar verilmesi gerektiği de tartışılmaktadır. Bu doktora çalışmasının amacı öncelikli olarak Türkiye’de yoğun bakım hekimlerinin yaşamın sonunda beyhudelik bağlamında nasıl karar verdiklerini tespit etmek ve devamında nasıl karar verilmesi gerektiğine dair çözüm önerileri geliştirmektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada, ampirik ve normatif olmak üzere iki yöntemin bir arada kullanılmasına dayanan karma yöntem kullanılmıştır. Ampirik bölümde kalitatif analiz yöntemlerinden gömülü teori kullanılmış ve on bir yoğun bakım hekimi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Elde edilen veriler MAXQDA 2022 Analytics Pro programı kullanılarak analiz edilmiş ve yoğun bakım, beyhude tedavi, etik problemler, Covid-19 pandemisi ve karar verme başlıkları oluşturulmuştur. Gömülü teori analizi sonucunda hekimlerin beyhude tedaviye dair kararlarını standardize edilmiş bir istişareye bağlı olmayan tıbbi mutabakat doğrultusunda, hukuki ya da toplumsal baskı altında, kısıtlı imkanlarla, bazen de çıkar çatışmasına muhatap olarak ve bazen de vicdanları ya da kişisel tercihleri doğrultusunda karar verdikleri tespit edilmiştir. Ekip olarak tıbbi mutabakat doğrultusunda karar verme süreçlerine fayda, yaş, adalet ve vicdan normatif kavramları etki etmektedir. Normatif analiz sonucunda ise, yaşamın sonunda ekip olarak, tıbbi veriler doğrultusunda, vicdani olarak karar vermenin sürecin doğru yönetilmesi için yeterli olmadığına ulaşılmıştır. Kişiyeye göre değişen izafi ve muğlak bir kavram olan vicdanın, normatif bir güce sahip olmamasından dolayı etik meşruiyet sağlayıcı bir fonksiyonu bulunmamaktadır. Bundan dolayı karar verme süreçlerinde etik analiz ve rasyonel değerlendirmeler yapılmalı, klinik-etik rehber kullanılmalı ve gerektiğinde hastane etik kurullarından danışmanlık hizmeti alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tıbbi beyhudelik, tedavi endikasyonunun olmaması, yoğun bakım etiği, yaşam sonu kararları, klinik-etik rehberler,

ABSTRACT

Aksoy, E. (2022). Normative Analysis and Ethical Evaluation of Medical Decisions Made in Intensive Care Unit at the End of Life in the Context of Futility. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of History of Medicine and Ethics, PhD Thesis. İstanbul.

The development of intensive care medicine with technological opportunities and the spread of intensive care services have raised the question of how to allocate the limited intensive care resources. In this context, it is also discussed how to decide to withhold or withdraw treatment due to medical futility. The aim of this doctoral study is primarily to determine how intensive care physicians in Turkey make decisions in the context of futility at the end of life and following to develop solutions for how decisions should be made. In line with this purpose, a mixed method, which is based on the use of both empirical and normative methods, was used in the research. In the empirical part was used grounded theory, one of the qualitative analysis methods, and in-depth interviews were conducted with eleven intensive care physicians. The data obtained were analyzed using the MAXQDA 2022 Analytics Pro program and five themes were achieved: intensive care, futile treatment, ethical issues, Covid-19 pandemic, and decision making. Grounded theory analysis revealed that physicians make decisions on futile treatment based on medical consensus without standardized consultation, under legal or social pressure, with limited resources, sometimes in conflict of interest, and based on their conscience or personal preferences. In line with the medical consensus, the normative concepts of benefit, age, justice, and conscience affect the decision-making processes as a team. As a result of the normative analysis, it was concluded that making a conscientious decision as a team at the end of life, in line with medical knowledge, is not sufficient for the correct management of the process. The conscience, which is a relative and ambiguous concept that varies according to the person, does not have a function to provide ethical legitimacy since it does not have a normative power. Therefore, ethical analysis and rational evaluations should be made in decision-making processes, clinical ethics guidelines should be used, and consultancy should be obtained from hospital ethics committees when necessary.

Keywords: medical futility, no-indicated therapy, intensive care ethics, end-of-life decisions, clinical-ethical guidelines

ZUSAMMENFASSUNG

Aksoy, E. (2022). Normative Analyse und ethische Bewertung medizinischer Entscheidungen auf der Intensivstation am Lebensende im Kontext der Vergeblichkeit (Futility). Universität Istanbul, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung für Geschichte der Medizin und Ethik, Doktorarbeit. Istanbul.

Die Entwicklung der Intensivmedizin mit technologischen Möglichkeiten und die Ausbreitung intensivmedizinischer Leistungen haben die Frage nach der Allokation der begrenzten intensivmedizinischen Ressourcen aufgeworfen. In diesem Zusammenhang wird diskutiert, wie eine Behandlung wegen medizinischer Aussichtslosigkeit (futility) verweigert oder abgebrochen werden kann. Das Ziel dieser Dissertation ist es, zunächst festzustellen, wie Intensivmediziner in der Türkei Entscheidungen im Zusammenhang mit der Aussichtslosigkeit am Lebensende treffen und dann Lösungen zu entwickeln, wie Entscheidungen getroffen werden sollten. In Übereinstimmung mit diesem Zweck wurde in der Studie eine gemischte Methode angewandt, die auf der Kombination von zwei Methoden, der empirischen und der normativen, beruht. Im empirischen Teil wurde die datengestützte Theoriebildung (Grounded Theory), eine der qualitativen Analysemethoden, angewandt und es wurden Tiefeninterviews mit elf Intensivmedizinerinnen geführt. Die gewonnenen Daten wurden mit dem MAXQDA 2022 Analytics Pro-Programm analysiert und fünf Themen wurden gebildet: Intensivmedizin, vergebliche Behandlung, ethische Fragen, Covid-19-Pandemie und Entscheidungsfindung. Die Analyse der datengestützten Theoriebildung ergab, dass Ärzte Entscheidungen über vergebliche Behandlungen auf der Grundlage eines medizinischen Konsenses ohne standardisierte Besprechung, unter rechtlichem oder sozialem Druck, mit begrenzten Ressourcen, manchmal in Interessenkonflikten und auf der Grundlage ihres Gewissens oder ihrer persönlichen Präferenzen treffen. Im Einklang mit dem ärztlichen Konsens beeinflussen die Begriffe Leistung, Alter, Gerechtigkeit und Gewissen die Entscheidungsprozesse im Team. Die Begriffe Nutzen, Alter, Gerechtigkeit und Gewissen beeinflussen die Entscheidungsprozesse nach dem medizinischen Konsens im Team. Die normative Analyse hat ergeben, dass eine gewissenhafte Entscheidung im Team am Lebensende nach medizinischem Wissen nicht ausreicht, um den Prozess korrekt zu steuern. Das Gewissen, das ein relativer und mehrdeutiger Begriff ist, der je nach Person variiert, hat nicht die Funktion, ethische Legitimität zu liefern, da es keine

normative Kraft hat. Daher sollten bei der Entscheidungsfindung ethische Analysen und rationale Bewertungen vorgenommen, klinische Ethikrichtlinien verwendet und bei Bedarf das Klinische Ethik-Komitee der Krankenhäuser um Rat gefragt werden.

Schlüsselwörter: medizinische Aussichtslosigkeit, nicht-indizierte Therapie, Ethik der Intensivmedizin, Entscheidungen am Lebensende, klinisch-ethische Leitlinien



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Önemi

Gelişen teknolojinin sunduğu teşhis ve tedavi imkânlarıyla birlikte modern tıp hizmetlerinde etik açıdan yeni tartışma alanları ortaya çıkmaktadır. Tıbbın imkânlarının artması yapılabilecek müdahalelere yarar-zarar dengesi içerisinde bakılmasını zorunlu kılmakla birlikte artan tedavi masrafları tıp hizmetlerinin nasıl adil bir şekilde dağıtılacağı sorusunun da tıp etiği içerisinde önemli bir yer almasına sebep olmuştur. (Druml & Druml, 2019) Bu bağlamda ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren yoğun bakım ünitelerinin yaygınlaşması yaşamın sonunda ortaya çıkabilecek birçok etik probleme yol açmıştır. (Akpır, 2010) Teknolojik gelişmeler ve bunun sonucunda yoğun bakım hizmetlerinin gelişmesi hiçbir şekilde yaşama umudu olmayan hastaları, ölüm süreçlerini uzatarak hayatta tutma imkânı sağlamıştır. (Aghabarary & Nayeri, 2016) Yoğun bakım tedavisinin amacı, yaşamı tehdit eden tıbbi krizleri kontrol altına alıp, organların fonksiyonunu yerine getirememesi durumunda onların görevlerini geçici olarak modern tıbbın imkanlarıyla sağlamak ve daha sonra hastaların kendileri için kabul edilebilir bir yaşam kalitesi ile yaşama devam etmesini sağlamaktır. (Michalsen vd., 2021) Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği'nde yoğun bakım üniteleri "bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibarıyla hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı" birimler olarak tanımlanmıştır. (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011) Hayati tehlike altındaki hastalara hizmet veren, ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren tedavi imkanının sunulduğu yoğun bakım ünitelerinin yaygınlaşması hem hizmetin kısıtlı ve pahalı olması hem de yoğun bakım hastalarının yaşam ve ölüm arasında kritik bir noktada olmasından dolayı, kaynakların adil bir şekilde dağıtılması tartışmalarına başka bir boyut kazandırmıştır. Ayrıca yoğun bakım servislerindeki yatak ihtiyacının önümüzdeki 20 yıl içinde dünyada %80-93 artacağı tahmin edilmektedir. Bundan dolayı gelecekteki yoğun bakım yataklarındaki muhtemel yetersizlik durumuna önlem alınabilmesi için yoğun bakım yataklarının adil dağıtılmasına yönelik yapılan

alışmalar önem kazanmıştır. (Aghabarary & Nayeri, 2016) Bu baēlamda kısıtlı sayıda olan yoēun bakım kaynaklarının nasıl daēıtılacaēı sorusu adalet ilkesi kapsamında tartışılırken, aynı zamanda tıbbi yararsızlıktan dolayı tedaviye başlanılmamasına ya da başlanılmış tedavinin sınırlandırılmasına veya tedaviye son verilmesine nasıl karar verileceēı soruları da literatürde tartışılmaya başlanmış ve bu tartışmalar “futility” (beyhudelik) kavramının literatüre girmesine sebep olmuştur. (Youngner, 1988)

“Futility” kavramı her ne kadar literatürde geniş yer bulmuş olsa da sınırlarının belirlenmesinde kanıta dayalı tıp sistemi içerisinde çeşitli epistemolojik zorluklar barındırdıēından hala klinikte fonksiyonel bir şekilde kullanabilen bir tanımı bulunmamaktadır. (Marckmann, 2015) Bu çalışmada ise “futility” mevcut literatürün deēerlendirilmesi sonrasında “hasta ve/veya hasta yakınları ile belirlenen tedavi hedefinin mevcut tıbbi bilgiler doērultusunda gerçekleşmesinin mümkün olmaması” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımlama ile özellikle yaşamın sonundaki hastalarda hastanın iyileşmesine ya da yaşam kalitesine herhangi bir katkısı olmayan, hastayı daha iyi bir duruma getirmeyeceēi bilinen tüm girişimler kastedilmektedir. “Futility” kavramı literatürde yaklaşık 35 senedir tartışılmakla birlikte, Covid-19 pandemisinin ardından, kavram hakkındaki tartışmalar ve klinik kullanımdaki fonksiyonelliēini belirleme çabaları tekrar hız kazanmıştır. Pandemi sürecinde yoēun bakımlarda karar verme süreçlerinin İtalya ve İspanya rneēinde tecrübe edildiēi üzere daha karmaşık bir hale geldiēi ve etik perspektiften deēerlendirilmesi gereken birçok farklı problemle karřılařıldıēı görülmüştür. (İlkılıç, 2020b) Pandemide birçok ülkede görülen hasta seçimi yapılması, yani triyaj zorunluluēu olası bir beyhude tedavinin tespit edilmesinin önemini daha çarpıcı olarak göstermiştir. (Jöbges vd., 2020) Bu baēlamda pandemide triyaj süreçlerinin nasıl yapılması gerektiēini düzenleyen klinik-etik rehber yayınlayan Almanya ve İşvire, bu rehberlerin içerisinde “futility’nin” belirlenmesinin önemine dair ayrı bir başlık açmışlardır. (Deutsche Interdisziplinre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin., 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften., 2020) Pandemi sürecinin zorlu günlerinin geride kalmasının ardından yine bu iki lke, İşvire’de İşvire Tıp Bilimleri Akademisi Aralık 2021’de, Almanya’da tabipleri birliēine ait Merkezi Etik Komite ise Mart 2022’de olmak üzere “futility” baēlamında yoēun bakımda karar verme süreçlerinin düzenlenmesine yardımcı olmayı amaçlayan klinik-etik tavsiye metni yayınlamıştır. (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2021; ZEKÖ, 2022)

Uluslararası literatürde “futility” üzerine gerçekleşen bu hararetli tartışmalar ne yazık ki ülkemizde aynı seviyede yankı bulmamıştır. Burada etik literatüründeki diğer birçok kavram ve problemde olduğu gibi “futility” kavramının anlamlandırılmasının ve kavram çerçevesinde ortaya çıkan problemlerin ülkelerdeki yasal düzenlemeler ve dini-kültürel çeşitlilikler doğrultusunda farklılık gösterdiği unutulmamalıdır. (Vincent, 2004) Bu bağlamda ülkemizde “futility” üzerine yapılan çalışmaların yetersizliği bu konu üzerine yapılan bir doktora çalışmasının önemini arttırmaktadır.

1.2. Araştırmanın Sorusu, Hipotezleri ve Amacı

Araştırma Sorusu:

“Yaşamın sonunda hekimlerin beyhude tedaviyi belirlemede ve değerlendirmede verdikleri kararlarda kullandıkları normatif kavramlar ve bu kavramların fonksiyonu nedir?”

Bu araştırmada kalitatif ve normatif analiz yönteminin bir arada kullanılmasına dayanan karma yöntem kullanıldığı için, bu araştırma sorusu kapsamında öncelikle ampirik bölüm için alt araştırma sorusu, normatif bölüm için ise araştırma hipotezi oluşturulmuştur. Ampirik bölümde kalitatif analiz yapılacağı için hipotez oluşturulmaksızın araştırma sorusu doğrultusunda çalışma yapılmıştır. (Bkz. Bölüm 3.1.3)

Ampirik araştırma için alt araştırma sorusu:

Türkiye’de hekimlerin perspektifinden yoğun bakım ünitelerindeki işleyiş ve yaşamın sonunda beyhude tedavi bağlamında karar verme süreçleri nasıldır?

Normatif analiz için hipotez:

Yaşamın sonunda yoğun bakım ünitelerinde beyhude tedavi bağlamında karar verme süreçlerinde hekimler etik ilkeler doğrultusunda sistematik bir şekilde analiz yapmadan, an itibarıyla etkili olan şartlara göre karar vermekte ve uygulamalarda bulunmaktadır. Bu bağlamda yaşamın sonunda yoğun bakım ünitelerinde beyhude tedavi özelindeki karar verme süreçlerinde hekimlerin etik analiz ve rasyonel değerlendirme yapmalarına yardımcı klinik-etik rehberlere ve gerektiğinde etik danışmanlık almaya ihtiyaçları bulunmaktadır.

Ampirik bölüm için belirlenen alt araştırma sorusu ve normatif bölüm için belirlenen hipotez doğrultusunda öncelikle “futility” bağlamında Türkiye’de hekimlerin nasıl karar verdiklerini tespit etmeyi, sonrasında ise normatif analiz ile nasıl karar verilmesi gerektiğine dair çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın İçeriği

Bu doktora tezi giriş ve amaç, genel bilgiler, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Giriş ve Amaç adını taşıyan ilk bölümde, Araştırmanın Önemi başlığı altında neden böyle bir çalışmaya ihtiyaç olduğu açıklanmış ve araştırmanın önemi ortaya konulmuştur. Sonrasında Araştırmanın Amacı başlığı altında araştırma sorusu ve hipotezleri doğrultusunda araştırmanın amacının sınırları çizilmiştir. Araştırmanın İçeriği başlığını taşıyan son alt bölümde ise çalışmanın genel bir özeti verilmiştir.

Genel Bilgiler başlığını taşıyan ikinci bölümde araştırma konusunun arka planını oluşturan başlıkların mevcut literatür doğrultusunda verilmesi amaçlanmıştır. Bundan dolayı Yaşamın Sonunda Yoğun Bakım Üniteleri, Beyhude Tedavi Kavramı ve Yaşamın Sonunda Karar Verme Süreçlerinin Etik Çerçevesi olmak üzere üç alt başlık oluşturulmuştur. İlk bölümün Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihi başlığını taşıyan alt bölümünde yoğun bakımların ortaya çıkış süreçleri ve kullanım amaçları ortaya konulmuştur. Yoğun Bakım Yapılanması ve Yoğun Bakımdaki Tedaviler başlığını taşıyan ikinci alt bölümünde ise özellikle doktora tezinin sağlık çalışanları dışındaki okuyucuları göz önünde bulundurularak Türkiye’deki yoğun bakımların yapılanması ve yoğun bakımda temel olarak kullanılan hayati tedavilerin özeti verilmiştir. Beyhude Tedavi Kavramı bölümünde ise ilk önce kavrama dair mevcut literatürün değerlendirilmesi yapılmıştır; sonrasında ise sırasıyla Tıbbi Beyhudelik Tanımları, Beyhudeliğin Tespit Edilmesi, Yoğun Bakımda Beyhude Tedaviye Neden Olan Faktörler ve Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları konularına yer verilmiştir. Bu bölümde kavram çerçevesindeki tartışmaların literatür doğrultusunda özetlenmesi ve araştırma sorusu bağlamında önemli olan noktaların belirlenmesi hedeflenmiştir. Yaşamın Sonunda Karar Verme Süreçlerinin Etik Çerçevesi başlıklı son bölümde ise araştırma sorusu bağlamında önemli olan kavram ve ilkelerin açıklaması yapılmıştır. Burada ek olarak hukuki tartışmalara girilmeden, sadece araştırma sorusu bağlamında önemli olan hukuki düzenlemelere değinilip, uygulamaların sınırları çizilmiştir.

Kavramların etik açıdan açıklanmasında ise öncelikle kavramların ortaya çıkış süreçleri tarihsel olarak ortaya konulmuş, devamında kavram hakkındaki temel tartışmalara değinilmiş, sonrasında ise araştırma sorusu bağlamında önemli olan noktalara yoğunlaşarak anlatım daraltılmıştır. Son olarak ise, araştırma sorusu bağlamında kavram ya da ilkeye dair bu çalışma özelinde bir pozisyon alınmıştır. Bu bölümde açıklanan kavram ve ilkeler sırasıyla şu şekildedir: insanlık şerefi, özerklik ilkesi, yaşam kalitesi, endikasyon, adalet ilkesi, zarar vermeme / yararlı olma ilkeleri, ötanazi ve doktor yardımlı intihar, Do Not Resuscitate (DNR) (canlandırma yapmayın), beyin ölümü ve triyaj-olağanüstü hallerde karar verme.

Üçüncü bölümde Gereç ve Yöntem başlığı altında araştırmada kullanılan bilimsel yöntemin açıklanması yapılmıştır. Çalışmada ampirik ve normatif olmak üzere iki farklı yöntem kullanıldığı için, bu bölüm bu iki başlığı taşıyan iki alt bölüme ayrılmıştır. Ampirik bölümde, ilk olarak kalitatif analiz yöntemi olarak belirlenen gömülü teori deseni hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında sırasıyla Araştırmanın Katılımcıları, Veri Toplama Yöntemi ve Süreci, Verilerin Analizi, Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları, Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği ve son olarak Araştırma Etiği başlıklarına yer verilmiştir. Bu bölümler yazılırken öncelikle mevcut literatür doğrultusunda nasıl bir yöntem benimsenmesi gerektiğinin genel çerçevesi çizilmiş, sonrasında ise bu araştırmadaki çalışmanın nasıl yapıldığı adım adım anlatılmıştır. Verilerin analizi kısmında analizin nasıl yapılması gerektiği ve nasıl yapıldığı sadece yöntem temelinde anlatılmamış, aynı zamanda analiz sırasında kullanılan MAXQDA programında kullanılan araçlar hakkında da bilgi verilmiştir. Ek olarak araştırma sırasında karşılaşılan zorluklar, bunların nasıl aşılmaya çalışıldığı ve bu bağlamda araştırmanın sınırlılıkları şeffaf bir şekilde ortaya konmaya çalışılmıştır. Bir sonraki bölümde ise araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliğini sağlamak adına benimsenen stratejiler ve bulguların araştırmacı tarafından manipüle edilmemesine dair alınan önlemler açıklanmıştır. Son alt bölüm olan araştırma etiği kısmında ise hem etik kurul izni doğrultusunda dikkat edilen hususlar hem de katılımcıların bilgilerinin anonim kalmasının sağlanması hakkında bilgi verilmiştir. Ampirik kısmın yönteminin ayrıntılı anlatımının ardından, teorik bölümde normatif analizin hangi prensipler doğrultusunda yapıldığı açıklanmıştır.

Dördüncü bölümde Bulgular başlığı altında gömülü teori deseni kullanılarak yapılan kalitatif analiz sonucu ulaşılan yoğun bakım, beyhude tedavi, Covid-19

pandemisi, etik problemler ve karar verme temaları alt başlık haline getirilerek, temalara ait kategori ve kodlar doğrultusunda ulaşılan bulgular yazılmıştır. Her temanın sonunda analizde ulaşılan sonuçlar özet şeklinde verilmiş ve ikinci bölümde ilgili kısımlara atıf yapılarak sonuçlar desteklenmiştir.

Tartışma bölümünde ilk olarak Bulguların Değerlendirilmesi başlığı altında hem gömülü teoriyle getirilen açıklamaların damıtılması ve değerlendirilmesi yapılmış hem de MAXQDA programında tema ve kategorilerin birbirleri ile ilişkisini gösteren analiz yöntemleri kullanılarak ulaşılan sonuçlar desteklenmiştir. Sonuç olarak normatif analiz için “Yaşamın sonunda beyhude tedavi bağlamında karar vermeye yardımcı araçlar, örneğin rehber ya da hastane etik kurulu konsültasyonu kullanımı etik açıdan gerekli mi?” ve “Yaşamın sonunda beyhude tedavi bağlamında karar verme süreçlerinde vicdanî olarak karar vermek etik açıdan sürecin makul bir şekilde işlenmesini sağlar mı?” olmak üzere iki etik soruya ulaşılmıştır. Sonrasında ise bu iki etik soruyu destekleyen argümanlar bulgulara dayalı olarak tespit edilmiştir Devamında ise Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Vermeye Yardımcı Araçların Gerekliliği ve Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Verme Süreçlerinde «Vicdanın» Normatif Anlamı başlıkları altında argümanların kontra-argümanları ortaya konularak normatif analiz yapılmıştır.

Sonuç bölümünde ise ulaşılan sonuçlar özet olarak verilmiş ve gelecek araştırmalarda çalışılması gereken konuların çerçevesi çizilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşamın Sonunda Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakım üniteleri, hayatı tehdit eden hastalıkları veya yaralanmaları olan hayati risk altındaki hastalara, uzman ve nitelikli sağlıklı çalışanlarının yakın takip, tetkik ve tedavi hizmeti sunduğu, fiziki şartları ve personel sayısı gibi standartları genelge ile düzenlenmiş olan yataklı servislerdir. Yoğun bakım ünitelerinde kısmen ya da tamamen işlevini kaybetmiş organ ya da organların fonksiyonları geçici olarak tıbbi ya da mekanik yöntemlerle desteklenmekte ya da devam ettirilebilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinin amacı altta yatan hastalığa yönelik tedavi uygulanırken, hastanın daha da kötüleşmesini engelleyecek yaşam desteğinin de sunulmasıdır. Bu temel yaşam desteği ve özenli bakımın sunulması sadece teknolojik donanım, yoğun bakım uzmanı hekim ve hemşireler aracılığıyla değil, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı uzmanlık dallarını da içeren bir ekibin varlığına bağlıdır. (Marshall vd., 2017) Bu bağlamda ileri teknolojiye sahip tıbbi cihazlarla donatılmış yoğun bakım üniteleri, multidisipliner uzman ekipleriyle hayati tehlike yaşayan hastalara iyileşmeleri amaçlanarak yoğun ve ileri sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimlerdir.

2.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihi

Yoğun bakım ünitelerinin ortaya çıkışıyla ilgili literatürde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Hastaya uygulanan yakın takip ve bakımın ortaya çıkmasını önceleyenler Florence Nightingale'in, on dokuzuncu yüzyılda Kırım Savaşı sırasında, durumu kritik olan hastalara daha yoğun bir bakım hizmeti sunabilmek için hastanede özel bir alan oluşturmasını yoğun bakım hizmetinin başlangıcı kabul ederken, (Marshall vd., 2017) mekanik destek sunulmasını önceleyenler ise 1952 yılında Danimarka'da polio salgını sırasında solunum sıkıntısı çeken hastalar için mekanik ventilatörün kullanılmasını milat olarak kabul etmektedirler. (Takala, 2014) Hemşirelik bakımının gelişmesi de tarihi olarak önemli olmakla birlikte, yoğun bakım ünitelerinin ortaya çıkmasında kilit rol oynayan gelişme solunum sıkıntısı çeken hastalarda mekanik ventilatörün kullanılmaya başlanması olmuştur. (Richmond, 2007) Danimarka'da 1952 yılındaki çocuk felci salgınında Kopenhag Belediye Hastanesinde bağımsız bir anestezi uzmanı olarak çalışan Bjørn Aage Ibsen, hastalıktan ölüm oranları %80'in üzerindeyken radikal bir tedavi teklif etmiştir. Poliomyelitisten dolayı solunum sıkıntısı olan hastaların tıpkı cerrahi işlemler sırasında olduğu gibi makinaya bağlı bir şekilde yapay solunum sağlanması gerektiğini

iddia etmiş ve gönüllü bir ekibin bu uygulamayı yapabileceği ayrı bir bölüm oluşturmuştur. Böylelikle ölüm oranları %20'nin altına inmiştir. (Pincok, 2007) 1960'ların başında ise Max Harry Weil isimli doktorun, ABD'de Güney Kaliforniya Üniversitesi Tıp Merkezi'nde hastaların monitörize edilerek yakın takiplerinin yapılmasına imkân sağlayan uygulamaları başlatması da yoğun bakım ünitelerinin gelişmesi açısından önem arz etmektedir. (Tang & Sun, 2011) Sonrasında hemodiyaliz gibi bulunan diğer teknolojik cihaz ve geliştirilen özenli ileri bakım metotları doğrultusunda bugünkü anlamdaki yoğun bakım üniteleri ortaya çıkmıştır. (Marshall vd., 2017)

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde Dr. Cemalettin Öner tarafından ilk yoğun bakım ünitesi "reanimasyon servisi" adıyla kurulmuştur. Sonrasında sırasıyla İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, İstanbul İlk Yardım Hastanesi'nde, Anadolu'da ise Uludağ Üniversitesi, Ege Üniversitesi, 9 Eylül Üniversitesi ve Çukurova Üniversitesi tıp fakültelerinde reanimasyon servisi açılmıştır. (Akpınar, 2002) Yoğun bakımların hangi uzmanlık dalına dahil edileceği 06.09.1962 tarihli Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde düzenlenmiş ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlığının bir parçası olduğu belirtilmiştir. (*Tababet Uzmanlık Tüzüğü*, 1962) 2002 yılında yeni yapılan düzenlemeyle yoğun bakım uzmanlığı yan dal uzmanlığı olarak tanımlanmış ve yan dal uzmanlık hakkı sadece iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve göğüs hastalıkları uzmanlarına verilmiştir. (*Tıpta Uzmanlık Tüzüğü*, 2002) Bu durum başta anestezi ve reanimasyon uzmanları olmak üzere birçok uzmanlık dalının tepkisini çekmiş ve düzenlemeye dair meslek derneklerinin başlattığı hukuki süreç sonucunda yan dal uzmanlığına başvurabilen ana dal uzmanlıkları yeniden düzenlenmiştir. Üç yıllık yoğun bakım uzmanlık eğitimine şu anda anesteziyoloji ve reanimasyon, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, klinik mikrobiyoloji ve nöroloji uzmanları başvurabilmektedirler. (TYBD, 2014)

2.1.2. Yoğun Bakım Yapılanması ve Yoğun Bakımdaki Tedaviler

Türkiye'deki yoğun bakım üniteleri Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (20.07.2011) doğrultusunda çalışmaktadır. Yoğun bakımda verilen hizmet Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınlamış olduğu Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi tarafından

düzenlenmektedir. Yoğun bakımlar sahip oldukları tıbbi cihaz ve teknolojik donanım, yatak sayısı, personel çeşitliği ve sunulan hizmetin standardına göre üç basamakta kategorize edilmektedir: (*Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi*, 2007)

1. Basamak: “Takip ve tedavileri için rutin yöntemler yeterli olmayan, ancak, henüz organ yetmezliği başlamamış, solunum desteğine ihtiyaç duymayan, yakın takibi gereken hastaların kabul edildiği ünitelerdir.”
2. Basamak: “Detaylı ve nitelikli gözlem ve girişim yapılabilen, yaşamsal destek gereksinimi bulunan hastaların yüksek kalitede bakım ve tedavisinin yapıldığı, 24 saat doktor denetim ve gözetimi olan ünitelerdir.”
3. Basamak: “Altta yatan özellikli hastalığı veya birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluğu veya yetmezliği gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen ünitelerdir.”

Yoğun bakım üniteleri, yetişkin, çocuk ve yeni doğan yoğun bakımları olmak üzere yaş doğrultusunda kategorize edilmekle birlikte, verilecek hizmetin çeşidi ya da belirli bir anabilim dalına ait olması yönünde de farklı isimler alabilmektedir. Bazı hastanelerde genel yoğun bakım altında anestezi ve reanimasyon yoğun bakımı ve post-op yoğun bakım bir arada olabiliyorken, bazılarında ise ayrı ayrı yer alabilmektedir. Ayrıca özel branşlara ait dahili yoğun bakım, koroner yoğun bakım, kalp damar cerrahisi yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, nöroşirürji yoğun bakım, ortopedi ve travmatoloji yoğun bakım ve yanık yoğun bakım üniteleri de mevcuttur.

Yoğun bakım ünitelerinde organ fonksiyonları yeterli seviyede ya da hiç çalışmadığında kullanılan destek uygulamaları şu şekilde özetlenebilir: (Rollas, 2019)

1. Solunum desteği (Akciğer)
 - Basit oksijen desteği (nasal ya da maske ile)
 - Yüksek akım oksijen desteği (High Flow)
 - Mekanik ventilatör
 - Ekstrakorporeal membran oksijenizasyon (ECMO)
 - Karbondioksit removal (ECCOR)
2. Hemodinamik destek: (Kalp)

- Farmakolojik vazoaktif –inotrop ajanlar
- Kalp pili uygulaması,
- İntraaortik balon pompası,
- Ventriküler asist aracı

3. Renal destek (Böbrek)

- Hemodiyaliz

Yoğun bakım ünitelerinde aralıksız bir şekilde, yedi gün yirmi dört saat yakın takip prensibi ile hizmet verilmesi esastır. Bundan dolayı yoğun bakım personelinin uzmanlık bakımından niteliğinin yanında sayısı da önemlidir. Literatürde farklı tavsiyeler bulunmakla birlikte, sekiz ila on beş hastaya bir hekim ve iki hastaya bir hemşire düşecek şekilde personel organizasyonun yapılması gerekmektedir. (Rollas, 2019) Uzman personel sayısının normal servislerdeki yataklı hizmete göre daha fazla olması gerekliliği, ileri teknoloji tıbbi cihazlarla donatılmış olma zorunluluğu ve diğer yardımcı personelin gerekliliği yoğun bakım hizmetini en pahalı sağlık hizmetlerinden biri yapmaktadır. (Barrett vd., 2015) Bu bağlamda kritik hastaların bakımı için geliştirilmiş olan ve sağlık hizmeti içerisinde en pahalı hizmetlerden biri olan yoğun bakım ünitelerinin kısıtlı kaynaklarının nasıl dağıtılacağı etik literatürü içerisinde çeşitli tartışmalara yol açmaktadır. (Ekinci & Tokaç, 2019; Namal, 2016b)

2.2. Beyhude Tedavi Kavramı

Bu bölümde öncelikle beyhude tedavi bağlamında yazılmış literatürün değerlendirilmesi yapılmış, sonrasında ise literatür doğrultusunda beyhudeliğe sebep olan etmenler ve beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları incelenmiştir. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren farklı başlıklar altında literatürde tartışılan “futility” kavramına başlığında yer veren ilk makale 1988 yılında Youngner tarafından JAMA’da “Who Defines Futility?” şeklinde yayınlanmıştır. (Youngner, 1988) Türkçe literatürde ise kavramın üzerinde mutabakat sağlanmış tek bir karşılığı bulunmamaktadır. Kavramın Türkçe kaynaklarda boşuna, yararsız, nafil ve beyhude tedavi gibi çevirilerine rastlanılmaktadır. (Acar, 2016) Türkçe kullanılan kelimelerin hepsi günlük konuşma dilinde birbirlerinin yerlerine kullanılabilen, benzer anlamlara karşılık gelen kelimelerdir. Ancak hepsi içerdikleri diğer anlamları ve kapsamaları dahilinde “futility” kavramının içerdiği anlamları bilimsel olarak taşımaya elverişli değildir. İngilizce sözlüklere bakıldığında “futile” kelimesinin “fayda üretmeyen” veya “anamlı veya arzu edilir bir

sonuç üretmeyen" anlamına geldiği görülmektedir. (*Cambridge Dictionary*, 2022; *Oxford Learner's Dictionary*, 2022) Türkçede yararsız, faydasız, nafil, boşuna ve beyhude kelimelerinin her biri günlük kullanımda aslında bu anlamı karşılamaktadır. Ancak yararsız veya faydasız denildiği zaman, tedavinin herhangi bir sonuç üretmediği anlaşılabilir. Halbuki kavram sadece tedavinin bir sonuç üretmediği durumları değil, aynı zamanda anlamlı bir sonuç üretmediği durumları da kapsamaktadır. Anlamlı sayılmayan bazı sonuçların her şeye rağmen yarar gibi görülmesi söz konusu olabilir. İleride ayrıntılı bir şekilde tartışılacağı üzere, bir tedavi sadece yararsız olduğu durumlarda değil, hasta ile ortak belirlenen hedefe ulaşmada yetersiz olduğunda da “futility” olarak kabul edilmektedir. Boşuna kelimesi de benzer bir şekilde “futility” kavramının anlamını kuşatmada yetersiz kalmaktadır. Ayrıca boşuna kelimesi gündelik dilde daha fazla kullanılan ve nispeten genel bir anlamı olan bir kelimedir. Bundan dolayı özel bir anlamla terim olarak kullanılması hatalı algılara yol açabilir. Nafil kelimesinin ise, yararsız ve boş yere anlamlarının yanında İslam dininde “fazladan yapılan ibadetlere” karşılık olarak kullanılan, dini yaşamda belli bir yeri ve önemi olan bir anlamı mevcuttur. (TDK, 2022) Bu durum zaten tanımlanması zor olan “futility” kavramının, Türkçe karşılığının anlamlandırılmasında karşılıklara sebep olma ihtimalini barındırmaktadır. Tedavinin nafil olarak nitelendirilmesi, sanki onun fazladan ya da ekstra yapılmasından kaynaklı bir durum olmasıyla ilgili olduğu yanılgısına düşürebilir. Ayrıca zaten terim olarak kullanılmakta olan bir kelimeyi, başka bir alanda farklı bir anlam vererek yeni bir terim olarak kullanılması da kafa karıştırıcı olabilir. Bununla birlikte “futility” kavramı aynı zamanda bir durum da ifade etmesine karşın “nafil durum” şeklinde bir kullanımın bulunmamasından dolayı bu iki kavramın tamamen örtüştüğü de iddia edilemez. Türkçede “futility” kavramına en yakın kelime hukuk dilinde de kullanılan beyhude kavramıdır. Burada belli bir amaç için yapılan davranışların sonunda hedeflenen sonuca ulaşamama durumunun beyhude olarak nitelendirilmesi söz konusudur. Ek olarak beyhude kelimesi anlam olarak uygun olmasının haricinde, gündelik dilde sık kullanılmaması bakımından da terim olarak kullanılmaya uygun görünmektedir. Bundan dolayı bu çalışmada “futile” ve “medical futility” kavramlarına karşılık olarak “beyhude” ve “tıbbi beyhudelik” kullanılması tercih edilmiştir. Burada kavrama Türkçe bir karşılık verilmesiyle kavrama bir tanımlama getirilmesinin ayrı problemler olduğu unutulmamalıdır. Kavramın tanımlanmasının zorluğu ilgili bölümde tartışılmıştır. (Bkz. Bölüm 2.2.2.)

2.2.1. Kavrama Dair Literatürün Değerlendirilmesi

Kavrama dair literatürün değerlendirebilmesi için PubMed, Google Scholar, JSTOR ve ETHICSWEB veri tabanları kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. “futility” anahtar kelimesi kullanılarak yapılan aramalarda sadece Google Scholar’da 294.000 ve PubMed’de ise 10.000’in üzerinde makaleye erişilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda web veri tabanları üzerinden klasik yöntemler kullanılarak mevcut literatürdeki farklı görüş ve pozisyonların tamamını kapsayan bir sonuca ulaşmak mümkün görülmemektedir. Bundan dolayı akademik araştırmalar için görsel arama aracı olan <https://www.connectedpapers.com/> sitesinden seçilen kurucu nitelikteki makaleler üzerinden arama yapılmış ve mevcut makalelerin birbirleriyle ilişkileri soruşturulmuştur. Burada “kurucu nitelikteki makale” ifadesiyle, yayınlanmasının ardından literatürdeki tartışmalara yön veren veya yeni bakış açıları ortaya koyarak sorunu tekrardan tanımlayan, literatüre etkisi yüksek olan makaleler kastedilmektedir. Site, birbiriyle ilişkili makaleleri görsel olarak sunmakla birlikte hem ikincil çalışmaları hem de direkt olarak aranan makale ile bağlantısı olmayan ama makalenin yayınlandığı yıldan önce yayınlanmış ilişkili olan çalışmaları da listelemektedir. Youngner’ın JAMA’da yayınlanan “Who defines Futility?” başlıklı makalesinin Connected Papers sitesindeki arama sonucu Şekil 2-1’de gösterilmiştir. (Connected Papers,

birlikte, Youngner'ın makalesini yayınlamasından sonra daha çok beyhudeliğin tanımını yapmaya odaklanan ve beyhudelik bağlamında nasıl karar verilmesi gerektiğini tartışan makaleler yayınlanmaya başlamıştır. (Callahan, 1991; Jecker & Pearlman, 1992; Luce, 1995; Paris & Reardon, 1992; L. Schneiderman vd., 1990, 1994; L. J. Schneiderman vd., 1990; L. J. Schneiderman & Jecker, 1993; Truog vd., 1992)

Connected Papers sitesinden farklı makaleler üzerinden yapılan aramalar, aynı zamanda veri tabanları üzerinden elde edilen sistematik derleme çalışmalarıyla karşılaştırmalı olarak incelenerek, beyhude tedavi literatürünün içerisindeki farklı çalışma türleri belirlenmiş ve sekiz başlık altında kategorize edilerek örnek çalışmalarıyla aşağıda sıralanmıştır:

1. Teorik veya normatif çalışmalar: Beyhude tedaviye fonksiyonel bir tanım yapmaya çalışan ve beyhudelik bağlamında etik olarak nasıl karar verilmesi gerektiğini soruşturan çalışmalar (Yukarıda örnekleri verildi.)
2. Hekimlerin karar verme süreçlerindeki tercihlerini ve karar verme süreçlerine etki eden etmenleri ortaya koyan anket çalışmaları (Melltorp & Nilstun, 1997) (Meyer-Zehnder vd., 2014),
3. Hekimlerin tercihlerinin arkasındaki normatif kavramları ve karar verme süreçlerini inceleyen nitel çalışmalar (Albisser Schleger vd., 2008)(Willmott vd., 2016)
4. Verilen kararlar doğrultusunda morbiditeyi inceleyen retrospektif ya da prospektif gözlemsel çalışmalar (Sprung vd., 2003)
5. Karar vermeye yardımcı araçların kullanılmasının klinikteki karar verme süreçlerine etkisinin tespitine yönelik prospektif randomize çalışmalar (L. J. Schneiderman vd., 2003)
6. Beyhude tedavinin hekimler ve sağlık çalışanları üzerine etkisini inceleyen nitel ve nicel çalışmalar (Hamric & Blackhall, 2007)
7. Yapılmış teorik ya da ampirik çalışmaları sistematik ya da serbest olarak değerlendiren derleme çalışmaları (Aghabarary & Nayeri, 2016; Schwarzkopf D, 2019; Vincent, 2004)
8. Kurumsal mutabakat ya da tavsiye metinleri (Council on Ethical Judicial Affairs American Medical Association, 1999; The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine., 1997)

Yukarıdaki çalışma gruplarının incelenmesi neticesinde, bu çalışma kapsamında önem arz eden dört başlık belirlenmiştir.

1. Tıbbi Beyhudelik Tanımları
2. Beyhudeliğin Tespit Edilmesi
3. Yoğun Bakımda Beyhude Tedaviye Neden Olan Faktörler
4. Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları

Burada karar verme süreçlerinin işleyişinin ülkelere göre farklılık gösterdiği tespiti (Vincent, 2004) önem arz etmektedir. Örneğin, Avrupa’da tıbbi kanıtlar daha önemli rol oynarken, hasta otonomisinin ön planda olduğu ABD’de ise hasta ve hasta yakınlarının tercihleri karar verme süreçlerinde daha etkili olmaktadır. (Levy, 2001) Ülkedeki yasal düzenlemeler ve dini-kültürel çeşitlilikler doğrultusunda süreçte etkili olan sorunlar da farklılık göstermektedir. (Vincent, 2004) Bu bağlamda yapılan çalışmalar değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulmuş, mutlak genellemelerden kaçınılmıştır. Özellikle üçüncü başlık altında literatürde sıklıkla değinilen faktörlerin derlenmesi ve değerlendirilmesi, bu faktörlerin ülkelere göre farklılık gösterebileceği durumu göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

2.2.1.1. Türkçe Literatürde “Futility” Kavramı

Türkiye’de yapılmış çalışmaların tespiti için Google Scholar, ULAKBİM’e bağlı tarama sayfaları ve YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanlarından “futility”, “beyhude tedavi”, “boşuna tedavi”, “yararsız tedavi” ve “nafile tedavi” anahtar kelimeleri üzerinden arama yapılmıştır. Ayrıca PubMed aramalarındaki Türkçe yazılan makalelere bakılmakla birlikte, “futility and Turkey” anahtar kelimeleriyle de arama yapılmıştır. Dört tane serbest derleme olarak yazılmış makale, altı tane ampirik yöntemler kullanılarak yazılmış makale ve bir adet de ampirik bir yöntem benimsemiş olan yüksek lisans tezi tespit edilmiştir.

Derleme çalışmalarından Özaltay’ın makalesi hakemsiz bir akademik dergide, Arda ve Acıduman’ın kitap bölümü ise editörlüğünü Alireza Bagheri’nin yaptığı on üç farklı ülkeden yazarların katkı sağladığı ve ülkelerindeki beyhude tedavinin durumunu ortaya koydukları “Medical Futility: A Cross-National Study” kitabında, diğer iki makale ise hakemli dergide yayınlanmıştır. Acar, çalışmasında uluslararası literatürde yayınlanmış birçok yayın ve tavsiye metnini taramış ve beyhude tedavi tanımlarına dair

örnekler sunarak, kavramın tıbbi, etik, dini ve yasal boyutlarının bulunduğu vurgu yapmıştır. Sonuç olarak ise yaşam sonu kararlarında ortaya çıkan sorunlara çözüm üretebilecek, karar verme süreçleriyle ilgili çalışmalar yapılmasını ve “yaşamı destekleyen tedavilerin başlanması ya da sonlandırılmasına ilişkin ulusal ölçütler” oluşturulmasını tavsiye etmektedir. (Acar, 2016) Öztay ise makalesinde beyhudeleşimin tanınmasının yapılamamış olmasına odaklanmış ve beyhude tedavilerin yapılmama kararının hekimlerin tek taraflı olarak almasının problemleri yanlarından bahsetmiştir. Bunlara ek olarak kaygan zemin argümanını öne sürerek beyhude tedavi bağlamında tedaviyi sonlandırma ya da tedaviye başlamama kararlarının istemsiz pasif ötanaziye dönüşebileceğini iddia etmiştir. (Öztay, 2012) Arda ve Aciduman ise, öncelikli olarak Türkiye sağlık sisteminin kısa bir tarihini verip, sonrasında da sağlık sisteminin işleyişi ve yaşam sonu kararları hakkındaki hukuki düzenlemelerden bahsetmişlerdir. Beyhudeleşim bağlamındaki Türkiye’deki durum ve karar verme süreçlerini (Çobanoğlu & Algier, 2004; Iyilikçi vd., 2004; Yaguchi vd., 2005) makalelerine atıf yaparak deskriptif bir şekilde ortaya koymuşlardır. (Arda & Aciduman, 2013) “Yeni Doğanda Yararsız Tedavi” başlıklı makalede ise, yine öncelikli olarak uluslararası literatür doğrultusunda beyhudeleşimin tanımlanma çabaları üzerinde durulmuş, sonrasında ise ülkemizdeki beyhudeleşim durumları ampirik çalışmalara atıf yapılarak betimlenmiş ve sonuç olarak hemşire ve ebelerin beyhudeleşim durumundaki pozisyonlarına vurgu yaparak karar vermeye destek olacak rehberlerin oluşturulması gerektiği belirtilmiştir. (Öztürk Altınayak vd., 2016)

Beyhude tedavi hakkında yapılmış ampirik çalışmaların tamamı veri toplama aracı olarak anket yöntemini kullanmışlardır. Bu çalışmalardan sadece bir tanesi örnekleminde hem hekimlere hem de hemşirelere yer verirken (Karagözoğlu vd., 2013) diğer beş çalışmanın örnekleminde sadece hemşireler bulunmaktadır. Çalışmalardan üçü yoğun bakım çalışanlarının beyhude tedavi hakkında görüşlerini, (Karagözoğlu vd., 2013; Orkun vd., 2018; Özden vd., 2012) ikisi ise beyhude tedavinin hemşireler üzerine etkisini (İskender, 2018; Özden vd., 2013) soruştururken, bir tanesi ise hemşirelerin beyhude tedavi karşısındaki tutumlarına dair bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. (Yıldırım vd., 2019)

Beyhude tedavi kavramı üzerine az sayıda çalışma olduğu için, aramanın kapsamı genişletilip “yoğun bakım etiği”, “yaşam sonu kararları” ve “tedavinin kesilmesi” anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmasına devam edilmiştir. Çalışmaların

geneline bakıldığında beyhude tedavi üzerine yapılan çalışmalarda olduğu gibi ağırlıklı olarak serbest derleme (Akpınar & Ersoy, 2012; Akpir, 2010; Büken, 2016; İbrahimoglu, 2017) ve çoğunluğu anket çalışması olmak üzere ampirik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. (A. Akpınar, 2007; Ş. Aksoy vd., 2002; Odabaşı & Büken, 2009; Tepehan & Elmas, 2016) Bu çalışma türlerine ek olarak az sayıda normatif çalışma (İlkılıç, 2016), sistematik derleme (Kırşan vd., 2018; Yüksel Kaçan vd., 2018) ve nitel çalışmalar (Çobanoğlu & Algier, 2004) da mevcuttur. Ayrıca yaşam sonu kararlarında hekimlerin ve özellikle hemşirelerin tutum ve sorunlarını araştıran ve metot olarak niceliksel analiz yöntemlerini benimseyen yüksek lisans (N. Akpınar, 2005; Yücel, 2022) ve doktora (Şahin Say, 2022; Şenses Özcan, 2009) tezleri de mevcuttur. Türkiye’de yapılmış çalışmaların geneline bakıldığında, kahir ekseriyetin serbest derlemelerden ve çoğunluğunun veri toplama aracı olarak anket kullanan ampirik çalışmalardan oluştuğu görülmektedir. Yaşam sonu kararlarındaki problemlere ve kavramlara dair normatif çalışmalar yapılmaksızın sadece mevcut durumu istatistiki olarak betimlemek ya da uluslararası literatürü serbest tarzda derlemek sorunlara çözüm üretmek için çok yetersiz kalmaktadır. Burada birçok etik ikilem ve problem de olduğu gibi beyhude tedavi bağlamındaki karar verme süreçlerinin ve kavrama yüklenen normatif anlamların ülkelere göre değişiklik gösterdiğinin (Kırşan vd., 2018; Vincent, 2004) hatırlatılması önem arz etmektedir. Bu bağlamda ülkemizde beyhudelik kavramına dair ülkemizin dinamikleri doğrultusunda teorik bir zemin oluşturulmaksızın, yaşam sonu kararlarının tartışıldığı görülmektedir.

Ampirik çalışmaların büyük çoğunluğu anket çalışmasına dayalı olarak yapılmış ve makalelerin tartışma kısımlarında genellikle elde edilen istatistiki veriler demografik özelliklerle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Örneğin şu kadar yıl çalışan hekimler daha çok şu yönde karar veriyor, çocuğu olan hekimler şöyle yaklaşıyor gibi. Gerçek bir kavramsal açıklama, değerler üzerinden ilişkilendirme çabası ya da etik olarak bir tartışma büyük çoğunlukla yapılmamıştır. Derleme makalelerinde de daha çok yaşamın sonuna dair hospis, palyatif bakım ve karar verme kriterleri gibi konu ve kavramlar uluslararası literatürden yola çıkarak deskriptif bir şekilde açıklanmaya çalışılmıştır. Türkiye özelinde normatif bir analiz yapılması makalelerin çoğunda ya mevcut değil ya da çok kısıtlıdır. Bu bağlamda Türkiye’nin daha uluslararası çalışmalarda tartışılan kavramları tanıma evresinde olduğu söylenebilir. (Akpir, 2010) Alanda yapılmış çalışmalar doğrultusunda yapılacak yeni bir çalışmanın, yaşamın sonunda verilen

kararları etkileyen kriterlerin Türkiye'nin sosyokültürel ve ekonomik şartları göz önüne alınarak etik perspektiften tartışılmasına ve kavramlara toplumumuz içinde karşılığı olan normatif değerlerin verilmeye çalışılmasına ihtiyaç olduğu söylenilebilir. Çalışmalardaki bir diğer sorun ise İngilizce literatürdeki kavramlara dair Türkçede verilmeye çalışılan karşılıklarda bir mutabakat olmaması ve bu bağlamda kullanılan bazı kavramların problemler barındırmasıdır. “Futility” kavramına karşılık, üzerinde mutabakat oluşturulmuş bir tercüme olmadığına yukarıda değinilmişti. Benzer bir durum “withholding”, “withdrawing” gibi eylem bildiren kavramların Türkçeye tercüme edilmesinde (Akpınar & Ersoy, 2012; Baydar Erkoç, 2021, s.28-31) olmakla birlikte “hospis” gibi oluşumlara toplumun da anlayabileceği ve benimseyebileceği bir karşılık bulunmasında (Üstün & Demirci, 2012) da mevcuttur. Baydar Erkoç, İslam hukuku alanında yaptığı doktora tezinde, “withholding” ve “withdrawing” kavramlarına iki ayrı karşılık vermek yerine iki eyleme karşılık olarak “tedavinin esirgenmesi” karşılığını vermeyi uygun görmüştür. Yazar, eylemlere Türkçe karşılık olarak verilen tedavinin başlatılmaması ve sonlandırılması ifadeleri, kavramlar tanımlanırken yine bu ifadeler kullanıldığından, kavramın yine kendisi ile tanımlanmasından kaynaklı bir mantık hatası olduğunu belirtmiştir. (Baydar Erkoç, 2021, s.28-31) Burada tanımlamaya dair yapılan eleştiriler haklı olmakla birlikte, kavramlara karşılık olarak önerilen “tedavinin esirgenmesi” karşılığı hem anlamı karşılama açısından problemli hem de klinik dilde kullanım için uygun değildir. Burada “tedavi endikasyonunun olmaması” ya da “tıbbi gereklilik olmaması” kavramlarının kullanılması daha uygundur. Sonuç itibarıyla tedaviye başlanılmaması ya da tedavinin durdurulması kararı ancak endikasyonun olmaması ya da sona ermesinden kaynaklı olabilir. Bu konu ayrıntılı olarak Endikasyon başlığı altında tartışılmıştır. (Bkz. Bölüm 2.3.4.)

Sonuç olarak hem “futility” kavramı üzerine yapılan çalışmalarda hem de yaşam sonu kararları ile ilgili yapılan çalışmalarda normatif çalışmaların yetersizliği ve ampirik çalışmaların da ağırlıklı olarak deskriptif anket çalışması olduğu ve alana dair teorik birikimin yeterli seviyede olmaması normatif çalışmaların yapılması gerekliliğini göstermektedir. Böylece ilerleyen dönemlerde oluşan normatif ve ampirik literatür doğrultusunda karar verme süreçlerine yönelik tavsiye metinleri ya da rehberlerin oluşturulması söz konusu olabilecektir.

2.2.2. Tıbbi Beyhudelik Tanımları

Beyhudelik kavramına klinikte fonksiyonel olarak kullanılabilecek bir tanım yapma çabası, konu hakkındaki literatür içinde önemli bir yer tutmaktadır. Zaman içerisinde kavrama dair birçok farklı tanım ortaya konulmuştur. Beyhudelik kavramını makale başlığına taşıyan ilk isim olan Youngner, makalesinde hekimlerin beyhudeliğin tespitinde fizyolojik açıdan yarar sağlamayacak tedavinin tespitini istatistiki oranlar üzerinden yapabileceğine ama net bir orandan itibaren uygulanan tedavinin beyhude olduğunun tespitinin zorluğuna dikkat çekmiştir. (Youngner, 1988) Burada istatistiki olarak belirlenen bir yüzdeden itibaren tedavi şansının düşük olması dolayısıyla, tedavinin beyhude kabul edilmesini etik olarak temellendirmek çok güçtür. İlerleyen yıllarda kavramı tanımlamaya yönelik yaklaşımlar çeşitlenmiş ve farklı kategoriler üzerinden tanımlama yapılmaya çalışarak tek bir istatistiki değer üzerinden değerlendirme yapılmasından kaçınılmıştır. Aghabarary ve Nayeri'nin 2016 yılında yaptıkları sistematik derlemede birbirleriyle ortak ve farklı noktaları bulunan on beş tane tanım tespit etmiş ve tablo halinde vermişlerdir. Aşağıda bu on beş tanımın tercümeleri bulunmaktadır: (Aghabarary & Nayeri, 2016)

1. Anahtar kelime: "Medical futility" (L. J. Schneiderman, 2011; L. J. Schneiderman vd., 1990; L. J. Schneiderman & Jecker, 1993)

Niceliksel tıbbi beyhudelik: "Doktorlar, son 100 vakada bir tıbbi tedavinin yararsız olduğu sonucuna vardığında (kişisel ya da meslektaşlarıyla paylaşılan deneyimleri veya yayınlanan ampirik veriler doğrultusunda), tedaviyi beyhude olarak görmelidirler"

Niteliksel tıbbi beyhudelik: "Doktorlar, hastanın vücudunun bir kısmı ile sınırlı olan bir etki ile hastanın takdir etme kapasitesi doğrultusunda hastayı bir bütün olarak iyileştiren faydayı ayırt etmelidir"

"Eğer tedavi sadece kalıcı bilinçsizlik durumunu devam ettiriyorsa veya yoğun tıbbi bakıma bağımlılığı sona erdiremiyorsa, tedavi beyhude olarak kabul edilmelidir."

2. Anahtar kelime: "Medical futility" (Quinn & Ehrenfeld, 1994)

Tıbbi beyhudelik, "tıbbi müdahalenin, makul bir olasılık dahilinde ve hasta için tatmin edici olacak bir yaşam kalitesi sağlayacak şekilde, tedavi edilemediği,

iyileştirilemediği, daha iyi bir hale getirilemediği veya herhangi bir düzelmenin olmadığı durumlardır."

3. Anahtar kelime: "Medical futility" (L. J. Schneiderman vd., 1996)

Niceliksel tıbbi beyhudelik, bir tedavinin hedeflenen amaçlara ulaşmadaki başarısı ile ilgilidir. Niteliksel tıbbi beyhudelik, bir tedavinin hastanın yaşam kalitesi için değeri ile ilgilidir.

4. Anahtar kelime: "Medical futility" ve "Futile treatment" (Clark, 2002)

"Belirli bir vakada fizyolojik olarak etkili olabilecek ancak ne kadar çok tekrarlanırsa tekrarlanırsa hastaya fayda sağlayamayacak bir eylem, müdahale veya prosedürdür. Beyhude bir tedavinin her zaman etkisiz olması gerekli değildir. Tıbbi uygulamanın kendisi yararsız olduğu (hastanın durumu ne olursa olsun) veya hastanın durumu beyhude olduğu için tedavinin bir anlamı yoktur."

5. Anahtar kelime: "Medical futility" (Heland, 2006)

Kavramın bireysel olarak her hastanın kendi biricik durumuna özel ve hasta ve aile üyelerinin isteklerine göre tanımlanması gereklidir:

1. Ölüm kesin olduğu ve hayatta kalmanın imkânsız olduğu tedavilere devam edilmesi
2. Sağkalım sonrası yaşam kalitesi düşük olmasına rağmen tedavilerin devam etmesi (kalıcı fiziksel veya bilişsel hasar nedeniyle)
3. Beyin ölümü olan bir hastada tedavilerin devam etmesi

6. Anahtar kelime: "Medical futility" (Aramesh K., 2008)

Kavramın bireysel olarak ve her hastanın biricik durumu temel alınarak tanımlanması gereklidir: Tıbbi beyhudelik, bir müdahalenin (tanısal, tedavi edici, önleyici veya rehabilite edici) hasta için hedeflenen konuma hiçbir fayda sağlamadığı durumdur.

7. Anahtar kelime: "Medical futility" (Jox vd., 2012)

Yaşamın sonunda tıbbi beyhudelik aşağıdaki durumları içerir:

1. Hayat kurtarma, yaşamı uzatma, yaşam kalitesini iyileştirme gibi hedeflere ulaşamama

2. Orantısız yarar-zarar dengesi: ağır maliyetlerin uygulanması veya zarar vermesi

3. Kavramın bireysel olarak her hastanın kendi biricik durumuna göre tanımlanması gereklidir.

8. Anahtar kelime: “Medical futility” (Saettele & Kras, 2013)

Kavramın bireysel olarak her hastanın kendi biricik durumuna göre tanımlanması gereklidir: Belirli bir müdahalenin belirli bir hastaya fayda sağlamadığı bir durum. Bu müdahale bir cerrahi girişim, intravenöz veya oral ilaç verilmesi, laboratuvar testi veya tıbbi görüntüleme olabilir.

9. Anahtar kelime: “Futile treatment” (Jecker & Pearlman, 1992)

Tıbbi bağlamda beyhude tedavi, hedeflenen amaçları yerine getirmeyen ve aşağıdaki maddelerden birini içeren tıbbi uygulamalardır:

1. Makul bir şekilde hayatta kalma şansı sağlamayan tedavi
2. Faydasız veya etkisiz tedavi
3. Yaşam kalitesini veya tıbbi faydayı artırmayan tedavi
4. Hastanın tedavi hedeflerini asla yerine getiremeyen tedavi.

Birinci ve ikinci tanım nicel veya fizyolojik beyhudeleşimin tanımlarıdır ve organların işlevlerindeki değişikliklerle ilgilidir. Bu iki tanımın algılanması ve kullanılması, hekimler için az sayıda sorun ve tartışma barındırır. Üçüncü ve dördüncü tanım, niteliksel beyhudeleşimle ilgilidir, çoğunlukla bütünseldir ve hastanın faydasını önceler.

10. Anahtar kelime: “Futility/Futile care” (J. Jones & Hunter, 1995)

Tedavi, hastaya makul bir iyileşme ya da iyileştirme umudu sunmaz veya kalıcı olarak herhangi bir fayda sağlayamadığı için tıbbi olarak beyhude veya yararsızdır.

11. Anahtar kelime: “Futile treatment” (The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine., 1997)

“Hastaya fizyolojik fayda sağlamayan tedaviler beyhudedir.”

12. Anahtar kelime: “Futility/Futile care” (Meltzer & Huckabay, 2004)

Beyhudelik, hedeflenen amaçlara ulaşmak ve yerine getirmekle ilgili karmaşık bir kavramdır. Bir eylem, hedeflenen amaçlara ulaşamadığında veya başarısı ampirik olarak imkânsız olduğunda beyhude olarak kabul edilir. Beyhude bakım, yaşamı sürdüren uygulamaların devam ettirilmesinin hasta için hiçbir tıbbi fayda sağlamadığı, hastanın yoğun tıbbi tedavilere bağımlılığını sonlandıramadığı ve kabul edilemez bir düzeyde yaşam kalitesi ile sonuçlandığı durumlardır.

13. Anahtar kelime: “Futile care” (Sibbald vd., 2007)

“Tıbbi olarak beyhude bakım, hastanın nispi bağımsızlık durumuna geri döneceğine veya çevresiyle etkileşimli olacağına dair makul bir umut olmadan önemli kaynakların kullanılması anlamına gelir.”

14. Anahtar kelime: “Futility/Futile care” (Bahramnezhad vd., 2014)

Beyhude bakım "bir hemşirenin işi ile alakasız klinik bakım vermesi ve hastanın hayata geri dönüşünün hem fizyolojik hem de niteliksel olarak imkânsız olduğu halde bakıma devam edilmesi durumundan oluşur."

15. Anahtar kelime: “Futility/Futile care” (Yekefallah vd., 2015)

Beyhude bakım “kaynakların israf edilmesi ve hem hastalara ve hem de bakım ve tıbbi yönleri olan hemşirelere bir nevi eziyet edilmesiyle işe yaramaz ve etkisiz bakımın verilmesidir.”

Yukarıdaki tanımlar incelendiğinde, beyhudeliğin genel olarak fizyolojik, niceliksel ve niteliksel olmak üzere üç kategori altında tanımlanmaya çalışıldığı görülmektedir. Fizyolojik beyhudelik verilen tedavinin fizyolojik açıdan yarar sağlayıp sağlamayacağına, niceliksel beyhudelik tedavinin başarı şansına ve niteliksel beyhudelik tedavinin yaşam kalitesine katkısına odaklanmaktadır. (Aghabarary & Nayeri, 2016) Bunlara ek olarak sadece tedavinin değil, verilen bakımın da beyhude olabileceği durumuna dair tespitler de bulunmaktadır. (Bahramnezhad vd., 2014; Sibbald vd., 2007; Yekefallah vd., 2015) Ek olarak birçok tanımda beyhudeliğin tespitinin her hastanın kendi biricik durumuna göre ve önceden belirlenmiş bir hedef doğrultusunda yapılması gerektiği vurgusu öne çıkmaktadır. (Aramesh K., 2008; Heland, 2006; Jox vd., 2012; Saettele & Kras, 2013) Burada hedefin nasıl belirlenmesi gerektiği, hedef belirleme süreçlerinde hekimin, hastanın ve hasta yakınlarının rollerinin ne olması gerektiği etik açıdan tartışmaya açık bir durumdur. Bu bağlamda tıbbi beyhudelik kavramını, paternalist

hekim yaklaşımlarını güçlendirmek için kullanılıp, hastanın isteklerinin göz ardı edilmesine bir dayanak olarak kullanılabileceğini iddia edip, eleştirenler de bulunmaktadır. (Vergano & Gristina, 2014) Ek olarak, hedefin gerçekleşme ihtimalinin ya da gerçekleşme başarısının hangi parametre ya da oran doğrultusunda belirlenmesi gerektiği de yine etik açıdan tartışmaya açıktır. Örneğin, Aghabarary ve Nayeri'nin sistematik derlemesinde bulunmayan Trotter'in tanımında belirlenen hedefin gerçekleşmeyeceğine dair "görünürde kesinlik" (virtual certainty) olmasının, eylemin tıbbi beyhudelik olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ama burada "görünürde kesinlik" ifadesi altı doldurulmamış, müphem bir şekilde kullanılmıştır. (Trotter, 1998) Yine Aghabarary ve Nayeri'nin derlemesinde yer verilmemiş olan Marckmann'ın Almanca bir çalışmada beyhudelik dar ve geniş anlamda olmak üzere iki kategoriye ayrılarak tanımlanmıştır. Dar anlamdaki beyhudelik tanımında tedavi sadece etki etmesi bakımından değerlendirilmekte ve etkisiz ya da faydasız bir tedavi olduğunda hekim tedavinin yapılmamasına tek başına karar verebilmektedir. Geniş anlamda beyhude tedavi ise, anlamlı bir hedefe götürmesi açısından tedavinin amacının sorgulanması prensibi doğrultusunda tanımlanmaktadır. Burada hekimin hasta ve gerekliyse hasta yakınlarıyla birlikte karar vermesi gerekmektedir. (Marckmann, 2015) Marckmann'ın tanımında yaptığı kategori, hekim ve hasta- hasta yakınlarının karar vermede rollerini belirginleştirme çabası barındırdığı için önemlidir.

Beyhude tedavi için yapılmış tanımların zaman içerisinde değişimine baktığımızda doksanlı yılların başında hekimlerin klinik tecrübesinin daha çok ön planda olduğu, ilerleyen yıllardaki tanımlarda ise kanıta dayalı tıp verileri, hastanın yaşam kalitesi ve öncelikleri gibi kategoriler doğrultusunda sınırlarının belirlenme çabası olduğu görülmektedir. Cardona-Morell ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede ise beyhude tedaviye yapılan tanımların, hayatın uzayacağına dair herhangi bir kanıtın olmaması, uygulanan tedavi ile hastanın beklentisi dahilindeki sağ kalım ya da yaşam kalitesi arasındaki dengesizlik ve tedavinin hastanın istediği tedavi hedefi ile uyuşmaması durumlarını içerdiğini belirtmektedirler. (Cardona-Morrell vd., 2016) Bu bağlamda kavram, hekimlerin ve hastaların değer sistemleri, tıbbi hedefleri, sosyokültürel ve dini özellikleri, kişisel özellikleri ve duyguları gibi birçok farklı faktörden etkilenmektedir. Sonuç olarak tıbbi beyhudelik karmaşık, öznel, duruma özgü, değer yüklü ve hedefe bağlı bir kavramdır ve neredeyse her zaman belirsizlikler içermektedir. (Aghabarary & Nayeri, 2016) Bundan dolayı hastaya tedavi uygulanıp uygulanılmayacağının ya da hangi

tedavinin uygulanması gerektiğinin belirlenmesinde sadece tıbbi perspektif yeterli olmayıp; kararın etik, dini, sosyal ve hukuki boyutları göz önünde bulundurularak verilmesi gerekmektedir. (Schöne-Seifert vd., 2018)

Beyhudelik kavramının net ve fonksiyonel bir şekilde tanımlanamaması kavramın farklı dillere tercüme edilmesini de zorlaştırmaktadır. Kavramın tercümesinde yaşanan zorluk sadece Türkçede değil Almanca literatürde de mevcuttur. Her ne kadar “futility” kavramına “Vergeblichkeit” veya “Aussichtslosigkeit” gibi karşılıklar verilse de (Becker & Blum, 2004) ve ek olarak “Übertherapie” ve “Übersorgung” kavramları da beyhudelik bağlamında yaygın olarak kullanılsa da (Schleger vd., 2012 s.306) kavramların İngilizcedeki anlamı vermede yetersiz kaldığı, bundan dolayı tıbbi endikasyonun olmaması (Fehlen einer medizinischen Indikation) şeklinde ifade edilmesi gerektiğini belirtenler de bulunmaktadır. (Jox vd., 2012) Farklı dillerdeki kavramsallaştırma çalışmaları bu şekilde devam ederken, Haziran 2016’da yenilenen Amerika Tıp Birliği, Tıbbi Etik Kodu’nda konuyu “tıbbi olarak verimsiz girişimler” (medically ineffective interventions) başlığı altında incelemiştir. Ayrıca “futile” kavramının tanımlanmasındaki belirsizliğe vurgu yapıp, kavramın farklı her bir klinik durumda, hastanın değerleri ve beklentileri doğrultusunda değerlendirilmesi gerektiği uyarısı yapılmıştır. (AMA, 2016) Bundan dolayı konu hakkında son dönemde yapılan çalışmalarda beyhude tedaviye net bir tanımlama getirme çabası biraz daha geri planda kalmış ve karar verme süreçlerini etik açıdan daha makul ve daha az hataya açık hale getirilmesine odaklanılmıştır. (Schleger vd., 2012, s.5)

2.2.3. Beyhudeliğin Tespit Edilmesi

Endikasyonun olmadığı durumlarda sadece kişinin istekleri doğrultusunda tıbbi girişim yapılması kabul edilemez bir durumdur. Klasik bir örnek olarak bu yapılmayacak işlem viral bir enfeksiyon için tıbbi olarak bir etkinliği olmadığı bilinen antibiyotik talebi olabildiği gibi yaşamın sonunda hastalığın sebebine yönelik küratif tedavi önerilmeyen, kemoterapiye dirençli son evre bir kanser hastasının maksimal tedavi uygulanması talebi de olabilir. Burada iki tedavi de uygulandığında beyhude bir tedavi yapılmış olur. Ama yaşamın sonunda bu kararı vermek sonuçları itibariyle her zaman çok kolay olmamaktadır. Bir ikinci durum ise beyhude tedavinin net bir tanımı olmadığı ve sadece nesnel tıbbi gereklilik doğrultusunda belirlenemediği için durum her zaman yukarıdaki örnekte olduğu gibi net olmamaktadır. Yaşamın sonunda endikasyon belirlenirken bazen

hastanın bireysel istekleri bazen de hekimlerin ekonomik kaygıları ya da kişisel düşünceleri tıbbi kanıtların önüne geçebilmektedir. (Raspe, 2015) Bu değinilen sorunlar ve beyhude tedavinin net bir tanımı olmadığı göz önüne alınarak, yaşamın sonunda beyhude tedavinin tespitinin nasıl yapılacağı literatürde tartışılmıştır.

Yaşamın sonunda beyhude tedavinin tespit edilebilmesi, yani endikasyonun olup olmadığının tespit edilebilmesi için öncelikle hasta ve/veya hasta yakınları tedavi ekibiyle birlikte bir tedavi hedefi belirlemelidirler. Endikasyon ancak belirlenmiş bir tedavi hedefi varsa anlamlı bir şekilde belirlenebilir. (Schleger vd., 2012 s.57) Sonrasında belirlenen hedef doğrultusunda hastadan sorumlu hekim ya da hekimler endikasyonun sınırlarını belirlerler. Yani yapılacak tedavileri (endikasyonun olması), yapılacak herhangi bir şeyin olmadığını (endikasyonun olmaması), hastaya zarar vermesinden dolayı asla yapılmayacak işlemleri (kontrendikasyon) ve yeterli tıbbi veri olmaması ya da tedavi ekibinin mutabakat sağlayamamasından dolayı şüpheli endikasyon durumları belirlenir. (Neitzke, 2014) Hasta ve/veya hasta yakınları endikasyon kapsamında önerilen tedavi seçeneklerinden birini tercih edebilir ya da reddedebilir. Endikasyonun olmadığı durumlarda ise tedavi talep edemezler. Burada yaşamın sonunda endikasyon olmadığı durumlarda bir sonraki bölümde tartışılacak olan faktörlerin etkisiyle beyhude tedavi uygulanabilmesine rağmen en problemli alan olarak karşımıza çıkan nokta endikasyonun net bir şekilde belirlenemediği durumlardır. Bu bağlamda beyhudeliği farklı düzlemlerde incelemeye yönelik çeşitli beyhudelik kategorileri oluşturulmuştur. Örneğin İsviçre Bilim Akademisi yayınladığı tavsiye metninde beyhudeliğin etkisizi (wirkungslos) ve sonuçları itibariyle faydasız (auswirkungslos) olarak iki farklı kategoride değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Burada etkisiz (wirkungslos) tedaviler endikasyonun olmadığı durumları, örneğin viral enfeksiyonda antibiyotik kullanması, sonuçları itibariyle faydasız (auswirkungslos) tedaviler ise etkisi olsa bile tedavi hedefi doğrultusunda bir yararı olmayan tedaviler, örneğin beyin ölümü teşhisi almış bir hastada var olan bir enfeksiyon için antibiyotik kullanması şeklinde tanımlanmıştır. (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2021) Almanya Tabipleri Birliği, Merkez Etik Komisyonu (Bundesärztekammer, Zentrale Ethikkommission, ZEKO) ise yayınladığı tavsiye metninde “futility tip-1” ve “futility tip-2” olmak üzere iki farklı kategori tanımlamıştır. Burada da “futility tip-1” etkisiz ve tamamen faydasız tedavileri ve tedavinin kontrendike olduğu durumları kapsarken, “futility tip-2” tedavinin yarar zarar dengesi profilinin zarar lehine olmasından kaynaklanan beyhudelik durumunu

içermektedir. Burada “futility tip-1’e” tedavi ekibi tek başlarına karar verip, hastaya tedaviyi kesinlikle tavsiye etmeyebilirken, tip-2’nin belirlenmesinde hasta ve/veya hasta yakınlarıyla kâr-zarar durumu istişare edilerek karar verilmesi gerekmektedir. (ZEKO, 2022)

Literatürde beyhudeliğin belirlenme süreçlerinin dinamik olduğuna, hekimlerin belirlenen tedavi hedefinin sürekli kontrol etmesi gerektiğine, hastanın durumundan kaynaklı bir değişiklik olduğunda hasta ve hasta yakınlarıyla birlikte yeni bir tedavi hedefi belirlenmesi gerektiği de belirtilmiştir. (Michalsen vd., 2021) Albisser Schleger ve arkadaşları, Pellegrino’nun çalışması ve Yeni Güney Galler Sağlık Bakanlığı’nın yaşam sonundaki bakım ve kararları için hazırladığı yönergeden yola çıkarak beyhudeliğin sorgulanması için aşağıdaki yedi soruyu hazırlamışlardır. (NSW Department of Health., 2005; Pellegrino, 2005) Eğer bu sorulardan birisine “hayır” cevabı verilirse, beyhude tedavi ihtimalinin sorgulanması gerektiğini belirtmişlerdir.

1. Tedavi mevcut bilgi durumuna göre etkili olacak mı?
2. Müdahale hastanın yararına hizmet ediyor mu?
3. Tedavi hedefi elde edilirse, hastada tıbbi tedavinin neden olduğu fiziksel ya da zihinsel stres ya da acı makul görülebilir mi? (Fayda- zarar dengesi)
4. En uygun tedavi verilmesine rağmen tıbbi müdahalelerle hastanın durumu daha da kötüleşti mi?
5. Tedavi klinik bir etki yapmasına rağmen, hastanın önemli yaşam beklentilerini karşılamıyor mu?
6. Bütün tarafların (tedavi ekibi, hasta ve hasta yakınları) bakış açıları karara dâhil mi?
7. İlgili kişilerin mevcut etik kaygıları ortadan kaldırılabilir mi? (Albisser Schleger vd., 2008)

Cardona-Morell ve arkadaşları ise yararsız tedavi (non-beneficial treatment) üzerine yaptıkları sistematik derlemede, beyhudeliğin tespitine dair beş tane objektif kriter belirlemişlerdir:

1. Beklenen kalp durması
2. Gereksiz ilaç tedavisi
3. Düşük ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) skoru
4. Tedavinin tedavi hedefine hizmet etmemesi

5. Tedavinin hastanın hayatta kalmasına ya da yaşam kalitesine katkıda bulunmaması (Cardona-Morrell vd., 2016)

Bu tartışmalar ve çözüm önerileri doğrultusunda, beyhudeliğin tespitinde tıbbi gerekliliğin her zaman net bir şekilde ortaya konulamadığı ve gri alanların olduğu görülmektedir. Bununla birlikte beyhudeliğin sadece tıbbi düzlemde değerlendirilmesinin mümkün olmadığı, hasta ve hasta yakınlarının sürece mutlaka dahil edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Ek olarak bu süreçte, tedavi ekibinin, hasta ve hasta yakınlarının ve ekonomik parametrelerin rollerinin tam olarak nasıl olması gerektiği tartışmalı alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2.4. Yoğun Bakımda Beyhude Tedaviye Neden Olan Faktörler

Yapılan çalışmalarda birçok ülkede yoğun bakımlarda beyhude tedaviye devam edildiği tespit edilmekle birlikte, buna sebep olan faktörler çeşitlilik göstermektedir. Ek olarak beyhudeliğin ülkelerdeki görülme sıklığı da farklı oranlara sahiptir. Cardona Morrell ve arkadaşları yararı olmayacağı halde yoğun bakıma kabul edilen hasta oranının %10 olduğunu iddia etmektedirler. (Cardona-Morrell vd., 2016) Kanada’da yapılan bir çalışmada doktorların %87’si ve hemşirelerin %95’i mesleki yaşamlarında beyhude tedavi uygulanması ile karşılaştıklarını belirtmektedirler. (Palda vd., 2005) Almanya’da ise bu oranlar hekimlerde %76, hemşirelerde %86’dır. (Albisser Schleger vd., 2008) Japonya’da yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %88,3’ü beyhude tedavi ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. (Kadooka vd., 2012) Türkiye’de ise hekim ve hemşirelerden oluşan 176 kişilik bir örneklemle yapılan anket çalışmasında beyhude tedavi uygulandığını belirtenlerin oranı %55,1 (Karagözoğlu vd., 2013) ve sadece hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada ise bu oran %77,3’tür. (Orkun vd., 2018) Hemşireler ve hekimlerin verdikleri oranların hem yurt dışında yapılan çalışmalarda hem de ülkemizde farklı olduğu dikkat çekmekle birlikte, Türkiye’deki oranların genel olarak yurt dışındaki oranlardan düşük olduğu görülmektedir. Burada çalışmaya katılan katılımcıların beyhude tedaviye dair farkındalığı olup olmadığı ve beyhude tedaviyi nasıl anlamlandığı önem arz etmektedir. Örneğin, Orkun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşireler beyhude tedaviyi “zararı yararından fazla olan tedavi” şeklinde tanımlanmışlardır. (Orkun vd., 2018) Hekimler ve hemşirelerin beyhude tedaviyle karşılaşma oranlarının farklı olması ve hemşirelerin genel olarak daha çok karşılaştıklarını belirtmelerinin sebepleri ise çalışmalarda özel bir başlık altında

tartışılmamıştır. Türkiye’de yaşam sonu kararlarını ayrıntılı olarak betimleyen ve tedavinin kısıtlanmasına dair sınırları belirleyen herhangi bir düzenleme olmaması (Akpır, 2010) ve tedavinin başlatılmaması ya da kısıtlanması hekimler için tercih edilen bir durum olmaması (Iyilikçi vd., 2004) göz önüne alındığında, beyhude tedavi uygulamalarının Türkiye’de belirtilen oranlardan daha fazla olduğu yorumu yapılabilir. Ayrıca Türkiye’de beyhudeliğe sebep olan faktörleri belirlemeyi amaçlayan bir çalışma bulunmamaktadır. Yurt dışında yapılmış çalışmalar incelendiğinde ise, beyhudeliğe sebep olan faktörleri kurumsal ve organizasyondan kaynaklı faktörler ve hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan faktörler olmak üzere iki başlık altında kategorize etmek mümkündür. Bu iki kategori de sosyal, kültürel ve dini etkilere açıktır. (Vincent, 2004) Hasta ve hasta yakınları kendi sosyo-kültürel seviyeleri ve dini inanışları yönünde tercihte bulunabildikleri gibi, kurumsal yapıların oluşumu ve bu kurumlarda çalışan kişilerin davranışları da sosyo-kültürel ve dini etkilerden varestedir. Bundan dolayı bu başlığın ayrı bir kategori altında anlatılmasından ziyade, oluşturulan iki kategori içerisinde yer verilmesi uygun görülmüştür.

2.2.4.1. Kurumsal ve Organizasyondan Kaynaklı Faktörler

Kurumsal ve organizasyondan kaynaklı faktörleri makro, mezo ve mikro seviyede incelemek mümkündür. Makro seviye ülkenin belirlemiş olduğu sağlık politikalarından ve sağlık kurumlarının organizasyonundan kaynaklı faktörlerken, mezo seviyesi hastane yönetimlerinin benimsedikleri işleyiş politikalarından ve hastanenin çalışma sisteminden kaynaklı faktörlerden oluşmaktadır. Burada hastane içi işleyiş politikaları, büyük oranda sağlık sisteminin işleyiş politikaları doğrultusunda şekillenmekle birlikte, özellikle üniversite, devlet ya da özel hastane olmasına bağlı olarak hastaneler Sağlık Bakanlığı’nın koyduğu sınırlar çerçevesinde kendi işleyiş politikalarını oluşturabilmektedirler. Mikro seviyeyi ise hekimlerin verdikleri kararlardan kaynaklı faktörler oluşturmaktadır. Makro ve mezo seviyesinde hekimlerin karar verme süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması, mikro seviyede oluşabilecek sorunların engellenmesindeki en önemli etkeni oluşturmaktadır. Hekimler karar verme süreçlerinde ne kadar az desteklenirlerse, karar verme süreçleri beyhude tedavinin yapılması yönüne o kadar müsait hale gelecektir. Nitekim yapılan çalışmalarda beyhudeliğe sebep olan faktörlerin büyük çoğunlukla hekim ve sağlık çalışanlarından kaynaklı etmenler olduğu, hasta ve hasta yakınlarının taleplerinin daha az etkili olduğu

görülmektedir. (Albisser Schleger vd., 2008) Bu bağlamda, hekimlerin karar verme süreçlerini destekleyecek ve şeffaf bir şekilde düzenleyecek, makro ve mezo düzlemde kurumsal yapılanma ve organizasyonun çok önemli bir rolü bulunmaktadır.

Sağlık sisteminden kaynaklanan faktörlere bakıldığında ilk olarak, yeterli sayıda palyatif bakım merkezinin olmaması ve hasta için beyhude tedavi ihtimali düşünüldüğü durumlar için yoğun bakım ünitesine kabul edilmeden önce palyatif bakım konsültasyonunun olmaması söylenebilir. (Cardona-Morrell vd., 2016) Burada hekim ve diğer sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinin rolünün ne olduğu ve yaşamın sonundaki hastalar için palyatif bakım alternatifinin bulunduğu hakkında eğitilmesi ve farkındalık kazandırılması da önem arz etmektedir. (Sibbald vd., 2007)

Sağlık sisteminin işleyişi açısından önemli olan bir diğer husus ise arz kaynaklı aşırı uygulama ve hizmet sunulmasına dayalı bir politikanın benimsenmesi problemidir. (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2021) Makro ve mezo düzlemde sağlık hizmetinin tüketim ve kazanç aracı haline getiren politikaların benimsenememesi gerekliliğinin yanında, hekimlerin de ekonomik kazanç kaynaklı fazla tedavi uygulama yönünde tercihte bulunmasını önlemek için düzenlemeler yapılmalıdır. (ZEKO, 2022) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan süreçle, sağlık hizmetlerinin erişilebilir, ücretsiz ve yüksek kalitede olmasının sağlanması sistem açısından olumlu bir adımken, bu düzenlemelere paralel olarak sağlık hizmetinin özelleşmeye başlaması çeşitli problemleri de beraberinde getirmiştir. (Arda & Aciduman, 2013) Sağlık sisteminde özellikle dev bütçeli özel hastanelerin artması ve bu hastanelerin kazanç politikalarının sağlık sisteminin işleyişindeki yerinin genişlemesi ekonomik saiklerle sistemin kazanç temelli işlemesine sebep olabilmektedir. (Stüwe, 2015) Bu bağlamda sağlık sisteminin devlette performans sistemine dayalı olması ve özel hastanelerin sayısının gittikçe artması arzın talebi beslemesi gibi bir probleme sebep olduğunu iddia edenler bulunmaktadır. (Belek, 2001)

Yaşamın sonunda karar verme süreçlerinin makul bir şekilde yönetilmesinin ve beyhude tedavinin önlenmesi için önemli olan diğer bir etmen ise sürece dair içerisinde belirsizlik barındırmayan hukuki düzenlemenin bulunmasıdır. (Michalsen vd., 2021) Burada sadece hukuki düzenlemelerin olması yeterli değildir, hekimlerin hukuka güvenmeleri de gerekmektedir. Eğer hukuksal işleyiş süreçlerine güvenmezlerse, kendilerini yasalar karşısında korumak için defansif hekimlik yapmak durumunda

kalabilirler. (Duttge vd., 2016) Defansif hekimlik yapılması normal süreç içerisinde optimal tedavinin üzerinde bir uygulamanın yapılmasına sebep olurken, yaşamın sonunda da beyhude tedavilerin yapılmasına yol açmaktadır. Hekimlerin karar verme süreçlerine sadece hukuki belirsizliğin olumsuz etkisi yoktur, etik ve tıbbi belirsizlikler de süreci negatif yönde etkileyip, beyhudelik yönünde kararlar alınmasına neden olabilmektedir. Burada belirsizlik durumunun görmezlikten gelinmemesi, ekip içerisinde değerlendirilmesi ve hasta-hasta yakınları ile sınırlılıklarının paylaşılması önem arz etmektedir. (Wray & Loo, 2015) Belirsizliklerin oluşmaması ya da varsa netleştirme süreçlerinde yoğun bakım çalışanlarının vizitelerini multidisipliner bir şekilde ve verim alarak yapmaları hayati bir öneme sahiptir. Hasta için tedavi hedefinin belirlenmesi ve hedefin belirli sıklıklarla kontrol edilmesi ve gerektiğinde doğru zamanda değiştirilmesi de bu bağlamda önemlidir. (Österreichs Intensivmedizinische Gesellschaften, 2004) Bundan dolayı yoğun bakımda karar verme süreçlerinin düzenlenmesi, özellikle yoğun bakıma kabul süreci için rehber oluşturması ve belirsizlik ya da hekimlerin karar vermede zorlandıkları durumlarda hekimlere yasal ve etik destek sağlanması gerekmektedir. (Sibbald vd., 2007)

Hekimler kararlarını tıbbi nesnel veriler doğrultusunda vermekle birlikte, kararları bu tıbbi verilerin anlamlandırılması bağlamında kişisel, sezgisel ve duygusal durumlarından etkilenmektedir. Yani hekimin kararlarını nasıl bir tıp ekolü içerisinde bulunduğu, kişiliği, sosyokültürel ve dini yönü de etkilemektedir. (Neitzke, 2014) Sprung ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada hekimlerin hangi dine mensup oldukları ve ne kadar yıl hangi kurumda çalıştıkları kararlarını etkilemezken, uzmanlık alanları ve dindarlık derecelerinin yaşam sonu kararlarını etkilediği tespit edilmiştir. Burada kişilerin herhangi bir dine mensup olmalarının, o din özelinde direkt olarak kararlara etkisi bulunmazken, mensup oldukları din fark etmeksizin dindarlık derecelerinin artmasının kararlara etki etmesi dikkat çekmektedir. (Sprung vd., 2021) Hekimlerin karar verme süreçlerindeki psikolojileri de verdikleri kararlara etki etmektedir. Hekimler, hastanın maksimal tedavi altında ölmesi ile, tedavi kısıtlandıktan sonra ölmesi arasında fark olduğunu, hasta maksimal tedavi altında öldüğünde kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. (Michalsen vd., 2021) Burada hekimlerin hastayı ihmal etmiş ya da savsaklamış olma korkuları ve hiç kimsenin tedavi sınırlandırılmasının sorumluluğunu almak istememesi etkili olmakla birlikte, (Albisser Schleger vd., 2008) karar vermeden kaçınılması, karar almanın sürekli ertelenmesi ve karar vermek için uygun zamanın

kaçırılması gibi faktörler de etkili olmaktadır. (Albisser Schleger vd., 2008; Cardona-Morrell vd., 2016) Bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının ne olursa olsun hastayı kurtarma istekleri ve ölümle yüzleşmekten çekinmeleri de beyhude tedavi yönünde karar vermelerine sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada hekimlerin üçte birinden fazlasının hastaya fayda görmeyeceğini düşündüğünde bile tedavi uygulamayı tercih ettiğini gösterilmiştir. (Kohn vd., 2011) Hekimler için yaşamın sonuna dair karar alma süreçleri yukarıda sayılan zorlukları barındırmakla birlikte, alınmış olan kararın hasta ve/veya hasta yakınları ile paylaşılması da özellikle psikolojik yönden çeşitli güçlükler içermektedir. Bu bağlamda hekimlerin hasta ve/veya hasta yakınları ile yapacakları zor görüşmelerden kaçınmaları da beyhudelik yönünde karar almalarına sebep olabilmektedir. (Jox vd., 2012)

Karar verme süreçleri hukukun çizdiği sınırlar içerisinde işlediğinde bile yukarıdaki zorlukları ve problemleri barındırmakla birlikte, bunlara ek olarak yasal açıdan cezai işlem getiren durumlar da beyhude tedaviye devam edilmesine sebep olabilmektedir. Örneğin kurumsal ya da bireysel çeşitli çıkar ilişkilerinden kaynaklı (ZEKO, 2022) ya da hastanın bir malpraktis sonucu o hale gelmesinden dolayı da beyhude tedaviye devam edilebilmektedir. (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2021) Burada çıkar ilişkileri maddi ilişkiler üzerine dayalı olabildiği gibi, hekimin kendi mesleki hırslarına da dayalı olabilmektedir. (Albisser Schleger vd., 2008)

2.2.4.2. Hasta ve Hasta Yakınlarından Kaynaklanan Faktörler

Hasta ve hasta yakınlarının yaşam sonundaki tutum ve talepleri, onların sosyo-kültürel ve dini yönlerinden (Ilkilic, 2008) ve sağlık okur yazarlığı seviyesinden etkilenmektedir. (Noordman vd., 2019) Burada belirli bir kültüre ya da dine mensup olmanın her zaman belirli davranış şekilleriyle özdeşleştirilmemesi gerektiği, bir kişinin bir milliyete ya da dine mensup olmasının o grupların “standart özelliklerini” taşıdıkları ya da benimsedikleri anlamına gelmediği unutulmamalıdır. Bu bağlamda hasta ve hasta yakınlarının kültürel ve dini yönlerinin belirlenmesi, bireysel seviyede sorgulama ile yapılmalıdır. (Schweda vd., 2017) Gelişen tıbbi imkanlar doğrultusunda ve sosyal medya gibi bilginin yayılımını hızlandıran araçların çoğalmasıyla, hasta ve hasta yakınlarının tıbbi uygulamalardan beklentisi de değişmektedir. Bu bağlamda hasta ile iletişim daha da önem kazanmaktadır. Bundan dolayı hastanın sosyo-kültürel seviyesi ve dini

yaklaşımlarının yanında sağlık okur yazarlığı da göz önünde bulundurularak bilgilendirme yapılmalıdır. (Curtis vd., 2016) Karar verme süreçlerine etki eden faktörlerin çeşitliliğinden dolayı hasta ve/veya hasta yakınlarının beyhude tedaviye sebep olacak şekilde maksimal tedavi istemesinin sebepleri çeşitlilik göstermektedir. Benzer şekilde farklı ülkelerde yapılan araştırmalara göre yaşamın sonunda hastaların maksimal tedavi isteme oranları da farklılık göstermektedir. Örneğin Hollanda’da yapılan bir çalışmada yaşamın sonunda hastaların üçte ikisi sadece semptom kontrolüne dayalı tedavi isterken, sadece üçte biri hekimlerin palyatif bakım tavsiyesi karşısında yaşamı uzatıcı tedavi talep etmektedir. (Voogt vd., 2005) Avrupa genelinde yapılan bir başka çalışmada ise yaşamın sonunda hastaların yarısının maksimal tedaviyi reddettiği tespit edilmiştir. (Bosshard vd., 2005)

Hastaların maksimal tedavi isteme sebeplerine bakıldığında ise yeterli tıbbi tedaviyi alamama endişesinden, ölüm korkusundan ya da dini nedenlerden dolayı yaşamı uzatma isteği olduğu görülmektedir. Yeterli tıbbi tedaviyi alamama endişesine özellikle yabancı ya da mültecilerin daha önceki ayrımcılık deneyimleri de etkili olabilmektedir. (ZEKO, 2022) Burada ciddi bir hastalık sonucu ölümle yüz yüze gelen hastaların, bu durumda olmayan bir hastanın aksine maksimal tedavi istemeye daha meyilli olduğu unutulmamalıdır. (Sahm vd., 2005) Ayrıca hastanın maksimal tedavi uygulanmasını kendisi için yapılacak en iyi şey olarak anlamlandırması da beyhudelik durumunun ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. (Michalsen vd., 2021)

Hasta yakınları özelindeki sebeplere bakıldığında ise ölmesine hazır olmadıkları için ya da durumu kabullenemedikleri için veya suçluluk duygusuyla maksimal tedavi istedikleri görülmektedir. Burada hasta yakınlarının kendi içerisindeki fikir ayrılığı ya da tedavi ekibiyle düzgün bir iletişimin kurulamamış da olması karar verme boşluğundan dolayı beyhude tedaviye sebep olabilmektedir. (Albisser Schleger vd., 2008)

2.2.5. Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları

Beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları mevcut literatür doğrultusunda beş başlık altında kategorize etmek mümkündür:

1. Hastaya etkisi
2. Hasta yakınlarına etkisi
3. Diğer hastalara etkisi
4. Ekonomik ve adalet ilkesi açısından sonuçları

5. Sağlık çalışanları üzerine etkisi

Yaşamın sonunda beyhude tedaviye devam edilmesi hem hasta ve hasta yakınlarının hem de sağlık çalışanlarının üzerinde baskı oluşturmakta ve strese sebep olmaktadır. (Michalsen vd., 2021) Bu durum hastalarda sadece stresle sınırlı kalmamakta hastalar aynı zamanda acı çektikleri uzun bir ölüm süreci yaşamaktadırlar. (Sibbald vd., 2007) Hastaların ıstırap çekerek, yoğun bakımda makinalara bağlı bir şekilde ölüm süreçlerinin uzatılmasıyla, hastaların insanî ve insanlık şerefine uygun bir şekilde ölmelerine engel olduğunu savunanlar bulunmaktadır. Bu bağlamda Hufen, ölüm sürecine girmiş hastalarda öncelenmesi gerekenin ne pahasına olsun yaşamı devam ettirmek (in dubio pro vita) olmadığını, hastanın insanlık şerefine uygun bir şekilde ölmesine izin vermenin, yani şerefın öncelenmesinin (in dubio pro dignitae) gerektiğini belirtmiştir. (Hufen, 2010)

Aile üyeleri ölüm süreci hakkında yeterli seviyede bilgilendirilmediğinden ya da bu durumu kabullenmemelerinden dolayı, ölüm sürecine girmiş olan yakınlarına karşı son görevlerini yerine getirememektedirler. Yaşamın sonunda aile üyeleri ile hastanın sürece dair iletişim halinde olması, her ne kadar bireyler için zor olsa da yaklaşan ölüm üzerine konuşmak önem arz etmektedir. (Keeley, 2017) Buna ek olarak dini vecibelerin yerine getirilmesi, Müslümanlar için ölüm sürecine girmiş hastanın başında Kur'an-ı Kerim okunması da önemlidir. (Ilkilic & Göksu, 2018) Yoğun bakım endikasyonu olmadığı halde, ölüm sürecinde yoğun bakıma alınan hastalar için hasta yakınları ölüm sürecine eşlik etme ve son görevlerini yerine getirme olanağını da kaybetmektedirler.

Beyhude tedavi kapsamında tüketilen kaynak, o kaynağa ihtiyacı olan bir başka hasta için artık mevcut değildir. Bundan dolayı bir hasta için beyhude tedaviye devam edilmesi bir başka hastanın o kaynağa zamanında ulaşamamasına ya da hiç ulaşamamasına sebep olmaktadır. (Michalsen vd., 2021) Ancak beyhude tedaviye devam edilmesinin diğer hastalar üzerinde etkisi ise, sadece kaynakların adil bir şekilde kullanılmasıyla ilgili değildir. Örneğin, beyhude tedavi kapsamına yoğun bakımda kullanılan antibiyotikler, bakterilerin antibiyotiklere direnç geliştirmesine katkı sağlamakta ve bu da diğer hastaların güçlenen bakterilere karşı tedavisini zorlaştırarak hastalara zarar vermektedir. (Druml & Druml, 2019; Niederman & Berger, 2010)

Yaşamın sonunda, özellikle yoğun bakım hizmeti söz konusu olduğunda sağlık masrafları ciddi bir artış göstermektedir. (Brockmann, 2002;) Bundan dolayı yaşamın

sonunda uygulanan beyhude tedaviler çok önem arz etmektedir. Beyhudelik durumunda hem kamu kaynaklarının boşa harcanması hem de sınırlı olan kaynağın adil bir şekilde dağıtılamaması söz konusu olmaktadır. (Michalsen vd., 2021) Ancak burada ekonomik kaygılar beyhudeliğin belirlenmesinde kategorik bir faktör olmamalıdır. (Council on Ethical Judicial Affairs American Medical Association, 1999) Bu bağlamda maliyetlerin ön planda tutulmasının hastanın prognozunu belirleme sürecinde olumsuzlukları ön plana çıkartma hatalarına sebep olabileceği unutulmamalıdır. (Becker & Blum, 2004)

Beyhude tedavi uygulamalarına devam edilmesinin ekonomik sonuçlarıyla birlikte literatürde en çok çalışılan konu sağlık çalışanları üzerine etkisi olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarında ahlaki sıkıntıya (moral distress), tükenmişliğe (burn-out), iş tatminsizliğine ve ek olarak hemşireler ve hekimler arasında artan iş yükü dolayısıyla verilen hizmetin kalitesinin düşmesine sebep olduğu tespit edilmiştir. (Aghabarary & Nayeri, 2016) Yine yapılan bazı çalışmalarda hekimlerin tedaviye devam edilip edilmemesine tek taraflı karar vermeleri ve hemşirelerle yeterli seviyede istişare yapmamaları, hemşireleri olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir. (Albisser Schleger vd., 2008) Beyhude tedaviye devam edilmesiyle oluşan duygusal yorgunluk, zamanla kendini “tükenmiş” hissetmekle sonuçlanabilmektedir. (Meltzer & Huckabay, 2004) Bu duruma merhamet yoksunluğuyla birlikte ahlaki sıkıntı da eşlik etmektedir. (İskender, 2018) Türkiye’de beyhude tedaviye devam edilmesi sonucunda sağlık çalışanlarında ahlaki sıkıntı ortaya çıkması hemşirelerle yapılan çalışmalar aracılığıyla tespit edilmekle birlikte, (Atli Özbaş vd., 2021; Özden vd., 2013) yurt dışında yapılan çalışmalarda hekimlerde de benzer durumların yaşandığı gösterilmiştir. (Hamric & Blackhall, 2007)

2.3. Yaşamın Sonunda Karar Verme Süreçlerinin Etik Çerçevesi

Yaşamın sonunda karar verme süreçlerinin sınırları ülkelerin konuya dair hukuki düzenlemeleri ile çizilirken, bu sınırlar içerisindeki işleyiş çeşitli dinamiklere bağlı olarak farklı sorunlar ve çatışma alanları barındırmaktadır. Hekimlerin tedavi endikasyonu olmadığını belirtmesine rağmen hasta ve/veya hasta yakınlarının maksimal tedavi talep etmesi ya da tam tersi hasta yakınlarının yapılmaması halinde o süreçte karar verebilecek durumda olmayan hastanın ölümüne sebep olacak hayati tedavileri reddetmesi gibi çatışmalar olabileceği gibi hasta ve hasta yakınları ile ya da hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda hasta yakınları içerisinde de fikir ayrılıkları olabilmektedir. Bilimsel kanıtın az olduğu durumlarda hekimler kendi aralarında bir uzlaşmaya varamayabilir ya

da farklı sebeplerden dolayı hekimler arasında çatışma alanları oluşabilir. Ek olarak özellikle on sekiz yaş altı çocuklar için ebeveynlerin istekleri ya da sürece çok duygusal yaklaşımlarından dolayı, daha özenli süreç yöntemine ihtiyaç duyulan çatışma alanları ortaya çıkabilir. Bu çatışma alanlarıyla zaten zorlu bir süreç olan yaşam sonu kararları daha da kompleks bir hale gelmektedir. Bu problemlerin ve çatışmaların hem ortaya çıkması hem de çözümleri sadece tıbbi ve hukuki bilgiler doğrultusunda olması düşünülemez. Vincent ve arkadaşlarının Avrupa'daki ülkelerdeki karar verme süreçlerini inceledikleri derlemede, yaşamın sonundaki karar verme süreçlerinin Avrupa'da farklılık göstermesini sekiz başlık altında toplamışlardır: (Vincent, 2004)

1. Çok derin kültürel ve dini çeşitlilik
2. Kişinin geçmiş deneyimleri
3. Klinikteki deneyimler
4. Yaş
5. Cinsiyet
6. Mensup olduğu grubun inançları ve uygulamaları
7. Yasal durum
8. Dini arka plan

Yaşam sonu gibi zorlu karar verme süreçleri sadece hukuki sınırlar ve tıbbi bilgiler doğrultusunda yönetilemediği için, etik açıdan değerlendirilmeye ve tahlil edilmeye muhtaçtır. Bu bağlamda bu bölümde yaşamın sonundaki karar verme süreçlerinde, özellikle beyhudelik bağlamında önemli olan kavram ve ilkelerin açıklaması yapılmış ve gerekli yerlerde ülkemizdeki yasal düzenlemelerin sınırları çizilmiştir.

2.3.1. İnsanlık Şerefi

İngilizce literatürde “human dignity” ve Almanca literatürde “Menschenwürde” Türkçede ise insanlık şerefi ya da insanlık onuru şeklinde geçen kavram biyoetik ve özellikle temel insan hakları konusu bağlamında hukuk alanlarında çok önemli bir role sahiptir. İnsanlık şerefi kavramı tarihi süreç içerisinde farklı şekillerde tanımlanabilmekle birlikte, günümüz itibarıyla kavramsal çerçevesi net çizilememiş ve felsefi, dini ve hukuki boyutları bulunan bir kavramdır. Bu bağlamda kavramın tanımlanmasında hiçbir şarta bağlı olmadan doğuştan içkin bir şekilde sahip olunan ve asla kaybedilmeyen (inherent) ve şartlara bağımlı olarak sahip olunabilen ya da kaybedilebilen (contingent) “şeref” olmak üzere iki farklı konsept kullanılmaktadır. (Habermas, 2010) Burada kavramı

tanımlamada kullanılan konseptlerin değişmesi, kavramın etik ve hukuk alanlarındaki kullanımlarının farklılaşmasına da sebep olmaktadır. Kavram “inherent” olarak insanın insan olması bakımından özsel bir şekilde sahip olduğu ve kendisinden hiçbir şart ve koşulda ayrılmayan bir değer olarak tanımlanmaktadır. (Helmchen, 2015b) İnsanlık şerefine “contingent” olarak tanımlanmasında ise kavramın aşkın ve özsel özellikleri kaybolurken, ampirik olarak değerlendirilmesinin ya da derecelendirilmesinin yolu açılmaktadır. Bu bağlamda özellikle etik alanındaki problemlere dair bir tartışma zemini oluşturma görevi yüklenen kavram, kavramın “contingent” anlamlandırılmaları bakımından, etik tartışmalara zemin olup olamayacağı yönünden eleştirilip, sorgulanmaktadır. (Macklin, 2003)

Günümüz etik tartışmalarında önemli rolü olan bu kavramın kökeni antik dönem Yunan filozoflarına kadar uzanmaktadır. Filozofların kavrama yükledikleri anlam kişilerin sosyal sınıf ve davranışlarına göre değişmesi (Bulut, 2008) bağlamında “inherent” bir konsept içerisinde değil, “contingent” bir konseptedir. Baranzke ise insanlık şerefi kavramının oluşmasına kaynaklık eden metinleri Kitab-ı Mukaddes’in Yaratılış bölümü, Cicero’nun De Officiis eseri ve Kant etiği olarak sıralamakta ve kavramın terim olarak ilk kez 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde kullanıldığını belirtmektedir. (Baranzke, 2018 s.31) Günümüzdeki ise “insanlık şerefi” tanımları temel olarak Kant felsefesine dayanmakta ve o temel doğrultusunda şekillenmektedir. (Habermas, 2010) Kant bir kişinin ahlaken nasıl davranması gerektiğini “kategorik emir” adını verdiği ifadeleriyle açıklamaktadır:

“Eylemime kılavuzluk eden maksimin genel bir yasa haline gelmesini isteyebiliyor olmam gerekir. (...) Ancak genel bir yasa (allgemeines Gesetz)¹ haline gelmesini isteyebileceğin maksime göre hareket et. (...) Sanki eylemlerindeki maksim senin isteğinle genel bir doğa yasası olacakmış gibi hareket et. (...) Eylemimizin bir maksiminin genel bir yasa haline gelmesini isteyebiliyor olmalıyız; eylemlere ilişkin tüm ahlaki yargıların genel yasası budur.” (Feldman, 2016 s.148-149)

Kant’ın kategorik buyruğu doğrultusunda, kişinin kendisini yönetebilme ve rasyonel karar alabilme kabiliyeti aynı zamanda kişiye özsel bir değer, yani “şeref” vermektedir. Burada insanlık şerefine temelini ampirik bilgiler ile gözlemlenemez ve

¹ Kaynaktaki “allgemeines Gesetz” için kullanılan “evrensel bir yasa” tercümesi “genel bir yasa” olarak değiştirilmiştir.

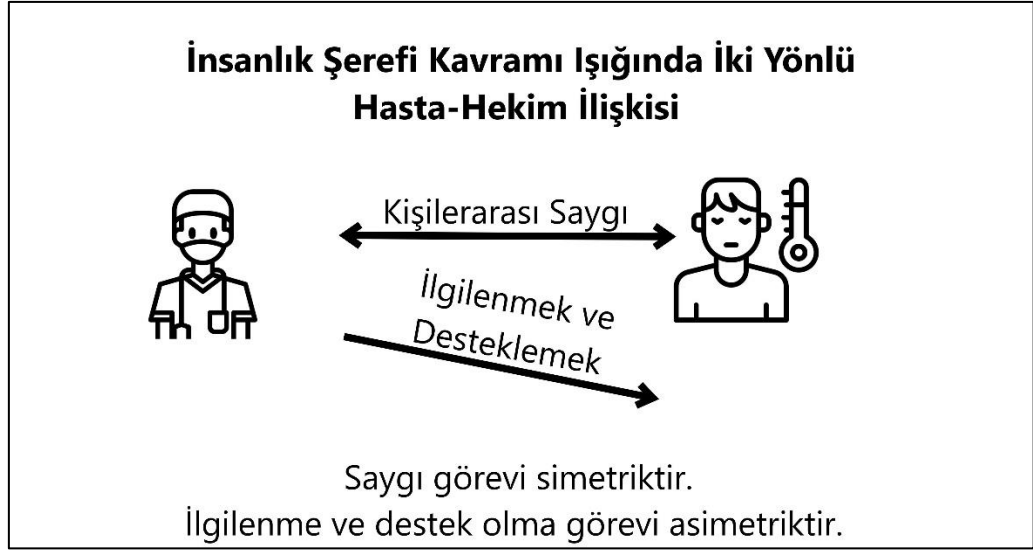
derecelendirilemez olan “Kantiyen özerklik” oluşturmaktadır. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.109) Bu bağlamda Beauchamp ve Childress’in tanımladığı “hasta özerkliği” ile karıştırılmamalıdır. İslam dinindeki “insanlık şerefi” anlayışı ise şerefın kaynağının Allah olması ve tüm insanların hayatına kutsallık atfedilmesi bakımından hem “inherent” hem de insanın yaptığı kötü davranışlar sonucu yaratılmışların en aşağı seviyesine düşebilme ihtimali bakımından “contingent” karakter taşımaktadır. (Ilkilic, 2016) Burada insan hayatının kutsallığı ya da Allah’ın insana şeref vermesi bakımından şeref, inanç durumundan bağımsız tüm insanlığı kapsamaktadır. (*Islamic Code of Medical and Health Ethics*, 2005)

İnsanlık şerefi kavramına felsefi ve dini olarak farklı yaklaşımlar olmakla birlikte Baranzke kavramın anlamlandırılmasına dair yaklaşımları özne odaklı, eylem odaklı ve muhatap odaklı olmak üzere üç başlık altında kategorize etmektedir. Antik dönem erdem etiği içerisinde özne odaklı perspektiften bakılan kavramda, insana ait erdemli davranışlar ön plana çıkartılırken, ahlaken mükemmelleşme aşkın kozmolojik bir değerdir. Modernleşme sürecinde eylem odaklı bir yapıya bürünen kavram, her insanda insanlık şerefi bulunması kabulü ve insanın sahip olduğu bu şerefe uygun bir şekilde davranması gerekliliği üzerinden kişilerin davranışlarına odaklanan bir anlama sahip olmuştur. Günümüz biyomedikal etik tartışmalarında ise kavram daha çok muhatap odaklı bir yaklaşımla anlamlandırılmış ve bu yaklaşım kavramı ampirik değerlendirmelere açık hale getirmiştir. Bu değişimle birlikte aşkın ve tanımlanmamış olan “evrensel insanlık şerefi” kavramı bir nevi anlamsızlaşmıştır. (Baranzke, 2018 s.17-29) Oysa, insanlık şerefi kavramının tanımının net bir şekilde yapılmaması ve onun ampirik değerlendirmelere bağlı olmaksızın bütün insanlarda olduğunun kabul edilmesi, kavramın meşruiyetini sağlamakla birlikte, kavramı herhangi bir ideolojik bariyer yaratmaksızın farklılık gösterebilecek kültürel yorumlamalara da açık hale getirmekteydi. (Baranzke, 2018 s.60-62) Bundan dolayı günümüz biyomedikal etik içerisinde ampirik değerlendirmelere açık şekilde kavramın yeniden anlamlandırılmasıyla bu önemli özelliklerinin kaybedilme riski ortaya çıkmıştır.

İnsanlık şerefi kavramı literatürde sıkça ötanazi ile ilişkili olarak kullanılmaktadır. Burada İsviçre’de ötanazi hizmeti sunan bir kurumun “DIGNITAS” adını alması ve (DIGNITAS) ve yine ABD’nin Oregon Eyaleti’ndeki hekim yardımlı intiharın yasallaşmasına dair kanunun “Death with Dignity Act” (Onurlu Ölüm Yasası) şeklinde

isimlendirilmesi (Oregon's Death with Dignity Act) dikkat çekicidir. İnsanların zorlu ve ağrılı uzun bir ölüm süreci geçirmek istememesini veya bilincini ya da bir takım temel insani becerilerini kaybettiği andan itibaren yaşamının bir anlamının kalmadığını temel olan “onurlu bir şekilde” ölme hakkı bağlamında kavram, ötanazi düşüncesini destekler pozisyonda yorumlanmaktadır. (Rothhaar, 2015) Bu görüşün aksine, ölüm sürecindeki kişinin acılarının dindirilmesine, yaşam kalitesinin artırılmasına ve bunlara ek olarak psikolojik ve manevi olarak desteklenmesini temel alan palyatif bakım hizmetlerinin verilmesinin insanlık şerefine daha uygun olduğunu savunanlar da bulunmaktadır. (Lübbe, 2015) Bu bağlamda insanlık şerefi gereği kişinin hayat hakkını onun isteğiyle bile olsa elinden almak uygun olmadığı gibi, acılı ölüm sürecini hiçbir tıbbi gereklilik olmadığı halde makinalar aracılığıyla uzatmak da uygun olmamaktadır. Bundan dolayı ölüm sürecine girmiş hastalarda öncelenmesi gerekenin ne pahasına olsun yaşamı devam ettirmek (in dubio pro vita) olmamalı, tıbben yapılacak hiçbir şey olmadığı durumlarda hastanın insanlık şerefine uygun bir şekilde ölmesine izin vermenin, yani şerefin öncelenmesinin (in dubio pro dignitate) gerektiği söylenebilir. (Hufen, 2010) Burada şerefin öncelenmesi, kişinin hayat hakkının elinden alınmasıyla karıştırılmamalıdır. Şerefin öncelenmesi bu çalışma kapsamında, ölüm sürecinin yapay bir şekilde uzatılmaması ve “doğal ölüme” izin verilmesi şeklinde anlamlandırılmıştır.

İnsanlık şerefi kavramına hastalar ve hekimler tarafından nasıl anlam verildiğini araştıran bir çalışmada, hekimlerin kavramı daha çok hastanın özerkliğine saygı duymak bağlamında anlamlandırırken, hastaların insanlık şerefine dair yoğunlaştıkları nokta insani ilişkiler ve manevi yönden ihtiyaçları olmuştur. Bu bağlamda Baranzke de insanlık şerefi kavramı doğrultusunda hasta hekim ilişkisini iki tarafın da birbirine saygı duyması, ama hekimin hastasıyla ilgilenmek ve desteklemekle yükümlü olması bakımından inşa etmektedir. (Bkz. Şekil 2-2) (Baranzke, 2018) Bundan dolayı yaşamın sonunda hastalara psikolojik ve manevi yönden destekleyen palyatif bakım hizmetlerinin sunulması ve bu hizmetin kalitesi çok önemlidir. (Namal, 2016a)



Şekil 2-2 Baranzke'ye göre (tarafımdan küçük değişiklikler yapılmıştır) iki yönlü hekim-hasta ilişkisi

2.3.2. Özerklik İlkesi

Özerklik ilkesi, Grekçe “oto” (kendi, İng. “self”) “nomos” (düzen, kural koyma) kelimelerinin birleşiminden oluşan “autonomía-αὐτονομία” kelimesinden gelen Türkçedeki otonomi (*EtimolojiTürkçe*, 2022) kavramıyla da ifade edilmektedir. Bu bağlamda, özerklik ilkesi “kişinin başkalarının kontrolü altında olmaksızın ve anlamlı seçimler yapabilmesine engel bir durumu bulunmaksızın, kendi üzerinde yine kendisinin söz ve erk sahibi olması” şeklinde tanımlanmaktadır. Kişinin özerk bir şekilde karar verebilmesi iki temel şarta bağlıdır. Öncelikle dışardan kontrol edici herhangi bir etki altında olmadan özgür olmalıdır. İkinci olarak ise kendi hakkında bir amaç doğrultusunda karar verebilme yetkinliğine sahip olmalıdır. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.154) Özerklik ilkesi gereğince klinikte hastaya yapılacak herhangi bir müdahaleden önce hasta uygulamanın gerekliliği ve riskleri hakkında bilgilendirilir ve işlem yapılmadan önce mutlaka rızası alınır. Bu bağlamda kişinin özerkliği veya özgürlüğü mutlak manada değil, karar verme otonomisi bağlamında sorgulanır. (Schleger vd., 2012 s.88) Kişi kendi hayatı ve bedeni hakkında karar verici olmakla birlikte, kendi isteğiyle karar verme sürecinden feragat edebilme hakkına da sahiptir. (Molewijk, 2006) Bu bağlamda özerklik tanımlamalarında son karar verici olarak hastanın merkeze alınması, farklı kültürde farklı “bireysellik” seviyesi olduğu ve mutlak manada bireysel karar vermeye dayalı bir hasta özerkliğinin her toplum için geçerli olamayacağı yönünden eleştirilmektedir. Örneğin

Tayvan’da yapılan bir çalışmada ailenin karar verme süreçlerinin merkezinde olduğu ve bireysel özerkliğin göz ardı edildiği gösterilmiştir. (Tai & Tsai, 2003). Bu bağlamda hastanın kendi isteğiyle ailesini ya da bağlı bulunduğu bir grubu karar verme süreçlerine dahil etmesi ve o karar doğrultusunda hareket etmesi hekimlerin saygı duymaları gereken bir durumdur. Özerklik ilkesine gelen eleştiriler sadece kültürel farklılık temelinde başka kültürlerden gelen eleştirilerle sınırlı değildir. Daha çok Amerika merkezli etik literatüründe önemli olan özerklik ilkesi, Beauchamp ve Childress’in alanın kurucu kitaplarından olan Biyomedikal Etik Prensipleri’nde de yazarların bu eleştiriye kabul etmemesine rağmen, dört etik ilke içerisinde daha ön planda tutulduğu ve daha önemli bir konuma konulduğu yönünden eleştirilmektedir. (Beauchamp & Childress J F., 2017)

Türkiye’de özerklik ilkesinin klinikteki operasyonelliğine baktığımızda ise, toplumun karar verme tercihlerinin bireysel temelde mi yoksa bir gruba dahil olarak mı karar vermeyi tercih etmesi bakımından sorgulanmaya değer olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hasta kendi yetiştirilme kültürü ve kendisini bir toplumun içerisinde tanımlaması doğrultusunda, örneğin kendi hakkındaki kararları aile bireylerinin istişaresi sonucu vermesini talep edebilir. Bu bağlamda kendini bağımsız bir birey olarak değil de örneğin aile içerisinde, aileye bağımlı olarak tanımlamayan bu kişiden özerklik ilkesi gereği mutlak bir şekilde kendi hakkında karar verilmesinin talep edilmesi o kişiye haksızlık olabilir. (Kara, 2007) Burada kişinin karar verme iradesini kendi özgür iradesiyle mi aile ile paylaştığı ya da aileye devrettiği yoksa baskı ile mi bunu kabul ettiği mutlaka sorgulanması gereken bir durumdur. Kararın baskı altında alınıp alınmadığını tespit etmek her zaman çok kolay olmamakla birlikte, kişinin bu kararından dolayı “birey” olamama yönünden yargılanması da kabul edilemezdir. Tüm bu karmaşık ilişkiler özerklik ilkesinin klinik uygulamalardaki, özellikle yaşamın sonu gibi zorlu karar verme süreçlerindeki fonksiyonunu ülkemizde daha da karmaşık hale getirmektedir.

Özerklik ilkesi gereği hastaya yapılacak her işlemten önce hastaya ve/veya hasta yakınlarına bilgilendirme yapılması, onların bu bilgilendirmeyi doğru bir şekilde anladığından emin olunması ve sonrasında hasta ve/veya hasta yakınlarının rızasının alınması gerekmektedir. Hastanın bilgilendirilme ve rızasının alınması süreçleri Hasta Hakları Yönetmeliği’nin üçüncü bölümünde Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı başlığı altında (15-20. maddeler) ve beşinci bölümde Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası başlığı altında (24-31. maddeler) düzenlenmiştir. (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998)

Yönetmeliğin on beşinci maddesinde hastaya bilgi verilmesi gereken hususlar sekiz maddede bir araya getirilmiştir:

1. “Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
2. Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
3. Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
4. Muhtemel komplikasyonları,
5. Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
6. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
7. Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
8. Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği.”

Bilgilendirme süreçleri hastalığın ya da yapılacak işlemin ne kadar risk barındırmasına ve yapılacak işlemin kanıt derecesine bağlı olarak detaylandırılmalıdır. Bu bağlamda hastaneye yatış öncesi alınan genel onam formları kullanıma uygun değildir; hastadan her tıbbi girişim için ayrı ayrı rıza alınması gerekmektedir. (Metin, 2019 s.114-115) Ancak birçok çalışmada hastalara yaşamın sonunda yeterli açıklama yapılmadığı gösterilmiştir. (Fallowfield, 2001) Hasta hakları yönetmeliğinin on dokuzuncu maddesine göre ise, “Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.” denilerek bilgilendirmemesi gereken hallerin sınırları çizilmiş ve yirminci maddede ise kişinin bilgilendirmeyi reddedebileceği belirtilmiştir. (*Hasta Hakları Yönetmeliği*, 1998)

Yaşamın sonundaki karar verme süreçlerinde hastaların bilinçleri genellikle kapalı olduğu için sürece dahil olamazlar. Bundan dolayı yaşam sonu kararlarında süreç, özerklik ilkesi bakımından daha da kompleks bir hale gelmektedir. Böyle bir durumda ABD’de vasilerin sürece dâhil olması genel olarak kabul edilebilir bir durumken Avrupa’da bu sürecin nasıl yönetileceği daha tartışmalı bir hale sahiptir. (Vincent, 2004) Ülkemizde ise sürecin işleyişinde çeşitli problemler mevcuttur. Hastanın bilincinin kapalı olması durumunda birinci dereceden yakını ya da yakınlarının sorumlu olarak sürece dahil olması ve hasta yakınlarının arasında karar verme süreçlerinde anlaşmazlık çıkması durumu genel olarak resmi vasi ataması ile çözülmekle birlikte, hastanın isteklerinin

sürece nasıl dahil edileceği hususu hukuken net bir şekilde düzenlenememiştir. Her ne kadar Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 2014 yılında düzenlenen yirmi dördüncü maddesinde “Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.” denilmiş olsa da Hakeri’ye göre, özellikle sonucu ölümle sonuçlanacak bir işlemin geleceğe dönük bir şekilde önceden reddedilmesi, örneğin DNR talep edilmesi, kişinin gerçekten ölümle yüz yüze geldiği andaki isteğini yansıtır yansıtmadığından emin olunamaması ve bu isteğin ne şekilde alınması gerektiğinin net bir şekilde düzenlenmemiş olmasından dolayı hukuki açıdan problemlidir. Bu bağlamda bu tür hasta vasiyetnamelerinin (advance directive, living will) ülkemizde uygulanması ancak hangi şartlar altında geçerli olacağına dair sürecin açıklandığı hukuki bir düzenlemeden sonra mümkün olabilir. (Hakeri, 2018 s.213-214) Hukuki açıdan bu net düzenlemenin olmaması Hasta Hakları Yönetmeliği’nde hastalara tanınmış bir hakkın uygulanmaması gibi bir hak ihlaline sebep olmakla birlikte, etik açıdan da kişinin isteklerine aykırı hareket edilmesine neden olmasından dolayı problemlidir.

2.3.3. Yaşam Kalitesi

“Yaşam kalitesi” kavramının kökenleri Antik Yunan düşünürlerine kadar uzanmaktadır. Hayatın değeri ve nasıl iyi yaşanacağı, mutluluğun anlamı ve nasıl mutlu olunacağı gibi konular filozoflar tarafından tartışılmıştır. Platon (M.Ö. 427- 347) Devlet kitabında sadece ideal devlet anlayışının kriterlerini ortaya koymakla kalmamış, aynı zamanda hayatın değerinin ne olduğunu da tartışmıştır. Bunlara ek olarak hekimlerin kötü bir yaşamı uzatmaya uğraşmamaları gerektiğini belirtmiştir. (Edisan & Kadioğlu, 2013) Aristoteles (MÖ 384-322) ise Nikomakhos’a Etik kitabında iyi yaşamın nasıl elde edilebileceğini tartışmış ve günümüzde de etkinliğini koruyan “eudaimonia” kavramını ortaya koymuştur Yunanca “eudaimonia” sözcüğüne karşılık olarak genellikle “mutluluk” kelimesi kullanılmasına rağmen, kavram mutluluk gibi statik bir durumu ifade etmemektedir. Teleolojik bir temelde şekillenen Aristo’nun mutluluk felsefesi, insanın ancak varoluş amacı doğrultusunda davrandığı müddetçe mutlu olabileceğini iddia etmektedir. Burada bahsi geçen mutluluk geçici hazlar ya da memnun olma durumu değil, yaşam boyu sürmesi beklenen, kaliteli bir yaşamın göstergesi olan mutluluktur. (Işık & Meriç, 2010)

Felsefe içerisinde antik Yunan’a dayanan bir geçmişi olan “yaşam kalitesi” kavramı yirminci yüzyılın başlarında sadece felsefenin konusu olmaktan çıkıp, ekonomi ve sosyoloji alanlarında da ele alınmaya başlanmıştır. Artan tıp imkânlarıyla birlikte de daha sonraki yıllarda tıp literatürü içinde de kullanılmaya başlanmıştır. (Wooten, 2014) Gelişen tıbbi ve teknolojik imkânlar sayesinde, artık sağlık hizmetlerinden sadece hastalığın olmadığı bir hayat sağlaması değil, aynı zamanda yaşanan hayatın kalitesini de artırması beklenmektedir. “quality of life” terimi 1960 yılında tıbbi bir makalenin başlığında ilk kez kullanılmıştır. Long tarafından “On the Quantity and Quality of Life” (Yaşamın Niceliği ve Niteliği Üzerine) (Long, 1960) makalesiyle kavram ilk kez sağlık alanında gündeme getirilmiş ve 1966 yılında ise Elkington tarafından “Medicine and the Quality of Life” (Tıp ve Yaşam Kalitesi) (Elkinton, 1966) makalesinde ikinci kez kullanılmıştır. (Edisan, 2014 s.12) Elkington’un yaşam kalitesi kavramını tıbbın sınırlarının ne olması gerektiği sorusu çerçevesinde, böbrek nakli örneğinde incelemiş olması da dikkat çekicidir. Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili yazılan makaleler değişen içerik ve alt başlıklarıyla günümüze kadar artarak devam etmiştir. (Bullinger, 2014) Sağlık alanında yaşam kalitesi hakkında yazılan makalelerin zamana göre değişen konu içerikleri Bullinger’in sistematik derlemesindeki tespitlerinden yola çıkarak Tablo 2-1’de gösterilmiştir.

Tablo 2-1 Yaşam kalitesi hakkında yazılan makalelerin zaman içinde değişen konu içerikleri

Tarih	Konu
~ 1975	Yaşam kalitesinin tanımı ve kavramsal temelleri
~ 1985	Yaşam kalitesinin anlamlandırılması ve ölçülebilmesi için yöntem geliştirilmesi
~ 1995	Geliştirilen yöntemlerin araştırmalarda kullanılması
~ 2005	Bulguların sağlık sistemi ve araştırmalarda kullanılması ve sonuçların takip edilip, değerlendirilmesi.

Tablo 2-1’de gösterildiği üzere, ilk önce yaşam kalitesinin tıp alanındaki kavramsal temelleri oluşturulmuş ve kavramın tanımı yapılmaya çalışılmıştır. Sonrasında

yaşam kalitesinin sağlık alanında kullanımını somutlaştırmak için ölçme ve değerlendirme metotları geliştirilmiş ve bu yöntemler sahada kullanılmıştır. Günümüzde ise ağırlıklı olarak yaşam kalitesinin farklı şekillerdeki değerlendirme metotlarını ve bu değerlendirmelerin sağlık sistemine ve araştırmalara nasıl ve hangi şartlarda yön verdiğini konu alan makaleler yayımlanmaktadır.

Birçok bilim insanı yaşam kalitesi kavramına tanımlama getirmiş olmasına rağmen, yaşam kalitesinin üzerinde mutabakat sağlanmış, herkes tarafından standart olarak kabul edilen bir tanımı yoktur. (Woopen, 2014) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) 1994 yılında yaşam kalitesine “bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içerisinde, amaç, beklenti, standart ve kaygıları çerçevesinde hayattaki konumunu algılaması” şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca bu tanım çerçevesinde bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkileri ve kişisel inançları olmak üzere de altı tane bileşeni oluşu belirtilmiştir. (WHO, 1995) Yaşam kalitesi kavramı aynı zamanda “Hayat nasıl yaşanır?” ve “Hayat nasıl yaşanmalı?” soruları çerçevesinde anlamlandırılabilir. “Hayat nasıl yaşanır?” sorusu ampirik değerlendirmeye açıkken, “Hayat nasıl yaşanmalı?” sorusu ancak normatif olarak cevaplanabilir. (Woopen, 2014) Bu çerçevede yapılan tanımlar çok çeşitli olmakla birlikte zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. Geçmiş yıllarda daha çok nesnel alana yakın tanımlamalar yapılmışken, son yıllarda subjektif yönü ön planda olan tanımlamalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımının da objektif karakterden uzak olduğu dikkat çekmektedir. Bu bağlamda yaşam kalitesi kavramı ekonomi, sosyal bilimler ve tıp alanlarında, üretilen teoriler içerisinde subjektif ve objektif olarak iki farklı şekilde felsefi olarak kavramsallaştırılmıştır. (Woopen, 2014)

Subjektif konseptte yaşam kalitesinin kaynakları, hangi boyutlarda inceleneceği, hangi kategorilerin ne kadar önemli olduğu ve değerlendirme ölçütü öznel olarak belirlenmektedir. Bu bağlamda subjektif olarak kavramsallaştırılmış yaşam kalitesi sadece ampirik olarak ölçülüp, istatistiki olarak ifade edilmektedir. (Woopen, 2014) Yaşam kalitesini ampirik olarak değerlendirmesine yönelik 800’den fazla araç online veri tabanında PROQOLID (Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database, www.qolid.org) derlenmiştir. Yöntemdeki bu çeşitlilikten dolayı kişi için amaca uygun anket formunu ideal olarak tespit edebilmek çok kolay olmamaktadır.

(Kohlmann, 2014) Bundan dolayı subjektif konsept içerisinde yapılan araştırma sonuçları yanıltıcı olabilmekte, paradoks olarak nitelendirilebilecek sonuçlarla karşılaşılabilir. (Gosepath vd., 2011)

Objektif konsepte ise yaşam kalitesi öznenin kendisi tarafından değil, nesnel bir bakış açısıyla dışardan bir kişi tarafından değerlendirilmektedir. Kişinin bireysel gereksinimleri ve yaşadığı koşullara göre yapabilecekleri ve olabileceği kişi değişmektedir. Bundan dolayı objektif konseptin kuramcıları, yaşam kalitesi için standart bir değerlendirme kriteri önerilemeyeceğini ve bu kriterlerin öznenin kendisi tarafından da sağlıklı bir şekilde belirlenemeyeceğini savunmaktadırlar. (Gutwald, 2016) Objektif konsepte, öznel için eşit şans oluşturma temeline dayanan “Capability Approach” (yetenek yaklaşımı) ve tanımlanan kategorilerin ve kaynakların sayı ve çeşidinin teoriden teoriye çeşitlilik göstermesi gerektiğini savunan yaklaşım olmak üzere iki farklı temel teori bulunmaktadır. (Wooten, 2014) Subjektif konseptte kişinin duyguları ön planda olduğu için bulgular yanıltıcı olabiliyorken, objektif konsept ise öznel görüş ve kültürel farklılıklardan bağımsız olduğu için genelleştirilebilir sonuçlar oluşturulabilmektedir. Bundan dolayı objektif olarak kavramsallaştırma, norm oluşturmaya daha müsaittir. Ama öznel hep üçüncü tekil şahıs tarafından değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinde paternalizme düşme tehlikesi oluşmaktadır. Burada teorilerin bir arada kullanılması ve objektif durum tespitinin subjektif yaşam anlamlandırılmasıyla kombine edilmesinin daha makul gözüktüğünü belirtenler bulunmaktadır. (Gosepath vd., 2011)

Tıp literatüründe yaşam kalitesi kavramı bağlamında kullanılan üç farklı terim bulunmaktadır. Bunlar (genel) yaşam kalitesi (Quality of Life, QoL), sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health related Quality of Life, HrQoL) ve hastalık özelinde yaşam kalitesidir. (Disease specific Quality of Life, DsQoL) (Wooten, 2014) Genel yaşam kalitesi son tahlilde yaşam kalitesiyle aynı anlamı karşılamakla birlikte, tıpta yaşam kalitesinin diğer kullanımları için öznel ve kapsayıcı bir terim olarak kullanılmaktadır. (Nossek, 2016) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise hem bireysel hem de toplumsal olarak iki farklı düzlemde sağlık temelli değerlendirilmeleri içermektedir. Bireysel düzlem, beden ve ruh sağlığıyla ilgili kişinin hissettiği ve deneyimlediği şeylerin tamamını kapsamaktadır. Toplumsal düzlem ise, sağlığın algılanışına ve toplum sağlığına etki eden maddi kaynak, strateji ve uygulamaları içermektedir. (Wooten, 2014) Hastalık özelinde yaşam kalitesi ise, bir hastanın hastalığa sahip olmasının veya aldığı tedavilerinin yan etkilerinin yaşam

kalitesine etkilerini konu almaktadır. (Nossek, 2016) Hastalık (disease) hekimler tarafından teşhis edilen objektif bir kavramken, hasta olma durumu (illness) ancak hasta tarafından deneyimlenen subjektif bir değerlendirmedir. Bundan dolayı hastalık özelinde yaşam kalitesi değerlendirilirken hem hekimin objektif hem de hastanın subjektif görüşlerine yer verilmelidir. (Woopen, 2014) Bu üç terim arasındaki ayrım ise çok keskin değildir. Sağlık bir yönüyle yaşam kalitesinin bir parçasıyken, yaşam kalitesi de örneğin hastalık semptomlarının karakterize edilmesi yönünden sağlığın bir parçasıdır. Burada son tahlilde sağlıkla yaşam kalitesinin aslında aynı mefhumu karşıladığını da iddia edenler bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün “Sağlık; sadece bireyin vücudunda hastalık ve sakatlığın olmayışını değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasını ifade etmektedir.” şeklindeki sağlık tanımı da bu görüşü destekler nitelikte hem yaşam kalitesinin bileşenlerini içermekte hem de sağlık için çok idealize edilmiş bir tanım konumundadır. (Woopen, 2014)

Yaşam kalitesinin tıp alanındaki normatif rolünü, klinik araştırmalar, sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin tahsisi olmak üzere üç ana başlık altında incelenmek mümkündür. Klinik araştırmalarda ilaçların pozitif – negatif yönleri sadece tıbbi açıdan değil, hastaların yaşam kalitesine etkileri açısından da değerlendirilmektedir. (Kohlmann, 2014) Bu bağlamda etik kurullar da herhangi bir klinik araştırma başvurusu için karar verirken, katılımcının sadece sağlık açısından zarar görüp görmeyeceğini değil, çalışmanın yaşam kalitesini etkileyip etkilemeyeceğini de göz önünde bulundurmaktadırlar. (Woopen, 2014) Bu değerlendirmelerde yaşam kalitesi kavramı genelde “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health related Quality of Life, HrQoL)” özelinde kullanılmaktadır. (Reichardt, 2016) Sağlık hizmetlerinin makro düzeyde özellikle ekonomik açıdan değerlendirilmesinin ve planlanmasının yaşam kalitesi dikkate alınarak yapılabilmesi için QALY (Quality-Adjusted Life Years, “Yaşam Kalitesine Göre Düzeltilmiş Yaşam Yılı”) gibi fayda ölçekleri kullanılmaktadır. Yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılı, kişinin yaşam yılının, o yıllara ait yaşam kalitesi ölçeğinin değeri (sıfır ila bir arasında, sıfır: ölüm, bir: tam olarak sağlıklı olmak) ile çarpılmasıyla elde edilmektedir. Böylelikle, kişinin hayatının sadece yaşadığı yıl bazında değil, o yılları hangi yaşam kalitesinde geçirdiğine göre yeniden değerlendirme imkânı elde edilmiş olmaktadır. (Patrick & Erickson, 1993) Burada her ne kadar sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde ve geliştirilmesinde yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılının kullanılmasının veri sağlamada avantajları olmasına rağmen, fayda ölçekleri hem

hesaplanma yöntemleri itibariyle hem de etik açıdan eleştirilmektedir. (Prieto & Sacristán, 2003) Mikro düzeyde ise, örneğin klinikte bir tedaviye başlayıp başlamama ya da devam eden bir tedaviyi kesme kararlarında yaşam kalitesi kavramı operasyonel bir kriter olarak kullanılmaktadır. Özellikle yaşamın sonunda ölüm süreçlerinde verilen kararlarda ve dilemmaların çözümlenmesinde günümüz etik tartışmalarında yaşam kalitesi önemli bir yere sahiptir. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.260-265) Burada yaşam kalitesi, özellikle hasta ve/veya hasta yakınlarıyla beraber tedavi hedefinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın yaşamdan ve tedaviden beklentisi, tedaviyle birlikte gelecek ya da gelme ihtimali olan yan etki ya da risklerin yaşam kalitesine etkileri tedavi hedefinin netleştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Yaşamın sonunda palyatif bakım hizmetlerinin sunulması da temel olarak hastanın yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda hastanın yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ya da takibi sadece tedavi bağlamında verilecek kararlarda önemli değildir, ölüm sürecinde verilen palyatif bakımın değerlendirilmesi ya da geliştirilmesinde de önemlidir. (Czerwik-Kulpa & Chylińska, 2017) Burada ölüm de yaşamın bir parçası olduğu için, ölümün ve ölüm süreçlerinin de mümkün olduğunca “iyi” olması gerektiği unutulmamalıdır. (Schleger et al., 2012 s.78) Bunlara ek olarak, yaşamın değerinin sadece nesnel kriterler üzerinden değerlendirilmesi ya da hastanın yaşamının başkalarının gözündeki değeri üzerinden değerlendirilmesi hatasına düşülmemesi gerekmektedir. Öncelik yaşam kalitesinin iyileştirilmesi bağlamında hastanın tedaviden bir yarar görüp görmeyeceğinin sorgulanması olmalıdır, yaşamaktan bir yarar görüp görmeyeceği sorusu olmamalıdır. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.262)

2.3.4. Endikasyon

Herhangi bir tıbbi işlemin hukuken uygulanabilmesi için öncelikli olarak endikasyonun bulunması, sonrasında ise hastanın bilgilendirilerek rızasının alınması ve uygulamanın güncel tıp bilimi bulguları doğrultusunda uzman sağlık personeli tarafından gerekli özen gösterilerek yapılması gerekmektedir. (Hakeri, 2018 s.453-454) Burada endikasyon sadece tedavi işlemleri için kullanılmamakta, tedaviye ek olarak teşhis, profilaksi ya da önleyici tedaviler, kronik hastalıkların bakımı ve son olarak genel bakım ve sağlığın iyileştirilmesine dair işlemlerin tamamını kapsamaktadır. (Schöne-Seifert vd., 2018) Ayrıca endikasyon her zaman sadece tıbbi gereklilik doğrultusunda oluşmaz, bazı durumlarda psikolojik, sosyal ya da hukuki endikasyonlardan bahsedilebilir. (Hakeri,

2018 s.223) Ek olarak üçüncü kişi yararına oluşan durumlarda da endikasyondan söz edilebilir. Örneğin organ bağıışı için beyin ölümü tanısı almış bir kişide tedaviye devam edilmekte ya da canlı vericiden organ alınırken kişiye cerrahi girişim yapılabilmektedir. (Hakeri, 2018) Böylelikle kişiye tıbbi gereklilik olmaksızın tıbbi girişimler yapılabilmektedir. Örneğin psikolojik endikasyon ile estetik girişimler, (Petek, 2006) ülkemizde ve birçok Müslüman ülkede sosyal-dini gereklilik hali ile erkek çocuklarında sünnet yapılabilmektedir. (İlkılıç, 2018; Nuhuğlu, 2013) Burada sünnet işleminin ülkemizde herhangi bir yasal düzenlemeye ihtiyaç duyulmaksızın sosyal mutabakat doğrultusunda yapılabildiği, ama örneğin Almanya'da 2012 yılında yaşanan tartışmalardan sonra ancak bu işlemin hangi şartlar altında yapılabileceğine dair yasal bir düzenleme yapıldıktan sonra yapılabilmesinin mümkün olduğu (İlkılıç, 2020a) dikkat çekicidir. Bu bağlamda endikasyonun her zaman sınırları net olmamakla birlikte, kültürel-dini ve hukuki düzenlemelerle şekillenmeye müsait bir yapısı bulunmaktadır. Bundan dolayı endikasyon belirlenirken onun münasip, ihtiyaç duyulan ve belirlenen hedefe uygun olup olmadığının sorgulanması gerekmektedir. (Schöne-Seifert vd., 2018)

Endikasyonun psikolojik, sosyo-kültürel, dini ve hukuki boyutları olmakla birlikte, karar verme süreçlerinde endikasyon temel olarak iki düzlemde incelenmektedir:

1. Belirlenen hedef doğrultusunda kanıta dayalı tıp verilerine göre tedavi/ girişim yapılması gerekliliği
2. Hastanın bilgilendirilmesinin ardından istekleri doğrultusunda verdiği rızası (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2021)

Bu bağlamda endikasyon güncel tıbbi veriler doğrultusunda hasta özelinde yapılması gerekenleri ve hastanın psikolojik, sosyokültürel ve dini inançları doğrultusunda tercihlerini ifade etmektedir. (Maio, 2015) Burada hastanın istekleri her zaman hekimin tedavi hedefi doğrultusunda ona yaptığı tavsiye ile sınırlıdır, yani hastanın kendi bedeni üzerinde istekleri mutlak ve sınırsız değildir. Örneğin hasta hiçbir sebep yokken elinin kesilmesini talep edemeyeceği gibi, doktorun tıbbi veriler doğrultusunda yapılmamasını tavsiye ettiği işlemleri (kontrendikasyon) ya da yapılacak tedaviden herhangi bir yarar olmayan işlemleri (endikasyonun olmaması) talep edemez. Burada klinik uygulama açısından zor ve etik açıdan tartışmalı olan durum endikasyonun net bir şekilde belirlenemediği durumlardır (şüpheli endikasyon). (Neitzke, 2014) Özellikle

yaşamın sonunda ağır ya da ölümcül hastalık durumlarında endikasyon belirlenirken, yarar-zarar-risk analizi daha titiz yapılmalı ve uygun görülmeyen durumlar tıbbi bulgu ve etik argümanlar doğrultusunda daha net hale getirilmelidir. (Marckmann, 2015 s.106) Bunlara ek olarak, endikasyon belirlenmesinde kullanılan tıbbi gerekliliği oluşturan tıbbi verilerin kanıt düzeyi aynı zamanda hastaya hangi şiddette tavsiye verilmesi gerektiğini belirlemektedir. Yani düşük kanıt seviyesindeki bir işlem için bu bilgi paylaşımı sırasında ikna etme konusunda çok ısrarcı olunmazken, yüksek kanıt seviyesine sahip bir tedavi için ayrıntılı bilgi verilip hastanın rızası için daha çok çaba gösterilmelidir. (Raspe, 2015)

2.3.5. Adalet İlkesi

Sağlık sistemi içerisinde adaletin hangi kuram ya da kuramlar doğrultusunda sağlanabileceği oldukça karmaşık bir konudur. Herkese eşit hizmet sağlama motivasyonu kaynakların sınırlı olması durumunun getirdiği kısıtlamalarla değerlendirilmek zorunda olmakla birlikte, bu sınırlı kaynakların nasıl en verimli şekilde kullanılacağı da tartışılması gereken bir başka konudur. Burada verim ve eşitliğin birbirleriyle çelişen kavramlar gibi durduğu görülmektedir. Ancak sağlık sistemi içerisindeki işleyiş, mutlak bir karşıtlıktan ziyade durum ve şartlara bağlı olarak verim ve eşitlik arasında argümanlara dayalı önceliklere veya tercihlere dayanmaktadır. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.447) Yoğun bakım hizmetleri, ileri uzmanlık ve teknik cihaz gerektirmesi bakımından sağlık sistemi içerisinde en pahalı ve en kısıtlı hizmetlerden birisi olması dolayısıyla, bu hizmetin nasıl en adil ve en verimli şekilde dağıtılması gerektiği literatürde tartışılmaktadır. Burada yoğun bakım kaynaklarının dağıtımı (allocation) iki temel prensibe dayandığı söylenebilir. Öncelikli olarak her insan kendisinden hiçbir şart ve durumda ayrılmaz bir şerefe sahip olduğundan dolayı, insanların yaşamlarına değer biçilemez ve herhangi bir insana insanlık şerefine zarar verecek davranışlar sergilenemez. İkinci olarak ise, yoğun bakım kaynaklarının sınırlı olduğunun kabul edilmesi ve birinci madde göz önünde tutularak adil dağıtım prensiplerinin bulunması gerekmektedir. (Fleck, 2006) Yoğun bakım gibi hayati öneme sahip incelikli tıbbi hizmetin verildiği bir serviste, beyhude tedavi verilmesi sadece o kaynağın israf edilmesi sonucunu doğurmaz; o kaynağa ihtiyacı olan bir başka hastanın o kaynaktan yararlanamamasına ve bunun sonucunda belki de hayatını kaybetmesine sebep olabilir. Bundan dolayı yoğun bakım kaynaklarının dağıtımı argümanlara dayalı prensipler doğrultusunda, şeffaf bir şekilde yapılması hayati öneme sahiptir. Beyhude

tedavi özelinde ise endikasyonun bulunmadığı hastalarda, sırf hastanın yaşamın sonunda olmasından dolayı yoğun bakıma alımların gerçekleşmemesi gerekmektedir. (Winkler vd., 2012) Yani burada öncelikli değerlendirme kaynakların sınırlı olmasından bağımsız tıbbi bir değerlendirmedir. Kaynakların sınırsız olduğunu varsaydığımız bir koşulda dahi endikasyonun olmadığı bir hastanın yoğun bakıma alınması onun “normal ölüm sürecinin” dışına çıkartılmasına ve bu acılı ölüm sürecinin uzamasına sebep olduğu için etik açıdan uygun değildir. (Knox & Vereb, 2005) Eğer yoğun bakım endikasyonu olan iki hasta içerisinde, bir tane boş yoğun bakım yatağı için seçim yapmak zorunda kalınırsa, bu durumda da insanların hayatına değer biçilmemesi gerekliliği temel prensibi doğrultusunda, kişilerin yaş, ırk, toplumsal statü gibi özelliklerine bakılmaksızın, tıbbi faydanın artırılmasına yönelik, yani daha çok sayıda insanın hayatını kurtarmayı ve mortaliteyi düşürmeyi amaçlayan seçimlerin yapılması gerekmektedir. (Deutscher Ethikrat, 2020) (Bkz. Bölüm 2.3.10.) Yoğun bakımda karar verme süreçlerinin adalet ilkesi açısından makul bir şekilde işleyebilmesi için üç önemli şartın yerine getirilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak aynı durumda olan hastaların aynı şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. İkinci olarak adaletli olunduğunun garantörlüğü olarak karar verme süreçlerinin belirli kriterler doğrultusunda şeffaf bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Son olarak ise herhangi bir kaynağın dağıtımı sırasında kime, hangi sebep ve hangi amaçla, ne kadar kaynak ayrıldığına cevaplarının verilmesi gerekmektedir. (Schleger vd., 2012 s.87)

2.3.6. Zarar Vermeme / Yararlı Olma İlkeleri

Tıbbi uygulamalarda karar verme süreçlerinde önemli role sahip olan “en önce zarar verme” (Primum non nocere) ve “yararlı olma” prensiplerinin izlerini Hipokrat Andındaki “Hastalara yararlı olmak için, yeteneklerim ve kanaatlerim doğrultusunda tıbbi uygulamalarda bulunacağım; ama bunu kişileri zedelemek, onlara haksızlık ya da kötülük etmek için asla yapmayacağım.” cümlesinde bulmak mümkündür. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.227) Her tıbbi uygulamanın oranları ve tehlikesi farklı olmakla birlikte yan etkileri ve riskleri bulunmaktadır. Hekimler bu ihtimalleri göz önünde bulundurarak mutlak başarı motivasyonu ile hastaları yönlendirmemeli ve karar vermemelidir. Bazen mevcut durumu muhafaza etmek, hasta için en yararlı durum olabilir. Tıp imkanlarının çeşitlenip genişlemesi ve tıp etiğinin bu duruma paralel olarak dinamik bir yapı içerisinde olması gerekliliğinin yansımalarını bu iki klasik prensip

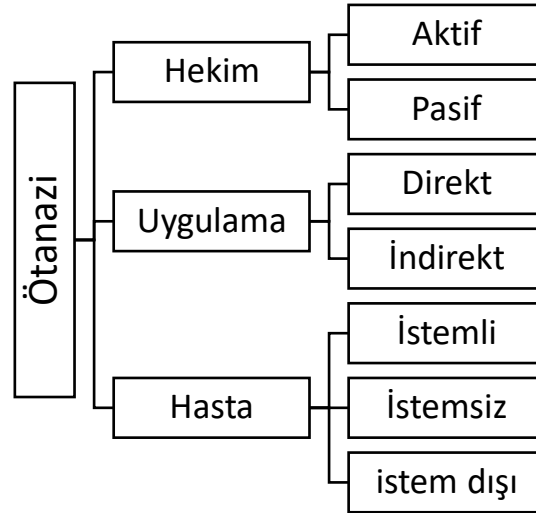
üzerinde de görmek mümkündür. Bu bağlamda “en önce zarar vermeme” ilkesi tedavinin yan etki ve riskleri göz önünde bulundurarak daha çok fayda-risk analizi çerçevesinde değerlendirilmesi önerilirken, “yararlı olma” ilkesinin ise mutlak tıbbi yarar bağlamında değerlendirilmemesi ve hastanın istekleri doğrultusunda tanımlanmış bir “yarar” bağlamında anlamlandırılması gerektiği belirtilmiştir. (Helmchen, 2015a) İlkelere dair bu yeni yorumlar özellikle yaşamın sonundaki zorlu karar verme süreçlerinde, bu iki etik prensibin daha operasyonel bir şekilde kullanılmasına yardımcı olacaktır. Özellikle endikasyonun olmamasından dolayı tedaviye hiç başlanılmaması ya da başlanılmış tedaviye son verilmesi durumlarında “en önce zarar vermeme” ilkesi bağlamındaki tartışmalara daha makul yaklaşımların olmasını sağlayabilir. Yapılan birçok çalışmada hekimler tarafından yaşamın sonunda endikasyon olmadığı için bir tedaviye başlamama kararı almanın, başlanılmış bir tedaviye artık endikasyon olmadığı için son verilmesinin farklı değerlendirildiği tespit edilmiştir. Hekimler genel olarak başlanılmış tedavinin sonlandırılması sırasında, hastaya zarar vererek ölmesine neden olundukları hissini taşıdıklarını belirtmişlerdir. (Melltorp & Nilstun, 1997) Ancak bu iki karar arasında ahlaken bir fark yoktur, bundan dolayı bu ayırım beyhude tedaviye sebep olduğu için problemlidir. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.240-245) Bu bağlamda ilkelerin yeni yorumları doğrultusunda tedavinin artık hastaya bir yarar sağlamadığının tespiti ve sonrasında yapılan fayda-risk analizleri ile bu zorlu kararların gerekçelendirilmesi ve uygulanması süreçlerini etik açıdan iyileştirmek mümkün olabilir.

2.3.7. Ötanazi ve Doktor Yardımlı İntihar

Yunanca güzel ölüm manasına gelen (ευθανασία: eu (ευ), "iyi,güzel"; thanatos (θάνατος), "ölüm") ötanazi; “tıbbın elinde bulundurduğu olanaklarla iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların yaşamlarının, içinde bulundukları belli koşullarda ve biçimde, hastanın talebi doğrultusunda sona erdirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Kavram ilk defa 1623 yılında İngiliz filozof Francis Bacon tarafından terim olarak kullanılmıştır. (Bilgin, 2013) Tıp etiğinde ise ötanazi tartışmaları on dokuzuncu yüzyılın sonuna kadar uzanmaktadır. Bu tartışmalar Almanya’da Nazi döneminde uygulanan istemsiz ötanazi uygulamaları ile başka bir boyut kazanmış olsa da farklı ülkelerde farklı dinamikler doğrultusunda tartışılmaktadır. Dünyada aktif ötanazi uygulamaları ilk olarak 2001 yılında Hollanda’da yasallaşmış ve şu anda başta Belçika Kolombiya ve Lüksemburg olmak üzere az sayıda ülkede yasal olarak uygulanmaktadır.

Bunlara ek olarak Kanada, Yeni Zelanda ülkeleri başta olmak üzere, ABD ve Avustralya'nın bazı eyaletlerinde hekim yardımlı intihar yasaldır. (*Historical Timeline: History of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*) Ötenazi uygulanan diğer ülkelerden farklı olarak Belçika'da 2014 yılından itibaren herhangi bir yaş sınırlaması olmaksızın, çocuğun anlama ve ayırım kapasitesi kriter alınarak çocuklara da ötenazi hakkı tanınmıştır. Hollanda'da ise ötenazi sadece on iki yaş üstü çocuklar için yasaldır. Ancak Groningen Protokolü ile Hollanda'da yaşama şansı olmayan yeni doğanlara ilgili şartlar sağlandıktan sonra ötenazi yapılabilmektedir. (Yağız, 2019, s.98-107) Ülkemizde ise yaşam hakkı ve kişinin vücut bütünlüğü Anayasa'nın on yedinci maddesinde güvence altına alınmıştır. (Anayasa, 1982) Ötenazi uygulaması ise Hasta Hakları Yönetmeliği'nin on üçüncü maddesinde "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez." (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998) ifadeleriyle yasaklanmakla birlikte, Türk Ceza Kanunu'nda ötenazi için ayrı bir suç tanımlaması yapılmamıştır. Yani aktif ötenazi uygulayan kişi TCK Madde-81, 82'ye göre kasten adam öldürme suçundan yargılanmaktadır. (Türk Ceza Kanunu, 2004) Pasif ötenazi ise "kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi" bağlamında TCK Madde-83 ve hastanın intiharına yardım edilmesi ise kişilerin intihar etmesine yardım ve teşvik etmeyi yasaklayan TCK Madde-84 bağlamında suç teşkil etmektedir. (Hakeri, 2018; Türk Ceza Kanunu, 2004)

Ötenazi kavramı hastanın isteği, hekimin rolü ve uygulama şekline bağlı olarak farklı şekillerde kategorize edilmektedir. Ötenazi çeşitleri Şekil 2-3'te Emanuel'in makalesinden yola çıkarak şema haline getirilmiştir. (Emanuel, 1994)



Şekil 2-3 Ötanazi çeşitleri

Hekimin işlem sırasındaki rolüne göre yapılan aktif ve pasif ötanazi ayrımında, aktif ötanazide hekim ölüm olayının gerçekleşmesinde aktif olarak bir fiil gerçekleştirirken, pasif ötanazide kişi hekimin gerçekleştirmesi gereken bir eylemi yapmaması dolayısıyla yapılmamış olan bir fiilden dolayı ölmektedir. Örneğin hastanın kalbini durdurmayı amaçlayarak hastaya Potasyum verilmesi aktif ötanazi uygulamasıyken, yapılacak müdahale ile hastanın yaşamasına devam edecek herhangi bir uygulamanın örneğin CPR yapılmamasıyla ya da uygulamaya son verilmesiyle örneğin öleceği tahmin edilen hastanın yaşam destek ünitesinden ayrılmasıyla hastanın ölmesi pasif ötanazi olmaktadır. Uygulamada ise hekimin yaptığı fiil direkt olarak hastayı öldürmeyi hedeflediği durumlar direkt örneğin yine kalbi durdurma amaçlı Potasyum verilmesi, yapılan bir uygulamanın yan etkisi olarak olması beklenen bir ölüm durumu, örneğin hastanın acılarını dindirmek için verilen yüksek doz morfinin hastanın solunumunu durdurması ve ölümüne sebep olması ise indirekt olarak kategorize edilmiştir. Hastanın isteğine bağlı olarak ise hastanın ötanazi talebi durumu istemli (voluntary), hastaya isteği sorulmadan ya da istememesine rağmen uygulanan ötanazi uygulamaları istemsiz (involuntary) ötanazi, hastanın bilinci ya da kendi hakkında karar verme yetisi olmadığı durumlarda uygulanan ötanazi ise istem dışı (nonvoluntary) ötanazi olarak kategorize edilmiştir. Bunlara ek olarak, hekimin hastanın ölümünde aktif rol almadığı ama hastaya intiharı için yardım ettiği uygulamalara da hekim yardımcı intihar olarak adlandırılmaktadır. (Emanuel, 1994) Ötanazinin bu sınıflandırmaları

birbirleri ile, istemli-aktif-direkt ya da istem dışı-pasif ötanazi gibi farklı kombinasyonlarda kullanılabilmektedir.

Ötanazi hakkındaki tartışmalara baktığımızda ötanaziye savunular genel olarak özerklik ilkesinden dolayı yaşam hakkında son kararı verme hakkı ve nitelikli yaşam-onurlu ölüm argümanlarını öne sürerken, karşı olanlar ise yaşamın kutsallığı ve yaşamın dokunulmazlığı argümanlarını savunmaktadırlar. Burada insanlık şerefine hem ötanaziye karşı olanlar hem de destekleyenler tarafından argümanlarını destekleyici şekilde kullanıldığı görülmektedir. (Bkz. Bölüm 2.3.1.) Ancak ötanaziye destekleyenlerin temel dayanak olarak özerklik ilkesini, ötanazi karşıtlarının ise insanlık şerefi kavramını kullandıkları unutulmamalıdır. Etik alanındaki ötanazi literatürünün yıllar içerisindeki tartışma alanlarına bakıldığında yirminci yüzyılın ikinci yarısında daha çok dini ve etik perspektiften ötanazi girişimlerinin anlamını tartışan normatif çalışmalar mevcutken, ilerleyen yıllarda çalışmaların içerikleri çeşitlilik göstermeye başlamıştır. Özellikle 2000’li yıllardan itibaren yapılan ötanazi uygulamalarını değerlendiren çalışmalarla birlikte, (Emanuel vd., 2016) doktor, hemşire, tıp öğrencileri ve hasta-hasta yakınlarının ötanazi hakkındaki görüşleri ve bu görüşlerin yıllar içerisindeki değişimini konu alan ampirik çalışmalar öne plana çıkmaktadır. (Dees vd., 2013; Stronegger vd., 2011) Buna ek olarak çocuk veya yeni doğan ötanazisi (Cuman & Gastmans, 2017; Verhagen, 2013) ve özel durumları bulunan örneğin demans, (de Beaufort & van de Vathorst, 2016) ALS (Stutzki vd., 2014) ya da çeşitli psikolojik hastalığı olan insanlara (Bannink vd., 2000) ötanazi uygulanması da etik açıdan tartışılmıştır. Ayrıca ötanaziye bir alternatif olarak palyatif bakım hizmetlerini tartışan makaleler de yazılmıştır. (Buiting vd., 2011; Radbruch vd., 2016)

Literatürde sıkça tartışılan ve bu çalışma açısından önemli nokta ise pasif ötanazinin sınırlarının belirlenmesi hususudur. James Rachels’in 1975 yılında “Active and Passive Euthanasia” başlığıyla yayınladığı çalışmasının (Rachels, 1975) ardında etik literatüründe uzun yıllardır kabul görülen ve aynı zamanda tartışılan ayrım günümüzde artık terk edilmektedir. Hem aktif ve pasif ötanazi arasındaki ayrımın netleştirilememesi hem de pasif ötanazinin kendi içerisindeki sınırlarının çizilmesindeki problemler, örneğin tedavinin verilmemesi ya da kesilmesi kararında hekimin niyetinin önemli olup olmaması, önemliyse ölümü hedeflendiğinin tespit edilmesinin güçlüğü gibi konulardan dolayı pasif ötanazi kavramı sıkça eleştirilmektedir. (Materstvedt vd., 2003) Almanya’nın

Milli Etik Konseyi (Nationaler Ethikrat) 2006 yılında “Yaşamın Sonunda Kendi Kaderini Tayin Etme ve Bakım” başlıklı görüş bildirgesinde hem pasif ötanazi hem de indirekt ötanazi kavramlarının kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir. Pasif ötanazi yerine “ölmesine izin verme” (Sterbenlassen) kavramının kullanılmasını, indirekt ötanazi yerine ise “hayatın sonundaki tedaviler” (Therapien am Lebensende) ifadelerinin kullanımını önermektedir. (Nationaler Ethikrat, 2006) Pasif ötanazinin anlamının daraltılması ve farklı bir kavramsallaşmaya gidilmesi sonucu hem tedavinin verilmesi sonrasında hastanın yaşamaya devam etme ihtimali olan hallerle hastanın tedaviye rağmen yine de öleceği durumlar birbirinden ayırt edilmiş hem de hekimin davranışındaki niyetini net bir şekilde ortaya koyması gerekliliği ortaya çıkmıştır. İndirekt ötanazi kavramının terk edilmesiyle de yaşamın sonunda palyatif bakım hizmetleri dahilinde zaten ölüm sürecinde olan hastalara, ihtiyaçları doğrultusunda verilen ilaçların yan etkisinden kaynaklı ölüm durumlarının ne doğrudan ne de dolaylı olarak ölümü amaçlanmaması ama buna rağmen bu uygulamanın “ötanazi” kavramıyla açıklanmasından kaynaklanan kafa karışıklığının ortadan kalkmasını sağlamıştır. Bu bağlamda yaşamın sonunda ölümü yapay olarak geciktiren beyhude girişimlerin yapılmamasının ötanazi kavramı ile ilişkili olarak anlamlandırılmaması gerekmektedir.

2.3.8. Do Not Resuscitate (DNR) (Canlandırma Yapmayın)

Kardiyopulmoner resüsitasyon, (KPR İng. CPR) çeşitli nedenlerden dolayı solunum ve dolaşımın ani olarak durması, yani kardiyopulmoner arrest durumunda, kişiye spontane dolaşım ve solunumun yeniden başlaması için yapılan müdahalelerin tamamını ifade eder. Bu hastane ortamı dışında bir ilk yardım girişimi olarak sadece kalp masajı ya da sunî solunumun yapılması olabileceği gibi, hastane ortamında çeşitli tıbbi cihaz ve farmakolojik ajanların kullanımını da kapsamaktadır. (Balcı vd., 2011) CPR uygulaması ilk olarak 1960 yılında Kouwenhoven ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir makale ile bilimsel literatüre girmiştir. (Kouwenhoven vd., 1960) Uygulamanın başlamasından sonraki ilk zamanlarda mucizevi bir girişim olarak görülen CPR, CPR uygulaması sonrası prognozları analiz eden çalışmaların yayınlanması ve özellikle yaşamın sonundaki hastalarda geri dönüşüm oranların çok düşük olması ve ciddi sekel kalma durumlarının ortaya çıkması sebebiyle sorgulanmaya başlanılmıştır. (Özcengiz, 2020 s.54) Bu tartışmaların ardından Rabkin ve arkadaşları hangi durumda CPR yapılmamasını konu olan ve “Order Not to Resuscitate (ONTR)” (Canlandırmama Emri) kavramını

kullanmışlardır. Sonrasında Amerikan Kalp Derneği tarafından DNR uygulamalarına düzenleme getirilmesini öneren ilk metin yayınlanmıştır. (American Heart Association, 1974) Bu gelişmelerin ardından başta ABD olmak üzere birçok ülkede DNR protokolleri hastanelerde kullanıma girmiş ve süreç şeffaf bir şekilde yönetilmeye çalışılmıştır. Türkiye’de ise DNR uygulamasına özel yapılmış bir düzenleme bulunmamaktadır. Ama hekimlerle yapılan görüşmelerde Türkiye’deki hastanelerde DNR talimatının verildiği tespit edilmiştir. Yani Türkiye’de herhangi bir DNR protokolü olmadığından dolayı, yaşamın sonunda çok kritik olan bu kararlar şeffaf olmayan bir şekilde yürütülmektedir. (Iyilikçi vd., 2004; Öztürk, 2008)

DNR hakkında literatürde farklı başlıklarda tartışmalar bulunmakla birlikte burada özellikle beyhudelik bağlamındaki tartışmalara odaklanılacaktır. Bölüm 2.2.1.’de beyhude tedavi literatürünün değerlendirilmesinde de bahsi geçtiği üzere, beyhudelik tartışmaların başlamasında DNR çerçevesindeki tartışmalar çok etkili olmuştur. Beyhude olan DNR uygulamalarının net bir şekilde anlaşılabilmesi için çeşitli DNR uygulamalarına dair aşağıda dört tane senaryo verilmiştir:

1. Sağlıklı bir kişinin gelecekte olabilecek beklenmedik bir kalp durmasına karşı müdahaleyi engellemek için göğsüne DNR dövmesi yaptırması
2. Hastanede normal serviste yatan ve herhangi bir ölümcül hastalığı bulunmayan kişinin yatış sırasında beklenmedik bir kalp durması durumu için DNR talep etmesi ve yazılı beyan vermesi
3. Yaşamın sonunda palyatif serviste yatan çoklu metastazları bulunan, son evre akciğer kanseri bir hasta için, beklenen kalp durması için hekimlerin CPR endikasyonu bulunmadığı gerekçesiyle hastanın dosyasına DNR notu düşmesi
4. Yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı, uzun süreli asidoz tablosu olan ve hemodinamik dengenin tekrar sağlanması için alınabilecek en yüksek doz ve çeşitte inotrop ilaç alan hastanın, tansiyonunun düşmeye devam etmesi ve hekimlerin beklenen kalp durması için CPR endikasyonu bulunmaması nedeniyle hastanın dosyasına DNR notu düşmesi

Burada bahsi geçen dört farklı DNR talebi tıbbi, etik ve hukuki anlamda birbirinden farklılıklar içermektedir. Hastanın gelecekteki olası bir kalp durmasına dair verdiği DNR talebi hasta özerkliği bağlamında tartışılması gereken bir husustur. Bir ve ikinci maddede hekimin hastaya sorulmaksızın ya da hastaya rağmen DNR uygulaması

suç teşkil eder. Hastanın geleceğe yönelik tedavi reddi talepleri de her ülkenin kendi hukuki düzenlemesi içerisinde değerlendirilir. Türkiye’de buna dair hukuki alt yapı bulunmakla birlikte, konuya özel bir düzenleme olup, işleyiş netleştirilmediği için uygulamada problemler yaşanmaktadır. (Hakeri, 2018 s.213-214) Üç ve dördüncü maddedeki hekimin tıbbi gerekliliğin olup olmaması yönünden uyguladığı DNR emri ilk iki örnekten farklılık göstermektedir. Burada talimat hastanın özerkliği ve geleceğe yönelik verdiği talimatlara değil, hekimin tıbbi kanaatine dayanmaktadır. Bu bağlamda CPR endikasyonu yoksa eğer, hekim endikasyon olmayan hiçbir girişimi uygulamak zorunda olmadığından CPR’ı da uygulayabilir. (Bkz. Bölüm 2.3.4.) Nitekim bu farklı DNR uygulamaları da literatürde tartışılmış ve yaşam sonunda hekimin CPR endikasyonu bulunmadığı durumlar için DNR kavramının değil, Allowing a Natural Death ("A.N.D.") (Doğal Ölüme İzin Vermek) kavramının kullanılması önerilmiştir. (Meyer, 2005) Sonrasında yapılan çalışmalarda DNR yerine AND kavramının kullanılmasının bu bağlamdaki yanlış anlaşılmalara azalttığı ve daha işlevsel olduğu gösterilmiştir. (Venneman vd., 2008)

2.3.9. Beyin Ölümü

Beyin ölümü kavramının klinikte işlevsel bir şekilde kullanılması 1968 Harvard Beyin Ölümü Kriterleri ile olsa da kavramın daha eski bir tarihi arka planı bulunmaktadır. Kavramın ortaya çıkışı hem yoğun bakım teknik imkânlarının gelişmesiyle, öncelikli olarak mekanik ventilatör cihazının geliştirilmesiyle sonrasında ise organ nakli çalışmalarıyla yakından ilişkilidir. Yoğun bakımda spontane solunumu durmuş bir kişinin makinalar aracılığıyla yaşatılmaya devam edilmesi beyin ölümü durumunun oluşabilmesine imkân sağlarken, organ nakli çalışmalarının başarı göstermesi de kavramın klinikte fonksiyonel bir şekilde kullanılmasına zemin hazırlamıştır. (de Georgia, 2014) Beyin ölümü durumunu ilk tanımlama çalışmaları 1959 yılında Fransız hekimler tarafından yapılmış ve solunum cihazına bağlı olan ve hiçbir beyin fonksiyonu bulunmayan hastaların durumu “le coma dépassé” (komanın ötesi) şeklinde tanımlamıştır. (Jouvet, 1959; Mollaret & Goulon, 1959) Sonrasında 1968 yılında Harvard Beyin Ölümü Kriterleri ile bu geri dönüşümsüz koma hali beyin ölümü olarak kabul edilmiştir. (Committee of the Harvard Medical School, 1968) Bu tanımlamadan sonra beyin ölümüne dair birçok ülkede yasal düzenlemelere gidilmiştir. Ülkemizde ise 1979 yılında “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında” başlıklı

kanunda beyin ölümüne dair ilk düzenleme yapılmıştır. (*Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun*, 1979)

Beyin ölümü gerçekleşmiş olan kişinin beyinde hiçbir elektriksel aktivite mevcut değildir ve kişi spontane bir şekilde solunum yapamaz. Bundan dolayı hiçbir beyin sapı refleksleri yoktur. Beyin ölümü teşhisinin konulabilmesi için bu durumu taklit eden hipotermi yani vücut ısısının 32,2 °C'den düşük olması ve herhangi bir merkezi sinir sistemini baskılayan ilaç kullanım durumu dışlanmalıdır. Teşhisin netleşebilmesi için en az yirmi dört saat bu durumun değişmemesi gerekmektedir. (Erdoğan, 2014) Beyin ölümü bağlamında literatürde çok geniş bir tartışma bulunmaktadır. Beyin ölümü kriterlerinin ne olması gerektiği, teşhisin kimlerin katılımıyla ve nasıl konulacağı, teşhisten sonraki sürecin nasıl işletilmesi gerektiği gibi uygulamaya yönelik tartışmalar olduğu gibi beyin ölümünün insanın ölümü kabul edilip edilemeyeceğine dair felsefi tartışmalar da mevcuttur. (Hanoğlu, 2019; İlkılıç, 2019) Bu çalışma kapsamında konunun tamamı ele alınamayacağı için beyin ölümü sonrasında tedaviye devam edilmesinden kaynaklanan beyhudelik durumu üzerinde durulacaktır.

Şu an ülkemizde beyin ölümü teşhisi alan kişi hukuki olarak ölü kabul edilmektedir. Ancak, beyin ölümü teşhisinden sonra organ bağışçısı olunmadığı durumlar için sürecin nasıl işleyeceği, yaşam desteğinin kesilmesi kararının nasıl verileceği açık bir şekilde düzenlenmemiştir. Burada kişi hukuki olarak ölü kabul edildiğinden dolayı yaşam desteğinin kesilmesinin herhangi bir yasal sorumluluk doğurmaması gerekmektedir. Bu durum yaşam destek ünitesinden yarar görecektir bir başka hastanın o imkândan yararlanmasına imkân sağlaması bakımından da önemlidir. (Hakeri, 2018 s.244-245) Ancak klinikte beyin ölümü teşhisi almış kişilerin yaşam destek ünitesinden çekilmesinde farklı uygulamalar olduğu görülmektedir. Burada yapılan çalışmalarda hekimler ve hemşirelerin yaşam desteğinin çekilmesi gerekliliği ve bu süreçte hasta yakınlarının rolünün ne olması gerektiği konusunda farklı düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Tepehan ve Elmas'ın yapmış oldukları bir çalışmada beyin ölümü teşhisi almış kişilerin “yaşam destek ünitelerinin ve cihazlarının bir an önce boşaltılabilmesi ve böylece ihtiyacı olan diğer hastalar için bu olanakların kullanılabilmesine imkân sağlaması” gerekliliği hemşirelerin %43'ü ve hekimlerin %55,9'u tarafından kabul görmüştür. (Tepehan & Elmas, 2016) Yoğun bakımlarda beyin ölümü tanısı almış hastaları inceleyen retrospektif çalışmalara bakıldığında ise beyin ölümü tanısı aldıktan

sonra aile tarafından organ bağışının kabul edilme oranının %15-35 değerleri arasında değiştiği görülmektedir. Çalışmalarda organ bağışını reddeden vakaların yüzde kaçının tedavisinin sonlandırıldığına dair net bir bilgi mevcut değildir. Ancak, organ naklini reddedenlerde kardiyak arrest gelişme sürelerine dair bilgi bulunmaktadır. Yani organ bağışçısı olmayan kişilerde, oranını net bir şekilde bilmemekle beraber yaşam destek ünitesine bağlı olarak kalbin kendiliğinden durmasının beklendiği olgular mevcuttur. Çalışmalarda yaşam destek ünitesinden ayrılmama kararında sağlık çalışanlarının ve ailenin rolüne dair de herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Ayrıca yaşam destek ünitesinden ayrılmayan beyin ölümü tanısı almış hastalarda tedavi sonlandırılmasa bile herhangi bir tedavi kısıtlamasına gidilip gidilmediğine dair de bilgi bulunmamaktadır. (Arslan & Ergil, 2020; Battal vd., 2013; Karasu vd., 2015; Palabıyık, 2020) Burada hem yaşamın sonundaki kararların şeffaf bir şekilde düzenlenmemiş olmasından hem de kısıtlı kaynakların adil bir şekilde paylaştırılmamasından dolayı etik açıdan ciddi problemler bulunmaktadır. Sürecin yönetmelikte açık bir şekilde düzenlenmemiş olmasıyla birlikte, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının konuya yaklaşımlarında da ciddi farklılıklar olduğu unutulmamalıdır. Yani burada hem daha açık düzenlemelere hem de sağlık çalışmalarının konuya dair farkındalığının artırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

2.3.10. Triyaj - Olağanüstü Hallerde Karar Verme

Klinikte karar verme süreçleri sadece tıbbi veriler doğrultusunda verilemeyeceği gibi, halk sağlığı politikalarına dair kararlar da sadece istatistiki veriler doğrultusunda verilmesi uygun olmaz. Kararların alınabilmesi için sosyo-kültürel, psikolojik, dini ve ekonomik birçok parametrenin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Etik açıdan da değerlendirilmeye tâbi tutulmalıdır. Halk sağlığına dair kararlarda özellikle savaş, pandemi ve deprem gibi olağanüstü hallerde kararların etik açıdan değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. (Schröder-Bäck, 2014 s.8-17) Covid-19 pandemi sürecinde halk sağlığı alanındaki sokağa çıkma yasağı, aşılama uygulamaları gibi etik açıdan tartışmalı birçok uygulamanın yanında, hastanelerde, özellikle yoğun bakımda yeterli yatak bulunmaması gibi problemlerle de karşılaşmıştır. (İlkılıç, 2020b) Bu süreçte ülkemizde olmasa bile birçok farklı ülkede az sayıdaki yoğun bakım yatağının hastalar arasında nasıl dağıtılacağına, yani triyaj olarak adlandırılan aynı anda tedavi edilmesi gereken insanlar arasında kaynakların yetersiz olmasından dolayı tercihin hangi kriterlere göre yapılmasını düzenleyen klinik-etik rehberler yayınlanmıştır. (E. Aksoy

vd., 2020) Triyaj uygulamalarının geçmişini on dokuzuncu yüzyıla kadar geriye götürmek mümkündür. O dönemlerde kavram, savaşlarda yaralanan çok sayıda askerin hangi kriterlere göre seçilip, az sayıdaki sağlık hizmeti imkanına ulaştırılması tartışmalarıyla ortaya çıkmıştır. Günümüzde yoğun bakım triyajı ifadesiyle ise, kısıtlı olan kaynakları en verimli şekilde kullanmak ve mortaliteyi en düşük seviyede tutarak en fazla sayıda insanın hayatını kurtarmak amacıyla çeşitli kriterler doğrultusunda hastaların seçilmesi prensibi kastedilmektedir. (Ellebrecht, 2009) Alman Etik Konseyi ise triyajı, yatağa ihtiyacı olan insan sayısından daha az yatak bulunduğu durumlarda hasta seçerek alım yapma işlemi için ‘ex-ante triyaj’ ve bütün yataklar doluyken yeni gelen hastalar için yoğun bakımdaki bir hastanın tedavisini sonlandırmayı ifade eden ‘ex-post triyaj’ olarak iki farklı kategoriye ayırmıştır. (Deutscher Ethikrat, 2020) Burada ex- post triyaj ex-ante triyaja göre hekimler için psikolojik yükü fazla olan bir eylem olmakla birlikte, hukuki ve etik açıdan da daha tartışmalı bir uygulamadır. (Lewandowski & Schmidt, 2020) Ülkemizde ise triyaj kavramı sadece olağanüstü hallerde kaynakların yetersizliğinden dolayı hasta seçme prosedürü bağlamında değil, acilde rutin olarak aciliyet durumuna göre hastaları kategorize etmek (Şimşek & Gündüz, 2020) ve yoğun bakımlarda normal işleyiş içerisinde hasta yoğunluğundan dolayı hastaları önceleme süreçlerini ifade etmek için de kullanılmaktadır. (A. Akpınar, 2007) Bu çalışma bağlamında triyaj kavramı kaynakların sınırlı olduğu olağanüstü hallerde zorlu hasta seçimi prosedürlerini ifade eden anlamı bağlamında kullanılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu doktora tezinde ampirik ve normatif olmak iki yöntemin bir arada kullanılmasına dayanan karma yöntem kullanılmıştır. Karma bir yöntem kullanılarak ampirik araştırmadan ulaşılan deskriptif ve açıklayıcı sonuçlar sonrasında, tıp etiğine ait ilke ve değerler doğrultusunda normatif analizin yapılmasıyla, teori ve uygulama arasında bir bağlantı kurulması da hedeflenmektedir. Bu bağlamda ampirik bölüm yoğun bakımdaki hekimlerin karar verme süreçlerindeki davranış şekillerini ve ahlaki tutumlarını incelemesi bakımından aynı zamanda deskriptif etik (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.4) çalışması olarak nitelendirilebilir. Bulgular bölümünde ampirik bölüme ait verilerin analizi sunulmuş ve devamında tartışma başlığı altında ise bulgulardan yola çıkılarak elde edilen etik soruların mevcut literatür çerçevesinde tartışması yapılmıştır. Bu tartışma belirli bir davranış şeklinin etik ilke ya da teoriler doğrultusunda ahlaki olarak doğru olup olmadığının etik değerlendirmesini yapmayı hedefleyen normatif analiz yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Bu bağlamda Bulgular bölümünde yaşamın sonunda yoğun bakımda hekimlerin beyhude tedaviyi belirlemede ve belirleme sonrasındaki uygulamalara dair karar verme süreçlerini ve bu kararlarda kullandıkları normatif kavramların fonksiyonunun ne olduğunu tespit etmek amacıyla nitel bir araştırma yapılmıştır. Kalitatif çalışma için yoğun bakımda çalışan on bir hekimle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmış ve elde edilen verilerin MAXQDA 2022 Analytics Pro programı kullanılarak gömülü (grounded) teori ile analizi yapılmıştır. Kuram oluşturma çalışmasının amacı yaşamın sonunda yoğun bakımda çalışan hekimlerin beyhude tedaviyi belirlemede ve değerlendirmede karar verme süreçlerinin anlaşılması olmakla birlikte, çalışmanın pandemi sırasından yapılmasından dolayı aynı zamanda Covid-19 pandemi sürecindeki yoğun bakım tecrübelerinin normal zamandaki işleyişle karşılaştırılmasına imkân sağlayacak sorgulamalar da yapılmıştır. Gömülü teori analizinin sonunda hekimlerin karar verme mekanizmalarında etik açıdan incelenmesi ve normatif analiz yapılması gereken hususlar tespit edilmiş ve tartışma bölümünde bu başlıkların normatif analizi gerçekleştirilmiştir.

3.1. Ampirik Bölüm: Gömülü Teori

Ampirik bölümde temel hedef yoğun bakım süreçlerinde alınan kararlara dair istatistiki verilere dayanan genellemeler yapmak değil, sürece dair açıklama getirmek olduğu için nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir.(Creswell, 2018 s.157) Nitel

araştırmalar farklı sorun ya da konulara odaklanması bakımında yaşam hikayesi (narrative), fenomenolojik, etnografi, kuram oluşturma araştırmaları veya durum çalışması gibi farklı desenlerden oluşmaktadır. (Creswell, 2018 s.104-106) Bu yöntemlerden kuram oluşturma araştırması, birçok kişinin dahil olduğu süreç ya da eylemlerin araştırılmasını benimser ve araştırma sonucunda ortaya süreci ya da eylemi açıklayan temellendirilmiş bir kuram oluşturmaya hedeflemektedir. (Creswell, 2018 s.83) Bundan dolayı bu çalışmada yoğun bakımlarda çalışan hekimlerin karar verme süreçleri ortaya konulmaya çalışıldığı için kalitatif analiz deseni olarak gömülü teori uygun görülmüştür. Çalışmada elde edilen veriler ışığında, incelenen yoğun bakımda karar verme süreçlerine dair neden-sonuç ilişkileri ve kavramsal ilişkiler ortaya konulmaya çalışılmış ve bu sonuç olarak yoğun bakımdaki karar verme süreçlerine dair temellendirilmiş bir teori ortaya konulmuştur. Burada teoriden kasıt, araştırmanın geliştirdiği bir açıklama ve anlayıştır. (Çelik & Ekşi, 2015 s.24)

Gömülü teori yaklaşımı Barney Glaser ve Anselm Strauss'un 1965 ve 1968 yıllarında ölümcül hastalarla yaptıkları ortak nitel çalışma sonrasında geliştirilmiştir. (Creswell, 2018 s.84) Zaman içerisinde yapılan yeni çalışmalarla gömülü teori yöntemine dair farklı yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Bu farklı yaklaşımlarla ortaya çıkan desenler üç başlıkta sınıflandırılmaktadır: (Çelik & Ekşi, 2015 s.41-42)

1. Sistematik desen (systematic design) (Corbin & Strauss, 2014)
2. Gelişen desen (emerging design) (Glaser, 1992)
3. Yapılandırmacı yaklaşım (constructivist approach) (Charmaz, 2000)

Bu çalışmada Charmaz'ın yapılandırmacı gömülü teori yaklaşımı kullanılmıştır. Charmaz, araştırmacı ve katılımcı arasında ilişkideki subjektifliği kabul etmekte ve araştırmacının kategorilerin oluşumuna katkı sağlayarak araştırmanın analizinde rol alması gerektiğini kabul etmektedir. Bu bağlamda, yapılandırmacı gömülü teori yöntemi, araştırılan süreçlerin işleyişine dair çoklu gerçeklikleri ve yine insanlar tarafından üretilen çoklu anlamları sergilemek için kullanılmaktadır. (Çelik & Ekşi, 2015 s.114-115)

3.1.1. Araştırmanın Katılımcıları

Gömülü teoride örneklem seçimi yapılırken amaçlı örneklem yöntemi kullanılmaktadır. Yani, araştırma sorusunun cevaplanmasına dair en iyi bilgilerin alınabileceğinin öngörüldüğü ve bu öngörü doğrultusunda kasıtlı seçilen bir grup ile

derinlemesine görüşme yapılmaktadır. Bu bağlamda seçilen grubunun temellendirilmiş kuram oluşturma çalışmasında, araştırma sorusundan yola çıkılarak hazırlanmış görüşme sorularına en iyi cevapları vererek kuramın gelişimine en yüksek katkıyı sağlayacak katılımcıların seçilmesi gerekmektedir. (Creswell, 2018 s.154-155) Bu çalışmada örneklem Türkiye'deki genel ya da anestezi-reanimasyon yoğun bakımda çalışan ve etik açıdan duyarlılığı olan hekimlerdir.

Hedefe yönelik örneklemdaki katılımcıların belirlenmesinde aşağıdaki aşamalar takip edilmiştir:

1. Literatür taraması sırasında yoğun bakım etiği ya da direkt olarak beyhude tedavi bağlamında bilimsel çalışmaları bulunan yoğun bakım uzmanlarına ulaşılmıştır.
2. Herhangi bir bilimsel çalışması olmasa bile yoğun bakım etiği bağlamında eğitim almış ya da bu alana dair bir ilgisi ya da alt yapısı olan yoğun bakım hekimlerine sosyal çevre aracılığıyla ulaşılmıştır.
3. Yoğun bakım hekimlerinin bulunduğu sosyal medya platformlarında çalışmayı tanıtıcı ve görüşme için gönüllü arandığına dair duyuru metni paylaşılmıştır. Geri dönüş yapan hekimlerle etik farkındalık ve araştırmacının görüşmeden beklentileri üzerine bir ön görüşme yaptıktan sonra gönüllünün uygun şartları sağlaması üzerine derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Yukarıdaki adımlar bir ve ikinci adım eş zamanlı olarak yürütülürken, üçüncü yöntemle yeterli katılımcıya ulaşılamaması durumu söz konusu olduğunda başvurulmuştur. Bu bağlamda ikişer gönüllüye birinci ve üçüncü yöntem kullanılarak ulaşılmış ve geri kalan yedi gönüllüye ikinci yöntem aracılığıyla ulaşılmıştır. Katılımcılara ait demografik ve mesleki bilgiler Tablo 3-1'de gösterilmiştir. Katılımcılar doktor kelimesinin ilk harfi olan D ile random bir şekilde numaralandırılarak isimlendirilmişlerdir. Katılımcılar üç asistan, beş uzman ve üç profesör olmak üzere toplamda on bir gönüllüden oluşmaktadır. Katılımcıların uzmanlıkları ise ağırlıklı olarak anestezi ve reanimasyon olmakla birlikte, dâhiliye uzmanlığı sonrası yoğun bakım yan dal uzmanlığı yapan iki, dahiliye uzmanı olan ise bir kişi bulunmaktadır. Yoğun bakım uzmanı olan üç profesörün ilk uzmanlıkları anestezi ve reanimasyon uzmanlığıdır. Katılımcıların tamamı kamuda çalışan hekimler olmakla birlikte, beşi İstanbul, dördü

büyükşehir ve ikisi küçük şehirde çalışmaktadır. Tablonun son sütununda ise katılımcıların “futility” kavramına aşinalık durumları gösterilmiştir. Buna göre altı katılımcı kavram hakkında bilgi sahibiyken, beş katılımcı kavramı hiç duymadığını belirtmiştir.



Tablo 3-1 Katılımcıların demografik ve mesleki bilgileri

	Cinsiyet	Unvan	Uzmanlık	*	**	YB Çeşidi	Yaş	Çalıştığı Şehir(ler)	“Futility”
D1	Kadın	Asistan Dr.	Anestezi ve Reanimasyon	3	2	3.Basamak	28	Küçük Şehir	+
D2	Kadın	Uzman Dr.	Anestezi ve Reanimasyon	8	6	3.Basamak	30	İstanbul	+
D3	Erkek	Uzman Dr.	Dahiliye Uzmanı /YB YDA	11	3	3.Basamak	37	Büyükşehir	-
D4	Erkek	Asistan Dr.	Anestezi ve Reanimasyon	5	4	3.Basamak	29	İstanbul ve Büyükşehir	-
D5	Erkek	Uzman Dr.	Dahiliye	9	2	1. ve 3. Basamak	33	İstanbul ve Küçük Şehir	+
D6	Erkek	Asistan Dr.	Anestezi ve Reanimasyon	10	3	3.Basamak	37	İstanbul	-
D7	Erkek	Uzman Dr.	Anestezi ve Reanimasyon	8	5	3.Basamak	31	İstanbul	-
D8	Kadın	Uzman Dr.	Dahiliye Uzmanı / YB YDA	9	2	3.Basamak	32	İstanbul	-
D9	Kadın	Prof. Dr.	Yoğun Bakım Uzmanı	29	22	3.Basamak	54	İstanbul	+
D10	Kadın	Prof. Dr.	Yoğun Bakım Uzmanı	33	26	3.Basamak	55	Büyükşehir	+
D11	Kadın	Prof. Dr.	Yoğun Bakım Uzmanı	35	16	3.Basamak	60	Büyükşehir	+

YB YDA: Yoğun Bakım Yan Dal Asistanı

*: Meslekteki Çalışma Yılı

**: Yoğun Bakımda Çalışma Yılı

3.1.2. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Veri toplama süreci 19.04.2021-22.11.2021 tarihleri arasında yedi ay olacak şekilde planlanmış; etik kurul izninin 05.04.2021 onaylanmasıyla başlamış ve verilerin doyum noktasına ulaşmasıyla 11.10.2021 tarihinde yapılan on birinci görüşmeyle sonlandırılmıştır. Her katılımcıyla araştırma bağlamında sadece bir tane derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmeler pandemi sürecinde yapıldığı için katılımcılarla Zoom programı aracılığıyla online olarak görüşülmüş ve yine bu program aracılığıyla kayıt alınmıştır. Kayıtların metne aktarımı araştırmacı tarafından yapılmış ve toplamda 190 sayfalık ham veri elde edilmiştir.

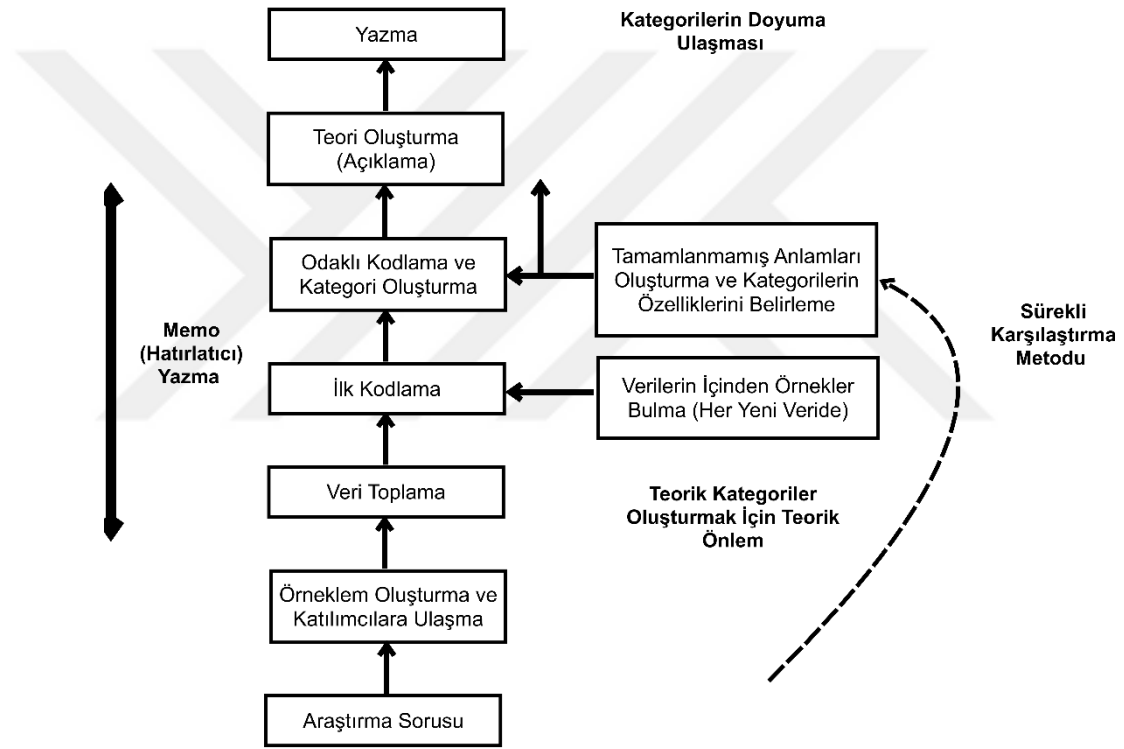
Yarı yapılandırılmış görüşmeler sırasında önceden hazırlanmış olan on dokuz sorunun (Bkz. Formlar Ek-1) yöneltilmesiyle birlikte, görüşmeler yarı yapılandırılmış olduğu için dinamik bir şekilde ilerlemiştir. Derinlemesine görüşmeler sırasında hem kişinin ifadeleri doğrultusunda o görüşmeye özel random sorular sorulmuş hem de bu süreç gelecek görüşmeler için sorulara yenilerinin eklenmesini sağlamıştır. Örneğin yoğun bakım işleyişinin daha net bir şekilde anlaşılabilmesi yoğun bakımın nöbet sırasında nasıl teslim edildiğine dair örnek bir anlatı istenmeye başlamıştır. Ek olarak ilk katılımcıların Covid-19 sürecinde yoğun bakım kapasitelerinin artırılması ve bununla birlikte gelen problemler üzerinde çok durduğu fark edilince sonraki katılımcılar bu duruma değinmediklerinde soru olarak yönetilmiştir. Daha sonra bu konuya dair bir kategori oluşmuştur. Görüşmeler sırasında artık yeni bilgi elde edilemediği, yeni bir kod başlığı oluşturulamadığı ve araştırmanın geliştirilmesi için yeni sorular oluşturulamadığında ise verilerin doygunluğa ulaşmış (Çelik & Ekşi, 2015 s.194) olduğuna karar kılınmış ve veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Burada sadece kod doygunluğuna değil, araştırmanın amacı doğrultusunda anlamsal doygunluğa ulaşıp ulaşılmadığı da sorgulanmıştır. (Hennink vd., 2017)

Veri toplama süreci Covid-19 pandemi süresince yapıldığı için ve hastanelerde yüksek hijyen önlemleri uygulandığı için yoğun bakımlarda gözlem yapılamamıştır. Bundan dolayı araştırmanın ham verilerini sadece gönüllülerle yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerin metinleri oluşturmaktadır.

3.1.3. Verilerin Analizi

Gömülü teori analiz yönteminin ilk adımı olan kodlamaya, ilk görüşmenin yapılmasıyla birlikte başlanması gerekmektedir. (Çelik & Ekşi, 2015) Bundan dolayı

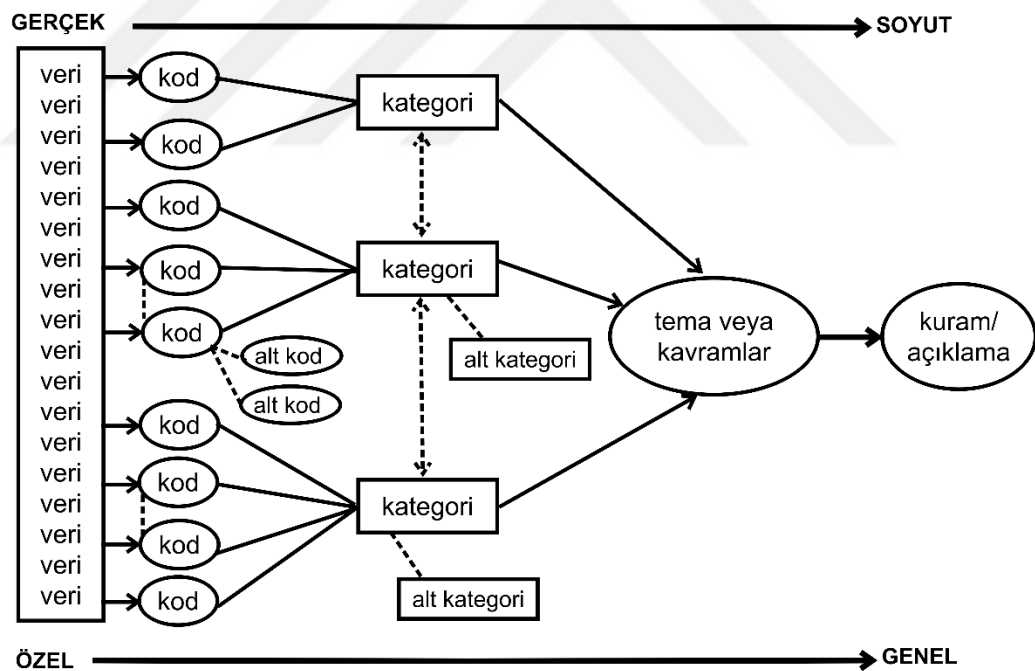
verilerin kodlanmasına ilk görüşme itibariyle başlanmış; veri toplama ve analiz eş zamanlı olarak yapılmıştır. Kodlama sürecine ek olarak araştırmaya dair analitik notlar içeren memo (hatırlatıcı not) yazımı ve araştırmada yapılanların not edildiği günlük yazımı da yapılmıştır. Gömülü teorinin kodlama ve analiz süreci başlangıçta tümevarımsal, son basamaklarda ise verilerden teori geliştirilmesi ve bu geliştirilen teorinin belirgin hale getirilmesi çabası sırasında tümdengelimsel bir şekilde ilerlemektedir. (Çelik & Ekşi, 2015 s.23) Gömülü teori analizinin nasıl ilerlediği Charmaz tarafından Şekil 3-1'deki tasvir edilmiştir.



Şekil 3-1 Gömülü teoride çalışma adımları

Verilerin kodlanmasını, araştırmacının görüşme ya da saha gözlemi ile elde ettiği ham verilere, ileride geliştirilecek kuramın temellendirilmesi için kullanılacak, yorumlanmış anlamların verilmesi süreci olarak tanımlamak mümkündür. (Saldana, 2019 s.4) Charmaz'a göre ise kodlama verilerin parçalara ayrılması ve gruplandırılmasının eş zamanlı yapılırken, aynı zamanda bir etiketle adlandırılma sürecidir.(Charmaz, 2015 s.168) Verilerin analizinde hem çeşit hem de süreç olarak çeşitli kodlama yöntemleri kullanılmıştır. Bu çalışmada verilerin analizinde Charmaz'ın tanımlamış olduğu

başlangıç kodlaması, odaklanılmış kodlama ve kuramsal kodlama aşamaları takip edilmiştir. (Çelik & Ekşi, 2015 s.119) Başlangıç kodlama sırasında genel olarak satır satır kodlama yapmakla birlikte, bazen olay bazlı kodlama yapılmıştır. Bazen de katılımcıların bakış açısını daha net yansıtmak ya da klinikteki günlük çalışma rutinlerinde kullandıkları kavram ve ifadeleri tespit etmek için kendi ifadelerinden direkt olarak kod oluşturularak in-vivo (Saldana, 2019 s.105-106) kodlama yapılmıştır. İkinci aşama olan eksen kodlama sırasında ise başlangıç kodlanmasının değerlendirilmesi yapılmış ve veriler diğer verilerle sürekli karşılaştırılarak ortaya çıkan örüntülerin ve verilerdeki eksikliklerin tespit edilmesi yapılmıştır. (Charmaz, 2015 s.205-208) Üçüncü aşama olan kavramsal ya da teorik kodlamada ise, odaklı kodların teorik olarak birleştirilmesini ve kodların birbirleriyle olan ilişkilerinin kavramsallaştırılması yapılmıştır. (Charmaz, 2015 s.218-219) Bu adımlar takip edilerek ham verilerden kod, sonra kategoriler ve sonra tema oluşum şeması Saldana'nın Kodlama El Kitabında Şekil 3-2'de gösterilmiştir.



Şekil 3-2 Kodlama, kategorileştirme ve temalaştırma süreci

Temelde teorik kategorilerin geliştirilmesine katkı sağlaması hedeflenen memo (hatırlatıcı) yazımı bu çalışmada bu amaç doğrultusunda kullanılmakla birlikte bu çalışmada veriye, kodlara ya da kurulan örüntülere dair düşünme süreçlerinde ortaya

çıkmiş analitik notlar almak amacıyla da kullanılmıştır. Ek olarak çalışma sürecince teoriyi geliştirenlerce tavsiye edildiği üzere araştırma günlüğü de tutulmuştur. (Charmaz, 2015) Bu bağlamda MAXQDA programı hem kod sistemindeki kod başlığı üzerine memo yazmaya hem de belge üzerinde kodlanmış olan koda özel memo yazımına imkân sağlamaktadır. Kod sistemi üzerine alınan memolar daha çok koda dair tanımlama ya da kodlanma amacına yönelik notlar alınması gerektiğinde kullanılmıştır. Belge içerisinde alınan koda ya da ham verideki seçili alana özel memolarda ise saha çalışmasında ya da kodlama sırasında ulaşılan analitik notlar alınmıştır. Kod sistemindeki memolar daha sonra kategori oluşturma ya da temalaşma süreçlerine yardımcı olurken, belge içinde alınan analitik notlar bulguların analizinin yazımında kullanılmıştır. Günlük yazımı sırasında ise, yine MAXQDA programının günlük aracı kullanılarak çalışma süresince yapılan ve yapılacak işlerin takibi, düzeltilmesi gereken ya da düzeltilmiş olan yerlere dair değişikliklerin notlandırılması yapılmıştır. Ek olarak kod birleştirme, kategori oluşturma ya da temalaştırma süreçlerinde verilen kararlara dair açıklayıcı notlar alınmış ve kod, kategori ya da tema isimlendirmesine dair yapılabilecek değişiklikler kaydedilmiştir. Yine tespit edilen sorun ve çözüm önerileri günlüğe kaydedilmiştir. Bu bağlamda çalışmanın herhangi bir kopukluk olmadan devam etmesi sağlanmıştır.

Verilerin analizi, yukarıda benimsenen metotlar çerçevesinde, bilgisayar destekli nitel veri analizi yazılımlarından olan MAXQDA 2022 Analytics Pro programında yapılmıştır. Program hem kodlama, kategori oluşturma ve temalaşma süreçlerinin daha pratik bir şekilde ilerlemesine hem de analiz sonucunda kodların dağılımı ve kodlar arası ilişkileri göstermekte görselleştirmeye elverişli zengin imkânlar sunmaktadır. MAXQDA programında analizin sonuçlarını ortaya koymak için aşağıdaki tablo ve grafikler yapılmıştır:

1. Belge temelli frekans tablosu:

Alt kodların istatistiğini belge temelli olarak yapan, yani kaç katılımcının o konu hakkında fikir beyan ettiğini gösteren, belgelerde o kodun varlık yokluğunu sorgulayan bir analizdir. Hem temaların hem de kategorilerin giriş bölümlerinde kullanılmıştır. Gösterimde sadece on bir kişi üzerinden kodların dağılımı verildiği için grafik yerine tablo tercih edilmiştir.

2. Kodlu bölüm temelli temelli frekans grafiği:

Alt kodların istatistiğini kodlu bölüm temelli olarak yapan, yani bir kodun belgeler içerisinde kaç kere kodlandığını gösteren bir analizdir. Belge temelli frekans tablosu gibi hem temaların hem de kategorilerin giriş bölümlerinde kullanılmıştır. Gösterimde kodların kodlanma frekanslarının dağılımını net bir şekilde göstermek için pasta grafiği tercih edilmiştir.

3. Hiyerarşik kod-alt kod modeli:

Kod, kategori ve temaların ast-üst ilişkisini, kodlanma frekansları ile gösterilmesini sağlamaktadır. Bu çalışmada temaların, kategori ve kodları ile ilişkisine genel bir bakış sağlamak amacıyla her temanın giriş bölümünde kullanılmıştır.

4. Çapraz tablolar:

Seçilen değişkene göre örneğin katılımcıların unvanına, yaşadıkları şehre ya da “futility” kavramını bilip bilmeme durumuna göre belge temelli kod frekans tablosu gösterilmiştir. Böylece bir konu hakkında farklı kategorilerde bulunan katılımcıların fikir beyan edip etmediği ya da katılımcı gruplarının arasındaki beyan edilen fikirlerdeki karşıtlıklar ya da benzerlik gösterilmiştir. Farklı değişkenlikler arasında ulaşılan sonuçları destekleyen farklılıklar ya da benzerlikler olduğu durumlarda kullanılmıştır.

5. Kod birlikte oluşum modeli-çakışan kodlar:

Bu görselleştirme aracı ile aynı ifadeye atanan farklı kodların çakışma durumları gösterilerek, seçilen kod ya da kodların hangi kodların hangi kodlar ile çakıştığı yani ilişkili olduğu grafik şeklinde gösterilmiştir. Problemlerin ortaya çıkmasına sebep olan süreçlerin ya da sorun sonucunda ortaya çıkan durumların gösterilmesi için, daha çok problemin merkeze alındığı analizlerde kullanılmıştır.

6. Kod ilişkiler tarayışı:

Bir önceki görselleştirme aracından farklı olarak burada daha fazla sayıda kodun birbiriyle olan ilişkisini, sadece seçilen kodlar üzerinden tablo üzerinden görmeye imkân sağlamaktadır. Bu bağlamda bu araç ile tema ve kategoriler düzeyindeki ilişkiler gösterilmeye çalışılmıştır. Analiz boyunca yapılan tespit ve ulaşılan sonuçların desteklenmesi ve derinleştirilmesi için bulguların değerlendirilmesi bölümünde kullanılmıştır.

7. Görsel araçlar- manuel çizim

MAXQDA programı görsel araçlar sekmesi altında, yeni harita oluşturarak araştırmacının kendi görsel tasarımlarını yapmasına imkân sağlamaktadır. Bu çalışmada özellikle işleyiş mekanizmalarının ya da durumlara ait farklı sınıflandırmaların gösterimi için araştırmacı tarafından bu araç kullanılarak görseller oluşturulmuştur.

3.1.4. Araştırmanın Zorlukları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın zorluklarının temelini, saha araştırması başlamadan hemen önce Covid-19 pandemisinin başlamış olması oluşturmaktadır. Pandemiden dolayı saha araştırması öncelikli olarak ertelenmiştir. Ama pandemi sürecinin devam etmesiyle birlikte sürecin getirdiği kısıtlılıklar göze alınarak saha araştırmasının yapılmasına karar verilmiştir. Saha araştırmasının pandemi sürecinde yapılması iki temel sınırlılığa sebep olmuştur.

Birincisi pandemi dolayısıyla uygulanan hijyen önlemlerinden dolayı tam olarak bir “sahaya çıkma” durumunun mümkün olmamasıdır. Bu bağlamda araştırmacının hastanelerde gözlem yapma imkânı olmazken, görüşmelerin tamamı da Zoom programı aracılığıyla online olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacının gözlemlerinin eksik olmasından dolayı oluşan bu sınırlılık değerlendirilirken, kendisinin hekim olması ve katılımcıların anlattıklarına dair geçmişte stajlarda edindiği tecrübe ve gözlemlerinin bulunduğu unutulmamalıdır.

İkinci ve daha zorlayıcı olan sınırlılık ise, yoğun bakımda çalışan hekimlerin çok yoğun ve yıpratıcı bir sürecin içerisinde olmasından kaynaklanan gönüllü bulmada yaşanan zorluktur. Amaca uygun olarak oluşturulan kasıtlı örnekleme bulunan görüşme yapılması talep edilen hekimlerden yoğunlukları dolayısıyla gönüllü olmayan birçok hekim olmuştur. Özellikle yoğun bakım tecrübesi yüksek olan deneyimli uzman hekimlere ulaşmak çok zor olmakla birlikte, ulaşılan uzmanlardan da gönüllü olmayı kabul eden sadece iki kişi olmuştur. Bu iki kişi ile de yoğunluklarından dolayı görüşmek mümkün olmamıştır. Ek olarak özel hastanede çalışan hekimler görüşme teklifine kamuda olanlara nazaran daha defansif tepkiler vermişler ve gönüllü olmayı kabul etmemişlerdir. Bu nedenle çalışma kapsamında özel hastanede çalışan herhangi bir hekimle görüşme yapılamamıştır.

Bunlara ek olarak yoğun bakımların beyhudelik bağlamında nasıl işlediğine dair bir araştırmanın, herkesin gündeminin sadece pandemi olduğu bir süreçte yapılması anlatıların pandemi öncesi normal zaman ve pandemiyle birlikte yaşananlar şeklinde

ayrılmasına sebep olmuştur. Ama görüşmeler sırasında katılımcılar bu ayrıma çok keskin sınırlarla ayrılmış bir şekilde mutabık kalamamışlardır. Bu bağlamda ayrımın net olması görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından durumu sorgulayacak sorular yöneltilerek garanti altına alınmaya çalışılmıştır. Bunlara ek olarak gönüllü olan katılımcılarla uygun bir görüşme zamanı ayarlamakta da zorluk çekilmiştir. Bu bağlamda vardiya usulü çalışan bazı katılımcılarla evdeki günlerine denk gelen günlerinde, diğer bazı katılımcılarla örneğin unvanı profesör olanlarla mesai saatleri içerisinde ve bazılarıyla ise hastanede gece nöbetçiyken görüşülmüştür. Bir katılımcı ile de bayram tatilinde görüşülmüştür. Bu bağlamda görüşmeler sırasında özellikle mesai saatlerinde ya da nöbette görüşme yapılan katılımcılarda zaman baskısı olduğu gibi bazen de görüşmeler katılımcıya çalışma arkadaşlarının hasta danışmalarıyla bölünmüştür.

Çalışmaya dair son sınırlılık ise literatürde Hawthorne Etkisi olarak geçen ve araştırma sırasında gönüllülerin doğal davranmayarak araştırmacıyı memnun etme yönünde davranış sergileyerek, araştırmacıyı manipüle etme durumudur. (M. Jones & Alony, 2011) Bu durumla en çok yaşamın sonunda beyhude tedavinin tespitinden sonra nasıl bir yöntem izlediklerini anlatırken karşılaşmıştır. Özellikle resmiyet ve uygulamanın farklı olduğu ya da tedavilere kısıtlama getirilen durumların anlatımında bazı katılımcılar kendilerini ifade etmek istememişlerdir. Ama görüşmenin derinleşmesiyle, karşılıklı oluşan güven ortamıyla kendilerini daha rahat ifade etmeye başlamışlardır. Bu bağlamda konuşma sırasında anonimliğin sağlanacağını tekrar sorarak teyit eden katılımcılar da olmuştur. Hekimlerin klinik tecrübelerini paylaşmaktaki bu çekinceleri, çalışmanın sonuçlarından biri olan, hekimlerin hukuki baskı altında karar verme durumunun (Bkz. Bölüm 4.5.2.) görüşmelerde de kendisini Hawthorne Etkisi ile gösterdiği yorumu yapılabilir.

Araştırma sırasında yaşanan zorluklara ve çalışmanın kendi içindeki sınırlıklarına ek olarak, analiz için kalitatif yöntem kullanılmasından ve bu bağlamda on bir kişiyle derinlemesine görüşme yapılmasından dolayı, araştırmanın temsil gücünün zayıf olduğu unutulmamalıdır. Seçilen yöntemden dolayı çalışmanın temsil gücünün az olmasına rağmen, süreçleri açıklama yönü kuvvetlidir. Zaten çalışmanın amacında da hekimlerin karar verme süreçlerine açıklama getirilmesi hedeflenmektedir.

3.1.5. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliliği

Araştırma süresince çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliğine zarar gelmemesi açısından gerekli özen ve dikkat gösterilmiştir. Bundan dolayı araştırma sırasında Merriam'ın geçerlik ve güvenirliliğin geliştirilmesi için belirlediği stratejiler doğrultusunda çalışılmıştır. (Merriam, 2013 s.199-221) Bu bağlamda öncelikle yeterli veriye ulaşılması konusunda süreci uzatabilme riski taşıyan çelişkili anlamların araması da yapılarak hem kod hem de anlamsal doygunluğa ulaşılmasına dikkat edilmiştir. Örneklem her ne kadar kasıtlı örneklem olarak seçilmiş olsa da kasıtlı örneklem olarak tanımlanan kitlenin kendi içerisindeki çeşitliliğine dikkat edilmiştir. Bu bağlamda farklı illerde, farklı derecede meslek tecrübesine sahip hekimlerle görüşülmüştür. Çalışmayı tek bir araştırmacı yaptığı için, süreç içerisinde bulguların yorumlanması sırasında hem tez izleme kuruluyla hem de diğer araştırmacılarla istişare yapılmıştır. Bulguların analizi sırasında, kavramlar ikinci bölümde çerçevesi çizilen anlamlar doğrultusunda kullanılmış ve gerekli yerlerde ilgili kısımlara atıflar yapılmıştır. Bu bağlamda okuyucu için oluşabilecek bir kavram kargaşasının önüne geçilmiştir. Çalışmada iç denetimi sağlamak için araştırma sürecinin nasıl işlediği yazılı olarak kayıt altına alınmış ve metot bölümünün yazımında ilgili yerlerde bu kayıtlara dair bilgilere yer verilmiştir. Araştırmacının verileri manipüle etmesini önlemek, yani katılımcıların büyük çoğunluğunun düşüncesini yansıtmayan kodların genele ait düşüncelermiş gibi gösterilmesinin ya da çok az kodlanmış kodların sanki katılımcıların üzerinde çok fazla durdukları konularmış gibi gösterilmesini önlemek için tema ve kategorilerin giriş bölümlerinde kodların belge temelli ve kodlu bölüm temelli frekans değerleri verilmiştir. Bu bağlamda çok az kişinin değindiği ya da üzerinde çok az konuşulan, ama verdiği bilgi itibarıyla araştırma açısından önem taşıyan kodlar ayrıca belirtilmiştir.

3.1.6. Araştırma Etiği

Araştırma süresince araştırma etiğinin temel ilkelerine dikkat edilmiştir. Görüşmelere başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesi üçüncü bölüm madde dokuzdaki “İnsan katılımcılarla veya insan üzerinde yapılacak yüz yüze veya bilgisayar ortamında gerçekleştirilecek her türlü anket, test, ölçek, mülakat, gözlem, resim, çizim, video film ve ses kaydı niteliğindeki veri toplama yöntemleriyle yapılan bilimsel araştırma ve çalışmaların etik açıdan değerlendirilebilmesi için, tüm araştırmacıların çalışmaya

başlamadan önce Kurula başvuru yapması gerekir.” (*İÜ Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesi*, 2018) uyarısı gereği kurula başvuru yapılmıştır. Başvuru sonucunda kuruldan araştırmanın yapılmasında etik yönden herhangi bir problem bulunmadığına dair onay alınmıştır. (Bkz. Etik Kurul Kararı)

Araştırma süresince etik kurul başvurusunda verilen beyanlara ve kurulun araştırmacıdan istedikleri koşullara uygun olarak davranılmıştır. Bu bağlamda her katılımcıya görüşme öncesi bilgilendirme yapılmış ve sonrasında katılımcıdan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu aracılığıyla onamı alınmıştır. (Bkz. Formlar Ek-2) Online yapılan görüşmelerde araştırmacı kendi şahsi bilgisayarını kullanmış ve görüşme kayıtlarını bu bilgisayara kaydetmiştir. Kayıtların araştırmacı tarafından metne aktarılmasından sonra ses kayıtları silinmiştir. Katılımcıların konuşmaları sırasında verdikleri kişi ve hastane isimleri metne aktarılmamış, burada geçen ifade “X” ile değiştirilmiştir. Katılımcıların çalıştıkları şehirler metne aktarılmakla birlikte, İstanbul dışındaki şehirler kodlama sırasında büyükşehir ve küçük şehir ayrımı doğrultusunda kodlanmış ve katılımcıların demografik bilgilerinde İstanbul hariç şehir isimlerine yer verilmemiştir. Burada yoğun bakımda çalışan hekimlerin sayısının az olması ve şehir isminin verilmesi kişinin kimliği hakkında ipucu verebileceği için çalışmanın yazımında İstanbul hariç şehir isimlerinin paylaşılmaması uygun görülmüştür. İstanbul’un büyük bir metropol oluşu ve içerisinde birçok hastane barındırmasından dolayı ve çalışmadaki ulaşılan bazı sonuçların İstanbul açısından farklılık göstermesi açısından İstanbul’un isminin paylaşılmasında bir sorun görülmemiştir.

3.2. Teorik Bölüm: Normatif Analiz

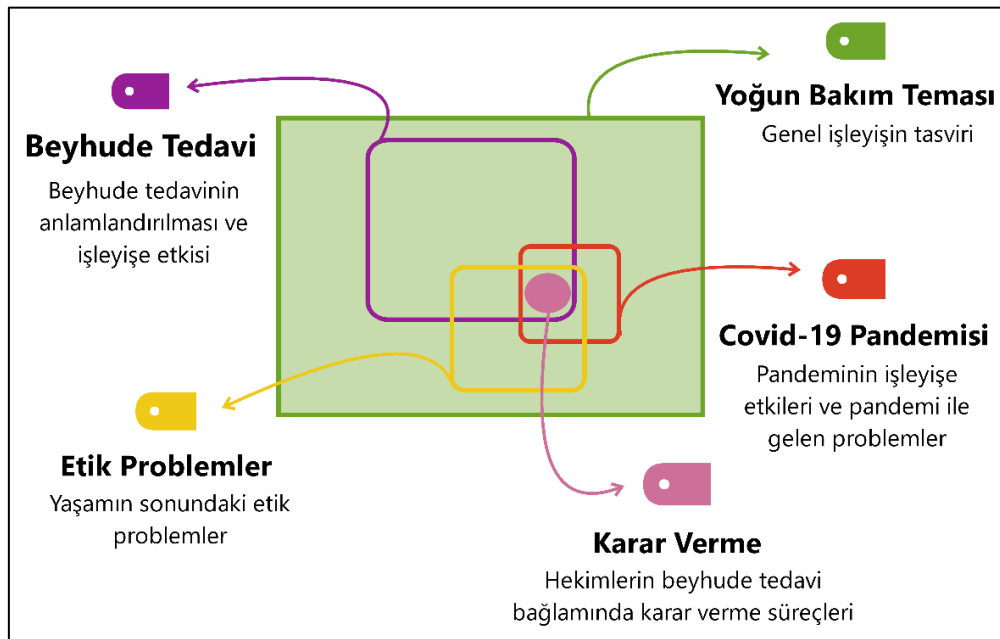
Felsefi etiğin bir alt dalı olan normatif etik en basit ifadesiyle “Hangi genel ahlaki normları, davranışlarımızı bunlara göre değerlendirmek ve yönlendirmek üzere benimsemeliyiz ve neden bu normlar?” sorusunu ele almaktadır. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.4) Normatif analiz ise belirlenen bir problem ya da ikileme dair pro- ve kontra-argümanların felsefi refleksiyonla değerlendirilmesiyle, güçlü ve zayıf yönleri gösterilerek, belirlenen problem ya da ikileme dair sebepleri ortaya konulmuş bir çözüm ya da tercih oluşturmaya dayalı bir araştırmadır. Bu bağlamda normatif analiz, ampirik araştırmaların, yani deskriptif etiğin aksine, ahlaki olarak nasıl davranıldığının tespitini değil, nasıl davranılması gerektiğinin cevabını vermeye çalışmaktadır. Bir başka deyişle normatif analiz, mevcut problem ya da davranışın etik prensip ve normlarla

değerlendirilmesine yarayan araştırma metodudur. (Pöltner, 2006 s.19) Normatif analiz sonucu, hangi davranış şeklinin doğru olduğu değerlendirilmiş ve bazen de ahlaken nasıl davranılması gerektiği konusunda çıkarımlar yapılmış olur. Bu çalışmada ampirik bölümde yapılan deskriptif etik çalışması ile etik problemler belirlenmiştir. Bu belirlenen problemlerin normatif analizi konuya ait mevcut literatürdeki tartışmalar ışığında yapılmıştır. Bu bağlamda normatif analiz ile ulaşılan sonuçların, sahadaki aktüel problemlerle ilişkisi olması sağlanmıştır.



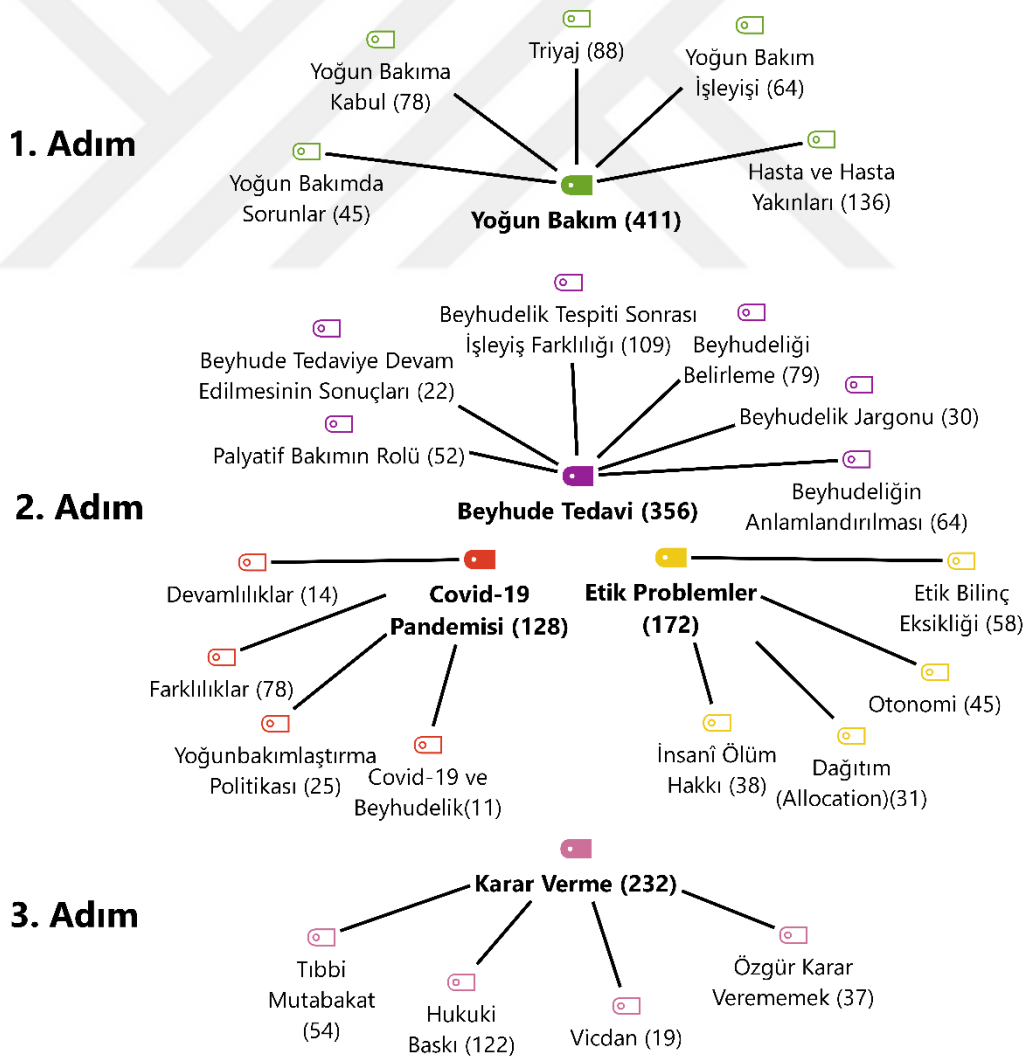
4. BULGULAR

Bu bölümde derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin, üçüncü bölümde belirtilen yöntemler doğrultusunda analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan kodlamaların ardından kategorileştirme ve temalaştırma süreci sonunda yoğun bakım, beyhude tedavi, etik problemler, Covid-19 pandemisi ve karar verme olmak üzere beş tane tema oluşturulmuştur. Temaların geliştirilen kuram içerisindeki birbirleriyle ilişkilerinin tasviri Şekil 4-1’de gösterilmiştir. Temaların oluşturulması ve kuramın geliştirilmesi, tıpkı bir patoloğun mikroskopla elindeki numuneyi inceleme süreci gibi inşa edilmiştir. Patoloğun, mikroskobun en küçük büyültme objektifiyle lam üzerindeki preparatı bulması, sonra objektifi büyütüp, patolojik değişikliklere dair odaklanma çabaları ve son olarak objektifi bir derece daha büyütüp patolojik yapıya odaklanması ve teşhisini koyma süreçleri, temaların kuramı oluşturacak şekilde kendi içlerinde inşa edilmesine ilham vermiştir. Bu bağlamda ilk aşamada yoğun bakımda genel işleyişin nasıl olduğu deskriptif bir şekilde ortaya konulmuş, ikinci aşamada çalışmanın amacı doğrultusunda belirlenen yoğun bakımdaki muayyen konulara, yani beyhude tedavi, etik problemler ve Covid-19 pandemisi başlıklarına daha detaylandırılmış bir bakış açısı sunulmuş. En son aşamada ise karar verme teması ile merkezde bulunan probleme derinlemesine bir açıklama getirilmeye çalışılmıştır.



Şekil 4-1 Temellendirilmiş kuram oluşturma sürecinde temaların birbirleriyle ilişkisi

Temaların alt kodlarıyla gösterimi Şekil 4-2’de yapılmakla beraber, tezin son kısmında ekli kod kitabında tema, kategori ve kodlar liste halinde sistematik bir şekilde sunulmuştur. Yoğun bakım temasında yoğun bakımın genel işleyişi ve bu işleyiş içinde hasta ve hasta yakınlarının rolü ortaya konulmuştur. Beyhude tedavi temasında ise, kavramın anlamlandırılması, fonksiyonelliği ve yoğun bakım işleyişindeki yeri analiz edilmiştir. Etik problemler temasında ise hekimlerin yoğun bakımdaki, özellikle beyhudelik bağlamında değindikleri etik problemler analiz edilmiştir. Covid-19 Pandemisi temasında ise yoğun bakım işleyişinin pandemi sürecinden nasıl etkilendiği incelenmiştir. Yoğun bakım işleyiş süreçlerine dair farklı başlıklar ön plana çıkarılarak yapılan bu analizlerden sonra karar verme teması içerisinde, bu süreçler içerisinde hekimlerin karar verme mekanizmaları, nasıl ve hangi etik ilkeler doğrultusunda karar verdikleri ortaya konularak analiz edilmiştir.



Şekil 4-2 Tema ve kategorilerin gösterimi

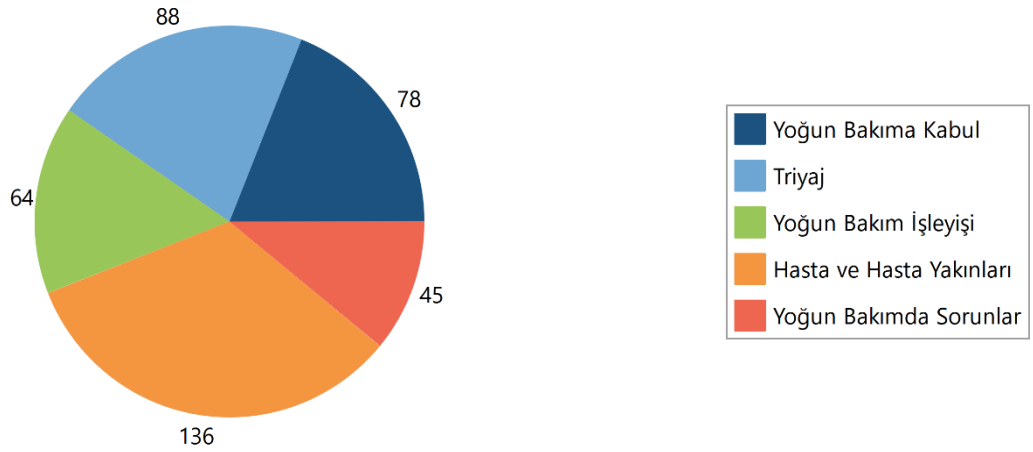
4.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım hekimlerinin gözünden yoğun bakımdaki genel işleyiş mekanizmalarının ortaya konulduğu bu tema, yoğun bakıma kabul, triyaj, yoğun bakım işleyişi, hasta ve hasta yakınları ve yoğun bakımda sorunlar kategorilerinden oluşmaktadır. Katılımcıların "Yoğun Bakım" teması hakkında ifadelerinin belge temelli frekans tablosu Tablo 4-1'de gösterilmiştir. Kategorilere ait kodların birleştirilmesi prensibi doğrultusunda yapılan kod sayımında tema kapsamında tüm belgelerin kodlandığı ancak triyaj kategorisine bir katılımcının fikir beyan etmediği görülmektedir. Kategorilere ait kodlar bütün belgelerde bulunduğu için söylem gücü açısından görüşmelere katılan hekimlerin tamamının fikirlerini içermektedir.

Tablo 4-1 Yoğun bakım temasının belge temelli frekans tablosu

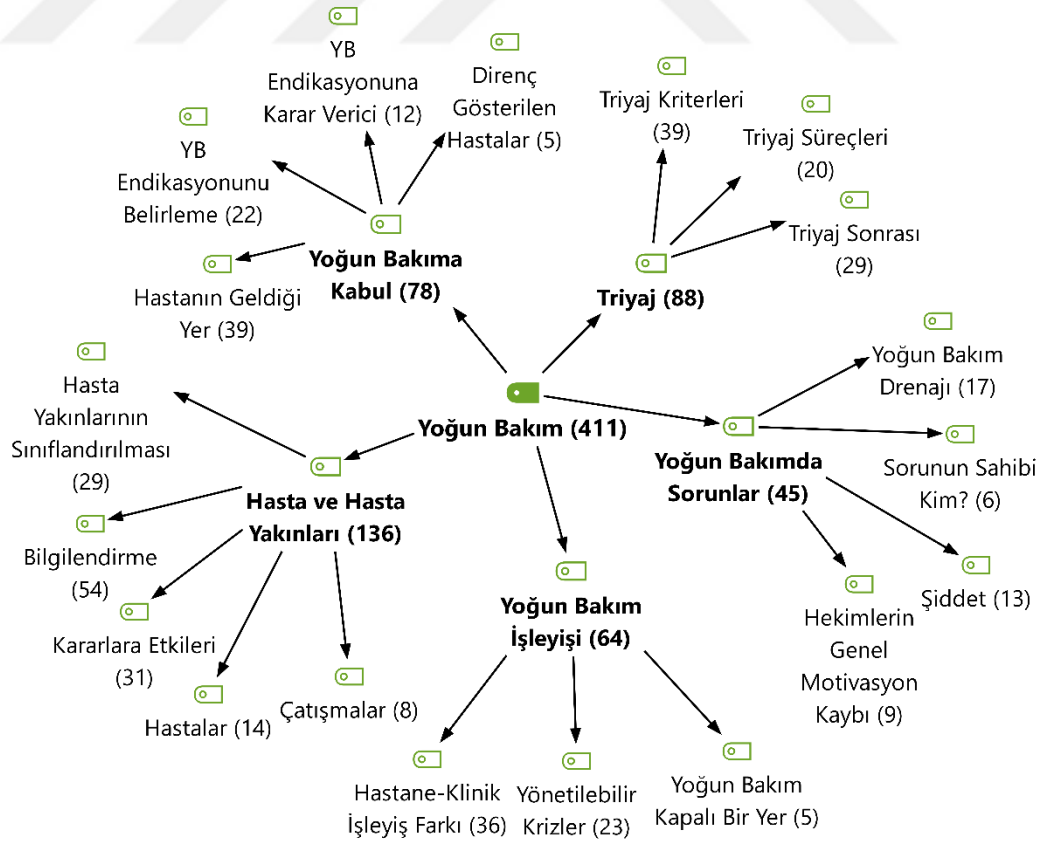
Yoğun Bakım	Belgeler
Yoğun Bakıma Kabul	11
Triyaj	10
Yoğun Bakım İşleyişi	11
Hasta ve Hasta Yakınları	11
Yoğun Bakımda Sorunlar	11
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Katılımcıların "Yoğun Bakım" teması hakkında ifadelerinin kodlu bölüm temelli frekansları ise Şekil 4-3'te gösterilmiştir. Buna göre tema içerisinde kod yoğunluğu 136 kod ile hasta ve hasta yakınları kategorisine aitken, sonrasında sırasıyla triyaj(88), yoğun bakıma kabul (78), yoğun bakım işleyişi(64) ve yoğun bakımda sorunlar(45) gelmektedir. Hasta ve hasta yakınları kategrosi, araştırmada en çok kodlanan kategori olmuştur.



Şekil 4-3 Yoğun bakım temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Yoğun bakım temasına ait kategori ve kodların bir arada gösterildiği hiyerarşik kod alt kod modeli ise Şekil 4-4'te gösterilmiştir. Parantez içerisinde sayılar kod temelli frekansları ifade etmektedir.



Şekil 4-4 Yoğun bakım temasının hiyerarşik kod alt kod modeli

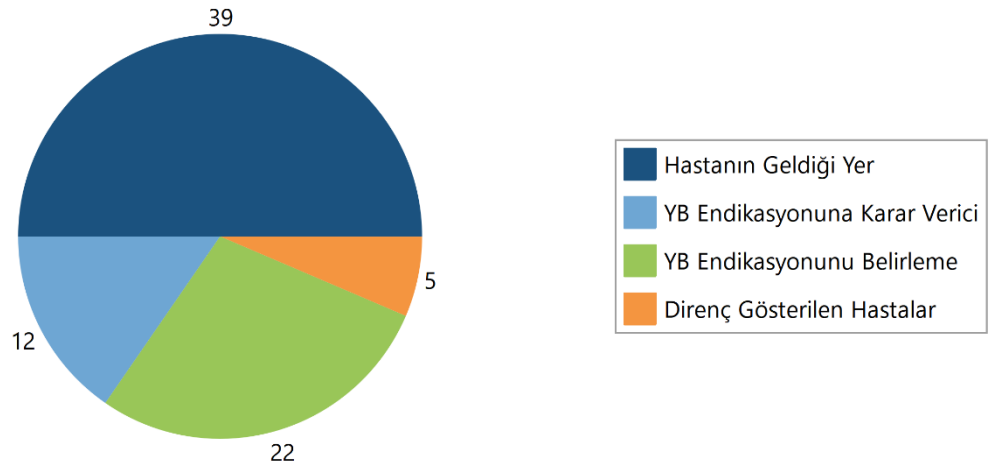
4.1.1. Yoğun Bakıma Kabul

Yoğun bakıma kabul kategorisinde hastaların yoğun bakıma kabul süreçleri, hastanın durumunun ve sevk edildiği yerin sürece etkisinin olup olmadığı ve farklı branşlardaki hekimlerin rolü incelenmiştir. Katılımcıların "Yoğun Bakıma Kabul" kategorisi hakkında ifadelerinin belge temelli frekans tablosu Tablo 4-2’de gösterilmiştir. Burada katılımcıların on tanesinin sevk yerinin önemine dikkat çektiği, yoğun bakıma kabul sürecine direnç gösterilen hastalar hakkında ise sadece dört katılımcının fikir beyan ettiği görülmektedir. Yoğun bakım endikasyonunun belirlenme süreçleri ve bu bağlamdaki karar vericinin rolü ise konuşmacıların yarısından fazlasının değindiği konular olmuştur.

Tablo 4-2 Yoğun bakıma kabul kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Yoğun Bakıma Kabul	Belgeler
Hastanın Geldiği Yer	10
YB Endikasyonuna Karar Verici	7
YB Endikasyonunu Belirleme	6
Direnç Gösterilen Hastalar	4
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Katılımcıların "Yoğun Bakıma Kabul" kategorisi hakkında ifadelerinin kodlu bölüm temelli frekansları ise Şekil 4-5’te gösterilmiştir. Belge temelli frekans tablosuna paralel olarak hastanın geldiği yer konusuna ait kod frekansının 39 defa kodlanarak en çok kodlanan bölüm olduğu ve direnç gösterilen hastalar kodunun ise beş defa kodlanarak en az sayıda kodlanan kod olduğu görülmektedir. Yoğun bakım endikasyonunu belirleme kodu 22 ve yoğun bakım endikasyonuna karar verici kodu ise 12 defa kodlanmıştır.



Şekil 4-5 Yoğun bakıma kabul kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.1.1.1. Hastanın Geldiği Yer

Hastaların yoğun bakıma alınış süreçleri ve bu sürece etki eden etmenler bağlamında ortaya çıkabilecek etik problemler, hastane içinden ya da hastane dışından alınmalarına bağlı olarak değişmektedir. Bu duruma dair sınıflandırma Tablo 4-3’ gösterilmiştir. Burada beyhude tedavi bağlamında sorunlu alanların servis, acil ve 112 aracılığıyla hasta kabulünde olduğu görülmektedir. Hekimler genel itibarıyla sevk yerinin hasta kabulüne etki etmediğini belirtmekle birlikte hastane içi hastalara öncelik verilmek durumunda kaldığını ifade etmektedirler. Bu bağlamda beş hekim yoğun bakımdaki yoğunluktan dolayı 112 ile gelen hastaların alınımına sıra gelmediğine dikkat çekmektedir.

“Hani işte, servisten danışıldı ya da acilden ikisinin kabulü arasında çok ciddi bir fark yok.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 16)

“Bu hiç etkilemez, bu düşünülmez. Yani hastanın ihtiyacı var mı yok mu tek şey o yani.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum16)

“112 aracılığıyla hasta alıyoruz ama çok dolu oluyoruz yani. Çoğunlukla 112 aradığında gerçekten tüm yataklarımız dolu oluyor ama boşta yatağımız varsa ve 112 bizi aradığında, hastamız var alır mısınız, hani yeriniz var mı, falan gibi sorduğunda aldığımız da oluyordu. Covid öncesi son yoğun bakım rotasyonunda bir günde dört tane hasta kabul etmişliğim var 112’den. 112 ye karşı özel bir defans yok, yerimiz varsa alıyoruz ama yerimiz olmadığı için almıyoruz.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 16)

- “Mesela hastane içi olan hastalar daha öncelikli oluyor, benim gözlemlediğim. Diyelim bir tane boş yatak var. Diyelim başka bir serviste hasta kötüleşiyor, büyük ihtimal yoğun bakım endikasyonu oluşacak. Doktoru bizi aradığında biz o yatağı rezerve ediyoruz.
- S: Yani o sırada 112’den bir arama geldiğinde, yatak rezervli olduğu için dolu diyorsunuz değil mi?
- Rezerve evet öyle oluyor.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 18-20)

Tablo 4-3 Sevk yeri ve organizasyon ilişkisi

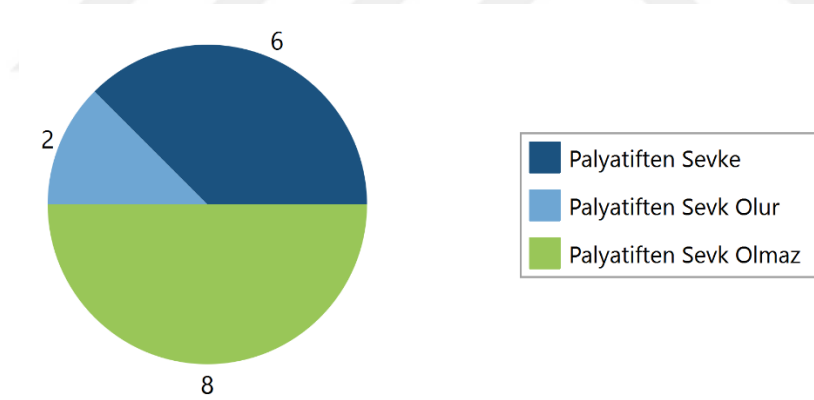
Sevk	Durum	İşleyişe dair notlar	Etik Problem
Post-Op	Planlı	- Arama sırasına göre öncelik - Öğretim üyesi-bölüm ilişkisi etkisi	Organizasyon etiği
Servis	Beklenen / Plansız	- Palyatif servis - Nöbette plansız hasta sevki	Organizasyon etiği Beyhudelik
Acil	Plansız	- YB ve 112’ye hasta sevki - Acilde YB desteği - Endikasyon dışı acil ihtiyaç	Organizasyon etiği Beyhudelik
112	Plansız	- Hastane içi öncelikli - Hasta ve hasta profili değerlendirmesi - Özel hastaneler	Organizasyon etiği Beyhudelik

Hastane içerisindeki planlı hastanın alımında bölümlerin hocalarının arasındaki ilişkinin ve bölümlerin çalışma prensiplerinin etkili olduğu üç hekim tarafından ifade edilmiştir.

“Bir de böyle bölüm hocalarının aralarındaki ilişkiyle şekilleniyor. Genelde bizde bazı bölümlerin hastaları her zaman yer bulur.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 20)

“Hastanın hangi servisten geldiği tabii dönem dönem fark ediyor. Yani şu şekilde örnek vereyim, göğüs hastalıkları servisi hasta verirken çok acelecidir ama hastasının bize göre yoğun bakım ihtiyacı kalmadığında almakta çok yavaş davranır. Geri almadığı için o hastanın bulunduğu yatak iki üç gün gereksiz meşgul edilmiş olur bize göre. (...) İkili ilişkilerin veya işte bizim hasta transferimizin kolay olması ya da zor olması üzerinde ister istemez bir defans oluyor.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 14)

Bu kod altındaki en tartışmalı durumun ise palyatif bakım servisinden yoğun bakıma hasta kabulünde olduğu görülmüştür. Hekimler genel itibarıyla palyatif bakımdan yoğun bakıma hasta kabul edilmemesi gerektiğini belirtirken, işleyişte farklı uygulamaların olduğu tespit edilmiştir. Görüşmecilerden sekizinin fikir beyan ettiği palyatif bakımdan sevk konusunun alt kodlarının kodlu bölüm temelli frekans grafiği Şekil 4-6’da gösterilmiştir. Söylem ağırlıklı olarak palyatif bakımdan sevk yapılmadığı ya da buna direnç gösterildiği yönünde olmakla beraber palyatif bakımdan hasta kabul edilmek durumunda kalındığı da belirtilmiştir.



Şekil 4-6 Palyatif bakımdan yoğun bakıma hasta kabulünde farklı uygulamalar

“Palyatiften gerektiğinde yoğun bakıma hasta alımı oluyor. Buna bazı doktorlar direnç gösterebilir de. (...) Ama palyatiften hasta kabul etmeye karşı hep bir direnç vardır. Hoş değildir, hoca da bunu sorun eder, oradakiler de çok talep etmez. Hasta yakını belki bunun farkında ama yoğun bakımda da palyatiften farklı yapacak bir şey olmuyor çoğu zaman.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 46)

“Ben kendi adıma palyatif servisten hasta kabul etmeyi çok tercih etmem ama alınıyor.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 14)

“Türkiye’de böyle bir saçmalık var. Hasta kötü, hasta yakınları herkes biliyor. Hasta palyatif bakıma gidiyor. Palyatif bakımda hasta kötüleşiyor ve tekrar yoğun bakıma alıyoruz. Ya o zaman niye gönderdik abi yani anlatabiliyor muyum? Hani amaç farklı. Ha başka hastalık olur, palyatif illa köprüden önceki son çıkış değil.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 64)

“Yani bu anlamda palyatiften genel yoğun bakıma ben hiç hasta kabul etmedim. Öyle söyleyeyim. Yani palyatife işte konsültasyon için çağrıldığım durumlar oldu ama o da hani anlık bazı kötüleşme durumları içinde yoksa genel yoğun bakıma kabul ettiğimiz hasta olmadı.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 20)

4.1.1.2. Yoğun Bakım Endikasyonuna Karar Verici

Konuya değinen yedi katılımcının genelinin verdiği ortak ifadelere göre normal işleyiş içerisinde yoğun bakım endikasyonuna güncel tıbbi veriler doğrultusunda yoğun bakımdan sorumlu hekim karar vermektedir. Üniversite ya da eğitim ve araştırma hastanelerinde acil ya da servisten danışılan hasta için genel olarak asistan ya da uzman gidip hastayı görmekte, sonrasında durumu o günkü sorumlu uzman hekim ya da öğretim üyesi ile paylaşmakta ve yoğun bakımdan sorumlu hekim karar vermektedir. Ancak iki katılımcı bazen bu durumun istisnaları olabileceğini belirtmektedirler. Yoğun bakım yan dal yapabilme imkânı olan bölümlerdeki hekimlerin de yoğun bakım endikasyonunu koyabildiklerini ifade etmektedirler:

“Şimdi normalde üniversite hastanesi olduğu için burası, farklı basamaklarda doktor şeyi var, öğretim üyesi var, uzman var yani bir kıdem var burada ve üniversite hastanesi olduğu için asistanlar var. Sistem nasıl işliyor? Biz acilden hasta kabul edebiliyoruz. Katlardan hasta kabul edebiliyoruz. Ameliyathaneden hasta kabul edebiliyoruz. Dış merkezden hasta kabul edebiliyoruz. Bunlar da dış merkezden bir epikrizle bize gelir yatak durumuna göre. Daha çok öğretim üyesi karar verir, hastanın kabulüne. Hastane içinde de konsültasyon sistemi üzerinden, işte acilden konsültasyon istenir. Asistan ya da uzman gider, hastayı değerlendirir uzmanı ya da öğretim üyesini arar ama sonuçta mutlaka öğretim üyesine o hasta sunulur ve alınmasına ya da işte nasıl bir yol izleneceğine karar verilir. Katlarda da aynı şekilde hani hasta görülür işte asistan ya da uzman tarafından, haber verilir. Sonunda uzmanla ve öğretim üyesi ile hastanın

alınıp alınmayacağına ya da tedavi planına karar verilir.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 13)

“Ancak şöyle bir durum var, yoğun bakım yan dalı yapan yoğun bakım yan dal, yani nöroloji gibi göğüs hastalıkları gibi enfeksiyon gibi dahiliye gibi yoğun bakım yan dalı olan klinikler de yoğun bakım tanısı koyulabiliyor. Yani diyor ki bu hastanın yoğun bakıma ihtiyacı var. Bu tanıyı da koyabiliyor ancak hastanenin çoğunda bu iş anestezinin üstündedir, anesteziye bağlıdır yani. Biz ona bağlı olarak gideriz, değerlendiririz ya da atıyorum mesela bizden önce bir doktor görmüştür, dahiliye ya da enfeksiyon gibi yoğun bakım ihtiyacı olabilir, yazmıştır. Bunun üzerine biz ararız, biz gideriz, değerlendiririz, yoğun bakım gereğinin uygun olduğunu söyleriz ve buna göre kendi yerimizi adapte eder, o hastayı bir şekilde çekeriz.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 13)

Bazen de hastayı danışan hekimin ısrarı ile yoğun bakıma hasta alınmak durumunda kalınabildiği ve bu durum hastayı danışan hekim ile yoğun bakımdan sorumlu hekim arasında çatışmaların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Buna paralel olarak dahiliye uzmanlığı olup, yoğun bakım uzmanlığı yapan D8 ise, dahiliyede çalışırken dahili yoğun bakıma hasta kabul aynı branş içerisinde karar verildiği için çatışma oluşmadığına dikkat çekmektedir. Aynı şekilde dahiliye uzmanı D5 de aynı branş içerisinde karar vermenin çatışmalara yol açmadığını belirtmektedir.

“Ama işte o hoca öyleydi. Yani yoğun bakıma aldırırdı hastayı, alırdık, sonra işte bu hasta şey olursa, arrest olursa müdahale etmeyin. İşte burada fayda görülebilirlik kısmında şöyle bir ayrımı var, yani biz mesela anesteziistler olarak yoğun bakım yatağını hak etmesini de bunun içerisinde dahil ediyoruz. Ama başka hekimler bunu sadece arrest olduğunda CPR uygulama olarak nitelendirilebiliyor. Bu anlamda bir konsensüs yok, farklı branşlarla.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 51)

“Açıkçası dahiliye yoğun bakımda çalıştığım için servise de genelde hâkim oluyordum. Servisteki hastaların zaten yoğun bakıma ihtiyacı olduğunu görüp kendim çektiğim oluyordu.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 18)

“Genelde dahili yoğun bakıma hem dahiliyeci olarak biz bakıyoruz nöbetlerde hem de hastayı kabul eden de hastayı yönlendiren de biziz.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum70)

Bu bağlamda yoğun bakıma hasta kabulü ve yoğun bakım endikasyonunu belirleme süreçlerinin sadece yoğun bakım hekimi özelinde düşünülmemesi gerektiği, herhangi bir çatışma ortamı doğmadan, doğru bir iletişim ve hızlı karar verme süreçleri için yoğun bakıma hasta danışan hekimlerin de ön bilgilerinin ve farkındalığının olması gerektiği söylenebilir.

4.1.1.3. Yoğun Bakım Endikasyonunu Belirleme

Bir önceki bölümde yoğun bakım endikasyonuna yoğun bakımdan sorumlu hekimin karar verdiğine, bu durumun istisnalarına ve hastayı danışan hekimle oluşabilecek çatışma alanlarına değinilmiştir. Altı katılımcının değindiği kod altında ise hekimlerin yoğun bakım endikasyonu kararını nasıl verdiklerine odaklanılmıştır. Hekimler, hedefe ya da soruna yönelik soru olmaksızın karar verme süreçlerini tasvir ederken, karar vermede zorlandıkları noktalara çok değinmeyip, endikasyon kararlarının tıbbi veriler doğrultusunda, hasta özelinde, tecrübî ve sezgisel bir şekilde verildiğini belirtmektedirler:

“Hastanın mevcut klinik durumu, işte hekiminin kendi takip eden hekiminin mevcut durumunun ilerisi hakkında belirttiği görüş vs. hem bir anlamda çok matematiksel hem de bir anlamda tıbbi birikimin getirdiği sezgisel şeylerin birleşmesiyle aslında bir hastanın yoğun bakıma ihtiyacının olup olmadığına karar veriliyor.” (Konum 14) (...) Yani tecrübemizle, aslında bazen hekimin içine doğar ya. Yani bu aslında kabul edilen bir şey. Onun hiçbir şekilde karşılığı olamıyor maalesef, ki yoğun bakımda o kadar önemlidir ki yoğun bakım endikasyonu koyarken mesela bunu yapıyoruz, belki bu da şeydir. Hastanın o anda yoğun bakım ihtiyacını elle tutulur bir şekilde ispatlayamıyorsun yani. Ama benim öyle bir hastam vardı. Yani uzmana şöyle dediğimi hatırlıyorum, abla bu hastanın yoğun bakım ihtiyacı yok. Yani ventilatör ihtiyacı yok, kan gazı iyi, şusu iyi busu iyi ama abla içime bir his doğuyor, biz bu hastayı yoğun bakıma alalım. Hakikaten dedi ki o zaten yaklaşımla çok şey bir kadındı. Eğer içine öyle doğuyorsa hiç tereddüt etme al hastayı yoğun bakıma ve hasta yoğun bakımda sonradan vefat etti zaten. Yani kadında neler neler çıktı altından, işte kapak yetmezliği çıktı, bilmem şusu çıktı, busu çıktı. Kadın tanı alamadan vefat etti zaten. Akut amiloidoz düşündüren bir tablo vardı ki o da sadece otopsi ile tanısı konulan bir şeymiş. Otopsi de yapılmadı kadına hani aslında o da belirleyici oluyor ama bana hala daha sorsalar, bu hastayı niye yoğun bakıma aldın diye [gülüyor] hala söyleyebileceğim bir şey yok yani hakkaten içime doğduğu için ve

biraz yoğun bakım tecrübesi olan insanlar bunu çok önemsiyorlar. Yani o içine doğan şey aklına takılan içine sinmeyen bir şey varsa asla görmezden gelme ve mutlaka üstüne git diye. Ama tabi bunun dediğim gibi yasal bir karşılığı yok. (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 98-99)

“Ancak rehberler genelde hasta pratiğine geçtiği zaman biraz hekimliğin hani sanatını hani biraz konuşturmak gerekir. Bu durumda da hastaya özel biz düşünüyoruz. Yani rehberler belki şey hani biraz yönlendirebiliyor bizi. Ama genel anlamda her hastaya özel düşünüyoruz.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum35)

İki hekim ise endikasyon belirleme süreci içerisinde bazen arada kalan hastaların olabileceğinden bahsetmişlerdir:

“Yani hasta mağdur olmaz ya bir şekilde, ama hangi hastalarda sorun olabilir. Mesela yoğun bakım ihtiyacı aradadır. Hastayı tam servise de veremez acilci, biz de deriz ki bu hasta bizlik değil, servis de bizlik değil der. O hasta biraz arada kalır. Yani bu genelde kimler olur? Hipotansif diyaliz hastaları olur mesela acilde biraz daha fazla takip edilir bu hastalar. Çünkü biz orada deriz ki ya diyalize girsin toparlar bu hasta. Yani yerimiz yoksa mesela, hastayı acilde takip edilebilecek hastalığı biraz daha geç alırsız.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 30)

“Şöyle yani bazen tam net belli olmuyor. Hani kaçınıcı basamak yoğun bakım ihtiyacı oldu. Bazı hastalar hakikaten serviste takip edilemeyecek atıyorum işte ikinci basamak yoğun bakımda birinci basamak yoğun bakım ihtiyacı olan hasta olabilir. Ama hani bu tip yoğun bakım sayısı daha az olduğu için hastanelerde genelde üçüncü basamaklar açık oluyor. O konuda bir anlaşmazlık olabilir. Yani hasta üçüncü basamak değil ama servis de değil öyle bir durumda, hani serviste bekleme işte durumu olabilir yine ASKOM’dan yer aranması gerekir. Eğer serviste bekleyemeyecek gibi bir durumu varsa genelde hani EK3 gibi bir belge doldurulup 112’den uygun yoğun bakım yeri bulması bekleniyor. Eğer hani böyle bir yoğun bakım yeri bulunamıyor, hasta git gide daha kötüleşti, gerçekten üçüncü basamak yoğun bakım ihtiyacı olduğu zaman bekletmeden zaten yer varsa yine yoğun bakıma sevki yapılıyor hastanın.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 16)

Bu işleyiş içerisinde üç hekim bazen tıbbi olmayan faktörlerin de yoğun bakıma hasta kabulüne etki edebildiği belirtmişlerdir. Burada D1’in bazen endikasyon olmamasına rağmen yoğun bakıma eğitim amaçlı hasta alınabildiğini söylemesi dikkat

çekmektedir. Endikasyon olmadığı halde, hastaya bu konuda herhangi bir bilgilendirme yapmaksızın yoğun bakıma sadece eğitim amaçlı hasta yatırılması hastanın araçsallaştırılması ihtimalini doğurmaktadır. Küçük bir şehirde eğitim sırasında yeterli sayıda ve çeşitte vaka görememe ihtimali hocaları bu şekilde bir çözüm bulmaya itmiş olsa da bu durum etik açıdan problemlidir.

“Tabi burada personel sayısı çok önemli, çünkü çok yakın ve sıkı takip yapıyoruz. Yani yoğun bakımda o gün çalışan hemşire sayısına göre yatak doluluk oranları belirlendiği oluyordu. Tabi bu rutin uygulama değil. Oradaki hasta sayısını karşılayacak personel sayısı oluyor zaten, ama bu da göz önünde bulunduruluyor. (...) Bazen de şöyle bir durum oluyor. İlginç bir vaka geldiğinde, eğitim amacıyla asistanlar bu hastayı görsün diye yatak sayısı uygunsa hasta kabulü yapıldığı da oluyordu.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 14)

4.1.1.4. Direnç Gösterilen Hastalar

Yoğun bakıma alım süreçleri içerisinde bazı hastaların alımına direnç gösterildiği dört hekim tarafından ifade edilmiştir. Direnç gösterilen hastalar ise yaşlı ve komorbid hastalar, borderline olarak nitelendirilen umutsuz ve unstabil hastalar ya da hasta beyanının güven vermediği örneğin bir ilaç zehirlenmesi durumları olarak örneklendirilmiştir. Her ne kadar sadece dört katılımcı bu konuya değinmiş olsa da unstabil ve komorbid hastaların yoğun bakıma alınma durumları beyhude tedavi bağlamında önemli olduğu için ayrı bir kod olarak sınıflandırılması uygun görülmüştür. Beyhude tedavi bağlamında konuyu ayrıntılandırmaya yönelik soruların olduğu bölümlerde, diğer katılımcılar tarafından da beyhude tedavi özelinde buradaki ifadelerle paralel anlatılar yapılmıştır. Burada hastaları tarif ederken “beklentisi düşük” ifadesinin görüşmelerin beyhude tedavi ile ilgili bölümde (Bkz. Bölüm 4.2.2.) beyhudelik jargonu olarak in-vivo kodlandığından ayrıntılı bahsedilecektir.

“Mesela ben dahiliyede çalışırken anestezi yoğun bakıma vermek istediğim hastalarda verebildiğim çok nadir olmuştur. Çünkü çok yaşlı, işte beklentisi düşük... Kendi planlı hastaları oluyor, post op yoğun bakım cerrahi hastaları olabilir, travmalar olabiliyor. Bir tek onlar daha ön planda olurdu açıkçası. Bazen o konularda biraz sıkıntı yaşadığımız oluyordu ama hani onlar da normal sıkıntılar yani normal olası şeyler.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 18)

“Kardiyoloji ya da göğüste çok yaşıyoruz bunu, hasta arrest oluyor, müdahale ediliyor, geri döndüğünde mesela, yoğun bakıma aldığımızda yarım saat, birkaç saat sonra, o hasta yeniden arrest oluyor, CPR yapılıyor ama ex oluyor. Bu süreç alışkın olduğumuz bir şey olduğu için, bu tür hastalara da direnç oluyor. Mesela ağırdan alınıyor, onu hissediyorsun. Böyle unstabil hastalara bir direnç oluyor.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 49-50)

“Ya işte şey olabiliyor mesela. Bu işte ben der 100 tane şu ilaçtan aldım, aslında almamıştır. İşte 100 tane Beloc içtim der mesela. Sen içse olmayacağını da biliyorsundur ama hasta içtim der bunu beyan eder. Mecburen bu hastayı midesini yıkayıp, yoğun bakım alırsın.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 62)

4.1.2. Triyaj

Triyaj kavramının yeterli kaynağın olmadığı durumlarda hangi hastanın tedavi imkanından yararlanacağını belirlenmesi amacıyla hasta seçme işlemini ifade ettiğinden Bölüm 2.3.10’da Triyaj – Olağanüstü Hallerde Karar Verme başlığı altında bahsedilmişti. Ancak Türkiye’de triyaj kelimesi normal zamandaki işleyiş içerisinde örneğin acilde hastaların aciliyetine göre kategorize edilmesi ya da yoğun bakıma alım süreçlerinde seçilmesi anlamlarında kullanıldığı görülmektedir. Görüşmeler sırasında da hekimler yoğun bakıma kabul süreçlerinin anlatılması istendiğinde triyaj kavramı bağlamında anlattıkları görülmüştür:

“Ya aslında bu triyaj yoğun bakıma hasta kabulünden bahsediyorsun.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 13)

“Şimdi yoğun bakımlarda biliyorsunuz boş yatağı 112 görüyor ve zaten bir boş yatağa hasta yatırma şeyleri var, inisiyatifleri var. Genelde böyle işliyor. Ama bunun dışında acil veya bir serviste hasta olduğu zaman bizim için en önemli konulardan birisi üçüncü basamak yatağa ihtiyaç var mı? Her şeyden önce bu. Eğer triyaj yapmak gerekirse iki hasta arasında. Yani o da genellikle triyaj kurallarına uygun olarak bunu yapıyoruz. Nedir işte, hangi hastanın yaşam şansı daha fazla, hangi hasta bundan daha çok yararlanır gibi kriterlere bakıyoruz biz. (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 14)”

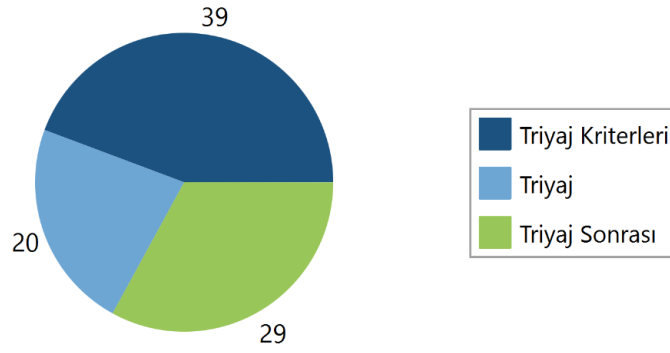
Burada kavramın kullanımı ile ilgili ülkemizde bir anlam değişikliği olduğu yorumunu yapmak mümkün olmakla birlikte, Türkiye’deki yoğun bakımların yoğunluklarından dolayı normal zamanda bile hekimlerin kendi ifadeleriyle “fayda

sağlanabilecek olan hastanın” belirlenmesi için hasta seçmek durumunda kaldıkları da iddia edilebilir. Çalışmada triyaj kelimesinin hangi bağlamda anlamlandırıldığının tespitinden sonra farklı bir boş yatağa iki hastanın aynı anda gelmesi ve tüm yataklar doluyken iki hasta gelmesi senaryoları üzerinden triyaj süreçleri analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda triyaj kategorisi altında triyaj kriterleri, triyaj süreçleri ve triyaj sonrası kodları bulunmaktadır. Triage süreçlerinin nasıl işlediğine dair sorulara küçük bir şehirde hekimlik yapan D1 hariç tüm hekimler cevap vermiştir. D1 ise böyle bir durumla hiç karşılaşmadığını belirtmiştir. Katılımcıların "Triage" kategorisi hakkında ifadelerinin belge temelli frekans tablosu Tablo 4-4'te gösterilmiştir.

Tablo 4-4 Triage kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Triage	Belgeler
Triage Kriterleri	10
Triage Süreçleri	10
Triage Sonrası	10
Kodlanmış Belgeler	10
Kodlanmamış Belgeler	1
Analiz Edilen Belgeler	11

Kodların kodlanma sıklıkları ise 39 kodlama ile triyaj kriterlerinde yoğunlaşırken, sonrasında 29 kodlama ile triyaj sonrası sürecin nasıl organize edildiğini içeren triyaj sonrası kodu ve devamında ise farklı durum ve bağlamdaki triyaj süreçlerinin açıklandığı triyaj süreçleri kodu 20 kodlanma ile gelmektedir. Triage kriteri kategorisinin kodlu bölüm frekansları ise Şekil 4-7'de gösterilmiştir.

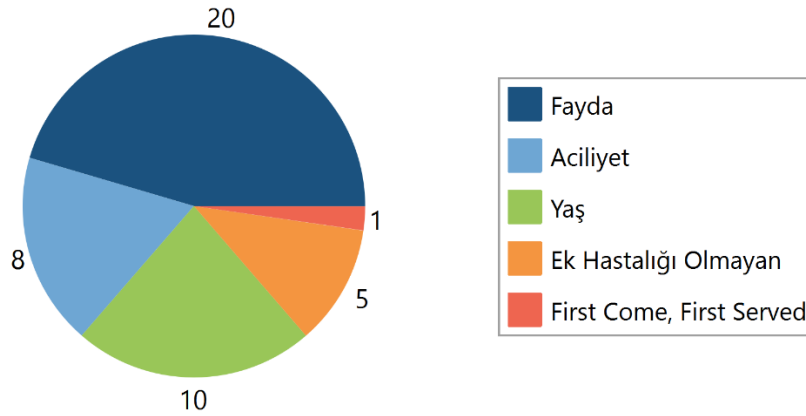


Şekil 4-7 Triyaj kodunun kodlu bölüm temelli frekans tablosu

4.1.2.1. Triyaj Kriterleri

Triyaj kriterleri konusunda katılımcılar beş farklı kritere değinmişlerdir. Bu kriterlerin kodlu bölüm temelli frekans grafikleri Şekil 4-8’de gösterilmiştir. Kriterler arasında dokuz hekim tarafından değinilen ve en sık tekrarlanan kriter fayda (20) kriteri olmuştur. Sonrasında ise hastanın yaşı (10), aciliyeti (8) ve ek hastalığının olup olmadığı kriterleri (5) gelmektedir. Hastaların durumlarının benzer ve farklı olduğu farklı senaryolar üzerinden triyaj süreçlerinin örneklendirilmesi istenildiği için, bir hekim hastaların yaş, hastalık hikayesi ve yoğun bakım ihtiyaçları doğrultusunda her şeyi ile aynı olduğunda, ilk gelen hastayı yoğun bakıma aldığını belirtmiştir. “Fist come, first served” alt kodu literatürdeki klasik anlamı bağlamında değil, bu ifadeye karşılık olarak verilmiştir:

“Ama her şey birebir aynıysa, yani 60- 65 yaşındaki az önce verdiğim örnek, ikisi de solunum sıkıntısı altında ikisinde takip ettim, ikisi de toparlamadı, hangisi önce başvurduysa onu alırız. Hangisinin konusu daha önce geldiyse onu alırız.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 19)



Şekil 4-8 Triyaj kriterlerinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Triyaj kriteri olarak fayda alt kodu bağlamında ağırlıklı olarak tıbbi bakımdan hastaya fayda sağlanabilecek olan durumlar kastedilmiştir. Buna ek olarak “*beklentisi yüksek*” olan hastaların alındığı ya da fayda görülebilirliğin belirlenmesinde kâr-zarar dengesine bakıldığı da ifade edilmiştir. Aynı zamanda yoğun bakım basamaklarının farklı olması ve aynı basamak yoğun bakımlar arasında özellikle diğer branşlarla birlikte takip edilmesi gereken hastalar için hastane donanımının farklı olabileceğine dikkat çekilip, hastane donanımı ve yoğun bakım seviyesi açısından faydalı olunabilecek hastanın seçilmeye çalışıldığı ifade edilmiştir. Ek olarak hiçbir şekilde ayrımcılık yapılmadığı sadece bir katılımcı tarafından açıkça ifade edilmekle birlikte, diğer katılımcıların tamamı da triyaj süreçlerinin tıbbi veriler doğrultusunda hasta ve hastalık özelinde yapıldığını vurgulamışlardır.

“Bu konuda da gayet de herhangi bir dış faktörlere bağlı kalmaksızın hastanın herhangi bir işte din, yaş, mensubiyet, yani onlara hiç girmeden gerçekten yoğun bakımda fayda göreceğine inandığımız hastalara öncelik veriyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 19)

Katılımcıların “triyaj kriteri: fayda” alt koduna dair ifadeleri:

“Birincisi hangi hastanın daha fazla fayda göreceği öngörüsü oluyor. İkincisi aciliyet durumu birbiriyle benzer olan hastalar arasında fayda görme ihtimali yüksek olan hasta, en azından bizim açımızdan yani üçüncü basamak yoğun bakım işleten ve hakikaten bu anlamda donanımını israf etmeden kullanması gereken kurumlar için söylüyorum.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 26)

“İlk amacımız bizim hayat kurtarmak yani faydamız dokunacaksa almaya çalışırız.” (Konum 20) (...) Ama tabi ilk hedefimiz bizim kime önce faydamız dokunabilecek, kime daha fazla... Mesela iki hasta vardır mesela, sen dokunmasan da yaşayacaktır, tamam mı bir tanesi ölecektir. Önce dersin ki o ölecek olanı bir kurtarmaya çalışalım. Ama ikisi de ölecektir. Bu sefer yani tamamen ihtimali üzerine, hangisini kurtarabileceksek ona şey yaparız bu durumda yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 24)

“Mümkün mertebe faydamızın daha çok olacağı, hani bizim meslekteki insanların daha uğraştırıcı kabul ettiği ama bizim daha çok fayda verebileceğimizi düşündüğümüz hastaları almaya çalışıyoruz. (...) Bir tane boş yatağım var. Bir tane yüksekten düşme genç hasta var, işte çoklu travması var, göğüs travması, kafa içi travması bir de mesela işte 70 yaşında, terminal dönem kanser hastası olan hasta. Hani böyle bir durumda genç hasta üzerine daha çok şey yapıyoruz, tercihimizi yapıyoruz.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 12)

“Şimdi diyelim ki iki yatağımız var, üç dört tane hasta var. Ne yapıyoruz? Şimdi burada triyajda zaten biliyorsun farklı kavramlar vardır. İşte ilk gelen, en ağır olan gibi, işte sosyalliği öne koyanlar olabilir ama biz ne yapmaya çalışıyoruz gerçekten fayda görecektir olan, yani yoğun bakımdan fayda görecektir olan yani 40 yaşında bir tümör hastası var, terminal dönem hasta; 68 yaşında bir KOAH hastası var diyelim. Şimdi ben burada 68 yaşındaki KOAH hastasını birinci sıraya alırım. Çünkü biz o hastaya faydalı olabileceğiz, çünkü KOAH hastalarındaki tedavi yöntemlerimizle hastaları yoğun bakımdan çıkarma oranımız yüksek. O nedenle 40 yaşındaki terminal genç hasta yerine ben KOAH hastasını alırım. Yani bizim önceliğimiz yoğun bakım kaynaklarından, olanaklarından fayda görebilecek hastadır, o şekilde bir sıralama yapıyoruz.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 21)

Hekimlerin “triyaj kriteri: yaş” alt koduna dair söylemleri genel olarak faydalı olma kriterinden sonra zikredilmiştir. Hastaların yoğun bakım ihtiyaç durumları aynı olduğu durumlarda genellikle genç hastaların tercih edildiği görülmektedir. Yaşlıların çoğunlukla arka planda başka hastalıklarının da olması ve yaş itibarıyla de verilecek tedaviye gençler kadar iyi yanıt veremeyecekleri düşünülmektedir. Burada yaşlılığın direkt olarak yoğun bakıma kabulde dezavantaj olma durumundan ziyade yaşlılığın direkt olarak komorbidite, ya da kanser, demans, Alzheimer gibi hastalıklar ile ilişkili

düşünülmesi problemi bulunmaktadır. Sonuç itibariyle sağlıklı ve hiçbir ek hastalığı bulunmayan yaşlılar da bulunmaktadır. Yaşlılığın bu şekilde anlamlandırılması, yaşlılara karşı ayrımcılık oluşturma riskini taşımaktadır. Buna karşın yaş faktörünün kendisinin bağlamdan bağımsız kriter olarak kabul edilmemesi bu riski azaltmaktadır. Katılımcıların “triyaaj kriteri: yaş” alt koduna dair ifadeleri:

“Üçüncüsü yaş tabii ki belirleyici bir faktör oluyor burada. Yani genç hasta daha her zaman öncelleniyor yaşlı hastaya göre.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 26)

“Genç yani şöyle söyleyeyim, gençten ziyade yani faydamızın dokunabileceği... (Konum 20) (...) Yani seçmek zorunda kalınırsa, seçilen genç olur.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 24)

“Eğer haricinde ciddi bir beklenti farklı olması durumunda benim ilk söylediğim örnekteki gibi. Hani biri çok genç ve ciddi fayda görme olasılığı olan, diğeri yaşam beklentisi belki biraz daha az olan hastada beklentinin daha yüksek olduğu hastaya yöneliyoruz.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 19)

“Ama tabi şöyle bir durum var böyle bazen tatsız durumlar da oluyor. Biz de istemiyoruz, kim ister? İşte yaşlı bir hasta geliyor, işte kanser hastası son dönem... Genç bir hastaya ya da başka bir hastaya yani bir fayda sağlayabilirsin.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 20)

“Bununla da aynı düzeyde olan hasta varsa daha genç olanı daha az risk faktörü olanı seçtik.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 19)

Katılımcıların “triyaaj kriteri: aciliyet” alt koduna dair ifadeleri:

“Özellikle travma hastasıysa ve işte böyle hemen ameliyat edilmesi lazımsa, çok zaman kaybetmeye, böyle tahammülü olmayan durumlarda, onları genelde öncelikle alırız.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum19)

“En acil olanı hemen alırdık ama öbür hasta için biraz burada şu şu şu tedavileri uygulayın deriz.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 21)

Burada bir katılımcının aciliyet durumunu sadece tıbbi aciliyet bağlamında kullanmayıp, tıbbi bir işlem sırasında oluşan ani bir duruma karşı yakınlarının hazırlanması ve o hastanın acil olarak yoğun bakıma alınması gerekliliği için sosyal endikasyon bağlamında kullandığı görülmüştür:

“Ya da ne bileyim bu hastalardan bir tanesi ameliyatta beklenmedik bir durum oldu, hasta çok kötü olsa da o hastayı da alırım. Çünkü burada beklenmedik bir durum söz konusu, çok faydam olamasa da hasta yakınlarının biraz zamana ihtiyacı olduğunu düşünürüm; bu durumu kavrayabilmeleri için. Çünkü hastaları ameliyata giriyor işte hiç öyle bir sonuç beklemiyorlar ama sıra dışı bir olay oldu. Hastaları çok kötü, belki de kaybedilecek yine de o hastayı da yoğun bakımı alırım. Hasta yakınları sırf zaman kazansınlar diye.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 21)

Katılımcıların “triyaaj kriteri: ek hastalığı olmayan” alt koduna dair ifadeleri:

“Yani genç, ek hastalığı olmayan daha onlar seçilir.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 24)

“Ya açıkçası beklentisi daha yüksek olan hasta benim açımdan daha öncelikli. İşte son dönem kanser hastası diyelim, yaşlı işte ya da bazen şey oluyor çok ileri derecede Alzheimer hastası olup işte demansif, işte PEG’den beslenen, işte aspirasyon pnömonisi, sepsis gibi vakalar oluyor. Hakikaten fayda görmeyecek bakım hastalarındansa yaş olarak daha genç belki beklentisi yüksek atıyorum travma olabilir. (...) Terminal dönem kanserden bahsetmiyorum, daha beklentisi yüksek olan ve hani tedavi edilebilitesi yüksek olan hastalıkları olan hastalar daha ön planda. (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 21)

“Mesela altta yatan kanserdi, kronik hastalığı serebrovasküler olayı olan hastaları hani biraz daha ötelemek zorunda kaldık.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 19)

4.1.2.2. Triyaaj Süreçleri

Yoğun bakımların yoğunluğundan dolayı, normal süreçte de hasta alımları için triyaaj yapılma durumu olduğundan bir önceki bölümde bahsedilmişti. Hasta seçimi yapılması sistem içerisinde yönetilebilir bir kriz olarak görülmekte ve bu yoğunluk sorununun genellikle hastanın sevk edilmesiyle çözüldüğü belirtilmektedir. Bu durum Bölüm 4.1.3.2.’de Yönetilebilir Krizler başlığı altında ayrıntılı tartışılmıştır. Bu bölümde ise triyaaj süreçlerinin yönetilebilir krizler olmaktan çıktığı durumların olup olmadığı soruşturulmuştur. Bu bağlamda görüşmeler sırasında triyaaj süreçlerinin koşulların değişmesiyle çeşitlilik gösterip göstermediğinin sorgulandığı bölümlere odaklanılmıştır. Triyaaj süreçlerinin her zaman şeffaf yönetilip yönetilmediği, bütün yatakların dolu olduğu durumlarda ya da pandemi, terör saldırısı gibi farklı olağanüstü koşullardaki triyaaj

süreçlerinin nasıl olduğunun ve farklılıklarının neler olduğu araştırılmıştır. Bu bağlamda katılımcılar siyah kod verilmesini gerektiren deprem, doğal afet ve terör saldırısı gibi durumlarda acil ve çok sayıda hastanın yoğun bakım ihtiyacı olduğu durumlar oluşabildiği için, daha zorlu ve ani triyaj kararları verilmek zorunda kaldıklarından ve sürecin yönetilebilir olmaktan çıktığından bahsetmişlerdir. Normal süreç içerisinde ise şeffaflık yönünden problemler barındıran “örtülü triyaj” uygulamasının bulunduğu üç katılımcı tarafından ifade edilmiştir:

“Şimdi benim gördüğüm şu var hekimlik pratiği içerisinde. Uzun yıllardır sisteme entegre olmuş bir triyaj sistemi var zaten. Bunun ismini koymasak da var. (Konum 22-23) (...) Özellikle İstanbul’da çalıştığım dönemde hem zaten bu defa kabul eden tarafta değildik, genelde gönderen taraftaydık. Yani seçerek bazen gönderdiğimiz oluyordu.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum66)

Ayrıca bütün yatakların dolu olduğu durumlardaki triyaj uygulamasının kısıtlı da olsa yatağın mevcut olduğu durumlardan anlayış olarak farklılık içermediği, ex-post triyajın kesinlikle yapılmadığı belirtilmiştir. Buna karşın bütün yatakların dolu olduğu durumlarda “Acaba yoğun bakımda yer açabilir miyiz?” sorgulamasının daha sık yapıldığı ve yoğun bakımdan çıkacak duruma tam olarak gelmese bile kısa bir süre içerisinde çıkması muhtemel hastanın yakın takiple servise alınabileceğinden bahsedilmiştir. Bu durumun organize edilebilmesi için hastanın çıkarılacağı servisle ilişkilerin iyi olması önem taşımaktadır. Ayrıca yoğun bakım ihtiyacı net bir şekilde sonlanmamış bir hastanın serviste yakın takiple gönderilmesi, yoğun bakım hekiminin almak zorunda bırakıldığı risk içeren bir sorumluluk olduğu görülmektedir.

“Bütün yataklar doluyorsa, hani eğer çıkabilecek hasta varsa biz onu hani servise ya da çıkma ihtimali olan hastalar oluyor, onları servise ya da taburcu edip işte o diğer hastaları almayı taahhüt ediyoruz yani. Çıktığı zaman onun için hemen hızlandırıp onu alıyorum.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum25)

“Çıkma potansiyeli olan serviste takibi mümkün olan bir hastamız varsa onu çoğunlukla servise transfer ediyoruz. Ve hatta dönem dönem servise çıkartıp da aktif olarak bir hafta boyunca serviste kendi odasında takibe devam ettiğimiz hastalar da oluyor.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 23)

“Ya şöyle, eğer yoğun bakımdan hızlıca çıkabilecek transfer olabilecek üçüncü basamak ihtiyacı yok ama hani atıyorum hafta sonudur, bekliyordur, pazartesi çıkacaktır

falan öyle bir durumda onu hızlandırmayı organize etmek lazım. O tip hastalar içinde işte ilgili branşlarla biraz daha hani iletişimin iyi olması lazım. Hafta sonu atıyorum ya da nöbet şartlarında kabul edecek olan doktorlar biraz defansif olabiliyor. Ama hani gelecek olan hastanın durumu anlatıldıktan sonra çok sıkıntı yaşayacağımız bir durum olmuyor açıkçası.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 25)

“Şunu söyleyeyim, tek yatağımız olduğunda da birden fazla yatağımız olduğunda da değerlendirmenin bir kısmında “Acaba yer açabilir miyiz?” kısmı da var. Yani geriye dönük yoğun bakımdaki hastalara bakıp acaba yer açılabilir mi diye tekrar bir değerlendirme yapılıyor. Acil durum senaryoları bunlar çok daha hızlı işliyor. Tabi bir risk alıyorsun yani yoğun bakım takibi devam eden bir hastayı yoğun bakımdan çıkarmak da bir risk nihayetinde.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 30)

Ek olarak bütün yataklar dolu olduğunda yoğun bakım hekimleri açısından yapılacak çok da bir şey olmadığı ve sevk organizasyonundan danışan hekimin sorumlu olduğu belirtilmiştir:

“Yani bütün yataklar dolu olduğunda aslında kafamız biraz daha rahat oluyor. Yapabilecek bir şey olmuyor çünkü yani kabul edebileceğimiz hasta olmuyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 30)

İki katılımcı olağanüstü durumlarda, özellikle geçmişte yaşanmış terör saldırıları ya da darbe girişimleri sırasında verilen siyah kod durumlarına dikkat çekmişlerdir. Burada terör eylemleri ile pandemi sürecinin çok ayrı şeyler olduğu vurgusu, olağanüstü hal diye ifade ettiğimiz durumların da kendi içerisinde kategorize edilmesi gerektiğini göstermektedir. Konuya dair katılımcıların ifadeleri ise şu şekildedir:

“Acil durumlarla ilgili şeyse işte bütün yatakların dolu olduğu ya da çok hızlı işte boşaltılması gereken şeyler. İstanbul’da bunlar genelde terör eylemlerinden sonra oluyor. Bundan birkaç sene öncesinde biraz daha sık yaşıyorduk. Açıkçası bu Beşiktaş patlaması, havalimanı, Reina vs işte emniyetin saldırıya uğraması derken, eskiden daha sıkı. Tabi Covid-19 ile bunlar çok ayrı bir şey.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

“Ama mesela bizim işte 15 Temmuz’da İstanbul’da özellikle şahit olan arkadaşlar olmuştu. Yani seçmek zorunda kalmışlar, seçilen genç olur.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 24)

4.1.2.3. Triyaj Sonrası

Trijaj sonrası işleyişte üç ihtimal ön plana çıkmaktadır. İlk olarak hastanın ciddi bir aciliyeti yoksa danışan hekim hastanın başka bir hastanedeki yoğun bakıma sevkini organize etmektedir. Katılımcıların tamamı hastanın mağdur olmayacağını ve bir şekilde yerin mutlaka bulunacağını belirtse de sevk organizasyonunda kaybolan zamanın hasta için bir dezavantaj olduğu aşıkardır. Özellikle acilden başvuran hastalar için yer olmadığında bu ihtimal değerlendirilmektedir. Ama hasta hali hazırda hastanede serviste yatıyorsa, takipli bir hastanın başka bir hastaneye sevkini önlemek adına hastane içindeki diğer branşlara ait yoğun bakımlarda yer aranması ihtimaline başvurulmaktadır. Bu ihtimal acilden başvuran hastanın acil yoğun bakım ihtiyacı olduğunda da değerlendirilmektedir. Üçüncü bir ihtimal ise yoğun bakımın dışında hastaya yoğun bakım hizmetinin verilmesidir. Bu acilin yataklı bölümünde olabileceği gibi hastane içerisinde herhangi bir uygun yerde kayıt dışı yoğun bakım hizmeti şeklinde de olabilmektedir. Burada hekimlerin sistemin açığını kapatmak adına tamamen kendi inisiyatiflerini kullanmakta oldukları unutulmamalıdır.

Hastane içi imkanların kullanılmasına dair katılımcıların ifadeleri:

“Şimdi şöyle hastanemizde sadece üçüncü basamak, iki tane yoğun bakım var. Yatak kapasitesine göre birbirine transfere yönlendiriyoruz. Hani bizde yer olmadığında diğer yoğun bakıma danışılması şeklinde bir görüş bildiriyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 21)

“Ve diğer hasta da işte bizim hastanemizde diğer yoğun bakımlarda yer varsa zaten oraya gönderilir.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum19)

Yoğun bakım dışında yoğun bakım desteğinin ya da hizmetinin verilmesine dair katılımcıların ifadeleri:

“Hani tüm acillerde böyle mini bir şey alanı var, yoğunbakımlaştırılan bir alan var. Orada ventilatör var, yakın takibi için cihaz ve personeli var vs ama yoğun bakımdaki gibi olmuyor ve kritik de hasta oluyor. Hani kaydedilen hastalar da bu süre zarfında oluyor yani.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum25)

“Şöyle, bizim çok zor durumda kaldığımız oluyor. Eğer acilen yani bir sıkıntı, yapılması gereken bir şey varsa hastayı acile çekiyoruz. Biz acilde acil doktorlarına yardım edebiliyoruz ya da ya da bizim ameliyathane sedyelerimiz var. Ameliyathane

sedyelerimizde biz yoğun bakımda, ara koridorda böyle oradan buradan monitör bulup geçici bir süreliğine, yani hastaya yer bulunana kadar, biz normalde yapmamamız lazım yani. Çünkü o hastaya yapılan her şey cebimizden gidiyor. Yani siz hasta yatırıyorsunuz bir kere yatak yok. Çünkü yani sistemde yatak gözükmüyor ama on yatak var, ama sen on birinci yapmışsın, ona ilaç veriyorsun. Bunlar hep cepten gidiyor. Bunları hiçbir yere kaydedemiyorsun ama biz hasta için bunu yapıyoruz. Sonuçta bizim doktorluğun işte şeyi bu diğer mesleklerden farkı bu. Yani yedek parçası yok, senin çalıştığın şeyin, o bir insan onun için bir dakika bile değerli. (...) Böyle bir durumumuz var ama bu tamamen bizim inisiyatif kullandığımız bir şey, tamamen resmiyette olay budur, yerin yoksa yerim yoktur. Hani şöyle düşün, 40 koltuklu bir otobüse kırk birinciye ara koridora oturtmuyorsun yani. Ama biz inisiyatif olarak bunu bazen yapıyoruz.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 24)

“Hiç yer yok diyelim ve hasta entübe oldu. Öyle bir durumda da hani ek bir yatak çekme gibi bir durumunuz yoksa mekanik ventilatör sayısı yetersizse hani atıyorum, öyle bir durumda entübe bir şekilde serviste beklediği de oluyordu. Özellikle dahiliye hastalarının beklediği genelde oluyordu. Çünkü çok yaşlı, genel durumu kötü, işte beklentisi düşük hastalar oluyor genellikle bunlar, o yüzden yer bulmakta biraz daha sıkıntı olabiliyor bu tip hastalarda.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 16)

“Peki 40 yaşındaki terminal hastayı ne yaparım? (Hasta seçim sonrası yoğun bakıma alınamayan) 40 yaşındaki terminali de şöyle yaparım, yer varsa alırım tabii ki ama yer yoksa şunları sorgularım. Hasta ne durumda öncelikle yani bir serviste ya da acilde, acilin bir odasında menaje edilecek gibi değil. Bazen hasta çok ajite olur, solunum sıkıntısı olur, hasta stresli olur. Bazen de organ yetersizlikleri olur ama hasta o şekilde yatıyordur. Önce bu hastanın durumunu çok iyi sorgulatur, öğrenirim. Sonra hasta yakınlarının bu durumun ne kadar farkında olduklarını öğrenirim. Doktorun ne kadar bilgilendirdiğini öneririm. Çünkü bazen hasta yakınları durumu biliyor. İşte sadece der ki mesela benim hastam daha fazla acı çekmesin der bazı hasta yakını. Bazı hasta yakını da ne gerekiyorsa yapılsın, bilgisizce hani kendini belki rahatlatmak için, bunlar benim için çok önemlidir, bunları hep öğrenmek isterim. Çünkü bazen ben hastaya iyi bir analjezi ile yani iyi bir analjezi sağlayarak hastanın bulunduğu yerde devamını sağlayabilirim.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 21)

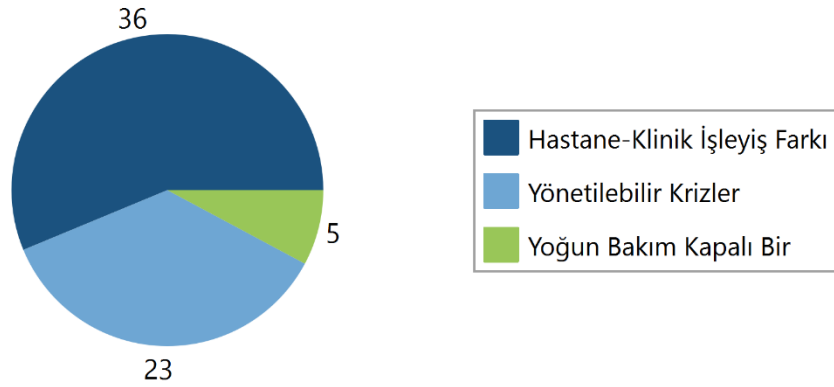
4.1.3. Yoğun Bakım İşleyişi

Yoğun bakım işleyişi kategorisinde yoğun bakımdaki genel işleyiş süreçlerinde ön plana çıkan ifadeler odaklanılmıştır. Bu bağlamda kategori altında hastane-klinik işleyiş farkı, yönetilebilir krizler ve yoğun bakım kapalı bir yer olmak üzere üç kod oluşmuştur. Kodların belge temelli frekans tablosu Tablo 4-5'te gösterilmiştir. Yoğun bakım işleyişinin hastane ve kliniklerin arasında farklılık gösterdiği söylemi bütün katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Yönetilebilir krizler altı, yoğun bakımın kapalı bir yer olduğu koduna karşılık gelen ifadeler ise sadece dört katılımcı tarafından ifade edilmiştir.

Tablo 4-5 Yoğun bakım işleyişi kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Yoğun Bakım İşleyişi	Belgeler
Hastane-Klinik İşleyiş Farkı	11
Yönetilebilir Krizler	6
Yoğun Bakım Kapalı Bir Yer	4
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Kodların kodlanma sıklığı ise Şekil 4-9'da yoğun bakımın işleyiş kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosunda gösterilmiştir. Konulara değinen kişi sayısına paralel olarak burada da en sık tekrarlanan kod olarak hastane-klinik işleyiş farkı (36) kodu olmuştur. Yönetilebilir krizler 24 ve yoğun bakımın kapalı bir yer olduğu ise beş defa kodlanmıştır.



Şekil 4-9 Yoğun bakım işleyiş kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu

4.1.3.1. Hastane-Klinik İşleyiş Farkı

Hastane-klinik işleyiş farkı kodu altında katılımcılar yoğun bakımların işleyişlerinin çeşitli etmenlere göre farklılık gösterdiğini ifade etmişlerdir. Bu etmenler şu şekilde sıralanabilir:

- Yoğun bakım seviyesi
- Yoğun bakım çeşidi
- Hastanenin ya da kliniklerin işleyiş politikaları
- Bulunduğu şehir
- Üniversite ya da eğitim ve araştırma hastanesi olması
- Hastanenin branş çeşitliliği ve donanımı
- Kamu ya da özel hastane olması

Bu faktörlerden yoğun bakım seviyesi ya da çeşidinin işleyişe etki etmesi beklenen bir durumdur. Ama diğer etmenlerin etkilerinin ne boyutlarda olduğu ya da etkisinin olup olmaması gerektiği tartışmaya açıktır. Özellikle yöneticiye bağlı olarak değişen işleyiş politikalarının örneğin palyatif bakımdan yoğun bakıma hasta sevki ya da kabulünün olmaması konusunda olması dikkat çekicidir. Katılımcıların bu kod altındaki ifadeleri şu şekildedir:

- Yoğun bakım seviyesi ve çeşidi: Burada hekimlerin problem olarak zikrettikleri durum, üçüncü basamak hastası olmayıp, daha düşük bir basamakta tedavi edilebilecek bir hastanın üçüncü basamağa kabul edilmek zorunda kalınması.

“Atıyorum, mesela biz anestezi olarak üçüncü basamak olduğumuz için, en ağır durumlara biz baktığımız için, o hastanın yani atıyorum, o üçüncü basamaktaki bir boş yer çok değerli. Oraya gerçekten de kritik hastanın gelmiş olması gerekiyor. İşte dediğim gibi üçüncü basamak gerekmiyor ise biz daha çok ikinci basamağa, birinci basamağa yönlendiriyoruz.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 17)

“Hani kaçınıcı basamak yoğun bakım ihtiyacı oldu. Bazı hastalar hakikaten serviste takip edilemeyecek atıyorum işte ikinci basamak yoğun bakımda birinci basamak yoğun bakım ihtiyacı olan hasta olabilir. Ama hani bu tip yoğun bakım sayısı daha az olduğu için hastanelerde genelde üçüncü basamaklar açık oluyor. O konuda bir anlaşmazlık olabilir. Yani hasta üçüncü basamak değil ama servis değil öyle bir durumda, hani serviste bekleme işte durumu olabilir yine ASKOM’dan yer aranması gerekir.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 16)

- Hastanenin ya da kliniklerin işleyiş politikaları:

“Şimdi her hastanenin yoğun bakım hasta kabulü farklı oluyor. İki farklı şekilde yoğun bakıma hasta kabul edilen şey var, bir kapalı sistem yoğun bakım. Bizde açık sistem yoğun bakım şartları var.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum12)

“Bu uygulama politikası. Eğer gerçekten palyatiflik bir hasta ise hasta palyatiften taburcu olur. Ya da ölüme yakın bir süreçteyse orada vefat edebilir, yoğun bakıma kesinlikle palyatiften hasta gelmez. Bunun kesin kuralı vardır. Yani bu kişisel, yani çünkü çok farklı yerlerde çalıştım. Her hastanenin prosedürleri, uygulamaları farklı.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum47)

- Bulunduğu şehir:

“Şöyle yoğun bakımda yer yoksa bu hastaya uygulama (sevk ya da hastane içi destek kastediliyor) bu arada şehirler arasında farklı hastaneler arasında farklı.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 28)

- Üniversite hastanesi ya da eğitim ve araştırma hastanesi olması

“Bizim yoğun bakım reanimasyon ama genel yoğun bakım yani daha böyle üniversite hastanelerinde bu biraz daha farklı oluyor. İşte reanimasyon yoğun bakım daha ileri seviye hastaların olduğu, işte post-op takip edilen hastalar, işte cerrahinin bütün cerrahi beyin cerrahinin yoğun bakım oluyor genel cerrahinin oluyor. Bizim hastanede tek, yani genel bütün hastalar aynı yere çıkıyor. Adı reanimasyon ama post-op takip ediliyor, ileri dönem hasta da takip ediliyor, çok onun ayrımını yapmıyoruz, palyatif gibi de çalışıyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 12)

- Hastanenin branş çeşitliliği ve donanımı:

“Mesela atıyorum iki tane genç hasta, biri travma hastası, trafik kazası, iki genç düşünün ama biri de kalp krizi. Şimdi benim kalp krizine bulunduğum yerde bir şey yapmam çok olanaksız. Çünkü benim bulunduğum yerde koroner yoğun bakım yok. Adam akıllı anjio yapılmıyor. Adamakıllı kardiyolog gelip uğraşmıyor hasta ile. Ben o zaman, o hastayı ben kendimde tutamam ama o hastanın gerekli tedaviyi alacak yere gitmesi için de her türlü konsültasyon notu olur, birebir doktorla konuşma olur, her türlü yardımı yaparım ama diğer hasta için multiple travma olan hasta için benim her türlü yardımım olabilir. Çünkü cerrahi ekibimiz çok iyi. Anestezi ekibimiz cerrahi olarak tecrübesi çok iyi. Yani o bizde fayda görür ya burada biz onu yapıyoruz.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 20)

- Kamu hastanesi ya da özel hastane olması

“Üniversite hastanesinin korumaya çalıştığı hasta profiliyle bir özel hastanenin korumaya çalıştığı hasta profili çok farklı. Özel hastanelerin bu anlamda yaklaşımları daha farklı olabiliyor. Onların daha farklı kazanç algoritmaları olduğu için daha az yemek, daha çok kazanç yaklaşımları olabiliyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 20)

“Palyatiften hasta yoğun bakıma gitme konusunda hep bir zorluk vardır, yani hep dirençle karşılarız, hastalar alınmak istenmez. Tabi bariz bir şekilde söylenmez ama daha çok bu hastalar özel hastanelerin yoğun bakımlarda yer bulur.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 49)

“O tarz durumda da zaten hasta yakınları ile doğru bir iletişim kurmaya çalışıyoruz ve palyatife yönlendirmeye çalışıyoruz. Hani illa yoğun bakıma gönderilmesi isteniyorsa biz genelde onu şey yapmıyoruz, yani kendi yoğun bakımlarımıza kabul etmiyoruz. Hasta yakınları kendi diyelim, özel hastane ile görüşüyorlar. Oradan kabul

eden bir hekim oluyor ve hastalarını oraya götürebiliyorlar.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum45)

Yukarıdaki ifadelerde altının özellikle çizilmesi gereken durum özel hastanelerin kamu hastanelerinde yer bulamayan ya da yoğun bakım endikasyonu olmadığı belirtilen palyatif bakım hastalarını kabul etmeleridir. SGK anlaşmalı özel hastanelerin palyatif durumda olan hastalara yoğun bakım hizmeti vermesi, sınırlı kaynakların adil dağıtımı açısından son derece problemlidir. Katılımcılar bu konu hakkında açık konuşmaktan imtina etseler de aslında palyatif bakımda olması gereken terminal dönem hastaların, yoğun bakımda çok efor harcamadan uzun süre makinalara bağlı tutulabileceğini ve bunun kişinin ölüm süreci uzatılırken yoğun bakım yatağının dolu olması sebebiyle hastanenin az zahmet ile gelir elde edebileceğinden kayıt dışı görüşmelerde bahsetmektedirler. Bu araştırma kapsamında özel hastanede çalışan herhangi bir hekimle görüşme yapılamadığı ve gözlem yapma imkânı da olmadığı için herhangi bir karşı argüman getirmek maalesef mümkün olmamaktadır. Tezin sınırlılıkları da göz önünde bulundurularak, beyhude tedavilerin uygulanmasında özel hastanelerin kazanç politikalarının göz önünde bulundurulması ve bu konunun gelecek çalışmalarla araştırılması gerekmektedir.

4.1.3.2. Yönetilebilir Krizler

Yoğun bakım işleyişinde karşılaşılan problemler altı katılımcının anlatılarına göre hekimler tarafından yönetilebilir krizler olarak görülmektedir. Yoğun bakımdaki yoğunluktan kaynaklanan yer bulamama sorunun genel itibarıyla hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesiyle çözülebildiği belirtilmişti. Ancak daha önce de değinildiği gibi sevk organizasyonu hastanın o an çok acil yoğun bakım ihtiyacı olmasa bile, hasta için zaman kaybı oluşturmaktadır. Yönetilebilir olarak görülen bu tür sorunların tasvirlerinde hekimlerin çalıştıkları şehirlere göre derece farklılığı olduğu gözlemlenmiştir. İstanbul’da çalışan katılımcılar büyük problemleri dahi işleyişin normal bir parçası olarak anlatırken, İstanbul dışındaki anlatılarda daha küçük sorunlar yönetilebilir olarak değerlendirilmekte ve zaten çok büyük problemlerle karşılaşılmadığı belirtilmektedir. Bu bağlamda en önemli ifade geçmişte İstanbul’da çalışmış, daha sonra farklı küçük şehirlerde çalışma deneyimi olmuş D5’ten gelmiştir:

“İstanbul’da biraz farklı tabi, İstanbul’da ben X hastanesinde çalıştığım dönemlerde yoğun bakıma gönderen taraftaydık orada. Orada üç gün dört gün de

beklediğimiz oluyordu yani, hasta tabi bu süre zarfında kliniği daha kötü olabiliyor, vefat da edebiliyordu. İkiye ayırmak lazım yani, İstanbul ve Türkiye'nin geri kalanı.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum19)

İstanbul dışında çalışan diğer iki katılımcının yoğun bakım yoğunluğu ile ilgili ifadeleri de yukarıdaki tespitle paralellik göstermektedir:

“Yoğun bakımlar genelde nasıl oluyor, genelde boş.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 14)

“Yani şimdi o olaylar bizde çok şükür olmadı.” (Triyaj bağlamında) (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 20)

Burada çalışmanın nitel bir çalışma olması nedeniyle İstanbul ve diğer şehirler arasında yapılan bu karşılaştırmanın bilimsel anlamda söylem gücünün zayıf olduğu unutulmamalıdır. İstanbul dışında kalan şehirlerdeki yoğun bakım işleyişinin de homojen olmadığı, farklı şart ve parametrelere göre İstanbul dışındaki şehirlerde de yoğunlukların ya da farklı sorunların olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karşılaştırmada amaç İstanbul'un nüfus yoğunluğu çok fazla olan bir metropol olmasından kaynaklanan kendine has problemlerinin olduğuna dikkat çekmektir. İstanbul'da çalışan katılımcılar yoğun bakım yoğunluğunun mevsimlere göre farklılık gösterdiğini, kışın özellikle birtakım hastalıkların sayısında artış olduğu için yoğunluk olduğunu belirtmektedirler. Ama bu yoğunluğun da yine manipüle edilebilir olduğunu vurgulamaktadırlar.

“Yaz ve kış arasında bu anlamda çok fark olur. Kışın yoğun bakım yataklarının doluluk oranı çok daha fazladır. Çünkü KOAH alevlenmeler, pnömoniler ve MI'lar çok daha fazla olur. Kışın o yüzden yoğun bakım yatakları daha doludur. İşte 112'nin arayıp elimde 56 tane hasta var, hiçbir yere gönderemiyorum, yeriniz var mı dediği durumlar oluyor kışın. Ama daha acil durumlar olmadığı için bunlar daha yönetilebilir ve daha kolay manipüle edilebilir oluyor. Yani birkaç gün içerisinde bu büyük problem çözülüyor. Acil durumlarla ilgili şeyse işte bütün yatakların dolu olduğu ya da çok hızlı işte boşaltılması gereken şeyler. İstanbul'da bunlar genelde terör eylemlerinden sonra oluyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

Sevkle ilgili yer bulamama problemiyle birlikte yer olsa bile uygun donanımda hastane bulunamamasına da dikkat çekilmektedir. Yani sevk hasta için sadece zaman

kaybı olması bakımında dezavantaj olmayıp, bazen hastalar donanımlı hastaneden daha donanımsız hastaneye gitmek durumunda kalabilmektedirler.

“Sevk edilmek tabii ki dezavantajlı. Sonuçta kritik olan bir hastayı en az böyle bir saatlik bir bürokratik süreç içerisinde sokuyoruz. İşte sevk sistemi içerisinde girdiği zaman 112 yer arıyor, karşıdaki hekimle görüşüyor. İki hekim arasında iletişim sağlanıyor ve hekimler anlaşırsa bu hastanın yoğun bakım ihtiyacı vardır ve bizim hastanemiz de bu ihtiyacı karşılayabilir diye. Çünkü bazen özellikli şeyler gerekli oluyor, mesela nefroloji branşı olan bir yere gitmesi lazım, ya nefroloji branşı da her tarafta olmuyor. Ya da mide kanaması oluyor işte, yine gastroenteroloji uzmanı gerekli, hemen endoskopi yapılması lazım. O tarz durumlarda il dışına olabiliyor. Tabi bu süreci uzatabiliyor. En az bir saat içinde hasta en kısa bir saat içinde, en uzun da birkaç saat sürebilir. Bu süre zarfında tabi gittiğin zamanı kaybetmiş oluyorsunuz. O hasta yararlanamamış oluyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 21)

“Dışarıya sevkte İstanbul şartlarında başka bir üniversite ya da bir devlet hastanesine pek mümkün olmuyor. Hani diyelim ki şu olabilir gerçekten çok şey bir hasta, hani yani gerçekten tedaviden fayda görecektir arada hani bir vakit kaybına kurban gitmesin, bir şey olmasa ne bileyim bildiğimiz yerlerdeki insanları arayabiliyoruz. Hani bu hastayı alır mısın? Ben sonra geri alacağım ya da işte bu hastayı alır mısın, sizin tedavinizden fayda görür şeklinde. Ya da tamamen o anda boş yatak bulunan SGK anlaşmalı özel hastanelerden birine sevk ayarlanıyor.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 23)

“Yani yoğun bakım dediğin zaman çok farklı birikim ve ekipmana sahip yoğun bakımlar var. Üçüncü basamak yoğun bakım var, ikinci basamak yoğun bakım var, bir üniversite hastanesinin yoğun bakımı var, bir devlet hastanesinin yoğun bakımı var. Burada hem ekipman hem personel anlamında farklılıklar var. Haliyle üçüncü basamak bir üniversite hastanesi yoğun bakımında bakılabilecek bir hastayı yoğun bakım yeri olmadığı için daha küçük çaplı bir hastaneye göndermek zorunda kalıyorsun.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

4.1.3.3. Yoğun Bakım Kapalı Bir Yer

Yoğun bakım işleyişinin kapalı bir ortamda olduğu, hasta yakınlarının ve ziyaretçilerin kontrolsüz girip çıkma imkânının olmadığı bir yer olduğu vurgusu sadece dört katılımcı tarafından yapılmıştır. Yoğun bakımın izole bir ortam olması ve hekimlerin bu

duruma yaklaşımları işleyiş açısından önem arz ettiğinden ayrı bir kod altında konu edilmesi uygun görülmüştür. Bu durum özellikle ilerleyen bölümlerde göreceğimiz hasta yakınları ile yoğun bakım hekimlerinin ilişkilerinin şekillenmesinde en önemli rolü üstlenmektedir. Buna ek olarak süreçlerin şeffaf ve suiistimal edilmeden yönetilmesi konusunda da hassasiyet oluşturan bir durum olduğu unutulmamalıdır. Katılımcıların konuya dair ifadeleri:

“Gerçekten buralarda çalışan insanların kapalı kapılar ardında çalıştığı için yani tabi bunun içerisinde söylüyorum, sonuçta her tarafta kamera var, herkes birbirini görüyor, denetim tabii ki oluyor. Fakat kişinin kendiyle baş başa kaldığı zaman vereceği kararlar bazen birçok kimse tarafından farkında olmayabilir.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 80)

“Yoğun bakım aslında o anlamda biraz avantajlı oluyor. Bizde belli başlı ziyaret saatleri var, yakınları geliyor, hastasını görüyor, bilgi veriyoruz. Çoğu zaman içeri de alınmıyor. Ekranda hastanın görüntüsü, canlı gösterildi. Bilgi verilirdi, ekrandan. (...) Hasta yakınları yoğun bakıma girmiyor, görmüyorlar. Yoğun bakım rahat, palyatif ve servis hastalarında sorun olabiliyor.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 62)

“Yoğun bakım temelde kapıları kapalı olan bir ortam. Yani bizim avantajımız o, yoğun bakımın da artısı aslında o, anestezinin genel olarak. Kapıların kapalı içeriye hasta yakını iki kişi olarak alıyorsun. Ve orada bir ekip halinde konuşuyorsun.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 73)

Katılımcıların ifadelerinden yoğun bakımın kapalı bir ortam olması hekimler açısından avantaj ve olumlu bir durum olarak anlamlandırıldığı görülmektedir. Kapalı kapılar ardında çalıştıkları için hekimler hem hasta yakınlarıyla yakın ilişki kurmak zorunda kalmamakta hem de olası bir şiddet ihtimaliyle daha az karşılaşmaktadırlar.

4.1.4. Hasta ve Hasta Yakınları

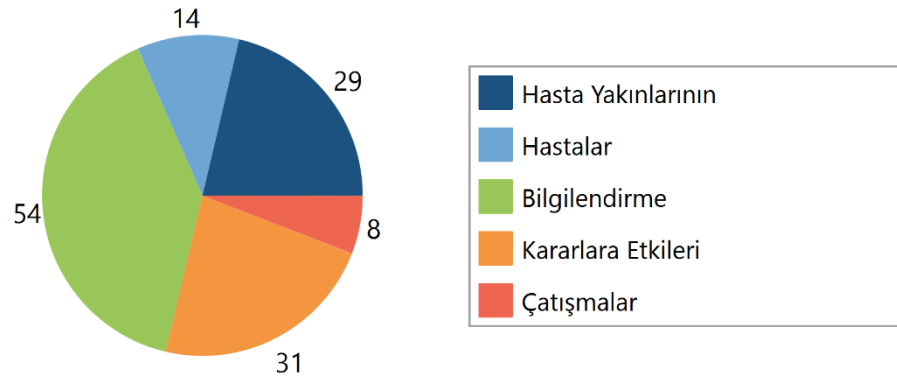
Hasta ve hasta yakınları kategorisi altında hasta ve hasta yakınlarının yoğun bakımdaki işleyişteki rolleri ve özellikle verilen kararlara ne ölçüde etki ettikleri incelenmiştir. Hasta ve hasta yakınları bağlamında sorulan sorularda hekimler genelde muhatap olarak hasta yakınlarının olduğu kabulü ile hastaya değinmeksizin bir anlatımda bulunmaktadır. Hastanın bu süreçteki rolünü ancak bunu öğrenmeye yönelik direkt yöneltilen sorular aracılığıyla öğrenmek mümkün olmuştur. Kategori altında her

katılımcının mutlaka değindiği konu olarak bilgilendirme konusu karşımıza çıkmaktadır. Tablo 4-6’ta hasta ve hasta yakınları kategorisinin belge temelli frekans tablosunda kodlara kaç katılımcı tarafından değinildiği gösterilmiştir. Sonrasında sırasıyla kararlara etkileri kodu on, hastalar dokuz, hasta yakınlarının sınıflandırılması altı ve çatışmalar koduna dört katılımcı tarafından değinilmiştir.

Tablo 4-6 Hasta ve hasta yakınları kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Hasta ve Hasta Yakınları	Belgeler
Hasta Yakınlarının Sınıflandırılması	6
Hastalar	9
Bilgilendirme	11
Kararlara Etkileri	10
Çatışmalar	4
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

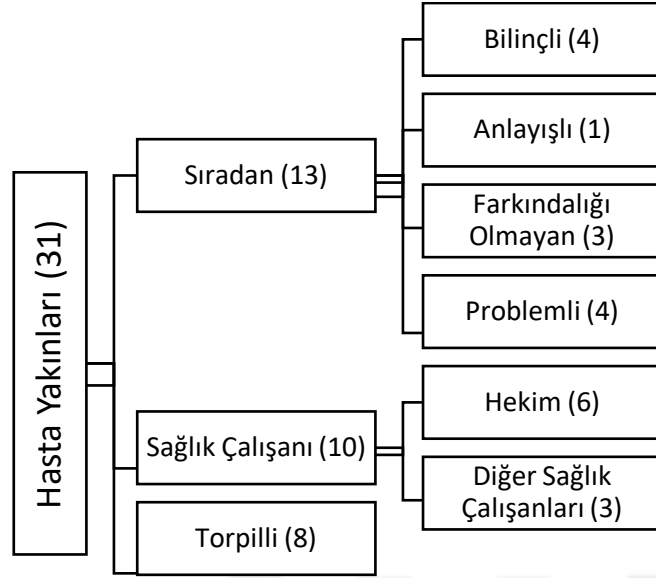
Kodların kodlanma sıklığına göre sıralaması genel olarak koda değinen kişi sayısına paralel olmakla birlikte, bilgilendirme ve hasta yakınlarının sınıflandırılması kodlarının frekanslarının diğer kodlara nazaran çok yüksek olduğu görülmektedir. Kodların geçiş sıklığı, Şekil 4-10’da hasta ve hasta yakınları kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde gösterilmiştir. Kodların kodlanma frekansları şu şekildedir: bilgilendirme kodu 54, kararlara etkileri kodu 31, hasta ve hasta yakınlarının sınıflandırılması 29, hastalar 14 ve çatışmalar 8.



Şekil 4-10 Hasta ve hasta yakınları kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.1.4.1. Hasta Yakınlarının Sınıflandırılması

Hasta yakınlarının sınıflandırılmasına ait ifadeler bazen katılımcılar tarafından bir kategori yaptıklarının bilincinde olarak anlatılmış bazen de konuşma sırasında hasta yakının ait olduğu sınıftan dolayı farklı söylem ya da uygulama yapılabildiği bilgisi verilirken örtülü olarak ifade edilmiştir. Sınıflandırmanın oluşturduğu örüntü Şekil 4-11’de gösterilmiştir. Hasta yakınları ilk olarak sıradan normal vatandaş, sağlık çalışanı ve bir yönetici, siyasi, ünlü ya da zengin bir kişi ya da kişinin tanıdığı olan torpilli grup olmak üzere üç sınıfa ayrılmaktadır. Sıradan vatandaş da hasta yakının özellikle sosyo-kültürel seviyesi ve tavırları temel alınarak bilinçli, anlayışlı, farkındalığı olmayan ve problemleri olarak dört alt gruba ayrılmaktadır. Sağlık çalışanı sınıfı da hekim ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.



Şekil 4-11 Hasta yakınlarının sınıflandırılması

(Parantez içerisindeki sayılar kodlanma sayısını ifade etmektedir.)

Bu sınıflandırma hekimlerin hasta yakınları ile kuracağı ilişkiyi direkt olarak şekillendirmektedir. Sıradan vatandaşın hangi alt gruba ait olduğuna bağlı olarak hekimin karşı tarafla ne kadar paylaşımcı olacağı ve tavrının nasıl şekilleneceği değişebilmektedir. Özellikle torpilli grup ve sonrasında sağlık çalışanları grubu direkt olarak verilen kararların yönünü değiştirecek şekilde etkili olabilmektedirler. Örneğin, yoğun bakım endikasyonu olmadığı halde torpilli bir hasta önlem amaçlı ya da sırf hasta yakınları istedi diye yoğun bakıma alınabilmektedir. Hasta yakınının sağlık çalışanı olması ise daha güçlü bir güven ilişkisinin kurulmasını sağlamakla birlikte, bazı durumlarda sağlık çalışanının yoğun bakımın izole ortamına erişimi olmasından dolayı verilen kararları sorgulamasına ya da müdahale etmesine sebep olmaktadır.

Sıradan vatandaş sınıfına dair ifadeler:

“Bu anlamda sorunlu yakınları olduğu zaman tabi ister istemez hekimlerin de karar verme süreci etkileniyor, etkilenmiyor desem yalan olur.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 72)

“O sıkıntılı hasta yakınları olan hastaların takibinde prosedüre uygun bir şekilde uygulamaya daha da özen gösterdiğimizi söyleyebilirim.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 68)

“Çünkü bu artık özellikle hekimlerde bu bilinç yavaş yavaş oluşuyor. Hani benim hastama artık yapılabilecek bir şey yok ve alın artık evde ya da palyatif merkezde takip edin diyor. Ama daha bundan uzak olan kişiler bu tedavinin verilmesi taraftarı oluyor, öyle söyleyeyim hasta yakınları bakımından. Eğer imkanları varsa özellikle maddi imkanları bunlar mutlaka bunu sağlıyorlar.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 59)

“Hasta yakınlarına şunu ifade ediyoruz, eğer anlayışlı, kooperasyon kurulabilecek hasta yakınları ise ben bunu defalarca söyledim.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 53)

Sağlık çalışanı sınıfına dair ifadeler:

“Hasta sağlık çalışanı yakınıydı, öyle bir hastada bunu göze alabilirsin ama sağlık çalışanı olmadığı zaman tabi yasalar bizi korumuyor bu anlamda. (Yaşamın sonunda yeni tedavilere başlanılmaması bağlamında)” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 64)

“Benim dedem 90 yaşında. Ha bu arada tabi muhabbet muhabbeti açıyor. Ben mesela, bir dedem vefat etti üç dört sene önce ben yoğun bakıma yatırmadım.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 38)

Torpilli sınıfına dair ifadeler:

“Bazen istisnai durumlar ne olabilir ne bileyim proftur, birinin tanıdığıdır...” (Konum 49) (...) Diyelim orada tanıdığı hoca var, ya da birisi, onun talebi ya da yardımıyla hasta yoğun bakıma alınabiliyordu.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 70)

“Hocanın yakını olabilir veya hastanenin yönetiminden tanıdık birilerinin yakını olabilir. Bizatihi onların ricası ile ya da takip amaçlı yoğun bakıma yatırdığımız, halbuki yoğun bakım endikasyonu oluşturmayan hastalar oluyor.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 14)

“Yoğun bakımdan en fazla fayda görecektir hasta ön plandayken o işte hiçbir fayda görmeyecek, terminal ya da çok yaşlı bir hastanın hani evinde bile rahatlıkla vefat edebilecek bir hastayı sırf işte bilmem kimin yakını diye, bilmem ne milletvekilim bilmem ne hocanın yakını diye yoğun bakıma aldırması çok sıkıntı yaratıyor bize.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 74)

4.1.4.2. Hastalar

Katılımcıların bu kod altındaki ifadeleri hastaların yoğun bakımda ya da yoğun bakım süreçlerinde genellikle iletişim kurulacak durumda olmadıkları noktasında yoğunlaşmaktadır. Hastanın bilinci açıkken zaten yasal olarak onamının alınabilmesi için gerekli bilgilendirmenin yapıldığı, ancak çoğu zaman hastanın iletişim kurabilecek durumda olmadığı belirtilmiştir.

“Şimdi genelde biz hasta yakınlarına, hastanın yoğun bakıma gelişi çok kendisine sorularak getirilmiyor ya bilinci kapalı oluyor ya uykuya eğilim oluyor ya nefes darlığı oluyor ya sıkıntısı oluyor ve mecburen geliyor zaten yoğun bakıma. Hastanın fikri o dönemde alınamıyor.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 46)

“Ama tabi hastanın bilinci açıksa bu kararı hasta vermelidir. Yani hastanın şeyi önemli ama yani endikasyonu hekim koyar. Yani hastaya ne diyeceğim ben? Şunu söylüyoruz biz, sizin burada kalmanız gereksiz, biz sizi eve yollayalım, yani o tedaviye ihtiyacı yok, zaten bilinci açık hastanın yoğun bakımda yeri yok. Ama şu var arkada. Yani bunu da insanlar zaten hasta yakınlarıyla hallediyor hekimler, bu bambaşka bir hata, zaten biliyorsunuz.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 37)

“Hastaya anlatıyoruz. Bunu kesinlikle anlatıyorsunuz, tamam mı? Anlatacaksın tabi her zaman bu hak, hastanın her zaman hakkı vardır ne yapılacağına dair kendine, biz anlatıyoruz durumu. Ya bazen hasta yakınları şunu istiyor ya hastaya konuşmasanız falan filan diyordu. Ben kendi açımdan bunu kesinle kabul etmiyorum.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 48)

4.1.4.3. Bilgilendirme

Yoğun bakım süreçlerinde hasta genellikle iletişim kurulacak durumda olmadığı için, bilgilendirme ve gerekli durumlardaki rıza alımı işlemleri hasta yakınları ile yapılmaktadır. Her katılımcının yoğun bakımdaki bilgilendirme süreçlerine mutlaka değindiğinin ve konu hakkında fazla bilgi verdiğinin (kod frekansı:54) altını çizmekle beraber, bu duruma ek olarak sadece bir katılımcı hariç tüm hekimler bilgilendirme ile kabullenme arasında bir ilişki olduğunu vurgulamışlardır. Bu bağlamda bilgilendirme sadece hukuki bir gerekliliğin yerine getirilmesini değil, aynı zamanda kritik durumdaki hastasından ayrı kalmak zorunda bırakılmış hasta yakınının rahatlatılması ve gelecekte oluşabilecek kötü olaylara hazırlamasını sağlamaktadır. Hasta yakınlarının süreç içerisinde bilgilendirme ile durumu kabullenmesi, hekimle olan iletişimini olumlu

etkilemekte ve muhtemel bir tartışma ya da şiddet olayını da engellemektedir. Bu bağlamda katılımcıların arasında ileride oluşabilecek problemleri engellemeye yönelik bir bilgilendirme yapılması eğilimi de kendini göstermektedir. Buradaki “kontrollü bilgilendirme” hekimin hassasiyetleri ve hastanın durumundan etkilenmekle birlikte özellikle Bölüm 4.1.4.1’te anlatılan hasta yakınlarının sınıflandırılmasına göre de şekillenmektedir. Örneğin hekim hasta yakının farkındalığının yüksek olduğunu düşünürse ona daha ayrıntılı bilgi verebilirken, hasta yakınının problem çıkaracak birisi olduğuna dair bir öngörüsü olursa daha kısıtlı bir bilgilendirme ya da hastanın durumunu daha olumsuz şekilde tasvir eden bir bilgilendirme yapabilmektedir.

Bilgilendirme ile hasta yakınlarının durumu kabullenmesi arasında sıkı bir ilişki olduğuna dair katılımcıların ifadeleri:

“Ben şunu açıkça gördüm, hekimlik tamamen iletişim üzerine kurulu, özellikle bu dönemde. Yani bilgilendirmeden ziyade iletişim aslında daha ağır basıyor. (Konum 66) (...) Ama böyle bir şey yoksa ben kendi şahsım adına daha palyatife gönderme uygun bir konuşma yapıldıktan sonra, hastaya böyle her gün durumu açıkladıktan sonra hiçbir şiddet görmedim. Hatta benim başıma şöyle bir şey gelmişti, ben X ilinde çalışıyordum o zaman. Bir hastayı İstanbul’da çok böyle süreçler yıpratmış ve hani ileri merkeze gitmeniz lazım dedim. Hasta da gidemeyiz dediler. Velhasıl ben onları böyle bir ay kırk gün falan takip etmek zorunda kaldım. Sonra diyelim hasta vefat etti ve bana bana gazetede teşekkür yazısı yazdırmışlardı. Hani böyle hani böyle tam zıt durumlar da olabiliyor. Hastaları vefat etti ama hekim bizle doğru iletişim kurdu, hastamızın ağrıları, şikayetlerini dinledi ve ona çözüm bulmaya çalıştı. Ve bu hasta yakınlarını manevi olarak da şey olarak da rahatlatıyor sanırım. Rahatlatmış yani onlarda sonradan bana teşekkür ettiler, hastaları vefat etmiş bile olsa.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 74)

“Şimdi şöyle ben bunu derste anlatıyorum intörnlere, terminal hastaya yaklaşım ve bilgilendirme diye. Şimdi şöyle bizim rutinimizde bilgilendirme vardır, yani her gün öğlen, uzman asistan değil, öğretim üyesi de olabilir. Bazı hastalar hoca kim der, gelir. Kapımız her zaman açıktır ve bilgi veririz. Her gün düzenli bilgi verilir. Hafta sonu dahil, oturtulur. Bilgi saati vardır, bilgi verilir. Dolayısıyla benim buradaki şeyim eğer siz bir hastaya yakınına düzgün bilgi veriyorsanız, orada çok sorun çıkmıyor. Onun için de böyle ilk geldiğinde birazcık hasta yakını alıştırırız dedim ya, hani o bu açıdan önemli. Çünkü bazen hasta yakını cerrahıtan işte doktorundan çok detaylı bilgi alamaz, çok konuşmaz

bizim doktor milleti biliyorsun. Ya da ayak üstü böyle, olması gereken gibi bilgi verilmez. Dolayısıyla o şekilde bilgi verilince gerçekten çok fark ediyor. Hani, eğer o bilgiyi vermeyi yapmazsanız, o kayıpla birlikte şiddet, kabul edememe, intikam alma bir sürü duygu birbirine karışıyor. Ama bilgi verdiğinizde ise orada sadece üzüntü ön plana çıkıyor, o kalıyor. Teşekkür ediyor sana bazen, ha bunun her zaman böyle mi oluyor? Tabi her zaman böyle olmuyor ama bunu yaparak gerçekten bu oranı çok düşürüyorsunuz. Onu yapmamız lazım.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 68)

“Yoğun bakım hekimliğinin özellikle, tabi hekimlerin bütün alanlar için geçerli ama yoğun bakım hekimliğinin çok büyük bir kısmını oluşturuyor hasta yakınlarıyla iletişim. Çünkü orada hasta yakınları çok dışarıda kaldıkları için ve hastalarından uzaktalar, çok daha büyük bir çaresizlik hissine kapılıyor. Haliyle onlar için bir şeylerden haberdar olma bilgilendirme çok daha kıymetli hale geliyor. Ve onları bilgilendirdiğin zaman bir şeyleri kabul edebilirlikleri çok daha fazla oluyor. Aynı şekilde ölümü kabul edebilirlikleri de çok yükseliyor ve hasta yakınlarına vefat haberi verdiğin zaman ben çok defa şahit oldum, yani geri dönüp hocam elinize emeğinize sağlık. Allah razı olsun, hakkınızı helal edin diyorlar. Bu tamamen bir iletişim sürecinin getirdiği sonuç olmuş oluyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 87)

Burada katılımcılardan akut ve kronik süreçlerdeki kabullenmenin kesinlikle çok farklı olduğu vurgulanmış, örneğin bir trafik kazası geçirmiş hasta yakını ile bir kanser hastasının hasta yakını ile iletişimin birbirinden farklı olması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Hani burada dediğim gibi bu grup hastalar akut gelişmediği için ya da akut gelişse bile siz ona hemen yani şöyle örnek vermek gerekirse hasta geldi böyle bir duruma girdi bir hafta sonra siz bunu hemen bir haftanın ya sekizinci gününde bahsetmeye başlıyorsunuz. Yani direk bitti her şey şeklinde değil fakat tedaviye işte şu organ hasarından dolayı az cevap veriyor. Verdiğimiz tedavi çok fayda sağlamıyor diyerek alıştırma şeklinde bir giriş yapıyorsunuz. İlerleyen günlerde hem kendisinin görmesi ile hem de duruma alışması ile beraber daha da oturuyor.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 66)

“Yoğun bakıma girdiğinde hasta entübe girmiyor sonuçta yoğun bakıma, normal oksijen maskesiyle giriyor. Bir adam geliyor, yani bir hafta sonra bu adam kesin ölür diyor. (Covid-19 süreci için) Yani bu hakikaten bizi de üzen durumlar, hasta yakınlarını da alıştırmak zor oluyor ama.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 112)

Kontrollü bilgilendirmeye dair katılımcıların ifadeleri:

“Tabi zorlanıyoruz ya şimdi kim ister ki yakının ölecek, yani bu hasta ölecek bir şey demiyoruz ama hani çok artık beklentimiz yok, artık çok kritik duruma geldi diyoruz. Tabi giderken içimiz de acıyor, acımiyor değil. Yani ben karşımdaki insanı tanımasam da en azından kendi açımdan, ağladığım bile oldu yani sarılıp hasta yakınına ağladığım bile oldu. Yani çok oldu hem de. Çünkü benim şansına çok çocuk geçti. Ben normal yetişkin olsam da biz çocuk da bakıyorduk, çok genç geçti. Bu durumlar da oldu. Hoş bir şey değil ama bu da bizim işimizin işte yine hakkını, ben her zaman diyorum hiçbir şekilde karşılığını alamadığımız işimizin bir önemli noktası bu. Ama karşıdaki hasta yakını bunun farkındaysa senin ne kadar emek verdiğinin farkındaysa çok sorun yapmıyor gerçekten.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 73)

(Beyin ölümü bilgilendirmesi bağlamında) “Tepkileri mesela, fişini mi çekeceksiniz, devam etmeyecek mi gibi tepkiler veriliyor. Bizim de öyle bir uygulamamız olmadığı için, diyoruz hayır. Solunumunu cihaz sağlıyor, tedavi devam ediyor. Ama hiçbirine demiyoruz ki ihtiyacı artarsa verdiğimiz tedaviye, bunu karşılamayacağız, onu o şekilde bırakacağız, bizim için artık onun hayata dönmesi mümkün değil, o yüzden tedaviye gerek görmüyoruz diye bir açıklama yapmıyoruz. Tabi desek daha travmatik bir durum olurdu.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 49)

“Yani tıbbi olarak tedavi olmayacak, fakat çok ciddi mesela kanser hastası ağrıları var. Hastaya yapacağımız tek şey hastanın ağrılarını kesmek olacak diye aldığımız hastalar da oluyor bu. Tıbbi faydasızlık olarak değerlendirmiyoruz bunu, hastalık gerçekten hani ağrısı kesilmiş oluyor. Hani tedavi olmuyor ama o anlamda bir fayda görmüş oluyor, işte bunları ifade ediyoruz hasta yakınlarına. Hani burada yapacağımız tek şey hastanın ağrısını dindirmek ya da işte bu saatten sonra yapacağımız şeyler ona bir fayda sağlamayacak diye anlatıyoruz sadece ama işte hastanıza arrest olursa onlara CPR yapılmayacak falan gibi bilgilendirmelerde asla bulunmuyoruz.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 87)

“Ya yine burada hukuk devreye giriyor, hasta yakınlarını hazırlama amaçlı. Şimdi ben kendi özelimde yoğun bakımda yatan hastanın yakınına genel itibariyle kötü konuşurum. Çünkü hastasının kötü olduğunu düşündüğünde iyileşirse, ooo doktor çok iyi olur. Ama ortada olan hastaya sen iyi iyi konuşursan, o hasta vefat ederse, hastamız iyiydi, ne oldu olacağı için genelde hasta yakınlarına kötü konuşuyoruz. Zaten entübe bir

hasta kötüdür yani. Ben bunu kendi özelimde şöyle açıklarım bu hastalara derim ki işte, siz derim mesela hasta olsanız ne yaparsınız, işte evde iki dinlenirsiniz geçer. Daha kötü olursunuz işte iki ilaç alırsınız geçer, daha kötü olursunuz hastaneye gelirsiniz, acilde bir doktor görür sizi, biraz daha kötü olursunuz işte servise yatarsınız, daha kötü olursunuz sizi yoğun bakıma alırlar, aha sizin hastanız burada derim, yani kötü bir durumda derim. Kötü olan hasta yakınlarına da şey derim, çok bir beklentimiz yok, akşam sabah ölmesini bekleyin yani. Bunu söylerim genelde ben hasta yakınlarına ama tabi bu kötü deriz yani genelde, iyi diyemiyoruz, bu da hukuktan dolayı yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 96)

Yoğun bakımda ekip olarak çalışıldığı için, bilgilendirme süreçlerinde ekibin aynı dili konuşması, multidisipliner vakalarda da diğer branşlarla paralel bilgi paylaşımı yapılmasının önem arz ettiğine iki katılımcı dikkat çekmiştir. Burada konuya değinen iki katılımcının da profesör olması dikkat çekicidir.

“Burada şey de önemli, eğer multidisipliner yaklaşılan bir hastaysa aynı dili konuşmak. Yani siz başka konuşup cerrah başka o başka bu başka bu da şey yaratır, bu da bir şüphe ve şey yaratır. Onun için onlarla da iletişimde olarak aynı dilden konuşarak bilgilendirme, bilgilendirme, bilgilendirme...” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 68)

“Tabii bilgilendirmeyi genel olarak bizim arkadaşlarımız yapıyor. Ben şahsen, benim fellowum var, fellowlarım var. Kurulu bir iyi eğitim almış bir ekibim var benim, yani asistan ekibim de var. Ya şöyle tabi çocukları eğitiyoruz, yönlendiriyoruz ama bu sonuç olarak bir tek benim elimde olan, bir tek benim verdiğim bir eğitim de değil. Yani bir ekip çalışması yaptığımız için çok kontrollü oluyor mu valla bilmiyorum yani. Emin değilim. (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 59)

4.1.4.4. Kararlara Etkileri

Bu kod altında hasta ve hasta yakınlarının yoğun bakımda ya da yoğun bakıma kabul sürecinde hekimlerin aldıkları kararlara direkt ya da dolaylı olarak bir etkisinin olup olmadığına dair ifadeler derlenmiştir. Öncelikli olarak katılımcıların ifadelerine göre süreç ikiye ayrılmaktadır: yoğun bakıma kabul süreci ve yoğun bakıma alındıktan sonraki süreç. Burada hasta yakınlarının süreçte hastalardan daha aktif olduğu ve Bölüm 4.1.3.3.Yoğun Bakım Kapalı Bir Yer başlığı altında değinilen yoğun bakımın hasta yakınlarından izole bir ortam olması durumunu hatırlatmak önem arz etmektedir. Katılımcıların sekiz tanesi yoğun bakımın kapalı bir yer olmasından dolayı hasta

yakınlarının kararlara dolaylı da olsa etki edemediklerini, sadece gerekli durumlardaki onamları verdiklerini ifade etmişlerdir. Yedi katılımcı ise, yoğun bakım ihtiyacı olan ama yoğun bakımdan fayda görmeyeceği için endikasyon olmayan hastaların yoğun bakıma alınmalarında hasta yakınlarının hastanın yoğun bakıma alınması taleplerinin bağlayıcı olduğunu belirtmişlerdir. Özet olarak hasta ya da hasta yakınlarının hekimlerin kararlarına etkileri yoğun bakıma kabul sürecinde mümkünken, hastanın yoğun bakıma alındıktan sonra işleyiş tıbbi bilgi ve hukuki prosedürler doğrultusunda hekimlerin kararları doğrultusunda devam etmektedir.

Yoğun bakıma hasta kabulünde hasta ya da hasta yakınlarının kararlara etkilerinin olabileceğine dair katılımcı ifadeleri:

“Bir de bizim fayda görmeyeceğini düşündüğümüz ve hasta yakınlarına durumu anlattığımız durum var. Biz fayda görmeyeceğini düşünsek bile hasta yakını kesinlikle yoğun bakıma alınmasını istiyorum diyorsa yoğun bakıma mecburen alıyoruz hastayı. Eğer hasta yakını kabul ederse yani bu hasta fayda görmeyecek ve bizim yanımızda vefat etmesini istiyoruz derse o zaman yoğun bakıma almıyoruz hastayı.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 53)

“Ama şuuru açık hasta gitmek istemiyor yoğun bakıma, bunun altına imzayı atarım. (...) Ancak hasta yakını hocam diyor palyatif boşsa palyatife verin, yoğun bakım boşsa yoğun bakıma, ama öncelik yoğun bakım istiyor.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 52)

“Ya şöyle palyatif ünitelerden hasta aldığımız çok nadir. O da dediğim gibi hasta yakınlarının hala bile beklentisi çok yüksekse, istiyorsa o zaman hani almak durumunda kalıyoruz.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 49)

Hekimlerin yoğun bakım endikasyonu koyduğu ama hastanın ya da yakınlarının yoğun bakım istemediği durumlarda da tedavi ret formu imzalanıp, hastaneden ayrılma durumları olabilmektedir. Ama bir hasta bir kez yoğun bakıma girdiyse, yoğun bakım ihtiyacı bitmeden, tedaviyi reddetme sebebi ile ayrılmasına anlatılar arasında rastlanmamaktadır. Burada tedaviyi reddedenler için yoğun bakıma girişin geri dönüşü olmayan kilit bir aşama olduğu söylenebilir. Burada özellikle yoğun bakıma yatmak istemeyen ama palyatif bakımda yer bulamayan yaşamın sonundaki hastaların sistemin içerisinde kendilerine yer bulamadıkları görülmektedir.

“Veya bak şöyle gerçi beni yoğun bakıma almayın deniyor genelde, olay gene şeye bağlanıyor. Yani biz de diyoruz ki o zaman imza verin, gidin yani yoğun bakıma gelmek istemiyorsanız yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 60)

“Şöyle süreç çok karışık yani olayı detaylandırarak olursak. Hatta biz bazen bazı olayları alırken onamları alırken sadece hastadan değil hasta yakınından da alıyoruz. Çünkü hastanın yoğun bakımda yatması ya da genel durumundan dolayı sağlıklı karar veremeyeceğinden dolayı bu beyan esas almıyoruz. Dolayısıyla böyle bir durumda hastanın tedaviyi kabul etmeme talebi varsa o zaman sorarız ya niye hastaneye geldin ki sen? Yani eğer hastaneye gelmişse bir kişi bunları bilerek gelmiştir.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 48)

Katılımcıların, yoğun bakımın hasta yakınlarından izole bir ortam olmasından dolayı hasta yakınlarının yoğun bakımdaki kararlara bir etkisinin olmadığına dair ifadeler:

“Bunlarda hasta yakınlarının baskısı olmuyor. Hasta yakınları çünkü yoğun bakımın dışında. Yani onlar içeride ne olup bittiğini bilmiyorlar. Haliyle bu anlamda çok yönlendirici olmuyorlar. Olmamalılar da zaten. Çünkü tıbbi bilgiden bu anlamda mahrum oldukları için oradaki şeyleri, yaklaşımları tamamen duygusal oluyor. Haliyle hasta yakınlarının bu anlamdaki baskısının bir ehemmiyeti olmuyor, devam edilebilirlik anlamında.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 74)

“Dışarıda arızalı bir sürü hasta yakını var, istersin ki o hasta senin nöbetinde ölmesin yani. Daha gündüz ölsün, ortalık kalabalıkken, yani bunları istersin. Tabi çok şükür ben bireysel olarak şiddet olayı ile karşılaşmadım ama o şekilde hastalar gündüz ölsün istersin tabi. Ama müdahaleyi değiştirmez, değiştirecek olsa zaten yaparız.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 98)

“Ya şöyle, hasta yakınlarının talebi bitmez yani ben hasta yakınlarının talebi ile ne tedavi planı yaparım ne de tedavimi değiştiririm. Onlar benim için hiçbir şekilde, sadece biz onlara bilgi veririz ve şunu şunu yapacağız, bir de onay almak için bilgi veriyoruz. Yani işte boğazından delik açacağız. Bunun için bize onay vermeniz lazım ya da midesinden delik açacağız, bunun için biz onay vermeyiz, anladım ya da ne bileyim hastanın ayağı kesilecek, bunun için onay vermeniz lazım. İşte bununla ilgili bilgileri veririz, onda sorun yok. Ama onlar istedi diye şey yapamayız. Yani tedaviyi değiştiremeyiz, planı değiştiremeyiz. (Konum 72) (...) Çok tehdit de aldık, hasta ölürse

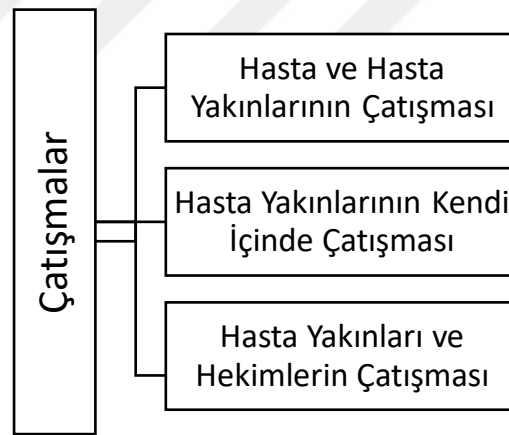
görürsünüz, işte size yasalar cezanızı vermezse biz vereceğiz diyenlerle de karşılaştık. Ama bu bizim şeyimizi değiştirmez. Yani yoğun bakımdaysanız bunu zaten göze alıp giriyorsunuz yoğun bakımın kapısından.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 74)

“Bizim tedaviye devam etme ya da desteği devam etme durumunu etkilemiyor.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 71)

“Beni etkilemez, etkileyeni de görmedim. Etkilemez hasta bizim için bir numara, hasta benim işim. Hasta yakınları ne tepki verirse versin, hasta benim işim.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 75)

4.1.4.5. Çatışmalar

Toplamda dört katılımcının değindiği çatışma durumunu üç kategoride incelemek mümkündür. Hasta, hasta yakınları ve hekimler arasındaki çatışma durumlarını gösteren bu üç kategori Şekil 4-12’de gösterilmiştir.



Şekil 4-12 Hasta, hasta yakınları ve hekimler arasındaki çatışma durumları

Katılımcıların hasta ve hasta yakınlarının çatışmasına dair ifadeleri:

“Hasta ve hasta yakınlarının başka şeyler söylediği durumlar olabiliyor, oralara biz çok müdahil olmuyoruz açıkçası. Yani orada biz tıbbi kanaatimizi bildirip, hasta ve hasta yakınlarına kendi aralarında bu durumu çözmelerini söylüyoruz ve onlardan bir nihai karar bekliyoruz. Orada çok yönlendirici olmuyoruz. Sadece biz tıbbi kanaatimizi

bildiriyoruz ve kendi aranızda bir istişarede bulunun ve en nihayetinde vardığınız sonucu bize söyleyin şeklinde söylüyoruz.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 58)

Katılımcıların hasta yakınlarının kendi içinde çatışmasına dair ifadeleri:

“Ama atıyorum hasta yakını birisi diyor ki, ben işte anneme ne gerekiyorsa yapın diyor, öteki de diyor ki acı çekmesin bırakın diyor. Böyle bir durumda hani bir kişi bile böyle bir talebi var. Hani ileride sıkıntı yaşayacağımızı düşünüyoruz. Hastanın çok fayda görmeyeceğini düşünsek bile müdahalesini yapıp yoğun bakıma çekmemiz gerekiyor.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 41)

“Biraz önceki örnek gibi biri der ki verin hastayı, biri der ki hayır vermeyin, kalsın burada onlarla da çok karşılaştık. Bir kardeş gelir böyle der, öbürü gelir öyle der.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 74)

Katılımcıların hasta yakınları ve hekimlerin çatışmasına dair ifadeleri:

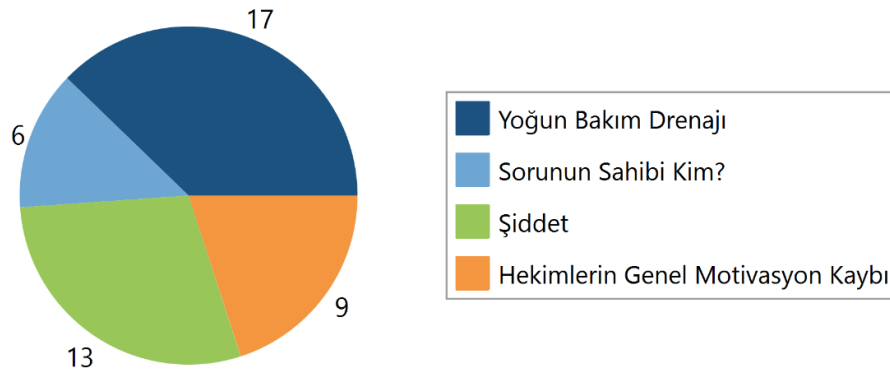
“Hasta yakınlarının yoğun bakıma gitmesini istemiyoruz dediği, fakat hastanın fayda görebileceğini öngördüğümüz hasta grubu var. Bunları hasta yakınları istemese bile eğer fayda görebileceğini düşünüyorsak yoğun bakıma almak için diretiyoruz.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 53)

4.1.5. Yoğun Bakımda Sorunlar

Yoğu bakımdaki sorunlar kategorisi altında yoğun bakım drenajı, şiddet, hekimlerin genel motivasyon kaybı ve sorunun sahibi kim kodları bulunmaktadır. Kodlara ait belge temelli frekans tablosu Tablo 4-7’de kodlu bölüm temelli frekans tablosu ise Şekil 4-13’te gösterilmiştir. Şiddet konusuna dokuz, yoğun bakım drenajına altı, hekimlerin genel motivasyon kayıplarına beş ve sorunun sahibi kim kodu altında incelenen konuya da üç katılımcı değinmiştir. Her ne kadar yoğun bakım drenajı konusu hakkında altı belgede kodlama yapılmış olsa da kodlama yoğunluğu açısından on yedi kodla birinci sırada gelmektedir. Devamında ise on üç kodlama ile şiddet, dokuz kodlama ile hekimlerin genel motivasyon kaybı ve altı kodlama ile sorunun sahibi kim kodu gelmektedir.

Tablo 4-7 Yoğun bakımda sorunlar kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Yoğun Bakımda Sorunlar	Belgeler
Yoğun Bakım Drenajı	6
Sorunun Sahibi Kim?	3
Şiddet	9
Hekimlerin Genel Motivasyon Kaybı	5
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

**Şekil 4-13 Yoğun bakımda sorunlar kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu**

Yoğun bakımdaki sorunların şehirlere göre dağılımı farklılık göstermektedir. Tablo 4-8’de kod yoğunluklarının İstanbul, büyükşehir ve küçük şehir ayrımına göre dağılımları gösterilmiştir. Şiddet ve hekimlerin genel motivasyon kaybı kodlarının üç şehir kategorisinde de kodlanmış olmakla birlikte, İstanbul’daki katılımcılar tarafından konuya daha yoğun bir şekilde değinilmiştir. Yoğun bakım drenajı koduna ise küçük şehirde çalışan katılımcılar tarafından değinilmemiştir. Burada Bölüm 4.1.3.2.’de değinilen İstanbul’un büyük bir metropol olmasından kaynaklı yoğun bakımların yoğunluğu açısından kendine has problemleri olduğu tespitine paralel bir sonuç olduğu görülmektedir. Yoğun bakımların hep dolu olması ve hasta sirkülasyonun yeterli hızda

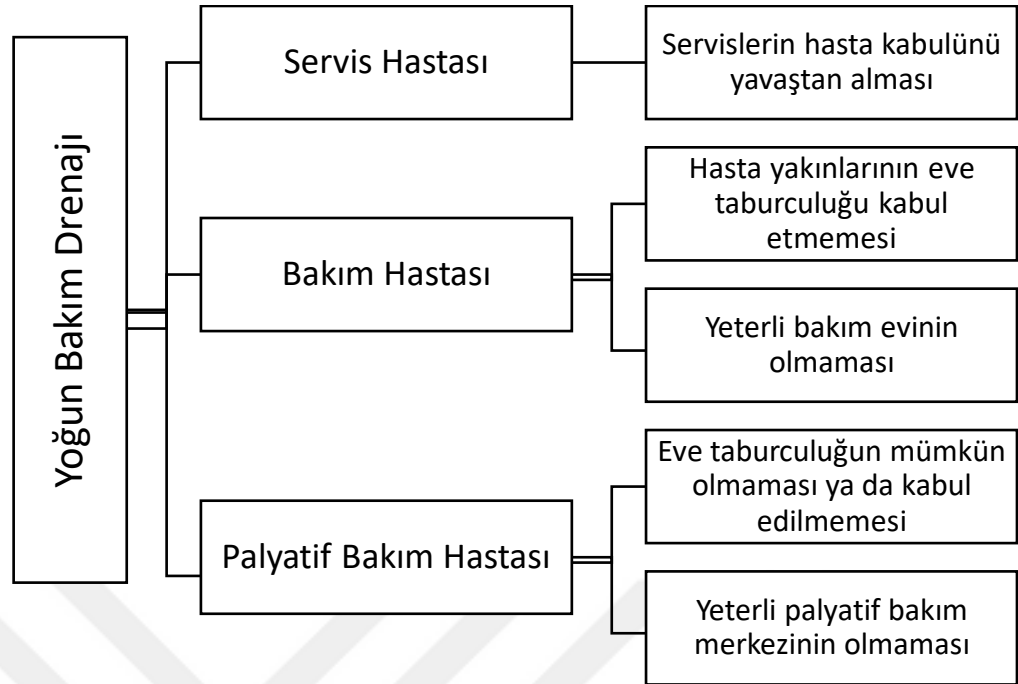
sağlanamaması problemi İstanbul ve büyükşehirlerde ön plana çıkarken, küçük şehirlerde sorun olarak karşımıza çıkmamaktadır.

Tablo 4-8 Yoğun bakımdaki sorunlara ait kodların şehirlere göre frekans dağılımı

	İstanbul	Büyükşehir	Küçük Şehir	Toplam
▼ Yoğun Bakım				
▼ Yoğun Bakımda Sorunlar				
Yoğun Bakım Drenajı	8	9		17
Şiddet	8	3	2	13
Hekimlerin Genel Motivasyon Kaybı	5	3	1	9
Sorunun Sahibi Kim?	1	4	1	6
Σ TOPLAM	22	19	4	45

4.1.5.1. Yoğun Bakım Drenajı

Yoğun bakım drenajı kodu altında yoğun bakım endikasyonu biten hastanın yoğun bakım endikasyonu bittiği halde yoğun bakımdan çıkarılamaması ve hastanın yoğun bakımda gereksiz yer işgal etmesi konusu incelenmiştir. Endikasyonu biten hastanın yoğun bakımdan istenilen hızda çıkamamasının sebepleri Şekil 4-14'te gösterilmiştir. Sorunun sebepleri hastanın servis, bakım ya da terminal dönem hastası olmasına göre değişiklik göstermektedir.



Şekil 4-14 Yoğun bakım drenaj sorunun sebeplerinin sınıflandırılması

Burada yoğun bakım endikasyonu biten her sınıftan hastanın oluşacak sorun durumlarına göre yoğun bakımda gereksiz kalabildiği görülmektedir. Servislerin yoğun bakımdan hasta kabulünde yavaş davranması hususu organizasyon etiği açısından ele alınmalıdır. Ama ifadelerde sorunun yoğunlaştığı hastalar daha çok palyatif bakım merkezinde olması gereken terminal dönem hastalar ve bakım hastaları oluşturmaktadır. Burada özellikle yeterli sayıda bakım evi ve palyatif bakım merkezinin olmaması önemli bir etken olarak durmaktadır. Ek olarak evde bakılabilecek bakım hastalarının hasta yakınlarının evde bakımı kabul etmemesinden dolayı yine yoğun bakımda gereksiz kaldığı görülmektedir. Palyatif bakım hastaları ise özellikle ağrı tedavisine ihtiyaç duydukları için evde bakım için genellikle çok uygun olmamaktadırlar. Ama evde bakılabilecek koşullar olsa bile bakım hastalarındaki hasta yakınlarının kabul etmemesi durumuyla orada da karşılaşılmaktadır. Burada aynı zamanda şehirlerin sosyoekonomik seviyesindeki farklılığın rol oynadığı iddia edilebilir. Anadolu’da özellikle küçük şehirlerde insanların yakınlarına evde bakım sağlaması ya da yakınlarının evde ölümünü istemesi daha sık görülebiliyorken, İstanbul ya da büyük şehirlerde özellikle yetişkin aile bireylerinin hepsinin çalışıyor olmasından kaynaklı evde hasta bakımı daha zor olabilmektedir. Nitekim küçük şehirlerdeki hekimler bu sorunlara değinmezken, büyük

şehirlerdeki katılımcılardan eskiden evde bakım ya da ölümün istenen bir şey olduğu ama zamanla bu durumun değiştiğini ifade edenler olmuştur. Konuya dair katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Açıkçası maalesef Türkiye’deki yoğun bakımların sirkülasyonu, drenajı ile alakalı çok ciddi sorunlarla karşılaşıyoruz. Çünkü yoğun bakım yatış endikasyonu gibi taburculuk endikasyonları da oluşuyor. Hasta stabilize olduktan sonra servis şartlarının sağlanıp, ilgili bölümlere transferini sağlamak gerekiyor. Fakat hem bizim hastanede hem de genel gözlemlediğimiz itibarıyla bu drenaj çok hızlı olmuyor. Yani biz yoğun bakımdan taburcu edip servise göndermek istediğimizde çok olumlu geri dönüş alamıyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 23)

“Göğüs hastalıkları servisi hasta verirken çok acelecidir ama hastasının bize göre yoğun bakım ihtiyacı kalmadığında almakta çok yavaş davranır. Geri almadığı için o hastanın bulunduğu yatak iki üç gün gereksiz meşgul edilmiş olur bize göre.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 14)

“Ya da işte bakımevlerinde daha nitelikli bir tıbbi hizmet verilebilir. Şimdi konsültasyon gibi ya da işte haftanın belli günleri bazen doktorlar gidip değerlendiriyor ama işte hastayı taburcu ediyorsun, bakım evine gidiyor, iki gün sonra ölüyor mesela. Yani işte bir aydır hastanede evet iyiydi, ne oldu falan işte. Yani o bakımda bir sıkıntı oluyor muhtemelen. Hani o hizmetler geliştirilebilir, palyatif hizmetleri, evde bakım hizmetleri. İşte şeyler var, yani hasta bakım hastası, Alzheimer hastası, PEG’den besleniyor, her şeyini yapıyorsun ama yani o hastanın sosyo-ekonomik düzeyi çok düşük oluyor. Evde bakamayacağım diyor, eve götüremiyor. Hani bakımevi için sosyal hizmetlerden inanılmaz fazla bekleme gerekiyor. Hastanede uzun süre yatırdığımız, sosyal hizmetlerden haber beklediğimiz, bakım evinde yer açılın diye beklediğimiz çok oldu ve o da devlete bir yük yani o hizmetlerin de sağlanması lazım. Açıkçası bunlar yapılırsa bir tık daha bizim iş yükümüzü azalır. Hem hastalar ve hasta yakınları için de daha faydalı olacağını düşünüyorum.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 66)

“Ama siz dersiniz ki biz mümkün değil bakamayız. Biz bir yer bulacağız diyoruz. Bazısı tamam ben bakarım diyor. Canı gönülden uğraşıyor. Bizde onlara elimizden geldiğince eğitim konusunda destek verip, evde bakıma yolluyoruz. Bu şekilde olan çok hastamız oldu. Bunlardan bazen bazı tıbbi sebeplerle bize geri dönenler, danışanlar telefonla arayanlar oluyor. Onlara yine ek destekte bulunuyoruz. Hani söz olarak şunu

yap, bunu yap veya getir tekrar hani iki gün üç gün bakalım falan gibi şeylerimiz oluyor. Bazısı hayır ben bakamam diyor mümkün değil, yapmam mümkün değil, yerde bulamam diyor. O zaman bu durumda 112 ile görüşüyoruz diyoruz. Biz bu hastayı artık birinci basamak hasta olarak takip ediyoruz, değerlendiriyoruz. Bunu bir yere yollayalım. Siz bize yardım edin, bir yer bulalım diyoruz veya kendimizi işte A hastanesi, B hastanesini arayıp, hastane hastane arayıp yer bulmaya çalışıyoruz. Bulduğumuz bir yere gönderiyoruz. Çünkü artık bir faydamız olmayacak şekilde.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 71)

“Ama ben şu kadarını söyleyeyim, bu hastalar yoğun bakımda kalmıyor. Ben bunları bir şekilde bakım evine ya da eve gönderiyorum, ama daha uzun sürüyordur tabi. Bakımevi diyorum ya bir, bir buçuk aylık bir süreç.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 62)

4.1.5.2. Sorunun Sahibi Kim?

Yukarıdaki problemin devamı olarak katılımcılar terminal dönem hastaların sistem içerisindeki takibinin kim tarafından yapılacağını belli olmaması ve yeterli sayıda palyatif bakım merkezinin olmamasından dolayı bu hastaların sahipsiz bırakıldığını belirtmektedirler. Tedavi imkânı olmayan ya da ileri tedaviyi reddeden hasta bir sorun ile karşılaştığında acile gelmekte ve yoğun bakım ihtiyacı oluşursa da yoğun bakıma alınmaktadır. Bu durum beyhude tedavi uygulamaları açısından çok önem arz etmektedir. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının yaşamın sonunda insanî bir destek alamamaları da ayrı bir problem başlığıdır. Katılımcıların konuya dair ifadeleri:

“Yani bu sorunun sahibi kim, bu net olmuyor, böyle bir sorun var açıkçası, yani sistemsel anlamda. Palyatif merkez her tarafta yok. Bunun diyelim kanser hastası ise dahiliye mi bakacak, onkolog mu bakması lazım ya da işte kim bakması lazım sorunu bu hastalar adına çok yıpratıcı. Hastaların belki de sistem içerisinde oradan oraya oradan oraya geçmesi, onları yıpratıyor belki de. Tabii bunun manevi olarak hiç desteklemediğini vs düşünürsek bu nokta çok önemli.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 80)

“Akut solunum sıkıntısı ile geldi ama hastayı zaten onkoloji servisi geçen hafta artık hani yapacak hiçbir şey yok deyip taburcu ettiği bir hasta. Hasta da ileri tedaviyi de kabul etmeyen, işte böyle bir hasta ve bu hasta solunum sıkıntısıyla yakınları tarafından acilen getirildi. Entübe edildiği için, mekanik ventilatöre de bağlandığı için

üstüne de PCR'ı pozitif çıktığı için Covid yoğun bakıma almak zorunda kaldık. Şimdi bu hastayı nasıl adlandıralım?" (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 26)

"Yani hastanın izleyeceği yol belli değil. Yani bir gün evet ben istemiyorum deyip ikinci gün ya ben işte ne gerekiyorsa yapılmasını istiyorum falan durumları olabiliyor. Hani daha net kurallar olursa hastalar için de hasta yakınları için de bizim için de daha iyi olur. Özellikle kanser hastaları babında konuşuyorum. Daha çok onları gördüğüm için hani." (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 66)

"Diyordu ki, ben annemi babamı eve götüreceğim. Evde ölmek ister, hastanede ölmek istemez denilirdi. On yıl önce genelde böyleydi. O durumda şöyle yapıyorduk, hastayı kapının önüne çıkarsanız kaybedeceğiniz belli ise bu sorumluluğu almak çok zor." (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 46)

4.1.5.3. Şiddet

Bölüm 4.1.3.3.'te Yoğun Bakım Kapalı Bir Yer başlığı altında her ne kadar yoğun bakımın hasta yakınlarından izole, kapalı bir yer olmasından dolayı hekimler kendilerini daha güvende hissettiklerini belirtse de katılımcıların dokuz tanesi şiddet konusuna değinmiştir. Konu hakkında fikir beyan eden katılımcıların yarıdan fazlası şahsi olarak herhangi bir şiddet olayı ile karşılaşmamış olsa da şiddet gündeminin sağlık sistemi içerisinde önemli bir sorun olduğunu belirtmişlerdir.

"Yani ben bir kere şiddete rastladım bana ama onda da şöyle bir şey oldu. Ben ölüm haberini verdiğimde hastanın yakınlarının içinde hastanın çok uzak bir akrabası bana saldırmaya çalıştı. Hastanın eşi karşı koydu, adamı kovdu oradan. Düşünebiliyor musun, bak adamın eşi ölmüş. Yani kadın ölmüş, adama ben karısının öldüğünü söylüyorum, arkadan biri geliyor, bana saldırıyor, adam beni koruyor. Öyle bir durumumuz oldu." (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 77)

"Yani şöyle şiddet o kadar kanıksandı ki artık [gülüyor] ya bak mesela şöyle bir şey söyleyeyim, bu konuşma çok içeriğine dahil değildir belki ama bizim bir hastamız vardı. Son dönem pankreas kanseri hasta, multi metastazları var her yerde, işte vertebra fraktürü var falan, adam septik şokta almışız. Her gün bakın, sizin hastanıza bizim bir faydamız olmayacak. Bu amca üç gün sonra, beş gün sonra, on gün sonra bu hastayı kaybedeceğiz. İşte tedavisi devam ediyor ve ventilatöre bağlı, inotrop destek alıyor. Bunlara rağmen hani oradaki şey de şu, hani hastada hastalığın haricinde yeni bir durum

gelişmiş, bir enfeksiyon durumu gelişmiş ve biz aslında o durumu tedavi etmeye çalışıyoruz. Bu hastalığın tedavisi devam etmesinin sebebi bu. Kanserine yönelik zaten yapabileceğimiz bir şey yok. Ama artık hasta septik şok durumunda tedavi edilemez bir boyuta gelmiş çünkü ameliyat edilemiyor, enfeksiyondan da kurtulamıyor falan neyse çok hatırlamıyorum detayını. Hasta yakınlarına anlatıyorum, bakın amcaya bir faydamız olmayacak. Baktım hasta yakını anlamıyor, çocukları çağırdım, çocuklarına anlattım, teyze anlamıyor hiçbir şekilde çünkü inanılmaz bir yaşama umudu var, teyze amcanın kesin bir şekilde oradan kalkıp gideceğini düşünüyor. Klasik senaryo işte biz hastaneye ayakta getirdik falan yani o zaten, yani biz geldiğimizde bir şeyi yoktu. O zaman niye geldin teyze diyorum. Yani gelmeseydin o zaman bir şey yoksa hastayı niye getirdin buraya? [Gülüyor] İşte yoğun bakıma giderken böyle değildin falan ya zaten kötüleşeceği için aldık yoğun bakıma. Neyse bir türlü anlaşılamıyoruz. Bir aya yakın bir süre hasta işte yoğun bakımda takip edildi ve en sonunda vefat etti. Benim nöbetimin son saatleriydi, devredeceğim. Hasta yakınlarına vefat haberini verdim. Bir aşiret toplandı yoğun bakımın önüne, 20-30 kişi varlar, bilmiyorum. Hasta yakınına normalde çocukları falan çok anlayışı karşılaşmışlardı. Amca çocukları şunlar, bunlar geldiler izbandut gibi adamlar. O kadın dedi ki, amcanızı bu kadın öldürdü. Allahım! Tekmeler, şeyler, getirin o kadını öldüreceğiz biz falan yani onu öldüreceğiz. Bizim amcamızı o öldürdü falan çıkamıyorum dışarı. Yedi buçukta nöbeti devrettim hasta yakınlarına ex bilgisini verdim. Ondan sonra bir buçuğa kadar çıkamadım şeyden beni öldürmek için kapıda bekliyorlar çünkü yani o kadar bir ay boyunca anlattım bu amcanın öleceğini... Ondan sonra ve çok şey, hasta işte aldılar, morga götürdüler falan. Güvenlik eşliğinde çıktım şeyden hastaneden çünkü hastanede hala kalmış olabilirlerdi. Onların hastaneden ayrılmasını bekledik zaten, cenazeyi alıp götürmelerini bekledik ve bir süre işe geç geldim, havanın aydınlanmasını beklemek için uzmanım da hani bir süre şey yapma dedi yani. Hava aydınlıktan sonra geldim. Hava kararmadan eve gittim falan böyle yani anlattığımız şeyler de çok karşılık bulmayabiliyor ama yani oradaki şiddet eğilimi işte...” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 91)

“Çok tehdit de aldık, hasta ölürse görürsünüz, işte size yasalar cezanızı vermezse biz vereceğiz diyenlerle de karşılaştık. Ama bu bizim şeyimizi değiştirmez. Yani yoğun bakımdaysanız bunu zaten göze alıp giriyorsunuz yoğun bakımın kapısından.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 74)

“Ben hiç görmedim, bende yok. Benim arkadaşlarımda da olduğunu düşünmüyorum. Biz yaşamıyoruz çünkü yani biz insana insan gibi davranıyoruz ya da şimdi daha bir iki belki böyle bir şey oldu, saçma sapan davranış, şiddet değil işte. Yani Google’da aradım bilmem söylemiş diye. Ben mesela onlara şöyle diyorum, odama alıyorum, konuşuyorum.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 61)

4.1.5.4. Hekimlerin Genel Motivasyon Kaybı

Hekimlerin çalışma koşulları ve maaşları ile ilgili memnuniyetsizlikleri uzun süredir çözülememiş bir problem olarak ülke gündemini işgal etmektedir. Görüşmeler sırasında bu genel sorunlara yönelik bir soru olmamasına rağmen beş hekim bu konuya değinmiştir. Bu motivasyon kaybının çalışma kalitesini ciddi oranda etkilediği vurgulanmıştır. Ayrıca yoğun bakım gibi kritik hastaların bakıldığı bölümlerde çalışan kişilerin, insan hayatına dair aldıkları yüksek sorumluluktan dolayı sadece devlet ve toplum tarafından bu ayrıcalıklı duruma özel bir saygı görmesinin yeterli olmadığı, hastane içerisinde diğer branşların da saygı göstermesi gerektiği belirtilmiştir.

“Çünkü insanlar artık çok yoğun çalışıyor. Doktorlar insanüstü çalışıyorlar. Bu her bölüm için geçerli yani o yüzden kimse nöbetinin kötü geçmesini istemiyor. Kimse yorulmak istemiyor artık çünkü alınan para belli yani kadın kuaföründen daha az para alıyorsun. Yani kimse de uğraşmıyor yani bu durumda, bir şey de diyemiyorsun ama sonuçta senin hastaya verdiğin kalite azalıyor, hizmet kalitesi azalıyor maalesef.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 27)

“Fakat bu grup hasta çalışanlarının özellikle hekiminden hemşiresine sağlık personelinin, hakikaten hem devlet tarafından hem de toplum tarafından biraz daha, özel bir grup olarak bakmalarını rica ediyorum. Çünkü yani kritik bakım üniteleri bunlar, gerçekten sürenin kritik olduğu, yapılabileceklerin kritik olduğu yerler. Bunu bilerek insanların motivasyonunun sağlanması açıkçası bu ekipte çalışanlara güç katacaktır.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 80)

“Maalesef bizim ülkemizde sıkıntı şu, yoğun bakıma kimse saygı göstermiyor hastane içinde. Ben yoğun bakım dinamik diyorsun, bak diyorsun böyle bir hastayı alması lazım diyorsun servisteki hekime. Servis hekimi seni sallamıyor, yer yok diyor. Ya olum diyorum yani benim dışımda kimsenin umurunda değil ki ya umurunda değil yani anlatabiliyorum mu yani. Atıyorum mesela ben örnek vereyim, mesela dermatoloji servisinde yer var, benim hastam beyin cerrahiye çıkması lazım ki ben de atıyorum

kurşunlanma alayım oraya. Anlatıyorum, ya kardeşim diyorum ki, hastanede dermatoloji servisinde yer var. Hastanı, bir tane servis hastanı oraya götür ben de sana buradan hasta vereceğim. Ben diyor gidip oraya iki kat çıkıp ona mı bakacağım. Yani ben ne bahsediyorum sen ne bahsediyorsun yani. Bu ama dediğim gibi bu çok çözülebilecek bir şey değil.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 26)

4.1.6. Yoğun Bakım Temasının Analiz Sonuçları

- Hastanın yoğun bakıma nereden geldiği prensipte karar vermeye etki etmemekle birlikte, yoğun bakımdaki yoğunluktan dolayı 112 aracılığıyla dış merkezden hasta alımına genel olarak sıra gelmemektedir. Hastanın nereden geldiği konusundaki en önemli sorunu ise palyatif merkezlerden yoğun bakıma yapılan sevkler oluşturmaktadır.
- Yoğun bakıma kabul süreçlerinin nasıl işlemesi gerektiğine dair, özellikle endikasyon belirleme prensipleri için diğer branşlardaki danışan hekimlerin de temel bilgileri olması gerekmektedir. Örneğin, palyatif bakımdaki bir hastanın temeldeki hastalığı sebebiyle kötüleşmesinin yoğun bakım endikasyonu oluşturmayacağı gibi. Sürecin nasıl işleyeceği danışan ve endikasyonu koyan iki taraf için de net olması çatışmaların azalmasına yardımcı olacaktır.
- Triyaj kriteri olarak hastanın yaşının kullanıldığı görülmektedir. Burada yaşlılık genel olarak komorbidite ile ilişkili olarak anlandırılmakta ve komorbidite olmasa bile yaşlıların gençlere nazaran tedaviye olumlu cevap verme olasılıklarının düşük olduğu belirtilmektedir. Burada yaş sonuçları ve etkileri doğrultusunda bir kriter olarak değerlendirilmekte, direkt ve mutlak olarak bir etki gücüne sahip olmamaktadır.
- Normal işleyiş sırasında triyaj sonrası yoğun bakıma alınamayan hastalar için hekimler hastane içindeki başka yoğun bakımlarda yer arayabildikleri gibi, inisiyatif alıp, yoğun bakımın dışında kayıt dışı yoğun bakım hizmeti verebilmektedir. Burada yoğun bakımın standart koşulları sağlanamaması ve hekimlerin sistemin açığını kapatmak adına fedakârlık yaparak inisiyatif almasının etik açıdan problemli yanları bulunmaktadır.
- Palyatif bakımda olması gereken terminal dönem hastalar özel hastanelerdeki yoğun bakımlarda daha kolay yer bulabildiği iddia edilmektedir. Bu durum

çalışmanın sınırlılıklarından dolayı yeterince incelenememiştir. Gelecek çalışmalarla bu durumun yaygınlığı, bu süreçte oluşabilecek çıkar ilişkileri açıklığa kavuşturulmalıdır.

- Yoğun bakımın kapalı bir ortam olması işleyişin şeffaf bir şekilde yönetilmesinin garanti altına alınmasını zorunlu kılmaktadır. Ek olarak kapalı ortamda çalışılması hasta yakınlarının sürecin dışında bırakılması riskini oluşturmaktadır. Bundan dolayı yoğun bakımların ziyaret ve hasta yakınlarının bilgilendirilme usulü ve sıklığı keyfi uygulamalara bırakılmamalı, olması gereken asgarî şartlar belirlenmelidir.
- Hasta yakınlarına hasta yakının durumuna göre kontrollü bilgilendirme yaptığı tespit edilmiştir. Bu durumun olumlu ve olumsuz olmak üzere iki etkisi olabilir. İlk olarak hekimler hasta yakınlarının sağlık okur yazarlığı ve iletişimdeki iş birliklerine göre bilgilendirme yaptıklarında, süreç içerisindeki olası çatışma ortamları engellenmiş olmaktadır. Sonuç itibariyle bilgilendirme sadece hekimin anlattığı değil, karşı tarafın anlayabilip, anlamlandığıyla da alakalıdır. Diğer yandan bu kontrollü bilgilendirme usulü herhangi bir denetleme mekanizması olmadığı için, suiistimal edilmeye açıktır.
- İstanbul nüfus yoğunluğu fazla olan çok büyük bir şehir olduğu için, yoğun bakım yoğunluğu ve bu yoğunluğunun yönetilmesi konusunda kendisine has problemlere sahiptir. Sağlık politikaları üretilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hasta yakınlarının bakım hastasını evde bakım için kabul etme ya da hastalarının evde ölmesini talep etme durumları büyük ya da küçük şehirde yaşamasına göre değişiklik göstermedir. Burada hasta yakınlarının davranışlarının zamana ve yaşadıkları şehrin durumuna göre değişiklik gösterip göstermediğinin tespiti için, sağlık sosyolojisi alanında yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- Terminal dönem ya da bakım hastası olan hastaların, yoğun bakım endikasyonu sona erdikten sonra yoğun bakımdan taburculukları istenilen hızda mümkün olmamaktadır. Bu durum yoğun bakımda gereksiz yatak işgaline sebep olmaktadır. Bu sorunun oluşmasında yeterli sayıda palyatif bakım merkezinin ve bakım evinin olmaması temel sebep olarak tespit edilmiştir.

- Terminal dönem hastaların nasıl ve kimin sorumluluğunda takip edileceği sistem içerisinde net olmadığı için bu hastalar acil ve yoğun bakımlarda ekstra yoğunluk oluşturmaktadırlar. Burada acil servislerin ve yoğun bakımların sistem içerisinde kendilerine yer bulamayan terminal dönem hastalarına hizmet sağlayarak sistemin açıklığına tampon görevi yaptıkları görülmektedir. Bu durum hasta ve hasta yakınları için insanî olmamakla birlikte sistem için de yük oluşturmaktadır.

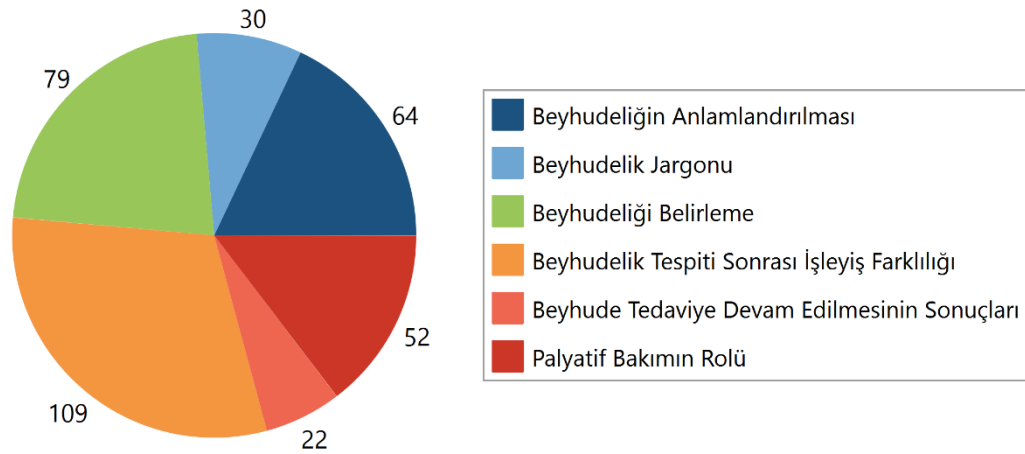
4.2. Beyhude Tedavi

Beyhude tedavi teması altında katılımcıların beyhudelik kavramını nasıl anlamlandıkları ve beyhude tedavinin yoğun bakım işleyişi içerisindeki yeri ve etkileri incelenmiştir. Bu bağlamda tema kapsamında altı tane kategori ortaya çıkmıştır. Bu kategorilerden beyhudelik jargonu ve beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları hariç diğer tüm kategoriler hakkında bütün katılımcılar fikir beyan etmiş olup, kategori bazında kodlanmamış belge bulunmamaktadır. Tablo 4-9’da beyhude tedavi temasının belge temelli frekans değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4-9 Beyhude tedavi temasının belge temelli frekans tablosu

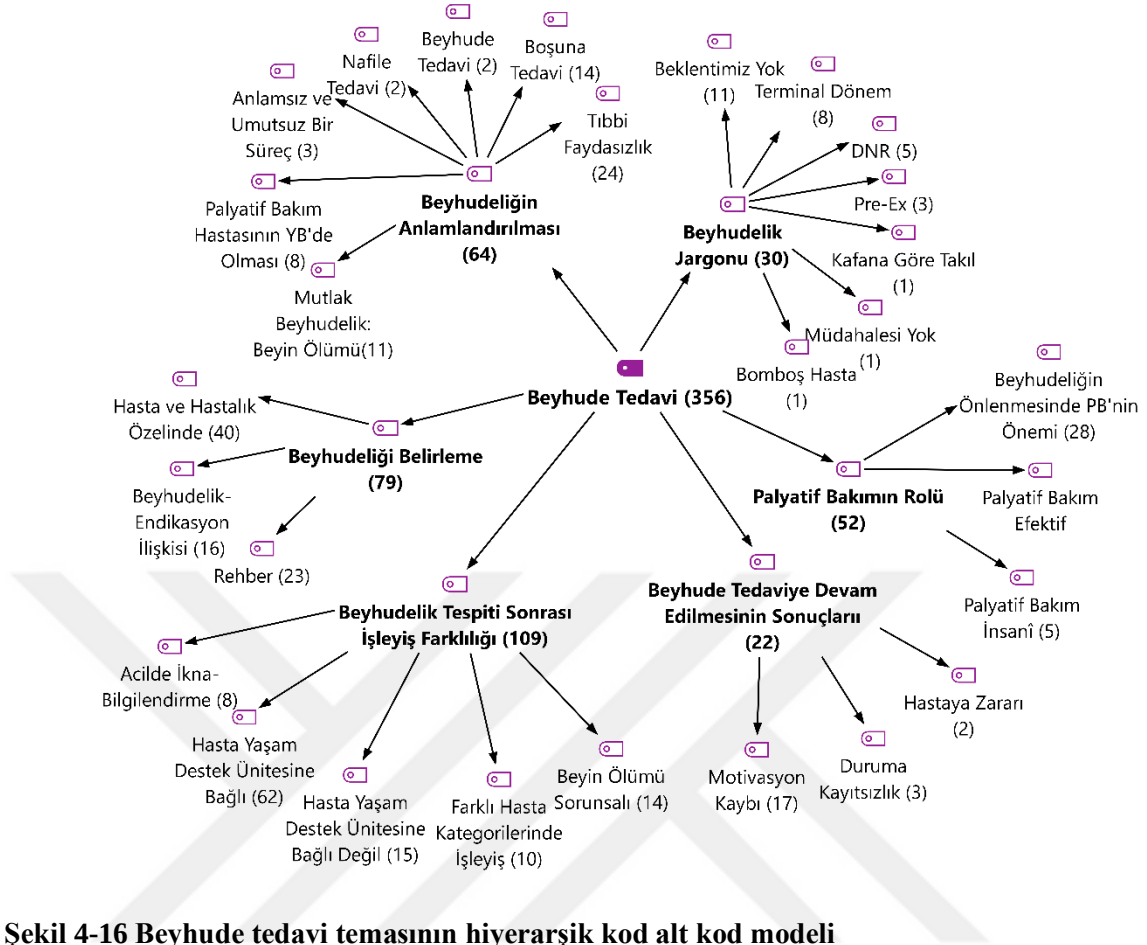
Beyhude Tedavi	Belgeler
Beyhudeliğin Anlamlandırması	11
Beyhudelik Jargonu	9
Beyhudeliği Belirleme	11
Beyhudelik Tespiti Sonrası İşleyiş Farklılığı	11
Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları	9
Palyatif Bakımın Rolü	11
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Katılımcıların beyhude tedavi teması hakkında ifadelerinin kodlu bölüm temelli frekansları ise Şekil 4-15'te gösterilmiştir. Buna göre tema içerisinde kod yoğunluğu en fazla olan beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı (109) olmuştur. Bu durum beyhude tedavi bağlamında klinikte farklı uygulamalar olmasını göstermesi açısından önem arz etmektedir. Sonrasında ise sırasıyla beyhudeliği belirleme (79), beyhudeliğin anlamlandırılması (64), palyatif bakımın rolü (52), beyhudelik jargonu (30) ve beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları (22) gelmektedir. Beyhudeliği belirleme kodu altında beyhude tedavinin tespitinde izlenen yol ve karşılaşılan zorlukların üzerinde durulmuştur. Buradaki yüksek kodlanma oranı da beyhude tedavinin tespitinin standart yoğun bakım endikasyonu konulması sürecinden farklılıklar ve zorluklar içerdiğini göstermesi bakımından dikkat çekmektedir. Bunlara ek olarak yoğun bakımda beyhude tedavi uygulamalarının yapılmak zorunda kalınmasında palyatif bakım merkezinin önemli rol oynadığına tüm katılımcıların değinmesi de önem arz etmektedir.



Şekil 4-15 Beyhude tedavi temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Beyhude tedavi temasına ait kategori ve kodların bir arada gösterildiği hiyerarşik kod alt kod modeli ise Şekil 4-16'da gösterilmiştir. Parantez içerisinde sayılar kod temelli frekansları ifade etmektedir.



Şekil 4-16 Beyhude tedavi temasının hiyerarşik kod alt kod modeli

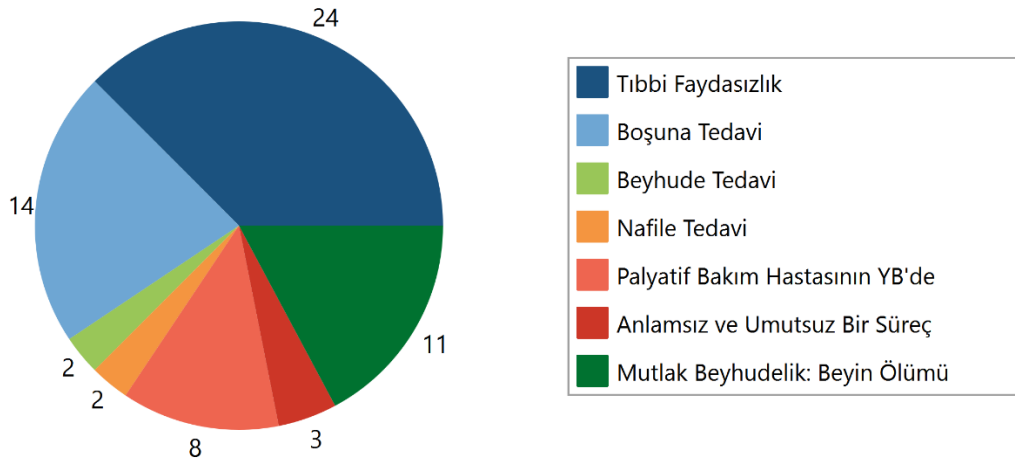
4.2.1. Beyhudeğin Anlamlandırılması

Görüşme sorularında beyhudeğin “Tıbbi olarak yapılacak bir şeyin kalmadığı, yapılan tedavinin herhangi bir şekilde hastalığın iyileştirilmesinde veya hastanın yaşam kalitesini arttırmasına bir etkisinin olmadığı durumları nasıl adlandırıyorsunuz/anlamlandırıyorsunuz?” tanımı, katılımcıların bu durumu nasıl anlamlandırıdıkları tespit edilmeye çalışılmıştır. Katılımcıların ifadeleri, beyhudeği anlamlandırma başlığı altında yedi farklı kodda kategorize edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (sekiz tanesi) beyhudek durumunu tıbbi faydasızlık olarak anlamlandırmışlardır. Beyhude tedavi ve anlamsız ve umutsuz bir süreç koduna ise sadece bir katılımcı değinmiştir. Beyhudeğin anlamlandırılması kategorisinin belge temelli frekans değerleri Tablo 4-10’da gösterilmiştir. Diğer kodların kodlandıkları belge sayısı ise sırasıyla şu şekilde: boşuna tedavi (7), mutlak beyhudelik: beyin ölümü (6), palyatif bakım hastasının yoğun bakımda olması (5) ve nafile tedavi (2)

Tablo 4-10 Beyhudeliğin anlamlandırılması kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Beyhudeliğin Anlamlandırılması	Belgeler
Tıbbi Faydasızlık	8
Boşuna Tedavi	7
Beyhude Tedavi	1
Nafile Tedavi	2
Palyatif Bakım Hastasının Yoğun Bakımda Olması	5
Anlamsız ve Umutsuz Bir Süreç	1
Mutlak Beyhudelik: Beyin Ölümü	6
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Kodların kodlanma frekansları ise Şekil 4-17’de beyhudeliğin anlamlandırılması kategorisinin koldu bölüm temelli frekans tablosunda gösterilmiştir. Grafiğe göre tıbbi faydasızlık kodunda 24 kere kodlanma ile ciddi bir kodlanma yoğunluğu olduğu görülmektedir. Sonrasında ise belge temelli frekansa paralel olarak boşuna tedavi (14), mutlak beyhudelik: beyin ölümü (11), palyatif bakım hastasının yoğun bakımda olması (8), anlamsız ve umutsuz bir süreç (3), nafile tedavi (2) ve beyhude tedavi (2) gelmektedir.



Şekil 4-17 Beyhudeğin anlamlandırılması kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Bu bölümde bulgular bölümünün genel yazım tarzının dışına çıkılıp, kodlar için ayrı alt başlık açılmasına gerek duyulmamıştır. Çünkü kategoriye ait kodlar ağırlıklı olarak in-vivo (Bkz. Bölüm 3.1.3.) kodlanmıştır. Yani kodlu bölümlerde kodun kapsadığı anlamı açıklayan ve detaylandıran alıntılar bulunmayıp, yine kodun kendisi bulunmaktadır. Kodlara dair çok az sayıda olan açıklayıcı ifadeler içeren katılımcı alıntılarına bölümün ilerleyen kısımlarında alt başlık açılmaksızın yer verilecektir.

Bölümün analizi yapılırken beyhude kavramının farklı uzmanlık derecelerine ve katılımcının kavrama aşinalığının olup olmadığına göre farklılık içerip içermediğine odaklanılmıştır. Farklı bilgi ve tecrübe birikiminde olan hekimlerin kavramı anlamlandırmasında ciddi bir farklılık olmadığı görülmüştür. Katılımcıların unvanlarına ve “futility” kavramını bilip bilmeme durumuna göre verdikleri cevapların belge temelli dağılımı ise sırasıyla Tablo 4-11 ve Tablo 4-12’de gösterilmiştir. Burada da kavramı bilen altı hekim ile bilmeyen diğer beş hekim arasında anlamlandırma yönünde bariz bir farklılık olmadığı görülmüştür. Katılımcıların “futility” kavramını teorik olarak bilmiyor olsalar bile klinik tecrübe ile kavramın karşılığı olan durumları kavramı bilenlerle benzer şekilde anlamlandırabildikleri görülmüştür.

Tablo 4-11 Beyhudeleşin anlamlandırılması kategorisinin farklı unvanlara göre belge temelli frekans tablosu

	Asistan Doktor	Uzman Doktor	Prof. Dr.	Toplam
▼ Beyhude Tedavi				
▼ Beyhudeleşin Anlamlandırılması				
Tıbbi Faydasızlık	2	4	2	8
Boşuna Tedavi	1	3	3	7
Beyhude Tedavi			1	1
Nafile Tedavi		1	1	2
Palyatif Bakım Hastasının YB'de Olması	1	2	2	5
Anlamsız ve Umutsuz Bir Süreç	1			1
Mutlak Beyhudeleşik: Beyin Ölümü	2	2	2	6
Σ TOPLAM	7	12	11	30

Tablo 4-12 Beyhudeleşin anlamlandırılması kategorisinin kavrama aşinalık durumuna göre belge temelli frekans tablosu

	Biliyor	Bilmiyor	Toplam
▼ Beyhude Tedavi			
▼ Beyhudeleşin Anlamlandırılması			
Tıbbi Faydasızlık	4	4	8
Boşuna Tedavi	5	2	7
Beyhude Tedavi	1		1
Nafile Tedavi	1	1	2
Palyatif Bakım Hastasının YB'de Olması	2	3	5
Anlamsız ve Umutsuz Bir Süreç	1		1
Mutlak Beyhudeleşik: Beyin Ölümü	4	2	6
Σ TOPLAM	18	12	30

Kavramın anlamlandırılmasında tıbbi faydasızlık durumu ve boşuna, beyhude, nafile tedavi kodlarının olması “futility” kavramının Türkçe literatürde kullanılan karşılıklarının etkili olduğu yorumu yapılabilir. (Bkz. Bölüm 2.2.1.1.) Burada bir katılımcının kendisinin de lafzi olarak boşuna tedavi ifadesini kullanmakla birlikte kavramın bu şekilde anlamlandırılmasına eleştirisi bulunmaktadır. Burada o hastalar için özellikle palyatif bakım anlamında yapılacak şeylerin olduğunu vurgulaması ve boşunalık durumunun hasta için yapılacak tüm çabaları anlamsızlaştıracağına dikkat çekmesi açısından bu eleştiri önem arz etmektedir.

“Şahsım boşuna tedavi olarak adlandırıyor. (Konum 27) (...) Birincisi bunlara palyatif tedavi veriliyor. Yani bu tedavi de boşuna değil. Yani bazı müdahalelerin yapılması yani zor gözüktüyor, o yüzden ben hani şey olarak bunu da en uygun desem de yine tam karşılamadığını düşünüyorum. Yani ben tabi kavramların Türkçeleştirilmesi taraftarı olan biriyim. Kullanılan kelimenin de belki de bize ne algılattığı da önemli, böyle şefkatli bir yanı var sanki futilty’nin. Ama boşunaliğin şefkatli bir yanı olmadığını ben gördüm şahsen. Hani böyle artık gözden çıkarılmışlık hissi ben verdiğini düşünüyorum. Hani bilmiyorum bana öyle geliyor. O yüzden hani belki bunu kullanıyoruz ama daha derin anlamda düşündüğün zaman bana biraz boşunalık, bana biraz merhametsiz bir yanı olduğunu düşünüyorum.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 33)

Anlamsız ve umutsuz bir süreç koduna ise sadece bir katılımcı değinmiştir. Burada hastanın sadece anlamsız ve umutsuz bir sürece değil aynı zamanda zorlu bir sürece de sokulduğu belirtildiği ve süreci hasta perspektifinden de değerlendirildiği için dikkat çekmektedir.

“Hani bana mesela çok garip geliyordu. Bir nevi verdiğim tedavinin bir anlamı olmuyor. Ben hastayı yoğun bakıma alsam, geri çıkma ihtimali yok gibi, zorlu bir sürece sokmuş olacağım.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 51)

Katılımcıların ikisi asistan, ikisi uzman ve ikisi profesör olmak üzere altı tanesi, Türkiye’de beyhude tedavinin en net bir şekilde beyin ölümü teşhisinden sonra yapıldığını belirtmişlerdir. Hukuki olarak ölü kabul edilen beyin ölümü tanısı almış kişilere yaşam desteğinin ve bazı durumlarda hatta tedavinin devam etmesi birçok açıdan problemlidir. Bu problem Bölüm 4.2.4.5.’te Beyin Ölümü Sorunsalı başlığı altında daha ayrıntılı incelenmiştir. Mutlak beyhudelik: beyin ölümü kodu kapsamında katılımcıların ifadeleri:

“Bunlar şeylerde daha çok gündem ediliyor, beyin ölümü programlarında daha çok konuşuluyor bu konular. Hani daha oralardayız! Yani beyin ölümü gerçekleşmiş hastanın yoğun bakımda takibinin devam edip etmemesi kısmındayız daha.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 39)

“Ben bu ‘futility’ kavramını geçen ay katıldığım bir seminerde duydum. Daha sonra tanımına falan baktım. Yani İngilizcesini bilmesem, benim aklıma daha çok beyin ölümü tanısı konmuş hastaların durumu geldi. Muhtemelen o süreçte verilen tedaviyi kastediyor diye, kafamda o canlandı. Tanımına bakınca, seminerden aklımda kalan,

hastanın tedavisine katkısı olmayan, yaşamını daha doğrusu ölüm sürecini uzatan tedaviler, valla direkt olarak beyin ölümü tanısı almış hastalara uyguladığımız tedaviler aklımda canlandı. Hani bunu mesela bu kavramı duymadan sorulsa mesela bana, boşuna tedavi gibi bir şey söylenilirdim belki.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 27)

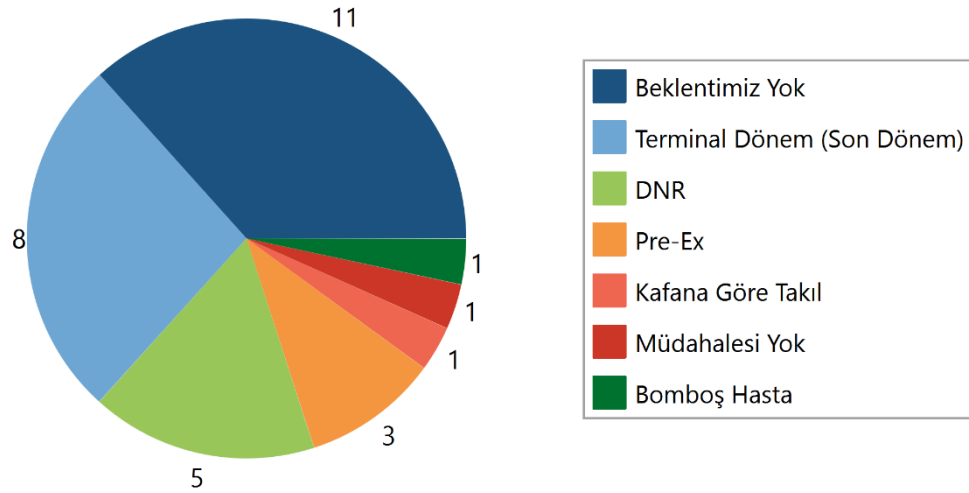
4.2.2. Beyhudelik Jargonu

Beyhudelik jargonu kategorisi altında hekimlerin yoğun bakımda beyhude tedavi alan hastaları nasıl isimlendirdikleri ya da nasıl nitelendirdikleri incelemiştir. Bazı katılımcıların açık konuşmaktan çekindikleri fark edildiğinde, planlanan soruların içerisinde olmamasına rağmen kendilerine örneğin nöbet için devir yaparken beyhude tedavi alan hastayı yoğun bakımı teslim alacak hekime nasıl anlattıkları ya da vizite sırasında bu hastaların nasıl sunulduğu sorulmuştur. Bu sorular aracılığıyla katılımcıların dokuz tanesinin beyhude tedavi alan hastayı farklı şekillerde nitelendirdiği tespit edilmiştir. Bu nitelendirmelerin kaç katılımcı tarafından ifade edildiği Tablo 4-13'te beyhudelik jargonu kategorisinin belge temelli frekans tablosunda gösterilmiştir. Buna göre altı katılımcı “*beklentimizin olmadığı hasta*” ya da bu “*hastada beklentimiz düşük*” ve benzeri ifadeler kullanmışlardır. Bu ifadeler beklentimiz yok kodu altında birleştirilmiştir. Burada hekimlerin hastaların içinde bulundukları tıbbi olarak iyileşme umudu olmama durumlarına dikkat çekildiği görülmüştür. Bu duruma benzer şekilde dört katılımcı ise bu hastaları terminal ya da son dönem olarak nitelendirmiştir. Katılımcıların diğer ifadeleri DNR (4), pre-ex (2), kafana göre takıl (1), müdahalesi yok (1) ve bomboş hasta (1) ise kullanım açısından problemlidir. Bu ifadeler örneğin DNR gibi kapsamı dışında kullanılması yanlış anlaşılmalara sebep olabilirken, bomboş hasta ya da pre-ex kullanımı hastaların damgalanmasına yol açma riskini barındırır.

Tablo 4-13 Beyhudelik jargonu kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Beyhudelik Jargonu	Belgeler
Beklentimiz Yok	6
Terminal Dönem (Son Dönem)	4
DNR	4
Pre-ex	2
Kafana Göre Takıl	1
Müdahalesi Yok	1
Bomboş Hasta	1
Kodlanmış Belgeler	9
Kodlanmamış Belgeler	2
Analiz Edilen Belgeler	11

Beyhudelik jargonu kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği ise Şekil 4-18'de gösterilmiştir. Burada da belge temelli frekansa paralel olarak beklentimiz yok ifadesi on bir kodlama ile ilk sırada gelirken, terminal dönem ifadesi de sekiz kodlamayla ikinci sırada yer almaktadır. Devamında ise DNR (5), pre-ex (3), kafana göre takıl (1), müdahalesi yok (1) ve bomboş hasta (1) gelmektedir.



Şekil 4-18 Beyhudelik jargonu kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu

Bir önceki bölümde olduğu gibi bu kategoride de kodlamalar çoğunlukla in-vivo (Bkz. Bölüm 3.1.3.) kod olarak yapıldığı için kodlar için alt başlık oluşturulamamıştır. Beyhudelik jargonunun kullanımının unvanlara ve kavrama aşinalığının olup olmama durumuna göre dağılımı ise dikkat çekicidir. Tablo 4-14’te beyhudelik jargonu kategorisinin farklı unvanlara göre belge temelli kod frekans tablosu ve Tablo 4-15’te ise kavrama aşinalık durumuna göre frekans tablosu gösterilmiştir. Profesörlerin genel olarak bu hastalar için özel bir nitelendirme kullanmadıkları, sadece bir katılımcının bir defa “*terminal dönem*” ifadesini kullandığı görülmektedir. Buna karşın DNR, pre-ex gibi yanlış anlaşılmaya müsait kullanımların kavrama aşinalığı olmayanlar tarafından ağırlıklı kullanıldığı, kavrama aşinalık durumundan bağımsız olarak da damgalamaya sebep olabilecek ifadelerin kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 4-14 Beyhudelik jargonu kategorisinin farklı unvanlara göre belge temelli frekans tablosu

	Asistan Doktor	Uzman Doktor	Prof. Dr.	Toplam
▼ Beyhude Tedavi				
▼ Beyhudelik Jargonu				
● Beklentimiz Yok	2	4		6
● Terminal Dönem (Son Dönem)	1	2	1	4
● DNR	2	2		4
● Pre-Ex		2		2
● Kafana Göre Takıl	1			1
● Müdahalesi Yok	1			1
● Bomboş Hasta		1		1
Σ TOPLAM	7	11	1	19

Tablo 4-15 Beyhudelik jargonu kategorisinin kavrama aşinalık durumuna göre belge temelli kod frekans tablosu

	Biliyor	Bilmiyor	Toplam
▼ Beyhude Tedavi			
▼ Beyhudelik Jargonu			
● Beklentimiz Yok	2	4	6
● Terminal Dönem (Son Dönem)	2	2	4
● DNR	1	3	4
● Pre-Ex		2	2
● Kafana Göre Takıl	1		1
● Müdahalesi Yok	1		1
● Bomboş Hasta		1	1
Σ TOPLAM	7	12	19

In-vivo kod yapılmayan kodlamalara ait ve yapılan kodlamalara açıklık getiren katılımcı ifadeleri:

- Beklentimiz yok

“Yani şöyle, hani bizim için pre-ex dediğimiz bir şey vardır. Hani Ex olmadan önceki durum bu hastaları devrediyoruz ama hani çok beklentinin olmadığını söylüyoruz. Bunu biz yakınlarına da söylüyoruz ama şimdi şöyle bir durum var, bizim ülkemizde tedavinin hepsini yapmak zorundasın. (...) Ama hani belli bir yerden sonra da atıyorum mesela bir hastanın devri beş dakika oluyor, o hastanın devri bir dakika oluyor. Çünkü

ne yaparsan yap bu hastanın düzelmeyeceğini biliyorsun. O yüzden, mesela atıyorum ileri sepsis hastası, multi organa gitmiş. Yapılabilecek bütün tedaviler yapılmış, hem de hemofiltrasyon alıyor. Bütün bölümler konsültasyonu kapatmış. Hani yapılacak her şey yapılmış. (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

- DNR

“97 yaşında yani aslında DNR, yani girişi DNR.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 30)

- Pre-ex

“Bizim pre-ex ya da son dönem dediğimiz hasta grubu zaten her şeyin yapılmış, daha da yapılacak bir şeyin olmadığı hasta grubu.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 56)

“Yani biraz daha işte pre-ex gibi devirler olabiliyor. Hasta hani Ex olmayı bekleyen bir hasta, hiçbir fayda sağlayamadığımız bir hastaysa, hani devirlerde pre-ex şeklinde devrediyoruz.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 30)

- Kafana Göre Takıl

“Vizitede mesela hasta anlatılır, en son geçerken de dipnot gibi düşülüyor, çok bir beklentimiz yok diye. Bir sıkıntı olursa kafana göre takıl sen, doğru mu yapıyorum, şu ilacı başlasam mı, hocayı gecenin bir yarısı rahatsız edeyim mi?.. Yani, bu öyle bir hasta değil, rahat olabilirsin.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 22)

- Müdahalesi Yok

“Beyin ölümü tanısı konulduğunda, tanıyı koyduk, hadi tedavisini keselim diye bir şey olmuyor, bir hastanın belki müdahalesi yok, öyle adlandırıyoruz genelde.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 53)

- Bomboş Hasta

“Bir kanser hastası, terminal dönem, yemesi içmesi azalmış, gastroenterit olmuş, ya bomboş hasta prerenal ABY’de, akut böbrek yetmezliğinde ama hastanın şuuru açık solunumundan yana hiç sıkıntı yok ama hasta boş, yani asidozu var bilmem nesi var, neyse çok uzattım.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 22)

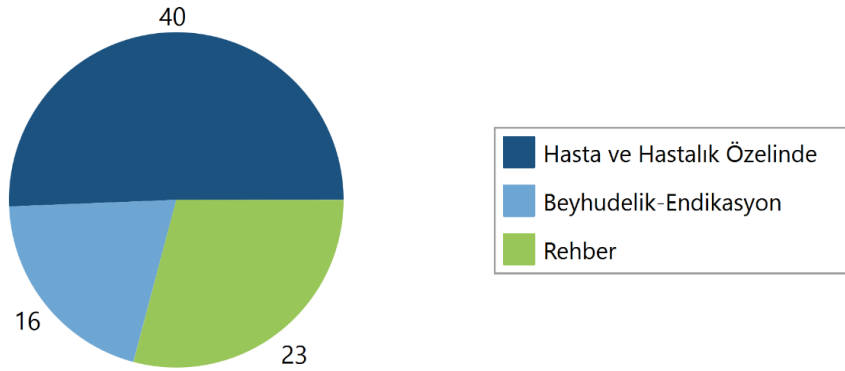
4.2.3. Beyhudeliği Belirleme

Bu bölümde yoğun bakımda kabul sırasında ya da yoğun bakımda belirli bir tedavi aldıktan sonra hastanın alacağı ya da aldığı tedavinin beyhude tedavi olduğu kararının nasıl verildiği incelenmiştir. Bölüm 4.1.1.3’ te Yoğun Bakım Endikasyonunu Belirleme başlığı altında, yoğun bakımdan sorumlu hekimin, tıbbi veriler doğrultusunda, hasta ve hastalık özelinde, tecrübî ve sezgisel bir karar verdiğinden bahsedilmiştir. Katılımcılar yoğun bakım endikasyonu belirlerken endikasyonu net koyulamayan “arada kalan hastalar” haricinde herhangi bir probleme değinmemişlerdir. Beyhude tedavinin tespitinin de hasta ve hastalık özelinde verildiği vurgusu ön plana çıkmakla birlikte, sürecin standart endikasyon belirleme şeklinden farklı olarak çeşitli zorluklar barındırarak işlediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda hasta ve hastalık özelinde, beyhudelik-endikasyon ilişkisi ve rehber olmak üzere üç kod oluşturulmuştur. Kodların belge temelli frekansları Tablo 4-16’da gösterilmiştir. Buna göre kararın hasta ve hastalık özelinde karar verildiğine tüm katılımcılar değinmiştir. Rehber kullanımına on katılımcı, beyhudelik-endikasyon ilişkisine ise dokuz katılımcı değinmiştir.

Tablo 4-16 Beyhudeliği belirleme kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Beyhudeliği Belirleme	Belgeler
Hasta ve Hastalık Özelinde	11
Beyhudelik-Endikasyon İlişkisi	9
Rehber	10
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Beyhudeliği belirleme kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği ise Şekil 4-19’da gösterilmiştir. Burada 40 kodlama frekansı ile hasta ve hastalık özelinde kodunun katılımcıların ifade yoğunluğunda da en büyük payı oluşturduğu görülmektedir. Devamında ise rehber (20) ve beyhudelik-endikasyon ilişkisi (16) gelmektedir.



Şekil 4-19 Beyhudeliği belirleme kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.2.3.1. Hasta ve Hastalık Özelinde

Beyhude tedavinin belirlenmesinin hasta ve hastalık özelinde yapıldığı konusunda ön plana çıkan alt kodlar hastanın yaşı, temel hastalığı ve bilinç durumu olmuştur. Burada tüm katılımcılar tarafından değinilen hastanın yaşı triyaj kriterlerinde olduğu gibi komorbidite ve tedaviye yanıt verme oranının düşüklüğüyle ilişkilendirilse de genç hastalarda umudun tükenmediği, bu tür kararların daha zor verildiği vurgusu yapılmıştır.

“Yaşının fonksiyonun ne mesela [eeu düşünüyor] tabi, yaş diyoruz ama yaşlı hastanın [euh] işte EF’si düşük olur, kalp kapak hastalıkları olur, böbreği daha kötü durumda olur. Sebebi bu aslında yani. Normal mesela hiçbir hastalığı yoksa, adam 100 yaşına kadar yaşamış ilaç bile kullanmamış, yaşlı hasta değildir yani. Sadece takvimsel yaş değil yani aslında.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 46)

“Ya o tam net bir şekilde belli olmuyor. Çünkü çok yaşlı olup yani hani atıyorum 100 yaşında taburcu olan hasta da var. Sadece yaş bazında değil tabii ki büyük bir etken ama hani komorbid hastalıkları önemli hani ne durumda, belki terminal dönem olabilir. İşte 70 yaşında son dönemde Alzheimer hastası olabilir, ileri bir bakım ihtiyacı olabilir ya da işte atıyorum beyin ölümü gelişecek bir hasta olabilir, daha genç olabilir. Hani yaş tam bir kavram değil tabii ki ama hani genel olarak yaşlı hastanın tabii ki komorbiditesi yüksek oluyor. Hani sağlıklı yaşlı çok az. O yüzden de hani büyük bir faktördür ama hani net işte ya bu hastada 90 yaşında bıraktım gitti falan öyle bir şey tabii yapamıyorsun.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 35)

“Genç hastaların tedaviye verdiği yanıtlar ya da uzun süreli kötülük durumundan etkilenme katsayıları yaşlılardan oldukça farklı. Yani 80 yaşındaki bir hastayı mesela 50-30 tansiyonuna bir gün takip etseniz, karaciğer, böbrek, kalp bunların hepsi çok ciddi iskemiye uğrarlar ve geri dönüşümsüz bir şey olur bu. Ama aynı şey 20 yaşındaki bir hasta için geçerli olduğu zaman üç gün hasta 50 30 tansiyonla takip edilse ve başıma geldiği için söylüyorum bunu, ondan sonrasında işte tekrar bir iyileşme durumu olsa çok daha farklı yanıtlar verebiliyor. Bu anlamda yaş elbette ki etkili. Bu arada bahsettiğim işte başıma geldi dediğim şey de bir beyin ölümü vakasıydı. Ondan kısaca bahsedeyim istersen. Kafa travması olan genç bir hastaydı. Beyin ölümü tanısı koyduk, gerekli testleri yaptık ve haliyle organ bağış adayı yani sadece kafa travması var işte genç bir hasta, bütün organ fonksiyonları yerinde vs. Hasta yakınlarıyla organ bağış komitesi iletişim kurdular ve hasta yakınları kesinlikle kabul etmeyeceklerini söylediler şeyi. Bizim hastanemizde uygulama şu şekildeydi, mevcut tedavi neyse devam edilir ama ekstra bir destek verilmez hastaya. Yani işte ventilatöre bağlıysa ventilatörden ayrılmaz ama inotrop ihtiyacı olursa da tekrar bir inotrop da açılmaz gibiydi. Zaten beyin ölümü tanısı konulan bir hasta maksimum 48, 72 saat daha hayat şeye kalbi atmaya devam eder ve ondan sonra hastanın kalbi de durur falan. Bizde bu hastaya herhangi bir inotropik destek vermedik. Hasta sadece ventilatöre bağlı. Tabii tansiyonları giderek düşüyor. 50 ye 30 tansiyonla devam ediyor hasta. Bu şekilde devam etti iki gün. İki günün sonunda hasta yakınları geldiler. Biz kararımızı değiştirdik, organlarını bağışlamaya karar verdik dediler. Şimdi o kadar garip bir şey ki. Yani bu sırada karaciğer ne oldu böbrek ne durumda? Sonuçta o tansiyonla hasta idrar da çıkarmıyor, belli bir şey oluşması lazım. Alelacele biz döndük işte hastaya inotrop açtık. Ne olur ne olmaz bir tekrar bakalım belki işte şey yapmamıştır, tahlillerini gönderdik, sıvılar başladık falan filan. Diğer bölümlerden konsültasyonu istedik, kardiyolog geldi baktı, kalp gayet iyi bağışlanabilir, akciğerler iyi durumda. Nefrolog geldi, hasta saatlerdir idrar çıkarmıyor ama sıvı yükledik, idrar çıkarmasını istedik, idrar çıkarmaya başladı. Hani bu toparlar bu böbrek bağışlanabilir dedi. Karaciğer enzimlerine hiçbir şey olmamış, gram oynamamış falan. Genç hasta böyle ama nasıl koşturuyoruz. Çünkü bir sürü insanın hayatı kurtulabilir. Akciğer, karaciğer, kalp, böbrek yani hepsi bağışlanabilir durumda. Bunların hepsini yaptık vs ettik çok şaşırmıştık bu arada karaciğer enzimlerinin hiç oynamamasına. Yani çünkü başka bir, biraz daha yaşlı bir hasta için hani gerçekte bağdaşmayan bir durum ya da böbreğin o kadar hipotansif kaldıktan sonra bu kadar güzel çalışması. Her şeyin

ayarladık tahlile gönderdik. Bütün gün bununla uğraştık, en son vazgeçtiler. [Acı acı güldü]" (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 46)

Genç hastalara karşı gösterilen özene dair katılımcı ifadeleri:

"Genç hastalar çok kıymetlidir yoğun bakımda. Bu hastalar için şartlar zorlanıyor." (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 14)

"Genç hasta zaten bizim çok alert olduğumuz bir şey." (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 22)

Genç hastalar için karar vermenin hekimler için zorlayıcı olduğuna dair katılımcı ifadeleri:

"Yaşı genç olan ve hastalığı olmayan hastalarda bu tarz kararları vermek çok zor, hastanın hekimi olarak da çok zor, hasta sahibi olarak da işin diğer boyutu da çok zor. Çünkü normal hayatını sürdürürken birden bu sürece girmiş olması açıkçası insanın kolay kolay alışabileceği bir tablo değil. Maalesef bu hastalara biz de hani bu kararları verirken zorluyoruz gerçekten, hani var mı acaba yapacak başka bir şey, gerçekten hani bizim atladığımız, bizim işte bilmediğimiz, hani küçük de olsa bir tedaviye yanıtı olacak bir durumu kovalıyoruz gerçekten. Ekip olarak da çünkü işin psikolojik boyutunda da herkesin sonuçta bu duygusal kısmı devreye giriyor." (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 72)

"Ama genç olsun ama aynı klinik veriler olsa onlara biraz daha agresif yaklaşabiliyoruz yani, acaba biraz daha yaşar mı diye. Hatta yoğun bakıma girme de bile bazen etkili olduğu oluyor. Yani bu hasta genç ama normalde başka bir hasta olsa almazdık ama yoğun bakım müsaitse burada takip edelim dediğimiz zaman da oluyor yani. Yaş kâğıt üzerinde bekli etkili olmaz diye düşünen arkadaşlar var ama pratikte oluyor." (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 37)

"Çocuk hastalar bazen, hani, çünkü bazen şu da olabiliyor ya çok kötü gidiyor, kaybedilecek ama, hani acabalarımız da olabiliyor çok nadir de olsa, o oluyor. Bunun dışında olmuyor." (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 57)

Tıbbi nedenlere dayanarak genç hastalara gösterilen özen ve onlar hakkında karar vermenin psikolojik yükünün yaşlı hastalara karşı ayrımcılık oluşturma riski bulunmaktadır. Bir katılımcı bu duruma dikkat çekmektedir.

“Yaşlı hastada yani artık yaşadığını yaşıyorsun, hasta yakınları da biraz öyle söylüyor. Bu biraz biz de etkili oluyor, bilinç altımızda etkili olmuyor desek bile etkili oluyor. Daha yaşlı insanları daha palyatif amaçlı şey yapıyoruz.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 37)

Yaş bahsinden sonra katılımcıların en çok üzerinde durduğu durum hastanın temel hastalığının ne olduğu ve yoğun bakıma gelmeden önceki durumunun nasıl olduğu konusu olmuştur. Burada hastanın kanser, Alzheimer, SVO (Serebro Vasküler Hastalık) veya majör travma hastası olması ve bu hastalık sebebiyle yoğun bakıma gelmesinin şartlara göre değerlendirmeye etki ettiği belirtilmiştir.

“Bir diğeri de hastanın yoğun bakıma gelmeden önceki klinik tablosu çok önemli. Sadece mevcut hastalıklar değil, yoğun bakıma gelmeden önceki hali. Ben hep şeyi sorarım yaşlı hastada. Evde nasıldı bu hasta kendi işini yapabiliyor mu? Şuuru nasıldı? Yani yoğun bakımdan önceki sosyal hayatı ne durumda bunu mutlaka öğrenmek isterim. Mesela hastaya şey deniyor, ben bunu duyuyorum da hasta işte Alzheimer başlangıcı diyor asistan, Alzheimer’ı varmış diyor. Ama ben hasta yakınlarıyla konuştuğunda hep sorgularım. Ne zaman tanı konuldu, ne düzeyde, bakıma ihtiyacı var mı? Yemeği, ev kadınıysa mesela yemeğini yapıyor mu, yani kalkıyor mu, tuvalete gidebiliyor mu, yemeğini yiyebiliyor mu? Evde dolaşabiliyor mu? Ev işlerini yapabiliyor mu? Yani ne durumda olduğu çok çok önemli bence bu hastada. Çünkü sonra kiminle kalıyor, bakıcısı var mı, yakını mı bakıyor mu, kiminle yaşıyor? Çünkü şu oluyor, hasta diyelim yaşlı bir hasta, yaşlı da 80 olsun mesela hani, 80 şu anda bence fit bir hastaysa çok iyi, çok böyle hasta taburcu ettiğimiz oluyor. Ama hasta demans hastası, bir de ileri evre. İşte diyor ki son üç aydır diyor hep yataktaydı, işte bakıcısı vardı. Şimdi bu hastayı benim, işte baktım tedavi gidişatına eski halinden daha kötü olacaksa; hasta yakını da bazen bana diyor ki, yani bakıma muhtaç olacaksa hiç uğraşmayın diyor. Yani bunların hepsini dikkate almak gerekiyor, anlatabildim mi? Yani ben o hastayı bize gelişinden daha kötü durumda taburcu edeceksem, ha hadi diyelim ki hasta üç aydır yatağa bağımlı ama idrar çıkarıyor işte solunum problemi yok. Ama ben bu hastayı tedavi ettikten sonra diyalize bağımlı bir hasta yaparsam, kötü. Çünkü diyaliz özellikle hastanın bir başka yere naklini gerektirecek bir durum. Yani inanılmaz bir morbidite katmış olacak hastaya. O zaman orada bir durup düşünüyorum.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 34)

Temel ve ek hastalıklarına ek olarak hastanın bilinç durumu da iki katılımcı tarafından vurgulanmıştır. Konuya dair katılımcı ifadesi:

“Neye göre belirliyoruz? [Iıı, düşünüyor.]. Yani çoğunlukla bu tarz hastalar zaten kanser hastaları veya major travma hastaları oluyor. Kanser hastalarında cerrahi müdahale edilemez kriteri, cerrahi inoperable kriteri bizim için önemli bir kıstas ama cerrahi inoperable olmasının yanı sıra bu hastanın bilincinin de tam kapalı oluyor olması lazım, bizim için. Yani atıyorum bir pankreas kanseri hastası, çoklu yayılımı var, çoklu metastazı var ve bilinci total olarak kapalı, hani glasgow’u beşin altında örnek veriyorum. Bu hasta bir evet ve tıbbi faydasız kriterine girer. Örnek verecek olursam veya bir çoklu travma hastası görüntülemelerinde difüz aksonal hasar tespit edilmiş, bu da muhtemelen tıbbi faydasız kıstasına girer. Hani bilinç bizim için önemli, bilinç kaybının geri dönüşsüz olacağını düşünmek bizim için önemli. Temelde en önemli şey bilinç olacak gözüyle bakıyoruz. Yani bizim hastanede, benim kendi kanaatim, diğer çalışma arkadaşlarımin kanaati de hastanın mevcut bilinç durumu.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 34)

Bunlara ek olarak bir katılımcı sürecin akut mu kronik olarak mı geliştiğinin gidişatın tahmin edilebilirliğini ya da geri döndürülebilirliğini etkilemesi açısından önemli olduğuna dikkat çekmiştir.

“Ya mesela üç saturasyonlu hasta getirmişler geçen, gebe bir hastaymış bir de. O hasta öyle geldiği için ve çok akut gelişen bir şey olduğu için haliyle ona müdahale edilmiş. Buradaki belirleyicilik şu, akut gelişen şeylerle kronik gelişen şeyler birbirinden ayrılıyor. Yani kronik gelişen bir sürecin geri döndürülebilirliği daha zor oluyor ama akut gelişen bir şey daha geri döndürülebilir oluyor. Mesela bir hasta üç gündür septik şoktadır ve artık bütün tedavilere rağmen pH 6.9 dur. Bu hasta için artık yapabilecek bir şey yoktur. Ama başka bir hasta gelir hasta alkol-intokstur ve pH’sı 6.7 dir. Bu hasta için yapılabilecek çok şey vardır mesela. Covid-19’un da başlı başına kendisinin sebep olduğu problemler çok akut problemler olduğu için mevcut klinik tabloya rağmen hala bir umut barındırır. Ama o durumun sebebi sadece Covid-19 değil getirdiği kronik süreçlerse o zaman işte çok daha farklı olur. Bilmiyorum açıklayıcı oldu mu?” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 109)

4.2.3.2. Beyhude-Endikasyon İlişkisi

Beyhude tedavi kavramını tıbbi meslek dili içerisinde en iyi karşılayan ifade olarak önerilebilecek olan “endikasyonun olmamasına rağmen tedaviye devam edilmesi” durumuna (Bkz. Bölüm 2.2.3. ve Bölüm 2.3.4) katılımcıların dokuzu dikkat çekmiştir. Burada hastanın endikasyon olmadığı halde yoğun bakıma alınmasının kritik eşik olduğu, yoğun bakıma alınmasından sonra sürecin çetrefilliğinin arttığına dikkat çekilmekle birlikte, endikasyon olmaması nedeniyle hastanın reddedilmesinin Türkiye şartlarında çok mümkün olmadığından şikâyet edilmiştir. Hekimlerin hukuki baskılarla endikasyon olmamasına rağmen hastaları kabul etmek zorunda kalmaları konusu Bölüm 4.5.2.’te ayrıntılı bir şekilde tartışılacağı için, bu bölümde özellikle katılımcı D11’in belirttiği hekimlerin de bu konuda mutabakat sağlamamış olmalarına yoğunlaşmıştır. Yoğun bakıma kabul süreçleri ve endikasyonun olmadığı durumlarda yaşamın sonundaki hastaların yoğun bakıma kabul edilmeme durumlarına açıklık getirecek hukuki düzenlemelerden önce konuyu hekimlerin zihinlerinde netleştirecek çalışmalara öncelik verilmelidir. Bu çalışmada da görüldüğü üzere uygulamalar ve görüşler birçok farklılık barındırmaktadır.

“İşte 40 yaşında terminal hasta. Şimdi şöyle bir şey var Türkiye’de. Hasta gidiyor, işte şikâyeti var, bir tümör tespit ediyor. Cerrah bakıyor ki, çok ileri evre sınıflamasını yapıyor, işte metastazını falan, ben ameliyat etmeyeceğim diyor değil mi? In-OP kabul ediyor. Bununla çok karşılaşıyoruz ve cerrah in-OP diyor, kabul ediyor. Onkoloğa gidiyor, onkolog tedavi veriyor ya da vermeyebiliyor diyor ki bu onkolojik tedaviden fayda görmez diyor. Sonra bu hasta kötüleşiyor, acile geliyor, yoğun bakım deniliyor. Şimdi sen burada, ben burada bu hastayı yoğun bakıma, yani şimdi bu hastaya cerrah hiçbir şey yapmamış. Onkolog hiçbir şey yapmamış. Ama sen yoğun bakımçı olarak, bu hastaya hiçbir şey yapılamaz, almıyorum diyemiyorsun Türkiye’de. Niye, onlar diyebilmiş? Ben diyemiyorum.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 25)

“Ya bizim burada tabii ki oluyor ama yetkimiz sınırlı olduğu için çok bu sistemi değiştirecek gücümüz yok maalesef. Sadece o ilk sorularımıza geliyoruz. Hasta tercihi yaparken böyle. futile kategorisine girecek hasta popülasyonu seçmemek adına gayret gösteriyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 63)

Hekim beyhude tedavi uygulamaz. Çünkü hekimin yaptığı işi hukuki hale getiren şeyler diploması, hastanın rızası, bilgilendirilmiş rızası, endikasyon ve tıbbi

standartlardır, güncel tıbbi standartlardır. Yani burada endikasyon yoksa zaten endikasyonu olmayan bir şey uygulanmaz. Buna kardiyopulmoner resüsitasyon da dahil. Yani burada bir problemlili anlayışımız var, hekimlerin problemi var burada. Onun için, yani bunu bizim, ben de ona çabalıyorum, sizin çalışmanız da.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 33)

Katılımcıların bir tanesi ise yoğun bakıma kabul etme eşiğinin çok geç olduğunu, yarar-zarar dengesi doğrultusunda, ileride hastanın içinde bırakılmış olacağı beyhude tedavi durumlarının hesaba katılarak tedavi planlaması yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu durum hastaların optimal tedavinin altında hizmet almaları riskini barındırmakla birlikte, hastanın var olan yaşam kalitesinin düşük tedavi ihtimaline karşı önceliklenmesini sağlamaktadır. Buradaki etik problem bu sürecin hekimlerin tercihleri doğrultusunda ve şeffaf olmayan bir şekilde yürütülmesidir.

“Yani mesela bir tane hasta getirmişlerdi bana pre-op değerlendirme için amca 104 yaşında. Gelmiş tekerlekli sandalyede, kızı getirmiş. Burasında bir şey çıkmış onu aldirmek için ameliyat olacakmış. [Gülüyor] Amca 104 yaşındasın. Buradaki şey alınsa ne olur alınmasa ne olur ve lokal anestezi ile alınabilecek gibi değil, amcanın genel anestezi olması lazım ve şey istiyorlar, hani ya kötü bir şeyse, kanserse. Şimdi geldiler bana ben tabi şey yapamıyorum yani dedim ki amca 104 yaşında, zaten kendi işini kendi görebilir durumda değil. Diyelim ki kötü çıktı, kanser çıktı radyoterapi mi verebileceksin bu hastaya kemoterapi mi verebileceksin, hiçbirini veremeyeceksin. Kaldıramaz çünkü. Yani kötü, kötü çıktı ihtimalinde hadi çıksın kötü hadi bu hastalığın yaşam beklentisi zaten kaç yıl, soru işareti tedaviyle bunu ne kadar arttıracaksın? Kaldı ki dedim. Yani hastayı zaten yarar zarar dengesi ortaya koy anestezi vermek zaten bu adamın ölümünü kolaylaştırmaktan başka bir işe yaramayacak. İlla dedim, ben babamı ameliyat ettirmek istiyorum diyorsan, bu hastayı götürmen gereken yerler var. Göğüse göndereceksin, kardiyolojiye göndereceksin. Ama dedim, yani belki de yapacağın ameliyatla bu hastanın var olan ömrünü kısaltmış olacaksın. Yani bunu bil, bunun vebalini alıyorsan şey yap deyince bu sefer mesela kız dedi ki ben bunun kararını tek başıma veremem. Kardeşlerimle görüşmem lazım. Kendi aralarında bir şey varmaları gerekiyor, sonra bir daha gelmediler zaten. [Gülüyor] Yani böyle. Öyle mesela birkaç tane gerçekten ameliyattan vaz geçirdiğim hasta oldu.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 58)

4.2.3.3. Rehber

Şu an Türkiye’de beyhudecilik durumunda nasıl bir yol izleneceğine dair herhangi bir rehber bulunmamaktadır. Sadece profesör olan katılımcılar yurt dışındaki rehberleri takip ettiklerini ama yurt dışındaki rehberlerin Türkiye’deki şartlara uymadığı için kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer katılımcıların ise diğer ülkelerdeki rehberlere ya da yayınlara dair bir bilgisi bulunmamaktadır. Katılımcıların rehberlere karşı genel yaklaşımları ise çelişkiler barındırmaktadır. Hem beyhude tedavinin tespitinin ve sonrasındaki işleyiş içerisinde karar vermenin zorluğuna dikkat çekmekte, hem de aslında rehber kullanımına çok da gerek olmadığını belirtmektedirler. Hatta burada rehber kullanımının hekimlik sanatına zarar verdiğini belirtenler de olmuştur. Beyhude tedavi bağlamında karar vermenin zorluğuna dair katılımcı ifadeleri:

“Beyin ölümü belirlenmiş bir şey olduğu için, o konuda nasıl davranılması gerektiğinde insanlar biraz daha net olabiliyor. Diğer türlü aslında belki bu [ııııı], hani beyhude bir tedavinin yapıldığı çok net olmayabilir. Kişi açısından bu çok iyi algılanmıyor olabilir. Çünkü tanım yok. Beyin ölümünde net bir tanım var. Aslında bir nevi hastayı ölmüş kabul ediyoruz. Tavır sergileyebiliyorsun, çünkü sen tedaviyi ne kadar verirsen ver, o hasta iyileşmeyecek. Böyle bir tanım konulmamış durumda, bu kararı vermek zor olabilir. Ben boşuna bir tedavi veriyorum, hastaya bunun bir katkısı olmayacak bakış açısına sahip olmak daha zor olabilir. Bu çok iyi belirlenemediği için, tedavi devam edebilir.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 39)

“Belki bir rehber üstünden hareket etmiyor oluşun getirdiği bir şey tasdiklenmek de istiyor. Bu anlamda haliyle kendi ekibindeki insanlarla istişare edip böyle bir kanaat ortaya koyuyorsun.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 83)

“Belki yasal olursa bu hani böyle bir şey yapılabilir derse devlet o zaman tabi ki o hastaları düzgün belirleyebilmek için belli “guideline’ların” oluşturulması gerekir. Şu an yasal olmadığı için bizim hani dış ülkelerdeki “guideline’ı” da baz almamız mümkün değil.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 33)

Rehberler hakkında olumsuz kanaat bildiren hekim görüşlerinde konuşmalar sırasında çok sık vurgulanan hukuki düzenleme eksikliğine de dikkat çekilmiştir. Ancak yukarıda değinildiği üzere, hekimlerin kendi aralarında mutabakat sağlayamadıkları bir konuda hukuki düzenleme ile çözüm beklemek çözüm açısından yarar sağlamayacaktır.

Öncelik verilmesi gereken durum hekimlerin bu konuda mutabakat sağlamalarıdır. Rehberler hakkında olumsuz kanaat bildiren katılımcıların ifadeleri:

“Rehberler bize bir yön gösteriyor. Ben çok açıkçası şey değilim yani her şeyi de bilmiyorum tabi boşunalık ile ilgili rehberler hakkında. Ancak rehberler genelde hasta pratiğine geçtiği zaman biraz hekimliğin hani sanatını hani biraz konuşturmak gerekir. Bu durumda da hastaya özel biz düşünüyoruz. Yani rehberler belki şey hani biraz yönlendirebiliyor bizi. Ama genel anlamda her hastaya özel düşünüyoruz.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 35)

“Bu aşamada şu var sadece Türkiye’de problem, yani bir rehber falan gerekli değil. Bir küçük yönetmelik bir küçük yasal desteğe ihtiyacımız var.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 29)

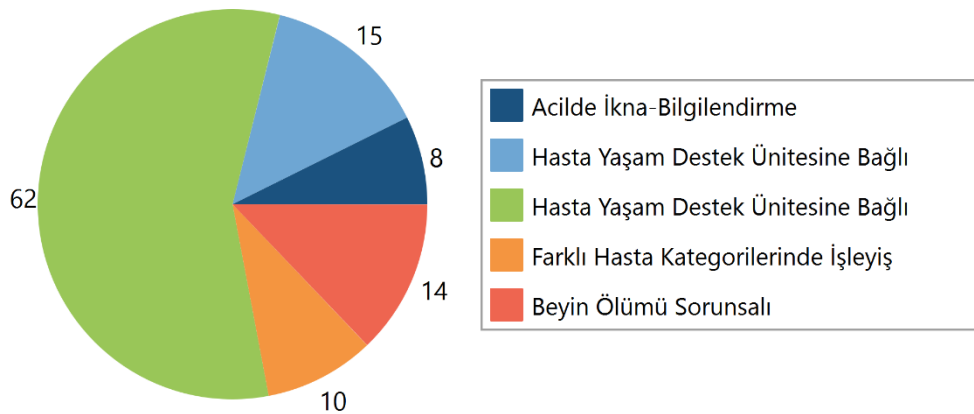
4.2.4. Beyhudelik Tespiti Sonrası İşleyiş Farklılığı

Beyhude tedavinin tespiti sonrasındaki işleyiş katılımcıların bu tema altında üzerinde en çok fikir beyan ettikleri konu olmuştur. (Kod temelli frekans: 109) Bu kategori içerisinde ise tüm katılımcıların fikir beyan ettiği ve üzerin en çok kodlama yapılan konu hastanın yaşam destek ünitesine bağlı olduğu durumlardaki işleyiş farklılığı olmuştur. Kategori altındaki diğer kodlamalar ise beş katılımcının değindiği acilde ikna-bilgilendirme kodu, altı katılımcının değindiği hasta yaşam destek ünitesine bağlı değil, dört belgede kodlanan farklı hasta kategorilerinde işleyiş ve son olarak altı kişinin dikkat çektiği beyin ölümü sorunsalıdır. Kodların belge temelli frekans değerleri Tablo 4-17’de gösterilmiştir.

Tablo 4-17 Beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Beyhudelik Tespiti Sonrası İşleyiş Farklılığı	Belgeler
Acilde İkna-Bilgilendirme	5
Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı Değil	6
Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı	11
Farklı Hasta Kategorilerinde İşleyiş	4
Beyin Ölümü Sorunsalı	6
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Kodların kodlanma yoğunlukları ise Şekil 4-20’de beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde gösterilmiştir. Buna göre en çok kodlamanın yapıldığı hasta yaşam destek ünitesine bağlı (62) kodundan sonra sıralama, hasta yaşam destek ünitesine bağlı değil (15), beyin ölümü sorunsalı (14), acilde ikna-bilgilendirme (8) ve farklı hasta kategorilerinde işleyiş (10) şeklinde olmuştur.



Şekil 4-20 Beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Kodların kendi içerisinde sıralanmasında ise önceki bölümlerde karar verme eşikleri olarak belirlenen yoğun bakıma kabul eşiği ve entübe edilme eşiği baz alınarak sıralama yapılmıştır. Sonrasında ise Bölüm 4.1.4.1’de yapılan hasta yakınları sınıflandırmasına bağlı olarak gerçekleşen işleyiş farklılıkları ele alınıp, son olarak da beyin ölümü sorunsalı tartışılmıştır.

4.2.4.1. Acilde İkna-Bilgilendirme

Bu kod altında hekimlerin hiçbir tedavi imkânı bulunmayan ve durumu kötüleştiği için yoğun bakım ihtiyacı olan ama yoğun bakımdan fayda görmeyecek yaşamın sonundaki hastaları ya da yakınlarını, tedavi ret formu imzalayıp eve gönderme yönündeki bilgilendirme ve iknalarına yönelik ifadeler derlenmiştir. Burada katılımcılar sadece sistemin açığını kapatmak adına, yoğun bakımdaki yoğunluğu azaltmayı hedeflemeyip, aynı zamanda hasta için insanî bir ölüm süreci istemektedirler. Nitekim hasta için daha insanî bir ölüm süreci tasvir ederek, hasta ve hasta yakınlarını ikna etmeye çalıştıkları görülmüştür. Hastanın direkt palyatif bakıma sevk edilememesi ise yeterli yatağın olmaması ya da hekimlerin bu konuda bir farkındalığının olmamasından kaynaklanmaktadır. Aynı şekilde acilde yapılan bu ikna konuşmaları yine standart bir uygulama olmayıp, hekimlerin farkındalık durumlarına göre kendi kişisel tercihleri doğrultusunda yapılmaktadır. Katılımcıların da sadece altı tanesi böyle bir uygulama yaptığından bahsetmiştir. Katılımcıların ikna konuşmalarına dair ifadeleri:

“Yani bu da tabi gene hekim bazlı bir durum. Şöyle şimdi acile giden hekime göre, şimdi biz acilden sonra artık yoğun bakıma yatırdıktan sonra o yatmış oluyor yoğun bakıma. Ama acil safhasında ben mesela bazen hasta yakınlarına derim. Yani bu hasta şöyle şöyle ölecek. Yani istiyorsanız götürün (Konum 52) (...) Tabi onlara söyleriz, yani bu hastanın yoğun bakıma ihtiyacı var. Tabi bu da dediğim gibi hekimden hekime değişir her hekim söylemez ama ben biraz bu son dönem hastalarda yani yakın zamanda ölecek hastalara ben eğer ilk başta acile gittiysem söylemeye çalışırım yani. Bu hasta böyle böyle vefat edecek, yani evde olursa yani biz şey derim yani biz ölümü saatini bilemeyiz. Yani ne zaman olacağını bilemeyiz ama yakın zamanda tıbben böyle öngördüğümüz bir durum var. Buraya alırsak biraz daha uzun olabilir ama istiyorsanız eve de götürebilirsiniz yani sonuç belli gibisinden ben konuşmaya çalışırım. Ama genelde bu şekilde giden kaç tane oldu? Yani genelde yatırdık yoğun bakıma yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 64)

“Çünkü mesela özellikle acile gelen hastalarda şunu yaşıyoruz, yani hasta son dönem kanser hastası. Yoğun bakıma almanın hastaya hiçbir faydası olmayacak ama yoğun bakım ihtiyacı var. Hani tıbbi şeyleri ortaya koyduğün zaman işte hastanın solunum destek ihtiyacı var, şusu busu var. Hasta yakınlarına şunu ifade ediyoruz, eğer anlayışlı kooperasyon kurulabilecek hasta yakınları ise ben bunu defalarca söyledim. (...) Bu zamana kadar getirdiğimiz birikimlerle ve hastanızın durumunu göz önüne aldığımız zaman bizim hastanıza bir faydamız olmayacak. Yani hastanızı iyileştirmeyeceğiz. Daha iyi bir duruma getirmeyeceğiz. Her hastanın kendi evinde yakınlarının yanında ölmeye hakkı var. Eğer dilerseniz alın hastanızı evinize götürün. Yani hani, hatta bunu genelde şey olarak soruyorlar, yani “Allah korusun sizin anneniz, babanız olsa ne yapardınız?” dedikleri zaman burada hani kişisel bir kanaat belirtiyoruz ama tabii ki bunu resmiyete hiçbir şekilde aktarmıyoruz.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 53)

“Yakınlarına da bilinci açık olan hastalar için ve çok net yoğun bakım endikasyonu olmayan hastalar için özellikle son dönem hastalarda, mutlaka bunu söylerim yani bakın sizin hastanızın durumu budur. Bu süreç muhtemelen daha iyiye gitmeyecek. Her gün biraz daha geriye gidecek. Evet belki yoğun bakıma alırsak, hani şu anki durumuna göre şu şu artılarımız olacak, ama yani hastanız uyanık, muhtemelen gerçekten son demlerinde ve bu durumdaki bir insanın en çok ihtiyacı olan şey sevdiklerinin yakınında olması ve yoğun bakıma alırsak sevdikleri olarak siz yanında olmayacaksınız. Tanımadığı, bilmediği insanlar olacak ve bir odada yalnız kalacak. Bana sorarsanız biz son ana kadar size destek vermeye devam edelim ama burada yanınızda dursun ta ki bilinci kapanana kadar.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 40)

Burada aynı zamanda bilgilendirme ve ikna konuşmasını yapan, farkındalığı olan hekimlerin hastaya durumu hakkında bilgilendirme yapma konusunda farklı davranışlar sergilediği görülmüştür. Katılımcılardan biri böyle bir durumda hastaya bilgilendirme yapılmaması gerektiğini söylerken, bir diğeri ise ancak hasta durumunu net bir şekilde öğrenmek istediğini belirttiğinde bilgilendirme yaptığını belirtmiştir. Bir katılımcı ise hastanın bir talebi olmasa ve hatta hasta yakınları istemese bile her durumda hastaya bilgilendirme yaptığını bildirmiştir.

- Hastaya bilgilendirme yapmama, hasta yakınlarını muhatap kabul etmeye dair katılımcı ifadesi:

“Hastaya denmez canım, yani hastanın yüzüne sen öleceksin denmez yani ama sen hasta diye sordun değil mi? Hastaya öyle bir şey denmez, öleceksin denmez yani. Yoğun bakım ihtiyacın vardır diye alırız yoğun bakıma yani onu hastaya.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 56)

- Hasta sorarsa bilgilendirme yapma durumuna dair katılımcı ifadesi:

“Hani hasta bana şahsen doktor bey benim durumum nedir, bana açık açık söyle gibi bir cümle sarf ederse onunla tek tek konuşurum ama herhangi bir şey söylemiyorsa kendisinden bir nebze geri planda dururum hani şey vardır. Bizim eski hekimlerin söylediği doktor teşhis eder, ara sıra tedavi eder ama her zaman teselli eder. Hani hastanın moral durumu, mental durumunun kendi durumu için özellikle bilinci açık olan bir hasta için önemli bir şey. Yani iyisin amcacığım hani bak ne güzel iyisin teyzeciğim falan gibi geçiriririm. Eğer spesifik olarak bana benim durumum nedir bana anlat demediyse, anlat derse oturur konuşurum, ayrı mesele.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 40)

- Hastaya bilgilendirme yapma

“Hastaya anlatıyoruz. Bunu kesinlikle anlatıyorsunuz, tamam mı? Anlatacaksınız tabi her zaman bu hak, hastanın her zaman hakkı vardır ne yapılacağına dair kendine, biz anlatıyoruz durumu. Ya bazen hasta yakınları şunu istiyor ya hastayla konuşmasanız falan filan diyordu. Ben kendi açımdan bunu kesinle kabul etmiyorum.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 48)

4.2.4.2. Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı Değil

Hastanın yaşam destek ünitesine bağlı olmadığı durumlardaki işleyiş farklılıkları hastanın bakım ya da palyatif bakım hastası ya da hastanın eve taburcu olabilecek durumda olup olmamasına göre değişiklik göstermektedir. Buradaki işleyiş farklılıkları Bölüm 4.1.5.1’de Yoğun Bakım Drenajı başlığı altında anlatılan sorunlarla yakından ilişkilidir. Hasta yakınlarının hastayı eve kabul etmemesi ya da hasta için uygun bakım evi ya da palyatif bakım yatağı bulunamaması durumuyla direkt olarak alakalıdır. Burada hastanın yoğun bakımda olduğu ya da hastane servisinde olmasına göre bir ayırım da yapmak mümkündür. Serviste yaşamın sonundaki hastanın yoğun bakımdaki tedavisinin beyhude olacağı ve hasta yakınlarının farkındalığı olduğu durumlarda hasta serviste yakın takibe alınıp, yoğun bakıma alınmayabilmektedir. Burada hastanın dosyasına resmi

olarak yoğun bakıma alınmamasında beyhudelik durumu olmasına dair resmi bir not düşülmediği görülmektedir.

“Bu tarz sınırda olan hastalar için biz hani bir tedavi ret formu almıyoruz. Net yoğun bakım endikasyonu olan konumda değil. Mesela bununla alakalı da bize danışan tıbbi bilimin dahiliye cerrahi fark etmez, hangisi ise onların danışma notunu da çoğunlukla hasta yakın takibe devam edilecektir, klinik kötüleşmesi halinde tekrar danışılması gereklidir şeklinde, bitirmiş oluyoruz.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 45)

Hastanın yoğun bakımda olduğu durumlarda hastanın durumuna göre hasta yakınları kabul ederse eve taburculuğu, birinci basamak bir yoğun bakıma, bakım evine ya da palyatif bakım merkezine sevkı planlanmaktadır. Yaşamın sonundaki hastalar için uygun yer bulunamadığında ise yoğun bakımda sadece palyatif bakım işlemleri yapılmaktadır. Katılımcıların bu duruma dair ifadeleri:

“Bu şekilde gönderdiğimiz çok hasta var ama gönderemediğimiz hastalar da oldu. Almadı hasta yakınları, biz buna kesinlikle bakamayız dedi. Onlarda da şöyle yapıyoruz, biz aradan çıkıyoruz, sosyal hizmet uzmanı var bizim hastanemizin. O bizimle haftada bir gün vizite yapar zaten katılır. Biz diyoruz ki bu hastanın yakınlarıyla iletişim kurun. Bu hasta yakınları hastayı götürmek istemiyor. Biz karışmıyoruz ama arkadan bir bakım evi ayarlıyor sosyal hizmet uzmanı, aileyi de çağırıyor. Bakım eviyle aileyi görüştürerek hastanın transferini sağlıyoruz ama tabi çok uzun sürüyor. Yani bu süreç çok uzun alıyor. Nereden baksanız bir, bir buçuk ayı buluyor bu işleri yapmak. Yani işte bakımevi bulunacak, boş yer bulunacak. Yani aile, sosyal hizmet uzmanı, bakımevi üçlüsüyle bu hastaları çıkarmaya çalışıyoruz. (Konum 28) (...) Çünkü bu hastaya yapacağınız hiçbir şey kalmıyor. Yani bu hastada bizim yapacağımız şey tamamen destek tedavi. Bunu her yer yapabilir. Birinci basamak bir yoğun bakım yapabilir, palyatif yapabilir, evdekiler yapabilir. Birçok yerde tedavi, tedavi de değil artık, o hastanın yaşamını sürdürmesi.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 66)

“Ama biz sadece kabul eden tarafta olduğumuz zaman, o zaman bazen bu tarz hastalar gönderilebiliyor. Bu sefer hasta bir şekilde yoğun bakıma kabul edildiği için bu palyatif tedaviler yoğun bakımda veriliyor. Tedavide de birtakım kısıtlamalar yapılıyor. Mesela hasta ventilatöre bağlı, resüsitasyon ihtiyacı oldu, ciddi bir resüsitasyon yapılmayabiliyor. Ya da işte diyelim, çok büyük ciddi girişimsel işlemler yapılmayabiliyor. Diyelim bu tarz bir hasta kalp krizi geçirdi, kardiyologlara

danışıyoruz, onlar bu hasta için genelde girişim yapmayabiliyorlar, medikal tedaviyi yeterli görebiliyorlar. Yani hastanın tabi dediğim gibi ölüme ne kadar yaklaşırsa o kadar tedaviler de minimize olup palyasyon da maksimize oluyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 68)

Yukarıdaki ilk alıntıda geçen sosyal hizmet uzmanının bu süreçteki rolüne sadece alıntının yapıldığı katılımcı değinmiştir, diğer katılımcılar sosyal hizmet uzmanı ile ortak çalışmalarından hiç bahsetmemişlerdir. Bu durum sürecin yönetimindeki multidisipliner ekibin gerekliliğine dikkat çekmesi açısından önemli olmakla birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerdeki rolünün ne kadar aktif olabildiği sorusunu da gündeme taşımaktadır.

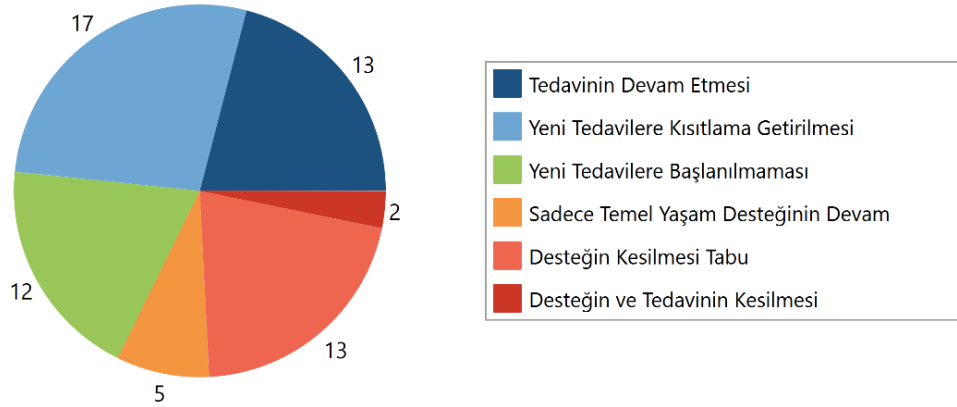
4.2.4.3. Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı

Hastanın yaşam destek ünitesine bağlı olduğu, yani temel hayatî fonksiyonlarını makineler aracılığıyla sağladığı hastalarda beyhudelik durumu tespit edildikten sonraki işleyiş farklılığını kendi içerisinde sınıflandırmak mümkündür. Bu sınıflandırmaların çeşitliliği araştırma için büyük önem arz etmektedir. Yoğun bakımdaki yaşamın sonunda tıbbî beyhudelik durumu oluşmuş hastalarda hekimlerin birbirinden farklı uygulamalar tercih etmesi etik açıdan çok problemlidir. Bu farklılıklara geçmeden önce katılımcıların tamamının zihninde makinalar aracılığıyla yapılan yaşam desteği ile iyileştirici medikal tedavi ayrımının çok net bir şekilde yapılmadığı görülmektedir. Aşağıdaki ifadelerde D2’nin bu durumu net bir şekilde ayırdığı, ama D5’in bu farklılığı fark etmekle birlikte net bir şekilde ortaya koyamadığı görülmektedir. Konuşmalar sırasında katılımcılar “tedavi” ifadesini hem mekanik (örneğin ventilatöre bağlı olma durumu) hem medikal (örneğin vazopressörler ile kalp atışının desteklenmesi) yaşam desteği sağlanması hem de iyileştirici (örneğin antibiyotik) ve destekleyici (örneğin vitaminler) medikal uygulamalar için kullanmışlardır. Buradaki kavram karışıklığı sürecin organizasyonundaki problemlere de şüphesiz etki etmektedir.

“Yani tedavi ve destek şeyini belki birbirinden ayırmak lazım, onu söyleyeyim. Yani devam ettiğimiz şey tedavi olmuyor aslında, destek sadece devam etmiş oluyor. Çünkü tedavi çok daha geniş kalemleri içeren bir şey oluyor. Hastanın tedavisi değil destekleri devam ediyor bir kere, yani büyük oranda öyle oluyor. Tedaviden faydasızlık, tedaviden de fayda görmeyecek olup tedavinin devam ettirildiği durumlar çok nadir.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 74)

“Şimdi tabi tedaviden tedaviye fark var hem algıda hem de şeyde, örneğin bir mekanik ventilatörün sonlandırılmasıyla bir antibiyotiğin sonlandırılmasının aynı olmadığını düşünüyorum.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 51)

Yaşam destek ünitesine bağlı olan hastalardaki işleyiş farklılığının alt kodlar aracılığıyla sınıflandırılması yapılmış ve alt kodların kodlu bölüm temelli frekans grafiği Şekil 4-21’ de gösterilmiştir. Buna göre bazı durumlarda hastanın tedavileri aynen devam etmekte, bazen ise yeni tedavilerin bazılarını kısıtlama getirilmekte ya da var olan bütün tedaviler aynen devam edilirken yeni bir tedaviye başlamama durumu olabilmektedir. Genellikle beyin ölümü tanısı almış hastalarda mevcut tedaviler sonlandırılıp, hastanın yaşam destek ünitesine bağlı bir şekilde kalbinin durması beklenildiği durumlarda ise sadece temel yaşam desteği devam etmektedir. Sadece bir katılımcı beyin ölümü tanısı almış hastalarda hasta yakınlarının organ nakli istemediği durumlarda destek ve tedavinin kesildiğinden, yani halk arasındaki tabir ile hastanın fişinin çekildiğinden bahsetmiştir. Bu duruma paralel bir şekilde katılımcıların yarısından fazlası desteğin kesilmesinin asla düşünülmediğini, hatta bunun beyin ölümü tanısı almış hastalarda bile mümkün olmadığını dile getirmişlerdir.



Şekil 4-21 Hasta yaşam destek ünitesine bağlı kodunun alt kodlarının kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Yaşam destek ünitesine bağlı hastalardaki farklı uygulamaların bilgi ve tecrübeye göre değişiklik gösterip göstermediğinin tespiti için unvanlara göre kodların belge temelli analizi yapılmış ve Tablo 4-18’te gösterilmiştir. Burada desteğin kesilmesinin tabu olduğu ifadesi bilgi ve tecrübeden bağımsız bütün katılımcılar tarafından belirtildiği

görülürken, profesörlerin tedaviye devam etme gibi bir uygulamaya hiç değinmediği dikkat çekmektedir. Burada yeni yetişen hekimlerin daha defansif davrandıkları gibi bir yorum yapmak mümkündür. Nitekim katılımcılardan D4'ün de bu durumu destekleyici bir ifadesi bulunmaktadır:

“Biz bu şekilde hekim oluyoruz. Eskiye göre, eski hekimleri de görüyoruz. Yani eski hekimler biraz daha ofansif hekim onu söyleyeyim, biz defansif, yani birçok şeye dikkat ediyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 73)

Tablo 4-18 Hasta yaşam destek ünitesine bağlı kodunun unvanlara göre belge temelli frekans tablosu

	Asistan Doktor	Uzman Doktor	Prof. Dr.	Toplam
▼ Beyhude Tedavi				
▼ Beyhude Tespiti Sonrası İşleyiş Farklılığı				
▼ Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı				
Tedavinin Devam Etmesi	2	3		5
> Yeni Tedavilere Kısıtlama Getirilmesi	2	4	2	8
Yeni Tedavilere Başlanılmaması	2	2	3	7
Sadece Temel Yaşam Desteğinin Devam Etmesi	1	1	1	3
Desteğin Kesilmesi Tabu	2	3	2	7
Desteğin ve Tedavinin Kesilmesi		1		1
Σ TOPLAM	9	14	8	31

Beyin ölümü teşhisi almış kişilerde desteğin ve tedavinin sonlandırılması uygulamasının yapıldığından ise sadece bir uzman doktor bahsetmiştir. Katılımcının ifadesinde bu işlemin yapılmasının hasta yakınlarına bağlı olduğu da dikkat çekmektedir. Beyin ölümü sonrası işleyiş farklılıklarından kaynaklanan sorunlar Bölüm 4.2.4.5'te Beyin Ölümü Sorunsalı başlığı altında ayrıntılı bir şekilde tartışılacaktır.

Katılımcıların beyhude olmasına rağmen tedaviye devam ettiklerine dair ifadeleri:

“Sadece bu şunda yapılabiliyor, yapıyoruz da bunu, hasta yakınlarıyla konuşarak beyin ölümü tanısı konmuş organ bağışlamayacak hastalarda eğer hasta yakınları bunu anlayabilecek şeyde ise onlarla konuşup hastaların bütün desteklerini kapatıp defin işlemlerinin gerçekleşmesi üzerine gönderiyoruz. Sadece bu hastalarda yapılıyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 70)

“Palyatifteki hastalar için söyleniyor, arrest olursa müdahalesi, yok gibi bir adlandırma yapılıyor. Diyelim müdahale ettik, hasta döndü, hipotansif seyrediyor, ben de ona vasokonstriktif başladım, artık o yoğun bakıma alınacak, önceki durumu önemli değil.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 53)

“Mesela akciğer kanseri, beyin metastazı var, kemik metastazı akciğer zaten kötü, yani onkolojik olarak bir şey yapamayız denmiş, yani buradan ileriye gidemeyiz demiş. Cerrahi evreyi çoktan geçmiş. Kemoterapi almış veya almamış, gelmiş hasta, o hastanın aslında artık bilinci de mesela beyin metastazı olduğu için çok yok. Yani şimdi bu hastayı normalde Avrupa’da şey kavram vardır, “Do not resuscitate.” yani müdahale etme, olayı var dünyada. Bu bizim Türkiye’de bu yok. Yani biraz önce söylediğim gibi, biz hastayı normal X hasta gibi normal durumlarda alırız. Solunum cihazına bağlarız. İşte tansiyon düşerse işte sepsisteyse ise antibiyotiğine başlarız, tansiyon düşer inotropuna başlarız. Yani sonuna kadar gideriz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 26)

“Ama hani tedavi aşamasında işte, Türkiye’de öyle bir şey yok işte, yakınlarıyla konuşalım artık hastanın hiçbir şeyden fayda görmeyecek deyip, işte tedavileri kapatalım gibi bir durum yapamıyoruz. Dolayısıyla tedaviler olduğu yere kadar gidiyor, yani hastanın ex olmasını bekliyoruz diyebilirim (Konum 30 (...)) Ama atıyorum hani nöbette bir hasta geldi işte iki inotrop gidiyor, üçüncü inotropu açıyorsun artık ne yapsan fayda etmiyor, sıvı gidiyor, her şey gidiyor. Hani onda da artık hani bir şekilde sen kendi kendine de anlıyorsun, artık bu hasta Pre-ex yapacak çok extrem şey kalmadı gibi karar verebiliyorsun. Ama hani bu net işte bu hasta pre-ex, artık bundan sonra şöyle bir prosedürü uygulayacağız diye bir şey olmuyor, kendi kafanda verdiği bir şey oluyor bu. Hani klinik gidişatını ön görmüş olursun bir tek hastanın, tedavinde hiçbir şey değiştirmiyor sonuç olarak.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 37)

Yeni tedavilere kısıtlama getirilmesi durumu ise kendi içerisinde sınıflandırılmasında zorluk çekilen birçok farklı uygulama barındırmaktadır. Enfeksiyon varsa tek bir kültür alımı yapılması, müdahalelerin taban seviyede ya da ertelenerek yapılması, CPR’ın özensiz ya da kısa süreli yapılması gibi durumlar örnek verilebilir. Katılımcıların yeni tedavilere kısıtlama getirilmesine dair ifadeleri:

“İnotropların da verilecek bir maksimum dozu var, o maksimum doza getiriyoruz. Ama zaten her inotropu veremezsin yani atıyorum işte üç tane dört tane maksimum verebileceğin inotrop var, bunların beraber kombine edilebilecek durumlar var ve

bunların kombinasyonlarıyla çıkabilecek en maksimum dozu var. Yani dıdısının dıdısı, onu yaparsın onda bir sıkıntı yok. Ama onu sınırlandırmak bilmiyorum, ben de sınırlandırmazdım açıkçası. Ama benim sınırlandıracağım şey farklı olur atıyorum mesela her gün hastaya vitamin ya niye vereyim abi ben vitamini, yani ölecek hasta. Vitamin bir de pahalı bir şey vermezdim. Ama o bu hayatını etkilemiyor yani ama diğeri etkiler. O yüzden ben onu sınırlandırmam ama diğerini sonlandırırdım.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 58)

“Eü kesme durumu şöyle. Azalttırarak tekrar açmamak üzere. Hani diyelim ki hasta biraz, azaltabiliyoruz, azaltın, asla artırmayın ve kapanmış oluyor. Yenisini hazırlamayın. Bizim en çok bu yapmadığımız tedavi ne oluyor biliyor musunuz? Renal destek, diyaliz ve vazopressör tedavi. Onun dışında hani ne bileyim? Onkolojinin bir tedavisi varsa ya da antibiyotiklerini kesmiyoruz. Çünkü antibiyotikler de şu açıdan kesmiyoruz; direnç gelişip başka hastalarda da sıkıntı olabilir. (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 48)

“Bunlarla ilgili bir şeyimiz klinik pratikte desteği devam ediyoruz ama bazı prosedürlerin uygulanması konusunda bunlara biraz daha toleranslı, daha negatif toleranslı yaklaşp, o olması gereken algoritmayı uygulamıyoruz. Mesela atıyorum, örnek verecek olursak. Mesela ateşi olan bir hastanın yani bu guruptaki bir hastanın ateşi olduğu zaman normal şartlarda siz hastanın tüm sistemik ateş odaklarını taramanız gerekirken biz bu hasta grubunda elimizde bazal hiçbir kültür örneği yoksa bir tane en azından alıp onu kenarda takip ederiz diğer türlü varsa hiç almayız. Yoksa bütün sistemi tarayacak kadar geniş bir şey yapmayız. Onun dışında hastanın takiplerinde klinik seyrini değiştirmeyecek minör rahatsızlıklarda ilgili yerlerden çok destek almadan kendi idamesine bırakarak, bazal bir tedavi yolu izleriz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 30)

“Mesela palyatifte bazı hastalar oluyordu. Diyorlardı işte hasta kötüleşt, hani CA, her yerde metastazı var, zor zor nefes alıyor, saturasyon düşmüş, geri döndürsek yapılacak hiçbir şey yok. Hani bunlarda müdahale böyle daha, ı [uzun bir sessizlik] nasıl desem rahat ilerliyor, diğer hastalara müdahale gibi disiplinli ilerleyen bir süreç olmuyor. Hani daha kısa tutulabiliyor bazen.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 51)

“Tabii ki kendi, ne diyelim, uygulamalarımızda, işte karaciğer kanseri olan bir hastaya sürekli karaciğer destek sistemi kullanamazsınız. Bir anlamı olmaz çünkü tümörü

çıkarmıyorsunuz, oradaki kansere müdahale etmiyorsanız siz bugün karaciğer desteği yapın, biraz düşer, yarın tekrar yükselir, tekrar yapın, tekrar düşer, ertesi gün tekrar yükselir. Bu boşa çabadır. Ama biz hastanın epikrizine bu hastada terminal dönem kanser olduğu için ve bunun boşa emek olduğunu düşündüğümüz için karaciğer destek sistemi kullanmadık yazamayız. Yasal olarak şu anda yazamayız.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 35)

Yeni tedavilere başlanılmamasına dair katılımcı ifadeleri:

“Mesela hastayı agresif şekilde tedavi ediyorduk işte hipotansifleşmeye başladı. İnotrop olarak noradrenalin başladık. Noradrenalin de orta seviyede bir dozda 20 cc saatten mesela infüzyon halinde gönderiyoruz. Ama bu noktada da bir tıbbi faydasızlık kararı verildi. Tam bu noktada hastanın noradrenalinini 20 cc saatten devam eder, ama ikinci bir inotrop ihtiyacı oluşacak olursa muhtemelen açılmaz.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 54)

“Mesela bir başka uzman vardı. O mevcut tedavi aynen devam ettirdi ama üstüne herhangi bir tedavi eklemeydi. Genelde mesela ben de bu şekilde yapıyorum. Hani bir şekilde inotrop destek başladıysa diyorum ki, bu hastanın inotrop desteğini artırmayın hiçbir şekilde hani var olanı devam ettirip her ne tedavi uygulanıyorsa, üstüne bir şey eklememek mesela şey olur bu hastalarda antibiyotik tedavileri, yeniden bir antibiyotik düzenlemesine gitmezsin.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

“Tıbbi faydasızlık olan, bizim artık son dönem kabul ettiğimiz hastalarda da hani son verilen tedavide bırakmak gibi bir uygulamamız olabiliyor ama tedaviyi sonlandırmak gibi bir uygulamamız olmuyor. Ben karşılaşmadım, yaparı da duymadım.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 52)

Yeni tedavilere başlanılmaması durumu da tedavilere kısıtlama getirilmesi uygulamasında olduğu gibi farklı işlemlerin vurgusunun ön plana çıktığı görülmekle birlikte, hastanın inotrop ihtiyacı olduğunda doz arttırmama ya da yeni bir vazopressör başlamak uygulamalarının en sık verilen örnek olduğunu söylemek mümkündür. Ek olarak yeni tedavilere başlanılmamasının kendi içerisinde de bir çelişki barındırdığı da unutulmamalıdır. Çoğu zaman bu hastalar için eldeki tüm imkanlar tüketilip, maksimum tedavi uygulandığı için de yeni bir tedaviye başlama imkânı kalmamaktadır. Bu çelişkiyi katılımcı D7 çok iyi bir şekilde ifade etmiştir:

“Şöyle yeni tedavi için söyleyeyim, bizim pre-ex ya da son dönem dediğimiz hasta grubu zaten her şeyin yapılmış, daha da yapılacak bir şeyin olmadığı hasta grubu. O yüzden bu hastalara yeni tedavi başlama gibi bir durumunuz yok zaten. Ancak böyle bir hastada yeni tedavi gibi bir durum olursa demek ki sen yapılacak bir şey varsa kesin yapılıyor, onu kesin yaparız, onda bir sıkıntı yok.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 56)

Hastanın sadece temel yaşam desteğinin devam ettiği durumlara dair katılımcı ifadeleri:

“Bir uzman vardı mesela eğer kesin kez bir faydasızlık durumu söz konusuysa mesela mekanik ventilatördeki oksijen desteğinin yüzde 21’e düşerdi, inotroplarını kapatırdı. Ve ondan sonra hasta ne kadar giderse.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

“Destek kesme konusuna gelirsek şöyle, bir hastanın apne net pozitifdir. Hani apne testi tüm kararlarıyla tüm önkoşulları ile yapıldığında apne testi pozitifdir, beyin BT anjiosu çekilmiştir ve dolaşımı yoktur. Net şekilde beyin ölümüdür. Beyin ölümü normal ölüme denktir ama bir sosyal ölüm kavramını karşılamayan bir durumdur. [Eeeee] bu hani toplumun ölüm olarak kabul etmekte zorlanacağı bir durum olduğu için oksijen desteğinin minimuma indirmekte bir sakınca görmüyorum. Çünkü bu kişi hala kalbi atıyor da iyi olsa da tıbben ölü olan bir kişi, hani o şeyi bulan birkaç geri dönüş olma olasılığı olan veya şey olan bir durum değil. Yani aslında yaşamıyor, kalbi atıyor olabilir ama hani, anlatamıyorum ki şey oldu... [Anlatmakta zorluk çekiyor.] Bunlar da çoğunlukla mesela benim kendi yapacağım şey oksijenin desteğini %21 oksijen oda havasını alıp son mekanik ventilatör ayarları ile bırakmak.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 59)

Destegin kesilmesinin her durumda, hatta beyin ölümü teşhisi almış hastalarda bile tabu olduğuna dair katılımcı ifadeleri:

“Ya da başka bir servisteki umutsuz hasta serviste kötüleşip, servisteki doktor müdahale edip, entübe ettikten sonra bizi yoğun bakım için aradığında, bu hasta umutsuz bir vaka diye bir değerlendirme yapılmıyor, otomatik yoğun bakım endikasyonu varmış gibi davranılıyor. Orada kalsın diye bir şey söz konusu olamaz, daha negatif bir duruma dönemeyiz, kaldığımız yerden devam edeceğiz gibi.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 53)

“Bir kimse eğer yoğun bakıma girmişse, onun mekanik ventilatörü sonlandırılmaz. Bu beyin ölümü gerçekleşmiş bir kişi bile olsa.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 51)

“Şöyle söyleyeyim, beyin ölümü tanısı konuncaya kadar tüm tedavilere devam ediyoruz. Ama beyin ölümü tanısını işte apne testi, anjiyografi ile transkranial doppler, hani el doppler neyse yani hastayla ilgili, beyin ölümü tanısı kondu ve beyin ölümü kriterlerini karşılamışsa hasta, hasta yakınları ile konuşuyoruz. Donör olacak mı, olmayacak mı? Donör olacaksa yine organ koruma için tedavilere devam ediyoruz. Ama olmayacaksa bu hastada antibiyotik ya da işte vazopressör tedavilerini kesiyoruz ama bu da yasal değil şu anda bizim ülkemizde. Böyle bir yasallık, bunu kesin diyen sadece Avrupa kılavuzlarında, tedavinin tamamen kesilmesi söylenir. Hatta oksijenin de %20'ye düşürülmesi, tüm tedavilerin kesilmesi şeklindedir. Biz bunu ülkemizde yapamıyoruz. Çünkü beyin ölümü tanısı da olsa elimizde, tedaviyi kestik demek bir hâkimin savcının anlayabileceği bir şey olmadığı için ve bu yönde de bizim yasalarımız olmadığı için böyle bir, ne denir bilgiyi yazamıyoruz hiçbir yere. O yüzden siz de bilmiyorsunuz. Kimse dışarıdan bakınca ne olduğunu bilmiyor.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 56)

Burada D1'in “daha negatif bir duruma dönemeyiz” ifadesi, daha önce tanımlanmış olan yoğun bakıma kabul ve entübe edilme kritik eşiklerini destekler niteliktedir. Bu eşikler geçildiğinde hastanın durumu ne olursa olsun geri dönüşü mümkün olmamaktadır. Her kritik eşikten sonra karar verme süreçleri daha kompleks hale gelip, zorlaşmaktadır. Bu duruma paralel bir şekilde de bu ve bir önceki bölümde görüldüğü üzere uygulamalardaki farklılığın çeşitliliği de artmaktadır. Bundan dolayı kritik eşikler öncesinde verilen kararlar ve planlamalar daha çok önem arz etmektedir.

4.2.4.4. Farklı Hasta Kategorilerinde İşleyiş

Dört belgede kodlaması yapılan bu kod altında özellikle hastanın sağlık çalışanı yakını olmasından kaynaklanan işleyiş farklılıklarına dair ifadeler derlenmiştir. Diğer kategorilerdeki hasta yakınlarına katılımcılar daha az değinmiş, ifadeler sağlık çalışanı hasta yakınlarında yoğunlaşmıştır. Sağlık çalışanı yakınlarına dair olan içeriğe geçmeden önce sadece bir katılımcının değindiği, malpraktis hastalarındaki farklı işleyiş konu edilecektir. Katılımcının ifadesi şu şekildedir:

“Fayda görmeyecek bir hastadır belki ama hasta bir komplikasyon sonucu o hale gelmiştir. Yani eğer böyleyse o bir şeyse komplikasyondan ziyade bir hata varsa, tıbbi bir

hatanın sonucu hasta o duruma geldiyse o zaman işler biraz daha farklı işleyebiliyor yani yapılabilecek her ne varsa ve faydalı olmasını ön görmesem bile o zaman tabi işleyiş biraz daha farklı olabiliyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 89)

Malpraktis hastaların hasta tıbbi bir hatanın sonucu o halde geldiği için, hastaya fayda görme durumu çok ciddi değerlendirmeye tutulmaksızın maksimal tedavi uygulandığı belirtilmiştir. Bu durum sadece bir katılımcı tarafından ifade edilmesine rağmen önem arz etmektedir. Malpraktis kategorisinde olabilecek herhangi bir işlemten sonra panikle ya da defansif bir şekilde uygulanan tıbbi müdahaleler hastaya başka iatrojenik zararlar zararlar verilme ihtimalini artırırken ve yaşamın sonundaki hastanın ise ölüm sürecinin uzatılması gibi sonuçlara sebep olmaktadır. Bu bağlamda malpraktis konusu sadece hukuki sonuçları itibariyle tartışılmamalı, özellikle hukuki süreç başlamadan önceki tıbbi sürecin işleyişine dair düzenlemeler de yapılmalıdır.

Yoğun bakımdaki sağlık çalışanı yakınlarına dair uygulama farklılıklarını kendi içerisinde sınıflandırmak mümkündür:

1. Sağlık çalışanının yaşam sonu kararlarında etik farkındalığı olması
 - a. Hastanın yoğun bakıma hiç alınmaması ve sağlık çalışanı olan hasta yakını gözetiminde evde ya da serviste ölümü
 - b. Palyatif bakım olmadığı için yoğun bakımda palyatif bakım hizmeti verilmesi
 - c. Yoğun bakımda yaşamın sonunda maksimal tedavi yapılmaması, bazı tedavi müdahalelere kısıtlama getirilmesi, örneğin arrest durumunda CPR yapılmaması
2. Sağlık çalışanının yaşamın sonunda maksimal tedavi istemesi
 - a. Yaşam sonu kararlarında etik farkındalığının olmaması
 - b. Akut ve trajik olaylarda duygusal tepki, örneğin çocuğunun trafik kazası geçirmesi

Sağlık çalışanı yakınlarında farklı uygulamalar yapılabilmesinin sebepleri ise, özellikle hekimlerde yoğun bakımdaki işlemleri yakından takip etmesi ve yeri geldiğinde müdahale edebilmesi öne çıkmaktadır. Sonrasında sağlık çalışanlarının birbirlerine duydukları güvendir. Yani herhangi bir hasta yakını hastasının serviste ölümüne eşlik

etmek istediğini belirttiklerinde sağlık çalışanları ileride açılacak bir dava endişesi ile hastayı yoğun bakıma alırken, aynı rica bir sağlık çalışanından geldiğinde ona duyulan güvenden dolayı yoğun bakıma alınmayabilmektedir. Güven duygusunun oluşturduğu bu etki, yoğun bakıma palyatif bakım olmadığı için ya da bir şekilde alınmış olan hastanın yoğun bakımdaki müdahalelerine getirilen kısıtlamalar için de geçerlidir.

“Hasta yakını da sağlık çalışanıydı, durumun farkındalar, hasta da durumun farkında. Adamın tek talebi şuydu. Hani ağrılarını kesin yeterli, yani ağrısını kesin ve eziyet çekmesin ama entübe edilmesini istemiyorum dedi. Mesela hani CPR’ı bırakın entübe edilmesini dahi istemiyorum dedi. Hakikaten entübasyon da hastaya herhangi bir şey kazandırmayacaktır sadece o süreci uzatmaktan başka. O hastaya sedasyonu verdik, analjesini verdik, sağladık. Entübasyon ihtiyacı olduğu zaman da entübe etmedik hastayı ve ondan sonra zaten vefat etti hasta. (Konum 62) (...) Hasta sağlık çalışanı yakınıydı, öyle bir hastada bunu göze alabilirsin ama sağlık çalışanı olmadığı zaman tabi yasalar bizi korumuyor bu anlamda.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 64)

Hekimlerin imkanlar dahilinde kendi yakınlarını yaşamın sonunda yoğun bakıma yatırmadıklarını da belirtmektedirler:

“Benim dedem 90 yaşında. Ha bu arada tabi muhabbet muhabbeti açıyor. Ben mesela, bir dedem vefat etti üç dört sene önce ben yatırmadım. Akciğer CA beyin metastazı, kemik metastazı vardı. Yoğun bakıma yatırmadım, yatırsam ne olurdu? Bir 15 gün 20 gün daha fazla yaşardı, ama her yerinde bu şeyle, bir boruyla yani. Yakınlarının yanında Kur’an okunarak öldü mesela yani. Bence bu da değerli bir şey yani, tabi biz bunu maalesef yapamıyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 38)

Beyhudelik durumu oluşmasına rağmen maksimal tedavi istenilmesi ise daha çok ani gelişen trajik durumlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin:

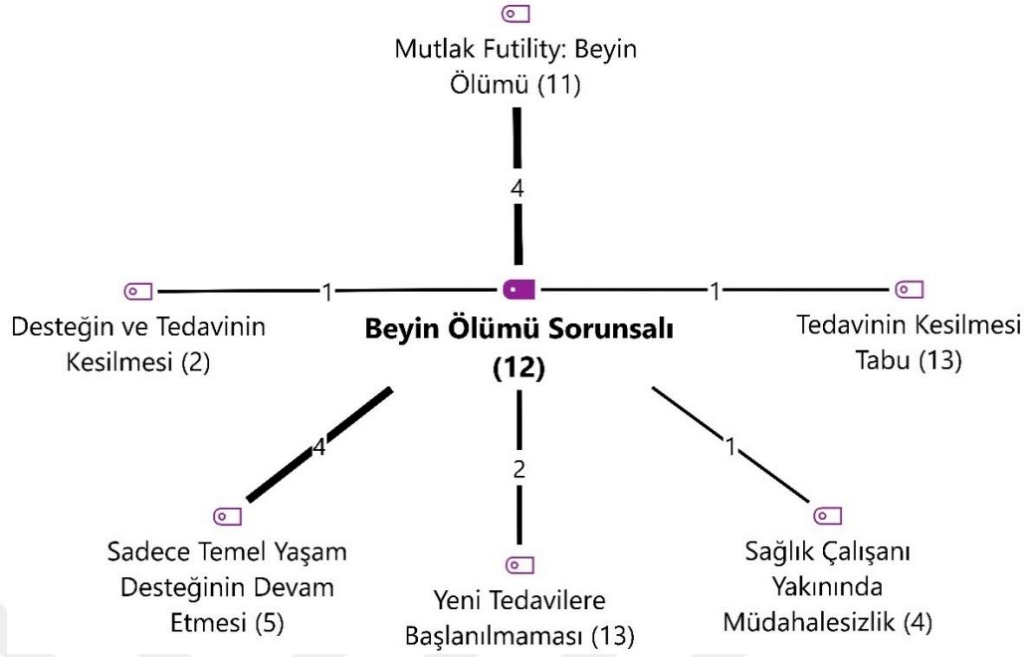
“Buradaki bir uzman doktorun oğlu bisiklet kazası geçirmişti. Kafa tabanı fraktürü vardı. Hastaneye geldiğinde artık, yani zaten dönmüyordu. CPR yoğun bir şekilde yapıldı, biz de biliyorduk, yanıt alamayacağımızı, çok kötü durumdaydı, hastaneye gelene kadar yüksek ihtimal hipoksik durum oluşmuştur. Ama babasının ısrarı üzerine, unstabil durumdayken ameliyata alınmıştı. Uzman da fakındaydı, artık o öldü demeliyiz, ama bu da bu şekilde farklı bir tavidir.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 35)

Yaşamın sonu kararlarında etik farkındalığı olmayan sağlık çalışanlarının yoğun bakımdaki tedavilere müdahale etmesine dair ifade ise şu şekilde:

“Daha çok sosyal oluyor. Ne bileyim bir hemşirenin bir doktorun yakını, anlatamıyorsunuz yani öyle olduğunu, niye vazopresyonu kestiniz diyor. Genellikle çünkü doktor da olsa yoğun bakımın dışındakiler bu konuya çok şey değiller. Sosyal sebepler burada ilk sırada geliyor.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 57)

4.2.4.5. Beyin Ölümü Sorunsalı

Beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisinin son alt başlığı ise beyin ölümü tespitinden sonraki farklı işleyişler oluşturmaktadır. Şekil 4-22’de tema içi çakışan kod gösteriminde görüldüğü üzere, katılımcılar beyin ölümünü hem mutlak beyhudelik olarak nitelendirmiş hem de teşhis sonrası işleyişte problemler olduğunu belirtmişlerdir. Şekilde net bir şekilde görüldüğü üzere, beyin ölümü teşhisi almış kişilere farklı uygulamalar yapılmaktadır. Burada dört çakışma frekansı ile en çok sadece temel yaşam desteğinin devam ettiği, ardından da üç çakışma frekansı ile de yeni tedavilere başlanılmadığı görülmektedir. Desteğin ve tedavinin kesilmesi sadece bir çakışma frekansına sahipken, beyin ölümü tanısı almış kişilerde bile desteğin kesilmesinin tabu olduğu iki çakışma koduna sahiptir. Burada dikkat çeken diğer bir durum ise beyin ölümü sonrası işleyişte farklı hasta kategorilerinin de etkili olduğu, sağlık çalışanı yakınına beyin ölümü teşhisi sonrası beyin ölümü teşhisi sebebiyle değil, sağlık çalışanının talebi üzerine yeni tedavilere başlanılmadığı görülmektedir.



Şekil 4-22 Beyin ölümü sorunsalı kodunun tema içi çakışan kodlar gösterimi

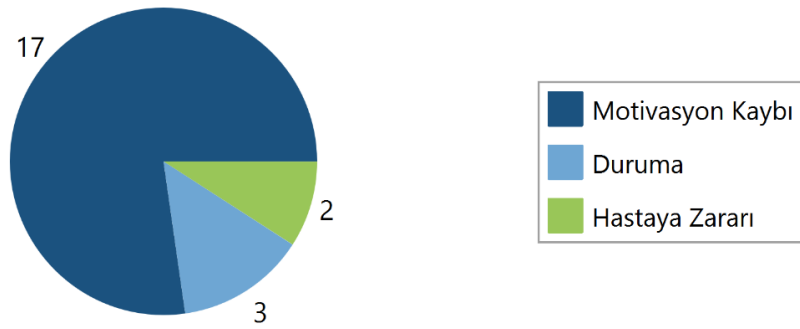
Beyin ölümü sonrası işleyişin bu şekilde farklılık göstermesi hem etik hem de hukuki olarak çeşitli problemler barındırmaktadır. Hukuki olarak işleyişin net bir şekilde belirlenmemiş olması burada problemin temelini oluşturmaktadır. Bundan dolayı sürecin nasıl yönetilmesi gerektiğini ayrıntılı olarak açıklayan yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

4.2.5. Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları

Beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları kategorisi motivasyon kaybı, duruma kayıtsızlık ve hastaya zararı olmak üzere üç kod içermektedir. Kodların belge temelli frekans tablosu Tablo 4-19’da, kodlu bölüm temelli frekans grafiği ise Şekil 4-23’te gösterilmiştir. Tablo 4-19’da görüldüğü üzere bu kategorideki kodlara dair dokuz katılımcı değinmiş, iki katılımcı ise konuya temas etmemiştir. Beyhude tedaviye devam edilmesi öncelikli olarak hekimlerde ve diğer sağlık çalışanlarında motivasyon kaybına yola açmaktadır. Yedi katılımcı, on yedi kod frekansı ile motivasyon kaybına dikkat çekmiştir. Sonrasında ise üç katılımcı duruma kayıtsızlığa birer kere ve iki katılımcı ise hastaya zararlarına yine birer kere değinmiştir.

Tablo 4-19 Beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları	Belgeler
Motivasyon Kaybı	7
Duruma Kayıtsızlık	3
Hastaya Zararı	2
Kodlanmış Belgeler	9
Kodlanmamış Belgeler	2
Analiz Edilen Belgeler	11



Şekil 4-23 Beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.2.5.1. Motivasyon Kaybı

Katılımcıların motivasyon kayıplarının nedenleri de çeşitlilik göstermektedir. Bazı katılımcılar hastaya eziyet etme hissini vurgularken bazıları da kaynakların adil dağıtılamaması ve fayda sağlanacak hastaların yoğun bakıma alınamamasını ön plana çıkarmaktadır. Yine bu bağlamda artan ve sonuç itibarıyla beyhude olan iş yükünün de özellikle hastalarla daha yakından ilgilenen hemşirelerin motivasyonlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Fayda sağlamayacak bir tedaviyi sürdürme ve buna bağlı olarak hastaya eziyet etme hissi ve empati yükünden kaynaklanan motivasyon kayıplarına dair katılımcı ifadeleri:

“Costaları kırıldığında çok kötü hissediyorum, kaşektik hastalarda çok sık karşılaşıyorum bununla, beni bilmiyorum çok etkiliyor, çok acı verdiğimi galiba düşünüyorum, beni negatif yönde etkilese de yoğun bakıma girdiğinde de bakıyorum, o hastalar yoğun bakıma alınıyor, gerekli tedaviler yapılıyor. Ama ne kadar yaparsak yapalım, günden güne o hastalar ödemleniyorlar, yatak yaraları oluşmaya başlıyor. Çok iyi bakılsa da ister istemez, yani entübeler, belki bilinçleri zaman zaman geliyor, yani aylarca günlerce sürekli mesela çoğu zaman ateşleri de oluyor. Genelde böyle işte bizim hastaların örtüsü olur üzerinde. Ama işlem yapılırken üstü açık oluyor, sonra unutuyorsun, öyle kalıyor. Böyle bir durumu yaşamayı çok istemezdim aslında. Bana bırakılsa mesela bu durum, böyle tanımlanmış bir şey olsa, yoğun bakım sürecini, hani diyebilirdim, beni almayın, eve götürün, diye talep edebilirdim.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 53)

“Yani açıkçası oradaki en rahatsız edici his, hastaya eziyet etme hissi, yani o insanı yıpratıyor. Çünkü işin çok büyük bir kısmı empati. Empati bizim işimizin bir parçası, haliyle insan ben olsaydım... Mutlaka bir yerde düşünüyor ve hani ben bu eziyeti çekmek istemezdim diye düşünüyorsun. (...) Hemşireler ayağında tabi daha büyük bir yılgınlık söz konusu. Çünkü onların iş yükünü ciddi anlamda artırıyor bu ve hani faydasız, boşuna bir uğraş için bu emeği veriyor olmak onların moral motivasyon da olumsuz etkiliyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 80)

“Yani faydasının olmadığını bildiğimiz bir hastaya da bakmak hakikaten yani motivasyonunuzu gerçekten düşünüyor. Hem dediğim gibi diğer sağlık personellerinin de onların bizden daha çok bakım eforu fazla olduğu için onlar adına da üzücü bir tablo. Ama elden çare gelmiyor. Yani ekip olarak çok da kanıksamadığımız, memnun olmadığımız bir tablo.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 60)

Kaynakların adil dağıtılmaması ve fayda sağlanabilecek hastalara sağlık hizmeti verilememesinden kaynaklanan motivasyon kaybına dair katılımcıların ifadeleri:

“Fiziki olarak yoruyor. Anladın mı yani? Şundan dolayı mesela atıyorum bir yoğun bakımda harbiden abanman gereken bir hasta var. Ama onu alamıyorsun, çünkü diğeri ile uğraşmışsın. Böyle bir durum oluyor.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

“Çok olumsuz etkiliyor. Neden diyeceksin, çünkü mesela o arada aşağı hasta geliyor acile, genç bir travma hastası, alamıyoruz, yatak yok! Ama her seferinde şunu söylüyorum, yani bu hasta bir yere gidebilseydi, işte eve alabilseydiler ya da palyatif

merkezimiz olsaydı, aşağıdaki hastayı kabul edebilecektik. Bu hem hemşireyi, asistanı, beni hepimizi demoralize ediyor. (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 66)

“Olumsuz, gayet olumsuz. Çünkü ciddi bir tükenmişlik, ümitsizlik yani yoğun bakımda ölüye bakma, ölüye bakıyoruz diyor ekip, öyle söylüyor. Yani ben de aynı şeyi söylüyorum, ölüye bakıyoruz yani. Biz, bizim işimiz canlıyla, ölüyle benim yani bir işim yok. Onun için olumsuz, tükenmişlik sebebi, çok ciddi depresyon, yaptığın işten nefret etme, ne yapıyorum ben diye sorgulama, olumsuz çok olumsuz, çok negatif.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 53)

4.2.5.2. Duruma Kayıtsızlık

Duruma kayıtsızlığın yoğun bakımların sürekli tam kapasite çalışılmasının kanıksanmasıyla yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Ama duruma kayıtsız kalınan bir pozisyonda bile katılımcıların kaynakların adil dağıtımını yani yoğun bakım yatağının fayda görecek hastaya verilmesi hususuna değinmeleri dikkat çekicidir. Her ne kadar bizi etkileyen bir durum yok diye belirtilse de faydası olmayan bir tedavinin verilmesi her halükârda istenilen bir durum değildir. Bir katılımcının “*bu hastalar çok emek istemez*” ifadesi ise durumun suiistimal edilmeye açık olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir. Katılımcıların ifadeleri:

“Yani bu hastalar çoğunlukla stabil olan hastalar oluyor. Aslında çok fazla efor sarf ettirmeyen hastalar oluyor, düşünürseniz. Ama bir yandan da hastanın orada bulunuyor olması fayda verebileceğini hastaya engel oluyor. Bizi nasıl etkiliyor? Açıkçası nöbet tutarken örneğin, nöbetinde ne kadar çok o tarz hasta varsa o kadar az yorulursunuz. Ama olmasını da istemem yani sonuçta hastaların durması gereken yer yoğun bakım değil, palyatif servis, mümkün olduğunca hızlı şekilde o tarafa gitsin. Beni nasıl etkiliyor? Beni çok etkilemiyor hani? Ama olmamaları gereken bir yerde duruyorlar.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 63)

“Çok ekstra bir yük değil bizim açımızdan belki birkaç gün belki bir ay daha uzuyor tedavisi ama hani extra bir şey değiştirmiyor hasta gittiği zaman yine bir başka hasta takibi olacağı için hani ek bir iş yükü falan gibi düşünmüyoruz. Sadece hastaya faydası hani belki başka bir hasta olsaydı faydalı olabilirdi böyle bir düşünce olabilir. Onun dışında ek bir hani psikolojik baskısı, yükü, iş yükü falan gibi bir durum yok açıkçası.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 55)

“Bu tabi sonuçta bizim yoğun bakımcılara bize bir şey yok aslında, öyle ya da böyle o yatak doluyor yani. Aslında bize göre bir şey yok. Bizim yatağımız iki saatten fazla boş kalmaz. O hastayı yatırmadığımda beş dakika sonra başka hasta yatıyorum. Ama hani hak eden, hak eden yanlış bir kelime de. Yararlı, daha yararlı olacağım bir hastayı seçme şansım hiç yok şu anda.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 77)

4.2.5.3. Hastaya Zararı

Yoğun bakımda ölüm sürecinin uzatılması ve ölümün insanî şartlarda gerçekleşmemesi problemi yeri geldikçe dikkat çekilen bir husus. Bu kod altında ise yaşamın sonundaki beyhude tedavilerin hastaya zararları değil, bakım hastası olup, yoğun bakım endikasyonu bittiği halde yoğun bakımda kalmaya devam etmesinden kaynaklı komplikasyonların hastaya verdiği zarara dair ifadeler derlenmiştir. Burada dikkat çeken en önemli husus endikasyon bittiği halde yoğun bakımda uzun süreli kalış hastada özellikle enfeksiyon riskini artırmaktadır. Bu bazen ölümle de sonuçlanabilmektedir. Bundan dolayı Bölüm 4.1.5.1. Yoğun Bakım Drenajı bölümünde anlatılan, yoğun bakım yatağının istenilen hızda boşaltılamaması hastanın sağlığı açısından da risk oluşturmaktadır. Katılımcıların ifadeleri:

“Annesi Covid’de yatıyor bizde, geldi hasta, işte üç dört günde toparladık hastayı, servise çıkacak duruma geldi. Aradım hasta yakınlarını. Başta böyle şeylerdi ve ilerde bize hukuki manada en sıkıntı yaratan tipler de bunlar, bizim annemiz, annemiz giderse biz ne yapacağız, mahvoluruz, biteriz...vb Aradığımda serviste bakmaya biz gelemeyiz ya dediler. Yani o bizim annemiz ama bizim de çocuklarımız var, biz gelemeyiz dediler. Sonra üç beş gün telefonlara bakmadılar. Sonra hasta o sürede biz iyileştirmişken, 17 gün fazladan beklettik. Hastane enfeksiyonu gelişti sonra, onu da tedavi ettik. Yani arada olmayacak şeyler yoğun bakımda yatmaya devam ettiği için oldu. Sonra 21 gün geçti, bulaş bitti yani, ondan sonra çıkardık hastayı.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 89)

“Bir kere şöyle bir durum olmuştu trafik kazasında. Tetraplejik bir hastaydı. Tıbbi olarak hatırladığım kadarıyla C3 ya da C4’ten itibaren hasardan kaynaklı total bir paralizi vardı hastanın, plejikti hem de. Ek olarak hastanın bilinci açıktı. Fakat kendi ihtiyaçlarını karşılayamıyordu. Yakınlarının desteğine ihtiyaç duyuyordu. Biz bu hastayı uzun süre takip ettik. Maalesef hastanede uzun süre yatmasından kaynaklı gelişen komplikasyonlardan dolayı bu hastamızı enfeksiyondan dolayı kaybettik.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 38)

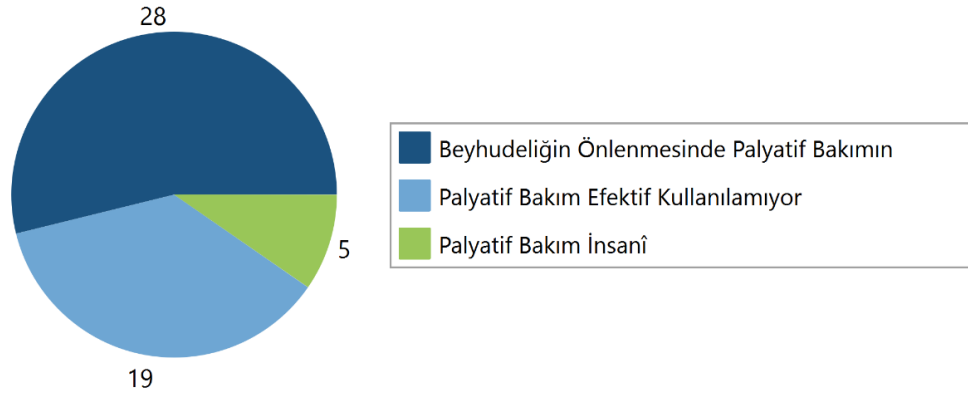
4.2.6. Palyatif Bakımın Rolü

Beyhude tedavi bağlamında palyatif bakımların önemli bir rolü olduğu tüm katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. (Bkz. Tablo 4-20) Burada dokuz katılımcı net bir şekilde beyhude tedaviye devam edilmek zorunda kalınmasında palyatif bakımların yetersiz ya da hiç olmaması konusuna değinirken, yine dokuz tanesi palyatif bakım olsa bile efektif kullanılmadığından bahsetmişlerdir. Üç katılımcı ise palyatif bakımın sadece beyhude tedavi özelinde önemli olmadığını, daha insanî bir ortam sunduğu için desteklenmesi gereken bir hizmet olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4-20 Palyatif bakımın rolü kategorisinin belge temelli kod frekans tablosu

Palyatif Bakımın Rolü	Belgeler
Beyhudeliğin Önlenmesinde Palyatif Bakımın Önemi	9
Palyatif Bakım Efektif Kullanılamıyor	9
Palyatif Bakım İnsanî	3
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Kodların kodlanma sıklığı ise Şekil 4-24'te palyatif bakımın rolü kategorisinin kodlu bölüm temelli kod frekans grafiğinde gösterilmiştir. Burada beyhudeliğin önlenmesinde palyatif bakımın önemi kodunun belgelerde 28 kodlama ile en sık kodlanan kod olduğu görülmektedir. Devamında ise 19 kodlama ile palyatif bakım efektif kullanılamıyor kodu ve sonrasında da beş kodlama ile palyatif bakım insanî kodu gelmektedir.



Şekil 4-24 Palyatif bakımın rolü kategorisinin kodlu bölüm temelli kod frekans grafiği

4.2.6.1. Beyhudeleşimin Önlenmesinde Palyatif Bakımın Önemi

Palyatif bakımların beyhude tedavi bağlamında oynadığı önemli rol genellikle yeterli sayıda palyatif merkez olmamasından kaynaklı olumsuz etkilerden oluşmaktadır. Sadece iki hekim palyatif bakım olduğu ve efektif kullanılabildiği için yoğun bakımda beyhude tedavinin verilmesinde bir düşüş sağladıklarından bahsetmiştir. Olumsuz örneklerde ise en çok vurgu, üçüncü basamak yoğun bakımda palyatif bakım hastalarına hizmet verilmesine yapılmıştır. Terminal dönem hastalara ek olarak yine bakım hastalarına da atıflar yapılmıştır. Ama katılımcıların verdikleri oranlardan palyatif bakım hastalarının ağırlıkta olduğu görülmektedir.

“Yok bence Türkiye’nin en büyük eksikliği o zaten. O kadar yoğun bakım yatağımız var, yani bunların yarısı palyatif yoğun bakım gibi çalışıyor.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 77)

“Aynen, aslında gelişse, palyatif çok önemli bir şey yani. Maliyet önemli bu işlerde. Çünkü sağlık harcamaları çok ciddi şey oluşturuyor yani, çok ciddi rakamlar yani. Bunları düşünmemiz gerekiyor yani. Öyle palyatif olsa çok iyi olur aslında, bizim yükümüz belki %30'lara bile, %30 %40'lara iner.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 83)

“Hastanemizde bir palyatif bakım merkezi var ama çok kısıtlı sadece dört yatak. Yani şöyle söyleyeyim, bir 15-20 yataklı palyatif merkez olsa, keşke olsa yani şu anda halihazırda yoğun bakımda yatmakta olan hastaların yaklaşık beşte biri palyatif bakım merkezi ihtiyacı olan hastalar. Yani bu dediğim bir önceki örneğindeki şey yani bakım

merkezine gönderebiliriz diye hasta yakınlarına söylüyoruz dedik ya hani o tarz hastaların olması gereken şey. Türkiye'de bu kavram da henüz oturmuş değil, bayağı bir lüks gibi oluyor sanırım.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 56)

“Tabi tabi gayet sıklıkla bunlar oluyor. Gayet sık bir şekilde biz bunu yaşıyoruz. Palyatif bakım olmaması hastanın o yatağı bloke etmesi gibi kötü bir sonuca sebep oluyor. Yani bunda tabi işte toplumsal ve adalet ilkesine nasıl etkilediğini siz de en az benim kadar iyi biliyorsunuz. Yani yapılıyor, maalesef oluyor. Evet, böyle bir şeye çok gereksinmemiz var.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 49)

Katılımcıların arasında yeterli palyatif bakımın olmaması konusunda kişisel olarak dertlenen ve bu konuda bireysel olarak bir şeyler yapmak isteyen bir hekim de bulunmaktadır:

“Hani bazen yoğun bakımlar gerçekten bakımevi gibi olabiliyor. Hatta benim hedefim, eşimle de konuşursun. Benim hedefim mesela anestezi doktorluğu yapmamak. Ben keşke palyatif bakım merkezi açabilsem. Param olsa, Türkiye'nin her bir yanına palyatif bakım merkezi açarım. O kadar ihtiyaç var ki. Çok ihtiyaç var. Bizim hastanelerimizde çok fazla hasta var palyatif bakım hastası aslında ve biz o yoğun bakımlarda asıl almamız gereken hastaları alamıyoruz, acillerde hastalar ölüyor. Ölüyor yani doğruya doğru.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 52)

Palyatif merkezlerin bulunmasının işleyişe olumlu katkıları olduğunu belirten hekimlerin ifadeleri ise şu şekildedir:

“Burada palyatif bakım hizmeti sunan bir yerin olması bizim elimizi çok rahatlatıyor. Hasta yakınlarını anlatıyoruz ve palyatif bakıma alınıyor hasta. Palyatif bakım hizmeti imkânı yoksa şayet bu sefer hasta serviste kalmak durumunda kaldığı için hasta yakınlarının kabul edebilirliği çok daha azalıyor. Palyatif bakımın böyle bir avantajı oluyor ve eğer şey varsa imkân varsa hastaları tabii ki yönlendiriyoruz palyatif bakıma.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 72)

“Bilinci kapalı yoğun bakım ihtiyacı var ama boşuna bir müdahale olacak, yani hastanın böyle gerçekten hani refahını artırmayacak, ne de bir yararı olacak ve böylece kısıtlı kaynakların bir nevi harcanmasına neden olacak. O tarz durumda da zaten hasta yakınları ile doğru bir iletişim kurmaya çalışıyoruz ve palyatife yönlendirmeye çalışıyoruz. (Konum 45) (...) Hatta acilde yoğun bakım ihtiyacı için çağrıldığımız

hastalar oluyor, doğru bir iletişimle hastaları palyatife yatırdığımız da oluyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 57)

Katılımcıların ifadelerinden işlevsel bir palyatif merkezin olmasının hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hastanın palyatif bakıma alınmasıyla yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda sistemin işlevselliğinin toplumun sağlık okur yazarlığı, hasta ve hasta yakınlarının işbirlikçi tavırlarıyla yakından ilgili olduğu görülmektedir. Bir sonraki bölümde palyatif bakımlar açılrsa bile sağlık çalışanları arasında bu konuda uzman eksikliği ya da organizasyonun yapılamaması gibi sebeplerle efektif kullanılamadığına dikkat çekilecektir. Buna ek olarak yukarıdaki ifadeler doğrultusunda palyatif bakım konusunda toplumun bilinçlendirilmesine de ihtiyaç duyulduğu unutulmamalıdır.

4.2.6.2. Palyatif Bakım Efektif Kullanılmıyor

Palyatif bakımların efektif kullanılamamasına dair katılımcılar tarafından çeşitli örnekler verilmiştir. Palyatif yatakların çok az sayıda olması talebi karşılamadığı için sistem içerisinde yer edinememe, yatak sayısı yeterli olsa bile alanda yeterli uzmanın olmaması gibi sebepler sunulmakla birlikte, palyatif bakım işleyişindeki belirsizlik en çok vurgulanan durum olmuştur. Bu belirsizlik hem organizasyonel anlamda işleyişin net olmamasından kaynaklanmakta hem de sağlık çalışanlarının palyatif bakımın ne olduğuna dair algısının net olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu belirsizliklere bir de bir önceki bölümde değinilen hasta ya da hasta yakınlarının farkındalık eksikliği ya da ön yargısı eklendiğinde süreç daha da işlemez hale gelmektedir. Hasta yakınlarının palyatif merkezlere olan ön yargılarına dair katılımcı ifadeleri:

“Ama şuuru açık hasta gitmek istemiyor yoğun bakıma, bunun altına imzayı atarım. Her zaman da böyle olacak. Hiçbir zaman yoğun bakıma gitmek istemiyorlar. Çünkü hayatlarının bir döneminde yoğun bakıma girmiş oluyorlar. Ağır hastaysa yani onun tadına bakıyor yani ve hiçbir zaman istemiyor. Ancak hasta yakını hocam diyor palyatif boşsa palyatife verin, yoğun bakım boşsa yoğun bakıma, ama öncelik yoğun bakım istiyor. Çünkü palyatif hasta yakınlarının gözünde şu, benim hastamı alacaklar, hiç bakmayacaklar, orada ölecek, bizi arayacaklar işte öldü. Onların gözünde palyatif bu. Ama şunu unutuyorlar, yoğun bakıma da alsan. O senin söylediğine iki gün ekleyeceğiz, bir şey değişmeyecek. Yani bir şey değişmiyor. Bunu anlatamıyorsun.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 52)

“Palyatifteki durum daha farklı. Belki hastanın yakınlarının durumlarına göre hareket edebilir. İşte bizi gönderdiler, ilgilenmediler, bakmadılar gibi durumlara da girebiliyorlar. İşte sosyal endikasyon diyebileceğimiz sebeplerden dolayı günlerce serviste yatırdığımız hastalar oluyor.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 68)

Palyatif bakımın amacı ve kapsamının sağlık çalışanları tarafından da net anlaşılamaması ya da işleyişin nasıl olması gerektiği net bir şekilde düzenlenmemiş oluşu palyatif bakımların yoğun bakım öncesi ara bir servis olarak kullanılmasına sebep olmaktadır. Katılımcıların bu konuda en çok değindikleri durum, palyatif bakımda hastanın kötüleşmesi sonrası yoğun bakıma alınması durumudur. Bu durum sağlık personelinin kendi tıbbi tercihi doğrultusunda olabildiği gibi genel olarak hukuken hastaya her durumda müdahale edilmesi gerektiği düşüncesinden dolayı yapılmaktadır. Palyatif bakım hastasının yoğun bakıma alınmasına dair katılımcı ifadeleri:

“Yine bile hani palyatifte de arrest oldu, işte müdahale etmeyeceğiz gibi bir şey yapamıyoruz. Yani o konuda biraz daha hani biraz arada kalmışlık oluyor açıkçası hani yasal olarak. Gidip işte müdahalesini yapıp eğer arrestten döndüyse entübe hasta oluyor genelde. Onu da yoğun bakıma çekmek zorunda kalıyorsun. Bu durumda palyatife almanın da çok ekstra bir manası olmuyor açıkçası son dönem hastaları. O yüzden hasta yakınını biraz bilgilendirmek lazım.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 39)

“Ama bir kısım şey de mesela palyatif tedavi açısından ya da boşuna tedavi açısından düşünelim, hastayı yatırmışız palyatife, hastanın ölümüne refakat ediyoruz, hastada kardiyak arrest gelişti, buna şu anda her halde kanuni olarak zorunluluk addediliyor. Ben tabi kanuni zorunluluğu var mı yok mu onu tam çözemedim yani. Çünkü palyatif demek, resüsitasyon bir nevi yapmamayı gerektiriyor yani.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 49)

Palyatif bakım uzmanlığının ve eğitiminin eksikliğinden kaynaklı sorunlara dair katılımcı ifadeleri:

“Palyatif merkezler çok efektif kullanılmıyor maalesef o da hala. Yani palyatif yoğun bakımda iki sene yatan hasta var. Hani. Oralar çok daha şey, çok yeni zaten palyatif yoğun bakımlar, yönetimleri de henüz efektif durumda değiller. Oralara daha çok şey var. Palyatif hasta yatırmak için çok uzun bekliyorsun, beklerken hasta zaten vefat ediyor yani. O anlamda sıkıntılar var.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 64)

“Palyatif tıp merkezi vardı, bizim anesteziydi. Ancak anestezi biz bakamadık, çok olmadı deyim. Hani biz beni aşan konular bunlar, çok komik şeylerden dolayı bakamadık, sonra dahiliyeye verdik. Şu an dahiliyede var evet palyatif bakım merkezi.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 62)

Katılımcılardan D7'nin ifadelerinden palyatif bakım merkezi ve bakım evi ayrımının bazen net olmadığı görülmektedir. Burada daha önce Bölüm 4.1.5.1.'de Yoğun Bakım Drenajı başlığı altında değinildiği üzere yoğun bakımlar sadece palyatif bakımların yükünü omuzlamıyor, aynı zamanda bakım evlerinin yetersiz sayıda olmasından kaynaklanan sistemin açığına da tampon görevi yapmaktadır. Katılımcı ifadeleri:

“Ya şöyle bence kesinlikle palyatife verdiğin hasta ile amacın olması lazım. Şimdi bir kere palyatif bakımın ne olduğunu anlamak lazım. Yani bir hastayı niçin gönderiyorsun? Hastayı, öleceği son zamanları iyi geçmesini istiyorsan ve bu ölecek bir hafta bir buçuk hafta sürecektir bu. Bu hastayı yoğun bakımda tutmayalım deyip palyatife gönderiyorsan o hastaya palyatifte bir şey olduğu zaman o hasta tekrar yoğun bakıma gelmemeli. Ama Türkiye’de böyle bir saçmalık var. Hasta kötü, hasta yakınları herkes biliyor. Hasta palyatif bakıma gidiyor. Palyatif bakımda hasta kötüleşiyor ve tekrar yoğun bakıma alıyoruz. Ya o zaman niye gönderdik abi yani anlatabiliyor muyum? Hani amaç farklı. Ha başka hasta olur, palyatif illa köprüden önceki son çıkış değil. Palyatifin şöyle bir olayı da var. Mesela hasta çok iyi bir tedavi süreci geçirdi. Atıyorum. Çok multiple travmalı genç mesela. Hasta yoğun bakımda toparladı, ama hani servise çıkacak durumda değil. Atıyorum, trakeostomisi vardır, işte atıyorum NG’si ya da PEG’i vardır, bu hastanın bir bakıma ihtiyacı var. Servis hemşireleri çok iyi olmamakla beraber servisten önce bir palyatif bakıma gidip orada hasta yakınlarının işte trakeostomi nasıl temizlenir işte NG nasıl şey olur, bunun da eğitimini verilebileceği bir amacı da var. Bu hastada tabii ki daha kötüleşince tabii ki de yoğun bakıma gelecek, hiçbir lafım yok. Böyle hastalarımız da oluyor, işte orada mesela böyle bir hasta kötüleşti, bu hastayı yoğun bakıma tabii ki alırız. Ancak son dönem bir hastayı, yani eğer diyorsan bu hasta bir hafta içinde ölecek ya da atıyorum beş gün içinde ölecek, ya ölecek. Ve şuuru açık ise bu arada, palyatif şuuru kapalı entübe hasta kabul etmez. İnvaziv bir solunum yolu olan hastayı kabul etmiyor hiçbir şekilde. Böyle bir hastaysa o hasta palyatife verilebilir ama o hasta oradan kötüleşip tekrar yoğun bakıma alınması bana soracak olursan, abes. (...) Şimdi

palyatif bakım daha yeni yeni oturan bir şey, benim sevdiğim bir şey. Palyatif bakım aslında kolay bir şey değil, palyatif bakım tamamı ile hemşire ve personelin yükün bindiği bir iş. Hemşire personeli ne kadar güçlü olursa ne kadar işi bilirse o kadar kaliten artar. Palyatif bakım çok doktorluk da bir şey değil. Yani tamam doktor ama yoğun bakımda bir doktor on hastaya zor bakar ama palyatif bakımda bir doktor on tane hastaya rahat bakar ama palyatifin amacı çok önemli. Şimdi bizim ülkemizde yeni başladığı için normal belki ben de tam bilmiyorum olabilir, şimdi yeni başladığı için bocalama süresi olacaktır, normal. Ancak dediğim gibi palyatifteki hastadaki senin ön görün ne, o hasta niye geldi, hasta toparlamaya mı geldi, böyle bir yönü de var palyatifin, hasta beklemeye mi geldi hasta ölmeye mi geldi? Hasta niye geldi? Buna göre bir yol çizmek, buna göre de gerekli konsültasyonları gerekli doktor iletişimini sağlaman lazım. Böyle olması gereken bu, şimdi bir sürü palyatif merkezi açılıyor, huzurevi aynı, lan palyatif huzur evi değil ki, bakım şeyi değil ki amaç o değil. Şimdi öyle olmuş. Palyatif bakım için para, çünkü para da var o işin içinde. Adam evinde bakamıyor babasına diyor ki palyatife vereyim. Ya palyatifin amacı o değil ki kardeş. Yani durum bu.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 64)

“Bir de gerçekten bizim şeye ihtiyacımız var. Her hastanede palyatif bakım gibi, ülkede bakımevlerine çok ihtiyaç var. Yani bakımevi olsa her şehirde mesela, bol miktarda biz bunları hızlı bir şekilde oraları transfer ederiz ve yoğun bakımı daha iyi kullanabiliriz. Ama ülkede böyle bir hazırlık yok. Dünyada böyle bir hazırlık yok. Ömür uzadığı için insan ömrü, hazırlıksız bir şekilde yakalandı dünya. Yani bu kadar yaşlı ve komorbid hasta, birdenbire son işte 20 yıl 30 yıl içinde çok hızlı bir şekilde yaşlı ve komorditesi olan hastalar oldu, tabi bunlar için böyle bir ihtiyaç birdenbire oldu. Bu yapılanmada buna uygun olmadığı için böyle bir sıkıntı çıktı. Biz yoğun bakımcılar burayı tolere etmeye çalışıyoruz.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 86)

4.2.6.3. Palyatif Bakım İnsanı

Katılıcıların üç tanesi beyhude tedavi bağlamından bağımsız palyatif bakım hizmetinin daha insanî olduğunu ve bu hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının memnun olduklarını belirtmişlerdir. Palyatif bakımın kendi özelinde önemini ortaya koyması açısından bu ifadeler önemlidir. Çünkü palyatif bakım sadece yoğun bakımdan daha ucuza sunulan bir hizmet olarak görüldüğü için teşvik edilmemeli. Palyatif bakımların teşvik edilmesi gerekliliğinde, hastalara daha insanî bir ölüm süreci ve hasta yakınlarına sürece eşlik etme imkânı sunması da önemli bir rol oynamaktadır. Palyatif bakımların

rolü ve önemi anlatılırken öncelikli olarak bu duruma dikkat çekilmesi yersiz ön yargı oluşumunu engellemek adına önem arz etmektedir. Katılımcıların ifadeleri:

“Onlar da şu anlamda daha mutlu oluyorlar, yani hastaların son günlerinde yanında bulunabildikleri için, çünkü yoğun bakıma girme imkanları olmuyor. Bundan dolayı hasta yakınları daha memnun oluyor açıkçası.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 72)

“Yoğun bakımda uyanık olmak, hele üçüncü basamak yoğun bakım da uyanık bir hasta olmak, yani şuuru açık hasta olmak, korkunç bir şey yani korkunç bir şey. O monitor sesleri o hemşirelerin bağirtisi, hastaların kötülüğü, durumlar, yanında hasta ölüyor falan yani korkunç bir şey. (Konum 46) (...) Bazı hasta yakınları şunu istiyor, bazı hasta yakınları tam tersi özellikle palyatif bakım istiyorlar. Çünkü palyatif bakımda hastanın yanında durabiliyorsun. Hastaya yardım edebiliyorsun. Hastayla iletişime geçebiliyorsun. İnteraktif bir durum var ama yoğun bakımda öyle bir şey yok. Yoğun bakımda günde bir kere 15 dakika gidiyorsun, hani görüyorsun çıkıyorsun. Bazı hastalar da özellikle palyatif bakım istiyor. Yani ben de palyatif merkeze gideyim. Ben işte atıyorum annem babam ben temizlemek istiyorum. Ben şey yapmak istiyorum. Son vazifemi yerine getirmek istiyorum diyor.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 52)

4.2.7. Beyhude Tedavi Temasının Analiz Sonuçları

- Katılımcıların bilgi ve tecrübe birikimi ya da “futility” kavramına aşinalık durumları, beyhudelik kavramının tanımına karşılık gelen durumu nasıl anlamlandırdıklarını etkilememektedir. Ancak beyhude tedavi verilen hastaların isimlendirilmesi ya da damgalanması profesörlerde söz konusu olmamaktadır. Burada genç hekimlerin, aslında yoğun bakımda olmaması gereken ve beyhude tedavi alan hastalara karşı o hastaları ayırt edici ya da ayırmacı bir söylem ürettiği yorumu yapılabilir.
- Hastanın tedavisinin beyhude olup olmadığının tespiti standart yoğun bakım endikasyonu belirlenmesinin aksine çeşitli zorluklar barındırmaktadır. Burada hastanın temeldeki hastalığının ne olduğu ve ne durumda olduğu önem arz etmekle birlikte, hastanın yaşının nasıl bir oynaması gerektiği katılımcıların zihninde net değildir. Burada yaşlı hastalara karşı ayrımcılık oluşturabilecek yaklaşımlar etik açıdan önem arz etmektedir. (Hamel vd., 1999) Bunlara ek olarak

farklı katılımcılarda farklı kriterlerin ön plana çıkması, örneğin bilinç vurgusunun iki kişi tarafından yapılması keyfi uygulamalara kapı açma riskini barındırmaktadır.

- Beyhude tedavinin tespitinde hekimler karar vermenin zor olduğunu, mutlaka ilgili bölümlerle konsültasyon yapıldığını ve karar vermekte zorlanıldığı için tasdiklenme ihtiyacı duyduklarını belirtse de rehber kullanımına karşı önyargılı oldukları ve mevcut bir rehber olmamakla birlikte, olsa da rehber kullanımını gereksiz gördükleri tespit edilmiştir. Burada klinik-etik rehberlerin kullanım amaçlarının ve rolünün ne olduğunun katılımcılar tarafından net bilinmediği görülmüştür.
- Endikasyon olmadığı halde tedaviye devam edilmesinin beyhude tedavi olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmekle birlikte, endikasyonun olmadığı durumlarda tedavi uygulanmaması ya da endikasyonun olmaması durumunun belirlenmesi hususunda hekimlerin arasında mutabakat olmadığı tespit edilmiştir. Burada beyhude tedavinin tanımı ve tespiti konusundaki epistemolojik kısıtlıkların klinik etkisi görülmektedir.
- Konu hakkında farkındalığı olan hekimlerin, endikasyon olmadığı halde yoğun bakım ihtiyacından dolayı yoğun bakıma alınacak hastanın, kendisi ya da yakınları ile tedavi ret formu imzalayıp, eve gitmeleri konusunda ikna görüşmeleri yapmaları, hekimlerin sistemin açığına tampon yapma çabası olarak göze çarpmaktadır. Burada tedavi ret formunun amacı dışında kullanılması ve aslında palyatif bakımda olması gereken hastaların eve gönderilmek zorunda bırakılması gibi problemlerin olduğu görülmektedir.
- Beyhude tedavinin tespitindeki zorluklar beyhude tedavinin tespitinden sonraki karar verme süreçlerinde de devam etmektedir. Hastanın yaşam destek ünitesine bağlı olup olmamasına göre değişen süreç, yaşam destek ünitesine bağlı olduğunda daha çetrefilli bir hal almaktadır. Bu süreçlerdeki temellendirilmemiş olan işleyiş farklılıkları etik açıdan son derece problemlidir. Burada beyin ölümü sonrasındaki işleyiş farklılığı da dikkat çeken diğer bir önemli husustur. Bu örnek tıbbi ve hukuki düzenlemelerin birbiri ile paralel bir şekilde yapılması gerektiğine güzel bir örnek teşkil etmektedir. Hukuki düzenleme yapıp işleyişi

detaylandırmamak ya da tıbben olması gerekene hukuki olarak yeterli düzlemin oluşturulamaması problemleri daha da karmaşık hale getirmektedir.

- Beyhude tedaviye devam edilmesi hastanın insanî ölüm hakkını elinden almak ve kaynakların israf edilmesine ek olarak hekimleri ve diğer sağlık çalışmalarını da olumsuz etkilemektedir.
- Palyatif bakım merkezlerinin sayısının arttırılması, bu alanda çalışacak uzman sağlık personelinin yetiştirilmesi önem arz etmektedir. Burada palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık olarak kabul edilmesi ihtimali düşünülebilir. Buna ek olarak palyatif merkezlerdeki işleyişi netleştirecek ve sağlık sistemi içindeki konumunu tanımlayacak, örneğin yoğun bakım öncesi ara bir servis hizmeti sunması yanlışlığını düzeltecek resmi düzenlemelerin de yapılması gerekmektedir. Sistemin işlevselliğinin sağlanabilmesi için palyatif bakım konusunda hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun yeterli bilgi düzeyine sahip olmasını sağlayacak tanıtımlar yapılmalıdır.

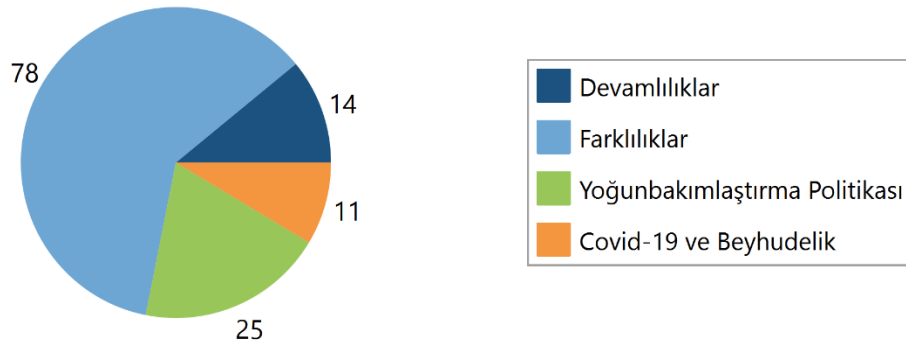
4.3. Covid-19 Pandemisi

Covid-19 pandemisi teması altında öncelikle pandeminin başlamasıyla birlikte yoğun bakım işleyişinde nelerin değiştiği ve nelerin pandemi öncesiyle aynı kaldığı soruşturulmuş ve bu bağlamda devamlılıklar ve farklılıklar olmak üzere iki kategori oluşturulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu anlatılarında pandemi sırasındaki yoğun bakım kapasitelerinin arttırılmasına geniş yer verdiği ve önemli tespitlerde bulunduğu için bir in-vivo kod olan “yoğunbakımlaştırma politikası” kategori haline getirilmiştir. Son kategori ise Covid-19 ve beyhudelik başlığını taşımaktadır. Kategorilere ait belge temelli frekans değerleri Tablo 4-21’de gösterilmiştir. Buna göre tema özelinde kodlanmamış belge bulunmazken, tüm belgelerde kodlama yapılan kategori sadece farklılıklar olmuştur. Sonrasında sırasıyla sekiz kişi yoğunbakımlaştırma politikası, yedi kişi Covid-19 ve beyhudelik ve beş kişi de devamlılıklar kategorisi hakkında fikir beyan etmiştir.

Tablo 4-21 Covid-19 pandemisi temasının belge temelli frekans tablosu

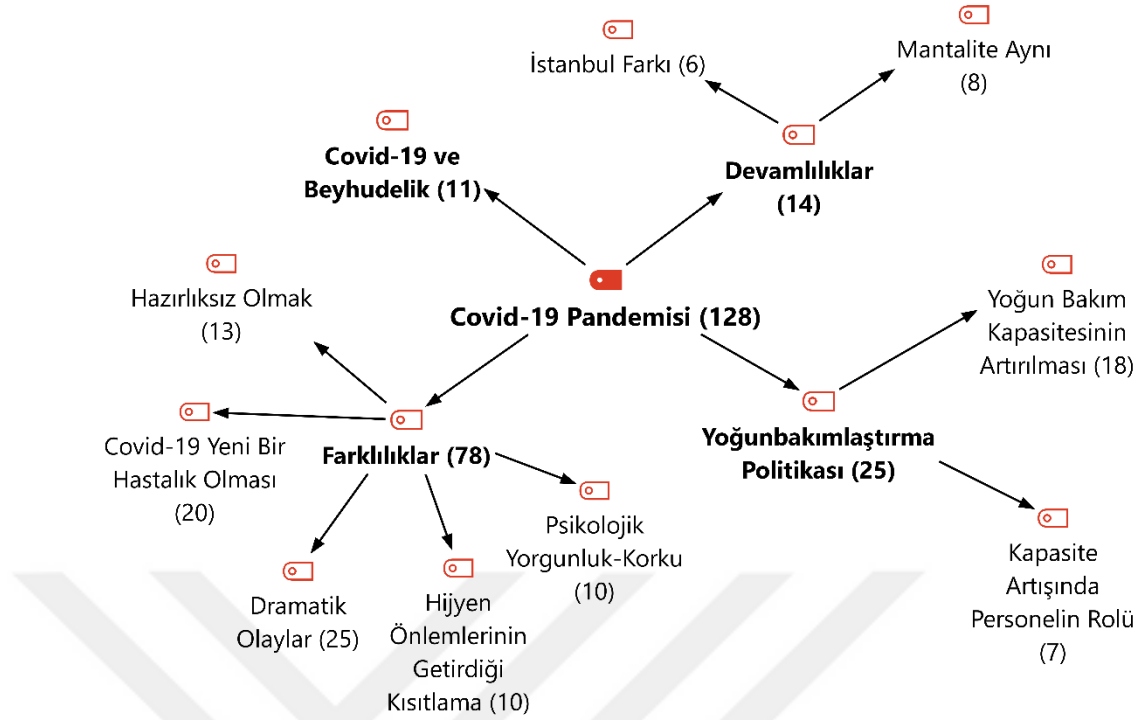
Covid-19 Pandemisi	Belgeler
Devamlılıklar	5
Farklılıklar	11
Yoğunbakımlaştırma Politikası	8
Covid-19 ve Beyhudelik	7
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Temaya ait kategorilerin kodlanma frekansları ise Şekil 4-25'te Covid-19 pandemisi temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde gösterilmiştir. Buna göre 78 kodlama ile en çok farklılıklar kategorisi kodlanırken, devamında sırasıyla 25 kodlama ile yoğunbakımlaştırma politikası, on dört kodlama ile devamlılıklar ve son olarak da on bir kodlama ile Covid-19 ve beyhudelik kategorisi gelmektedir.



Şekil 4-25 Covid-19 pandemisi temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Covid-19 Pandemisi temasına ait kategori ve kodların bir arada gösterildiği hiyerarşik kod alt kod modeli ise Şekil 4-25'te gösterilmiştir. Parantez içerisinde sayılar kod temelli frekansları ifade etmektedir.



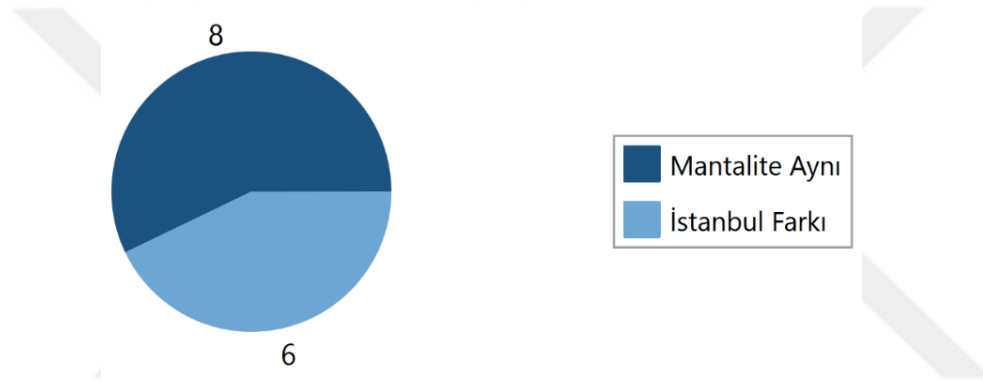
Şekil 4-26 Covid-19 pandemisi temasının hiyerarşik kod alt kod modeli

4.3.1. Devamlılıklar

Toplamda sadece beş katılımcının anlatılarında yer verdiği pandeminin başlamasıyla sistemin işleyişinde aynı devam eden şeyler, dört kişinin “mantalite aynı” ifadeleri ve iki kişinin belirttiği İstanbul’daki durumun geri kalan illerden daha farklı olduğu ifadelerinden oluşmaktadır. Kategorinin belge temelli frekans tablosu Tablo 4-22’de gösterilmiştir. Burada katılımcıların yarıdan azının devamlılıklara değinmesi ve değinen katılımcıların da konu ile ilgili kodlanmaya karşılık gelecek çok miktarda ifadeye yer vermemesi kategorinin söylem gücünü zayıflatmaktadır. Nitekim kategoriye ait Şekil 4-27’de kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde görüldüğü üzere mantalite aynı kodu sekiz, İstanbul farkı ise altı defa kodlanmıştır. Kodlara dair ifadeler değerlendirilirken kapsama dair bu kısıtlılık durumu göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 4-22 Devamlılıklar kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Devamlılıklar	Belgeler
Mantalite Aynı	4
İstanbul Farkı	2
Kodlanmış Belgeler	5
Kodlanmamış Belgeler	6
Analiz Edilen Belgeler	11



Şekil 4-27 Devamlılıklar kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.3.1.1. Mantalite Aynı

Katılımcılar pandeminin başlamasıyla birlikte Covid-19'un bulaşıcı bir hastalık olmasından kaynaklanan kısıtlamaların haricinde, olağanüstü bir hale girilmesinden kaynaklı işleyişte herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Süreç içerisindeki oluşan değişiklikler ise planlı olmayıp, ihtiyaca binaen zorunluluktan kaynaklı değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. Burada olağan üstü bir hal olan pandemi sürecine sağlık teşkilatlarının özel bir hazırlıkla girmediği, deyim yerindeyse kervanın yolda düzülmesi yorumu yapılabilir. Katılımcıların ifadeleri:

“Covid öncesi ve sonrası arasında çok bariz bir fark yok. Öncelikle onu söyleyeyim. Covid öncesi ve sonrasında mantalite aynı işliyor çünkü.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 26)

“Ama covid süreciyle birlikte bu rahatlık ortadan kalktı tabi. Şimdi gösterilen tavır doluluk olduğu için, muhtemelen Covid olmasa da yoğun bakımda böyle bir yoğunluk olsa yine aynı şey yapılırdı diye düşünüyorum.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 18)

“Uygulama anlamında da tabii ki Covid’in tedavisi farklı olmakla beraber genel yaklaşımı bizim eski hastalardaki genel yoğun bakım yaklaşımı ile aynı. (...) Ama yoğun bakım yaklaşımı için tedbir anlamını bir kısmını bir kenara koyacak olursak, bizim yoğun bakım uygulamalarımız bizim için çok ciddi değişiklik oluşturmadı.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 74)

4.3.1.2. İstanbul Farkı

Yoğun bakım işleyişinin İstanbul’un büyük bir metropol olmasından kaynaklı kendine özel sorunları olduğundan Bölüm 4.1.3.2.’de Yönetilebilir Krizler başlığı altında değinilmişti. Burada da bu tespiti paralel olarak katılımcı D4, özellikle pandeminin başında yoğun bakımdaki yoğunluğun İstanbul ve diğer şehirler arasında farklılık gösterdiğini ve İstanbul’daki yoğunluğun giderilmesinde özel hastanelerin önemli bir yeri olduğunu belirtmiştir. Devamında bir başka büyükşehirde çalışan D10 da yoğunluğu ilk dalgalarda değil, özellikle sonraki gelen dalgalarda yaşadıklarını belirtmiştir. Burada Covid tedbirleri kapsamında bölge ya da şehirlerin durumuna bakılmaksızın ulusal olarak standart bir işleyişin belirlenmesinin işlevsellik açısından çok da başarılı olmadığı görülmektedir.

“İstanbul’daki arkadaşlar ciddi sıkıntı çektiler yoğunluk konusunda. Ama bir şekilde yoğun bakım yeri bulunuyor. İstanbul’da da şu var, yani özel hastane çok fazla İstanbul’da. Yani bir şekilde hasta açıkta kalmıyor. Yoğun bakım ihtiyacı olduktan sonra bir şekilde bir yere gidiyor. (Konum 22) (...) Covid’den, birçok sağlık çalışanı aynı şekilde yani temel anlamda yorulduk. Yani aslında şöyle iş yükümüz azaldı, İstanbul temel anlamda, İstanbul çalıştı, perifer ekmeğini yedi yani. İstanbul’un çalışmasının yanı sıra rahatlık olarak. İstanbul çok daha ağır yaşadı. Ama perifer İzmir dahil, Antalya, Bursa, biz ekmeğini yedik İstanbul’daki yoğunluğun. Çünkü karar alınırken tüm Türkiye geneli alınıyor. Yani biz de psikolojik olarak yorulduk (Konum 106) (...) Yani dedim ya, İstanbul çalıştı, biz ekmeğini yedik diye son bir yılım gerçekten çok rahat, kıdemli de oldum tabi, yani kıdemli olduğum için biraz zaten rahatlayacaktır. Çalışma şartları olarak çok şey olduk, yani hafifledi çünkü şu da var tabi yani bizim hastane Covid açısından İstanbul’a

nazaran çok daha sakin bir hastane ona rağmen bu bölgenin en yoğun hastanesiyiz ama İstanbul'a göre çok daha az. (Konum 108) (...) Biz zaten ilk bir iki ay doğru dürüst Covid görmedik bile yani. Covid gibi davranıp her hastaya, Covid pozitif hasta çok görmedik.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 112)

“Covid’de çok yaşadık bunu. Özellikle bu ikinci, üçüncü, dördüncü dalgalarda mesela Covid ve solunum sıkıntısıyla gelen hasta, bir tane boş yatağımız var. Üç tane dört tane beşe kadar çıkan zamanlar oldu. Beş tane aşağıda acilde ya da Covid serviste hasta vardı. Biz burada hasta seçmek zorunda kaldık. Çünkü bir tane yatağımız vardı. Tabii hayatımda en çok zorlandığım konu hasta seçmek benim. Gerçekten bir yoğun bakım için hasta seçmek çok çok travmatik bir süreç ve bunca yıldır işte 30 küsur yıldır yoğun bakımcıyım. İlk defa Covid’de çok zorlandık çünkü hemen hemen hastaların hepsinin eğer skorlamaya bakarsam skorları birbirine eşitti. Yani kabul kriterleri dersin hepsi yoğun bakımı hak edenlerdi. Ama hasta seçmek çok zor oldu.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 19)

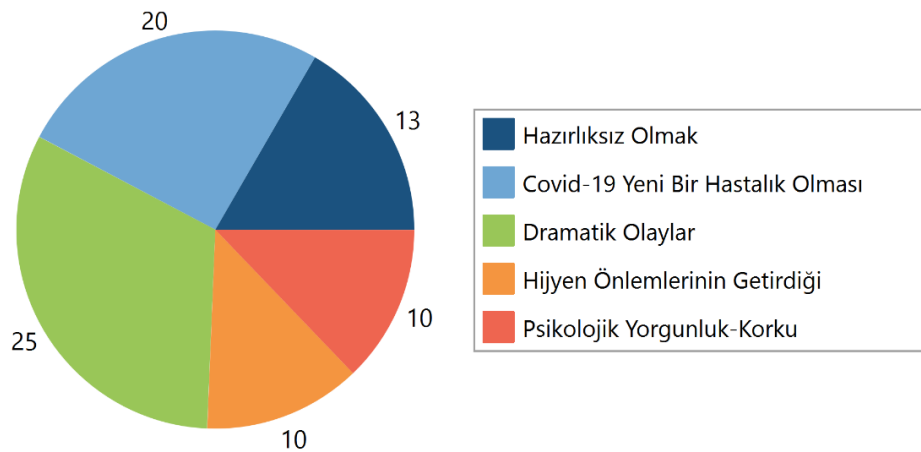
4.3.2. Farklılıklar

Farklılıklar kategorisi tüm katılımcıların üzerinde fikir beyan ettiği bir kategori olmakla birlikte, kategori altındaki kodlara değinen katılımcı sayıları farklılık göstermektedir. Farklılıklar kategorisinin belge temelli frekans değerleri Tablo 4-23’te gösterilmiştir. Buna göre dokuz katılımcı Covid-19’un yeni bir hastalık olması ve dramatik olaylar hakkında, yedi katılımcı psikolojik yorgunluk-korku ve hijyen önlemlerinin getirdiği kısıtlama ve altı katılımcı ise hazırlıksız olmak kodu hakkında fikir beyan etmiştir. Burada Covid-19’un daha önce bilinmeyen yeni hastalık oluşu ve bulaşıcılığının yüksek olması farklılıkların temelini oluşturduğu görülmektedir. Buna ek olarak bir önceki bölümde Covid-19 salgının başlamasıyla birlikte işleyişte pandemi özelinde değişikliğe gidilmedi ifadesini tamamlayan hazırlıksız olmak kodu da dikkat çekicidir. Pandemi sürecinin sağlık çalışanları için sadece iş yükü manasında değil pandeminin getirdiği korku ve stresin etkisiyle aynı zamanda psikolojik olarak da yıprandıkları bir süreç olduğu görülmektedir.

Tablo 4-23 Farklılıklar kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Farklılıklar	Belgeler
Hazırlıksız Olmak	6
Covid-19 Yeni Bir Hastalık Olması	9
Dramatik Olaylar	9
Hijyen Önlemlerinin Getirdiği Kısıtlama	6
Psikolojik Yorgunluk-Korku	7
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Kodların kodlanma sıklığı ise Şekil 4-28’de kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde gösterilmiştir. Buna göre en çok kodlanan kod dramatik olaylar (25) olmuştur. Sonrasında ise sırasıyla Covid-19 yeni bir hastalık olması (20), hazırlıksız olmak (13), psikolojik yorgunluk-korku (10) ve hijyen önlemlerinin getirdiği kısıtlama (10) kodları gelmektedir.

**Şekil 4-28 Farklılıklar kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği**

4.3.2.1. Hazırlıksız Olmak

Pandemi için yeterli hazırlık yapılmadığı konusu hakkında özellikle unvanı profesör olan katılımcıların anlatıda bulunduğu görülmektedir. Kod bağlamında salgının dalgalarına göre hazırlıksız olma durumunun değişmesi ve salgın için yeterli hazırlık olmadığı için diğer hastaların ihmal edilme riski olmak üzere konuyu iki ana başlı üzerinden yaklaştıkları görülmektedir. (Bkz. Tablo 4-24)

Tablo 4-24 Hazırlıksız olmak kodunun farklı unvanlara göre belge temelli kod frekans tablosu

	Asistan Doktor	Uzman Doktor	Prof. Dr.	Toplam
▼ Covid-19 Pandemisi				
▼ Farklılıklar				
▼ Hazırlıksız Olmak			3	3
Dalgalara Göre Farklılıklar			2	2
Diğer Hastaların İhmal Edilmesi	1	2	1	4
Σ TOPLAM	1	2	6	9

Konu hakkındaki anlatılarda pandemi için hazırlıksız olma durumunun dalgalara göre farklılık göstermesi, zaman ilerledikçe hastalık hakkında bilgi ve tecrübe birikiminin artarken yeni ortaya çıkan sorunlar karşısında yine hazırlıksız olma durumunun devam ettiğine dikkat çekilmiştir. Burada sadece ekipman ve planlama manasında hazırlıksız olunmadığı, sağlık personelinin psikolojik olarak desteklemeye yönelik de bir hazırlığın olmadığı görülmektedir.

“Çok zor soru, şimdi ee tabi bu pandeminin bile birinci dalga, ikinci dalga, üçüncü dalgada da farklılıklar göster. Yani onlar, yani bu sorunun üç farklı cevabı olabilir ama şöyle söyleyebilirim. İlk pandemide bir defa hiç kimse buna hazır değildi. Mental olarak ve fiziki olarak hazır değildi. Bir defa çok ciddi yoğun bakım yatak sıkıntısı vardı. İlkinde yeni yoğun bakım yataklarının kazanılması çok zordu ama ikincide bu çok daha kolay oldu. İlkinde hani bazı ameliyathane, yoğun bakıma, uyanma odası, yoğun bakıma çevirelim dediğimizde ventilatör yoktu. Türkiye’de ventilatör bağışlar çoktu ilkinde. Türkiye’de bir ventilatör satın almak istediğinizde ventilatör yoktu. Firmalarda ventilatör yoktu. Böyle zorluklar vardır, yatak sıkıntısı vardı, malzeme sıkıntısı vardı. Nasıl baş edeceğimiz konusunda sıkıntı vardı. Korku vardı, işte hemşire ben yoğun

bakıma girmek istemiyorum diyordu. Yani işte malzeme, kendimi koruyabilecek miyim, yakınlarımı koruyabilecek miyim diye çok sorun vardı ilkinde. Sorun bu muydu bilmiyorum. İkincide daha kolay yoğun bakım, yani genişleyebildik, çünkü işte. (...) Yani dediğim gibi o birinci, ikinci, üçüncü dalgada hepsi farklıydı. İlki her açıdan ilki çok kötüydü, ikinci de üçüncü de başa çıkmamız, mücadele isteğimiz gücümüz de arttı. Hani gerçi dalga sayısı arttıkça artık bıkkınlığımız ve gücümüz azalıyor ama bir başka yönden de ne yapacağımızı daha çok biliyoruz. Hani belki fiziki ve ruhsal yorgunluğumuz var ama mücadele bilğimiz fazla. (...) Ben ilk dalgada yoğun bakıma, tulumları giyip ilk girdiğim gün ağlamıştım. Nasıl başa çıkacağız diye, bak şimdi bile ağlıyorum. Çok çok çaresizdim. [Sesi titredi ve ağlamaklı oldu] Ama sonra öğrendikçe kendinizi koruyabileceğimi öğrendik, korunabildiğini öğrendik. Bazı hastalara faydamız olabileceğini öğrendik. Daha çok bilgi öğrendik, okuduk, tartıştık. İkincide falan hiç öyle bir şey yoktu, şimdi de öyle. Bu arada ben annemi ve şeyi kaybettim. [Ağlıyor] Onu da söyleyeyim. Çok genç abimi kaybettim. O nedenle böyleyim. Kendim hastanede yattım falan filan.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 78)

“Ee hazırlıklı mıydın Türkiye genelinde? Yani bizim işte değildik ama yani biliyorsunuz göç yolda dizilir. Öyle bir şeyler oldu ya bir şeyler yapıldı yani ama benim kişisel görüşüm. Covid hastaları Türkiye genelinde, özellikle yoğun bakımda bizde de oldu diye düşünüyorum aynı şey, bizim fakültede de oldu. Deneyimsiz insanlar baktı, yani yoğun bakım deneyimi sınırlı, kısıtlı, yetersiz insanlar baktı. Sert bir şey söyleyeceğim. Belki bazı hastalar bu sebeple de kaybedilmiş olabilir. Bilmiyorum yani, iddiam yok ama yani olabilir diye ucu açık bir şey ben söylemiş olayım. Hazır falan değildik.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 66)

“Valla Covid bizi mahvetti öyle söyleyeyim. Yani en çok yoğun bakımcular bundan etkilendi. Ne değişti? En zor karar, hasta seçimi idi.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 81)

Pandeminin başlamasıyla birlikte bir anda bütün yatakların Covid-19 hastalarına ayrılması başka hastalıklardan tedavisi devam eden ya da tedavi için sıra bekleyen hastaların tedavilerinin nasıl devam edeceğine dair ciddi bir hazırlık ve planlama olmamasından dolayı bu hastaların ihmal edilmiş olup olmadığı da katılımcıların sorguladıkları ikinci husustur.

“Ama mesela 50 yatağımız var 40’ı Covid oldu. Ama normalde biz 50 tanesini de normal hastalar için kullanıyorduk. Burada bir ihmal olmuş olabilir mi? Yani bu düşünülebilir. Ama bu Türkiye’de genel bir politika yani.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 88)

“Bize zaten Covid sürecinde pandemi pik döneminde özellikle genel yoğun bakımların hepsi bir anda Covid yoğun bakımlarına döndü. Dolayısıyla genel yoğun bakım hastaları biraz daha özel hastanelere falan kaydırıldı. Ama yani bir dönem hiç normal yoğun bakım hastası yoktu. Yani onlara ne oldu açıkçası bilmiyorum. Hani gerçekten o kadar ihtiyaç mı yoktu? Belki ameliyatlar falan olmadığı için de olabilir, travmalar azaldı falan ama bir ara her yer Covid yoğun bakım olmuştur. İstanbul bazında bahsediyorum tabi.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

4.3.2.2. Covid-19 Yeni Bir Hastalık Olması

Bu kod altında Covid-19’un yeni bir hastalık olmasının neden olduğu etkilere odaklanılmıştır. Katılımcılar özellikle ilk başlangıçtaki bilinmezlik durumuna odaklanmışlardır. Bu bağlamda bilinmezliğin ve farklı bilgilerin dolaşım hızının klinik işleyişi daha da zorlaştırdığına dikkat çekmişlerdir.

“Covid sürecinde de yani yoğun bakım endikasyonları falan bir anda değişti. Yani bizim serviste takip edeceğimiz hastalar için atıyorum işte altı litreden oksijen ihtiyacından fazla ihtiyacı varsa işte yoğun bakım dendi rehberlerde bir anda. İlk pikte çok fazla yoğun bakım ihtiyacı olan hasta oldu bir anda sonra yetersiz geldi. Tabi servis takipleri daha arttı. İkinci pikte zaten biraz daha tecrübelendik. Üçüncüde bu sefer hasta profili değişti. Genç hastalar gelmeye başladı, yaşlılar aşılانlanmıştı. Yani her seferinde biraz daha farklı hasta profili görmüş olduk.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

“İlk zamanlar böyle değildi ama her gün bir şey geliyordu, bir gün mesaj atıyorlar. Bu da iyi geliyormuş, onu da verelim. Öbür gün şu atıyorlar aa o da öyle. Bir gün bize Rusya’dan ilaç geldi, dediler hastaya bunu verin. Bu ne ilacın ismini bile bilmiyoruz dediler. Oldu canım, yani sen sipariş ver, sanki pizza söylüyor. Ne olduğunu bilmiyorum. Ben nasıl vereceğim yani üstünde ismi yazmıyor.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 94)

“Yani baya böyle damdan düşer gibi başladı zaten şey olarak, yani bildiğimiz pek çok şeyi de değiştirmemize neden oldu. Pek çok bizim kaynak kitapların yeni baskılarında

çok şey değişecek diye tahmin ediyorum Covid öncesiyle Covid sonrası arasında. Böyle hani soft ilerleyip bize biraz da hani amiyane tabirle elimizde çayımız bunu acaba şey yapmasak mı desteklemek gibi çok fırsatımız olmadı. Hani bu hastayı entübe edelim dediğimiz hasta entübasyon için hazırlık yaparken arrest oluyordu. Hani normalde elektif entübe edeceğim hasta, yani şey değil acil entübasyon değil, elektif entübe edeceğim hasta arrest oluyor, yani çok fecaat bir tablo...” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 89)

Covid-19 hastalığının ilerleme süreçlerinde bu şekilde bilinmezlikler ve ön görülemeyen kötüleşmeler barındırırken, ilerlemiş hastalık durumlarındaki geri döndürülemez evredeki mortalite öngörüsü daha net bir şekilde konulabilmektedir.

“Aslında şöyle, sizin önceki sorunlarınızda hani bahsettiğim bu medikal yansızlık kısmı biraz uzun süreçte belli oluyor demiştim. Bu Covid’de bu biraz daha kısa süreçte ortaya çıkıyordu diğer grup hastalara nazaran. Maalesef burada da bizim bunda işte özellikle bunun parametrelerini, yani solunum sistemini etkilediği için, işte oksijen saturasyonlarının, işte kan gazındaki parsiyel oksijen basıncı düşüklüğü vs. gibi durumlar ve hastanın entübasyonu, o süreçteki yoğun tedavilerimize yanıt alamadığınızda ve araya diğer sebepler de girmişse maalesef kendi içinizde artık bu hastalığın mortalitesinin yüksek olacağını öngörüyorsunuz”. (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 76)

“O biraz değişti, çok fazla genç hasta takip ettik. Ama ya bunda şeye göre karar veriyoruz. Yani ek hastalığa göre değil de akciğerin durumuna göre, yani covid hastalarında akciğer belli bir duruma geldiği zaman o fibrozis diye geçiyor, tamam mı? O hiçbir zaman ilk baştaki eski haline dönmüyor, geri dönüşümsüz oluyor. Ne yapsak olmuyor. Ve bir hasta entübe olduktan sonra maalesef onun o hastaneden çıkarmamız çok çok çok çok düşük oranlar yani. Eğer kötüyse işte ventilatör değerlerimiz kötüyse işte kan gazı değerlerimiz kötüyse, yani akciğer kötüyse akciğer kapasitesi zaten asla o kadar kötü geliyor ki... Yani akciğer durumu kötüyse şey yapıyoruz ama tabi o şeylerimiz değişti. Yani direkt DNR diyemiyoruz çok fazla. Çünkü çok fazla genç hasta var, onları DNR diyemeyiz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 110)

4.3.2.3. Dramatik Olaylar

Covid-19’da yaşanan farklılıklar kategorisinde en çok kodlanan başlık dramatik olaylar kodu (25) olmuştur. Katılımcılar tarafından en çok vurgulanan şey yeterli yoğun bakım yatağının olmaması ve hastaların yoğun bakım yatağı beklemesi, hatta bu süreçte vefat etmesi ve kendilerinin hasta seçmek zorunda kalmış olmalarıdır. Bu başlıkların

ardından genç hastaların kaybı ve Covid-19'daki ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) tablosunun maksimum tedaviye yanıt vermemesi durumunda yaşanan çaresizlik durumu gelmektedir. Yaşanan dramatik olaylar şüphesiz ki sadece can kayıplarına sebep olmamış, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını da psikolojik açıdan olumsuz olarak etkilemiştir. Burada hasta seçimi yapmak zorunda kalınmasının getirdiği psikolojik yük bağlamında Türkiye'nin herhangi bir triyaj rehberi olmadığının tekrar altını çizmek büyük önem arz etmektedir.

Yeterli yoğun bakım yatağı olmamasından kaynaklı yaşanan dramatik olaylara dair katılımcı ifadeleri:

“Yani servislerde yoğun bakım yatağı beklerken ölen çok hasta oldu. (...) Covid döneminde çok sık karşılaştık kendi hastanemizde de yoğun bakım yatağı bulamayan çok hasta oldu.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

“Hani şöyle şöyle yapın, böyle yapın, şunu başlayın bunu kesin falan filan hadi triflo çalışsın, hadi torakal kalibrasyon uygulayalım vs gibi o bağlamda bakacak olursak toplamda hastanede o dönemde sanırım 455- 500 civarında hasta vardı, Covid olan. Ama bizim aktif takip ediyor olduğumuz 150 kadarı yoğun bakım hastası. Yani şu anki koşullarda yoğun bakımda takip edecek olduğumuz hastalar, hani bize göre aslında yoğun bakıma yatması gereken hastalar ama pek çoğu serviste kalıyor çünkü yer yoktu.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 83)

Triyaj yapmanın zorluğuna dair katılımcı ifadesi:

“Dedim ya hayatımın en zor kararını ben bu Covid sırasındaki triyajda, yani öyle yaşadım. Hiç bugüne kadar bu kadar zorlanmışım. Öyle ya da böyle yatak ayarlayarak hasta alabiliyorduk. Çünkü bu kadar aynı anda dört beş hasta gelmiyordu, bir iki hasta olurdu alabileceğimiz ama ne yapardık mesela yoğun bakım içinden daha iyi bir hastayı başka bir yoğun bakıma verirdik. Bu yatağı boşaltıp acil servisten hasta alırdık ama Covid hastası normal servise normal yoğun bakıma veremediğimiz için o hastaların hareket ettiremedik. Dolayısıyla yatak açamadık. Yani Covid yoğun bakımdaki hastayı normal bir servis yoğun bakımına veremediğiniz için çok çok sıkıntı çektik.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 19)

Beklenmedik ölümler ve maksimal tedaviye cevap vermeme durumları hakkında katılımcı ifadeleri:

“Covid’de hakikaten çok bilmiyorum sorunuz ile alakalı mı değil mi bilmiyorum da çok açıkçası dramatik olaylarla karşılaştık. Çünkü sabah sizin konuştuğunuz, bilinci açık olan bir hastanın hatta entübasyonunu yaptığınız, işte sizi uyutup makineye bağlayacağız dediğiniz hastayla konuşup, maalesef hastayı kısa bir süre sonra kaybedip, kendi içinde konuştuğunuzda, ya ben bu hastayla daha sabah konuşmuştum, şimdi hastanın ex raporunu yazıyorum gibi dramatik olaylara şahit olduğumuz oldu. Özellikle bu ikinci atak, üçüncü atak aralık dönemindeki süreçte maalesef bunu bir hekim olarak çok yaşadık.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 74)

“Covid-19’un şöyle bir dezavantajı var bu anlamda. Genelde hep yapabileceğin bir fazlası olur. [eu uuu] İnotrop alıyordur, biraz daha arttırabilirsin işte oksijeni düşüktür, biraz daha arttırabilirsin ama Covid-19 hastalarında durumları o kadar kötü ki yapabileceğin bir fazla bir şey kalmıyor. Yani hastanın PO2’si zaten yüzde yüzden gidiyor. Hani imkân olsa yüzde yüz ona çıkacağım ama yok öyle bir şey yani. Fayda görememezliğin bir kısmı da aslında yapacağın bir adım fazla bir şey kalmamış olması oldu Covid-19 sürecinde. Genç bir hasta belki oradaki şeyi aşabilse, toparlayacak belki ama yok yani yüzde yüz ondan veremiyorsun. Hani işte ECMO’ya bağlıyorsun hastaları bazen orada işte. Şöyle bir şey oldu mesela başıma geldi. 40 yaşında bir hastaydı. Artık ventilatörle yeterli oksijenizasyonu sağlayamadığımız bir hastaydı ve ECMO ihtiyacı vardı. ECMO için danıştık ama hastanın entübasyon süresi on günü geçmişti. KVC hekimi geldi. Bu hasta için artık yapabileceğiniz bir şey yok, hastayı bırakın dedi. Kabul edemedim. Yani nasıl 40 yaşında bir hasta nasıl bırakayım ben bu hastayı? Hani bir hastalığı yok. ECMO’ya bağlasak adam dedi ki yok, fayda etmez yani bu saatten sonra. O mesela çok zor gelmişti bana. Sonuçta bir Covid-19, sonuçta kıytırık ARDS, yani kıytırık ARDS değil tabii ki de o anlamda şey yaptı. Yani birazcık dengelerimizi sarstı.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 109)

4.3.2.4. Hijyen Önlemlerinin Getirdiği Kısıtlama

Altı katılımcının değindiği Covid-19’un bulaşıcı bir hastalık olmasından dolayı alınan hijyen önlemlerinin getirdiği kısıtlamalara, sağlık çalışanlarına ve hasta-hasta yakınlarına etkisi bağlamında iki başlık üzerinden değinilmiştir. Öncelikli olarak giyilen kıyafetlerin rahat hareket etmek için uygun olmaması ve hekimlerin özellikle entübasyon gibi kritik müdahaleleri yaparken zorlanması başta olmak üzere hastayla ilişkilerine sınırlama gelmesi gelmektedir. Yoğun bakımda aralıksız durmanın zorluğu da hastalara

özellikle ani durumlarda optimal müdahale yapılmasını zorlaştırdığı belirtilmiştir. Bulaşmayı önlemek için giyilen kıyafetlerin içinde uzun süreli durmanın hekimlerde oluşturduğu bunaltı ve bunun getirdiği psikolojik yorgunluk da dile getirilen problemler arasındadır. Ek olarak hekimlerin hasta ile kurdukları yakın ilişkinin zedelenmiş olması da zikredilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarına etkisi ise, önlemlerden dolayı hasta ziyaretlerinin kaldırılmasından dolayı kritik konumdaki hastaların yakınları ile ilişkisinin koparılmasının oluşturduğu zorluk olarak dile getirilmiştir.

Hasta müdahalelerinde hijyen önlemlerinin getirdiği zorluklara dair katılımcı ifadeleri:

“Ve ekipmanlar hastaya doğru müdahale yapmaya da engel. Biliyorsun işte nasıl giyinildiğini, tulumları, üç tane maske, gözlük, siperlik, bone, üzerine bir önlük daha... Velhasıl hastalara müdahaleye engel olan bu ekipmanlar müdahalelerde bazı aksaklıklara neden oldu açıkçası. Yani mesela entübasyon yaptığımız zaman yani ben birkaç defa mesela gözlüklerle, siperlikle falan net görüntü almakta zorlandım ya da resüsitasyon yaparken mesela, yani normalde çok rahat bir saat resüsitasyon yaparız ama 15 dakikadan sonra işte tulumun içerisinde ise sıırsıklam kalıyorsun ve artık boğuluyorsun yani. O biraz ona engel açıkçası.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 80)

“Gelen değişiklikler şöyle, şimdi yoğun bakımı anlattım, sana dinamik bir süreç, dinamik bir süreç olduğu için yoğun bakımın içinde bulunman gerekiyor. Sen yoğun bakımın dışında git kahve iç gel, saat başı yoğun bakıma gel gibi çok yoğun bakımcılık olmuyor. Yoğun bakımın her zaman içinde bulunman gerekiyor. Her an her şey değişebilir. Ancak Covid bunu etkiledi. Çünkü Covid’de biliyorsun korunmak gerekiyor. (...) Tulumla sen zaten tulumu giy, bir saatte haşatın çıkıyor. Orada o süreçte ne oldu? Tabi hasta tedavileri biraz aksadı, hemşireler de aksadı, personel de aksadı. Zaman aksadı yani, süreç aksadı. Mesela atıyorum ama şimdi yoğun bakımda dediğim gibi dinamik süreç biraz yavaşladı. Bir şey gördüğün zaman anında müdahale etme durumun ortadan kalktı. Çünkü sürekli içeride kalamıyorsun. Ama bu Covidin getirdiği bir durum. Bu sadece bizde olan şey değil tüm dünyada oldu. Bizim yoğun bakımda öyle bir sıkıntımız çıktı.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 82)

Hasta- hekim ilişkisine verdiği zarara dair katılımcı ifadesi:

“Mesela hastanın yanına oturup elini tutup işte bak böyle iyileşeceksin şöyle iyileşeceksin, şunu yapalım diye konuştuğumuz hastalara şimdi robotlar gibi giriyoruz

içeriye, minimum temasla uzaktan işte böyle bir iletişimle ya da yanında muayeneye girdiğimizde bile hastanın maskesi, bizim askerimiz, siperler... Böyle bir dönem geçirdik. Yani biz, ben mesela vizite hastanın yanına girip, konuşmak, anlatmak işte kendim elini tutarsınız, konuşursunuz, sohbet edersiniz; bunlar çok azaldı. Yani hastayla daha az iletişim kurduk.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 81)

Hasta ziyaretlerinin olmamasının oluşturduğu probleme dair katılımcı ifadeleri:

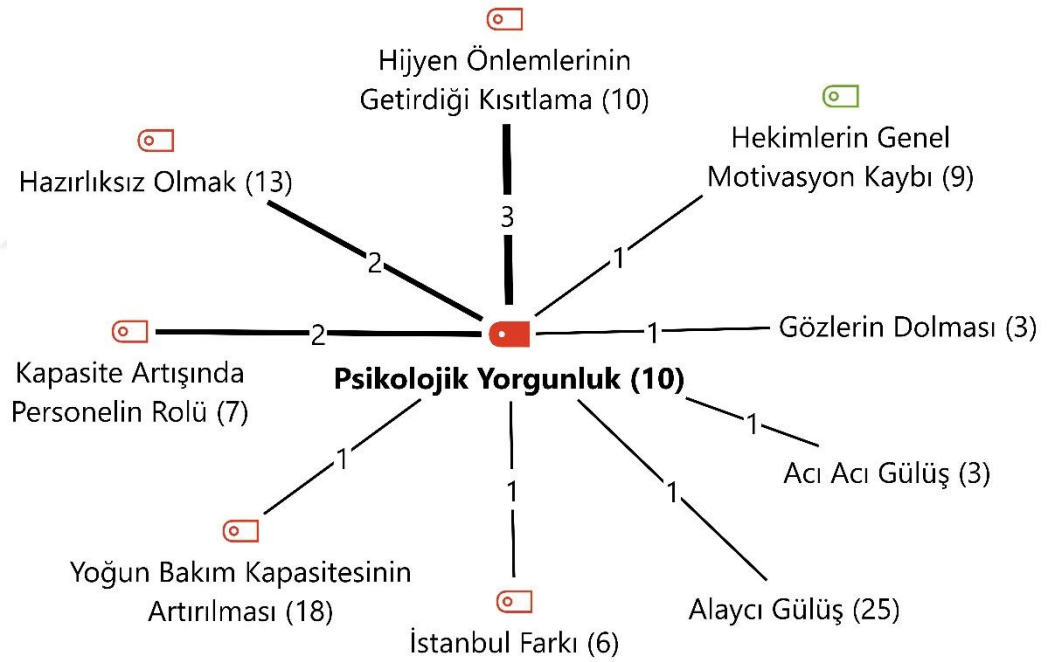
“Yani Covid ile ilgili bir de şey zordu etik açıdan yani etik açıdan düşünülmesi gerekir. Hasta yakınları içeriye alınmadı biliyorsun. Yani hepimiz için çok yeniydi. Yurtdışında bunu işte iPad’lerle bir takım görüntüsü sistemlerle hallettiler. Ama Türkiye’de böyle bir olanak yoktu ve hasta yakınları hastalarını göremediler. Kaybettiler hastalarını ve bir dönem kendine gelmeye korktular. Ama görmek istedikleri halde göremeyenler de oldu. Bence bu çok ciddi bir sorundu. Çünkü belki genç arkadaşlarımız çok önemli görmeyebiliyor. Hani ya ziyaret yasak diyebiliyor ama ben bunu o kadar şey görmüyorum. Bu çok önemliydi. Çünkü şuuru açık çok hasta vardı. Düşünsenize ya bir sürü insan ölüyor, bir sürü şuuru açık yoğun bakım hastamız vardı bizim ve bunlara şahitlik ediyorlar. Tabi bunlara şahitlik ediyorlar, koğuş sistemi oda değil. Bence bu çok ciddi bir sorundu bu dönemde.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 86)

“Hani sürekli iletişime geçen, mesela kızını görmek istiyor. Hiç mi içeri almayız? Covid döneminde ziyaret yasak, hiç mi içeri alamayız, kızını görmek istiyor diyor. Yani hemşirelerin, hele uzun yattıysa onlar ister istemez empati yapıyorlar. Yani hemşire hanım onu annesi yerine koyuyor, babası yerine kardeşi yerine...” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 41)

4.3.2.5. Psikolojik Yorgunluk-Korku

Yedi katılımcının değindiği (Bkz. Tablo 4-23) psikolojik yorgunluk-korku kodu altında katılımcılar özellikle salgının ilk başladığı dönem çok korktuklarını ifade etmişlerdir. Doğal olarak korkunun sebepleri arasında kendi ve yakınlarının sağlığını riske atmak durumunda kalmaları ilk sırada gelmektedir. Burada olayın arka planını sergilemek adına korku ve psikolojik yorgunluğun özellikle hangi bağlamda zikredildiğinin tespiti için çakışan kodlar analizi yapılmış ve Şekil 4-29’da gösterilmiştir. Buna göre hijyen önlemlerinin getirdiği kısıtlamalarla üç yerde çakışma olması Covid-19’un bulaşıcı bir hastalık olmasının temel korku sebebi olmasını destekleler niteliktedir. Devamında ise iki çakışma hazırlıksız olmak kodu ile ve yine iki çakışma kapasite

artışında personelin rolü ve bir tane de yoğun bakım kapasitesinin arttırılması olmak üzere bir sonraki bölümde ele alınacak olan “yoğunbakımlaştırma” politikasıyla ilgili olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak salgın sürecinin İstanbul’da farklı olması ve hekimlerin genel motivasyon kaybı ile de birer çakışma olduğu görülmektedir. Çakışan kodlar analizi ile yapılan psikolojik yorgunluk ve korkunun arka planını oluşturan bu tespitlerin bir kısmı önlenabilir organizasyon eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Salgına daha hazırlıklı olursa ve yoğun bakım kapasiteleri kontrolsüz bir şekilde çok fazla arttırılmasaydı hekimler bu kadar çok psikolojik baskı altında kalmamış olacaktı. Bunlara ek olarak katılımcıların bu bölüme dair anlatılarında farklı duygu değişimlerinin de olduğu tespit edilmiştir. Duygulanıp ağlayan, acı acı gülen katılımcılar olduğu gibi duruma alaycı bir şekilde yaklaşp gülen katılımcılar da olmuştur.



Şekil 4-29 Psikolojik yorgunluk-korku kodunun çakışan kodlar gösterim modeli

Psikolojik yorgunluk-korku kodunun çakışan kodlar gösterim modeli Katılımcı ifadeleri:

“Ağlıyormuşum...Yani şöyle bu konunun çok dışında Covid-19 süreci geriye yönelik incelendiği zaman altından çok korkunç şeyler çıkacak bir süreç olduğunu söyleyeyim. Yani etik problemler için bir cennet Covid-19 süreci öyle söyleyeyim. Çok

inanılmaz şeyler yaşandı. Böyle dillendirdiğin zaman insanların gerçekten anlamadığı, çok sıkıntılı şeyler yaşandı. Şu an bizim ekipte olup da psikolojisi bozulmayan kimse kalmadı. (...) Çok sıkıntılı bir süreç ama on yıllar sonra muhtemelen bunlar geriye dönüldüğü zaman, eğer birilerinin hala anlatacak kadar hafızasında ve anlatmaya cesareti varsa ortaya çıkacak şeyler ki dillendirmeye çalıştığım zaman bunlar maalesef engellendi. Yani dilekçeler verdiğimiz zaman işte, şey yapıldı işte, bunlar hiçbir şekilde sağlık müdürlüklerine ileilmeyecek falan filan gibi. Çok çok sıkıntılı bir süreç bilmiyorum yani, savaş ortamı gibi lanse ediliyor. Evet, bir savaş ortamı kesinlikle öyle. Ama savaş ortamının gerektirdiği şeyler yapılamıyor bazen. Bilmiyorum, beni gerçekten çok yıpratın bir süreç oldu. Kesinlikle bedensel yorgunluk da ilgili değil bu, beden de çok yorucu, yıpratıcı bir süreç ama manevi anlamda çok çok yıpratıcı... Yani bu işte çok haybeye insan öldü ya gerçekten çok fazla öldü. O yüzden çok sıkıntılı bir süreç, bilmiyorum. Bunun etkileri de üstümüze çok uzun daha sürecektir, yani [derin bir iç çekti] Ya yetişemiyoruz! Yetmiyor yani... [Acı acı güldü]” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 111)

“Yani biz de psikolojik olarak yorulduk. Geçen sene mart ayında Covid geldi ilk bizim hastaneye vaka girdi işte, tulumları giydik, işte gözlük taktık, üstüne siperlik taktık, üç tane maske taktık. Yani işte ayaklarımızı, o tulumlar kısa kaldı, bantla sardık, çizmeler giydik... Ya neler neler yaptık Covid’in başlarında korkudan, şimdi maske takıp giriyoruz, hiçbir şey olmuyor aslında yani. İşte bir şey olmuyor ama yoruyor bizi şu durum. Şu yoruyor bizi biz aslında çok ciddi bir iş yapıyoruz. Yani bütün hastanede çalışan, yani bütün hekimler, bütün sağlık çalışanları hatta, mesela biraz önce aslında bahsettiğim yani dedi ya hani o bizim anamız, babamız ama bizim de çocuklarımız var diye. Yani biz o bakamadığı anasına bakıyoruz aslında yani. O hakikaten çok farklı bir şey yani. Biz mesela eşimle neredeyse dört beş ay farklı evlerde yaşadık. Bunun sebebi ilk başta şeyi bilmiyorduk, işte ben mesela ilk Covid girdi, Türkiye’de bakan açıkladı, ben hastaneden izin aldım, çıktım eşimi memlekete götürdüm bir hafta, sonra yasaklar gelince orada görmem zor olur diye buraya getirdim yani. Onun sebebi de şuydu. Yani o dönem çocuklara bulaşıp ulaşmayacağını bilmiyorduk. Yani ben açıkçası çok korkmuştum yani, aman kızıma bulacak, işte bir şey olacak diye.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 106)

“Hele ilk Covid başladığı zaman herkes, buna biz de dahil çok korktuk. Yani nasıl? Çünkü şimdi bak şu bir gerçek. Ben bir çalışanı. Beni önce kim korur, benim başım korur, sonra ben kendim, önce benim başımın korunması lazım. Ancak Covid geldiği

zaman Türkiye 'de Sağlık Bakanlığı çok şeyde eksik kaldı. Hastaneler çok eksik kaldı. Çok şeyde, biz kendi maskemizi kendi paramızla aldık. Kendi siperimizi kendi paramızla aldık. Aha yalan yok yani faturalar ortada, kendi cebimizden verdik. Yani o durumlarda, o kötü durumlarda tabi yoğun bakımda sürekli olamadık. Tulumla sen zaten tulumu giy, bir saatte haşatın çıkıyor.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 82)

4.3.3. “Yoğunbakımlaştırma” Politikası

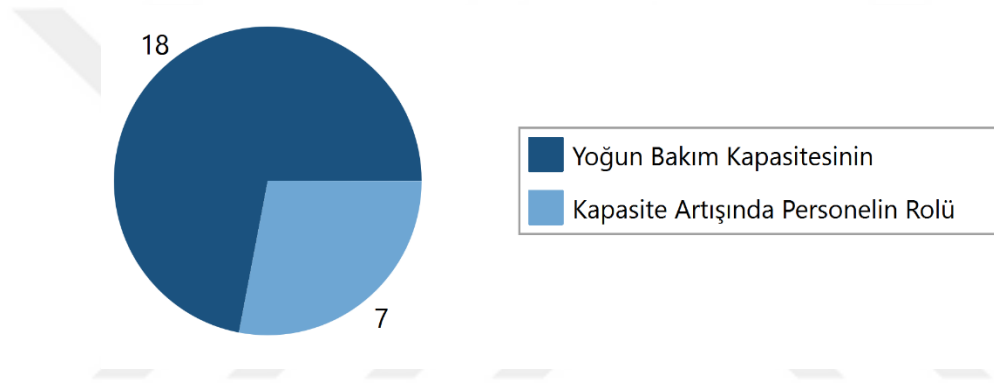
Bu kategori altında Covid-19 pandemisi sırasında benimsenen yoğun bakım kapasitelerini arttırma politikasını ve bu politikanın sonuçlarının neler olduğu soruşturulmuştur. Kategorinin isminde geçen “yoğunbakımlaştırma” kelimesi ise bir katılımcının ifadesinden alınmıştır:

“Şöyle bir şey yok, mesela sadece bir bölgede Covid vakaları arttığı zaman paralel tüm illerde artıyor, artık herkesin sıkıntısı aynı oluyor. Eskiden öyle değildi. Diyelim yoğun bakımdan sevk ediyorduk, gönderiyorduk. Şimdi sevk edemiyorsun, her taraf dolu ve her tarafta sırada insanlar var yani. Ne yapıyorsun, işte yoğunbakımlaştırıyorsun yani. Diyalizi diyelim bizim orada yoğun bakım yaptılar hatta bir kantinimiz vardı, hastane içerisinde personel için, onu boşalttık, oksijen sistemini yaptılar, yoğun bakım yaptılar. Yani çok ilginç bir şey yani yoğunbakımlaştırmak ya da işte çadır kurup çadırdaki ya da konteynir var, Covid hastaları geliyor ilk müdahaleyi orada yapıyoruz.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 84)

Kategori altında yoğun bakım kapasitesinin artırılması ve kapasite artışında personelin rolü olmak üzere iki kod bulunmaktadır. Kodların belge temelli frekans tablosu Tablo 4-25'te ve kodlu bölüm temelli frekans grafiği ise Şekil 4-30'da gösterilmiştir. Bunlara göre sekiz belgede, on sekiz kodlanma sıklığı ile yoğun bakım kapasitesinin artırılması ve beş belgede yedi kodlanma frekansı ile kapasite artışında personelin rolü kodu yer almaktadır.

Tablo 4-25 “Yoğunbakımlaştırma” Politikası kategorisinin belge temelli frekans tablosu

“Yoğunbakımlaştırma” Politikası	Belgeler
Yoğun Bakım Kapasitesinin Artırılması	8
Kapasite Artışında Personelin Rolü	5
Kodlanmış Belgeler	8
Kodlanmamış Belgeler	3
Analiz Edilen Belgeler	11

**Şekil 4-30 “Yoğunbakımlaştırma” Politikası kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu**

4.3.3.1. Yoğun Bakım Kapasitesinin Artırılması

Covid-19 pandemisi süresince benimsenen yoğun bakımların yataklarının arttırılmasına yönelik politika gereğince var olan yoğun bakımların kapasitelerinin arttırılması, ara yoğun bakım durumundaki yerlerin donanımının arttırılması, ameliyathanelerin yoğun bakım olarak kullanılması ya da sıfırdan yeni bir yoğun bakım inşa edilmesi şeklinde gerçekleşmiştir. Katılımcılar çoğu zaman yarı ya da yarıdan da fazla artış olduğunu sayısal oranlar vererek net bir şekilde ifade etmişlerdir. Burada en dikkat çekici durum, kapasite artışında yoğun bakımların standartlarının tam sağlanamama riskinin bulunduğu belirtilmiş olmasıdır. Konuya dair katılımcı ifadeleri:

“Şöyle ameliyathaneyi hazırladık. Var olan iki yoğun bakımı değiştirdik, bir de kullanılmayan bir yeni doğan yoğun bakım vardı, orayı çevirdiler yetişkin Covid yoğun

bakıma. Bir de eskiden boş boş böyle bir depo gibi duran bir yere Covid yoğun bakım yaptılar. (Konum 86) (...) Çok güzel. Hemen söylüyorum sana. Kapasite kaç arttı ama direkt rakam olarak söyleyeyim, %70. (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 88)

“Şöyle nasıl diyeyim mesela ben dahiliye yoğun bakımındayken pandemi başladı. O sıra Covid yoğun bakım yapalım dahiliye yoğun bakımı dediler. Şimdi resmi olarak biz altı yataklıydık yani yer olarak da altı yatak izin vardı sonra bir anda biz on yatağa çıktık. Yani en ufak yer altıdan ona çıktı. Hani neredeyse %50 kapasite artışı yapılmaya çalışıldı. (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 70)

“Hastanenin bir kısmını daha mesela koroner yoğun bakım ünitesi ve kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesini [eeu] biz çevirmeye başladık anestezi olarak ve bunları da ara yoğun bakım olarak da kullanmaya başladık. Servislerinde bazı kısımlarını mesela cerrahi asistanlarının değil de göğüs hastalıkları asistanları veya dahili birimler çoktan dahili asistanların takip ettiği yerleri bunlar solunum sıkıntısı olan hastayı biraz hadi idare edebilirler, bunları da zorlayalım şeklinde bir işle işimiz oldu. Kabaca normal hastalar serviste idi. Yoğun bakıma yatması gereken hastaların çok ağır olanları yoğun bakımdaydı. Belki gerçekten entübasyon ihtiyacı olan ama entübe etmediğimiz, direndiğimiz hastalara, ara yoğun bakım olarak takip ettiğimiz hastalara, elimizde mekanik ventilatör sayısının kısıtlı olduğu yoğun bakım ünitelerindeydi. Ara yoğun bakım gibi olan belki sadece non-invaziv yapıp toparlanacak, belki high flow uygulamak durumunda olan hastaları hiç yoğun bakıma bile almadık. Serviste, göğüs hastalıkları ve dahiliye asistanlarının takip ettiği bölümde oldular. Ama bizde aktif olarak gidip onlara destek veriyorduk.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 83)

“Fakültenin genelinde evet bir yoğun bakım vardı, o geçici bir süre için Covid yoğun bakım olarak evet kullanıldı. Bir de ekstra evet artırıldı yataklar, doğru. Evet yapıldı, hekimlerin normal standardın üzerinde hasta baktıkları da oldu.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 68)

“Şimdi yatak doluluğunu, işte sağlık kapasitesinin doluşu olarak nitelendiriyoruz ya aslında, tek bununla ifade edilmemesi gerektiğini bir anlamda görmüş olduk. Çünkü bizim yatağımız çok fazla, yatak var ama yataktaki hastaya bakacak insan yok. Yani yoğun bakım yatağı problemini çözdük gibi olsa da aslında çok efektif bir çözüm değil. Yani sağlık kapasitesi aşma olayı çok başka. O zaten çoktan aşıldı orası patladı gitti çoktan maalesef. (...) Bu son dalgada da o yüzden çok fazla yatak açıldı. Kapasitenin çok

üstünde yatak açıldı. Şu an yatak problemi yaşamıyoruz, personel problem yaşıyoruz. ”
(D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

4.3.3.2. Kapasite Artışında Personelin Rolü

Katılımcılar yoğun bakım kapasiteleri arttırılırken, bu kapasite artışına paralel nitelikli personel artışının yapılamadığını ifade etmişlerdir. Kapasite artışı sadece teknik ekipmana dayalı yoğun bakım sistemlerinin kurulması bağlamında planlanmış, çalışacak personel konusunda titiz bir planlama yapılmadığı belirtilmektedir. Uygun personel artışının yapılmamasına ek olarak, dönem içerisinde var olan sağlık personelinin de Covid-19 olmasına bağlı olarak personelin sayısının azalmasına bağlı olarak da problemlerin daha da arttığı ifade edilmiştir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının standardın üzerinde hasta bakması, hatta yoğun bakımda standart hizmet verilemediği için kayıpların yaşandığı belirtilmiştir. Burada özellikle katılımcı D2'nin ifadeleri çok dikkat çekicidir. Sağlık personeli sayısı arttırılmaya çalışıldığında bu sefer de yeni gelen personelin niteliği problemi ortaya çıkmaktadır. Bölüm 4.3.2.4. Hijyen Önlemlerinin Getirdiği Kısıtlamalar başlığı altında Covid-19'un bulaşıcı bir hastalık olmasından dolayı alınan önlemlerin hastalara müdahale etmeyi zorlaştırdığına değinilmişti. Bu bağlamda daha önce hiç tecrübesi olmayan birinin direkt Covid-19 servislerinde çalışmaya başlaması da problemleri gözükmemektedir. Konuya dair katılımcı ifadeleri:

“Maalesef çok da anlamlı olmayan bir çözüm olarak yatak sayısını artırdık. Yatak artık çok problem olmuyor insanlar yoğun bakım yataklarında ölüyorlar artık şu anda. Serviste ölmüyorlar, yoğun bakım yatağında ölüyorlar. Burada senin konuşmanın dışında belki bir şey ama bu çalışmanın çok daha farklı bir problem ortaya çıktı. İnsanlar yoğun bakımlarda şu anda bakımsızlıktan ölüyorlar. Yani yoğun bakım yatağına erişiyor ama onlara bakacak insan yok. Yani bir hekime kendi yetişebileceğinin çok üstünde hasta yükü yükleniyor. Kaçtır mesela 15 hastaya bakabilirsin. Yoğun bakımda 35-40 hasta veriliyor. Mümkün değil yetişebilmek. Bakabileceğin hastanın da bakılma hakkını elinden almış oluyorsun böylece. Yani sana 15 hasta verilse belki 15 hastadan 10 tanesi senden fayda görebilecekken, sana 45 hasta verildiği için senden fayda gören hasta sayısı bir iki bile olamıyor. Haliyle daha iyi bir şey yapmış gibi görünüyoruz. Şu anda insanlar yoğun bakım yatağı bulabiliyorlar ama şu an insanlar yoğun bakım yataklarında ölüyorlar yoğun bakımdan fayda görebilecek insanların da bu fayda hakkını elinden almış oluyoruz maalesef ve bizden çok daha yukarlarda bunlara karar verildiği için çok elimiz kolumuz

bağlı kalıyoruz. Söylediğimiz şeyler de karşılık bulmuyor maalesef. Covid-19'un maalesef böyle bir şeyi var. (Konum 105) (...) Ya yetişemiyoruz! Yetmiyor yani [Acı acı güldü] yoğun bakım yatağını açmak bir şey ifade etmiyor. Bunun mücadelesini çok verdik. Hani bizim hasta yükümüzü azaltın ve insanlara bir faydamız olsun diye ve maalesef karşılık bulmadı. Çok anlamsız bir dirençle karşılaştık. Çok farklı ve çok çirkin sebepleri de var içerisinde.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 111)

“Diyelim çalışıyoruz, dört kişiyiz aya başladık ya bir tane arkadaş Covid oluyor. Ne oldu, üç kişi kaldık. Nöbetler biri gelirse gelir gelmezse idare edeceğiz. Bir kişi daha Covid oluyor, bu sefer çok daha iş yükü arttı. Bu negatif olarak yansıyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 82)

“Yoğun bakım sayıları yetersiz olduğu için tabi yeni yerler açıldı. Yeni yerlerin de niteliği biraz azdı açıkçası, yani niteliksiz insanlar daha çok takip etmeye başladılar. Atıyorum işte bir pandemi hastanesi yapıldı. Zaten çok kısa sürede yapılmıştı. Biz orada çalıştık. Yani yeni mezun hemşirelerle beraber hasta bakmaya çalışıyorsun. Daha ilk kez entübasyon göreceğim diyor mesela yani inanılmaz iş yükünün arttığı böyle şeyler oldu.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

Yukarıda çizilen olumsuz tablonun aksine, vardiya sisteminin benimsendiği hastanelerde problemlerin daha az yaşandığı belirtilmiştir. Tamamen pandemi hastanesi haline gelen ve diğer branşlardaki hekimlerin de Covid-19 hastası baktığı bu sistemde sağlık çalışanları vardiya sistemiyle dinlenme imkânı buldukları için hem daha az yorulmuş hem de verilen hizmetin standardı düşmemiştir. Konuya dair katılımcı ifadeleri:

“Evet, elimizden gelen kısıtlı ve nöbet usulü çalışmaya başladık o dönemde ilk aktif Covid zamanında, bu üç aylık dönemde. Bir gün çalıştık iki gün evde kaldık, o şekilde çalıştık. Böylece viral yükümüz az olsun, 48 saat aktif dinlenebiliyor olalım ki kalan gündeki şey oradan çıksın diye. Herkes birden nöbete girdi. Uzman, asistan, kıdemli hoca hiç fark etmeden herkes nöbete girdi. Bu şekilde olunca aslında nöbetlerde çatlarcasına yorulduk, kabul. Ama sonrasındaki bir gün böyle pert şekilde yattıktan sonra bir günde biraz böyle pozitifleşme imkânımız oldu. Yani yorucuydu ama keyifliydi de aslında boş duruyor olmak keyifliydi. Hani tırnak içinde boş. (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 85)

“Şöyle şimdi bu son yani ilk üç pikte şu oldu, normal işleyiş durduruldu. Ameliyatlar durduruldu. Ameliyatların durdurulması oradaki doktorlar, hani doktorlar,

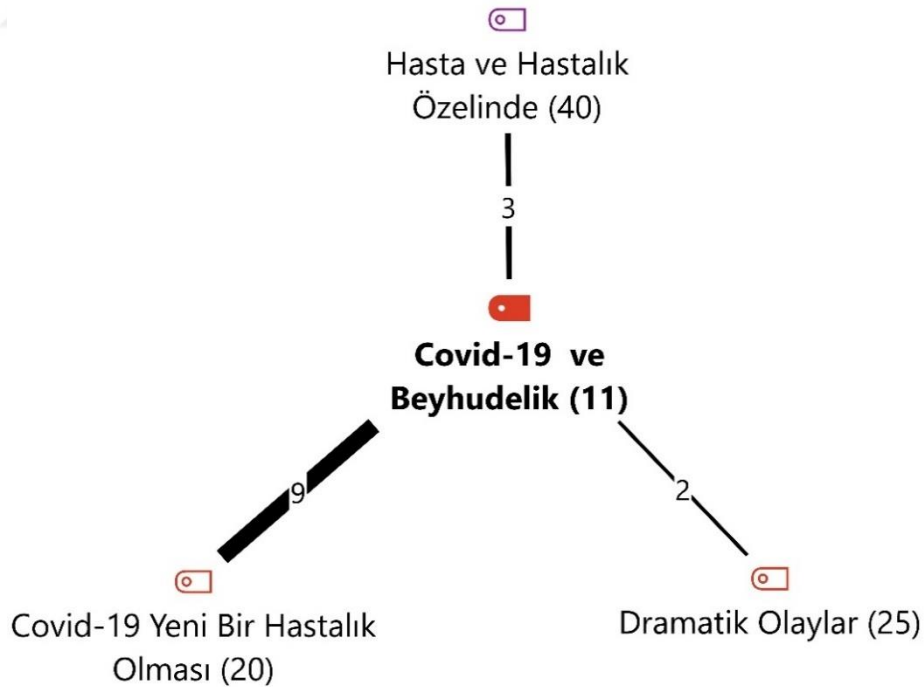
bütün asistanlar Covid'e geldi. Orada çalışan personeller, yani pek çok yerin mesela plastik cerrahi diyelim servisine normal plastik cerrahi vakası alınmadığı için o personeller kattaki Covid hastalarına gitti. Dolayısıyla o bir organizasyonla düzenlendi ve vardiyaya geçtik. Yani dört günde bir çalıştılar. Hani doktorlar, personel doktorlar dört günde bir çalıştı. Biz hocalar her gün çalıştık ama Covid de böyle sürekli mesela ben giriyordum, vizite yapıyordum, bir iki saat sonra çıkıyordum ama orada sürekli duranlar var. Onları hep vardiya çalıştırdık. O bizim işimizi kolaylaştırdı ve personelleri de vardiyaya, hemşireleri de vardiyaya çevirerek yüklerini azaltmaya çalıştık. Yani bizim normal şartlarda işte yoğun bakımda bir hemşire iki hastaya bakabilir şeyini geçmedik hiç biz. Başka yerlerde olabilir ama burada o hiç geçilmedi. Yani bir hemşire üç hasta bakmadı. Yani artırdık sayıları, onları daha fazla dinlendik.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 80)

4.3.4. Covid-19 ve Beyhudelik

Yedi katılımcının ifadelerinden toplamda on bir kodlama yapılan Covid-19 ve beyhudelik kategorisi altında, Covid-19 pandemisi süresince beyhudeliğin tespitinin ve sonrasındaki işleyişin nasıl olduğuna odaklanılmıştır. Covid-19'un yeni bir hastalık olması ve küratif bir tedavisinin mevcut olmaması hastalıkla mücadele etmekte birçok zorluğa sebep olmakla birlikte, bilinmezlik içerisinde eldeki imkanların hastaya zarar verme pahasına kullanılmasına da sebep olmuştur. Yaşamın sonundaki hastalarda da bilinmezlik durumu olduğu için ve hastanın tam olarak neyden fayda göreceği öngörülemediği için maksimal tedaviler yapılmıştır. Bu bağlamda geriye dönük bakıldığında retrospektif olarak beyhudeliği tespit etmek mümkünken, bilinmezliğin içerisinde öngörmek mümkün olmamaktadır. Covid-19'un yeni bir hastalık olmasından kaynaklanan beyhude tedavi yapılmak zorunda kalındığı katılımcı ifadelerinden tespit etmek mümkündür. (Bkz. Şekil 4-31) Yeni bir hastalık olma durumunun getirdiği bilinmezlik durumunda tercih hastanın hayatta tutulması ve eldeki tedavi imkanlarının tümünün “denenmesi” yönünde olmuştur. Bu durum şartlar göz önünde bulundurulduğunda makul bir çözüm olarak görülse de eldeki imkanların “denenmesi” sırasında hastaya zarar vermeme ilkesinin göz ardı edilmemesi önem arz etmektedir. Bu bağlamdaki katılımcı ifadesi:

“Covid'de şöyle bir şey oldu, yani bilmediğimiz bir şeydi, yeni bir şeydi ve baştan hatırlayın, kinin bile kullandık. Ne kadar toksik yan etkisi çok fazla bir ilaç sonra işte

onun yanında diğer antiviralleri kullandık başlangıçta. Ama şimdi baktığınızda bunlar gerçekten gereksizmiş hani boşuna vermişiz dediğimiz şeyler var ama o dönem için o önemliydi. Çünkü hiç kimsenin deneyiminin olmadığı bir hastalık, neye baktık geriye doğru? İşte SARS da MERS'te ne işe yaramış? Bu da bir salgındı, o da bir Koronavirüstü, oradakilere bakarak biz bu hastaları tedavi etmeye çalıştık. Sonra işe yaramadığını gördük. Gördük ama bu bir süreçti, yani verdik. Bütün hastalara rutin kinin de verdik işte Favipiravir gelene kadar Oseltamiviri verdik. Mesela immunplazmalar, gelene gidene immunplazma verdik. İçinde ne kadar antikor olduğunu bilmediğimiz plazmaları hastalara verdik. Aslında içinde belki hiç yoktu antikor ama başka yapacak bir şey yoktu. Hastalar çok ağır hipoksi ile geldiler ve biz elimizde ne varsa kullandık. Boşa çaba mıymış onlar evet gereksiz tedavilermiş ama bunu şimdi gereksiz tedaviymiş diyorsunuz. O zaman elinizde başka bir şey yoktu ve o hastaları yaşatmak zorundaydınız. Bu nedenle de verdik onları, doğru. Bugün de belki Favipiravir veriyoruz belki, belki değil çalışmalar var, hiçbir yararı yok diyor ama veriyor muyuz? Elimizde başka bir şey yok.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 84)



Şekil 4-31 Covid-19 ve beyhudelik kategorisinin çakışan kodlar gösterim modeli

Beyhudelik tespiti ya da öngörünün ise her zaman olduğu gibi hasta ve hastalık özelinde yapıldığı Şekil 4-31’de kategoriye ait çakışan kodlar gösterim modelinde görülmektedir. Bu bağlamda Covid-19 özelinde öngörü net olmamakla birlikte, Covid-19 haricinde başka hastalıkları olan ve bundan dolayı terminal dönemde olan hastalar için beyhudelik özelinde kararlar net olmuştur.

“Şöyle burada çok hasta bazlı aslında bu yani, Covid-19 olan hasta öbür tarafta yine son dönem bir kanser hastasıyla bu bizde bir değişikliğe sebep olmadı. Ama öbür tarafta mevcut durumunun tek sebebi Covid-19 ise buradaki bilinmezlik tabii ki bir miktar daha devam etme gerekliliğini ortaya koydu, bu tamamen hasta bazlı, yani oradaki sebep ne, o önemli.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 109)

“Buradaki sorun yeni bir hastalıktı. Tedavisi hani çok belli değildi, tedaviye, nasıl cevap alacağımız belli değildi ve hep uğraşıyorduk çoğu hasta gençti, hep çok uğraştık. Eldeki her imkânı kullandık ta ki ne zamana kadar hani diyelim ki saturasyonu 40- 50'lere 40'lara düşene kadar bunlarla hep uğraştık. Yani her şey yapılabilecek her şeyi yaptık. Ha şimdi farklı ne var diyecek olursan aslında şimdi de çok farklı bir şey yok. Yine bunlarda yoğun bakım anlamında yapılacak her şeyi yapıyoruz. Ama şöyle bir şey var. Bu aşılardan sonra gelen hastalar daha çok altta yatan, çok ciddi hastalığı olan hastalar. Yani sadece Covid nedeniyle gelmiyorlar. Çok ciddi komorbiditesi olan hastalar geliyor. Terminal CA'lar geliyor, çok ciddi immunsupresif hastalar geliyor. Burada tabi birazcık daha düşünür olduk ileri tedaviler için.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 84)

Yukarıdaki ifadeler ek olarak, beyhudelüğün tespitinde hastanın bilinç durumunun önemli olduğu vurgusunu yapan D6’nın, Covid-19 özelindeki sorgulamalarda da yine hastanın bilinç durumunu vurguladığı görülmüştür.

“Böyle bir bahis o hastalarda konuşuldu. Yine dediğim gibi temelde bilinç bizim için önemli. Bilinci açık olup, son noktaya kadar zorlandığımız hastalardan çoğu dönmedi, vefat etti. Ama bilinci yine açık olup son noktaya kadar zorlayıp belki bir 40 gün boyunca ECMO’da takip ettiğimiz, sonrasında ondan ayırdığımız, sonrasında trakeostomi kapattığımız, şu an yine taburcu ettiğimiz hastalarımız da var. Yani iki tane toplamda. Hani adam denizin kenarındaki deniz yıldızını alıp denize atıyormuş ya onun için çok şey değişti diye binlerce deniz yıldızı arasından o misal bilinci açık olan hasta için sınırları zorladık. Kendimizi de belki falan. Ama bilinci tamamen kapanmış ve bu

bilinç kapanmasının geri dönüşsüz olduğunu düşündüğümüz hastalarda desteği artırmayı kestik.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 87)

Şekil 4-31’e göre, dramatik olaylar kodu ile çakışmadan yola çıkarak, beyhudelik durumuna ya da yaşamın sonundaki hastalara koşulsuz maksimal tedavi uygulanmasına özellikle genç hastalardaki ani kötüleşme ve tedaviye cevap vermeme durumlarının sebep olduğu yorumu yapılabilir. Bu dramatik durumları sağlık çalışanları kabullenmekte zorluk çekmiş ve beyhudelik söz konusu olsa bile maksimal tedaviye devam etmişlerdir. Bu durum hekimlerin süreç içerisindeki psikolojik olarak desteklenme gerekliliği konusunda önemli bir örnek oluşturmaktadır.

4.3.5. Covid-19 Pandemisi Temasının Analiz Sonuçları

- Katılımcılar salgın sırasında çeşitli dramatik olayların yaşandığından bahsetmişlerdir. Burada en çok zorlandıkları konunun hasta seçimi yapmak olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda Türkiye’de bir triyaj rehberi olmaması sadece etik açıdan sürecin keyfililiğinin önlenmesinin garanti altına alınamaması yönüyle problemlidir. Aynı zamanda karar verme sorumluluğunun tek başına hekimlerin omuzlarına bırakılması, hekimlerde oluşturduğu psikolojik yük açısından da sorun teşkil etmektedir. (E. Aksoy vd., 2020)
- Salgın süresince hekimlerin çeşitli korkular yaşadığı ve psikolojik olarak bu durumdan etkilendikleri ve bu durumun ortaya çıkmasında bazı önlenebilir organizasyon eksikliklerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda salgına yeterince hazırlıklı olunmaması ve salgın sırasında benimsenen özellikle yoğun bakım kapasitelerinin artırılmasına yönelik politikalar organizasyon etiği açısından ele alınmalıdır.
- Yoğun bakım kapasitelerinin artışı planlanırken, burada hizmet verecek olan sağlık personelinin niteliği ve sayısı da titiz bir şekilde planlanmalıdır. Bu planlamanın titiz bir şekilde yapılmaması hem sağlık personelinin normalin çok üzerinde hasta bakmasına hem de hastaların yoğun bakımda standart hizmeti alamamasına sebep olmaktadır. Bu durum etik açıdan son derece problemlidir. Personel artışının yapılamadığı yerlerde triyaj seçeneği düşünülmelidir. Bütün hastaları bir şekilde yoğun bakıma alıp, standart hizmet verilemeyerek, standart

tedavi ile iyileşebilecek hastaların da hayatı riske atılmasından, triyaj uygulanması etik açıdan daha kabul edilebilirdir. (E. Aksoy vd., 2020)

- Yeterli tıbbi verinin bulunmadığı yeni bir hastalıkta maksimal tedavi uygulayarak çeşitli tedavilerin “denenmek” zorunda kalınması anlaşılabilir bir durumdur. Ancak bunun sınırsız bir serbestlik içerisinde yapılması etik olarak kabul edilemez. Tedavilerin uygulanmasında kar-zar hesabının iyi yapılması ve özellikle yan etkileri yüksek olan ilaçların kullanımı ve riskli girişimlerin yapılması konusunda titiz davranılmalı. En önemli husus ise, yapılan uygulamaların sonuçları takip edilmeli ve verilerin analizi yapılmalıdır. Bunun sonucunda yarar sağlamayan tedavi ya da uygulamalardan zaman kaybetmeden vazgeçilmeli ya da tedavilere gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. (Kluge vd., 2020; Nuffield Council on Bioethics, 2020)

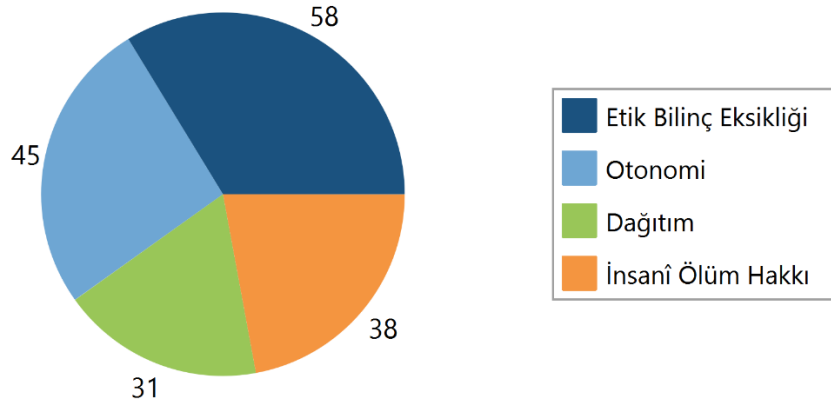
4.4. Etik Problemler

Etik problemler teması altında katılımcıların yaşamın sonunda karar verme süreçlerinde yaşadıkları ya da gözlemledikleri etik problemler incelenmiştir. Bu bağlamda tespit edilen problemler etik bilinç eksikliği, otonomi, dağıtım (allocation) ve insanî ölüm hakkı olmak üzere dört kategori altında sınıflandırılmıştır. Kategorilerin belge temelli frekans değerleri Tablo 4-26’da gösterilmiştir. Buna göre on bir katılımcının tamamı yaşam sonu kararlarında hastanın özerk karar verme süreçlerinde problemlerin olduğunu, on katılımcı ise dağıtım (allocation) ve insanî ölüm hakkı alanlarındaki sorunlar olduğunu ve dokuz katılımcı ise etik bilinç eksikliğinin çeşitli problemlere sebep olduğunu belirtmiştir.

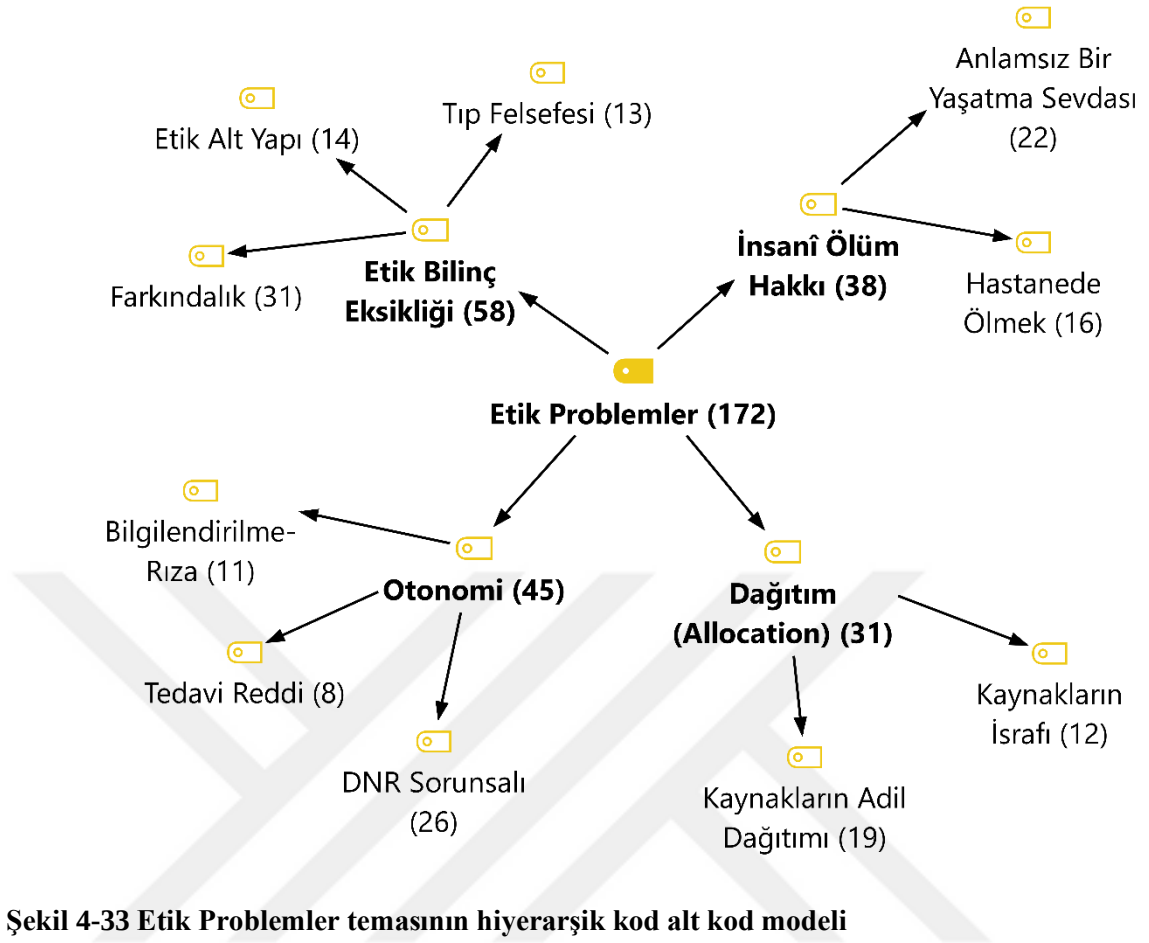
Tablo 4-26 Etik problemler temasının belge temelli frekans tablosu

Etik Problemler	Belgeler
Etik Bilinç Eksikliği	9
Otonomi	11
Dağıtım (Allocation)	10
İnsanî Ölüm Hakkı	10
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Etik problemler temasına ait kategorilerin kodlu bölüm temelli frekans değerleri ise Şekil 4-32’de gösterilmiştir. Buna göre en çok kodlama yapılan kategori 58 kodlama ile etik bilinç eksikliği olurken, sonrasında sırasıyla otonomi (45), insanî ölüm hakkı (38) ve dağıtım (allocation) (31) gelmektedir.

**Şekil 4-32 Etik problemler temasının kodlu bölüm temelli frekans tablosu**

Etik problemler temasına ait kategori ve kodların bir arada gösterildiği hiyerarşik kod alt kod modeli ise Şekil 4-33’te gösterilmiştir. Parantez içerisinde sayılar kod temelli frekansları ifade etmektedir.



Şekil 4-33 Etik Problemler temasının hiyerarşik kod alt kod modeli

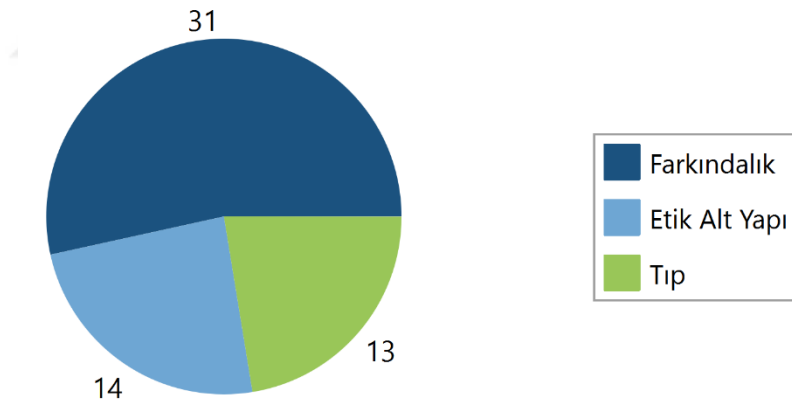
4.4.1. Etik Bilinç Eksikliği

Etik bilinç eksikliği kategorisi altında katılımcılar büyük ölçüde etik farkındalığın olmadığından ve temel problemin problemlerin problem olarak görülmemesinden ya da problemlerin fark edilememesinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Dokuz kişinin değindiği bu problemler farkındalık kodu ile kodlanmıştır. Yine bu bağlamda yedi kişi etik alt yapı kodu altında sağlık çalışanlarının etik bilgi yönünden zayıf olduklarını ve yeterli eğitimi almadıklarını dile getirmiştir. Son olarak ise beş katılımcı sadece etik alt yapının yeterli olmadığını tıp felsefesine dair de bir alt yapının olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu anlatılar ise tıp felsefesi kodu ile kodlanmıştır. Kategoriyeye ait belge temelli frekans değerleri Tablo 4-27’de gösterilmiştir.

Tablo 4-27 Etik bilinç eksikliği kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Etik Bilinç Eksikliği	Belgeler
Farkındalık	9
Etik Alt Yapı	7
Tıp Felsefesi	5
Kodlanmış Belgeler	9
Kodlanmamış Belgeler	2
Analiz Edilen Belgeler	11

Kategoriye ait kodların kodlu bölüm temelli frekans grafiği ise Şekil 4-34'te gösterilmiştir. Buna göre otuz bir kodlama frekansı ile en sık kodlama yapılan kod farkındalık olmuştur. Sonrasında ise sırasıyla etik alt yapı (14) ve tıp felsefesi (13) kodları gelmektedir.

**Şekil 4-34 Etik bilinç eksikliği kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği**

4.4.1.1. Farkındalık

Farkındalık başlığı altında katılımcılar hem hekimlerin bu tür etik problemleri gündemlerine almadıklarından hem de ülkemizde genel olarak bunların gündem olmadığından bahsetmişlerdir. Burada özellikle katılımcı D9'un sağlık çalışanlarının etik alanda farkındalığının olmasının ve bu farkındalık sayesinde hasta ve hasta yakınlarının

etik ikilemlerde karar vermelerine destek olabileceklerini ya da makul sınırlar içerisinde yönlendirebileceğini belirtmesi açısından önemlidir. Yani toplumsal farkındalığın artmasını beklemeden önce hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik farkındalığının artması gerekmektedir. Konuya dair katılımcı ifadeleri:

“Yoooo, yooo! Benim kendi kurumumda benden başka kimsenin derdi değil bu, yani kimsenin umurunda değil. Bana bir şey olmasın, bana değmeyen yılan bin yaşasın. Yatak da neymiş bilmem ne yani, yok öyle bir şey. Açık net söylüyorum, öyle bir problemi yok kimsenin. Benim problemim var, benim gibi bir grup, bir avuç küçük azınlıktaki insanın sorunu var, kimse bunu dert etmiyor bence. Bilmiyorum sizin sonuçlarınız nasıl? Böyle olduğu kanaatindeyim, kimsenin umurunda değil. Herkes işte bugünü kurtarıp evine gitme derdinde. (Konum 56) (...) Yaşamı sonu, yaşamın sonunu kimse kabul etmiyor. En büyük problem bu zaten. Yaşamın sınırsız sonsuz, ondan sonra vallahi yani mış gibi yapılıyor. Ya en büyük sorun aslında sorun olduğuyla yüzleşip, sorunu çözmek üzere harekete geçmek, bunun yapılmadığını düşünüyorum. Ne etik ne hukuki ne tıbbi... Yani saldırm çayıra, çok özür dilerim Esracım böyle konuşuyorum, saldırm çayıra Mevla'm kayıra, durum biraz o. (...) Eğer öyle olmasaydı şu güne kadar değişir, dönüşürdü. Hiç öyle bir şey, öyle bir dert de yok. Farkındasınızdır siz de.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 64)

“Bu süreç (yaşamın sonu) başlı başına bir problem zaten şu anda. [Gülüyor] Yani sebeplerini ayrı konuşmak lazım belki sonuçlarını ayrı konuşmak lazım. Sebepleri bir kere bu anlamda çok ciddi bir farkındalık problemi var. Gündemimizde çok daha yeni yeni girdi zaten.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 101)

“Bilmiyorum valla biz yurt dışına gitmeye çalışıyoruz, sen yurt dışından gelmeye çalışıyorsun, yani yanlış yapıyorsun. Bence bu tamamen şey değil, ülkeyle alakası yok bu dediğimin. Çalışma şartı çok önemli. Sağlık çalışanı, gelince herhangi bir yerde, pratisyenken bile çalışırken atıyorum, mesela 25 yaşındasın ama illallah ediyorsun çoğu şeyden yani böyle bir çalışma şekli olamaz. Etik diye bir şey yok bizde.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 27)

“DNR talepleri ile çok sık karşılaşmıyoruz. Aslında bunlarla çok sık karşılaşabiliriz. Hasta ayağında değil de hasta yakını ayağında. Ama doktorlar bu konuda bilgisiz yani bence tıp fakültesinde bu eğitimin verilmesi gerekiyor. Ama benim bildiğim kadarıyla tıp fakültesinde bu eğitim yok. Hani ben hep şunu söylerim, hani önce

doktorların eğitilmesi gerekir, şu aşamada ve bunun içinde hani alttan başlayacağız, öğrencilere bunu öğreteceğiz ki onlar doktor olduklarında farkındalık olsun. Yani ben beyin ölümüne inanmıyorum diyen bir beyin cerrahı ile karşılaşıyorsanız o zaman ne diyacaksınız işte eğitilmesi gerekiyor diyacaksınız.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 41-42)

“Covid sürecinde bir hasta yakınına bilgi veriyordum. Annemin elini tutun falan diyordu. Özelden görüntülü aradım, hoca yoktu tabi, hemşireler rahatsız oldu, belki de şikâyet edeceklerdi, ama en yakınına görememek, bilgi alamamak çok zor... Empati yaptığımda ben çok kötü hissediyorum. Ama bunlar gündemimize bile giremiyor. Ben birilerine bahsettiğimde, bana sen çok romantiksin diyorlar.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 80)

Katılımcıların bir kısmı özellikle bazı hekimlerin hala beyin ölümü konusunda farkındalığı olmamasından şikâyet etmişlerdir. Yarım asrı aşkın süredir tıp literatürde yeri olan, hukuki olarak ülkemizde ve birçok ülkede düzenlenmiş olan ve dini otoritelerce hakkında fetvaların bulunan beyin ölümü mevzusunun bile farkındalık düzleminde halledilememiş olması, bir nevi diğer etik mevzuların mevcut durum içerisinde tartışılmasının çok tali bir durum olarak kaldığını dile getirmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri:

“Beyin ölümü programlarında daha çok konuşuluyor bu konular. Hani daha oralardayız! Yani beyin ölümü gerçekleşmiş hastanın yoğun bakımda takibinin devam edip etmemesi kısmındayız daha. Geçen sene böyle bir sempozyum düzenlenmişti İstanbul'da. Haliyle oradan ötelere daha gelebilmiş durumda değiliz maalesef. (Konum 39) (...) Bunlar daha yeni yeni anestezi camiasında işte toplantılarla yoğun bakım bakan hekimlere kabul ettirilmeye çalışılıyor ve bu anlamda hekimlerin bu anlamda şey yok. Herkes her şeyin farkında, bunun farkında herkes ama işte ülkemizdeki hasta ve hasta yakınları problemlerinden dolayı çok daha yavaş ilerliyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 44)

“Yani ben beyin ölümüne inanmıyorum diyen bir beyin cerrahı ile karşılaşıyorsanız o zaman ne diyacaksınız işte eğitilmesi gerekiyor diyacaksınız.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 42)

4.4.1.2. Etik Alt Yapı

Etik alt yapı kodu altında katılımcıların temel etik bilgilere sahip olunmadığını, tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimlerinde verilen eğitimlerin ya yetersiz olduğu ya da hiç eğitim verilmediğini söylemişlerdir. Ek olarak zor durumlarda ya da etik ikilemlere dair karar verme becerilerinin yeterli olmadığından belirtmişlerdir. Katılımcılar aynı zamanda hekimliğin amacının ne olduğu ve hekimliğin her yönüyle hakkını verebilmeye dair bilincin de çok olmadığından bahsetmişlerdir.

Etik alanında yeterli eğitimin olmaması ve sağlık çalışanlarının yeterli bilgi seviyesine sahip olmamasına dair katılımcı ifadeleri:

“Şöyle uzmanlıkta anestezi uzmanlığında son zamanlarda yoğun bakımla alakalı bu tarz şeyler konuşulmaya başladı. Eğitimin rutin bir parçası değil bu ama hani gündeme gelmeye başladı. Tıp eğitiminde de yine son yıllarda artık böyle gündeme geldi ve şey yapılıyor, konuşuluyor. Yani işin sosyal ve etik boyutu çok belki son beş, on yılın şeyidir. Yani öncesinde çok gündemde değil, etik dersleri yoktu mesela şimdi artık etik dersleri var, bunlar işleniyor. Sadece yaşamın sonuyla alakalı bir problem değil, etik sen daha iyi biliyorsun. Hani bunlar çok daha yeni yeni gündeme geldiler.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 103)

“Bir diğer nokta da tabii hekimler her ne kadar bu bilinç ve şuurla olsa da bazen yardımcı personel işte hemşire vs. bazen onlar da olmayabiliyor. Yani bunun için de sağlık sisteminin içerisinde böyle bir gerçekliğin olduğunu ve buna yönelik insanların seçilmesi yani bu biraz merhamet gerektiren bir iş diye düşünüyorum. Daha merhametli insanların, hemşirelerin, hekimlerin işte personelin seçilip, bunlara yönelik çeşitli böyle, belki de eğitimlerin verilip bu merkezlere nakledilmesi belki bu merkezlerin böyle oluşturulması daha uygun olur.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 78)

Hekimlerin karar verme becerilerine dair katılımcı ifadeleri:

“Şöyle bir kıyası değerlendirmem çok mümkün değil. Diyelim nörolojide alacağımız hasta iskemik SVO geçirmiş, 80-90 yaşında, tedaviye çok da yanıt alabileceğim bir hasta değil belki. Acile gelen de mesela, travma hastası, 25 yaşında genç bir hasta, travmaya nasıl cevap vereceğini bilmiyoruz. Böyle zorlu, karmaşık bir durumla hiç karşılaşmadık. Nasıl tercih yapılır, çok da bilmiyorum.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 20)

“Yaşı genç olan ve hastalığı olmayan hastalarda bu tarz kararları vermek çok zor, hastanın hekimi olarak da çok zor, hasta sahibi olarak da işin diğer boyutu da çok zor. Çünkü normal hayatını sürdürürken birden bu sürece girmiş olması açıkçası insanın kolay kolay alışabileceği bir tablo değil. (...) Ekip olarak da çünkü işin psikolojik boyutunda da herkesin sonuçta ve bu duygusal kısmı devreye giriyor.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 72)

Hekimliğin amacına dair katılımcı ifadesi:

“Boşunluğu ben o yüzden biraz şey yaptım yani boşunalıkta bu hastalar için artık yapılabilecek her şey yapılmış, yapacağımız bir şey yok demek hekimlik anlamında tedaviye başarıya odaklı bir şey, boşunalık biraz bunu gölgeliyormuş hissi veriyor. O yüzden bu tarz yerlerde ya da bu tarz hastalarda çok kimse uğraşmak istemiyor yani.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 76)

Bu kod bağlamında özellikle asistanlık sürecinde verilen etik eğitimlerin niteliğini göstermesi açısından, katılımcılardan D4 ile görüşmeden birkaç gün sonra yapılan kayıt dışı, informel bir görüşmede ifade ettikleri çok dikkat çekici olduğu için bu bölüme alınmıştır. Konuşmanın özeti:

“Asistan arkadaşına yapılan görüşmeyi anlatıp, sen daha önce ‘futility’ diye bir şey duydun mu, ben daha önce hiç duymamıştım diye sormuş. Arkadaşı da iki ay önceki asistan eğitiminde bu konuyu kendisinin sunduğunu, boşuna, beyhude tedavi şeklinde adlandırıldığını ve sınırlarının neler olabileceğine dair bir sunum yaptığını ve onun da bu sunum sırasında seminer salonunda olduğunu, nasıl konu hakkında hiçbir fikri olmadığını, yoksa sunumumu hiç dinlemedin mi diye sormuştur.” (D4 ile kayıt dışı görüşme özeti)

Burada etik eğitiminin sadece sözlü anlatımla yapılmasından ziyade, sistemin işleyişine entegre olması ve bu işleyişle tecrübe edilerek öğrenilmesi gerektiği net bir şekilde görülmektedir. Hekimleri etik alanında donanımlı bir şekilde yetiştirirken, mevcut sistemin etik ilkeler doğrultusunda işlemesine gayret gösterilmesi gerekmektedir. Sonuç itibarıyla klinik işleyişteki etik hassasiyetler ve verilen etik eğitimleri belirli bir noktadan sonra birbirini de destekleme ve beslemeye başlayacaktır.

4.4.1.3. Tıp Felsefesi

Tıp felsefesi kodu, ölümün anlamı, hayatın başlangıcı ve sonunun ne zaman olduğu, sağlık ve hastalık tanımları, şifanın ne olduğu gibi farklı başlıklarda beş katılımcının değindiği, tıp felsefesine ait konuların da sağlık çalışanları tarafından bilinmesi gerektiği ifadelerine karşılık oluşturulmuştur. Bu alana dair alt yapı eksikliğinin sadece entelektüel bir eksiklik olmayıp, klinik uygulamalara yansıyan olumsuz yönleri de olduğu belirtilmiştir. Örneğin, sağlık tanımına dair zihinlerde net bir resim olmadığı için yaşamın sonunda tedavi hedefinin net bir şekilde belirlenemediği durumlar ortaya çıkmaktadır. Tedavi hedefi konulmaması da eldeki tüm imkanların sınırsız bir şekilde hastaya uygulanması gibi bir sonuca sebep olmaktadır. Bu bağlamda endikasyon belirlenirken önce varmak istediğimiz yer belirlenmeli, sonra tedavi planı oluşturulması gerektiği unutulmamalıdır. (Bkz. Bölüm 2.3.4.)

“Yani şöyle varmak istediğimiz yer neresi, o konuda bir konsensüsümüz yok. İşte bir sağlık tanımımız var. Ama o sağlık tanımı da çok ütöpik, [Gülüyor] yani dünya sağlık örgütünün ortaya koyduğu tanım çok ütöpik bir tanım, hepimiz hastayız. Bakarsan oradaki tanıma bakarsan hepimiz hastayız, iyi kimse yok. (Konum 101) (...) Yaşamın sonu kısmı biraz daha göz ardı ediliyor, diğer problemlerin yanında. Çünkü hayatın ne olduğunu daha ortaya koyamadığımız için yaşamın hani yaşam hangisi daha burada bir problem olduğu için yaşamın sonu nerde, orası çok daha muğlak kalıyor haliyle. Yani yaşam nerede başlıyor konuşamadığımız için daha, yaşam nerede bitiyor hiç şey yapamıyoruz. (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 103)

Katılımcılar ölümün anlamı üzerine düşünme gerekliliğine dikkat çekerken, bazı durumlarda ölümün şifa olarak görüldüğünü belirtmişlerdir. Bu durum kültürümüzde yaşamın sonunda, özellikle öncesinde kronik rahatsızlığı olan hastalar için yapılan “Allah iki iyilikten birisini nasip etsin!” temennisini akla getirmektedir. Ölümün şifa olmasına dair katılımcı ifadeleri:

“Ya işte şöyle bir sıkıntı var Esra, insanlar genel olarak bunun üstüne kimse düşünmüyor. Yani hani şu bile kimsenin zihninde yok, şifa nedir diye bir soru kimsenin aklında yok, yani hasta iyileşti mi, iyileşmedi mi? Yoğun bakımda çalışmanın verdiği bir şey bence bu yani bazen hakikaten ölümün insana şifa olduğunu gördüğüm yerler oluyor yani hasta yakınları da bazen bunu ifade ediyor. Hocam, hani insan kendi annesi babası

için bunu söylemez ama haberi gelsin diye bekliyoruz. Çok eziyet çekti, hocam falan diye. Yani insanlar bunları kendileri ifade ediyorlar.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 60)

“Hastada hani belli bir yaştan üstünde ek hastalıkları fazla, çok hasta yakınlarının iyi ilgilenmediği bir grup da açıkçası ölümün bir kurtuluş olacağını, siz bunu her ne kadar tıbbi olarak söylemeseniz de sonuçta hem hasta için hem yakınları için bir kurtuluş olacağını gördüğünüzde eğer bu biraz daha sizi teselli ediyor açıkçası ve hasta yakını boyutuyla baktığımızda bence bu böyle.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 72)

4.4.2. Otonomi

Katılımcılar Türkiye’de yaşam sonu kararlarında hastanın özerkliğine saygı göstermede ve buna bağlı olarak yapılacak işlemlerden önce hasta ya da duruma göre hasta yakınlarından onam alınma süreçlerinde çeşitli problemler yaşandığını belirtmişlerdir. Hukuki bir takım düzenlemelerin net olmaması ya da işleyişte organizasyondan kaynaklı bir takım eksikliklerden sorunlar çıkabildiği gibi, temelde ülkemizdeki özerklik ilkesinin klinikteki operasyonelliğini irdelememiz gerekmektedir. Bu bağlamda katılımcıların organ bağıışı özelindeki ifadeleri kişinin kendi hakkında tek başına özerk karar vermesi gerektiğine dair kabulün ülkemizde uygulamada çok net bir karşılık bulamadığına örnek teşkil etmektedir. Yaşamın sonunda verilen birçok karar aile bireylerinin katılımıyla verilmekte ya da hastaya durumunun ne kadar kötü olduğu hakkında hiç bilgi verilmeksizin direkt hasta yakınlarıyla karar verilmektedir. Hekimlerin yaşam sonunda hastaya bilgilendirme yapıp yapmama konusundaki tutumları da farklılık göstermektedir. (Bkz. Bölüm 4.2.4.1. Acilde İkna-Bilgilendirme)

“Türkiye’de biraz açıkçası zor, çünkü suiistimal edilebilir bu durumlar. İşte biraz hani güven problemi zaten var. Hani daha şöyle düşünün, organ bağıışı bile yani sen bağıış yapıyorsun ona rağmen sen öldüğün zaman hani hasta yakınlarına soruluyor Türkiye’de, hani sen bağıış yapıp beyan yapmış olmana rağmen böyle bir durum varken yani öldükten sonrası için bile senin fikrin esas alınmazken, önceki durumlarda hani böyle imzaların olması falan biraz açıkçası yasal açıdan sıkıntılı, güven yok. Yani sen o imzayı verdin organ bağıışı için ama belki seni zorladılar işte. O yüzden yakınına da soruyoruz falan gibi bir şey oluyor.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 58)

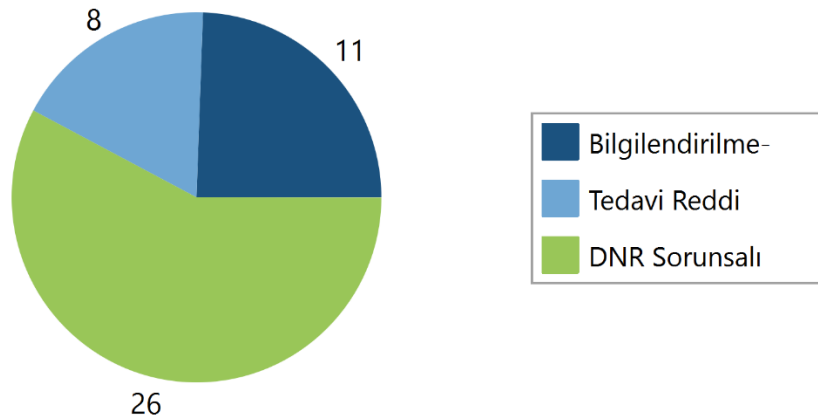
Kategori altında kodlar aracılığıyla sınıflandırılan sorunlar ise bilgilendirilmeye, tedavi reddi ve DNR sorunsalı olmak üzere üç koddan oluşmaktadır. Kodların belge temelli frekans değerleri Tablo 4-28’de gösterilmiştir. Buna göre tüm katılımcılar DNR

sorunsalı üzerine fikir beyan ederken, bilgilendirilme-rıza altı ve tedavi reddi ise beş belgede kodlanmıştır.

Tablo 4-28 Etik bilinç eksikliği kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Otonomi	Belgeler
Bilgilendirilme-Rıza	6
Tedavi Reddi	5
DNR Sorunsalı	11
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Kategoriye ait kodların kodlu bölüm temelli frekans değerleri ise Şekil 4-35'te gösterilmiştir. Buna göre DNR sorunsalı en çok kodlanan kod olmuştur. (Kod frekansı: 26) Sonrasında ise on bir kodlama ile bilgilendirilme-rıza ve sekiz kodlama ile tedavi reddi kodu gelmektedir.



Şekil 4-35 Otonomi kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.4.2.1. Bilgilendirilme-Rıza

Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve bu bilgilendirmenin sonucunda yapılacak işlem için onam alınması süreçlerinde katılımcılar çeşitli problemler yaşandığını ifade etmişlerdir. Burada D3'ün ifadesinde iletişimin kişisel bir beceri olduğu, ekip içinde bazen hem içerik hem de iletişim şekli itibarıyla birbiriyle uyumlu yapılamadığı gibi sorunların olduğu görülmektedir. Devamında D6 ve D1 ifadelerinde ise özellikle yaşamın sonunda bilgilendirme yapmakta hekimlerin zorlandıkları göze çarpmaktadır.

“Bence hasta yakını doktor iletişimi kişisel bir beceri ya da kişisel yani kişiselleştirmek gerekiyor daha doğrusu. Bununla alakalı, sonuçta bizim burası için konuşacak olursak, eğitim kliniğinde aynı hastayı birden fazla hekim takip edebiliyor. Bugün ben takip ediyorum yarın siz takip ediyorsunuz. Aynı hasta hakkında ikimizin de farklı yönlendirmeleri olabiliyor hasta yakınına karşı. Bazen sizin söylemek istemediğiniz fakat hastanın yanlış algıladığı ya da bir önceki hekimle sizin söylediğiniz arasında farklılık olduğunda sorunla karşılaşabiliyorsunuz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 66)

“Yoğun bakımda yatmayan serviste duran bir hasta için artık tıbbi faydasızlık halinde bizim için son dönem kabul ettiğimiz bir hasta çoğunlukla bununla alakalı, hani hasta bana şahsen doktor bey benim durumum nedir, bana açık açık söyle gibi bir cümle sarf ederse onunla tek tek konuşurum ama herhangi bir şey söylemiyorsa kendisinden bir nebze geri planda dururum hani şey vardır.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 40)

“Etik açıdan uygun görmediğim, mesela hastanın rızası çok böyle, hastanın rızası çok olamıyor. Çünkü işlemleri yaparken, çok böyle bir açıklamıyoruz. Mesela bir tane genç bir hasta olmuştu, ben onu Covid servisinde takip etmiştim. Gastroenterolojide batında asit ön tanısı ile yatırılmıştı. 20 yaşında bir hasta, sonra başka şeyler oldu pnömotoraks oldu, tanısını şu an unuttum ama bir sürü başka sıkıntısı oldu. Ne genel cerrahinin ne de dâhiliyenin müdahale edilebilecek bir hasta olduğu düşünülmedi. Cerrahi açıdan ya da dâhiliye kendi açısından bir tedavi başlama gereği duymadı. Bir de hasta Covid servisinde yatıyordu. Bu süreçte acil olmayan şeyler ertelendiği için. Hastanın beslenmesi çok kötü, sürekli kusan bir hasta. Hastane odasında, annesi ve babası yalnız bırakamıyor. Bunlar bir ay boyunca, kızlarıyla beraber anne- baba Covid servisinde, Covid olmamalarına rağmen kaldılar. Tek yatak bir de koltuk. Bu insanların

banyo ihtiyacı oluyor, yani hastane ortamı sonuçta. Bu insanlara en başta, tedavi imkânı olmadığı, elimizden gelecek bir şey yok denilseydi net bir şekilde daha farklı olabilirdi. Çünkü sonra kendileri dediler. Biz tedavileri reddediyoruz, hastayı eve çıkartmak istiyoruz dediler. Çünkü biz hastanın semptomlarını dahi dindiremedik verdiğimiz tedavilerle, aile kendisi fark etti bir şey yapılamadığını. Ben bu duruma sinirlenmiştim. Bilmiyorum, belki Covid olduğundan, bir şeyler çok yavaş ilerledi. Her nöbetimde, bir sürü konsültasyon isteniyor dâhiliyeden cerrahiden, onlar bir şeyler istiyor, bu sefer radyoloji biraz defansif davranıyor, hani oranın sonucunu beklerken, günler geçiyor. Süreç çok uzadı. O insanlar mağdur oldular aslında. Hastalara bu konularda yeterli bilgi verilmemesi... O hasta mesela sürecin bu kadar uzamasını anlamlandıramaz. Ama biz kendi içimizde, işleyişin ağır işlemlerinden dolayı bence o hasta mağdur olmuştu. Ya da en başta hastaya gerçekten doğru bilgilendirme yapılsaydı, böyle bir tanı var, yapabileceğimiz şeyler kısıtlı, bulantılar için bu tedavileri veriyoruz ama fayda sağlamıyor. Onu en rahatsız eden şey kusmasıydı, sürekli kusuyordu. Gerçekten kötü bir durumdu hasta için. Bir de ağrısıydı. Çok yoğun opioid vermemize rağmen ağrıları da devam etti. Sonuçta bunları evde de verebilirdik, bu seçenek sunulabilirdi. En son hasta bunu kendisi talep etti. (Konum 68) (...) Hastadan onam almak için gittiğimizde daha detaylı bilgi verilebilir. Kâğıtları niye verdiğimizizi bile açıklamıyoruz. Vakit de etken tabi ama böyle bir kültür oluşmamış. Ama inisiyatif de önemli. Benim içime sinmediği için, ben açıklamaya çalışıyorum.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 79)

4.4.2.2. Tedavi Reddi

Tedavi reddi kodu bağlamında katılımcılar ağırlıklı olarak iki konu üzerinde durmuşlardır. Öncelikli olarak yoğun bakıma kabulden önceki süreçlerdeki tedavi reddi ya da yoğun bakıma girmeme talebi, ikinci olarak da yoğun bakıma girdikten sonraki yine tedavi reddi ya da yoğun bakımdan çıkma talebi. Anlatılarda tedavi ret formlarının genellikle mutlak tedavi reddi olarak uygulandığı ve ret sonrası hastaların hastaneden ayrıldığı anlaşılmaktadır. Belirli tedavilerin reddedilip, bazılarının devam ettiği bir örneğe anlatıda rastlanılmamıştır. Katılımcı D3’ün tedaviyi reddeden hasta bağlamında “ya niye hastaneye geldin ki sen?” sorusunu yöneltmesi de bu tespiti destekler niteliktedir. Bu durum özellikle Bölüm 4.1.5.2.’de Sorunun Sahibi Kim? başlığında anlatılan yaşamın sonunda ileri tedavileri istemeyen ama semptomatik tedaviye ihtiyaç duyan ve palyatif merkezlerde yer bulamayan hastalar için ciddi bir problem

oluşturmaktadır. İkinci bir husus ise, D4'ün ifadelerinde net bir şekilde görüldüğü üzere bazen de mutlak tedavi reddi olmasına rağmen hekimlerin hukuki baskı ile tedaviye devam etmeleri durumudur.

“Hatta biz bazen bazı olayları alırken, onamları alırken sadece hastadan değil hasta yakınından da alıyoruz. Çünkü hastanın yoğun bakımda yatması ya da genel durumundan dolayı sağlıklı karar veremeyeceğinden dolayı bu beyanı esas almıyoruz. Dolayısıyla böyle bir durumda hastanın tedaviyi kabul etmeme talebi varsa o zaman sorarız ya niye hastaneye geldin ki sen? Yani eğer hastaneye gelmişse bir kişi bunları bilerek gelmiştir.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 48)

“Hasta 100 yaşında olur, bir sürü ek hastalığı olur falan yani bizim Türkiye’de şey yok, yani öyle bırakalım edelim gibi bir durum yok. Yani hasta yakınları istese bile bizim mesela hasta yakını dese ki bana işte serviste bir hasta veya yoğun bakımda vefat edecek artık dese ki müdahale etmeyin, kendi halinde ölsün maalesef bir şey yapamıyoruz, müdahale etmek zorundayız yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 24)

Yoğun bakıma girdikten sonraki süreçte de hekimler genel olarak hastanın istek ve taleplerini dikkate almadıklarını, yoğun bakım deliryumu ya da psikoza nedeniyle hastaların genel olarak tedavileri istemediklerini belirtmişlerdir. Bu durum D10’un ifadelerinde de geçtiği gibi bilinci yerinde olan hasta ile karışma riski taşıdığı için etik açıdan problemlidir. Çünkü katılımcıların ifadelerinde görüldüğü üzere, yoğun bakıma girildikten sonra hastanın taleplerinin dikkate alınmaması mutlak uygulanan bir kuralmış gibi anlatılmaktadır.

“Tedavi ret dediği zaman tedavi ret kısmı hasta yoğun bakıma girene kadar geçerli bir şey yani yoğun bakıma girdikten sonra zaten hastanın kendi beyanında bir geçerliliği kalmıyor çünkü yoğun bakıma girdiği zaman işte yoğun bakım psikoza, yoğun bakım deliryumu gibi şeyler olduğu için orada aslında attığı imzanın bile bir kıymeti kalmadığı için artık yoğun bakımda haliyle oradaki süreç daha farklı işlemeye başlıyor. Hastanın kendi üzerindeki vesayeti kalkmış oluyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 66)

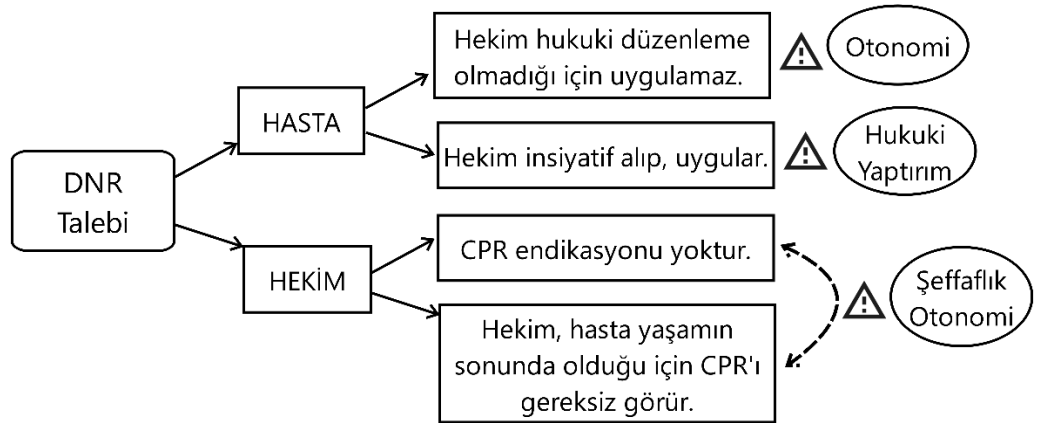
“Yoğun bakım şartlarındaki hastanın kabul etmemesini biz dikkate almıyoruz. Hani şey anlamında temel tedaviler anlamında hani atıyorum başka bir antineoplastik ajan verirsiniz ya işte nakil ya da işte daha agresif tedaviler kısmında mesela Covid’de örnek verecek olursak eğer hani bu Covid’den dolayı verdiğimiz Tocilizumab tedavisinin bazı yan etkilerinden dolayı hasta onam formu alıyoruz. Hani orada anlatarak yan

etkilerinden dolayı bazı sıkıntılarla karşılaşabileceklerini söylediğimizde orada anlayışla karşılayabilirsiniz tedavi durumundan dolayı. Ama genel tedaviyi kabul etmeme ile ilgili beyanı dikkate almıyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 48)

“Böyle çok hasta var, istemiyor. Yani tabi ona saygı duymak lazım. Yani tedaviyi reddeden ve akli başındaysa ama yani bilinci yerindeyse. Bir de deliryumdaki hastalar var, onlarla onları karıştırmamak lazım.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 50)

4.4.2.3. DNR Sorunsalı

“Do not resuscitate” emir cümlesinin kısaltılmış hali olan DNR’ın, solunum veya kalbin durmasından sonra önceden verilen talimat gereği hastaya CPR yani kalp masajı yapılmamasını ifade ettiği ve Türkiye’de DNR talimatı için hukuki bir düzenleme bulunmadığı Bölüm 2.3.8.’de anlatılmıştı. Ve yine DNR kelimesinin klinikte bazı katılımcılar tarafından beyhude tedavi alan hastaları isimlendirmek için kullanıldığı da değinilmişti. (Bkz. Bölüm 4.2.2) katılımcıların tümünün konu hakkında anlatıda bulunduğu DNR sorunsalı kodu ile DNR kapsamında ortaya çıkan etik problemler tartışılmıştır. Bu bağlamda etik sorunlar iki farklı mekanizma ile ortaya çıkmaktadır: (Bkz. Şekil 4-36)



Şekil 4-36 DNR ile ilgili etik sorunların ortaya çıkma mekanizmaları

1. Hastanın hekimden DNR talep etmesi:

Katılımcılar her ne kadar DNR talepleriyle çok sık karşılaşmadıklarını belirtse de böyle bir talep geldiğinde ikileme düştükleri görülmektedir. DNR talebi geldiğinde ne yapacaklarını net bir şekilde ifade etmekte zorlanan çoğunlukta olmakla birlikte,

uygularım diyen de olmuştur. (Bkz. D11) DNR ve hastaların tedavi reddi bağlamında geleceğe yönelik talimat vermesi (hasta vasiyetnamesi) hukuki olarak açık bir şekilde düzenlenmediği için hastanın talebini yerine getirememektedirler. Bu özerklik ilkesi açısından tartışmaya açık bir durumdur. Hekim hastanın kendi yaşamı hakkında aldığı karara saygı duyduğu için inisiyatif alıp DNR'ı uyguladığında ise hukuki yaptırımla karşılaşabilmektedir. Bu durum hukuki zemin olmadığı ve resmî belge düzenlemediği için ayrıca şeffaflık açısından da problemlili ve istismara açıktır. DNR talebinin uygulanmasına dair katılımcı ifadesi:

“Serviste bir tane hasta serviste yatarken yani göğüs hastalıkları olması lazım. Arrest olmuş, önce solunum sonra kardiyak arrest olmuş. Bizim mavi kod ekibi gitmiş. Yakınları demiş ki, hastaya müdahale etmeyin, bizimkiler de etmemişler. Bu büyük, hakikaten olay oldu yani. Çünkü, şimdi hasta yakın böyle bir şey talep ediyor, müdahale etmeyin diye. Şimdi bu hasta yakını yanındaki bir şahitle hastaneyi dava ettiği zaman haklı.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 69)

Katılımcılar ise genel olarak DNR'ın hukuki olarak geçerliliği olması gerektiğini kendilerinin ya da doktor tanıdık ve yakınlarının kendileri için DNR talep ettiklerini hatta ötanazi isteyenlerin dahi olduğunu belirtmektedirler.

“Basit bir konu bu, gayet açık ve net. İnsanlık onuru gereği kişiye yapılmasını istemediği bir şey tabii ki yapmam. Yani ben mesela bana böyle bir durumda resüsitasyon yapılmasını istemiyorum, reanimasyon istemiyorum, hiçbir müdahale istemiyorum. Ben bunu her yerde deklare ediyorum. Yani doğal bir ölüm süreci olsun diyorum. Bana bir meslektaşım, kalabalık bir yerde, bir işte yoğun bakım ve anestezi toplantısı, yine bir yoğun bakımcı arkadaşım dedi ki, Hocam sizi çok seviyoruz, resüsite ederiz dedi. Her yerde anlatıyorum yav, sen beni benden çok mu seviyorsun yani? Bu bir şeydir, kişinin kişilik hakkına saygıdır, ben saygı gösteririm, yani ben yaparım.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 43)

“Buna benzer bir talepte olan bir hocam vardı. Ben eğer genel durumum kötü olan ileri dönem bir hastalığım olursa, beni sakın ha yoğun bakıma göndermeyin dedi bir gün hocamız.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 49)

“Babam hekim dahiliye hekimi devlet hastanesinde çalışıyor. Bana net bir şekilde resüsitasyon istemediğini belirtti birkaç sefer. Hani herhangi bir sağlık problemi falan da yok. Kendisi 60 yaşında, genç aslında. Ama olur da ani ölüm herhangi bir yerde bana

hasıl olursa ve bana resüsitasyon yaptırırsan sana hakkımı helal etmem diyor.” (Konum 50) (...)

“Aramızda öyle mesai arkadaşlarımız var, bizim uzman ağabeylerden bir tanesi işte böyle son dönem hasta için şey dedi bana, böyle bir durumda olursam, anladım abi, yok dedi. Bana direkt iki ampul potasyum yap, hani kalbim dursun, ötanazi istiyor aslında. Aralarında bu tarz talepler olan da var.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 79)

2. Hekimin hasta için DNR planlaması:

Hekimlerin hastaları için resmiyete yansıtmasalar bile resüsitasyonu kısa tutmaları ya da hiç yapmamaları katılımcıların ifadelerinde geçmektedir. Bu durum Bölüm 4.5.2.4.’de Resmiyet ve Uygulama Farkı başlığı altında ayrıntılı tartışılacaktır. Hekimlerin hastaları için DNR planlaması ve uygulaması ise iki şekilde gerçekleşmektedir. İlk durumda hekim CPR endikasyonunun olmadığı için CPR’ı uygulamamakta, ikincisinde ise endikasyonunun olmadığı net bir şekilde tanımlanmaksızın hekim hastayı yaşamın sonundaki umutsuz bir hasta olarak gördüğü için CPR’ı ya kısa tutmakta ya da hiç uygulamamakta ve resmiyette CPR’ın normal şekilde uygulandığını belirtmektedir. CPR endikasyonunun olmaması durumu hekimlerin zihinlerinde de net değildir; kendi aralarında tıbbi bir mutabakat bulunmamaktadır. Resüsitasyonun tıbbi anlamını katılımcılardan D9 çok net bir şekilde açıklamaktadır:

“Türkiye’de DNR yok, Do not entübe yok ya ama ben diyorum ki ya biz yoğun bakımda bir hasta var, işte aldık uğraşıyoruz, entübe ettik, yapay solunum uyguluyoruz, oksijenini artırdık. Solunum makinasındaki desteğini artırdık, tansiyon düştü. Vazopressör başladık, dozu maksimuma çıktık ve hasta cevap işte bir süre sonra cevap vermiyor ve tansiyonu düşüyor. Şimdi benim burada yaptığım zaten resüsitasyon. Yani bu aslında bir resüsitasyon. Yani resüsitasyon demek sadece hastanın üzerine çıkıp masaj yapmak değil, o kattaki hastada olabilir ama benim yoğun bakımda zaten o benim vazopressörün işte dozunu artırmam, ikinci vazopressöre başlamam. İlk önce ona yanıt aldım ama artık ona da yanıt vermiyor. Kalbin yanıtı giderek azalıyor. Bu da resüsitasyon, benim bu hastaya artık masaj yapmam kadar anlamsız bir şey olamaz. Onun için resüsitasyona cevap vermedi diyebilirsiniz sizin bu yaptıklarınız resüsitasyon diyorum çünkü.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 64)

Tıbbi faydasızlık durumu olduğu için özellikle terminal dönem hastalara örneğin palyatif servislerde CPR yapılmadığı ya da özensiz yapıldığına dair katılımcı ifadeleri de

bulunmaktadır. Burada katılımcılar CPR uygulamasında nasıl bir pozisyonda olduklarını belirtmeseler bile tıbbi beyhudelik durumu dolayısıyla CPR'ın yapılmaması gerektiğini düşündüklerini beyan etmişlerdir.

“Mesela bu arada şey mesela 90 yaşında hasta arrest oldu. Hasta çok hızlı döner. Ama dönse, döner bir saat sonra gene arrest olur. Döner 15 dakika sonra bir daha arrest olur. Yani DNR dediğimiz kavram bu aslında. Yani o hastanın yakını ne yaparsa yapsın sadece nöbeti bitirmeye çalışabilirsin. Onun dışında o hasta o yola girmiştir, yani artık, o ölecek yani çok bir şey değiştiremiyorsun yani. Yaptığın tedavilerin de çok faydası yok yani. Hasta yakını beni dışarda dövecek, ben bir yarım saat daha CPR yapayım diye bir şey yok yani. Yani değişecekse zaten yaparsın ama değişmeyecekse yapmanın bir manası yok yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 100)

“Bugün yaşını tam hatırlamıyorum ama 70 vardır. Bir hasta üstelik yani prostat CA, bir sürü metastazı var, arrest oluyor. Bu hastayı resüsite ediyorlar. Yani bunu biz aşağıda tartıştık mesela ekiple. Vizite yaptıktan sonra hep dışarıdaki hastaları konuşuruz. Ben potansiyel neler var diye, sokakta ne var derim hatta. İşte bu hastayı söylediler bana, hasta resüsite edilmişti, masaj yapılmış, kaç dakika falan. Yani biz hepimiz, bizim ekip hem fikirdi. Bu hastaya masaj, CPR yapılmaması yönündeydi.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 62)

“Bu palyatife, hastanın nakledilmesi ve ölümüne refakat edilmesinin indirekt bir resüsitasyon yapılmasın talimatı olduğunu düşünüyorum.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 49)

Hekimlerin hastaları için örtülü bir şekilde DNR planlamalarına dair katılımcı ifadeleri:

“Ama tabi DNR resmi olarak olmasa bile, DNR hakkı insanlara verilmese bile kendisine CPR uygulanmayan hastalar var. Ama bunlar resmi olarak CPR uygulanan hastalar. Yani bunları dökümante etmek ne kadar doğru bilmiyorum ama mesela ne bileyim son dönem kanser hastasından bahsedelim. Yine hiçbir şekilde fayda görmeyeceğini düşündüğümüz bir hasta, yani bu hastaya CPR uygulamazsın, kendi aranda bunu DNR olarak dillendirirsin, ama resmi olarak asla DNR değildir bu hasta. Böyle bir durum söz konusu. Yani burada hastanın kendi isteğinin bir önemi yok, onu söyleyeyim. Yani buradaki fayda görülebilirlik, tamamen hekimlerce karar verilebilen bir şey. (Konum 62) (...) Ama hani CPR uygulanmayan hastaların kararı hekimlerce karar

veriyor. Hastaların veya yakınlarının bu anlamda bir yönlendirmesinin kabul görülebilirliği yok çünkü yani DNR diye bir şey yok. (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 64)

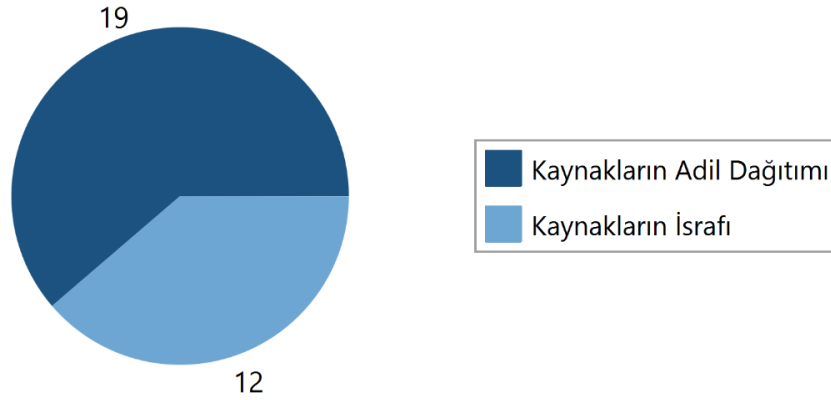
“Ya da arrestte gidiyorum mesela ben oraya, resüsite edilecek. Resüsite edilecek diyor, sonra ben doktorunu arattırıyorum, primer doktorunu, yok yok o hasta resüsite edilmeyecek, o hasta çok kötü prognozlu diyor mesela. (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 36)

4.4.3. Dağıtım (Allocation)

Dağıtım (allocation) kategorisi altında kısıtlı olan yoğun bakım yataklarının adil bir şekilde dağıtılmadığını konu edinen on katılımcının ifadeleri kaynakların adil dağıtımı kodu ile kodlanmış ve beş katılımcının değindiği kaynakların israf edilmesi durumu da kaynakların israfı kodu ile kodlanmıştır. Kategoriye ait kodların belge temelli frekans değerleri Tablo 4-29’da ve kodlu bölüm temelli frekans değerleri ise Şekil 4-37’de gösterilmiştir. Kodların kodlanma sıklığı ise sırasıyla kaynakların adil dağıtımı on dokuz ve kaynakların israfı on iki şeklinde olmuştur.

Tablo 4-29 Dağıtım (allocation) kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Dağıtım (Allocation)	Belgeler
Kaynakların Adil Dağıtımı	10
Kaynakların İsrafı	5
Kodlanmış Belgeler	10
Kodlanmamış Belgeler	1
Analiz Edilen Belgeler	11



Şekil 4-37 Dağıtım (allocation) kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans tablosu

4.4.3.1. Kaynakların Adil Dağıtımı

Kaynakların adil dağıtımı hususunda katılımcılar en çok aslında yoğun bakımda olmaması gereken terminal dönem ya da bakım hastalarının yoğun bakıma alınmasından dolayı, yoğun bakım tedavisinden fayda görecektir acil bir hastaya yer olmadığı için yardımcı olamadıklarından ve bunun var olan kısıtlı kaynağın adil bir şekilde dağıtılamamasına sebep olduğundan bahsetmişlerdir. Konuya dair katılımcı ifadeleri:

“Adalet ne kadar mümkün olur? Yani bir hastayı alırsın. O hastayı sen aldıktan yoğun bakıma kabul ettikten 20 dakika sonra çok daha faydalı olabileceğin, belki yoğun bakıma kesinlikle daha fazla hak eden bir hasta için danışır, ama son yerini doldurmuşundur. Konu bitmiştir yani. Ne kadar adil olabilir?” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 66)

“(…) bu hastayı yoğun bakıma, yani şimdi bu hastaya cerrah hiçbir şey yapmamış. Onkolog hiçbir şey yapmamış. Ama sen yoğun bakımçı olarak, bu hastaya hiçbir şey yapılamaz, almıyorum diyemiyorsun Türkiye’de. Niye, onlar diyebilmiş? Ben diyemiyorum. Ne buna hasta yakını hazır ne diğer doktorlar hazır, doktorlar da bunu kabul etmiyor. Şimdi burada çok ciddi sıkıntı var. Kaynakların kötü kullanımı, yoğun bakım yatağı, maliyet, hastaya eziyet, bir sürü şey var bununla ilgili bence.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 25)

“Bunu her yer yapabilir. Birinci basamak bir yoğun bakım yapabilir, palyatif yapabilir, evdekiler yapabilir. Birçok yerde tedavi, tedavi de değil artık, o hastanın yaşamını sürdürmesi. Ama onun, biz yapamadığımız için mesela acilde gencecik bir

hasta, trafik kazası geliyor. Yapabileceğiniz şeyler var ve yapamıyorsunuz. (Konum 66) (...). O arada aşağı hasta geliyor acile, genç bir travma hastası, alamıyoruz, yatak yok! Ama her seferinde şunu söylüyorum, yani bu hasta bir yere gidebilseydi, işte eve alabilseydiler ya da palyatif merkezimiz olsaydı, aşağıdaki hastayı kabul edebilecektik. Bu hem hemşireyi, asistanı, beni hepimizi demoralize ediyor.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 66)

“Palyatif bakım olmaması hastanın o yatağı bloke etmesi gibi kötü bir sonuca sebep oluyor. Yani bunda tabi işte toplumsal ve adalet ilkesine nasıl etkilediğini siz de en az benim kadar iyi biliyorsunuz.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 49)

4.4.3.2. Kaynakların İsrafı

Katılımcılar kısıtlı yoğun bakım kaynağının adil bir şekilde dağıtılmamasını sadece adalet ilkesi bakımından problemli olmadığını, aynı zamanda ülke kaynaklarının da israf edildiğini vurgulamışlardır.

“Hatta bir kongrede şey demişti Almanya’da bir hekim, yani yatak sayılarını söylediler. Bizim Türkiye’nin yatak sayısı, nüfusları hemen hemen benzer Almanya’yla bizim yani beş on milyon az veya çoğuz, onu şimdi tam bilmiyorum. Yani onların yoğun bakım yatak sayısı söylediğine göre, bizimkinin yarısı üçte birine yakın bir rakamdı. Dedi ki, yani biz o kadar zengin bir ülke değiliz, bu kadar yoğun bakım yatağımız olsun. Çünkü çok maliyetli şeyler. Yoğun bakım yatışı yani ciddi derecede kullandığımız ilaçlar, kullanılan malzemeler... Yani normal mesela serviste iki hemşireyle 40 yatağı, iki doktor veya bir doktor, iki hemşire nöbette takip edebilirsiniz ama yoğun bakımda iki tane hastaya bir tane hemşire vermek zorundasınız. Çünkü onun çok fazla işi olur. Yani yoğun işi olur, sıkı takip gerekir. Yani bunlar tabi maliyeti çok fazla artıran şeyler. Yani bırakamazsınız, mesela en fazla 20 yatağa bir doktor bırakırsınız. Daha fazlasını idare edemez yani. Çünkü aynı anda iki hasta üç hasta kötüleşebilir. Bunlara müdahale edecek ekip gerekli. Onu da önceden önlem almanız gerekiyor. Bu da ciddi maliyeti arttıran şeyler aslında devlete ama biz de tabi var ve ihtiyaç da var. Yani sürekli bizim yoğun bakım yatakları doludur yani.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 17)

“Burada mesela palyatif bakımın da takip edebileceği bir hasta varken, aşağıdaki hastayı alamamak bir kere bizim en çok burada gündeme gelir. Yani hani para pul da bir tarafa yani pahalılığı da bir tarafa. Yararlı olacağınız bir hastayı alamamış oluyorsunuz. Bu hep yani olumsuz. Bir de sonuçta palyatif bakım dediğinizin fiyatı ben çok net

bilmiyorum ama gecelik yatağı 300 lira civarında. Yoğun bakım yatağı 1000 lira civarında. Şimdi biz 1000 liralık yerde 300 liralık iş yapıyoruz, bakarsanız. Bu da insanın canını sıkıyor ve o hastada yapabileceğiniz başka hiçbir şey yok.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 69)

Katılımcıların bazıları ise sağlık sistemi içerisinde kaynakların kısıtlı olduğu bakış açısında problem olduğunu vurgulamışlardır. İhtiyaç arttıkça personel sayısına ya da yatan hasta profiline bakılmaksızın yoğun bakım yatak sayılarının arttırılması bu duruma da örnek teşkil etmektedir. Ama buradaki temel hata kaynağın sadece teknik ekipman olarak değerlendirilmesi, insan kaynağının israf edilmiş olmasının göz ardı edilmesidir.

“Yani çok bir rolü yok aslında. Bu anlamda çok büyük sıkıntılar çekmiyoruz. Yani yatak olmadığı için işte, çok nasıl söyleyeyim, çok zor durumda kalmadığımız için belki de oradaki imkân kısıtlılığı bu durumu yönlendirmiyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 85)

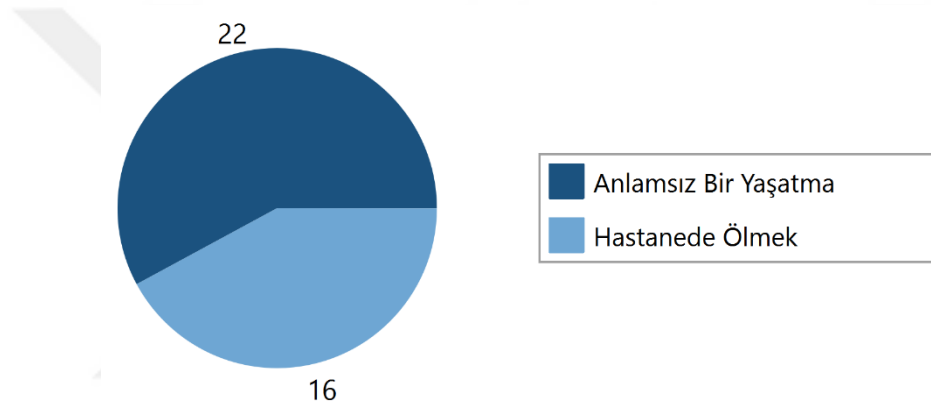
“Yok böyle bir gündemimiz yok yani. Bu de belki şundan, elimizde yeterli malzememiz var yani. Ama Covid ilk başladığında şöyle bir şey oldu. Devlet bize birer tane N95 maske verdi, bunları bir ay kullanacaksınız dedi. Normalde tek kullanımlık. Bir kaynağın kısıtlı olduğunu orada yaşadık ama normalde hiçbir kaynakta kısıtlılık yaşamıyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 94)

4.4.4. İnsanî Ölüm Hakkı

İnsanî ölüm hakkı kategorisi altında anlamsız bir yaşatma sevdası ve hastanede ölmek olmak üzere iki kod bulunmaktadır. Kodların belge temelli frekans değerleri Tablo 4-30’da ve kodlu bölüm temelli grafik değerleri ise Şekil 4-38’de gösterilmiştir. Buna göre anlamsız bir yaşatma sevdası kodu on belgede 22 kez kodlanırken, hastanede ölmek kodu sekiz belgede on altı kez kodlanmıştır.

Tablo 4-30 İnsanî ölüm hakkı kategorisinin belge temelli frekans tablosu

İnsanî Ölüm Hakkı	Belgeler
Anlamsız Bir Yaşatma Sevdası	10
Hastanede Ölmek	8
Kodlanmış Belgeler	10
Kodlanmamış Belgeler	1
Analiz Edilen Belgeler	11

**Şekil 4-38 İnsanî ölüm hakkı kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği**

4.4.4.1. Anlamsız Bir Yaşatma Sevdası

Katılımcılar insanların artık anlamsız bir yaşatma sevdası güttüklerini ve buna bağlı olarak hem işleyişte aksaklıkların ortaya çıktığını hem de bu durumun bir takım etik problemlere sebep olduğunu belirtmişlerdir. İşleyişteki en büyük problemi, hasta yakınlarının hem tedaviye devam edilmesini istemesi hem de sürecin uzamasıyla birlikte hastalarıyla ilgilenmeyi bırakması ve deyim yerindeyse hastaların terk edilmiş bir şekilde hastanelerde kalması oluşturmaktadır. Bununla birlikte özellikle tedaviyi kaldıramayacak durumda olan çok yaşlı hastaların, yaşatılmaya zorlanması hastaların ölüm süreçlerinin uzamasına sebep olmaktadır. Bu bağlamda endikasyon olmadığı halde hukuki ya da sosyal baskıdan dolayı yapılan CPR uygulamaları özellikle dikkat çekicidir. Sonuç olarak son raddeye kadar yaşatma derdi ile maksimal tedavi yapılması ve bundan dolayı yapılan tüm uygulamaların kişinin insanlık şerefine yakışır bir şekilde ölmesine engel olduğu

belirtilmiştir. Bu yaşatma sevdasının ölüm korkusu ve ölümü evlerinden uzaklaştırma isteğiyle ilişkilendiren katılımcılar da olmuştur. (Bkz.D11) Bu bağlamda bu tespitlerin psikolojik ve sosyal olarak da araştırılması gerekmektedir. Anlamsız yaşama ve yaşatma sevdasına dair katılımcı ifadeleri:

“(DNR talebi bağlamında) hayır, hiç görmedim ben Allah’a şükür Türkiye’de, hiç böyle bir şey. [Gülüyor] Herkes sonsuza kadar yaşamak istiyor. Yani yaşamdan ne anlıyor? Hani bizim inançlarımız nerede, tevekkeltü al’Allah sözü nerede, bunları bilmiyorum ya bunların hiçbirisi yok. Yok yani, dindarı, dinsizi hepsi aynı. (Konum 41) (...) Burada bir kişinin kendi ölümüyle yüzleşmemesi var, benim kişisel görüşüm. Birincisi çok ciddi bir toplumsal olarak ölüm korkusu, acayip bir ölüm korkusu, ölümü kamusal alana uzaklaştırma eğilimi. Birincisi bu benim, yani kendi çıkarımların.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 51)

“Son ana kadar, son raddeye kadar yani tamamen her şey bitip de rigor mortis gelişene kadar desteklemenizi istiyor hasta yakınları. Yani kalbi durmuş olsa ben o hastaya bir saat boyunca aktif CPR yapmış olsam dahi hasta yakını gözünde yaptığım şey yetmemiş olabiliyor. Daha fazlasını yapsam döner miydi acaba sorusu olabiliyor veya belki uzun süre CPR’a bağlı artık sternumu lime lime olmuş olan bir hastanın bile daha da devam edilmesi gerektiğini düşünüyor olabilirler yani. Bu konu belki biraz mesele oluyor olabilir.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 79)

Endikasyon olmadığı halde yapılan CPR uygulamalarının hastaya eziyete dönüştüğüne dair katılımcı ifadeleri:

“Bir anlamda başka bir hastaya yaptığın CPR onun hayatını kurtarmak için yaptığım, mucizevi ve çok kıymetli bir şeyken başka bir hasta üzerinde yaptığım zaman ona eziyet ettiğini düşünüyorsun.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 80)

“Kaşektik hastalar oluyor, müdahalede costalarının elimin altında kırıldığını hissediyorum, böyle empati de yapıyorum, içim acıyor CPR ı yaparken bir taraftan. Diğer türlü de ilacı yapmayayım, vermeyeyim de içime sinen bir şey değil. Kendimi kötü hissediyorum. Belki daha rahat olabileceğim bir şekilde davranabilirim, böyle söylenmiş, ama ben yine de bir şeyler yapmaya çalışıyorum, sonra da kendime soruyorum, ne oldu yani şimdi? Arafta kaldığım bir şey ama o tedaviyi vermek beni rahatlatan bir şey oluyor. Tanıma da bakınca, yaptığımız çok da anlamlı değil. Ama psikolojik açıdan rahatlatıcı bir şey.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 51)

Hastanelerde terkedilmiş durumda olan hastalara dair katılımcı ifadeleri:

“Hiç maalesef ilgiyi kesip hastayı sahipsiz bırakan vakalarla karşılaştığımız da oldu maalesef.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 40)

“Hastalar bazen şey yaptığı oluyor hasta yakınlarının, yani ben bunu eve almazsam bunu dışarıya yollayacaklar. İyisi mi ben bunu eve alacağım diyeyim ama almayayım, uzatayım süreci, hasta burada kalsın gibi. O şekilde kaldığı da olabiliyor bazen. Bunu da ister istemez fark ediyoruz. İşler böyle iyice çok çıkmaza girdiyse sıkıştırdığımız oluyor hasta yakınlarını.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 71)

“Ama yok hem hastayı evine götürmüyor yakını hem de palyatif merkezlerde yer de yoksa bu şekilde uzun süre takip ettiğimiz hastalar oluyor. Süre vermek gerekirse, benim üç yıl boyunca hemen hemen benden önce yoğun bakıma başlamadan önce takip ettiğimiz ve yakın zamana kadar da takibini sürdürdüğümüz bir hastamız olmuştu Dolayısıyla bu süre belki başka yerlerde daha uzun bir süre de olabilir ama dediğim gibi hastayı ortada bırakmadan tedavisine devam ediyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 25)

Yukarıdaki ifadelerde hasta yakınlarının tavırlarının çok önemli olduğu görülmektedir. Hasta yakınları sadece ölüm korkusuyla böyle davranmayıp, bazen toplum karşısında “hastasına bakmadı” durumuna düşmemek için de bu şekilde davranabilmektedirler. Hastalarının hastanede kalması toplum nezdinde onların hastalarıyla ilgilendiğinin bir göstergesi olabilmektedir. Ama bir hastanın endikasyonu bittiği halde sırf hasta yakını evine almadığı ya da uygun bir bakım evi olmadığı için yoğun bakımda kalmaya devam etmesi etik açıdan kabul edilemez. Bu durumun örneğin enfeksiyon riskini arttırmasından dolayı hastanın sağlığına da zarar verebileceğinden Bölüm 4.2.5.3.’te bahsedilmişti. Bir önceki bölümde bahsedildiği üzere kaynakların adil dağıtımı açısından da kabul edilemez. Ama bu bağlamdaki etik sorunlar sadece bunlarla sınırlı değildir. Burada aynı zamanda hastanın, hasta yakınlarının yaklaşım ve ihmalkarlıkları yüzünden araçsallaştırılması ve insanî bir ölüm sürecinden mahrum edilmesi de söz konusudur.

4.4.4.2. Hastanede Ölmek

Bir önceki bölümün bir sonucu olarak katılımcılar hastanede ölmenin birçok açıdan istenmemesi gereken bir durum olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ölümün

medikalize edilmesi, yani cihazlara bağı ve ağır tedaviler altında bir canhıraş mücadele içerisinde tek başına ölmek katılımcılar tarafından kendi adlarına istemedikleri bir ölüm şekli olarak anlatılmıştır. Bir şekilde hastanede ölmek durumunda kalanlar için de ülkemizdeki dini ve manevi destek verilme hizmetinin de çok yetersiz olduğunu, özellikle palyatif merkezlerde bu hizmetin verilmemesinin çok büyük eksiklik olduğunu vurgulamışlardır. Ek olarak bir önceki maddede değinilen ölümün kamusal alana itilmeye çalışılmasının bu duruma temel oluşturduğu bu bağlam içerisinde de yine belirtilmiştir:

“Eskiden evde ölsün çok istiyorlardı. Yani bundan on yıl önce zorla hastayı götürmek isteyen bir grup vardı. Yani çoğu öyle yapmak istiyordu. Diyordu ki, ben annemi babamı eve götüreceğim. Evde ölmek ister, hastanede ölmek istemez denilirdi. On yıl önce genelde böyleydi. O durumda şöyle yapıyorduk, hastayı kapının önüne çıkarsanız kaybedeceğiniz belli ise bu sorumluluğu almak çok zor. Ben şöyle diyorum, hemen gidin mesela üç kardeş var, biri gitsin diyor, biri kalsın diyor, vasi tayini çıkarın, hanginiz vasi olursa onun dediğini yapacağız deyip, böyle yapıyorduk. Fakat son on yılda zaten kimse evde ölsün istemiyor. Yani terminal dönem kanser götürün ve evde ölsün denilen hasta en ufak mesela bulantı kusma oldu diye getiriyorlar. Acile geliyor bu hastalar ya da işte bir şekilde getiriyorlar. Yani hastanede ölsün artık yeni şey bu, burada kalsın, burada ölsün.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 46)

Yoğun bakımda ölmek istemediğini belirten katılımcı ifadesi:

“Bir de insan kendini çok düşünüyor. Yani yoğun bakımda çalışan insanlar asla yoğun bakımda ölmek istemezler. Kimse istemez, yoğun bakımda ölmek de oradaki yalnızlığı gördüğüm zaman yalnız başına ölüyorsun. Başında dua eden kimse yok. O sırada ne bileyim vefat ederken elini tutan kimse yok. Birileri belki üstünde canhıraş tepinirken can veriyorsun falan yani oradaki tabloları görünce insan kendini düşünüyor. Ben bu şekilde olmak istemem diye şey yapıyorsun.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 60)

Hastane ve palyatif merkezlerde yeterli dini ve manevi destek verilememesine dair katılımcı ifadeleri:

“Normalde palyatiflerde işte, onların ismine ne diyorlardı, dini olarak aslında insanları destekleyen, manevi açıdan destekleyen biri bizim hastanede yok. Bazı yerlerde varmış. Hocamız da bunun eksikliğinden bahsediyor. Belki böyle bir personel olsa daha farklı ilerleyebilirdi. Normalde palyatifte olması gerekiyormuş, öyle diyorlar.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 68)

“Hastaların belki de sistem içerisinde oradan oraya oradan oraya geçmesi, onları yıpratıyor belki de. Tabii bunun manevi olarak hiç desteklemediğini vs düşünürsek bu nokta çok önemli. Bir diğer nokta da tabii hekimler her ne kadar bu bilinç ve şuurda olsa da bazen yardımcı personel işte hemşire vs. bazen onlar da olmayabiliyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 78)

4.4.5. Etik Problemler Temasının Analiz Sonuçları

- Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik farkındalığının artması için, etik alt yapılarının güçlendirilmesi ve bu bağlamda etik alanındaki eğitimlerin desteklenmesi gerekmektedir. Buna paralel olarak klinik işleyişin de etik hassasiyetler çerçevesinde olmasına dair politikalar geliştirilip, kontrol mekanizmaları oluşturulmalıdır. Klinikte karşılığı olmayan teorik bir etik eğitiminin verilmesi muhaldir.
- Hem bu çalışmada hem yapılan başka çalışmalarda (Dinçer, 2019) sağlık personelinin defansif bir şekilde palyatif merkezlerde CPR uyguladığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda özellikle palyatif bakım merkezleri için de resmi bir düzenleme getirilmesine ihtiyaç vardır. Palyatif bakım merkezlerinde hastaya CPR uygulanıp uygulanmayacağı endikasyonun olup olmaması perspektifinden net bir şekilde düzenlenmelidir. (Bkz. Bölüm 2.3.8.)
- Katılımcılar, yoğun bakımda beyhude tedavilerin yapılmasının kaynakların adil dağıtımı açısından problemli olduğunu belirtmektedirler. Bu durum bir yandan adalet ilkesi açısından kabul edilemezken diğer yandan da kaynakların israfına sebep olmaktadır. Ek olarak yoğun bakım yatağından fayda görecekt hastanın yer bulamamasından dolayı tedaviden mahrum bırakılmış olması ile de sonuçlanmaktadır.
- Yaşamın sonunda verilen kararların sağlık çalışanları ve hasta- hasta yakınları perspektiflerinden hukuki, etik, psiko-sosyal, dini olmak üzere birçok boyutu bulunmaktadır.

4.5. Karar Verme

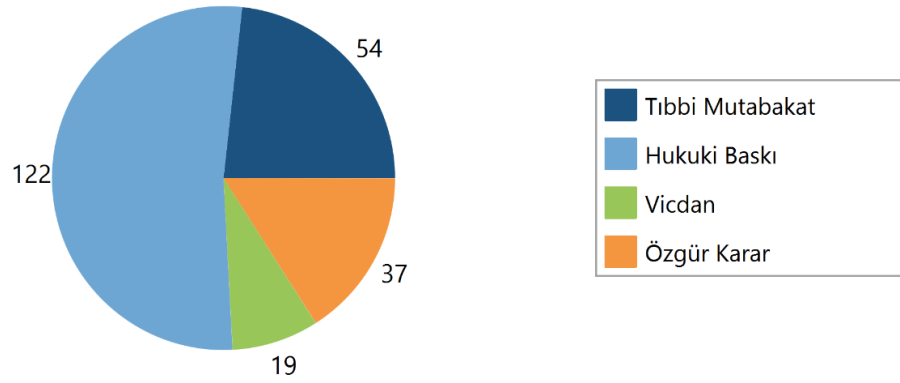
Temaların içerisinde merkezde bulunan ve gömülü teorinin de çekirdek kodunu oluşturan karar verme teması içerisinde hekimlerin yaşamın sonunda beyhude tedavi bağlamındaki kararlarını nasıl ve hangi ahlaki ilkeler doğrultusunda verdikleri

incelenmiştir. Bu bağlamda tıbbi mutabakat, hukuki baskı, vicdan, özgür karar verememek ve çıkar ilişkisi-torpil olmak üzere beş kategori belirlenmiştir. Kategorilerin belgelerdeki kodlanma dağılımları Tablo 4-31’de karar verme temasının belge temelli frekans tablosunda gösterilmiştir. Buna göre tıbbi mutabakat ve hukuki baskı başlıklarına bütün katılımcılar değinmiştir. Sekizer katılımcı ise, vicdan ve çıkar ilişkisi-torpil başlıklarına değinmiştir.

Tablo 4-31 Karar verme temasının belge temelli frekans tablosu

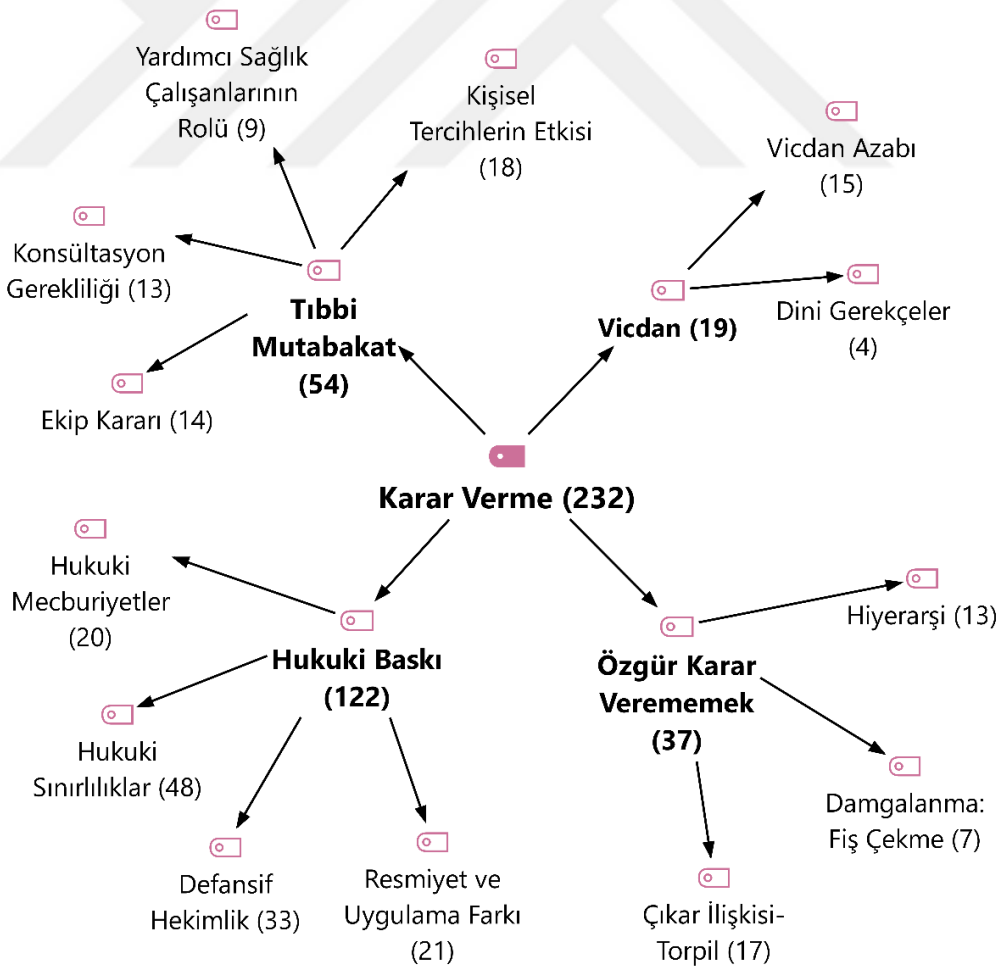
Karar Verme	Belgeler
Tıbbi Mutabakat	11
Hukuki Baskı	11
Vicdan	8
Özgür Karar Verememek	8
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Karar verme temasına ait kategorilerin kodlu bölüm temelli frekans değerleri ise Şekil 4-39’da gösterilmiştir. Buna göre kodlamaların yarısından fazlası 122 kodlama ile hukuki baskı kategorisi için yapılmıştır. Katılımcıların tamamı bu başlık altında farklı alt başlık ve örnekler üzerinden çok zengin bir veri sunmuştur. Devamında ise 54 kodlama ile tıbbi mutabakat kodu gelmektedir. Sonrasında ise özgür karar verememek (37) ve vicdan (19) kategorileri gelmektedir.



Şekil 4-39 Karar verme temasının kodlu bölüm temelli frekans grafiği

Karar verme temasına ait kategori ve kodların bir arada gösterildiği hiyerarşik kod alt kod modeli ise Şekil 4-40'ta gösterilmiştir. Parantez içerisinde sayılar kod temelli frekansları ifade etmektedir.



Şekil 4-40 Karar verme temasının hiyerarşik kod alt kod modeli

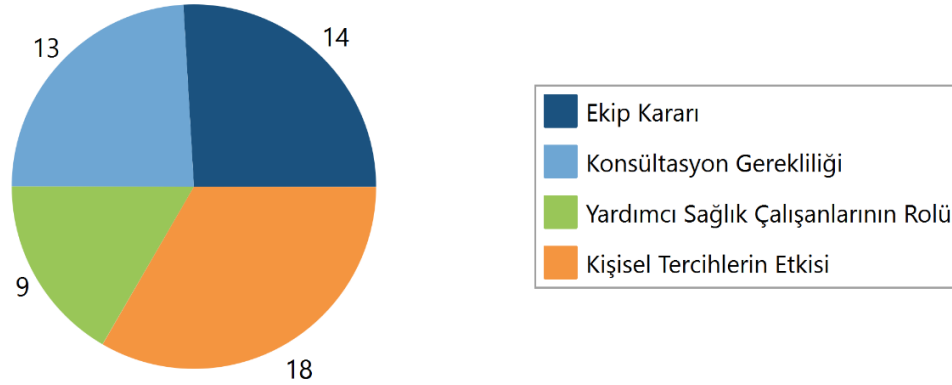
4.5.1. Tıbbi Mutabakat

Katılımcıların tamamı beyhude tedavi bağlamında kararların tıbbi kararlar olduğunu ve genellikle bu kararları hekimlerin tek başına vermediklerini, bundan dolayı kararların tıbbi mutabakatı yansıttığını belirtse de bu tıbbi mutabakata nasıl bir süreçle ulaşılacağı net bir uzlaşma ile ifade edilmemiştir. Aynı zamanda tıbbi mutabakat kişisel tercihlerin etkisinden de varestedir. Ek olarak hemşire, fizyoterapist gibi yardımcı personelin karar verme süreçlerindeki rolü de net değildir. Bu bağlamda bu kategori altındaki kodlar ekip kararı, konsültasyon gerekliliği, yardımcı sağlık çalışanlarının rolü ve kişisel tercihlerin etkisi olmak üzere dört kod olarak sınıflandırılmıştır. Kodlara dair kaç katılımcının fikir beyan ettiğinin sayısı Tablo 4-32’de tıbbi mutabakat kategorisinin belge temelli frekans tablosunda gösterilmiştir. Buna göre on katılımcı ekip kararı, sekiz katılımcı yardımcı sağlık çalışanlarının rolü, altı katılımcı konsültasyon gerekliliği ve beş katılımcı kişisel tercihlerin etkisi üzerine fikir beyan etmiştir.

Tablo 4-32 Tıbbi Mutabakat kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Tıbbi Mutabakat	Belgeler
Ekip Kararı	10
Konsültasyon Gerekliliği	6
Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü	8
Kişisel Tercihlerin Etkisi	5
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Tıbbi mutabakat kategorisi altındaki kodların kodlanma frekansları ise Şekil 4-41’de kategorinin kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde gösterilmiştir. Buna göre on sekiz kodlama ile en çok kodlanan kod sadece beş katılımcının temas ettiği kişisel tercihlerin etkisi kodu olmuştur. Sonrasında sırasıyla ekip kararı (14), konsültasyon gerekliliği (13) ve yardımcı sağlık çalışanlarının rolü (9) kodları gelmektedir.



Şekil 4-41 Tıbbi Mutabakat kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.5.1.1. Ekip Kararı

Tıbbi beyhudeleşimin tespiti ve sonrasındaki işleyişin belirlenmesinin tıbbi veriler ve tecrübe doğrultusunda ekip kararıyla alınmasından kasıt, genel olarak vizitede hastanın durumunun istişare edilmesi ve sorumlu uzman ya da hocanın son kararı söylemesiyle kararın alınmasıdır. Burada ekibin istişarede benimsediği metoda dair ayrıntı paylaşan katılımcı olmamıştır. Vizitede ekip kararıyla kararların alınmasına dair katılımcı ifadeleri:

“Tabi hocanın yani bizim anestezi yoğun bakım için konuşacak olursak, hocamızın, hocaların yaptığı bizimle yaptığı vizitelerde ortak alınan kararlar bunlar ama tabi başta hocalarımızın olduğu kararlar. Şundan dolayı hani bence böyle olmalı zaten. Çünkü el elden üstündür. Sen tek başına dersin ki bu hasta son dönem artık, sonra biri der ki ama sen bak bunu unutmuşsun. Şunu yapmalıyız, bunu yapmalıyız diyebilir yani o yüzden bu işin ehli insanların bir hasta üzerinde toplaşıp konsensüs yapması ve bu karara ortak varması her zaman daha verimli. Birinin unuttuğu bir şey olabilir ya bak böyle olabilir. Şu şöyle yapmış yapmanız gerekebilir, bu tek başına verecek bir karar değil.”
(D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 44)

“Dediğim gibi üniversite eğitim kliniğinde olduğumuz için hasta değerlendirmelerimiz vizite şartlarında gerçekleşiyor ve üst seviyeden de ilgili öğretim görevlisinin de kontrollü oluyor. Yani burada işte asistan, uzman yan dal asistanı, uzman hoca vb. sıralamayı arttırabilirsiniz her üniversitedeki duruma göre. Biz de bu durumu

genel vizitelerde hastalığın gidişatına göre topluca bir karar veriyoruz.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 34)

“Kendi içimizde ekip olarak hani ne yapılabilir bu hastaya diye konuştuğumuzda, işte bir arkadaşım diyor ki karaciğer destek sistemi yapabiliriz. Bir arkadaşım diyor ki onkoloji ile tekrar konuşalım işte radyasyon onkolojisi ile tüm üzerine işte radyoterapi yapar mı ya da işte şu mu yapılır, bu mu yapılır vb. kendi içimizde bir terminal dönem olduğunu ben biliyorum hani buranın sorumlusu olarak, buna bir şey yapılamayacağını biliyorum ama biz mesela terminal dönemdir, endikasyonu yoktur diye yazılabilenlerde yazdırıyoruz dosyada bulunsun diye. Yani yapmayacağını biliyoruz da hani bunu, bu nedenle yapmıyoruz demek değil de işte onkoloji asistanı geliyor diyor ki, onkoloji doktoru, hasta terminal tümördür, kanserdir, herhangi bir girişim düşünülmemiştir diyor. Bu hani bizim arkamızı dayadığımız desteğimiz, ilgili bölümlerin hemfikir olduğu bir tablo çıkarmak. Yoksa biz ne yapacağımızı ne yapmayacağımızı aslında çok iyi biliyoruz. Hangi hastada nerede duracağımızı çok iyi biliyoruz ama yasalar karşısında hani yasa bana yoğun bakım hekimi buna karar vermiş, endikasyonu yok demiyor. (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 37)

“Hastanın fayda görebilirler noktasında bir mutabakata varmak zor olmuyor. Bir rehber olması şartı yok burada. En nihayetinde bir bilgi birikimi var, bir tecrübe var. Bununla birlikte bu hasta fayda görür görmez noktasında ortak bir kanaat oluşturulabiliyor. Bir rehber eşliğinde olmasa bile işte ne bileyim septik şokta bir hasta son dozdan artık alacağı bütün inotrop desteklerini alıyor. Bütün antibiyotik tedavisi düzenlenmiş, alması gerekiyorsa almış yapılabilecek her şey yapılmış. Hasta artık bir daha pozitif dönemeyecek verilerle belgelenmiştir. Kan gazı değerleri olsun, tansiyon değerleri olsun işte ne bileyim. Hastanın bazı refleksleri olsun, bunlarla ilgili değerlendirmeler sonucunda hekimler kendi aralarında bu hastanın fayda görmeyeceği ortak kararına varabilir ve buna göre tedavisi yönlendirebiliyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 44)

Yedi gün yirmi dört saat aralıksız hizmet verilen yoğun bakımlarda, hafta sonları ya da nöbetlerde her zaman vizitede karar alınmasını beklemek tabii ki mümkün olmayacaktır. Bu zaman zarflarında yoğun bakımda bulunan hekimlerin beyhudedik bağlamında karar almaları elbette icap edecektir. Burada katılımcılardan bazıları yine elden geldiğince istişare edildiğini beyan etmektedir. Duruma dair katılımcı ifadesi:

“Bizim hastanede yoğun bakımın bir sorumlu hekimi bulunuyor. Yoğun bakımın gündüz çalışmalarında aktif rol alan asistan arkadaşlar oluyor. Çoğunlukla gündüz sorumlusu ve o dönemin sorumlu asistanın verdiği bir karar halinde oluyor ama nöbet saatlerinde veya hafta sonu nöbetlerinde yerine göre bu karar bize de kalabiliyor. Bizde onu hem o şeyin bulunduğumuz yoğun bakımın gündüz asistanıyla, o günün nöbetçi uzmanıyla hem de yerine göre de yoğun bakımın sorumlu hekimi ile istişare ederek karar veriyoruz.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 38)

Burada ekip kararının standart olarak sadece vizitelere bağlı olması, istişarede izlenecek yolun net olmaması ve vizite yapılmaksızın karar verilmesi gereken zamanlarda işleyişin nasıl olması gerektiğinin net olmaması etik açıdan problemlidir.

4.5.1.2. Konsültasyon Gerekliliği

Her ne kadar katılımcılar vizite sırasında beyhudelik durumunun tespitinin tıbbi mutabakatla yapılabileceğini belirtmeler de altı katılımcı özellikle bazı uzmanlık isteyen hastalık durumlarında beyhudeliğin tespiti için ilgili bölüm ya da bölümlerle konsültasyon yapılması gerektiğini belirtmiştir. Burada D2’nin bir önceki bölümde kanser hastaları ve septik şok örneğinde kararı yoğun bakımdaki uzman hekimlerin ortak bir mutabakatla verebileceğini söylerken, konuşmanın devamında uzmanlık gerektiren hastalıklarda konsültasyon yapılması gerektiğini belirtmesi dikkat çekicidir:

“Ama mesela nörolojik vakalarda işte mesela beyin cerrahisi hastası olduğu zaman oradaki şeyi biz çok değerlendirmeyebiliyoruz. Bu hastalığın fayda görebilirlik şeyini o zaman kendi hekimi ile iletişim kuruyoruz. İşte bir travma hastası geliyor, işte bazılarının mesela beş yerde kanaması oluyor, diyor ki, yok bu iyileşir. Bazı yerde bir tane küçük kanama oluyor ki bundan bir şey olmaz. Hani oradaki kararı tamamen kendi hekimleriyle konuşarak karar veriyoruz. Yani beyin cerrahi hekimlerince “bu hastadan bir beklentiniz var mı?” diye soruyoruz mesela. Ufak da olsa bir beklentimiz var dediği durum oluyor ya da kesinlikle hiçbir beklentimiz yok dediği şeyler oluyor. Bu durumlarda onlara danışıyorum. Yani oradaki mevcut bir durumu kendimiz yeterince tahkik edemediğimiz zaman başka branşlarla iletişim kuruyoruz.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 51)

“Bunun iki ucu var tabi, yoğun bakım hizmeti var bir de işte diyelim, hastanın asıl tanısı ne bu hasta akciğer CA ise bir göğüs hastalıkları doktoru ya da bir onkoloji doktoru ya da bir işte. SVO geçirmiş, artık ileri felçleri olan böyle bir hasta bunu nöroloji ile,

yani yoğun bakımdaki sorumlu hekim ve ilgili branş arasındaki iletişimle aslında kuruluyor ve belli kriterler var işte buna tedavi verdiğiniz zaman faydalı olabilecek mi diye hem yoğun bakımcı hem nörolog açısından, eğer fayda yoksa o zaman bu hastanın palyatif olarak takip edilmesine karar veriliyor. Burada bir üçüncü kişi devreye girmiş oluyor, palyatif tedaviden sorumlu hekim.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 39)

“Hastanın primer doktoruyla durumunu daha detaylı konuşturuyorum, konuşuyorum, primer doktoruyla. Çünkü şöyle olabiliyor, hemen örnek vereyim. Hematoloji hastası, hematoloji, dahiliye servisinde yatıyor ve geceki nöbetçi o servisin doktoru değil, nefroloji doktoru gece nöbette. Hasta kötüleşiyor bizden konsültasyon isteniyor. Şimdi gidiyorsunuz oraya. Mesela şunlarla karşılaşıyoruz. Hasta yakını yok. Ben söylemiştim. Biz yoğun bakım istemiyoruz diyor mesela. Bunla karşılaşıyoruz ya da ne bileyim işte hasta kötüleşti, nefroloji doktoru gece nöbetçi, şey gidiyoruz diyoruz ki hani bu hasta da şunlar şunlar, yani problemler var. Bu hastanın prognozu nedir? Tedavisinin hangi aşamasında bu hasta, yani öğrenmek, ben bir sürü şey öğrenmek istiyorum, yani kemoterapi almıştır. Şu anki pansitopeni enfeksiyondur, enfeksiyon dönemi geçirirse hasta belki iyi olacak, bu benim için önemli. O hastayı izole etmem önemli, çünkü benim servisim koğu, iki tane oda var benim hastaya odada bakmam lazım mesela, öğrenmem lazım tedavinin ya da işte prognoz ama bilmiyor. Yok diyor, bu hasta diyor resüsite edilecek. Ya da arrestte gidiyorum mesela ben oraya, resüsite edilecek. A resüsite edilecek diyor, sonra ben doktorunu arattırıyorum, primer doktorunu, yok yok o hasta resüsite edilmeyecek, o hasta çok kötü prognozlu diyor mesela. Onun için primer doktoruyla konuşmak çok çok önemli. (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 36)

Burada hangi durumlarda konsültasyon yapılması gerektiğine dair bir standart bildiren olmamıştır. Zaten konsültasyon gerekliliğine sadece altı hekim değinmiş olması da buna dair standardın olmaması açısından dikkat çekicidir. Konsültasyonun yapılış amacı da karar verme süreçlerini nitelikli hale getirme motivasyonu ile değil hukuki olarak sonradan sorun yaşamamak adına defansif olarak yapılmaktadır:

“Gerçekten, kararı hastanın medikal yanıtsızlık kararını etkileyecek bir bölümün önerisi varsa burada resmi konsültasyon, resmi not alma durumu yapıyoruz. Bahsettiğiniz ileride karşılaşılabilecek potansiyel hukuki soruna karşı.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 70)

Uzmanlık gerektiren hastalıklarda konsültasyon yapılması gerekliliği açık olduğu için, sadece yoğun bakım hekimlerinin beyhudelik hakkında farkındalığının olması değil diğer branşların da alt yapısı olması gerekmektedir. Danışılan hekimlerin karara etkisi olduğundan Bölüm 4.1.1.2.'de Yoğun Bakım Endikasyonuna Karar Verici başlığı altında bahsedilmişti. Bu bağlamda danışılan hekimden kaynaklı beyhude tedavi uygulanmak durumunda kalındığı olabilmektedir:

“Hastayı yoğun bakıma kaldırana kadar böyle akla kararı seçtirdi. Yeter ki o yoğun bakım yatağına yatsın. Zannederdik ki bir fayda görecekti hasta. Yoğun bakım yatağına yatırdıktan sonra derdi ki bu hasta arrest olursa müdahale etmeyin.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 51)

Katılımcılardan sadece bir tanesi bu başlık altında etik danışmanlık alınmasına değinmiş ve Türkiye’de hastane etik kurullarının olmamasını problem olarak zikretmiştir.

“Yani bunu tabii Türkiye’de bu konuda hastane etik kurulları oluşturulmamış, oluşturulması lazım. (...) Etik kurullar kurulmalı ama yok böyle bir şey. Yani biz hekimler olarak biz karar veriyoruz maalesef öyle, kararı biz veriyoruz, böyle bir kurul yok Türkiye’de, ama olmalı.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 33)

4.5.1.3. Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü

Yardımcı personel hakkında fikir beyan sekiz katılımcı genellikle hemşireler üzerinden bir anlatıda bulunmuş, sadece bir katılımcı (D9, Prof. Dr., İstanbul) fizyoterapistlere değinmiştir. Konu hakkında fikir beyan eden katılımcılardan beş tanesi hemşirelerin istişareye katılımcı olduklarını, üç tanesi ise katılımcı olmadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin istişareye katılımcı olduklarına üç Profesör unvanlı katılımcının üçü de desteklerken, asistan ve uzmanların bu konudaki görüşleri farklılık göstermektedir. (Bkz. Tablo 4-33) Hemşirelerin istişaredeki rolleri ise, bazen hastanın genel durumunun danışıldığı pozisyondayken bazen de uyarıcı konumda olmaktadır.

Tablo 4-33 Hemşirelerin yaşam sonu kararlara etkisinin farklı unvanlara göre belge temelli frekans tablosu

	Asistan Doktor	Uzman Doktor	Prof. Dr.	Toplam
▼ Karar Verme				
▼ Tıbbi Mutabakat				
▼ Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü				
▼ Hemşireler				
İstişareye Katılımcı	1	1	3	5
Katılımcı Değil	1	2		3
TOPLAM	2	3	3	8

Danışılan konumdaki yardımcı sağlık personeli:

“Fizyoterapistte şey diyorum, sen fizyoterapi yaparken hiç hastanın bir katılımı var mı? En iyi cevabı fizyoterapistler burada ya da hemşire ediyorum hasta yakını içeri girdiğinde nasıl diyorum, hiç cevap vermiyor diyor.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 59)

“Tabi, şimdi aslında yoğun bakımda hekimler kadar en az onlar kadar da hemşireler hasta takibindedir. Hatta daha fazla, onlar daha fazla vakit geçirdiği için, hem hastayla ilgili mesela onlarla iletişimi en çok kuran hemşirelerdir. Dolayısıyla mesela bugün olanı söyleyeyim size, bugün geldi dedi ki hasta evine gitmek istiyor Hocam, lütfen bir şey yapalım dedi. Hani sürekli iletişime geçen, mesela kızını görmek istiyor. (...) Yani hemşire hanım onu annesi yerine koyuyor, babası yerine kardeşi yerine... Hani o kadar çok iletişim kuruyorlar ki hastayla çok fazla empati yapıyorlar. Dolayısıyla onların söylediği şeylerin hepsi çok önemli.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 41)

“Konuşuyoruz, hani bu zaten resmi bir süreç değil yani yazılı bir süreç değil, sadece bir işte tıbbi uygulamada belki ufak tefek değişiklikler yani, o kadar.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 35)

Uyarıcı olarak hemşireler

“Hemşireler şöyle dahil olabiliyorlar, yani klasik rutin işleyle hemşireler çok dahil olmaz ama böyle çok canhıraş uğraştığım bir hastaya bir şeyler yaparsın, sürekli yoğun bakım hemşireleri bu anlamda tecrübeli olanlar özellikle durumun çok farkındadırlar. Bazen biz kendimizi kaptırıp fayda görmeyecek hasta ile uğraşırken hemşireler uyarırlar. Hani hocam, yani bir fayda gelecek mi, niye yapıyorsun böyle? Tabi

o sırada onlara eziyet ediyoruz. Şunu yapalım bunu yapalım. Şunu başlayalım da şöyle yapalım derken, onlar sadece bu anlamda bir uyarıcı konumundalar, hemşireler. Gerçekten bazen biz kendimizi kaptırıp fark etmeyebiliyoruz. Onlar bu anlamda karar verici değil, uyarıcı bir rol oynuyorlar. Kararı veren kişi hastayı takip eden hekimleri oluyor. (Konum 49) (...) Haliyle orada en yıpratıcı şey hastaya eziyet ediyor, hatta bazen hemşireler daha vurucu olsun diye şey derler hocam mevtaya eziyet etmeyelim diye söylerler.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 80)

Hemşirelerin istişarelere katılımcı olmadığına dair katılımcı ifadeleri:

“Yani hemşirelerin katılımcı olduğunu ben görmedim.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 37)

“Şimdi büyük rolü olmuyor diyeyim. Bunlar genelde hekimler arasında karar veriliyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 40-41)

4.5.1.4. Kişisel Tercihlerin Etkisi

Sadece beş kişinin değindiği bu kod altında katılımcılar, her ne kadar kararlar tıbbi veriler doğrultusunda ve hasta özelinde alınıyor olsa da her klinikte orada sorumlu uzman hekimin ya da hocanın sistemin nasıl işlediğine dair etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Bu işleyiş farklılığı net bilimsel veri olmayan durumlarda farklı tıbbi bilgiler yönünde tercihte bulunma şeklinde de olabilmektedir. Örneğin Covid-19 pandemisinin ilk zamanlarında, aynı hastanede bir yoğun bakımda kinin kullanılırken, bir diğerinde sorumlu hekim kininin yarar sağladığına dair yeterli veri olmadığı kanaatini benimsediği için kullanılmaktadır. Bu tür farklılıkların olması tıp bilgisinin üretimindeki epistemolojik kısıtlılıklar düşünüldüğünde makul olmakla birlikte, bu farklı uygulamaların şeffaf bir şekilde yönetilmemesi problem oluşturmaktadır. Şeffaflığın olmaması farklı tercihleri istismara açık hale getirmektedir. Katılımcıların belirttikleri bir diğer husus ise, özellikle nöbet süreçlerinde verilen kararların, ekibin gözetimi olmadığı için kişisel tercihlerin etkisine ve hatta istismar edilmeye açık olmasıdır.

Kararlar tıbbi veriler doğrultusunda verilse de hem verilen kararların hem de genel işleyişin kişisel tercihlerden etkiye açık olduğuna dair katılımcı ifadeleri:

“Bu anlamda kullanılan bir rehber yok. Çok kişisel bazda ilerliyor bu şeyler.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 44)

“Takip eden hekimlerin, genel hastanın tabi durumunda gözlüyoruz ya durumuna göre aldığımız şeyler yani. Net de bir karar değil aslında. Yani bu kişiden kişiye değişir. Bu şey yapıp yapmama olayı yani o anki orada aktif çalışan hekimin verdiği karar aslında. (Konum 48) (...) Yani bu da tabi gene hekim bazlı bir durum. Şöyle şimdi acile giden hekime göre, şimdi biz acilden sonra artık yoğun bakıma yatırdıktan sonra o yatmış oluyor yoğun bakıma. Ama acil safhasında ben mesela bazen hastalara derim. Yani bu hasta şöyle şöyle ölecek. Yani istiyorsanız götürün.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 52)

“Ekip arkadaşlarımızla alakalı şöyle bir hani düşünce var, hani bir tedavi veriliyorsa mutlaka her koşulda verilmesi gerekli olduğunu düşünenler de var. Burada böyle bir düşünce farklılığı var. Bu böyle iki ayrı uç, hiçbir şey yapmayalım, hani herhangi bir destek de vermeyelim var, diğer ucunda da ne gerekiyorsa yapalım, yani her şeyi bir saniyeyse bir saniye, uzatalım. Bu iki uç arasında da farklı renk tonları var, hekimler arasında ama genel itibariyle bu tarz bir durumda hastanın gerekli desteği sağlanır, servis yapan da işte birçok yerde palyatif servis de var, yani palyasyon amaçlı müdahaleler yapılır.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 27)

Verilen tıbbi kararların kişisel tercihler doğrultusunda istismara açık olmasına dair katılımcı ifadeleri:

“Bazen mesela şöyle bir şey olabiliyor işte bunlar çok kötü uygulamalar. Tabi işte nöbette hasta ölmesin diye başlanan şeyler (tedaviler) olabiliyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 68)

“Ya da ne bileyim asistan şunu bile yapıyor, geceki, hasta buradan gitsin diyor. Hani servisten gitsin, bununla karşılaşıyoruz, bu bir gerçek.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 36)

4.5.2. Hukuki Baskı

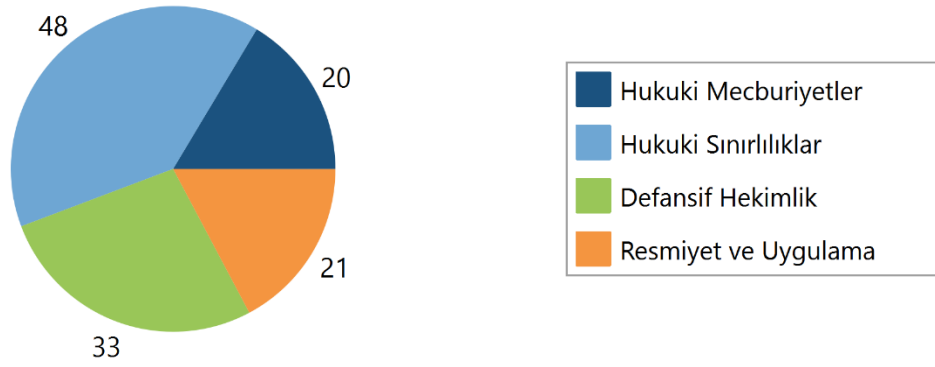
Hukuki baskı kategorisi altında katılımcılar yaşamın sonundaki beyhudelik bağlamında aldıkları kararlarda hukuki baskının sebepleri ve aldıkları kararlara etkisi bakımından değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda katılımcıların hukuki baskı konusundaki ifadeleri hukuki mecburiyetler, hukuki sınırlılıklar, defansif hekimlik ve resmiyet ve uygulama farkı olmak üzere dört alt başlığa ayrılmıştır. Kodların belge temelli frekans tablosu Tablo 4-34’te gösterilmiştir. Buna göre yedi katılımcı hukuki

olarak o şekilde yapmak mecburiyetinde oldukları için o yönde karar aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların tamamı ise herhangi bir mecburiyet olmasa bile o konudaki hukuki düzenlemenin net olmaması düşüncesiyle karar verdiklerini ve yine katılımcıların tamamı yasaların hekimleri korumadığını, bundan dolayı ileride başlarına bir iş gelmemesini önleyerek defansif bir şekilde karar aldıklarını belirtmişlerdir. Ek olarak dokuz katılımcı hukuki baskı dolayısıyla hasta dosyasına yazdığı bilgi ya da hasta yakınlarına yaptığı bilgilendirme ile, uygulamasının farklı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4-34 Hukuki baskı kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Hukuki Baskı	Belgeler
Hukuki Mecburiyetler	7
Hukuki Sınırlılıklar	11
Defansif Hekimlik	11
Resmiyet ve Uygulama Farkı	9
Kodlanmış Belgeler	11
Kodlanmamış Belgeler	0
Analiz Edilen Belgeler	11

Hukuki baskı kategorisi altındaki kodların kodlanma frekansları ise Şekil 4-42’de kategorinin kodlu bölüm temelli frekans grafiğinde gösterilmiştir. Buna göre 48 kodlama ile en çok hukuki sınırlılıklar kodu kodlanmışken, sonrasında sırasıyla 33 kodlama ile defansif hekimlik, 21 kodlama ile resmiyet ve uygulama farkı ve son olarak yirmi kodlama ile hukuki mecburiyetler gelmektedir. Bölüm, 136 kodlama yapılan Hasta ve Hasta Yakınları kategorisinden (Bkz. Şekil 4-3) sonra 122 kodlama ile ikinci en fazla kodlama yapılan kategoridir. Karar verme temasının da yarıdan fazla kodlamasının hukuki baskı kategorisinde yapılmış olması (Bkz. Şekil 4-42) da göz önünde bulundurulursa, katılımcıların anlatılarında bu kadar egemen olan bu başlığın işleyişte de çok önemli bir rol aldığı yorumu yapılabilir.



Şekil 4-42 Hukuki baskı kategorisinin koldu bölüm temelli frekans grafiği

4.5.2.1. Hukuki Mecburiyetler

Katılımcıların hukuki mecburiyetler konusunda değindiği konular genel olarak üç başlık altında toplanabilir. İlk olarak yoğun bakım yatağında boş yer mevcut olduğunda hastanın hangi basamak yoğun bakım ihtiyacı olduğuna ya da palyatif bakım hastası olmasından dolayı yoğun bakım endikasyonu olmamasına bakılmaksızın yoğun bakıma hastayı almak zorunda olmalarından bahsetmişlerdir. İkinci olarak hastalara mevcut tedavilerin kar-zarar dengesi güdülerek endikasyon belirlenmeksizin tamamının uygulanması mecburiyetinin olduğuna değinmişlerdir. Son olarak ise, her durumda endikasyonun olmaması ve hasta yakınlarının istememesi halinde bile, arrest olan hastaya müdahale edilmek ve CPR yapılmak mecburiyeti olduğunu belirtmişlerdir.

Boş yatak olduğunda, eğer hastanın ihtiyacı varsa endikasyon olup olmamasına bakılmaksızın hastanın hukuken yoğun bakıma kabul edilmek zorunda olunduğuna dair katılımcı ifadeleri:

“Tabi ülkemizde acil servisten ve 112’den hasta kabulünde şöyle bir zorunluluk var. Sizin boş yatağınız varsa yoğun bakımda, hiçbir hastayı geri gönderemiyorsunuz. Yani o, acile gelmiş bir hasta var. Sizin yoğun bakım yatağınız var, basamağına bakmaksızın o hastayı sevk edemiyorsunuz. Bizim mesela işleyişteki en büyük sorunumuz budur aslında. Mesela üçüncü basamak, bir saat sonra daha çok faydamız olacak bir hasta gelebilir ama biz birinci basamak bir hastayı bile bazen almak zorunda kalıyoruz. Çünkü yasal olarak ülkemizdeki yasalar çerçevesinde boş yatağınız yoğun bakımda varsa hastayı yatırmak zorundasınız.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 14)

“Tedavinin kesilmesiyle alakalı Türkiye’de zaten biliyorsunuz, yasal olarak böyle bir yetki ne hasta yakınlarından ne de takip eden hekimler tarafından yok. Dolayısıyla siz ne kadar da faydası olmasa bile bazal bir destek sağlayarak hastanın idamesini sürdürmek zorundasınız. (Konum 25) (...) Dolayısıyla son dönemlerde buna daha çok dikkat ederek özellikle malign hastalarda bakım sürecindeki gelen konsültasyonlarda bu süreçteki hastaların alınmaması konusunda azami çaba gösteriyoruz ama yer durumunuz müsaitse ve diğer başka sebeplerden dolayı alınması konusunda bir talep geldiğinde yapacak bir şey yok.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 63)

Hastaya mevcut tedavilerin endikasyon olup olmamasından bağımsız maksimal şekilde uygulanma mecburiyeti olduğuna dair katılımcı ifadeleri:

“Bizim ülkemizde tedavinin hepsini yapmak zorundasın. Tedavinin hepsini yapmak zorundasın. Hani bu ülkeye kar ya da zarar ama ben onu bilemem ben sağlık bakanı değilim, bizim yapmamız gerekiyor. Biz tedavinin hepsini yapıyoruz. Ne gerekiyorsa yapıyoruz.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 32)

“Eğer anestezi onayı istiyorsanız burası üniversite hastanesi ve üçüncü basamak bir hastane. Buradan daha ötesi olmadığı için ben bu hastaya her türlü onay vermek zorundayım. Yani bir üst merkez olmadığı için bütün riskleri dökümantate ederek bunlar, bunlar, bunlar göze alınarak bu hasta işleme alınabilir diye en nihayetinde notumu kapatmak zorundayım. Çünkü sevk edebileceği bir üst kurum yok.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 58)

Her durumda hastaya CPR yapılmasının yasal bir zorunluluk olduğuna dair katılımcı ifadeleri:

“İkincisi işte hukuksal olarak her şeyi yapıyor görünmek zorundayız. Yani hiç fayda görmeyeceğini düşündüğüm bir hastaya bile arrest olduğunda CPR yapmak zorundasın.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 78)

“Hasta 100 yaşında olur, bir sürü ek hastalığı olur falan yani bizim Türkiye’de şey yok, yani öyle bırakalım edelim gibi bir durum yok. Yani hasta yakınları istese bile bizim mesela hasta yakını dese ki bana işte serviste bir hasta veya yoğun bakımda vefat edecek artık dese ki müdahale etmeyin, kendi halinde ölsün maalesef bir şey yapamıyoruz, müdahale etmek zorundayız yani. (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 24)

“Yine bile hani palyatifte de arrest oldu, işte müdahale etmeyeceğiz gibi bir şey yapamıyoruz. Yani o konuda biraz daha hani biraz arada kalmışlık oluyor açıkçası hani yasal olarak. Gidip işte müdahalesini yapıp eğer arrestten döndüyse entübe hasta oluyor genelde. Onu da yoğun bakıma çekmek zorunda kalıyorsun.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 39)

Burada bölüm 4.4.2.3'te DNR Sorunsalı başlığı altında tartışılan CPR'ın tıbbi anlamı ve endikasyon dışı CPR uygulanmaması gerektiği konusunda hekimlerin arasında bir mutabakat olmamasında hukuki baskının da etkili olduğunu göstermektedir.

4.5.2.2. Hukuki Sınırlılıklar

Tüm katılımcıların değindiği bu başlık altında, bazı durumlara dair hukuki düzenlemelerin net ya da yeterli olmamasından kaynaklı problemler hakkındaki ifadeler derlenmiştir. Öyle ki hekimler sadece yaşam sonu kararlarında değil, genel olarak her alandaki kararlarında en büyük etkinin hukuksal problemler olduğunu ve bu durumun birçok etik probleme de zemin hazırladığını belirtmektedirler.

“Yani zaten şu anda hekimlik uygulamalarının çok büyük bir kısmının belirleyicisi sadece faydasızlık anlamında değil, fayda görecektir şeylerde de alternatifler arasında karar verme mekanizmasında da kesinlikle hukuksal problemler çok büyük rol oynuyor. (Konum 95) (...) Dediğim gibi yasal problemler de bir anlamda etik problemlerin önünü açıyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 103)

“Birinci başlık hukuk. Hukuk yani, bu. Biz mesela hasta ölecek, öldüğü zaman dosyası nasıl dolar diye düşünüyoruz. Bir çömez görevlendiriyoruz, o dosyayı inceliyor, bir şeyler yapıyor. Bunu düşünmemiz lazım, bu çok şey yani, hoş bir şey değil yani. Ama maalesef böyle.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 86-87)

“İşte 40 yaşında terminal hasta. Şimdi şöyle bir şey var Türkiye’de. Hasta gidiyor, işte şikâyeti var, bir tümör tespit ediliyor. Cerrah bakıyor ki, çok ileri evre sınıflamasını yapıyor, işte metastazını falan, ben ameliyat etmeyeceğim diyor değil mi? In-OP kabul ediliyor. Bununla çok karşılaşıyoruz ve cerrah in-OP diyor, kabul ediliyor. Onkoloğa gidiyor, onkolog tedavi veriyor ya da vermeyebiliyor diyor ki bu onkolojik tedaviden fayda görmez diyor. Sonra bu hasta kötüleşiyor, acile geliyor, yoğun bakım deniliyor. Şimdi sen burada, ben burada bu hastayı yoğun bakıma, yani şimdi bu hastaya cerrah hiçbir şey yapmamış. Onkolog hiçbir şey yapmamış. Ama sen yoğun bakımçı olarak, bu

hastaya hiçbir şey yapılamaz, almıyorum diyemiyorsun Türkiye’de. Niye, onlar diyebilmiş? Ben diyemiyorum. Ne buna hasta yakını hazır ne diğer doktorlar hazır, doktorlar da bunu kabul etmiyor. Şimdi burada çok ciddi sıkıntı var. Kaynakların kötü kullanımı, yoğun bakım yatağı, maliyet, hastaya eziyet, bir sürü şey var bununla ilgili bence.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 25)

“Ya hukuki evet, o olur. Yani, özellikle şey hastalarda biraz netleşmesi gerekiyor. Palyatif bakım hastalarında harbiden biraz bu konuda belki daha net, daha farklı bir uygulama, bir karar getirilebilir çünkü. Pratikte kendi içimizde, çok yanıt alamayacağımızı düşündüğümüz bir durum var, ama hukuki olarak müdahale edilmesi gereken bir durum var. (...) Hani şöyle bir durum olsa yakını dese ki, biz farkındayız, bu kötüleşecek, müdahale edilmesin, hastamızı ve bizi kendi halimize bırakın, hani böyle bir şey dense. Hem vicdanen yük kalkacak hem de hukuki olarak endişe kalkacak.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 64)

Katılımcıların ifadelerine göre, hukuki düzenlemenin net olmadığı sorunların başında Bölüm 4.2.4.5 Beyin Ölümü Sorunsalı ve Bölüm 4.4.2.3 DNR Sorunsalı başlıklarındaki tespitlere paralel bir şekilde beyin ölümü ve DNR gelmektedir.

“Ya beyin ölümünde dediğim gibi, hani burada da yasa bize net bir şey söylemediği için ...” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 79)

“Hani DNR gibi durum maalesef hani yasal değil belki hani olsaydı o şekilde devirler yapılabilirdi.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 30)

“Bir de yaşamın sonunda ötanazi kavramı, tedavi ret buna girer mi girmez mi onu da bilmiyorum. DNR kavramı da. Yani Türkiye özelinde sistem, yaşamın sonunda hekimlerin doğru karar vermesine bazı yönlerden engel oluyor.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 76)

Bu hukuki sorunların çözümüne dair fikir beyan edan Profesör katılımcıların söyledikleri ise dikkat çekicidir. Katılımcılardan D10 hukuki düzenlemeden önce hekimlerin bu konularda mutabakata varmalarının daha öncelikli olduğunu belirtirken, D11 ise hukuki alt yapı olmasına rağmen aslında bir yönetmelikle düzelebilecek olan bu problemin çözümü için genel olarak toplumun hazır olmadığını söyleyip, olaya daha geniş bir perspektiften bakmaktadır.

“Yazma konusunda da hani neler yapıldıysa onu yaz diyorum. Endişelerimiz tabii ki oluyor. Hukuki açıdan özellikle yani oluyor. Çünkü Türkiye’de bu konu çok açık. Çünkü Türkiye’de bu konuda avukatlar, hukukçular, doktorlar anlaşıyor. Hukukçular diyor ki bir defa diyor ki bir defa siz önce doktorlar aranızda anlaşın diyor. Bak haklılar o konuda ama. Doğru bir laf, önce doktorların anlaşması lazım, işte doktorların boşuna tedaviye inanması ve bunun ne zaman olduğunu bilmesi, bu konudaki eğitimlerin olması lazım. Sonra da bizim hukukçulara ya siz bu konuda bize destek olmalısınız, burada eksiklikler var, açıklar var diye anlatmamız lazım.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 70)

“Hukuken de şöyle yani önemli olan bizim kendi iç hukukumuz ve uluslararası anlaşmalar burada. Zaten 1219 sayılı işte Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hatta Hasta Hakları Yönetmeliği ve Oviedo veya Biyotıp Sözleşmesi zaten buna cevaz veriyor. Yani hekim uygun olmayan, tıbbi standartlara uygun olmayan bir tedaviyi sürdürmez. Yani anayasa bile, anayasa 17. madde bile aslında bu konuda açık. Bu aşamada şu var sadece Türkiye’de problem, yani bir rehber falan gerekli değil. Bir küçük yönetmelik bir küçük yasal desteğe ihtiyacımız var. Aslında her şey uygun bunun için burada bir kafa karışıklığı var. Yani neyin aslında yararsız tedavi olduğu açık, net belli. İç hukuk bakımından söylüyorum. (Konum 29) (...) İşte ‘futility’ meselesinde bile bunca senedir yani 1960 yılındaki nizamname de yer alan bir şeyi yani benden daha yaşlı bir şeyi bile hala oturtamamışsak bunu nasıl oturtacağız ki toplum olarak, böyle bir olasılık var mı? Yok. Bence yok, maalesef yok. (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 72)

4.5.2.3. Defansif Hekimlik

Yukarıda önceki iki maddede anlatılanlar doğrultusunda hekimlerin defansif bir şekilde davranması zaten kaçınılmaz bir son. Katılımcılardan D4 yeni yetişen hekimlerin defansif bir şekilde yetiştiğini net bir şekilde belirtmiştir.

“Biz bu şekilde hekim oluyoruz. Eskiye göre, eski hekimleri de görüyoruz. Yani eski hekimler biraz daha ofansif hekim onu söyleyeyim, biz defansif, yani birçok şeye dikkat ediyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 73)

Hekimlerin defansif olmasının tek sebebi hukuki sınırlılıkların olması ya da hukuken birtakım işlemleri yapmak zorunda olmalarıyla sınırlı değil. Hekimlerin hasta ve hasta yakınları tarafından çok kolay bir şekilde şikâyet edilmeye açık pozisyonda olmaları ve bu süreçlerin hep hasta merkeze alınarak işletilmesi, Sağlık Bakanlığı

tarafından korunmadıklarını düşündürmektedir. Yine aynı şekilde eğer şikâyet yargıya intikal ederse bu sefer de hukuk tarafından korunmadıklarını düşünmektedirler. Bu bağlamda her durumda davranışlarını şikâyet edilme korkusuyla şekillendirmekte, ileride hukuki olarak problem çıkaracağını düşündükleri hastayı başka bölümlere gönderme gibi bir yol da tercih edebilmektedir. Yaşamın sonundaki hastalarda bu bölümlerin başında doğal olarak yoğun bakımlar gelmektedir. Dava edilme korkusuyla defansif kendilerinin ya da hekim arkadaşlarının defansif davrandığını ifade eden katılımcı ifadeleri:

“Çeşitli malpraktisle alakalı davalarda olabilir, hani bu yaşamın sonunda. Herkes böyle sorumluluğu üzerinden başka bir birime göndermek durumu oluyor biraz, hani yoğun bakıma asıl gidişin nedeninin ben bu olduğunu düşünüyorum.” (D5, Uzm. Dr., Küçük Şehir, Konum 47)

“Yani başında hasta yakınları mesela bekliyor, bir yere de göndermiyor. Herhangi bir arrest olduğu durumda müdahale de istemiyor ama bunu sen atıyorum günlerce yatmış hastayla aranda bir ilişki olup bunu kurup, yapıyorsun. Bu kişinin ve yakınlarının şikâyet etmeyeceğinden emin oldun artık, hani onun sana güvendiğini, senin onlara güvendiğin durumlar oluyor. Böyle bir durumda tabii ki yani müdahale etmediğin, izin verdiğin şeyler olabiliyor. Ama atıyorum hasta yakını birisi diyor ki, ben işte anneme ne gerekiyorsa yapın, öteki de diyor ki acı çekmesin, bırakın diyor. Böyle bir durumda hani bir kişi bile böyle bir talebi var. Hani ileride sıkıntı yaşayacağımızı düşünüyoruz. Hastanın çok fayda görmeyeceğini düşünsek bile müdahalesini yapıp, yoğun bakıma çekmemiz gerekiyor.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 41)

Şikâyet ya da dava edilme tecrübesi olan katılımcılardan Sağlık Bakanlığı’nın ve yasaların hekimleri korumadığına dair ifadeleri:

“Çünkü bir tane atıyorum ya bir mamayı az versen, hasta yakını şikâyet ediyor. Hasta yakını şikâyeti doktora sorulmadan haklı bulunuyor. Doktora sormuyor ya, kardeş sen ne yaptın diye. Hani buna soruşturma açılıyor, karar veriliyor, başımıza geldi, o yüzden söylüyorum. O yüzden tedavi sınırlandırılması olması gerekiyorsa da hiçbir doktor bugün profesör de dahi bunu yapmak istemez. Çünkü başı ağrıyacak yani ama bence olmalı. (Konum 56) (...) Tamam, çünkü ülkede bizim ülkemizde doktorları, Sağlık Bakanlığı’nın doktorla ilişkisi yok. Sen, Sağlık Bakanlığı’na şikâyet ediyorsun Sağlık Bakanlığı sana sormuyor, kardeşim bir de sen anlat demiyor. Ya böyle saçma bir durum.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 66)

“Yani ben mesela bir kere dava, adıma dosya açıldı. İstanbul’da çalışırken, hasta 97 mi öyle bir şey yaşında, 95 yaş üstünde hasta. Biz işte X hastanesinden kabul etmişiz hastayı. O zaman bende çömezim, çok olayın farkında değilim. Kıdemli var ama tabi ne yaşandığını biliyoruz. Yani hasta gelmiş bize, ilk bize 112’nin daha sevkinde MOF soru işareti, yani multi organ yetmezliği, karaciğer gitmiş, böbrek yükselmiş, işte idrar çıkarmıyor, inotrop başlamışlar. İşte bize çift inotropla gelmiş, adrenalin dopamin, noradrenalin dopamin neyse, hastayı biz almışız, diyalize almışız. 97 yaşında yani aslında DNR, yani girişi DNR. Almışız diyalize, ondan sonra işte antibiyotiğini başlamışız. Yani bu söylediğim biraz önceki her şeyi yapmışız aslında, direkt bırakmamışız hastayı aslında yani. Ondan sonra iki ay sonra elimize bir zarf geldi işte, ifadeye çağırıyorlar. Sebebi şuymuş, diyaliz kateterleri olur. Normal kateter gördünüz mü hiç, bilmiyorum. Şimdi diyaliz kateteri santral kateterin neredeyse dört beş katı büyüklüğünde, kalınlığında olur. Şu parmağımın yarısı kadar olur hemen hemen. Biz onu jugulardan açarız, subklavian ya da femoralden açarız, yani üç tip açabiliriz. Demiş ki hasta yakını, benim hastamı boynundan bıçakladılar. Yani ben bunun için gittim, ifade verdim, yani gerçekten bu inanılmaz bir şey yani, ama gittik. Bütün klinik olarak adam bir de herkesi vermiş, yani o klinikte çalışan herkesi dava etmiş yani. Ha dava düştü mü düştü tabi böyle bir şey yok yani. Boynundan bıçaklamadık biz kimseyi, diyaliz kateterini söylemiş yani ama tabii bütün klinik doçentinden en çömez asistana kadar herkes gitti, ifade verdi işte. Yani işte her şeye dikkat ediyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 30)

Katılımcılardan öz eleştiri yapıp, defansif davranarak maksimal tedavi yapılmasının birçok açıdan problemliliğini belirten ve hekimlerin cesaretli olması gerektiğini belirten katılımcılar da olmuştur. Burada D11’in hekimlerin hukuki işleyiş ile kendi içlerinde birçok yanlış bilgiye sahip oldukları ve kendi sorumluluklarını hukuka yükleme eleştirisi, bir önceki bölümdeki D10’un hukuki düzenlenmeden önce hekimlerin kendi aralarında mutabakat sağlaması gerektiği ifadeleri ile paralel göstermektedir.

“Dediğim gibi sadece faydacılık durumunda değil, normal uygulamalarda da yani haddinden fazla tedavi uygulanma durumu ki aslında birçok komplikasyonun ya da iatrojen zarar verme ya da ölümlerin ortaya çıkmasında etkin olduğu birçok çalışmada gösterilmiş. Yani hukuken kendimizi korumaya çalışırken aslında hem sağlık sistemini yıpratıyor. Hem hastaya bir noktada zarar vermiş oluyoruz. O da ayrı bir çalışma konusu hakikaten.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 96)

“İkincisi hukuk, her şeyi hukuktan bekliyorlar. İstiyorlar ki tıp da hukuk içerisinde işte yazılsın, böyle bir şey yok, hekim koyar kararı, endikasyona göre işte deminden beri konuştuğumuz şeyler, hukuk ne diyecek ki sana, sen işini doğru yapıyorsun? Ha yargılanabilirsin ama sonuçta haklıysan eğer haklı çıkarsın. Yani bundan korkacak, endişe edecek bir şey yok. Saçma ve yanlış bilgiler altta yatan, hekimlerin. Yani yanlış bilgi geziyor, öyle elden ele yayılıyor maalesef öyle bir şeyimiz var.” (D11, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 51)

4.5.2.4. Resmiyet ve Uygulama Farkı

Resmiyet ve uygulamanın farklı olması hukuki baskı ve defansif hekimliğin bir sonucu olarak, hekimlerin kendilerini korumaya almak için uyguladıkları bir yöntem olarak anlatılarda karşımıza çıkmaktadır. Bu benimsenen yöntem hem hukuki hem de etik açıdan çok problemlidir. Yapılan girişim ve işlemlere bakıldığında ise, ya yaşam sonunda ortaya çıkan problemlere karşı bir çözüm aracı kullandığı ya da kendilerini korumak adına böyle bir yöntemin benimsendiği görülmektedir. Böyle bile olsa bu hekim-hasta ilişkisine çok derin zararlar verebilecek, hukuken kabul edilemez bir durumdur. Resmiyet ve uygulamanın farklı olması, yaşamın sonunda beyhudelik tespiti sonrası yeni tedavilere kısıtlama getirilmesi durumunda yapıldığı gibi uygulanmamış bir CPR’ın uygulanmış gibi gösterilmesi şeklinde de olabilmektedir. Burada en dikkat çekici hususlardan birisi beyin ölümü tespiti sonrasında bile hekimlerin hukuki baskı dolayısıyla vermedikleri tedavi ya da destekleri veriyormuş gibi göstermeleridir. Hukuken ölü kabul edilen beyin ölümü teşhisi almış kişilerde bile, yönetmelikte beyin ölümü sonrası işleyiş net olmadığı için hekimler defansif davranarak bu şekilde uygulamalara başvurabilmektedirler.

Beyhudelik durumunda bazı tedavilerin kesilmesi veya yeni tedavilere başlanılmaması ya da kısıtlama getirilmesinin resmiyete yansıtılmamasına dair katılımcı ifadeleri:

“-Tedavi sonlandırılması söz konusu değil, ama tedavi hedefinde değişiklik ve tedavide bir sınırlandırma söz konusu. Atıyorum septik tabloya girdi, normalde geniş spektrumlu bir antibiyotik tedavi yaparken, bu hastalarda bazal destek sağlayacak hem maliyet odaklı hem özellikle maliyet odaklı düşünerek tedavi genişletmeksizin tedavisine devam edilir. Kültür alırken de geniş bir kültür değil de bazal bir kültür gibi. Sekonder sebeplerle gelişen arrestlerde bahsettiğimiz üzere çok agresif gitmeden bazal destek uyguluyoruz.

-S:Ama resmi protokol usule uygun şekilde dolduruluyor değil mi?

-Evet, tabii ki, tabii ki.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 50-52)

“Ama bizim ülkemizde ben şunu yapsam beyin ölümü tanısını koydum. Bütün tedavileri kestim, ventilatörü de kapattım. Beş dakika sonra zaten hasta tüm olarak ölmüş sayılır ama bunu yapma şansımız bizim hiç yok, yani şu anda. Hani biz içeride dediğim gibi veriyor musunuz? Hayır, antibiyotiğini vermiyoruz, vazopressör başlıyor musunuz, hayır başlamıyoruz. Ama bunları direkt kâğıda böyle kestik diye yazarsanız, bu hasta yakınları yarın avukatla kapınızda bu hastanın tedavisi kesilmiştir diyor.” (D10, Prof. Dr., Büyükşehir, Konum 79)

CPR endikasyonu olmadığı ya da hekimin bir şekilde umutsuz gördüğü için CPR planlamadığı hastada, CPR’ın uygulanmaması durumu katılımcılar tarafından kanıksanmış bir durum olarak anlatılmıştır. Öyle ki bu uygulama için hekimler arasında “prosedür uygulama” şeklinde bir kavramsallaştırılmaya gidildiği belirtilmiştir:

“Prosedür uygulama kavramına aşina mısınız bilmiyorum. Ben fakültede öğrenciyken böyle son dönem hastaları için prosedür uygulanacak denir, işte müdahale ediyor gibi yapılır, hasta yakınlarının olmadığı bir alanda, hastaya bir şey yapılmaz, ex olması beklenir.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 50)

“Ama tabi DNR resmi olarak olmasa bile, DNR hakkı insanlara verilmese bile kendisine CPR uygulanmayan hastalar var. Ama bunlar resmi olarak CPR uygulanan hastalar” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 62)

“Yani şimdi bu hasta, o dediğiniz hasta öyle bir durum olduğunda (hastanın durumunun beyhude olduğu ve kendisinin ya da yakınlarının bunun farkında olarak müdahale istemediği bir durum) ben şöyle bir yol izlerim, kendim hekim olarak. Hastayı her türlü yoğun bakıma alırım, yoğun bakımda müdahale etmem ama müdahale etmediğimi yakınlarına göstermem, yazarım dosyasında 45 dakika CPR.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 69)

“Endişesi oluyor mu, tabi oluyor yaptığımız uygulamalarda. Ama hani biz son desteğimizi değiştirmedik, değiştirmememizin biraz hani hukuki açıdan da bizi koruyacağını düşünüyoruz. Hani sonuçta bizim çarşafımıza bakan kişi hasta takip çarşafına, bu şekilde stabil gidiyormuş. Demek ki hasta büyük ölçüde stabilmiş, birdenbire arrest olmuş. Öteki taraftan da bakıyor arrest olup da bizim müdahale etmeme

kararı verdiğimiz hastalarda prosedür uyguladığımız hastalarda, kayıtlara prosedür uygulandı diye bir şey yazılmıyor, hani hastaya müdahale edildi şeklinde düşürülüyor. Sonuçta bir şekilde de insanın kendini koruyor olması lazım.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 77)

Dokuz kişinin değindiği bu kanıksanmış uygulamayı, bu dokuz kişiden sadece bir kişi asla yapmadığını ve yapılmasını da onaylamadığını belirtmiştir. Burada Bölüm 4.4.2.3'te DNR sorunsalı başlığı altında bahsi geçtiği üzere, katılımcı D9 CPR'ın endikasyonu bulunmadığı zaman zaten yapılmaması gerektiğini ve bunun hukuken bir problem olmadığını belirten katılımcılarda biriydi. Burada da o ifadelerine paralel bir şekilde, yeni tedavilere başlanılmadığında ya da kısıtlama getirildiğinde yine bunun endikasyonun olmaması ile açıklanması gerektiğini belirtmiştir.

“Yani mesela benim şöyle bir politikam vardır, bu kayıta olur ama sen bunu bilmiyorum, hani öyle şeyler duydum. Hastaya vazopressör gidecek, ya işte gidiyormuş gibi yapalım, yazalım ama gitmesin. Bunu da hani benim en en en karşı olduğum şeydir. Yani açıklayamayacağım hiçbir şey yapmamak ve bunu böyle öğretmek zorundayım. Asla veriyorsan veriyordumdur, vermiyorsan vermiyordumdur, sakın öyle bir şey yapmayın. Bu size güveni tamamen ortadan kaldırır. Böyle şeyler duydum. Özellikle işte hemşirelerden duydum işte başka çalıştıkları yerlerde vs. Buna çok dikkat ederim hani. Asla varsa var yoksa yok.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 59)

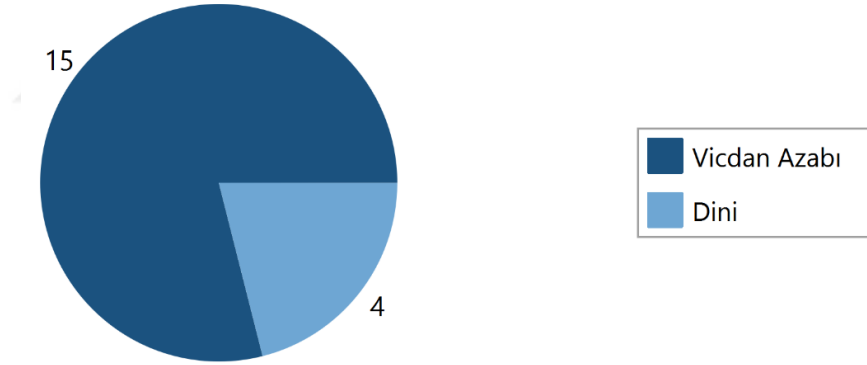
4.5.3. Vicdan

Sekiz kişinin değindiği vicdan konusunda katılımcılar empati ya da merhamete dayalı ya da sebebini açıklayamadıkları bir şekilde vicdan azabı çektikleri için ya da vicdanen daha rahat hissetmek adına kararlar verdiklerini belirtmektedirler. Bunlara ek olarak dini gerekçelerden dolayı vicdanlarının rahat etmediğini belirtenler de olmuştur. Bundan dolayı bu kategori altında vicdan azabı ve dini gerekçeler olmak üzere iki kod oluşturulmuştur. Kodların belge temelli frekans grafiği Tablo 4-35'te gösterilmiştir. Buna göre altı kişi genel olarak vicdan azabından bahsederken, üç kişi yaşadıkları vicdanî rahatsızlığı dini gerekçelerle açıklamıştır.

Tablo 4-35 Vicdan kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Vicdan	Belgeler
Vicdan Azabı	6
Dini Gerekçeler	3
Kodlanmış Belgeler	8
Kodlanmamış Belgeler	3
Analiz Edilen Belgeler	11

Kategoriye ait iki kodun kodlanma frekansları ise Şekil 4-43'te gösterilmiştir. Buna göre vicdan azabı kodu on beş kez kodlanmışken, dini gerekçeler kodu sadece dört kez kodlanmıştır.



Şekil 4-43 Vicdan kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.5.3.1. Vicdan Azabı

Katılımcılar yaşamın sonunda karar verirken hastayla yaptıkları empatiden dolayı ya da hastaya duydukları merhametten dolayı vicdan azabı çekmemek ve vicdanen rahat hissetmek adına kararlar verdiklerini belirtmişlerdir. Burada vicdanî olarak verilen kararların yaşamın sonunda hayatın devamlılığını destekleyen kararlar olduğu gibi beyhude olan tedavinin verilmemesi yönünde olduğu da görülmüştür.

“Böyle bir taraftan insana vicdan yaptıran bir durum var. Kaşektik hastalar oluyor, müdahalede costalarının elimin altında kırıldığını hissediyorum, böyle empati de yapıyorum, içim acıyor CPR’ı yaparken bir taraftan. Diğer türlü de ilacı yapmayayım, vermeyeyim de içime sinen bir şey değil. Kendimi kötü hissediyorum. Belki daha rahat olabileceğim bir şekilde davranabilirim, böyle söylenmiş, ama ben yine de bir şeyler yapmaya çalışıyorum, sonra da kendime soruyorum, ne oldu yani şimdi? Arafta kaldığım bir şey ama o tedaviyi vermek beni rahatlatan bir şey oluyor. Tanıma da bakınca, yaptığımız çok da anlamlı değil. Ama psikolojik açıdan rahatlatıcı bir şey.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 51)

“Şifa ne bir kere biz daha bunun cevabını bulmayı bırak, zaten bunun cevabını bulmak çok zor. Bunları sorgulamıyoruz bile. Öyle olunca bunlar hep bireysel olarak işliyor. Yani yoğun bakımlarda çok bireysel işliyor. Yani birileri birilerinin aklına bunu sokacak. İşte diyecek ya da empati kuracak diyecek ki benim annem babam olsaydı ben nasıl isterdim? Öyle işliyor işler, bilmiyorum yani? (Konum 60) (...) Yani vicdanı anlamda bu noktada çok rahat hareket edemiyoruz. (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 103)

D2’nin yukarıdaki ifadelerinden, hekimlerin tıp felsefesi bilmemesi ile örneğin şifanın ne olduğuna dair herhangi bir refleksiyonları bulunmaması ile ağırlıklı olarak kişisel tercihleri doğrultusunda karar vermesi arasında bir bağlantı kurduğu görülmektedir. Devamında ise bir çıkış yolu olarak ya tıp felsefesi bilecek ya da kendi anne babasıymış gibi karar verecek demektedir. Ama özünde bu kararların hekimlerin kişisel tercihleri ya da inançları üzerinden verilmesini eleştiriyor. Aslında katılımcı burada bir çelişkiye düşmektedir. Çünkü herkesin kendi anne babası için isteyeceği şeylerin makul olacağına dair bir garantimiz yok. Esas olan, tıp felsefesi ve etiği alanındaki eğitimlerle hekimlerin karar vermedeki ahlaki temellendirmelerini güçlendirmektir. Bu bağlamdaki empati temelli vicdanen karar verme durumunun sağlıklı olmadığını ve bu şekilde yapılarak hastanın isteklerinin göz ardı edildiği tespiti ise katılımcılardan D6 tarafından yapılmıştır:

“Bir ikincisi sınırdan giden bir hastanın inotropunu kapatırsanız ve veya oksijen desteğini çok azaltırsanız o sırada yani çok kısa süre içerisinde muhtemelen kalbi duracaktır. Çok kısa süre içerisinde muhtemelen ex olacaktır. [Euu düşünüyor] Bu hani, bireysel olarak o hekimin kendi vicdanına kalmış olan bir şey, benim gözümde biraz hani öldürmek gibi oluyor. Ben o durumda olsam benim desteğimi birisi kesse, kesinlikle o

şahsa gücenmem, gönül de koymam şey de yapmam. Ama bir başkasına yaparken şey farklı oluyor. Hani bana yapılırsa benim için sorun değil.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 59)

4.5.3.2. Dini Gerekçeler

Tıpkı vicdan azabı kodunda olduğu gibi dini temellendirmeler doğrultusunda vicdanen rahat olunacak kararlar da beyhude tedavi bağlamında yaşamı destekleyen tedaviler olduğu gibi tedavinin devam edilmemesi gerektiği şeklinde farklılık göstermektedir. Burada en çok vurgulanan durum ise “Allah’tan umut kesilmez.” düsturu çerçevesinde eldeki imkanları sonuna kadar kullanarak maksimum tedavi uygulanması gerekliliği olmuştur. Bu bağlamda beyhude tedaviye devam edilmemesi gerektiğini düşünenlerin eleştirisi de yine bu noktadan gelmiştir. “Allah’tan umut kesilmez.” sözünün Müslümanlarca yanlış anlaşıldığını belirten katılımcı ifadesi:

“Bazen hakikaten umut etmenin ne kadar öldürücü bir şey olduğunu görüyorsun yani yok gerçekte bağdaşmayan bir ümit o, Allah'tan ümit kesilmez sözü, Allah'ın kendi sünneti dairesinde aslında yani çok tatbikî Allah'tan ümit kesilmez ama Allah sana bir sınır çiziyor, Allah'tan ümit kesilmez sözü Allah'ın kendi işleyiş alanında bir söz, senin kulluk alanında işleyen bir söz değil yani. Senin bir sınırın var, senin orada durman lazım.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 60)

“Şimdi orada biraz inanç devreye giriyor. Yani inanç devreye giriyor yani işte Allah'tan umut kesilmez, bir lafım yok. Ama iki kere iki de dört, ne olacağı belli yani bazı şeylerin, gerçekten ben bugüne kadar bunun, bana yani elimden binlerce hasta geçmiştir. Yani bunun “ya oha, ne oldu” dediğim de çok olmadı gibi bir şey, hatırlamıyorum yani. Hani bir hasta eğer kötüyse yani biz eğer diyorsan ki bu ölecek, ölüyor yani gerçekten ölüyor, bunun için çok aman aman bir şey olmaya gerek yok.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 36)

Dini gerekçelerle beyhude tedaviye devam edildiğine dair katılımcı ifadeleri:

“E bazen hani bazı hekimler de şey de var işte biraz daha işte dini anlamda biz ne gerekiyorsa yapalım, işte hani Allah bilir ne zaman olacağını falan gibi yaklaşımlar olabiliyor.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 53)

“Belki yanıt alamayacağız ama orada bir insan hayatı var, beyin ölümünü dışında tutuyorum, bana şey gibi geliyor, mucize gibi, görmedim ama hiç [gülüyor] elimizde

böyle bir imkân varsa, bunu kullanmalıyız gibi hissediyorum.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 53)

4.5.4. Özgür Karar Verememek

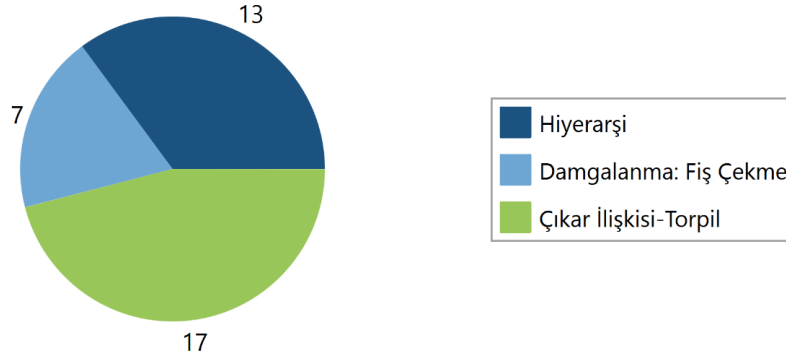
Sekiz katılımcı çeşitli sebeplerden dolayı kararlarını verirken kendilerini özgür hissetmediklerini ya da sistemin hekimin tamamen tıbbi veriler doğrultusunda karar vermeye el vermediğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda kategorinin isimlendirmesinin özerkliğe müdahale edilmesi ya da felsefi bir perspektifle “özgürlük” kavramına derin anlamlar yükleme gibi bir nosyonu bulunmaktadır. Burada kastedilen, istişare süreçlerinin iyi bir şekilde işlememesi, toplumsal baskı ya da çıkar çatışmaları gibi çeşitli sebeplerden dolayı hekimlerin karar verme süreçlerinde ikna edilmeksizin kendi düşüncelerinin aksini yapmak durumunda kalmalarıdır. Bu bağlamda kategori altında hiyerarşi, damgalanma: fiş çekme ve çıkar ilişkisi-torpil olmak üzere üç kod oluşturulmuştur. Kodların kapsadığı konulara kaç katılımcının değindiği Tablo 4-36’da kategorinin belge temelli frekans tablosunda gösterilmiştir. Buna göre, dört katılımcı hiyerarşi kodu hakkında, beşer katılımcı ise damgalanma: fiş çekme ve çıkar ilişkisi-torpil kodu hakkında fikir beyan etmiştir.

Tablo 4-36 Özgür karar verememek kategorisinin belge temelli frekans tablosu

Özgür Karar Verememek	Belgeler
Hiyerarşi	4
Damgalanma: Fiş Çekme	5
Çıkar İlişkisi-Torpil	5
Kodlanmış Belgeler	8
Kodlanmamış Belgeler	3
Analiz Edilen Belgeler	11

Kategorinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği ise Şekil 4-44’te gösterilmiştir. Buna göre, on yedi kodlamayla en fazla kodlama çıkar ilişkisi-torpil konusunda

yapılırken, on üç kodlama hiyerarşi ve yedi kodlama damgalanma: fiş çekme konusu hakkında yapılmıştır.



Şekil 4-44 Özgür karar verememek kategorisinin kodlu bölüm temelli frekans grafiği

4.5.4.1. Hiyerarşi

Sadece dört kişinin fikir beyan ettiği hiyerarşi kodu altında hekimler sistem içerisindeki hiyerarşide, üsttün astı dikkate almamasından kaynaklı problemlerin olduğunu belirtmişlerdir. Burada üstten kasıt bazen sağlık sisteminin veya hastanenin benimsediği politika olurken bazen klinikte sorumlu uzman hekim ya da hoca olabilmektedir. Katılımcılar yöneticilerin hekimleri ve onların dertlerini görmeksizin politikalar geliştirdiklerini, hocaların ise çoğu zaman istişaresiz ya da açıklama yapmaksızın bir konuda tavır aldıklarını ve kendilerinin de bu doğrultularda kendi düşüncelerinin aksine karar almak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Konuya değinen kişinin sayısının az olması, bu problemin sık yaşanan bir problem olmadığı yönünde yorumlanacağı gibi katılımcıların yöneticilerini ya da hocalarını eleştirmekten çekindikleri şeklinde de yorumlanabilir. Katılımcıların ifadeleri bu durum göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

“Tedavi sınırlandırılması dediğim gibi yapılması gerekiyor bence ama o da çok yapılmıyor. Çünkü dediğim gibi devletimiz, bizim şeyimiz bu. Hani bizdeki motto bu, bizim Sağlık Bakanlığı’nın doktorlardan beklediği bu. Çünkü bir tane atıyorum ya bir mamayı az versen, hasta yakını şikâyet ediyor.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 56)

“Abi her ne kadar hekim olarak uygulayıcı olsak bile bizim de kendi aramızda bir hiyerarşi sistemimiz var. Yani mesela ben varım, orda benim hocam var, hocam ne derse

o olur. Hani haliyle her zaman kendi kararlarımızı uygulamıyoruz sadece. Yani hoca senden bir üst kademede son sözü söylediği zaman sen başka zaman belki kendi kararınla yapmayacağı şeyleri uygulamak durumunda kalabiliyorsun. (Konum 80) (...) Yani hani kendi vardığım kanaatlerle uygulamadaki şeyler örtüşmüyor, yani. Nasıl söyleyeyim? Belki ben tek başıma bu kuralları koyuyor olsam uygulamalarım çok daha farklı olabilir. Öyle söyleyeyim, yani vicdanî anlamda bu noktada çok rahat hareket edemiyoruz.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 103)

“Özellikle son dönemlerde bu konuda daha da yani bu biraz yetki ile alakalı, yani sizi yöneten, koordinasyonun başındaki yetkili kişilerle alakalı, yani hocası hoca işte siz yoğun bakım uzmanıysanız, yoğun bakım uzmanı yani o şeyin sahibi yani kaba tabirle onun yetkisine bağlı.” (D3, Uzm. Dr., Büyükşehir, Konum 63)

Burada bir katılımcı hekimin karar verme süreçlerinin sadece benimsenen yanlış politika ya da sağlıklı istişare yapılamamasından dolayı değil, hekimin tecrübesinin ve öngörülerinin kulak ardı atılmasına dayalı tıp uygulama anlayışının da etkili olduğunu belirtmiştir.

“Maalesef özgür karar verme şeyine sahip değiliz şu anda özgürce karar veremiyor hekim. Burada şey çok robotikleştiriyor, onun bir problemi var aslında, yani sans-klinik [Fransızca: sens-clinique, klinik sezgi] diye denen bir şey var sonuçta. Bazen sadece sebebini ortaya koyamazsın ama bu şekilde yapmak istersin. Hani belki bunun mantıksal bir şekilde açıklayamaz. Hakikaten bu hastaya bunun fayda göstereceğini düşünürsün ama defansif hekimlikte böyle bir yaklaşım maalesef söz konusu olamıyor hiçbir şekilde. Yani tecrübemizin aslında bazen hekimin içine doğar ya. Yani bu aslında kabul edilen bir şey. Onun hiçbir şekilde karşılığı olamıyor maalesef.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 98)

4.5.4.2. Damgalanma: Fiş Çekme

Katılımcılar ağırlıklı olarak hasta ve hasta yakınlarının tıbbi kararlara etki etmediğini belirtmiş olsa da (Bkz. Bölüm 4.1.4.4.) hasta yakınlarının beklentisinin çok yüksek olması hekimler üzerinde baskı oluşturabilmektedir. Burada ön plana en çok çıkan şey, kodlamanın isminde de geçen hekimin fiş çekme konusunda damgalanmasıdır. Burada tabi hukuki baskı da ön planda olmakla birlikte, toplum tarafından damgalanmak ya da bir kişinin ölümüne katkı sağlamak gibi sosyo-psikolojik yönü de bulunmaktadır. Konuya dair katılımcı ifadeleri:

“Hani birisine mesela beyin ölümü tanısı konduğunu söylediğimizde, onlar direkt şey diye algılamıştı. Direkt fişini mi çekeceksiniz diye fazla tepki göstermişti.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 35)

“Bizim hani halk arasındaki tabirle hastanın fişini çektiler kavramı ile şey olmamak.” (D6, Asist. Dr., İstanbul, Konum 59)

“Verilen ilaçları varsa kesiyoruz, organ vermediyse kapatıyoruz açıkçası. Ama hani kimse kapattım diye de yani şey yapmıyor orası da çünkü boşluk. Ventilatör kesinlikle açık, fişi çektim falan asla yok, Kalbi durana kadar ventilatör var.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 75-76)

4.5.4.3. Çıkar İlişkisi-Torpil

Hasta ve hasta yakınlarının sınıflandırıldığı ve bu grup içerisindeki torpilli hastalar (Bk. Bölüm 4.1.4.1.) için araya sokulan önemli kişilerin “ricaları” hekimin kendi tıbbi kararına bakılmaksızın uygulanabilmektedir. Sağlık sistemi içerisinde bu şekilde torpil yaptırılması adalet ilkesi açısından kabul edilemez bir durum olmakla birlikte, hekimlerin emrivaki kararlar vermek zorunda bırakılması da mesleğin saygınlığı açısından problemlidir. Katılımcıların bu durumu direkt “torpil” olarak adlandırmayıp, sempatik ilişkiler (D2), sosyal endikasyon (D3) ya da sosyal sebepler (D9) şekline ifade etmeleri de dikkat çekicidir. Katılımcıların bu bağlamdaki ifadeleri:

“Genelde sempatik ilişkilerin getirdiği bazı anlamsız şeyler oluyor. Genelde maalesef ama ben çok rastlamadım açıkçası. (Konum 20) (...) İşte bir hasta oluyor mesela acilde, oradan bir hekim diyor ki işte sizin hastanızın yoğun bakım ihtiyacı olabilir diyor. Böyle bir öngöründe bulunuyor. Tabi bunu söyleyen kişi atıyorum anesteziist değil. Oradaki işte hasta yakını birisi yüksek kademedен birisine ulaşıyor. Diyor ki bizim hastamızın yoğun bakım ihtiyacı var. Orada yüksek kademedeki kişinin de yani işte neymiş, ne değilmiş, gerçekten var mıymış falan bunlarla genelde uğraşmıyorlar, arıyorlar. Bunlar işte yönetim kademesindeki insanlar oluyorlar. Şuradan size bir hasta geliyor. [Acı acı gülüyor.] Diye söylüyorlar. Bunlar mesleki etik anlamında da çok problematik şeyler (...) İşte başka hastaneden yoğun bakım ihtiyacı olan genç bir hasta varmış diye şey yapılıyor. Genç hasta zaten bizim çok alert olduğumuz bir şey. Öyle olunca işte bir hasta geliyor, gönderiyorlar. Bir bakıyorsunuz hasta maske oksijen, 95 saturasyon ile elense oturuyor. [Gülüyor] Hani böyle şeyler genelde araya aracılardan

girdiği, üst kademedeki birilerinin dahil olduğu şeylerde yaşıyor.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 22)

“Bazen istisnai durumlar ne olabilir, ne bileyim profur, birinin tanıdığıdır, nadiren de olsa şartlar uygunsa hastalar alınıyor. Ama onun dışında hasta talebi ile yoğun bakıma alım yapılmıyor. (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 49)

“Ama bazen de sosyal sebeplerden bize baskı oluyor. İşte rektörün hastası, rektör yardımcısının bir öğretim üyesinin hastası gibi şeylerle de çok sık karşılaşıyoruz. Lütfen bu hastamı alın, işte buna yardımcı olun gibi durumlarda da bunları dikkate aldığımız oluyor.” (D9, Prof. Dr., İstanbul, Konum 15)

Torpil durumuna ek olarak sadece bir katılımcının değindiği direkt olarak bir menfaat ya da çıkar ilişkisinden dolayı kararların alınması ve bu kararların dayatılması gibi durumlar da olabilmektedir. Burada katılımcı sadece illegal çıkar ilişkilerini değil, sağlık sisteminin temelini oluşturan bazı anlayışları da eleştirmektedir. Katılımcının konuya dair ifadeleri:

“Yani olabilecekleri söyleyeyim, hani ben görmedim ama olabilir. Bir ilaç firmasıyla anlaşma olabilir. Hani bu ilaçların bir şekilde kullanılması gerekiyor olabilir ya da atıyorum hemofiltrasyon cihazı falan kullanılması gerekiyor olabilir. Yani iki taraflı çıkar ilişkisi olan bir şey olabilir, ben görmedim, meslek hayatımda görmedim. Bizim yoğun bakımda böyle şeyler çok olmasa da olabilir, bilemiyorum.” (Konum 66) (...) O zamanda şöyle bir durum karşımıza çıkıyor, başımıza geliyor onu da söyleyeyim, o da kulağına küpe olsun. Hastane vermek istemez hastasını. Unutma hastane içinde hasta yoktur, müşteri vardır. Hastane yoğun bakımda yatan hasta başına, hele üçüncü basamaktan çok iyi para kazanıyor devletten, devletten para geliyor. Öyle de durumlar var. Hani belki bunun da çalışmasını yaparsın yarın öbür gün ama öyle bir durum var. Tabi böyle bir durum var abim mesela. Dersin ki ben mesela hocaya derim, hocam bu hastayı gönderelim ya ne gerek var der. Çünkü başka kim senden bunu ister. İster ki yoğun bakımların dolu kalsın, dolu olsun her zaman ister, gibi gibi işler.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 71)

4.5.5. Karar Verme Temasının Analiz Sonuçları

- Katılımcılar yoğun bakımda yaşamın sonundaki kararların tıbbi bilgi ve tecrübe doğrultusunda, ekiple yapılan istişare sonucunda alındığını belirtmiş olsa da bu

istişare sürecinin nasıl işlediği net değildir. Örneğin hangi durumlarda konsültasyon alınacağı, primer doktorunun rolü ve resmî tatil ya da nöbetlerde acil kararların nasıl verileceği gibi birçok konuya dair belirsizlikler mevcuttur. Hastanın dosyasına yaşam sonu planlaması girilemediği için, süreçler kişilere bağımlı olarak işlemektedir. Ek olarak bu kararlar kişisel tercihlerin etkisinden ve hatta kişisel tercihler doğrultusunda istismar edilme ihtimalinden vareste değildir. Karar verme süreçlerinin şifahi olarak işlemesi, yaşam sonu kararlarına dair herhangi bir protokol bulunmaması işleyişte birçok farklı uygulama olmasına sebep olmaktadır. (Bkz. Bölüm 4.2.4) Bu durum etik açıdan problemli bir durumdur.

- Hekimlerin kararları büyük ölçüde hukuki baskı çerçevesinde şekillenmektedir. Burada bazı hukuki düzenlemelerin olmamasının etkisi olduğu gibi hekimlerin yasalar karşısında kendilerini korumasız hissetmelerinin de etkisi bulunmaktadır. Hukuki baskı ve defansif hekimliğin, hekimlerin uygulamada yaptıkları işlemleri resmiyete yansıtması gibi tehlikeli sonuçlara da sebep olmaktadır. Bu durum hukuki ve etik açıdan kabul edilemez bir sorundur.
- Hekimlerin yaşam sonu kararlarını bazen vicdanları doğrultusunda verdikleri ve bu kararların yönünün farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Yani hekimler vicdanen beyhude tedavinin devam etmesi yönünde karar verdiği gibi devam etmemesi yönünde de karar verebilmektedir. Ancak katılımcılar vicdanlı olarak karar verilmesi gerekliliğini sürece dair çözüm önerisi olarak zikretmiş, hatta bazı durumlarda tek çıkış yolu olarak betimlemişlerdir. Bu bağlamda vicdanın klinik kararlardaki operasyonelliğinin etik açıdan sorgulanması gerekmektedir.
- Hekimlerin tıbbi veriler doğrultusunda kendi tecrübeleriyle ve argümanlara dayanan istişarelerle şekil alabilen kararlar verebilecekleri, toplumsal ve psikolojik baskıya karşı yeterli önlemlerin alındığı ve çıkar ilişkilerinden arındırılmış çalışma ortamlarının olması sağlık sisteminin düzgün bir şekilde işlemesi için hayati öneme sahiptir.
- Sonuç olarak bu araştırmada hekimlerin yaşamın sonunda, beyhude tedavi bağlamında karar verme süreçlerine dair geliştirilmiş olan temellendirilmiş, gömülü teori (açıklama) şu şekildedir:

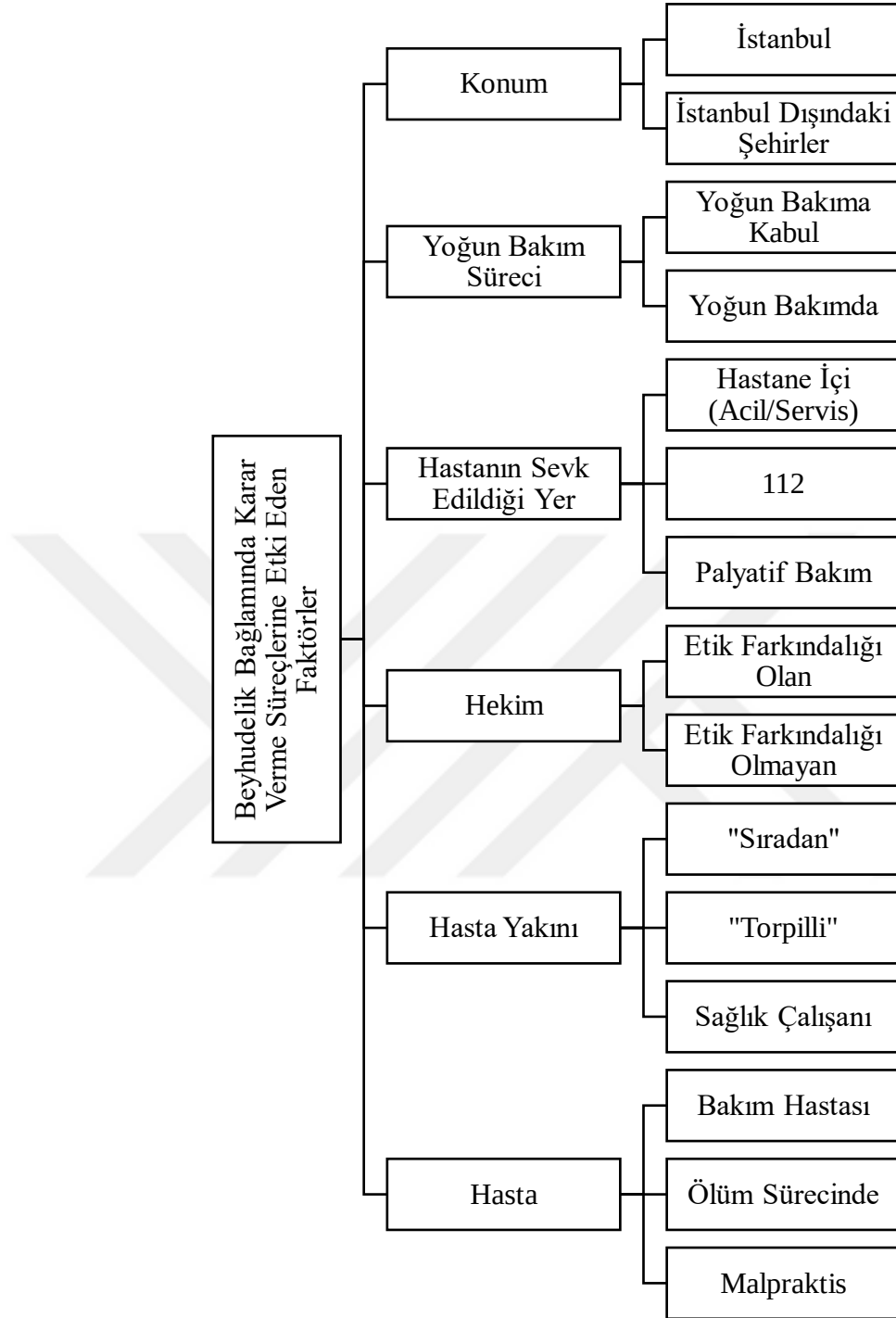
Hekimler beyhude tedaviye dair kararlarını standardize edilmiş bir istişareye bağılı olmayan tıbbi mutabakat doğrultusunda, hukuki ya da toplumsal baskı altında, kısıtlı imkanlarla, bazen de çıkar çatışmasına muhatap olarak ve bazen de vicdanları ya da kişisel tercihleri doğrultusunda vermektedirler.



5. TARTIŞMA

5.1. Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde verilerin analizi doğrultusunda ulaşılan sonuçların özeti ve somutlaştırılması yapıp, normatif analiz için etik sorun alanları tespit edilmiştir. Ulaşılan sonuca göre hekimlerin kararlarına hukuki baskının etki etmesi ve bunun birçok etik probleme sebep olması çok önemli bir tespit olmakla birlikte, hukuki alandaki iddia edilen eksiklikler ya da yanlışlıklar bu çalışmanın kapsamı dahilinde değildir. Ayrıca ilgili bölümde de belirtildiği üzere hukuki düzenlemelerin netleşebilmesi, sorunlu alanlara dair tıbbi mutabakatların oluşması şartına bağlıdır. Yaşam sonu kararlarında tıbbi mutabakatın sağlanmasında da çeşitli etik problemlerin olduğu bir önceki bölümde tespit edilmiştir. Bundan dolayı hekimlerin kararlarına en çok hukuki baskı etki etse bile öncelik tıbbi mutabakatın sağlanmasındaki sorunların giderilmesindedir. Bu bağlamda özellikle hekimlerin konuya farklı yaklaşımları başta olmak üzere birçok farklı faktöre bağlı olan yaşamın sonundaki beyhudelik durumları gibi bir problemin çözümü için hukuki düzenlemeden önce, hem bu sürecin nasıl işlediğini açıklayan ampirik hem de bu sürecin nasıl işlemesi gerektiğini cevaplayan normatif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Sonrasında bu çalışmaların hekimlerin karar vermelerine yardımcı araçlara dönüştürülmeleri gerekmektedir. (Schleger vd., 2012 s.68-70) Bu bağlamda bu çalışma doğrultusunda ülkemizde beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerine etki eden faktörler Şekil 5-1’de özetlenmiştir. Burada beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerinin hastanın bulunduğu şhirden, hastanın durumundan, nereden sevk edildiğinden, hasta yakınlarının pozisyonundan ve en önemlisi hekimin bu konudaki farkındalığından etkilendiğı görölmektedir.



Şekil 5-1 Beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerine etki eden faktörler

Hekimlerin, yaşamın sonunda beyhudelik bağlamında hasta özelinde karar verme süreçlerinde, çoğu zaman geri dönüşü olmayan çeşitli kritik eşikler olduğu tespit edilmiştir. Şekil 5-1’de de görüldüğü üzere hastanın yoğun bakıma kabul süreci ve yoğun bakıma kabul edildikten sonraki süreçler farklı faktörlerin etkisine açık olup, yine farklı

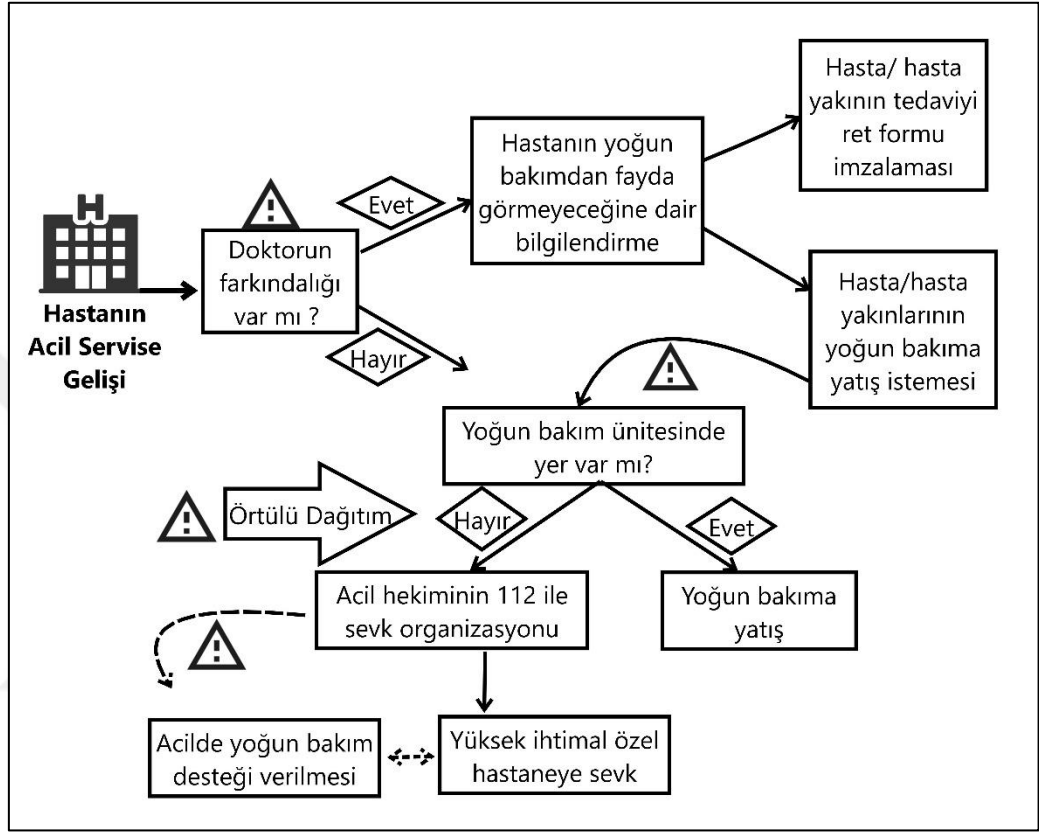
problemler barındırmaktadır. Belirlenen bu üç kritik eşik ve bu eşiklerin aşılmaması için gerekli şartlara dair süreç Şekil 5-2’de gösterilmiştir. Buna göre hastaneye geliş, yoğun bakıma yatış ve sonrasında entübasyon yapılmasından oluşan bu üç kritik eşik iki ve üçüncü eşiklerinin aşılmaması, herhangi bir standardı olmadan tamamen kişisel tercihlere göre işlemektedir. İlk eşik aşılmasının sebepleri ise genel olarak palyatif bakımın olmaması ya da palyatif bakım olsa bile ailenin hastasını palyatif merkeze yatırmak istememesinden kaynaklanmaktadır. Ek olarak yine hekimin farkındalığının olup olmamasına veya hasta ve hasta yakınlarının evde ölüm isteyip istemesine bağlı olarak ilk eşik aşılması önlenebilmektedir. Bu anlatılan resme kuş bakışı bakıldığında, aslında bu sürecin ülkede yeterli sayıda palyatif bakım merkezi olmaması dolayısıyla başladığı, devamında ise genel olarak hekimlerin aldıkları farklı tıbbi ve ahlaki kararlarla şekillendiği görülmektedir.



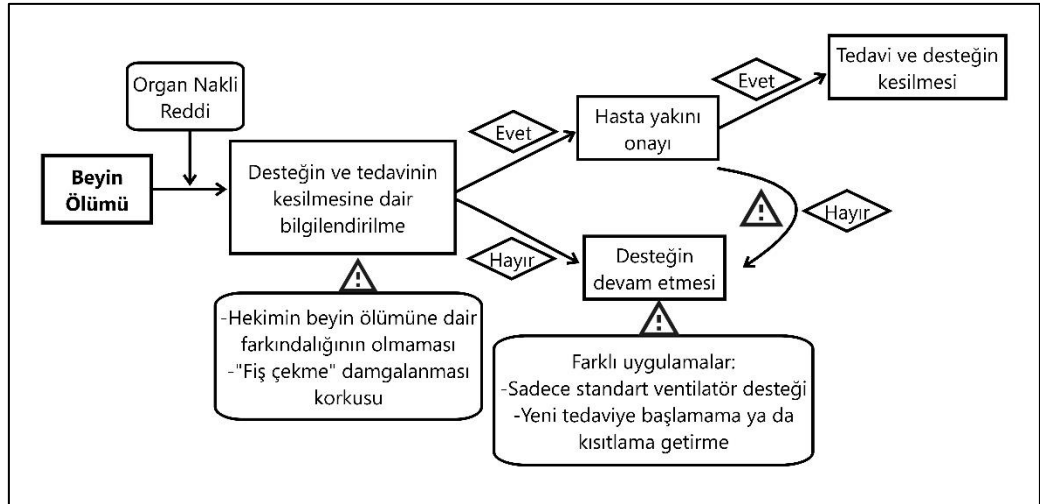
Şekil 5-2 Yaşamın sonunda beyhudelik durumundaki üç kritik eşik

İkinci kritik eşik olan yoğun bakıma yatış süreci ise Şekil 5-3’te gösterilerek, süreç detaylandırılmıştır. Burada sürecin öncelikli olarak hekimin verdiği kararlardan etkilendiği, sonrasında ise hasta yakınlarının aldığı tavra göre şekillendiği görülmektedir. Üçüncü kritik eşik aşılmasının, yani hastanın entübe edilmemesinin ise tamamen sağlık çalışanları ve hasta yakınları arasında kurulan güven ilişkisine bağlı olduğu görülmektedir. Hekimler, bu süreçlerdeki kararlarının çeşitlilik göstermesini genellikle

hukuki bir düzenlemenin olmamasına bağlamaktalar ama hukuki düzenlemenin olduğu, beyin ölümü durumunda da yine hekim ve hasta yakınlarının etkisiyle farklı uygulamalar yapıldığı görülmektedir. Bu durum Şekil 5-4'te tasvir edilmiştir.



Şekil 5-3 Acil servisten hasta başvurusunda beyhudelik bağlamında yoğun bakıma yatış eşiğinin geçilmesi



Şekil 5-4 Beyin ölümü sonrası mutlak beyhudelik durumundaki farklı işleyiş

Beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerinde hekimin farkındalığının ve bu doğrultuda yaptığı bilgilendirmenin ne kadar önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Bundan dolayı hekimlerin hastalarla iletişimi onların bu alandaki bireysel beceri ve yetkinliklerine bırakılacak bir kabiliyet değildir. Bu bağlamda hekimlere hasta ile iletişim becerilerini geliştirecek eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin uygulamalı şekilde olması gerekmektedir. Burada eğitimlerde iletişim laboratuvarının varlığı ve “standardize hasta uygulamaları” (Vu & Barrows, 1994) gibi pratiğe yönelik yöntemlerin kullanılması önem arz etmektedir. (Kühlmeyer vd., 2022) Yine aynı şekilde klinikte bilgilendirmenin nasıl yapılacağına dair ekip içerisinde bir standart belirlenmiş olması önemlidir. Aynı zamanda bu iletişim becerisinin teorik bir zemine oturtulabilmesi için özerklik ilkesinin ülkemizin sosyo-kültürel ve dini değerleri bağlamında nasıl operasyonel bir şekilde kullanılması gerektiğine dair çalışmalar yapılmasına da ihtiyaç duyulmaktadır. (Kara, 2007) Ek olarak bakım hastasına ya da yaşamın sonundaki hastaya sunulacak hizmetin sadece sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olması düşünülemez. Bu süreçte ailelerin de desteklenme gerekliliği unutulmamalıdır. Bundan dolayı sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve manevi danışman gibi diğer uzmanlık alanlarıyla multidisipliner bir şekilde çalışılması gerekmektedir. (Fernando & Hughes, 2019) Yaşamın sonunda verilen kararların sağlık çalışanları ve hasta-hasta yakınları perspektiflerinden hukuki, etik, psiko-sosyal, dini olmak üzere birçok boyutu bulunmaktadır. Bu bağlamda ölüm ve ölüm sürecine dair planlamalar yapılırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. (Ciccarello, 2003)

Yaşamın sonundaki karar verme süreçlerinde hekimin ve ailenin multidisipliner bir ekiple desteklenmesi, beyhudelik ihtimalinin azaltılmasına destek olacaktır.

Beyhudelik sonrası farklı uygulamalara dair kodlarla, karar verme teması altında bulunan hekimlerin karar verme süreçlerini belirleyen kodların ilişkisi, kod ilişkiler tarayıcısı aracı kullanılarak analiz edilmiş ve Tablo 5-1’de gösterilmiştir. Hekimlerin yaşamın sonunda aldıkları kararların farklılık göstermesi, karar verme şekli ya da karara etki eden etmenler doğrultusunda değerlendirilmiştir.



Tablo 5-1 Karar verme temasına ait kodlarının beyhudelik tespiti sonrası işleyiş farklılığı kategorisine ait kodlar ile ilişkisi

Kod Sistemi	Acilde Ikna-Bilgilendirme	Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı Değil	Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı	Farklı Hasta Kategorilerinde İşleyiş	Beyin Ölümü Sorunsalı
▼  Karar Verme					
▼  Tıbbi Mutabakat					
 Ekip Kararı					
 Konsültasyon Gerekliliği					
 Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü					
 Kişisel Tercihlerin Etkisi					
▼  Hukuki Baskı					
 Hukuki Mecburiyetler					
 Hukuki Sınırlılıklar					
 Defansif Hekimlik					
 Resmiyet ve Uygulama Farkı					
▼  Vicdan					
 Vicdan Azabı					
 Dini Gerekçeler					
▼  Özgür Karar Verememek					
 Hiyerarşi					
 Damgalanma: Fiş Çekme					
 Çıkar İlişkisi-Torpil					

Tablo 5-1’de kodların ilişkilerinde görüldüğü üzere, acilde beyhudelik ya da evde ölümle ilgili bilgilendirme yapılması hekimin kişisel tercihleriyle yakından ilişkilidir. Beyhudelik sonrası farklı uygulamaların en fazla görüldüğü hastanın yaşam destek ünitesine bağlı olduğu süreçte, hekimlerin verdikleri kararları en çok hukuki baskı etkilemekle birlikte, kişisel tercihlerin bu süreçte de etken olduğu, hatta ekip kararından daha etkili olduğu görülmektedir. Ek olarak, hiyerarşi kaynaklı ya da sosyal baskının veya çeşitli çıkar ilişkilerinin bu süreçteki kararları etkilediği görülmektedir. Beyin ölümü sorunsalında ön plana çıkan şey yine hukuki baskı olmakla birlikte, damgalanma da rol oynamaktadır.

Beyhudelik tespitinin yapılmasına dair karar verme süreçlerinin kodların ilişkisine dayanan analizinde, Tablo 5-2’de görüldüğü üzere hekimlerin kişisel tercihleri hem hasta ve hastalık özelinde verilen kararlarda hem de endikasyonun olup olmasının belirlenmesinde etkilidir. Rehberin olmadığına ve aslında rehber ihtiyacı da olmadığına dair ifadelerle verilen rehber kodunun ise, ekip kararı ile sıkı bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Katılımcılar, ekip olarak karar verme durumunu rehber kullanımının bir alternatifi olarak görmektedirler. Rehberin olmamasını da yine hukuki sınırlılıklara bağlamaktadırlar. Beyhudelik-endikasyon ilişkisi kodu altında en problemli alanlardan biri olan DNR sorunsalı bağlamında öncelikli olarak CPR endikasyonu olmayan durumlarla beklenmedik ani kalp durması için hastaların DNR talep ettiği durumların birbirinden ayrı tutulması gerekmektedir. Herhangi bir tıbbi girişim için endikasyon yoksa bu işlemin hukuki ya da hasta yakınlarının baskısı ile yapılması doğru olmaz. (Özcengiz, 2020) Eğer bu bağlamda hukuki bir netlik yoksa bu kısımdaki gri alanlar giderilmelidir.

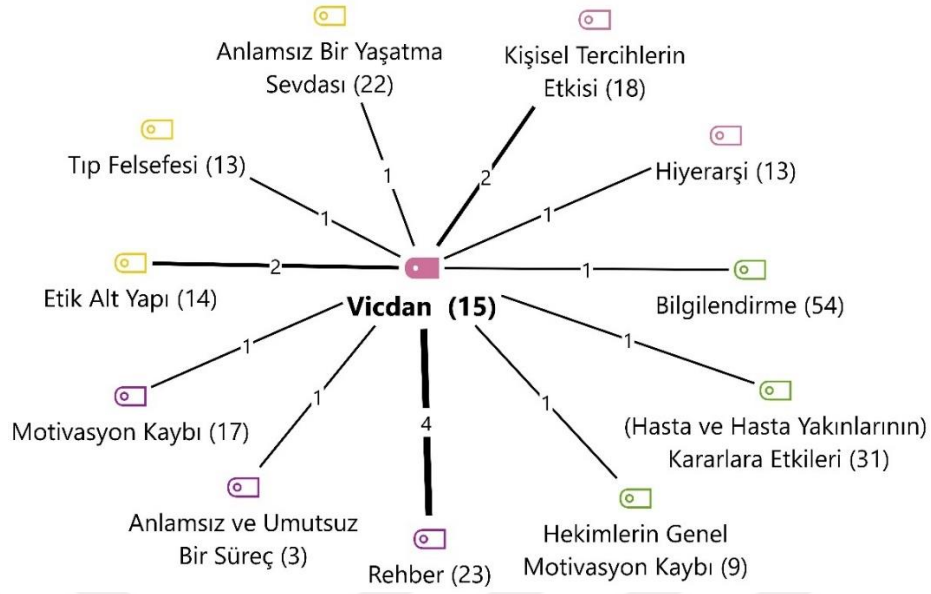
Tablo 5-2 Karar verme temasına ait kodlarının beyhudeliği belirleme kategorisine ait kodlar ile ilişkisi

Kod Sistemi	Hasta ve Hastalık Özelinde	Beyhudelik-Endikasyon ilişkisi	Rehber
▼ Karar Verme			
▼ Tıbbi Mutabakat			
Ekip Kararı		■	■
Konsültasyon Gerekliliği			
Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü			
Kişisel Tercihlerin Etkisi	■	■	■
▼ Hukuki Baskı			
Hukuki Mecburiyetler		■	
Hukuki Sınırlılıklar		■	■
Defansif Hekimlik		■	
Resmiyet ve Uygulama Farkı			
▼ Vicdan			
Vicdan Azabı			■
Dini Gerekçeler			
▼ Özgür Karar Verememek			
Hiyerarşi			■
Damgalanma: Fiş Çekme			
Çıkar ilişkisi-Torpil	■		

Hekimlerin karar verme süreçlerine etki eden normatif kavramlar ise, fayda, yaş, adalet ve vicdandır. Burada fayda kavramının genel olarak “tıbbi fayda” bağlamında kullanıldığı görülmüştür. Ancak burada kavrama yüklenen anlamın derinlemesine bir tahlilinin yapılmadığı, genel olarak tedavinin başarılı olması yönünden bir değerlendirme yapıldığı görülmektedir. Yaş kavramında ise, hekimler hastanın yaşının karar verme süreçlerine etki eden çok önemli bir faktör olduğunu belirtmekle birlikte, yaşlılığın genel olarak komorbidite ile ilişkili olarak anlamlandırıldığı görülmektedir. Ayrıca sağlıklı yaşlı hastaların bile gençlere nazaran tedaviye olumlu cevap verme olasılıklarının düşük olduğunu belirtilmektedir. Burada yaş kavramının kronolojik yaş olarak doğrudan ve mutlak bir etki gücüne sahip olmadığı, fizyolojik etkileri ve sonuçları itibarıyla bir kriter olduğu görülmektedir. Bu bağlamda yaşın kategorik bir kriter değil, sonuçları ve getirileri doğrultusunda değerlendirmeye muhtaç hipotetik bir kriter (İlkılıç, 2016) olduğu söylenebilir. Ama yaşlılığın sonuçlarının ya da komorbidite durumunun tespitinin bir rehber doğrultusunda net bir şekilde düzenlenememiş olması, yaşlılara karşı ayrımcılık riskini doğurmaktadır. Adalet kavramı doğrultusunda katılımcılar ağırlıklı olarak beyhude tedavi uygulamalarından dolayı kaynakların adil dağıtılamadığını ve israf edildiğini dile getirmişlerdir. Karar verme süreçlerinde kaynakların durumunu değerlendirip, adaletli bir şekil karar verme motivasyonları olmakla birlikte, bu konudaki

asıl sorumluluğun yöneticilerde olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, adaletin sağlanmasındaki sorumluluğun yöneticilere bırakılmasının sebebini, hekimlerin belirlenen hukuki düzenleme ve sağlık politikaları doğrultusunda karar vermek zorunda olduğunu ve adil dağıtımın hekimlerin kararlarından ziyade temelde bu düzenlemelerle şekil aldığını belirtmektedirler. Burada beyhudelik durumu ve kaynakların dağıtımı arasında beyhude tedaviye devam edilmesinin sonuçları itibariyle sıkı bir ilişki olmakla birlikte, beyhudeliğin tespiti ve beyhude tedavinin yapılmaması gerekliliği öncelikli olarak kaynak durumundan bağımsız kendi içerisinde değerlendirilmesi gereken bir konudur. Yani kaynaklar sınırsız olsa bile beyhudelik durumu yine geçerlidir. Bundan dolayı adil dağıtım konusunda makro düzlemde sağlık politikaları ve hukuki düzenlemeler etkili olmakla birlikte, mikro düzeyde, yani karar verme süreçlerinde endikasyonu belirlemesi bağlamında hekimin de rolü bulunmaktadır.

Diğer normatif kavramların aksine hekimlerin vicdan kavramına çok yüksek bir görev yüklediği ve karar verme süreçlerindeki sorunları çözebilecek en önemli yöntemin “vicdanlı bir şekilde karar vermek” olduğu görülmüştür. Vicdanlılık, şüphesiz ki sağlık çalışanlarının sahip olması gereken bir erdemdir. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.49) Ama çalışmada da gösterildiği üzere, vicdan doğrultusunda karar vermenin çok kompleks problemlerin bulunduğu yaşamın sonundaki karar verme süreçlerinde, ne kadar işlevsel ve operasyonel olacağı tartışmalıdır. Şekil 5-5’te vicdan kategorisinin çakışan kod analizi gösterilmiştir. Burada rehber koduyla dört yerde çakışma olduğu görülmektedir. Katılımcılar her ne kadar ifadelerinin çoğunda rehberle çok ihtiyaç olmadığını belirtse de rehberin olmamasından kaynaklanan belirsizlikten dolayı vicdanî olarak karar vermek durumunda kalmaktadırlar. Ek olarak vicdan konusu hem kişisel tercihlerle hem de etik problemlere ait kodlarla da çakışma göstermektedir. Rehber olmamasından kaynaklı belirsizliğe etik bilgi eksikliğinden kaynaklanan karar vermede zorlanma durumu eklendiğinde, katılımcılar çözümü yine vicdanî olarak karar vermekte bulmuşlardır. Son olarak vicdanî olarak alınan kararlar yine kişisel tercihlerin etkisine açıktır.



Şekil 5-5 Vicdan kategorisinin çakışan kod gösterimi

Hekimlerin karar verme süreçlerindeki etik problemler ile karar vermelerini şekillendiren etmenlerin ilişkisi ise Tablo 5-3'te gösterilmiştir. Buna göre etik problemlerin ortaya çıkmasında en temel etken hukuki baskı olmakla birlikte, tıbbi mutabakatın sağlanmasında da çeşitli problemlerin yaşandığı görülmektedir.

Tablo 5-3 Karar verme temasına ait kodlarının etik problemler temasına ait kategoriler ile ilişkisi

Kod Sistemi	Etik Bilinç Eksikliği	Otonomi	Dağıtım (Allocation)	İnsanî Ölüm Hakkı
▼ Karar Verme				
▼ Tıbbi Mutabakat				
Ekip Kararı				
Konsültasyon Gerekliliği	■	■		■
Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rı				
Kişisel Tercihlerin Etkisi		■		
▼ Hukuki Baskı				
Hukuki Mecburiyetler		■	■	■
Hukuki Sınırlılıklar	■	■	■	■
Defansif Hekimlik		■		
Resmiyet ve Uygulama Farkı		■		
▼ Vicdan				
Vicdan Azabı	■			■
Dini Gerekçeler				
▼ Özgür Karar Verememek				
Hiyerarşi				■
Damgalanma: Fiş Çekme				■
Çıkar İlişkisi-Torpil	■			

Sonuç olarak yoğun bakımda yaşamın sonunda hekimlerin kararlarını etkileyen birçok farklı faktör bulunmaktadır. Hekimlerin bu süreçte sadece tıbbi mutabakat doğrultusunda aldıklarını belirttikleri kararlar, bu faktörlerin etkisinden vareste olmadığından dolayı, kararlar etik açıdan çeşitli sorunlar barındırmaktadır. Burada tıbbi mutabakatın nasıl elde edileceğinin net olmaması ve sürecin kişisel tercihlerin etkisine açık olması, sorunun temelini oluşturmaktadır. Bu süreçte herhangi bir karar vermeye yardımcı rehber kullanımı da gereksiz görülmektedir. Katılımcılar aynı zamanda kararlarını vicdanî olarak aldıklarını ve bu tür kararların vicdanî olarak alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda iki temel etik soru ortaya çıkmaktadır:

1. Yaşamın sonunda beyhude tedavi bağlamında karar vermeye yardımcı araçlar, örneğin rehber ya da hastane etik kurulu konsültasyonu kullanımı etik açıdan gerekli mi?
2. Yaşamın sonunda beyhude tedavi bağlamında karar verme süreçlerinde vicdanî olarak karar vermek etik açıdan sürecin makul bir şekilde işlemlerini sağlar mı?

Bu iki etik sorunun normatif olarak analizinin yapılabilmesi için, öncelikle bulgulardan yola çıkarak bu iki soruya temel oluşturan argümanların tespiti yapılmıştır:

A1: Hekimlerin, yaşamın sonunda güncel tıbbi veriler ve tecrübeleri doğrultusunda ekip olarak karar vermeleri etik açıdan herhangi bir problem barındırmaz.

A2: Karar vermeye yardımcı araç olarak rehberlerin kullanımı çok gerekli değildir. Hatta hekimin tecrübe ve sezgilerini önemsiz kıldığı için rehberlerin kullanılmaması gerekir.

A3: Yaşam sonu kararlarında hekimlerin vicdanları doğrultusunda karar vermeleri sürecin etik açıdan kabul edilebilir bir şekilde işlemlerini sağlamak için yeterlidir.

İlk iki argüman “Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Vermeye Yardımcı Araçların Gerekliliği” ve üçüncü argüman ise “Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Verme Süreçlerinde «Vicdanın» Normatif Anlamı” başlığı altında literatür doğrultusunda ortaya konulan karşı-argümanları ile analiz edilmiştir.

5.2. Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Vermeye Yardımcı Araçların Gerekliliği

A1: Hekimlerin, yaşamın sonunda güncel tıbbi veriler ve tecrübeleri doğrultusunda ekip olarak karar vermeleri etik açıdan herhangi bir problem barındırmaz.

A1 savının karşı argümanları:

1. Mütemadi sorun (perennial issue) (McMillan, 2021) argümanı: Beyhudeliğin tanımının, kavramın ortaya çıktığı yıllardan itibaren klinikte fonksiyonel olarak kullanılacak şekilde yapılamaması probleminden dolayı, sınırları net belli olmayan bir durumu tespit etmenin zorluğu beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerini zorlaştırmaktadır. (Bkz. Bölüm 2.2.2.)
2. Tıbbi bilginin istatistiki bilgiye dayanıyor olması probleminden dolayı beyhudeliği belirlemede asgari bir istatistiki eşik tespit etmek için etik açıdan gerekçe sunmak zor olmakla beraber problemler barındırmaktadır. (ZEKO, 2022)
3. Yaşamın sonunda verilen kararlarda sadece hastaya beyhude tedavi uygulanması riski yoktur. Hastaya yaşı, (Hamel vd., 1999) sosyokültürel ve ekonomik durumu (Avendano vd., 2006) ya da hastanın morbidite durumu, örneğin demans (Desmond vd., 2002) veya psikolojik hastalıkların (Hurst vd., 2007) oluşturduğu önyargı yüzünden normalin altında tedavi verilme de riski bulunmaktadır.
4. Bir tedavinin gerekli olup olmadığının kararı farklı branşlardaki doktorların arasında farklılık gösterebilir. (Albisser Schleger vd., 2008)
5. Bir hastanın yoğun bakıma alınıp alınmayacağına prognoz önemli bir rol oynamaktadır. (Meyer-Zehnder vd., 2007) Hastaların yaşam beklentisine dair prognozlarının belirlenmesinde hekimler ve yardımcı sağlık personellerinin iyimserlik dereceleri farklıdır. Doktorlar daha iyimser olabiliyorken, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli daha kötümser olabiliyorlar. (Frick vd., 2003)
6. Kararların önceden belirlenmiş kriterlere bağlı olmadan, günlük rutinin bir parçası olarak alınması beyhudeliğe sebep olabilmektedir. (Praetorius & Sahm, 2001) Burada özellikle hekimlerin zor kararları almaktan ya da alınan kararların hasta ve/veya hasta yakınlarına bildirmekten kaçınmaları

beyhude tedaviye devam edilmesine yol açmaktadır. (Strätling & Schmucker, 2005)

Sonuç olarak beyhudelik gibi net olarak tanımlanmamış bir durumu, istatistiki bilgiye dayanan tıbbi veriler doğrultusunda, karara konu olan hastanın yaşam kalitesi ve hayattan beklentilerini göz önünde bulundurarak tespit edilmesi bir takım epistemolojik zorluklar barındırmaktadır. Bu kararın sonuçları itibariyle hayat ve ölüm arasında bir seçim yapma durumuna götürmesinden dolayı hekimlerin üzerinde oluşturduğu baskı da karar verme süreçlerinin problemlili bir şekilde işlenmesine sebep olabilmektedir. Bundan dolayı belirsizliklerin ve zorlayıcı ikilemlerin bulunduğu beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerinin adil ve şeffaf (fair process) bir şekilde yönetilmesine odaklanılması gerekmektedir. (Council on Ethical Judicial Affairs American Medical Association, 1999)

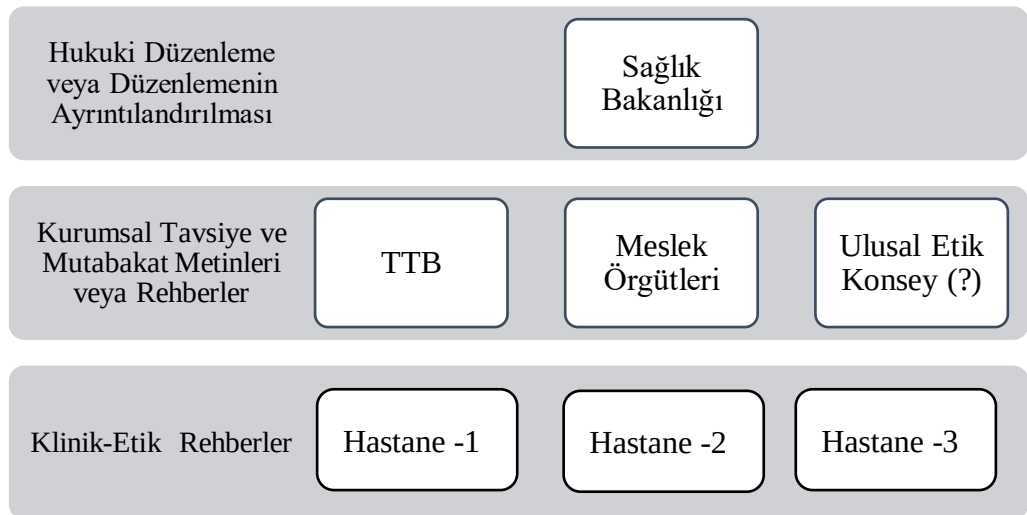
A2: Karar vermeye yardımcı araç olarak rehberlerin kullanımı çok gerekli değildir. Hatta hekimin tecrübe ve sezgilerini önemsiz kıldığı için rehberlerin kullanılmaması gerekir.

A2 savının karşı argümanları:

1. Klinik-etik rehberler hekimin adeta bir yemek tarifini takip ediyormuş gibi gözü kapalı bir şekilde uyması gereken talimatlar değildir. Klinik-etik rehberler etik ilkelerin hasta özelinde nasıl anlamlandırılacağı hususunda yol göstermekle beraber, deskriptif etik çalışmalarda tespit edilen sık yapılan hataların yapılmaması için aynı zamanda uyarıcı olmaktadır. (Schleger vd., 2012 s.69)
2. Sorun özelinde kurumsal politika geliştirilmesi, örneğin DNR protokolünün oluşturulmasının sürecin etik açıdan daha sağlıklı işlenmesine katkısının olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. (Council on Ethical Judicial Affairs American Medical Association, 1999)

Klinik-etik rehberler, yaşamın sonunda karar verme süreçlerinde, kararların etik olarak gerekçelendirilmesine ve sürecin belirli kriterler doğrultusunda şeffaf bir şekilde işlenmesine yardımcı araçlardır. Burada hastane ya da klinikler belirli kurumların tavsiye ya da mutabakat metinlerine ya da rehberlerine tâbi olabilecekleri gibi, hastaneye ya da kliniğe özel kendi rehberlerini de hazırlamaları mümkündür. Hukuki sınırlar ve

kurumların tavsiyeleri doğrultusunda hazırlanan rehberler, argümanların zayıf ve güçlü yanlarının ortaya çıkmasına katkı sağlamakla birlikte, problemlere dair entelektüel tartışma ortamlarının oluşmasını da sağlamaktadır. Klinik-etik düzenlemelerin oluşumuna dair hiyerarşi Şekil 5-6'da gösterilmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı kanuni düzenlemelerin yapılmasını sağlamak veya var olan kanuni düzenlemeleri detaylandırmakla görevlidir. Devamında çizilen bu hukuki çerçeve içerisinde düzenlemelerin daha da detaylandırılması ve etik açıdan gerekçelendirilmiş, argümanlara dayalı bir şekilde açıklanması tabipler birliği, meslek örgütleri ya da henüz Türkiye'de bulunmayan ulusal etik konseyi tarafından yapılmalıdır. Daha sonra hastaneler kendi iç dinamik ve şartlarına göre isterlerse kendi rehberlerini de hazırlayabilirler. Burada bağlayıcılık yönünde hiyerarşi yukarıdan aşağıya doğru olsa bile, tavsiye ve yönlendirme yönünden aşağıdan yukarıya doğru da bir işleyiş mevcuttur. Özellikle tabipler birliğinin, meslek örgütlerinin ve en önemlisi ulusal etik konseyinin hukuka yön vermek ve yol gösterici olmak gibi bir misyonu da bulunmaktadır. Ulusal etik konseylerinin hukuka yol gösterici olabilmesine, Almanya'da 2012 yılında erkek çocuklarının sünnet edilmesiyle ilgili yaşanan krizin ardından çıkan kanunun, Alman Etik Konseyi'nin (Deutsche Ethikrat) konuya dair yayınlamış olduğu tavsiye metnindeki temel prensiplerin tamamını içermesi örnek verilebilir. (İlkılıç, 2020a)



Şekil 5-6 Klinik-etik düzenlemelerin hiyerarşisi

Ülkemizde beyhude tedavi üzerine yayınlanmış herhangi bir tavsiye ya da mutabakat metni bulunmamakla birlikte, yaşam sonu kararlarının nasıl düzenlenmesi gerektiğine dair, içerisinde “boşuna tedavi” başlığı da bulunan Türk Tabipleri Birliği’nin “Yaşamın Sonuna Dair Etik Bildirgesi” mevcuttur. (Türk Tabipleri Birliği, 2019) Böyle bir etik bildirgenin varlığı, konuya dair tartışma zemini oluşturması açısından kıymetli olsa da bildirgenin içeriği tartışmaları yönlendirme gücünden yoksundur. (Özkaya & İlkılıç, s.73 2019) Bildirgede “Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Sonlandırılması ya da Tedaviye Başlanmaması” veya “Boşuna Tedavi” gibi yaşam sonundaki karar verme süreçlerine dair çeşitli başlıklar belirlenmiş ve başlığa dair kısa bir açıklama yapıldıktan sonra, herhangi bir etik refleksiyon yapılmaksızın ve kaynak gösterilmeksizin maddeler halinde tavsiyeler sıralanmıştır. Bu bağlamda bahsi geçen bildirge yukarıda tavsiye, mutabakat veya rehberlerde en çok vurgulanan özellik olan etik açıdan gerekçelendirme ve argümanların zayıf ve güçlü yönlerini göstermesi açısından son derece zayıftır.

Etik ilkelerin uygulanmasını sağlayacak kurumsal ve toplumsal sistemler oluşturamadığımız müddetçe, etik prensiplerin hasta başında boş bir formüle dönüşmesi kaçınılmazdır. Belirli kurallara bağlı olmadan yürütülen karar verme süreçleri, örtülü bir şekilde hizmet dağıtımını etkileyebileceği için adalet ilkesi açısından da problemlidir. Bundan dolayı kompleks süreçlerdeki karar verme süreçlerinin şeffaf bir şekilde yönetilmesinin yanında, profesyonel bir ekiple kararların verilmiş olması da önemlidir. (Schleger vd., 2012 s.29-35) Bu profesyonel ekibe, hastane ya da diğer bir ismiyle klinik etik kurulların eşlik etmesi ve gerektiğinde yardımcı olması önem arz etmektedir. (ZEKO, 2006) Her ne kadar katılımcılardan sadece bir kişi hastane etik kurulları hakkında fikir beyan etmiş ve ülkemizde kurulması gerektiğini ifade etmiş olsa da klinik işleyişte hastane etik kurulları önemli bir role sahiptir. Hastane etik kurulları, herhangi bir etik çatışma durumunda karar verme sürecine yardımcı olabilmek için yol gösterici tavsiyeler veren kurumlardır. Kurum tavsiyelerinde üzerinde mutabakat sağlanmış ve ahlaken kabul edilebilir gerekçelere dayanan bir çözüme ulaşmayı hedefler. Kuruma hekim, hemşire, diğer yardımcı sağlık personeli başvuru yapabildiği gibi hasta ve hasta yakınları da müracaat edebilmektedir. Kurum etik danışmanlık hizmetinin yanında ayrıca, sağlık çalışanlarının etik farkındalığını artırmaya yönelik eğitimler yapmakla da sorumludur. (Metin, 2019 s.344) Yapılan çalışmalarda etik danışmanlık alınmasının beyhude tedavi uygulanmasını azalttığı gösterilmekle birlikte, (L. J. Schneiderman vd., 2003) aynı

zamanda sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasını da engellediği tespit edilmiştir. (Moss vd., 2016)

1949 yılında ABD’de Katolik hastanelerinde, alınan kararların daha çok Katolik değerlere uygunluğu açısından tartışılması için oluşturulan birimlerin, hastane etik kurullarının ilk örneği olduğu söylenebilir. (Tapper, 2013) Farklı formatlardaki kökenleri daha eski yıllara dayanmakla birlikte, günümüzdeki formata en yakın dünyadaki ilk hastane etik kurulu 1970 yılında yine ABD’de kurulmuş ve zaman içerisinde diğer ülkelerde de yaygınlık göstermiştir. (Metin, 2019 s.344) Ülkemizde ise hastane etik kurullarının oluşturulmasına dair herhangi bir hukuki düzenleme bulunmamakla birlikte, ilk hastane etik kurulu 2000’li yıllarda Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde kurulmuştur. Sonraki yıllarda buna Kocaeli, Ege ve Marmara Üniversiteleri’nde kurulan kurullar eklenmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda bu kurulların istenilen düzeyde aktif bir şekilde çalışma göstermediği bildirilmiştir. (Demir & Büken, 2010) Hekimlerle yapılan çalışmalarda ise hem etik danışmanlık için hem de hastane içi etik eğitimleri için hekimlerin hastane etik kuruluna ihtiyaç duydukları gösterilmiştir. (Demir & Büken, 2016) Sonuç olarak klinik-etik rehberlerin oluşturulmasının yanında hastane etik kurulların varlığı da büyük önem taşımaktadır. Bundan dolayı ülkemizde öncelikli olarak hastane etik kurullarının çalışma prensiplerine dair bir hukuki düzenlemeye, sonrasında ise sistemle bütünleşmiş bir şekilde aktif olarak çalışan hastane etik kurullarının kurulmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Yaşamın sonundaki karar verme süreçleri savaş, deprem ya da pandemi süreçlerinde daha zorlu bir hale gelmektedir. Bu nedenle normal süreçlerde klinik-etik rehberler ya da hastane etik kurullarıyla desteklenen süreç, olağanüstü hallerde ortaya çıkan yeni etik problemler karşısında, yetersiz kalabilir ya da işlevini kaybedebilir. Bundan dolayı bu tür süreçlere özel karar vermeye yardımcı klinik-etik rehberlerin hazırlanması da önem arz etmektedir. (E. Aksoy vd., 2020)

5.3. Beyhude Tedavi Bağlamında Karar Verme Süreçlerinde «Vicdanın» Normatif Anlamı

A3: Yaşam sonu kararlarında hekimlerin vicdanları doğrultusunda karar vermeleri sürecin etik açıdan kabul edilebilir bir şekilde işlenmesini sağlamak için yeterlidir.

Bulgulardan yola çıkılarak oluşturulan A3 savının karşı argümanları verilmeden önce vicdan ve vicdanlılık kavramlarının tanımlarının verilmesi ve anlamlarının netleştirilmesi uygun görülmüştür.

Vicdan: Ahlakın içsel bir temeli olarak kabul edilen vicdan, “doğuştan getirdiğimiz iyi huylarımızın ve sonradan kazandığımız ahlaki birikimlerimizin iyiliğe yönelik içsel ve sezgisel öğüt veya emir kaynağı olan; verdiği emrin yapılıp yapılmaması durumundan suçluluk veya mutluluk duygularıyla ceza ve ödül veren yetidir.” (Yaran, 2016)

Vicdanlılık: "Bir kişi, doğru olan şeyi doğrusu o olduğu için yapmak güdüsü taşıyorsa, gerekli özeni göstererek neyin doğru olduğunu belirlemeye çalışmışsa, niyeti doğru olanı yapmaksa ve bu doğrultuda gereğince çabalıyorsa, vicdanıyla hareket etmekte ve eylemlerinde vicdanlı bir kişinin göstereceği titizliği göstermekte demektir." (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.63)

A3 savının karşı argümanları:

1. Vicdan, tanımından da anlaşılacağı üzere, kişinin davranışlarını kendi iç dünyasında sorgulama imkânı verir. Bundan dolayı vicdanlı olma durumu, vicdan sahibi olan kişinin karar ve davranışlarının ahlaken doğru olması için yeterli bir gerekçe değildir. (Beauchamp & Childress J F., 2017 s.64)
2. Vicdan, başta sosyo-kültürel ve dini etkenler olmak üzere birçok farklı faktörden etkilenmekte ve en önemlisi de kişisel bir zeminde şekillenmektedir. Yani zamanın ruhu (Zeitgeist) ile değişiklik göstermeye mahkumdur. Bundan dolayı klinik-etik kararlar için yol gösterici olamaz. (Helmchen, 2015a)
3. Klinik-etik karar verme süreçlerinde erdemli bir hekim olmak önemli olmakla birlikte, sürecin etik açıdan kabul edilebilir bir şekilde işlemesi için hekimlerin üç noktada temel yeterliliklerin olması gerekmektedir. İlk olarak klinikte tedavi ve hasta bakımıyla ilgili bilimsel ve uygulamalı bilgilere, ikinci olarak ise kompleks etik problemleri ya da sorunları yöneltebilecek ve etik açıdan analiz edebilecek teorik bilgi birikim ve becerisine sahip olmaları gerekmektedir. Bunlara ek olarak, kişiler arası uygun empati ve mesafeyi ayarlayarak ve çözüm odaklı bir şekilde

davranarak etik problemleri çözebilme becerisine sahip olunması zaruridir. (Reiter-Theil, 2000)

Vicdanlı olmak hekim için kıymetli bir erdem olmakla beraber, vicdanın klinikte etik kararlarda yol gösterici olması çok mümkün gözükmemektir. Vicdan, belki etik karar verme süreçlerinde, üçüncü karşı argümanda bahsi geçen Reiter-Teil'den nakledilen temel yeterliliklere sahip olup olunmadığının sorgulamasını motive eder ama o yetkinliklerin kaynağı direkt olarak kendisi olamaz. İkinci karşı argümanda vurgulanan vicdanın izafi özelliğini bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak gözlemek mümkündür. Tablo 5-4'te katılımcıların vicdanî olarak verdikleri kararlarda beyhudelik bağlamındaki pro- ve kontra argümanlara örnekler derlenmiştir. Katılımcılar vicdanî olarak aynı motivasyona, örneğin dini inançları gereği vicdanen karar verdiklerinde bile beyhude tedaviye devam edilmemesi ya da tam zıttı olarak devam edilmesi yönünde karar verebilmektedirler. Bundan dolayı “vicdanen verilen kararların” standartlaştırılması ve gerekçelendirilmesi çok mümkün gözükmemektedir. Halbuki, klinikteki karmaşık ve zorlu etik sorunların çözümünde sadece ahlaken doğru olduğunu düşündüğümüz kararların verilmesi yeterli değildir, aynı zamanda kararların gerekçeleri konusunda da hekimlerin zihinleri net olmalıdır. (Helmchen, 2015a) Bu bağlamda vicdan hekimlerin yolunu aydınlatan bir ışık olsa bile, hangi yöne gidilmesi gerektiği ve hangi gerekçe ile o yöne gidildiği konusunda bilgi sağlamak için bir kılavuz değildir.

Tablo 5-4 Vicdanî olarak verilen kararlarda beyhudelik bağlamında pro- ve kontra argümanlara örnekler

	Beyhudelik İçin Pro-Argüman Sonuç: Ölüm Sürecini Uzatmama	Beyhudelik İçin Kontra- Argüman Sonuç: Ölüm Sürecini Uzatma
İnsanlık şerefi	<i>“Ben mesela, bir dedem vefat etti üç dört sene önce ben yatırmadım. Akciğer CA beyin metastazı, kemik metastazı vardı. Yoğun bakıma yatırmadım, yatırsam ne olurdu? Bir 15 gün 20 gün daha fazla yaşardı, ama her yerinde bu şeyle, bir boruyla yani. Yakınlarının yanında Kur'an okunarak öldü mesela yani. Bence bu da değerli bir şey yani, tabi biz bunu maalesef yapamıyoruz.” (D4, Asist. Dr., Büyükşehir, Konum 38)</i>	<i>“Diğer taraftan da şey ağır basıyor. Elimde bir imkân var ve insan hayatını değerli gören. Çünkü şey gibi geliyor, böyle bir tanım yapılıp, bu böyle tam anlaşılmazsa, yani nasıl ifade edebilirim ki bunu, yani elimizdeki imkânı kullanma durumu ağır basıyor.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 53)</i>
Dini inanç	<i>“Bazen hakikaten umut etmenin ne kadar öldürücü bir şey olduğunu görüyorsun yani yok gerçekte bağdaşmayan bir ümit o, Allah'tan ümit kesilmez sözü, Allah'ın kendi sünneti dairesinde aslında yani çok tatbikî Allah'tan ümit kesilmez ama Allah sana bir sınır çiziyor, Allah'tan ümit kesilmez sözü Allah'ın kendi işleyiş alanında bir söz, senin kulluk alanında işleyen bir söz değil yani. Senin bir sınırın var, senin orada durman lazım.” (D2, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 60)</i>	<i>“Dini anlamda biz ne gerekiyorsa yapalım, işte hani Allah bilir ne zaman olacağını falan gibi yaklaşımlar olabiliyor.” (D8, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 53)</i>
Ölmesine İzin Verme Hissi	<i>“Elimden binlerce hasta geçmiştir. Yani bunun “ya oha, ne oldu” dediğim de çok olmadı gibi bir şey, hatırlamıyorum yani. Hani bir hasta eğer kötüyse yani biz eğer diyorsan ki bu ölecek, ölüyor yani gerçekten ölüyor, bunun için çok aman aman bir şey olmaya gerek yok.” (D7, Uzm. Dr., İstanbul, Konum 36)</i>	<i>“Bir de kendim mesela bakınca, beyin ölümü tanısı dışındaki hastalara böyle yapmadığımda, daha sanki vicdan, [uu] bir şey yapmıyormuşum, bir şeylere izin veriyormuşum gibi bir his oluşturuyor insanda, tanımlanmış bir şey olmadığı için.” (D1, Asist. Dr., Küçük Şehir, Konum 39)</i>

6. SONUÇ

Hekimler beyhude tedaviye dair kararlarını standardize edilmiş ve kriterleri belirlenmiş bir istişareye bağlı olmayan tıbbi mutabakat doğrultusunda, hukuki ya da toplumsal baskı altında, kısıtlı imkanlarla, bazen de çıkar çatışmasına muhatap olarak ve bazen de vicdanları ya da kişisel tercihleri doğrultusunda vermektedirler. Karar verme süreçlerine en büyük etkiyi hukuki baskı oluşturmaktadır. Burada bu baskı her zaman yasal mecburiyetten ya da hukuki düzenlemenin net olmamasından kaynaklanmamaktadır. Hekimlerin getirdiği psikolojik yük sebebiyle yargılama süreçlerinden korkmaları ve mevcut yasalar hakkındaki eksik ya da yanlış bilgileri de kendilerini hukuki baskı altında hissetmelerine neden olmaktadır. Bundan dolayı yaşamın sonunda karar verme süreçlerine hukuki açıdan düzenlemeler getirilmesinin yanında hekimlerin de yasal düzenlemeler hakkında farkındalıklarının artırılmasına ve hukuki alandaki yanlış ve eksik bilgilerinin giderilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Hekimlerin beyhudelik bağlamında karar verme süreçlerine etki eden faktörler ise hastanın bulunduğu şehir ve genel durumu, nereden sevk edildiği, hasta yakınlarının sosyo-kültürel özellikleri ve en önemlisi hekimin bu konudaki farkındalığıdır. Ekip olarak tıbbi mutabakat doğrultusunda karar verme süreçlerine etki eden normatif kavramlar ise fayda, yaş, adalet ve vicdan kavramlarıdır. Burada hekimlerin en çok ön plana çıkarttığı kavram tıbbi faydadır. Hastanın yaşı ise kategorik bir faktör olarak değil, sonuçları itibarıyla yani morbiditenin artması ve tedaviye cevap verme oranının düşmesinden dolayı kararlara etki etmektedir. Adalet kavramı da kaynakların adil dağıtılması bağlamında karar verme süreçlerinde hekimlerin gündeminde bulunmaktadır. Ama hekimler adaletin sağlanması konusunda kendilerinden ziyade yöneticilerin sorumlu olduğunu düşünmektedirler. Vicdanlı olmak ise, katılımcılar tarafından karar verme süreçlerindeki problemleri çözecek en önemli normatif kaynak olarak zikredilmiştir. Yapılan normatif analizde karar verme süreçlerinde hekimlerin vicdanlı olmasının erdemlilik açısından önemli olduğu ama muğlak bir kavram olan vicdanın ahlaki meşruiyeti sağlayacak normatif bir güce sahip olmamasından dolayı yol gösterici bir misyonun bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Burada sürece etki eden normatif kavram ve etik ilkelerin çok sınırlı kaldığı ve kavramlara yüklenen normatif anlamların çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Bu bağlamda yaşamın sonunda ekip olarak, tıbbi veriler

doğrultusunda karar vermek sürecin doğru yönetilmesi için gerekli fakat yeterli değildir. Bu zorlu kararların nasıl alınacağına dair klinik-etik rehberler kullanılması ve gerektiğinde hastane etik kurullarına konsültasyon yapılması gerekmektedir. Böylelikle karar verme süreçlerine etki eden faktörlerin ve normatif kavramların hangi bağlam ve şartta nasıl rol oynayacağı da düzenlenmiş olacaktır. Bundan dolayı klinik-etik rehberlerin ve işlevsel hastane etik kurullarının oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca hekimlerin tıbbi bilgilerinin yanında etik alanındaki bilgi birikimine, farkındalığa ve problem çözme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir.

Beyhude tedaviye devam edilmesinin temeldeki nedenlerinden biri ise, Türkiye’de yeterli sayıda palyatif bakım merkezinin olmamasıdır. Bundan dolayı palyatif bakım merkezlerinin sayısının arttırılması ve sağlık çalışanlarının palyatif tıp ve felsefesi konusunda bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Yani palyatif tıp uzmanlığı sadece tıbbi bilgi ile sınırlı kalmayıp, palyatif bakımın temel ilkeleri ve felsefesi doğrultusunda şekillenmelidir.

Beyhude tedavi kapsamında yapılan kalitatif araştırmada, yoğun bakımlardaki işleyişte ortaya çıkan birçok etik problem tespit edilmiştir. Beyhudeğin tespitinden sonra etik açıdan gerekçelendirilmemiş bir şekilde farklı uygulamaların olması, hekimlerin uygulamalarını resmiyette farklı olarak yansıtmaları gibi etik açıdan problemli uygulamalar dikkat çekmektedir. Gelecek çalışmalarda bu uygulamaların klinikteki yaygınlıklarını tespit etmeyi amaçlayan nicel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Ayrıca etik konu ve problemlerin sosyo-kültürel, dini, ekonomik gibi birçok farklı parametreden etkilendiği bilinmektedir. Bundan dolayı ülkemizin şartları göz önüne alınarak normatif çalışmaların da yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalara ek olarak yoğun bakımlardaki var olan işleyiş durumunu tespit edebilmek adına hasta verilerine dayanan retrospektif veya prospektif gözlemsel çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar sırasında özellikle kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasında bir farklılık olup olmadığının tespit edilmesi, özel hastanelerdeki yoğun bakımların istismar edildiğine dair iddiaların doğru olup olmadığının sorgulanması ve araştırılması önem taşımaktadır. Son olarak ise yaşam sonu süreçlerinde hasta ve hasta yakınlarının yaklaşımlarının belirlenmesi de önem arz etmektedir. Burada sadece belirli başlıklara değinilen gelecek çalışmaların multidisipliner ekipler ile yapılması ve yaşam sonu

süreçlerinin iyileştirilmesi için çeşitli uzmanlık alanlarından farklı perspektifler getirilmesi gerekmektedir.



KAYNAKLAR

- Acar, H. V. (2016). Yararsız Tedavi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(2), 74-84.
- Aghabarary, M., & Nayeri, N. D. (2016). Medical futility and its challenges: A review study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9, 1-13.
- Akpınar, A., & Ersoy, N. (2012). Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(1), 37-45. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2012.540>
- Akpınar, K. (2002). Yoğun Bakım Serüveni: Dün Bugün. *J Turk Soc Intens Care*, 1, 6-12.
- Akpınar, K. (2010). Yoğun Bakım Etiği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 8, 77-84. <https://doi.org/10.4274/tybdd.08.06>
- Akpınar, A. (2007). Dağıtıcı adalet açısından yoğun bakım ünitesine hasta kabul ve taburcu kararları. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 35(2), 102-110. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/67293/dagitici-adalet-acisindan-yogun-bakim-unitesine-hasta-kabul-ve-taburcu-kararlari>
- Akpınar, N. (2005). *Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşmakla ilgili tutum ve görüşleri ile çağdaş adalet kuramlarının ilişkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Kocaeli Üniversitesi.
- Aksoy, E., Öztürk, M. N. K., & İlkılıç, İ. (2020). Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Triyajı Bağlamında Hazırlanan Klinik Etik Rehberlerin Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 4(S-1), 19-36.
- Aksoy, Ş., Çevik, E., & Edisan, Z. (2002). Yaşamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 10, 263-268. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-yasamin-sonunda-verilen-kararlara-iliskin-bir-etik-tartisma-34926.html>
- Albisser Schleger, H., Pargger, H., & Reiter-Theil, S. (2008). „Futility”- Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Zeitschrift Für Palliativmedizin*, 9(2), 67-75. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067426>

- AMA. (2016). *Code of Medical Ethics: Caring for patients at the end of life* | American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/code-medical-ethics-caring-patients-end-life>
- American Heart Association. (1974). Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). Part VIII: medicolegal considerations and recommendations. *JAMA*, 227, 864-866.
- Anayasa. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Resmî Gazete Tarihi: 09.11.1982
Resmî Gazete Sayısı: 17863.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5#:~:text=Madde%2017%20%E2%80%93%20Herkes%2C%20ya%C5%9Fama%2C,ve%20t%C4%B1bbi%20deneylere%20tabi%20tutulamaz.>
- Aramesh K. (2008). [Bihudegi dar pezeshti] [in Persian]. *Iran J Med Ethics Hist Med*, 1(4), 47-52.
- Arda, B., & Aciduman, A. (2013). Medical futility in Turkey. *İçinde Medical futility: A cross-national study* (ss. 227-245). World Scientific.
- Arslan, M. T., & Ergil, J. (2020). Beyin ölümü tanısı alan hastaların değerlendirilmesi ve yeni yönetmeliğin tanı süresine etkisinin araştırılması. *Turk J Intensive Care*, 18, 21-27.
- Atli Özbaş, A., Kovancı, M. S., & Köken, A. H. (2021). Moral distress in oncology nurses: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 54. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2021.102038>
- Avendano, M., Kunst, A. E., Huisman, M., Lenthe, F. v., Bopp, M., Regidor, E., Glickman, M., Costa, G., Spadea, T., Deboosere, P., Borrell, C., Valkonen, T., Gisser, R., Borgan, J. K., Gadeyne, S., & Mackenbach, J. P. (2006). Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s. *Heart*, 92(4), 461-467. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.065532>
- Bahramnezhad, F., Cheraghi, M. A., Salsali, M., Asgari, P., Fomani, F. K., Sanjari, M., & Afshar, P. F. (2014). Futile care; concept analysis based on a hybrid model. *Global Journal of Health Science*, 6(5), 301.

- Balcı, B., Keksın, Ö., & Karabağ, Y. (2011). Kardiyopulmoner Resüsitasyon. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 41-46.
- Bannink, M., van Gool, A. R., van der Heide, A., & van der Maas, P. J. (2000). Psychiatric consultation and quality of decision making in euthanasia. *The Lancet*, 356(9247), 2067-2068.
- Baranzke, H. (2018). *Batı'daki Biyomedikal Etik Tartışmalarında Özerklik ve İnsanlık Onuru* (Çev. Temel M.K., Ed.). BETİM Kitaplığı.
- Barrett, M. L., Smith, M. W., Elixhauser, A., Honigman, L. S., & Pines, J. M. (2015). Utilization of intensive care services, 2011. *Center for Delivery, Organization, and Markets Agency for Healthcare Research and Quality*.
- Battal, M., Horoz, A., Karatepe, O., & Çitgez, B. (2013). Beyin ölümü tespitinde araştırma hastanesi deneyimi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(2), 59-62.
- Baydar Erkoç, T. (2021). *Bu Can Kimin?* İz Yayıncılık.
- Beauchamp, T., & Childress J F. (2017). *Biyomedikal Etik Prensipleri* (Çev. Temel M.K., Ed.). BETİM Kitaplığı.
- Becker, G., & Blum, H. E. (2004). „Medical Futility”: Der Arzt im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag und Behandlungsbegrenzung. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129(31/32), 1694-1697.
- Belek, İ. (2001, Aralık 15). *Arzın yarattığı talep Bir Döner Sermaye Sorunu*. Tıp Dünyası Gazetesi. <https://www.ttb.org.tr/TD/TD84/5.html>
- Bilgin, N. G. (2013). Euthanasia: definition and history of euthanasia. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(2), 25-31.
- Bosshard, G., Nilstun, T., Bilsen, J., Norup, M., Miccinesi, G., van Delden, J. J. M., Faisst, K., & van der Heide, A. (2005). Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. *Archives of Internal Medicine*, 165(4), 401-407. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.165.4.401>
- Brockmann, H. (2002). Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science & Medicine*, 55(4), 593-608.

- Buiting, H. M., Willems, D. L., Pasman, H. R. W., Rurup, M. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Palliative treatment alternatives and euthanasia consultations: a qualitative interview study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(1), 32-43.
- Büken, N. Ö. (2016). Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics*, 2(3), 24-33. https://www.researchgate.net/profile/Nuket_Buken/publication/313648493_Yasamin_Sonunda_Klinik_Etik_Karar_Verme_Sureci_ve_Belirleyici_Faktorler/links/58a1700c92851c7fb4bf5983/Yasamin-Sonunda-Klinik-Etik-Karar-Verme-Suereci-ve-Belirleyici-Faktoerler.pdf
- Bullinger, M. (2014). [The concept of quality of life in medicine: its history and current relevance]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 108(2-3), 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.02.006>
- Bulut, N. (2008). Eski Yunan'dan Aydınlanma Çağına İnsan Onuru Kavramının Gelişimine Genel Bir Bakış. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, XII(3-4), 1-12. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ebyuhfd/issue/63089/957805>
- Callahan, D. (1991). *Medical futility, medical necessity. The-problem-without-a-name*. <https://doi.org/10.2307/3562999>
- Cambridge Dictionary. (2022). <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/futile?q=futile>
- Cardona-Morrell, M., Kim, J., Turner, R., Anstey, M., Mitchell, I., & Hillman, K. (2016). Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem International Journal for Quality in Health Care Advance Access. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(4), 456-469. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw060>
- Castagna, J., Weil, M., & Shubin, H. (1974). Factors determining survival in patients with cardiac arrest. *Chest*, 65(5), 527-529. <https://doi.org/10.1378/CHEST.65.5.527>
- Çelik, H., & Ekşi, H. (2015). *Nitel desenler: gömülü teori* (2. bs). EDAM Yayınları.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. *Handbook of Qualitative Research*, 2(1), 509-535.

- Charmaz, K. (2015). Gömülü Teori Yapılandırması Nitel Analiz Uygulama Rehberi.  ev. Ed. Rabia Ho ). Ankara: Se kin Yayınları.
- Ciccarello, G. P. (2003). Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(5), 216-222.
- Clark, P. A. (2002). Medical futility in pediatrics: is it time for a public policy? *Journal of Public Health Policy*, 23(1), 66-89.
-  obano lu, N., & Algier, L. (2004). A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics*, 11(5), 444-458. <https://doi.org/10.1191/0969733004ne723oa>
- Committee of the Harvard Medical School. (1968). A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Jama*, 205(6), 337-340.
- Connected Papers. (t.y.). Geli  tarihi 14 Eylül 2022, gönderen <https://www.connectedpapers.com/main/50f252510710c06914e146d0399e6a2d5061fca5/Who-defines-futility%3F/graph>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage publications.
- Council on Ethical Judicial Affairs American Medical Association. (1999). Medical Futility in End-of-Life Care Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA*, 281, 937-941. www.jama.com
- Creswell, J. W. (2018). Nitel ara tırma yöntemleri: Be  yakla ıma nitel ara tırma ve ara tırma deseni ( eviri Ed. M B t n, SB Demir). I inde Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Cuman, G., & Gastmans, C. (2017). Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European Journal of Pediatrics*, 176(7), 837-847.
- Curtis, J. R., Treece, P. D., Nielsen, E. L., Gold, J., Ciechanowski, P. S., Shannon, S. E., Khandelwal, N., Young, J. P., & Engelberg, R. A. (2016). Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 193(2), 154-162. <https://doi.org/10.1164/RCCM.201505-0900OC>

- Czerwik-Kulpa, M., & Chylińska, J. (2017). Quality of Life in Palliative Care. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 2(6), 293. <https://doi.org/10.1080/23809000.2017.1400911>
- de Beaufort, I. D., & van de Vathorst, S. (2016). Dementia and assisted suicide and euthanasia. *Journal of Neurology*, 263(7), 1463-1467.
- de Georgia, M. A. (2014). History of brain death as death: 1968 to the present. *Journal of Critical Care*, 29(4), 673-678. <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2014.04.015>
- DeBard, M. (1981). Cardiopulmonary resuscitation: analysis of six years' experience and review of the literature. *Annals of Emergency Medicine*, 10(8), 408-416. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(81\)80307-1](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(81)80307-1)
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Elwyn, G., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2013). Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: a qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. *Palliative Medicine*, 27(1), 27-37.
- Demir, M., & Büken, N. (2010). Dünyada ve Türkiye'de hastane/klinik etik kurulları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41(3).
- Demir, M., & Büken, N. Ö. (2016). Proposal for a Hospital Ethics Committee at the Hacettepe University Hospitals, Turkey: A Mixed Method Study. *Acta Medica Anatolia*, 4(1).
- Desmond, D. W., Moroney, J. T., Sano, M., & Stern, Y. (2002). Mortality in patients with dementia after ischemic stroke. *Neurology*, 59(4), 537-543.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. (2020). *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19- Pandemie, Version 2.16.04.2020*. <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200417-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf>
- Deutscher Ethikrat. (2020). *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc-Empfehlung* Berlin, 27.3. 2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>

- Dinçer, M. (2019). Palyatif Bakım Hastalarına Resüsitasyon Uygulayan Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri. *Ankara Medical Journal*, 19(1), 21-31.
- DIGNITAS. (t.y.). Menschenwürdig Leben, Menschenwürdig Sterben. Geliş tarihi 24 Eylül 2022, gönderen <http://www.dignitas.ch/>
- Druml, W., & Druml, C. (2019). Übertherapie in der Intensivmedizin Overtreatment in intensive care medicine. *Wiener Klinisches Magazin*, 22(3), 98-105. <https://doi.org/10.1007/s00740-019-0288-8>
- Duttge, G., Er, D., & Fischer, E. S. (2016). Vertrauen durch Recht? *Autonomie Und Vertrauen*, 239-291. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11074-1_7
- Edisan, Z. (2014). *Tıp Etiği Açısından Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi* [Doktora Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Edisan, Z., & Kadioğlu, F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 1-4.
- Ekinci, O., & Tokaç, M. (2019). Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar. İçinde N. Şenoğlu (Ed.), *Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri* (ss. 1041-1048). Ankara Nobel Tıp Kitabevi Yayınları.
- Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med*, 64(3), 711-714.
- Ellebrecht, N. (2009). Triage. Charakteristika und Gegenwart eines ordnungsstiftenden Verfahrens. *Sociologia Internationalis*, 47(2), 229.
- Emanuel, E. J. (1994). Euthanasia: Historical, Ethical, and Empiric Perspectives. *Archives of Internal Medicine*, 154(17), 1890-1901. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.1994.00420170022003>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*, 316(1), 79-90.
- Erdoğan, A. (2014). Yoğun Bakım Ünitelerinde Beyin Ölümünün Teşhisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(4), 158-162.
- EtimolojiTürkçe*. (2022). <https://www.etimolojiturkce.com/kelime/otonomi>

- Fallowfield, L. (2001). Participation of patients in decisions about treatment for cancer: desire for information is not the same as a desire to participate in decision making. İçinde *Bmj* (C. 323, Issue 7322, s. 1144). British Medical Journal Publishing Group.
- Feldman, F. (2016). *Etik nedir?* (F. B. Çev. Aydar, Ed.; 3. bs). Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Fernando, G. V. M. C., & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. <https://doi.org/10.12968/Ijpn.2019.25.9.444>, 25(9), 444-451. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2019.25.9.444>
- Fleck, L. M. (2006). The costs of caring: Who pays? Who profits? Who panders? *The Hastings Center Report*, 36(3), 13-17.
- Frick, S., Uehlinger, D. E., & Zenklusen, R. M. Z. (2003). Medical futility: predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors—a prospective comparative study. *Critical Care Medicine*, 31(2), 456-461.
- Füsgen, I., & Summa, J. (1978). How much sense is there in an attempt to resuscitate an aged person? *Gerontology*, 24(1), 37-45. <https://doi.org/10.1159/000212235>
- Glaser, B. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Sociology Press.
- Gosepath, S., Jaeggi, R., & Vesper, A. (2011). Lebensqualität. İçinde S. Stoecker, C. Neuhäuser, & M.-L. Raters (Ed.), *Handbuch Angewandte Ethik* (ss. 260-264). Verlag J.B. Metzler .
- Gulati, R., Bhan, G. L., & Horan, M. (1983). Cardiopulmonary Resuscitation of Old People. *The Lancet*, 322(8344), 267-269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(83\)90244-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)90244-1)
- Gutwald, R. (2016). Der Capability-Ansatz als Grundlage für die Beurteilung von Lebensqualität in der Medizin. İçinde *Lebensqualität in der Medizin* (ss. 157-171). Springer.
- Habermas, J. (2010). Das Konzept der Menschenwürde und die realistische Utopie der Menschenrechte. *Deutsche Zeitschrift Für Philosophie*, 58(3), 343-358. <https://doi.org/10.1524/DZPH.2010.58.3.343>
- Hakeri, H. (2018). *Tip Hukuku* (15. Baskı). Seçkin Yayıncılık.

- Hamel, M. B., Teno, J. M., Goldman, L., Lynn, J., Davis, R. B., Galanos, A. N., Desbiens, N., Connors, A. F., Wenger, N., & Phillips, R. S. (1999). Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. *Annals of Internal Medicine*, 130(2), 116-125. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-2-199901190-00005>
- 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.
- Hanoğlu, L. (2019). Nörolojik Açıdan Hayatın Sonu:Ölüm. İçinde H. Ertin & M. Özaykal (Ed.), *Hayat Ne Zaman Başlar, Ne Zaman Biter?* (2. bs, ss. 171-186). İsar Yayınları.
- Hasta Hakları Yönetmeliği*. (1998). Resmî Gazete, Tarih:01.08.1998 Sayı:23420. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Heland, M. (2006). Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Australian Critical Care*, 19(1), 25-31.
- Helmchen, H. (2015a). Ärztliches Gewissen und Zeitgeist. *Der Nervenarzt*, 86(3), 340-345.
- Helmchen, H. (2015b). Human dignity and the physician's conscience. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2015 266:4, 266(4), 377-378. <https://doi.org/10.1007/S00406-015-0635-8>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591-608. https://doi.org/10.1177/1049732316665344/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1049732316665344-FIG2.JPEG
- Hufen, F. (2010). In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens. İçinde F. Thiele (Ed.), *Aktive und Passive Sterbehilfe, Medizinische* (2. Auflage, ss. 85-113). Brill Fink. https://doi.org/10.30965/9783846750896_008

- Hurst, S. A., Forde, R., Reiter-Theil, S., Slowther, A.-M., Perrier, A., Pegoraro, R., & Danis, M. (2007). Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Services Research*, 7(1), 137.
- İbrahimoğlu, Ö. (2017). Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım. *Health Care Academician Journal*, 4(3), 216. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1504687755>
- İlkılıç, İ. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerindeki Kararlarda Yaşlılığın Normatif Anlamı. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics*, 2(2), 18-26. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-yogun-bakim-unitelerindeki-kararlarda-yaslilikin-normatif-anlami-76542.html>
- İlkılıç, İ. (2018). Erkek Çocuk Sünnetinin Etik Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Urology Special Topics*, 11(1).
- İlkılıç, İ. (2019). Beyin Ölümü İnsanın Ölümü müdür? İçinde H. Ertin & M. Özaykal (Ed.), *Haya Ne Zaman Başlar, Ne Zaman Biter?* (2. bs, ss. 187-200). İsar Yayınları.
- İlkılıç, İ. (2020a). Almanya'daki Sünnet Tartışmaları ve Erkek Çocuğu Sünnetinin Etik Açısından Değerlendirilmesi. İçinde A. Az & H. Ertin (Ed.), *Bedene Yapılan Müdahaleler* (ss. 221-236). İsar - İstanbul Araştırma ve Eğitim Vakfı Yayınları.
- İlkılıç, İ. (2020b). COVID-19 Sürecinde Etik Sorun Alanları. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.*, 56, 112-115.
- İskender, M. D. (2018). Yararsız Tedavi ve Yoğun Bakım Hemşireleri Üzerindeki Etkileri. *Van Tıp Dergisi*, 25(3), 437-440. <https://doi.org/10.5505/vtd.2018.16056>
- İÜ Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesi. (2018). <https://etikkurul.istanbul.edu.tr/tr/content/sosyal-ve-beseri-bilimler-arastirmalari-etik-kurulu/yonerge>
- Ilkilic, I. (2008). Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2008 51:8, 51(8), 857-864. <https://doi.org/10.1007/S00103-008-0606-6>

- Ilkilic, I. (2016). Menschenwürde und ethische Bewertung von Entscheidungen am Lebensende am Beispiel innerislamischer Positionen. *Zeitschrift Für Evangelische Ethik*, 60(2), 88-101.
- Ilkilic, I., & Göksu, A. (2018). Spiritualität und Seelsorge in der Gesundheitsversorgung von Muslimen. *Spiritual Care*, 7(1), 15-23.
- Işık, A., & Meriç, M. (2010). Hayatin Kalitesi (Quality Of Life) Kavraminin Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. *Ege Akademik Bakis*, 10(1), 421-434.
- Islamic Code of Medical and Health Ethics*. (2005). WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean. https://applications.emro.who.int/docs/em_rc52_7_en.pdf
- Iyilikçi, L., Erbayraktar, S., Gökmen, N., Ellidokuz, H., Kara, H. C., & Günerli, A. (2004). Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 48(4), 457-462. <https://doi.org/10.1046/J.1399-6576.2003.00306.X>
- Jecker, N. S., & Pearlman, R. A. (1992). Medical futility: who decides? *Archives of Internal Medicine*, 152(6), 1140-1144.
- Jöbges, S., Vinay, R., Luyckx, V. A., & Biller-Andorno, N. (2020). Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics*, 34(9), 948-959.
- Johnson, A., Tanser, P., Ulan, R., & Wood, T. (1967). Results of cardiac resuscitation in 552 patients. *The American Journal of Cardiology*, 20(6), 831-835. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(67\)90397-9](https://doi.org/10.1016/0002-9149(67)90397-9)
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Consensus methods for medical and health services research. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7001), 376.
- Jones, M., & Alony, I. (2011). *Guiding the use of Grounded Theory in Doctoral studies—an example from the Australian film industry*.
- Jouvet, M. (1959). Diagnostic électro-sous-cortico-graphique de la mort du système nerveux central au cours de certains comas. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 11(4), 805-808.

- Jox, R. J., Schaider, A., Marckmann, G., & Borasio, G. D. (2012). Medical futility at the end of life: The perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of Medical Ethics*, 38(9), 540-545. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100479>
- Kadooka, Y., Asai, A., & Bito, S. (2012). Can physicians' judgments of futility be accepted by patients? A comparative survey of Japanese physicians and laypeople. *BMC Medical Ethics*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-13-7>
- Kara, M. A. (2007). Applicability of the principle of respect for autonomy: the perspective of Turkey. *Journal of Medical Ethics*, 33(11), 627-630.
- Karagözoğlu, Ş., Yıldırım, G., Tabak, E., & Özden, D. (2013). Yoğun bakım çalışanlarının nafile tedaviye ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 42-55. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/163577/yogun-bakim-calisanlarinin-nafile-tedaviye-iliskin-gorusleri>
- Karasu, D., Yılmaz, C., Karaduman, İ., & Pekel, N. B. (2015). Beyin Ölümü Olgularının Retrospektif Analizi. *Journal of Critical and Intensive Care*, 6(2), 23.
- Keeley, M. P. (2017). Family Communication at the End of Life. *Behavioral Sciences*, 7(3), 45. <https://doi.org/10.3390/BS7030045>
- Kırşan, M., Yıldırım, D., Ceylan, B., Korhan, E. A., & Uyar, M. (2018). Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Sorunlar: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 26(2), 57-65. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-yogun-bakim-unitelerinde-etik-sorunlar-sistemik-derleme-81807.html>
- Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G., & Karagiannidis, C. (2020). Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin Und Notfallmedizin* 2020 115:3, 115(3), 175-177. <https://doi.org/10.1007/S00063-020-00674-3>
- Knox, C., & Vereb, J. A. (2005). Allow natural death: a more humane approach to discussing end-of-life directives. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), 560-561.
- Kohlmann, T. (2014). [Measuring quality of life: as simple as possible and as detailed as necessary]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 108(2-3), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.03.015>

- Kohn, R., Rubenfeld, G. D., Levy, M. M., Ubel, P. A., Halpern, S. D., Kohn, R., Halpern, Á. S. D., Rubenfeld, G. D., Levy, M. M., Ubel, P. A., & Halpern, S. D. (2011). Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians' and nurses' preferences for allocating ICU beds. *Intensive Care Med*, 37, 1210-1217. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2257-6>
- Kouwenhoven, W. B., Jude, J. R., & Knickerbocker, G. G. (1960). Closed-Chest Cardiac Massage. *JAMA*, 173(10), 1064-1067. <https://doi.org/10.1001/jama.1960.03020280004002>
- Kühlmeier, K., Wolkenstein, A., Schütz, M., Wild, V., & Marckmann, G. (2022). Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Medizinstudium. *Ethik Med*, 34, 301-318. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00700-2>
- Lemire, J., & Johnson, A. L. (1972). Is Cardiac Resuscitation Worthwhile. *New England Journal of Medicine*, 286(18), 970-972. <https://doi.org/10.1056/NEJM197205042861803>
- Levy, M. M. (2001). Evaluating our end-of-life practice. *Critical Care*, 5(4), 182-183. <https://doi.org/10.1186/cc1020>
- Lewandowski, K., & Schmidt, K. (2020). Beatmung, Triage und Scoring - Anmerkungen zur Situation in Europa zu Beginn der COVID-19-Pandemie. İçinde M. Woesler & M. Sass (Ed.), *Medizin und Ethik in Zeiten von Corona*. (ss. 35-52).
- Long, P. H. (1960). On the quantity and quality of life. *Med Times*, 88, 613-619.
- Lübbe, A. S. (2015). Palliativmedizin als Angebot gegen eine Normalisierung des Tötens. İçinde *Was heißt: In Würde sterben?* (ss. 151-170). Springer.
- Luce, J. (1995). *Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or family insists*. <https://doi.org/10.1097/00003246-199504000-00027>
- Macklin, R. (2003). Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their autonomy. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7429), 1419. <https://doi.org/10.1136/BMJ.327.7429.1419>

- Maio, G. (2015). Die Indikation als Vertrauensgrundlage der Medizin. İçinde A. Dörries & V. Lipp (Ed.), *Medizinische Indikation Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven Grundlagen und Praxis* (ss. 74-82). Kohlhammer.
- Marckmann, G. (2015). Nutzlose Medizinische Massnahmen. İçinde G. Marckmann (Ed.), *Praxisbuch Ethik in der Medizin* (ss. 105-111). Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. v, Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., & Pelosi, P. (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.
- Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Boeck Gravgaard, A. M., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J., & Rapin, C. H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17(2), 97-101. <https://doi.org/10.1191/0269216303PM673OA>
- McMillan, J. (2021). Futility: a perennial issue for medical ethics. *J Med Ethics*, 47(10), 649. doi: 10.1136/medethics-2021-107866.
- Melltorp, G., & Nilstun, T. (1997). The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Medicine*, 23(12), 1264-1267. <https://doi.org/10.1007/s001340050496>
- Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
- Merriam, S. B. (2013). *Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber* (Çev. Selahattin Turan, Ed.). Nobel.
- Messert, B., & Quaglieri, C. (1976). Cardiopulmonary resuscitation. Perspectives and problems. *Survey of Anesthesiology*, 21(3), 243-244. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(76\)92421-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(76)92421-1)
- Metin, S. (2019). *Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk*. BETİM Kitaplığı.
- Meyer, C. (2005). *New Designation for Allowing a Natural Death ("A.N.D.") would Eliminate Confusion and Suffering When Patients are Resuscitated Against their Wishes*. Hospice Patients Alliance: Consumer Advocacy.

- http://jacobimed.org/public/Ambulatory_files/intern_ambulatory_block/Content/2011%20Articles/Ethics/Alternative%20to%20DNR%20Designation%20Allow%20Natural%20Death%20-%20Making%20Sense%20in%20the%20Health%20Care%20Industry.htm
- Meyer-Zehnder, B., Barandun Schäfer, U., Albisser Schleger, H., Reiter-Theil, S., & Pargger, H. (2014). Ethische fallbesprechungen auf der intensivstation. Vom versuch zur routine. *Anaesthesist*, 63(6), 477-487. <https://doi.org/10.1007/s00101-014-2331-x>
- Meyer-Zehnder, B., Pargger, H., & Reiter-Theil, S. (2007). Folgt der Ablauf von Therapiebegrenzungen auf einer Intensivstation einem Muster? *Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 44(7), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s00390-007-0813-7>
- Michalsen, A., Neitzke, G., Dutzmann, J., Rogge, A., Seidlein, A.-H., Jöbges, S., Burchardi, H., Hartog, C., Nauck, F., & Salomon, F. (2021). Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 116(4), 281-294.
- Molewijk, B. (2006). Risky business: Individualised evidence-based decision support and the ideal of patient autonomy. *An Integrated Empirical Ethics Study [Ph. D. Thesis]*. Leiden University.
- Mollaret, P., & Goulon, M. (1959). The depassed coma (preliminary memoir). *Revue Neurologique*, 101, 3-15.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001885>
- Murphy, D. (1988). Do-not-resuscitate orders. Time for reappraisal in long-term-care institutions. *JAMA*, 260(14), 2098-2101. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1988.03410140110035>
- Namal, F. A. (2016a). Ölmekte Olan Hastaya Bakanların Etik Yükümlülükleri Üzerine. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi-Özel Konular*, 2(3), 42-50. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-olmekte-olan-hastaya-bakanlarin-etik-yukumlulukleri-uzerine-77248.html>

- Namal, F. A. (2016b). Zor Seçimler Gerektiğinde: Yoğun Bakıma Kabul ve Redde Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi-Özel Konular*, 2(1), 27-38. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-zor-secimler-gerektiginde-yogun-bakima-kabul-ve-redde-etik-sorunlar-74510.html>
- Nationaler Ethikrat. (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende-Stellungnahme-*. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf
- Neitzke, G. (2014). Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 109, 8-12. <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0280-9>
- Niederman, M. S., & Berger, J. T. (2010). The delivery of futile care is harmful to other patients. *Critical Care Medicine*, 38(10 Suppl). <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181F1CBA5>
- Noordman, J., van Vliet, L., Kaunang, M., van den Muijsenbergh, M., Boland, G., & van Dulmen, S. (2019). Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/S12904-019-0421-X>
- Nosseck, A. (2016). Was ist Lebensqualität eigentlich? Philosophische Überlegungen zum Begriff von allgemeiner Lebensqualität. *Lebensqualität in Der Medizin*, 1, 141-157.
- NSW Department of Health. (2005). *Guidelines for end-of-life care and decision making*. <http://www.health.nsw.gov.au/policies/>
- Nuffield Council on Bioethics. (2020). *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic*. Policy Briefing Published 17/03/2020. <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/ethical-considerations-in-responding-to-the-covid-19-pandemic>
- Nuhoğlu, A. (2013). Sunnet ve Ceza Hukuku. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 211-220.

- Odabaşı, A. B., & Büken, N. Ö. (2009). Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(5), 1041-1054.
- Oregon's Death with Dignity Act*. (t.y.). Oregon Revised Statute, 27.10.1997. Geliş tarihi 24 Eylül 2022, gönderen <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx>
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun*. (1979). T.C. Resmi Gazete, Tarih : 3/6/1979 Sayı : 16655. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf>
- Orkun, N., Eşer, İ., & Çetin, P. (2018). Yoğun Bakım Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamalara İlişkin Görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(1), 79-90. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/36787/391979>
- Österreichs Intensivmedizinische Gesellschaften. (2004). Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und-beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr*, 116(21-22), 763-767.
- Oxford Learner's Dictionary*. (2022). <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/futile?q=futile>
- Özaltay, B. (2012). Beyhude Tedavi. *Sağlık Düşüncesi Dergisi*, 14, 70-73. <http://www.sdplatform.com/Dergi/380/Beyhude-tedavi.aspx>
- Özcengiz, D. (2020). *Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımından İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Tel, H., & Tabak, H. (2012). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 1-10.
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Yildirim, G., Karagözoğlu, Ş., Yildirim, G., Karagözoğlu, Ş., & Yildirim, G. (2013). Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics*, 20(4), 436-447. <https://doi.org/10.1177/0969733012466002>

- Özkaya, H., & İlkılıç, İ. (2019). Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar. İçinde İ. İlkılıç, H. Özkaya, & A. Uçar (Ed.), *Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp* (1. Baskı). İsar Yayınları.
- Öztürk Altınayak, S., Yağmur Özorhan, E., & Ejder Apay, S. (2016). Yenidoğanda Yararsız Bakım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 292-297.
- Öztürk, B. (2008). Ötanazi, Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları. İçinde V. *Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu* (ss. 104-109). Türkiye Barolar Birliği Yayınları. <http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tip-ceza-hukuku.pdf>
- Palabıyık, O. (2020). Beyin Ölümü Tanısı Alan Hastaların Retrospektif Analizi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 631-640.
- Palda, V. A., Bowman, K. W., McLean, R. F., & Chapman, M. G. (2005). "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care*, 20(3), 207-213.
- Paris, J. J., & Reardon, F. (1992). *Physician Refusal of Requests for Futile or Ineffective Interventions*. <https://doi.org/10.1017/S0963180100000220>
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*.
- Peatfield, R., Taylor, D. L., Sillett, R., & Mcnicol, M. (1977). Survival after cardiac arrest in hospital. *The Lancet*, 309(8024), 1223-1225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)92435-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)92435-7)
- Pellegrino, M. D. (2005). Futility in medical decisions: the word and the concept. *HEC Forum*, 17(4), 308-318.
- Petek, H. (2006). Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 8(1), 177-240.
- Pincock, S. (2007). Bjørn Aage Ibsen. *The Lancet*, 370(9598), 1538. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61650-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61650-x)
- Pöltner, G. (2006). *Grundkurs Medizin-Ethik*. Facultas.
- Praetorius, F., & Sahm, S. (2001). Ethische Aspekte der Regularisierung ärztlichen Handelns. *Ethik in Der Medizin*, 13(4), 221-242.

- Prieto, L., & Sacristán, J. A. (2003). Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-8.
- Quinn, J. B., & Ehrenfeld, T. (1994). Taking back their health care. *Newsweek*, 123(26), 36.
- Rachels, J. (1975). Active and Passive Euthanasia. *New England Journal of Medicine*, 292(2), 78-80. <https://doi.org/10.1056/NEJM197501092920206>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., de Conno, F., vanden Berghe, P., & EAPC, board members of the. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104-116.
- Raspe, H. (2015). Die medizinische Indikation und ihre Regulierung in Zeiten der evidenzbasierten Medizin. İçinde *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven* (ss. 94-112). Stuttgart (Kohlhammer).
- Reichardt, J.-O. (2016). Lebensqualität in der Medizin: Ethische Herausforderungen ihrer Bestimmung und Verwendung. İçinde *Lebensqualität in der Medizin* (ss. 107-120). Springer.
- Reiter-Theil, S. (2000). Ethics consultation on demand: concepts, practical experiences and a case study. *Journal of Medical Ethics*, 26(3), 198-203.
- Richmond, C. (2007). Bjørn Ibsen. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7621), 674. <https://doi.org/10.1136/BMJ.39344.561250.BE>
- Rollas, K. (2019). Yoğun Bakım Yapılanması. İçinde A. Mirici, E. Babaoğlu, & M. Pınar (Ed.), *Göğüs Hastalıkları* (ss. M125-M133). Kare Yayıncılık.
- Rothhaar, M. (2015). Autonomie und Menschenwürde am Lebensende. İçinde *Was heißt: In Würde sterben?* (ss. 101-114). Springer.
- Saettele, A., & Kras, J. (2013). Current attitudes of anesthesiologists towards medically futile care. *Open Journal of Anesthesiology*, 3(4), 207-213.
- Şahin Say, D. (2022). *Türkiye’de hekim ve hemşirelerin yaşam sonu kararları hakkındaki tutumları* [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 13(4), 206-214. <https://doi.org/10.1007/S00520-004-0725-Z>
- Saldana, J. (2019). Nitel araştırmacılar için kodlama el kitabı. *A. Tüfekci Akcan ve SN Şad, Çev. Ed). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.*
- Schleger, H. A., Mertz, M., Meyer-Zehnder, B., & Reiter-Theil, S. (2012). Klinische Ethik - METAP. İçinde *Klinische Ethik - METAP*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58217-6>
- Schneiderman, L., Faber-Langendoen, K., & Jecker, N. (1994). *Beyond futility to an ethic of care*. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(94\)90130-9](https://doi.org/10.1016/0002-9343(94)90130-9)
- Schneiderman, L. J. (2011). Defining medical futility and improving medical care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 8(2), 123-131.
- 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. D. (2003). Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 290(9), 1166-1172. <https://doi.org/10.1001/jama.290.9.1166>
- Schneiderman, L. J., & Jecker, N. (1993). Futility in practice. *Archives of Internal Medicine*, 153(4), 437-441.
- 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.
- Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., & Jonsen, A. R. (1996). Medical futility: response to critiques. *Annals of Internal Medicine*, 125(8), 669-674.
- Schneiderman, L., Jecker, N., & Jonsen, A. (1990). *Medical futility: its meaning and ethical implications*. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-12-949>
- Schöne-Seifert, B., Friedrich, D., Harney, A., ... S. H.-E. in, & 2018, U. (2018). „Medizinische Notwendigkeit “: Herausforderungen eines unscharfen Begriffs.

- Ethik in Der Medizin*, 30(4), 325-341.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-018-0497-5>
- Schröder-Bäck, P. (2014). *Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis: Grundlagen und Anwendungen*. Campus Verlag.
- Schwarzkopf D. (2019). Übertherapie—eine Belastung für Behandler und Angehörige. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 114, 222-228.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-019-0531-5>
- Schweda, M., Schicktanz, S., Raz, A., & Silvers, A. (2017). Beyond cultural stereotyping: views on end-of-life decision making among religious and secular persons in the USA, Germany, and Israel. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/S12910-017-0170-4/TABLES/1>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2020). *Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit Version 3. 04.11.2020*.
https://www.samw.ch/dam/jcr:bc7f5568-4279-44ae-9fda-e23e701b7a1f/richtlinien_v3_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_re_sourcenknappheit_20201104.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2021). Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin. *Swiss Academies Communications*, 16(6), 27-51.
- Şenses Özcan, M. (2009). *Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararlarına ilişkin hekim ve hemşirelerin tutumları*. Kocaeli Üniversitesi.
- Sibbald, R., Downar, J., & Hawryluck, L. (2007). Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *CMAJ*, 177(10), 1201-1208.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.070144>
- Şimşek, P., & Gündüz, A. (2020). *Acil Servis Triyajı*. <https://cleanroomnews.org/acil-servis-triyaji>
- 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. (2003). End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: The

- Ethicus Study. *Journal of the American Medical Association*, 290(6), 790-797.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.6.790>
- Sprung, C. L., Jennerich, A. L., Joynt, G. M., Michalsen, A., Curtis, J. R., Efferen, L. S., Leonard, S., Metnitz, B., Mikstacki, A., Patil, N., McDermid, R. C., Metnitz, P., Mularski, R. A., Bulpa, P., & Avidan, A. (2021). The Influence of Geography, Religion, Religiosity and Institutional Factors on Worldwide End-of-Life Care for the Critically Ill: The WELPICUS Study. *Journal of Palliative Care*.
<https://doi.org/10.1177/08258597211002308>
- Strätling, M., & Schmucker, P. (2005). Entscheidungen am Lebensende in der Intensivmedizin. *AINS-Anästhesiologie· Intensivmedizin· Notfallmedizin· Schmerztherapie*, 40(06), 361-375.
- Stronegger, W. J., Schmölzer, C., Rásky, É., & Freidl, W. (2011). Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria. *Journal of Medical Ethics*, 37(4), 227-229.
- Stutzki, R., Weber, M., Reiter-Theil, S., Simmen, U., Borasio, G. D., & Jox, R. J. (2014). Attitudes towards hastened death in ALS: a prospective study of patients and family caregivers. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 15(1-2), 68-76.
- Stüwe, H. (2015). Private Klinikträger: Die Großen erzielen gute Gewinne. *Dtsch Arztebl*, 112(23), A1056-A1057.
- Tababet Uzmanlık Tüzüğü*. (1962). T.C. Resmi Gazete Sayı:11199 (06.09.1962).
<https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/14662/0/1962pdf.pdf>
- Tai, M. C., & Tsai, T. (2003). Who makes the decision? Patient's autonomy vs paternalism in a Confucian society. *Croatian Medical Journal*, 44(5), 558-561.
- Takala, J. (2014). A history of intensive care medicine. *The Wondrous Story of Anesthesia*, 9781461484417, 785-798. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8441-7_58/COVER
- Tang, W., & Sun, S. (2011). Max Harry (Hal) Weil - A leader, mentor, friend, and wonderful colleague. *Resuscitation*, 82(12), 1481-1482.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.09.002>

- Tapper, E. B. (2013). Consults for conflict: the history of ethics consultation. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 26(4), 417-422.
- TDK. (2022, Eylül 14). *Güncel Türkçe Sözlük*. Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr/>
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi*. (2007). Genelge (2007/73) 13.08.2007.
- Tepehan, S., & Elmas, I. (2016). Beyin Ölümü Tanısı Almış Hastalarda Tıbbi Desteği Kesme Kararı ve Bu Konudaki Yetki Sorunu. *Medical Journal of Bakirkoy*, 12(4), 207-212. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201612406>
- The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. (1997). Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Critical Care Medicine*, 25(5). https://journals.lww.com/ccmjjournal/Fulltext/1997/05000/Consensus_statement_of_the_Society_of_Critical.28.aspx
- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü*. (2002). T.C. Resmi Gazete Sayı:24790 (19.06.2002). <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/13286/0/24790pdf.pdf>
- Trotter, G. (1998). Mediating disputes about medical futility. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 8(4).
- Truog, R., Brett, A., & Frader, J. (1992). The problem with futility. *New England Journal of Medicine*, 326(23), 1560-1564. <https://doi.org/10.1056/NEJM199206043262310>
- Türk Ceza Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete Tarih. 12/10/2004 Sayı:25611. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.pdf>
- Türk Tabipleri Birliği. (2019). *Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge*. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. <http://www.tard.org.tr/assets/pdf/EtikBildirgeler2020.pdf>
- TYBD. (2014). Türkiye Yoğun Bakım Derneği, Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanlığı ile Alakalı Tarihsel Süreç ve Hukuki Dayanaklar (26/06/2014). <https://www.yogunbakim.org.tr/haberler/45/yogun-bakim-yan-dal-uzmanligi-ile-alakali-tarihsel-surec-ve-hukuki-dayanaklar-%2826>
- Üstün, Ç., & Demirci, N. (2012). Hospiz Kavramına Etik Bir Bakış. *Fasikül Aylık Hukuk Dergisi*, 34, 21-22.

- Venneman, S. S., Narnor-Harris, P., Perish, M., & Hamilton, M. (2008). "Allow natural death" versus "do not resuscitate": three words that can change a life. *Journal of Medical Ethics*, 34(1), 2-6. <https://doi.org/10.1136/JME.2006.018317>
- Vergano, M., & Gristina, G. R. (2014). Futility in medicine. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4(6), 167-169.
- Verhagen, A. A. E. (2013). The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt? *Journal of Medical Ethics*, 39(5), 293-295.
- Vincent, J. L. (2004). Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Medical Weekly*, 134(5-6), 65-68. <https://doi.org/10.4414/smw.2004.10363>
- Voogt, E., van der Heide, A., Rietjens, J. A. C., van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., van der Rijt, C. C. D., & van der Maas, P. J. (2005). Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(9), 2012-2019. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.07.104>
- Vu, N. V., & Barrows, H. S. (1994). Use of standardized patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educational Researcher*, 23(3), 23-30.
- WHO. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409.
- Willmott, L., White, B., Gallois, C., Parker, M., Graves, N., Winch, S., Callaway, L. K., Shepherd, N., & Close, E. (2016). Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: A qualitative study. *Journal of Medical Ethics*, 42(8), 496-503. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103370>
- Winkler, E. C., Hiddemann, W., & Marckmann, G. (2012). Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *Journal of Medical Ethics*, 38(11), 647-651.

- Woopen, C. (2014). Die Bedeutung von Lebensqualität-aus ethischer Perspektive. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 108(2), 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.03.002>
- Wray, C. M., & Loo, L. K. (2015). The Diagnosis, Prognosis, and Treatment of Medical Uncertainty. *J Grad Med Educ*, 7(4), 523-527. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00638.1>
- Yağız, S. (2019). *Hollanda ve Belçika'da Pediatrik Hastalara Aktif Ötanazi Uygulamaları ve Doğurduğu Etik Tartışmalar* [Yüksek Lisans]. İstanbul Üniversitesi.
- Yaguchi, A., Truog, R. D., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M. M., Mélot, C., & Vincent, J.-L. (2005). International Differences in End-of-Life Attitudes in the Intensive Care Unit Results of a Survey. *Arch Intern Med.*, 165(17), 1970-5. <https://jamanetwork.com/>
- Yaran, C. S. (2016). Ahlakın Temelleri ve" Hakla Kal" Önerisi. Ö. Türker. *Ahlakın Temeli*, 67-78.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2011). Resmî Gazete Tarihi: 20.07.2011 Resmî Gazete Sayısı: 28000. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- Yekefallah, L., Ashktorab, T., Manoochehri, H., & Hamid, A. M. (2015). Nurses' experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 235.
- Yildirim, G., Karagozoglu, S., Ozden, D., Cinar, Z., & Ozveren, H. (2019). A scale-development study: Exploration of intensive-care nurses' attitudes towards futile treatments. *Death Studies*, 43(6), 397-405. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1479470>
- Youngner, S. J. (1988). Who Defines Futility? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(14), 2094-2095. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410140106033>

- Yücel, H. (2022). *Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile ölüme karşı tutumlarının incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Bozok Üniversitesi.
- Yüksel Kaçan, C., Örsal, Ö., Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2018). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişliği Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(1), 25-36. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- ZEKO. (2006). *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin*. Bundesärztekammer, 24. Januar 2006. https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/Ethikberatung.pdf
- ZEKO. (2022). Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Ärztliche Verantwortung an den Grenzen der Sinnhaftigkeit medizinischer Maßnahmen. Zum Umgang mit „Futility“. *Dtsch Arztebl*, 119(19), A888-B736. <http://daebl.de/DB71>

KOD KİTABI

Tema	Kategori	Kod
1. Yoğun Bakım	1.1. Yoğun Bakıma Kabul	1.1.1. Hastanın Geldiği Yer
		1.1.2. YB Endikasyonuna Karar Verici
		1.1.3. YB Endikasyonu Belirleme
		1.1.4. Direnç Gösterilen Hastalar
	1.2. Triyaj	1.2.1. Triyaj Kriterleri
		1.2.2. Triyaj Süreçleri
		1.2.3. Triyaj Sonrası
	1.3. Yoğun Bakım İşleyişi	1.3.1. Hastane-Klinik İşleyiş Farkı
		1.3.2. Yönetilebilir Krizler
		1.3.3. Yoğun Bakım Kapalı Bir Yer
	1.4. Hasta ve Hasta Yakınları	1.4.1. Hasta Yakınlarının Sınıflandırılması
		1.4.2. Hastalar
		1.4.3. Bilgilendirme
		1.4.4. Kararlara Etkilere
		1.4.5. Çatışmalar
	1.5. Yoğun Bakımda Sorunlar	1.5.1. Yoğun Bakım Drenajı
		1.5.2. Sorunun Sahibi Kim?
		1.5.3. Şiddet
		1.5.4. Hekimlerin Genel Motivasyon Kaybı

2. Beyhude Tedavi	2.1. Beyhudeliğin Anlamlandırılması	2.1.1. Boşuna Tedavi
		2.1.2. Beyhude Tedavi
		2.1.3. Nafile Tedavi
		2.1.4. Tıbbi Faydasızlık
		2.1.5. Palyatif Bakım Hastasının Yoğun Bakımda Olması
		2.1.6. Anlamsız ve Umutsuz Bir Süreç
		2.1.7. Mutlak Beyhudelik: Beyin Ölümü
	2.2. Beyhudelik Jargonu	2.2.1. Beklentimiz Yok
		2.2.2. Terminal Dönem (Son Dönem)
		2.2.3. DNR
		2.2.4. Pre-Ex
		2.2.5. Kafana Göre Takıl
		2.2.6. Müdahalesi Yok
		2.2.7. Bomboş Hasta
	2.3. Beyhudeliği Belirleme	2.3.1. Hasta ve Hastalık Özelinde
		2.3.2. Beyhudelik-Endikasyon İlişkisi
		2.3.3. Rehber
	2.4. Beyhudelik Tespiti Sonrası İşleyiş Farklılığı	2.4.1. Acilde İkna-Bilgilendirme
		2.4.2. Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı Değil
		2.4.3. Hasta Yaşam Destek Ünitesine Bağlı
		2.4.4. Farklı Hasta Kategorilerindeki İşleyiş
		2.4.5. Beyin Ölümü Sorunsalı
	2.5. Beyhude Tedaviye Devam Edilmesinin Sonuçları	2.5.1. Motivasyon Kaybı
		2.5.2. Duruma Kayıtsızlık
		2.5.3. Hastaya Zararı

	2.6 Palyatif Bakımın Rolü	2.6.1. Beyhudeliğin Önlenmesinde Palyatif Bakımın Önemi
		2.6.2. Palyatif Bakım İnsanî
		2.6.3. Palyatif Bakım Efektif Kullanılmıyor
3. Covid-19 Pandemisi	3.1. Devamlılıklar	3.1.1. Mantalite Aynı
		3.1.2. İstanbul-Anadolu Farkı
	3.2. Farklılıklar	3.2.1. Hazırlıksız Olmak
		3.2.2. Covid-19 Yeni Bir Hastalık Olması
		3.2.3. Dramatik Olaylar
		3.2.4. Hijyen Önlemlerinin Getirdiği Kısıtlama
		3.2.5. Psikolojik Yorgunluk-Korku
	3.3. Yoğunbakımlaştırma Politikası	3.3.1. Yoğun Bakım Kapasitesinin Artırılması
		3.3.2. Kapasite Artışında Personelin Rolü
	3.4. Covid-19 ve Beyhudelik	
4. Etik Problemler	4.1. Etik Bilinç Eksikliği	4.1.1. Farkındalık
		4.1.2. Etik Alt Yapı
		4.1.3. Tıp Felsefesi
	4.2. Otonomi	4.2.1. Bilgilendirilme-Rıza
		4.2.2. Tedavi Reddi
		4.2.3. DNR Sorunsalı
	4.3. Dağıtım (Allocation)	4.3.1. Kaynakların Adil Dağıtımı
		4.3.2. Kaynakların İsrafı
	4.4. İnsanî Ölüm Hakkı	4.4.1. Anlamsız Bir Yaşatma Sevdası
		4.4.2. Hastanede Ölmek

5. Karar Verme	5.1. Tıbbi Mutabakat	5.1.1. Ekip Kararı
		5.1.2. Konsültasyon Gerekliliği
		5.1.3. Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Rolü
		5.1.4. Kişisel Tercihlerin Etkisi
	5.2. Hukuki Baskı	5.2.1. Hukuki Mecburiyetler
		5.2.2. Hukuki Sınırlılıklar
		5.2.3. Defansif Hekimlik
		5.2.4. Resmîyet ve Uygulama Farkı
	5.3. Vicdan	5.3.1. Vicdan Azabı
		5.3.2. Dini Gerekçeler
	5.4. Özgür Karar Verememek	5.4.1. Hiyerarşi
		5.4.2. Damgalanma: Fiş Çekme
		5.4.3. Çıkar İlişkisi-Torpil

FORMLAR

EK-1: Görüşme Protokolü

Cinsiyet:

Unvan:

Uzmanlık: (Yan Dal Uzmanlık Durumu)

Meslekteki Çalışma Yılı:

Yoğun Bakımdaki Çalışma Yılı:

Çalıştığı Yoğun Bakım Servisinin Çeşidi:

Yaş:

Çalıştığı Şehir:

1. Yoğun bakımların genel işleyiş süreçlerinden bahsedebilir misiniz?
 - Yoğun bakıma hasta kabulünde karar verme süreçleri nasıl işlemektedir?
Diğer branştaki hekimler ve hemşirelerle istişare süreçleri nasıl işlemektedir?
 - Hastanın nereden sevk edildiği (acil, servis, hastane dışı ya da palyatif servis vb.) hastanın kabul sürecini nasıl etkilemektedir?
2. Covid-19 öncesinde triyaj stratejisi nasıldı?
 - Bir yatağa aynı anda iki hastanın ihtiyacı olduğu durumlarda nasıl karar vermektedir?
 - Covid-19 öncesinde bütün yataklarınız dolu olduğu halde hasta geldiğinde triyaj yapılmakta mı?
3. Tıbbi olarak yapılacak bir şeyin kalmadığı, yapılan tedavinin herhangi bir şekilde hastalığın iyileştirilmesinde veya hastanın yaşam kalitesini arttırmasına bir etkisinin olmadığı durumları nasıl adlandırıyorsunuz?
 - “medical futility” kavramını daha önce duydunuz mu?
 - Bu kavram için sizin Türkçe kullandığınız bir karşılık bulunmakta mıdır?
4. Literatürde yoğun bakımlarda “medical futility’yi” tespit eden kriterler ve bu durumda yapılması gereken davranışları tavsiye eden yayınlar ve rehberler bulunmaktadır. Bu bağlamda siz hangi kriterleri kullanmaktasınız?

- “Medical futility’nin” belirlenmesinde hastanın yaşı (tıbbi kriterlerin yanında) rol oynamakta mıdır? Cevabınız evetse nasıl rol oynamaktadır?
5. Yoğun bakımlarda tedavinin “medical futility” olduğu kararı nasıl ve kimlerin katılımıyla belirlenmekte?
 6. Hastanın karar verme kabiliyetine sahip olduğu “futility” durumlarında karar verme sürecine hastanın rolü nedir?
 7. Hasta yakınlarının karar alma süreçlerinde bir rolü var mıdır? (Hastanın karar verme yeteneğinin olduğu ve olmadığı iki durum için)
 8. Yaşamın sonunda hastanın tedaviyi reddetmesi ya da DNR talep etmesi durumunda süreç nasıl işlemekte ve yönetilmektedir?
 9. “Medical futility’nin” belirlenmesi, tedavi hedefinin değişmesine yol açmakta mıdır? Örneğin yapılan tedavinin sınırlandırılması, yeni tedavilerinin başlanılmaması ya da mevcut tedavinin sonlandırılması söz konusu mudur?
 10. Hastanenizde palyatif bakım imkânı var mı? Varsa “medical futility” karar verme süreçlerine bu durum nasıl etki etmektedir?
 11. Hastanın durumunun “medical futility” olarak değerlendirilmesine rağmen tedaviye devam edilmekte midir? Devam ediliyorsa bunun nedenleri sizce nelerdir?
 12. “Medical futility” olmasına rağmen tedaviye devam edilmesi sizi ve çalışma arkadaşlarınızı nasıl etkilemektedir?
 13. “Futility” tespit edildiğinde yoğun bakım kaynaklarının / yatağının adil olarak dağıtılıp dağıtılmadığı tedavi ekibi arasında gündeme gelmekte midir?
 - “Futility” tespit edildiğinde, tedaviye devam edilip edilmemesinde yoğun bakım kaynaklarının sınırlı olmasının rolü nedir?
 14. Hastanın durumu tıbben beyhude olarak değerlendirildikten sonra hasta ve/veya hasta yakınları ile iletişim nasıl sağlanmaktadır? Onların bu konudaki tavırları bundan sonraki kararları ve tedavileri nasıl etkilemektedir?
 - Tıbben herhangi bir endikasyon/gereklik olmadığı halde hasta yakınlarının baskısından dolayı yoğun bakım tedavilerine devam edilmekte midir? Sizce bunun sebepleri nelerdir?
 - Bu tür kararlarda muhtemel hasta yakınları tarafından şiddet uygulanma ihtimali rol oynamakta mıdır?

- Hukuki olarak sorun çıkar düşüncesiyle tıbbi endikasyon/gereklilik halinden bağımsız olarak yoğun bakım tedavisine devam edilmekte midir?
15. Yaşamın sonunda tedavinin planlanması ya da sınırlandırılmasında ne tür etik problemler yaşamaktasınız?
16. Covid-19 pandemi süreci yoğun bakımlardaki işleyişi nasıl etkiledi?
(Devamlılıklar / değişiklikler)
17. Yoğun bakımdaki Covid-19 hastalarında “futility” durumunun tespit için kullandığınız kriterler ile diğer durumlarda kullanmış olduğunuz kriterler arasında herhangi bir fark var mıdır? Varsa nelerdir?
18. Yoğun bakımdaki Covid-19 hastalarında “futility” durumunda tedaviye devam etmek hastalığın yeni ve belirsiz olma özelliklerinden dolayı daha çok ve sık öncellenmekte midir?
19. Eklemek istediğiniz başka bir şey var mı?

EK-2- Gönüllü Onam Formu
T.C. İstanbul Üniversitesi
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Dr. Esra Aksoy tarafından yürütülen “Yaşamın Sonunda Yoğun Bakımda Verilen Tıbbi Kararların Beyhudedelik (Futility) Kavramı Çerçevesinde Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı yaşamın sonunda hekimlerin “medical futility” i belirlemede ve değerlendirmede verdikleri kararlarda kullandıkları normatif kavramları ve bu kavramların fonksiyonunun neler olduğunu belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 60-90 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 14 kişi katılacaktır. Sizinle on dokuz sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılacak ve bu görüşme ses dosyası olarak kaydedilecektir. Ses kayıt dosyaları metin haline getirildikten sonra imha edilecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya esraaksoy17@ogr.iu.edu.tr e-posta adresi ve 05349632496 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

YAŞAMIN SONUNDA YOĞUN BAKIMDA VERİLEN TIBBİ
KARARLARIN BEYHUDELİK (FUTILITY) KAVRAMI ÇERÇEVESİNDE
NORMATİF ANALİZİ VE ETİK DEĞERLENDİRMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 2	% 2	% 1	% 1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
3	Submitted to Karabük Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
4	www.kararara.com İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
8	epdf.pub İnternet Kaynağı	<% 1