**T.C.**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ HEKİMLERİNİN KLİNİK ETİK PROBLEMLERİN FARKINDALIĞI ARAŞTIRMASI -HASTANE ETİK KURUL MODEL ÖNERİSİ-

**Uzm. Ecz. Müge DEMİR**

**Tıp Etiği ve Tarihi Programı**
**DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**
**Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN**

**ANKARA**
**2011**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Tıp Etiği ve Tarihi Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir,

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Erdem Aydın

Danışman: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Üye: Prof. Dr. Arzu Topeli İskit

Üye: Prof. Dr. H. Kaya Yorgancı

Üye: Doç. Dr. Serap Şahinoğlu

Onay:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

# TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, tez konu seçiminden başlayarak tezin tüm aşamalarında danışmanım olarak destekte bulunmuş, yol göstermiştir.

Sayın Prof. Dr. Erdem Aydın ve Prof. Dr. Arzu Topeli İskit tez izleme komitesinde yer alarak değerli katkılar sağlamıştır.

Sayın Doç. Dr. Mutlu Hayran Tıp Fakültesi Araştırma Teknik Destek Birimi olarak tezin istatistiksel olarak planlanması ve değerlendirmeleri aşamalarında yol gösterici olmuştur.

Sayın Doç. Dr. Nalan Çelebi, Prof. Dr. H. Kaya Yorgancı anketlerin doldurulmasında destek olmuştur.

Sayın Uzm. Hem. Hatice Demir Küreci odak grup görüşmelerinde gözlemci olarak, anketlerin dağıtımı ve toplanması aşamalarında katkıda bulunmuştur.

Sayın Osman Değirmenci ve anabilim dalı sekreterleri anket dağıtımında ve toplanmasında yardımcı olmuştur.

Odak grup görüşmeleri ve anket çalışması için zaman ayıran tüm Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri hekimleri değerli bilgiler vermiştir.

Son olarak eşim Utku ve kızım Ece Nehir her zaman yanımda olmuşlardır.

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenmiştir (HÜBAB 09 T05 101 001).

# ÖZET

**Demir M. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması-Hastane Etik Kurul Model Önerisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Etiği ve Tarihi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2010.** Sağlık çalışanlarının klinikte karşılaştıkları etik ikilemleri çözmelerine yardımcı olmak amacıyla oluşturulan Hastane/Klinik Etik Kurulları (HEK/KEK) aynı zamanda etik eğitimleri verme, etik rehber geliştirme ve kurum politikası oluşturma işlevlerini de üstlenmektedir. Tarihsel olarak 1960'lardan itibaren Amerika Birleşik Devletlerinde başlayan ve 1990'lı yıllarda Avrupa'da yaygınlaşan HEK/KEK'lerin Türkiye'deki gelişimi daha yenidir. Bu doktora tez çalışmasında öncelikle HEK/KEK'lerin Türkiye'deki genel durumunu ortaya koyan ve tez kapsamında yürütülen bir çalışmanın sonuçları açıklanmıştır. Daha sonra etik ikilemlerle sık karşılaştığı düşünülen Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri yoğun bakım hekimleri ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup görüşmelerinde hekimlerin etik ikilem, etik rehber, etik danışmanlık ve HEK/KEK kavramlarına yabancı oldukları, etik sorunlardan daha fazla uyguladıkların işlemlerin yasal sonuçları hakkında endişendikleri görülmüştür. Bu niteliksel çalışma ışığında oluşturulan anket formları kapalı zarf içinde Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan tüm hekimlere gönderilmiştir. Bir ay sonra 15 gün aralıkla iki defa e-posta ile hatırlatma mesajı ve anket yeniden gönderilmiştir. Toplamda 250 anket geri dönmüştür (cevaplama oranı %25). Bulgular SPSS v.11,5 programı ile değerlendirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimler klinikte yaşadıkları etik sorunların farkındadırlar ancak genel olarak sorunların çözümünde babacıl bir tutum içindedirler. Hekimler en çok klinikte en sık yasal mevzuat bilgi eksikliği nedeniyle sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin istediği eğitimlerinden biri aydınlatılmış onam iken, hekimlerin yarısı aydınlatılmış onam sürecinde sorun yaşamadığını belirtmiştir. Hekimler etik ikilemleri çözme aşamasında ya yalnız kalmakta ya da meslektaşları ile sorunu paylaşmaktadır. Hekimlere etik eğitimi düzenleyebilecek, etik ikilemlerin çözümlenmesinde başvuru/danışma kaynağı olarak hizmet verebilecek bir yapılanmaya gereksinim duyulmaktadır. Sonuç olarak Hacettepe hekimlerinin geri bildirimleri doğrultusunda Hacettepe'de kurulması muhtemel bir HEK/KEK model önerisi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Etik Kurulu, Klinik Etik Kurul, Etik Danışmanlık, Klinik Etik Destek, Türkiye, Hacettepe Üniversitesi

Destekleyen Kurumlar: HÜBAB, Tez Destekleme (09 T05 101 001).

## ABSTRACT

**Demir M. A Survey on Clinical Ethics Problem Awareness of Clinicians At Hacettepe University Hospitals- Model Proposal for Hospital Ethics Commitee. Hacettepe University Institute of Health Sciences, PhD Thesis in Medical Ethics and History of Medicine, Ankara, 2010.** Hospital/Clinical Ethics Committees (HEC/CEC) are established in order to settle the ethical dilemmas which are encountered by the healthcare professionals during their clinical duties. In addition, they are responsible for providing training in ethical issues, preparing ethics guidelines and constituting institutional policies. Ethics committees were firstly established in the United States in 1960s and became widespread in Europe in 1990s. They are established in Turkey quite recently. In this Ph.D. thesis, firstly, a questionnaire was conducted with the intention of assessing the overall situation of HECs/CECs in Turkey. Secondly, focus group discussions with the intensive care unit physicians of the Hacettepe University Hospitals were conducted. After the prior survey, a follow-up questionnaire was sent by e-mails to applicants in 15 days of time interval in a month of period. In total, 250 applicants responded to these questionnaires (the rate of return is 25%). The findings of the survey are evaluated with SPSS v. 11,5 software. Findings show that although the physicians of the Hacettepe University Hospitals are aware of the ethical problems they experience during their clinical duties, they are cought up in a paternalistic line of conduct. As a consequence of the hierarchical structure of the university hospital, assistant physicians, who constitute the majority of the physicians working in the clinics, are not considered as primary physicians of the patients. Since these physicians are not included in the decision-making mechanisms, they lack in competency to disentangle ethical dilemmas. Furthermore, physicians who experience ethical dilemmas have no options other than sharing their problems with their colleagues or trying to solve these problems themselves. There is a requirement for institutions which can provide training on ethical issues and which can serve as reference guides for the solution of ethical dilemmas. In the concluding part of the thesis, a HEC/CEC model which is appropriate for the case of Hacettepe University Hospitals is suggested.

Key Words: Hospital Ethics Committee, Clinical Ethics Committee, Ethics Consultation, Clinical Ethics Support, Turkey, Hacettepe University

Supported by HÜBAB, PhD. Thesis Grant (09 T05 101 001).

# İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI……iii
TEŞEKKÜR……iv
ÖZET……v
ABSTRACT……vi
İÇİNDEKİLER……vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ……xi
ŞEKİLLER DİZİNİ……xii
TABLOLAR DİZİNİ……xiv
1. GİRİŞ……1
1.1. Hipotezler……2
1.2. Amaçlar……2
2.GENEL BİLGİLER……4
2.1. Tanımlar……4
2.2. Klinik Etik Destek Modelleri……10
2.3. Hastane/Klinik Etik Kurulları……14
2.3.1. HEK/KEK'in İşlevleri……15
2.3.1.1. HEK/KEK'lerin Etik Rehber Geliştirme İşlevi……16
2.3.2. HEK/KEK'in Üyeleri……17
2.3.2.1. HEK/KEK'lerin Eğitimi……18
2.3.3. HEK/KEK'in Maddi Kaynakları……19
2.3.4. HEK/KEK için İşlemler ve Yöntemler……19
2.3.5. Hastane Etik Kurullarına Yöneltilen Eleştiriler……20
2.3.6. HEK/KEK Modelleri……22
2.3.7. HEK/KEK'lerin Yasal Konumu……23
2.4. Araştırma Etik Kurulu ile Hastane Etik Kurulunun Karşılaştırması……25
2.5. HEK/KEK'lerin Tarihsel Gelişimi……25
2.5.1 Dünya Örnekleri……27
2.5.1.1. Almanya Örneği……27
2.5.1.2. Belçika Örneği……27
2.5.1.3. Çin Örneği……28
2.5.1.4. Fransa Örneği……29
2.5.1.5. Hırvatistan Örneği……29

2.5.1.6. İngiltere Örneği ..... 30
2.5.1.7. Japonya Örneği ..... 31
2.5.1.8. Norveç Örneği ..... 31
2.5.1.9. Diğer Örnekler ..... 32
3. TÜRKİYE'DE HASTANE/KLİNİK ETİK KURULLARININ GENEL DURUMU ARAŞTIRMASI ..... 34
3.1. Türkiye'de HEK/KEK'lerin Genel Durumu Araştırmasının Bulguları ..... 35
4. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 41
4.1. Araştırmanın Şekli ..... 41
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 41
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi ..... 41
4.4. Araştırmanın Uygulanması ..... 43
4.5. Etik Kurul İzni ..... 44
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 44
5. BULGULAR ..... 45
5.1 Odak Grup Görüşmesi ..... 45
5.1.1. Nitel Araştırmanın Pilot Çalışması ..... 45
5.1.2. Birinci Odak Grup Görüşmesi ..... 46
5.1.3. İkinci Odak Grup Görüşmesi ..... 46
5.1.4. Üçüncü Odak Grup Görüşmesi ..... 47
5.1.5. Dördüncü Odak Grup Görüşmesi ..... 47
5.2. Anket Sorularının Oluşturulması ..... 49
5.3. Nicel Araştırmanın Pilot Çalışması ..... 49
5.4. Anket Çalışmasının Bulguları ..... 50
5.4.1 Araştırmanın Nitel Bulguları ..... 50
5.4.2 Hekimlerin Etik Eğitimi Alıp Almama Durumları ..... 53
5.4.3. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisini Değerlendirmesi ..... 53
5.4.4. Hekimlerin Tanı/ Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumu ..... 61
5.4.5. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Durumu ..... 63
5.4.6. Hekimlerin veya Bir Yakınlarının Hastalık Öyküsünün Varlığı ..... 63
5.4.7. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilem Sıklıkları ..... 64
5.4.8.Vaka Değerlendirme ..... 92

5.4.9. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemleri Çözme Yolları ..... 99
5.4.10. Hekimlerin HEK/KEK'de Gereksinim Duydukları İşlevler ..... 99
5.4.11. Hekimlerin HEK/KEK'da Yer Almasını Bekledikleri Üyeler ..... 102
5.4.12. Hekimlerin HEK/KEK'den Eğitim Almak İstediği Konular ..... 103
5.4.13. Hekimlere Göre HEK/KEK'in Düzenleyeceği Eğitimlerin Uygun Saatleri 104
5.4.14. Hekimlere Göre HEK/KEK'lerin Geliştirebileceği Etik Rehber Konuları .. 105
5.4.15. Hekimlerin HEK/KEK Hakkındaki Düşünceleri ..... 106
5.4.16. Hekimlere Göre Etik İkilemlerin Çözümlenmesinde HEK/KEK'lerin Yeri 108
6. BULGULARIN ÖZETİ ..... 109
7. TARTIŞMA ..... 120
7.1. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması ..... 120
7.2. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemler Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması ..... 122
7.3 Vaka Değerlendirmeleri Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması . 125
7.3.1 Birinci Vaka Birinci Durum Değerlendirmesi ..... 125
7.3.2. Birinci Vaka İkinci Durum Değerlendirmesi ..... 127
7.3.3. İkinci Vaka Değerlendirmesi ..... 128
7.4 HEK/KEK Yapılanması Bağlamında Yapılan Değerlendirmeler ..... 130
7.5 Araştırma Sonuçlarına Yönelik Eleştiriler ve Öneriler ..... 133
8. SONUÇ ..... 135
9. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ HEK/KEK MODEL ÖNERİSİ ..... 138
KAYNAKLAR ..... 149
EK 1 HEK/KEK'lerin Türkiye'deki Durumu Araştırması Anket Formu
EK 2 Odak Grup Görüşmelerinin Raporları
EK 3 Hekimlerin Klinik Etik Problemleri Farkındalığı ve Hastane Etik Kurulu Gereksinimi Araştırması Anketi
EK 4 Anket Yapılan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarının Dökümü
EK 5 Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

EK 6 Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Durumu ile Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki
EK 7 Diğer Tablolar
EK 8 Klinikte Karşılaşılan Etik İkilem İlişkileri p Değerleri Tabloları
EK 9 Kansas Üniversitesi Tıp Merkezi Hastane Etik Kurulu El Kitabı (2002)
EK 10 General Medical Council'in Karar Verme Yeterliliği Olmayan Hasta Bakımı İçin Akış Şeması
EK 11 İzin Yazıları
EK 12 Özgeçmiş

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---|---|
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| AEK | Araştırma Etik Kurulları |
| DNR | Canlandırma uygulamayınız komutları |
| HEK/KEK | Hastane/Klinik Etik Kurul |
| GATA | Gülhane Askeri Tıp Akademisi |
| ss | Standart Sapma |
| UNESCO | Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu |

# ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Biyoetik Kurulları ..... 6
Şekil 2.2. Hub-and-spoke modeli ..... 12
Şekil 5.1. Hekimlerin Cinsiyeti ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 55
Şekil 5.2. Hekimlerin Yaşı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişkisi ..... 56
Şekil 5.3. Hekimlerin Aktif Çalışma Yılı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 57
Şekil 5.4. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 59
Şekil 5.5. Hekimlerin Etik Eğitimi Alma Durumları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 61
Şekil 5.6. Hekimlerin Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 62
Şekil 5.7. Hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının geçirdikleri hastalık öyküsünde hastalara yaklaşımında değişiklik göstermeleri ile kendi etik bilgilerini değerlendirmeleri arasındaki ilişki ..... 64
Şekil 5.8. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilem Sıklıkları ..... 66
Şekil 5.9. Hekimlerin Bilinci Kapalı Hastada, Hasta Yakınları ile Çatışma Yaşama Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki ..... 68
Şekil 5.10. Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlarla Karşılaşma Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki ..... 70
Şekil 5.11. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Çocuk Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 72
Şekil 5.12. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 73
Şekil 5.13. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki ..... 75
Şekil 5.14. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Aydınlatılmış Onamla İlgili Etik İkilem Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki ..... 77

Şekil 5.16. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisini Değerlendirmeleri ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Nedeniyle Sorun Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki .. 80
Şekil 5.17. Hekimlerin Hasta Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumu ile Hastanın Mahremiyetinin Korunmasında Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 82
Şekil 5.18. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Açık Hastada Hasta/Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 84
Şekil 5.19. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Kapalı Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki . 85
Şekil 5.20. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Çocuk Hastada Hasta Yakınıyla Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 87
Şekil 5.21. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki ... 88
Şekil 5.22. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Boşuna Tedavi Kararlarında Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 90
Şekil 5.23. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile İdare ile Sorun Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 91
Şekil 5.24. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki ..... 95
Şekil 5.25. Hekimlerin Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumları ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki ..... 97
Şekil 5.26. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Birinci Vakanın İkinci Durumunun Değerlendirilmesi Arasındaki İlişki ..... 98
Şekil 5.27. HEK/KEK İşlevleri ..... 102

# TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Dört Kutu Yaklaşımı ..... 10
Tablo 3.2. Türkiye'de Kuruluş Yıllarına Göre Hastane (Klinik) Etik Kurulları ..... 35
Tablo 5.1. Yaş Dağılımı ve Aktif Hekimlik yılı ..... 50
Tablo 5.2. Ankete Katılan Hekimlerin Profili ..... 51
Tablo 5.3 Etik Eğitimi Alma Dönemleri ..... 53
Tablo 5.4. Hekimlerin Cinsiyeti ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 54
Tablo 5.5. Hekimlerin Yaşı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisi Değerlendirmesi İlişkisi ..... 55
Tablo 5.6. Hekimlerin Aktif Çalışma Yılı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 57
Tablo 5.7. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 59
Tablo 5.8. Hekimlerin Etik Eğitimi Alma Durumları ile Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 60
Tablo 5.9. Hekimlerin Tanı/ Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumu ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 62
Tablo 5.10. Hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının geçirdikleri hastalık öyküsünde hastalara yaklaşımlarında değişiklik göstermeleri ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasındaki ilişki ..... 64
Tablo 5.11. Hekimlerin Bilinci Kapalı Hastada Hasta Yakınları ile Çatışma Yaşama Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki ..... 68
Tablo 5.12. Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlarda Sorunla Karşılaşma Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki ..... 69
Tablo 5.13. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Çocuk Hastada Hasta Yakınıyla Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 71
Tablo 5.14. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 73
Tablo 5.15. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki ..... 74

Tablo 5.16. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Aydınlatılmış Onamla İlgili Etik İkilem Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki ..... 76
Tablo 5.17. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile Tedaviyle Birlikte Planlanan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Sorun Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki ..... 78
Tablo 5.19. Hekimlerin Hasta Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumları ile Hastanın Mahremiyetinin Korunmasında Etik İkilem Yaşama Sıkılığı Arasındaki İlişki ..... 81
Tablo 5.20. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Açık Hastada Hasta/Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 83
Tablo 5.21. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Kapalı Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki . 85
Tablo 5.22. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Çocuk Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 86
Tablo 5.23. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki ... 88
Tablo 5.24. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Boşuna Tedavi Kararlarında Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 89
Tablo 5.25. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ve İdare ile Sorun Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki ..... 91
Tablo 5.26. Vaka Değerlendirme ..... 93
Tablo 5.27. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki ..... 95
Tablo 5.28. Hekimlerin Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumları ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki ..... 96
Tablo 5.29. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Birinci Vakanın İkinci Durumunun Değerlendirmesi Arasındaki İlişki ..... 98
Tablo 5.30. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemleri Çözme Yolları ..... 99
Tablo 5.31. HEK/KEK İşlevleri ..... 101
Tablo 5.32. Hekimlerin HEK/KEK'de Görev Almasını İstediği Üyeler ..... 103
Tablo 5.33. Hekimlerin HEK/KEK'den Eğitim Almak İstedikleri Konular ..... 104

Tablo 5.34. HEK/KEK'lerin Düzenleyeceği Eğitim İçin Uygun Bulunan Saatler .. 105
Tablo 5.35. Hekimlere Göre HEK/KEK'lerin Geliştireceği Etik Rehber Konuları 106
Tablo 5.36. Hekimlerin HEK/KEK Hakkında Görüşleri ..... 107

## 1. GİRİŞ

Hekimler klinikte pek çok sorun yaşamaktadırlar. Bunlardan bir tanesi de etik ikilemlerdir. Günümüzde sürekli gelişen tıbbi teknoloji karşısında yeni etik ikilemlerle sıkça karşı karşıya kalmaktadırlar. Etik ikilemler tıbbi olduğu kadar, sosyal, kültürel, inançsal, ekonomik ve kişisel öğeler de taşıdığından zaman zaman içinden çıkılmaz bir hal alabilmektedir. Hekim bu karmaşık sorunla tek başına yüzleşmek, kararı kendi başına almak zorunda kalmaktadır.

Hastane/Klinik etik kurulları (HEK/KEK) klinisyenlerin pratikte karşılaştıkları etik ikilemleri çözümlemede onlara yardımcı oluşumlardır. Bu kurullar verdikleri tavsiye kararları ile hastadan sorumlu hekimin klinik etik karar vermesinde ona yol gösterici olmaktadırlar. Bunun yanı sıra bu kurulların hastanede gereksinim duyulan konularda etik rehber oluşturma, kurum politikası geliştirme ve sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına etik eğitim verme gibi işlevleri de vardır. Disiplinlerarası yapıda oluşan bu kurullar hasta hekim ilişkisine müdahale etmeden konunun tüm boyutları ile tartışılarak bir tavsiye kararı üretilmesini sağlamaktadır. Son karar her zaman için hastadan birincil sorumlu olan hekimin olmaktadır.

İlk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) gereksinim üzerine oluşan bu yapılanmalar zaman içinde Avrupa'da da kendini göstermeye başlamıştır. HEK/KEK'ler daha önce de belirtildiği gibi gereksinim üzerine oluşturulduklarından ülkeden ülkeye hatta aynı ülke içinde bile farklılıklar gösterebilmektedir. ABD'de daha çok yasal sorunlardan korunmak adına yürütülen vaka danışmanlıkları şeklinde kendini gösterirken, İngilitere'de kurum politikaları, etik rehber oluşturan tarzda hizmet vermektedir. Bazı ülkelerde araştırma etik kurulları ile aynı çatı altında yer alırken, bazı ülkelerde HEK/KEK ayrı birim olarak çalışmaktadır.

HEK/KEK'lerle ilgili Türkiye'de yürütülmüş 3 tane tez bulunmuştur. Bunlar: Hamiyet Karakaya'nın (1) "Hastane Etik Kurulları ve Türkiye'de Kurulabilme Koşulları" isimli doktora tezi, Hanzade Doğan'ın (2) "Kurumsal Etik Komitelerinin Sağlık Hizmetlerinde Yeri" isimli tıpta uzmanlık tezi ve Esin Karlıkaya'nın (3) "Etik Konsültasyon/Danışmanlık Konusunda Kliniklerde Çalışan Sağlık Görevlilerinin Tutum ve Beklentileri" isimli doktora tezidir. Türkiye'de HEK/KEK'lerin yapılanmasına bakıldığında net bilgi edinmek mümkün olmamıştır. Bu bilgi eksikliği ayrı bir araştırma yapmak gereğini doğurmuştur. Türkiye'de

HEK/KEK'lerin genel durumunu ortaya koymak amacıyla ayrıca yapılan anket çalışmasının sonuçları bölüm 3'de Türkiye'de Hastane/Klinik Etik Kurullarının Genel Durumu Araştırması başlığı altında ayrıca ayrıntılı olarak verilecektir.

İlgili çevrelerce gereksinim olduğu kabul edilse de Türkiye'nin öncü üniversitelerinden biri olan Hacettepe Üniversitesi hastanelerinde ise böyle bir kurumsal yapılanma henüz mevcut değildir. Bu nedenle Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimlerin gereksinimleri ve görüşleri dikkate alınarak, bir HEK/KEK modeli önerisi oluşturmak amaçlanmıştır. Bu temelden hareketle tezin araştırma kısmı için Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimlerle önce odak grup görüşmeleri yapılmış, ardından bu nitel çalışmanın verileri kullanılarak oluşturulan anketler tüm hekimlere uygulanmıştır.

### 1.1. Hipotezler

1. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri klinisyen hekimlerinin klinik etik karar verme sürecinde HEK/KEK'e gereksinimleri vardır.
2. Hastane Etik Kurulları klinisyenlerin pratikte karşılaştıkları etik ikilemlerin çözümlenmesinde önemli role sahip kurumlardır.
3. Hekimlerin klinikte etik ikilemlerle karşılaşma sıklıkları cinsiyete, meslekte çalışma yılına, akademik unvana, uzmanlık alanına, etik eğitimi alıp/almama, yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumuna ve hekimin kendisinin ve/veya yakınlarının ciddi hastalık öyküsü varlığına göre değişiklik gösterebilir.
4. Kadın hekimler, meslekte uzun süredir çalışanlar ve uzmanlık alanları nedeniyle yaşamın başı ve sonu hakkında tedavi kararları almak durumunda olanlar, etik ikilemlerle karşılaşma sıklığı daha yüksek olanlardır. Bu bağlamda etik ikilem farkındalıkları daha yüksektir.

### 1.2. Amaçlar

Bu tez ile amaçlanan Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde, literatürde söz edildiği şekilde ilgili görevleri yerine getirebilen, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinin bu konudaki gereksinimlerini karşılayabilecek, klinik etik karar verme sürecinde sağlık çalışanlarına yol gösterebilecek, verimli çalışabilen bir etik kurul modeli oluşturmaktır. Bu etik kurulun hastanenin gereksinim duyduğu konularda etik

rehber oluşturması, ilgili konularda kurum politikası geliştirmesi, gelen talep doğrultusunda etik danışmanlık hizmeti vermesi, öncelikle hastane çalışanlarına daha sonra hasta ve hasta yakınlarına etik duyarlılık geliştirmeleri yönünde eğitim çalışmaları yapması amaçlanmaktadır.

Tezin planlanması aşamasında öncelikle HEK/KEK'lerin Türkiye'deki genel durumunu ortaya koymak gerekliliği görülmüştür. Bu nedenle ilk aşamada üçüncü basamak sağlık hizmeti veren ve temel amacı eğitim ve araştırma olan üniversite hastanelerinde HEK/KEK'lerin genel durumunu görmek amacıyla 52 tane tıp fakültesi dekanlığına konu ile ilgili bir soru formu postalanmıştır. Formun dekanlık ve/veya üniversite hastanesi başhekimliği tarafından doldurulması istenmiştir. Bu ön çalışma ile HEK/KEK'lerin Türkiye'deki durumu ortaya konduktan sonra, Hacettepe Üniversitesi için önerilmesi planlanan model için çalışılmaya başlanmıştır. İkinci aşamada aşağıdaki araştırma soruları oluşturulmuştur.

1. Hekimler günlük klinik pratiklerinde ne tür etik ikilemlerle karşılaşmaktadırlar?
2. Bu klinik etik ikilemleri nasıl çözmektedirler?
3. Bu ikilemleri çözmede HEK/KEK hekimlere nasıl yararlı olabilir?
4. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde kurulması öngörülebilecek bir HEK/KEK yapılanması nasıl olmalıdır?

Araştırma evrenini Hacettepe Üniversite Hastanelerinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Bu hekimlere sorulacak, yukarıda yer alan soruları yapılandırma aşamasında niteliksel bir çalışma yapılmıştır. Hastanede yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerle yapılan dört odak grup görüşmesi sonrasında anket soruları şekillendirilmiştir. Böylece HEK/KEK model önerisi için yapılacak anketten sağlıklı veri elde edilmesi sağlanmıştır.

# 2.GENEL BİLGİLER

## 2.1. Tanımlar

### Temel Kavramlar

**Etik:** Karakter, alışkanlık, gelenek, töre anlamlarına gelen Yunanca *ethos* kelimesinden türeyen etik, değerler felsefesini konu eden bir disiplindir. Etik sözcüğü bugün hem ilişki, eylem, kişi nitelemek için bir sıfat olarak, hem de bir bilgi alanının adı olarak kullanılmaktadır. Bir bilgisel disiplin olan etik, sıkça toplumsal ahlak (moral) ve "iyi ahlak" anlamında kullanılan "ahlaklılıkla" (morality) karıştırılmaktadır. Ahlak veya töre iyi ve kötünün ne olduğunu ortaya koyarken, ahlak felsefesi veya etik (törebilim) bir davranışın iyi veya kötü olduğu yargısına nasıl varıldığını, insan eylemlerine etkili olan istek ve arzuları ve nihayet onların arkasındaki niyet ve amaçları sorgular. Böylece genel olarak etik, ahlak ve töre üzerine yapılan sistematik düşünce biçimidir. Etik, değerlere ve eyleme ilişkin doğru bilgi sunma peşinde olan bir etkinliktir (4). Etik, insanın eylemlerini konu alan, temellendirilmiş sonuçlara varmayı hedef edinen, karmaşık eylem alanını kavramsal olarak açan ve bu açılan alanı insanın aklıyla kavrayacak hale getiren felsefenin bir alt dalıdır. Etik ahlak üretmez ahlak üzerine konuşur (5). Etik genelliği olan, sistematik, iddiaları kanıtlama çabasında olan bir etkinliktir. Buradan yola çıkarak ahlakın eylemin pratiği olduğu yerde, etik eylemin teorisidir (6).

**Biyoetik:** Etikle canlılık bilimlerinin kesiştiği, bu alanda ortaya çıkan değer sorunlarını konu eden, tartışan ve araştıran disiplinlerarası bir alandır. Biyoetik alanında bireye özgü sorunlar, toplumsal seçimler hatta uzaya ait konular girmektedir (4).

**Tıp Etiği:** Tıp uğraşını yönetmesi gereken ve/veya yöneten etik ilkeleri oluşturan, inceleyen, tartışan ve bu konuda eğitim veren disiplindir. Tıp etiği bir meslek etiğidir. Yani tıp uygulamasında ortaya çıkan etik sorunları tanımank, kavramak, çözümlemek ve çözüm yolları üretmek amacındadır. Bu alanda sistematik düşünmenin amacı kesin yanıtlar elde etmekten çok, güvenilir, tutarlı ve haklı çıkarılabilir değerlendirmelerle uygulanabilir önerilere ulaşmaktır (4).

**Klinik Etik:** Hastaların tanı-tedavi süreçlerinde ve hasta bakımında ortaya çıkan etik sorunların belirlenmesi ve giderilmesi ile ilgilenen etik çalışmalarına verilen addır. Klinik etiği tıp etiğinden ayıran en önemli özellik, bu bu alanda yapılan her türlü uslamlama ve değerlendirme sürecinin aynı zamanda bir karar verme süreci olmasıdır. Klinik etik doğrudan hasta yatağı başında gerçekleşene ilişkideki etik sorunlara odaklıdır ve daha çok sağlık çalışanlarının etik değerlendirmelerini konu edinir (4).

**Etik İkilem:** Belirli bir durumda her birinin farklı bir değeri koruduğu bilinen eylemlerin tümünü birden gerçekleştirmenin olanak dışı olması nedeniyle ortaya çıkan açmazlardır (4). İki öncülün genellikle tercihi zor seçenekler sunduğu bir tartışma türüdür (7).

**Etik Kurullar**

**Etik Kurul:** İlgili uğraş alanının uygulaması sırasında ortaya çıkan değer sorunlarının saptandığı, tartışıldığı, bu sorunlara çözüm önerilerinin getirildiği örgütsel yapılardır. Etik kurulların temel görevi çatışmaya neden olan etik ikilemlerin tanımlanması ve çözüm önerileri getirilmesidir. Bu nedenle engellemek ve kontrol altına almaktan çok yapıcı eleştiriler ve uygulanabilir öneriler getirmelidir. Etik kurullar üstelenecekleri görevler doğrultusunda yaygın olan görevini belirten; hastane etik kurulu, araştırma etik kurulu, havyan araştırmaları etik kurulu gibi bir niteçle birlikte kullanılırlar (4).

**Biyoetik Kurul:** Sağlık bilimleri, yaşam bilimleri ve yeni sağlık politikalarının etik boyutlarını sistemli ve sürekli bir biçimde ele alan kuruldur (8).

**Biyoetik Kurul Çeşitleri:** Dört Tip Etik Kurul vardır.

1. Politika belirleyen ve/veya danışman kurullar: Ülke vatandaşları için gereksinim doğrultusunda bilim ve sağlık politikaları üretmek amacındadır.
2. Sağlık çalışanları meslek örgütlerinde etik kurullar: Hastaya hizmet sunan meslekler için doğru uygulamaları belirlemek amacıyla kurulurlar.
3. Sağlık Hizmetleri Etik Kurulları/Hastane Etik Kurulları: Hasta merkezli hizmet sunumu geliştirmeyi hedeflerler.

4. Araştırma Etik Kurulları: Genellenebilir biyolojik, biyomedikal ve epidemiyolojik bilgi üretirken araştırmalara katılan insanları korumak amacıyla hareket eder (8).

**BİYOETİK KURULLARIN DÖRT BİÇİMİ**

1. Politika-Belirleyen ve/veya Danışman Kurullar
2. Sağlık Çalışanı Birliği Kurulları
3. Sağlık hizmeti / Hastane Etik Kurulları
4. Araştırma Etik Kurulları

Şekil 2.1. Biyoetik Kurulları

Biyoetik kurullar devletin farklı düzeylerindeki yapılanmalarına göre de ulusal, bölgesel ve yerel olabilirler (8).

**Araştırma Etik Kurulu** (AEK): İnsan üzerinde yapılacak biyomedikal araştırmaların hasta ve denek hakları açısından etik ilkelere uygun olup olmadığını inceleyerek bir karara varmak, araştırmaları izlemek ve görüş bildirmek amacı ile oluşturulan kurullardır. Bu kurullar genelde yasal çerçeveleri belli olan ve araştırmaları sadece etik yönden değil bilimsel yönden de inceleyen kurullardır (4).

**Hastane/Klinik Etik Kurul:** HEK/KEK ile ilgili tanımlar tezin 2.3. Hastane/Klinik Etik Kurulları bölümünde ayrıntılı olarak yapılmıştır.

**Klinik Etik Destek:** Hastanede hizmet veren sağlık çalışanlarına günlük meslek yaşamlarında karşılaştıkları etik sorunları çözmelerine yardımcı olmaya ve tavsiyede bulunmaya odaklanmış tüm yapılardır. Klinik etik destek hastane etik kurulları, bireysel danışmanlar, HEK/KEK dışındaki diğer kurullar, idari ve mesleki yapılanmalar, etikle ilgili politikalar, üniversitelerin akademik birimleri gibi çeşitli yapılanmaların tümünü kapsayan genel bir terminolojidir (9, 10).

HEK/KEK'lerin en önemli işlevlerinden bir tanesi etik danışmanlık hizmetidir. Bu bağlamda etik danışmanlık hizmetinin ve etik danışmanlıkta sıklıkla kullanılan dört kutu yaklaşımının ayrıntılı bir tanımını vermek uygun olacaktır.

**Etik Danışmanlık:** Hastanın tanı ve tedavi sürecinde sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları etik ikilemleri çözmelerinde yardımcı olmak amacıyla, konusunda uzman kişiler tarafından verilen danışmanlık hizmetidir. Bu hizmet; sorunun tanımlanması, analiz edilmesi ve çözümlenmesi aşamalarından oluşur (11).

Etik danışmanlıkta iki temel yaklaşım söz konusudur.

- Otoriter yaklaşımda *(The Authoritarian Approach)* etik danışman asıl karar vericidir ve sürece veya eylemin sonucuna bakarak karar verir.
- Tam konsensus *(The Pure Facilitation Approach*- Saf Kolaylaştırma Yaklaşımı 2. versiyonunda *The Pure Consensus Approach* olarak düzeltilmiştir) yaklaşımında konuya dahil olan tüm tarafların bir uzlaşıma varmaları söz konusudur.

Yukarıda sözü edilen iki yaklaşım dışında bir üçüncü yaklaşım olarak tanımlanabilecek etik yönlendiricilik/ kolaylaştırma yaklaşımından da *(The Ethics Facilitation Approach)* söz edilebilir. Bu yaklaşımda ortaya konulan etik danışmanlık türünde verilen hizmet, ilgili tüm verileri toplamak, ilgili görüşleri ve normatif konuları (sosyal değerler, yasalar, kurumsal politikalar) netleştirmek, duruma ait ahlaki olarak kabul edilebilir seçenekleri tanımlamaya yardımcı olmaktır (12).

1969 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) kurulmuş olan Sağlık ve İnsan Değerleri Derneği – Biyoetik Danışmanlık Görev Gücü Derneği *(Society for Health and Human Values–Society for Bioethics Consultation Task Force)* etik danışmanlığın temel gerekliliklerini dokuz ana başlıkta toplamıştır (12).

1. Amerikan toplumu çeşitli ırksal, etnik, dini ve dini olmayan farklı değerler taşıyan bireylerden oluşmaktadır. Etik danışmanlık hizmetinin bu çoğulcu bakış açısını taşıması gerekir.
2. Etik yönlendiricilik/kolaylaştırma yaklaşımı *(The Ethics Facilitation Approach)* kullanılarak etik danışmanlık hizmeti verecek kişi, belli becerilere, bilgiye, niteliğe, tutum ve davranışlara sahip olmalıdır. Bu beceriler; etik değerlendirme becerisi, süreç becerisi ve kişilerarası ilişki becerisidir. Danışmanlık yapacak kişi ahlaki gerekçelendirme, etik teori, biyoetik konular ve kavramlar, sağlık sistemleri, klinik durum, danışmanlık yapılan kurumun

bilgileri ve politikaları, hastanın ve personelin inançları, etik kodlar, rehberler, ilgili yasalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Aynı zamanda hoşgörü, sabır, şefkat, dürüstlük, cesaret gibi niteliklere, ilgili tutum ve davranışlara sahip olmalıdır.

3. Etik danışmanlık yapacak kişi ikinci maddede sözü geçen yeterlilikleri sürekli eğitim, öğretim, sertifikasyon programları, kendi kendine eğitim gibi yollarla elde etmeli ve güncel tutmalıdır.
4. İkinci maddede sözü geçen yeterliliğe bireysel danışmanların, kurul ve takım üyelerinin sahip olması beklenmektedir.
5. Danışmanlık hizmetine kimlerin başvurabileceği, verilen karar hakkında hastanın nasıl ve ne kadar bilgilendirileceği, danışmanlık hizmeti sonrası verilen kararın belgelendirmesinin nasıl yapılacağı ve vaka gözden geçirme konularında politikalar oluşturulması gerekliliği net biçimde ortaya konmalıdır.
6. Etik danışmanlık hizmeti sırasında güç kullanımı ve çıkar çatışmalarından kaçınmak gereklidir.
7. Etik danışmanlık hizmetinin kurumsal bir desteği olmalıdır.
8. Etik danışmanlık sürecinde işlem, çıktılar ve danışmanın yeterliliğinin değerlendirilmesi gereklidir.
9. Etik danışmanlık hizmeti veren kişilerin sertifikaya sahip olması danışmanlık sırasında otoriter yaklaşımı tercih etmesine neden olabilir. Ayrıca hem sertifikasyon hem de akreditasyon disiplinlerin çeşitliliğine zarar verebilir ve tek yönlülüğe neden olabilir. Sertifikasyon bilgi ve beceri ölçümü için geliştirilecek testleri engelleyebilir. Son olarak da sertifikasyon ve akreditasyon yeni idari bürokrasiye neden olabilir gerekçeleri ile İnsan Değerleri ve Sağlığı Derneği -Toplum için Biyoetik Danışmanlık Görev Gücü tarafından tercih edilmeyen unsurlardır (12).

Etik danışmanlık hizmeti verecek kişinin sağlık çalışanları ve hasta/hasta yakınları ile çatışma yaşadıkları ortamda sakin kalma, sinirli hasta ve diğer taraflar arasında arabulucu olma gibi karakter özelliklerinin nasıl olması gerektiğine dair detaylı çalışmalar mevcuttur (13).

Etik danışmanlık hizmetlerinde farklı yaklaşımları kullanarak etik ikilemleri çözmek, çözüm önerileri getirmek mümkündür. Bu yaklaşımlardan bir tanesi Dört Kutu Yaklaşımıdır.

**Dört Kutu Yaklaşımı:** ABD'de üç klinik etikçi Albert R. Jonsen, Mark Siegler ve William J. Winslade vaka değerlendirmesi esnasında "4 kutu yaklaşımı" (Tablo 2.1) olarak da isimlendirilebilecek bir yöntem kullanmaktadırlar ve bu yöntem bugün tüm dünyada klinik etik karar verme süreçlerinde yol gösterici bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemde her klinik vakada temel alınması ve araştırılması gereken dört temel konu tanımlanmaktadır. Bunlar "tıbbi belirleyicilerin" yanı sıra, "hastanın tercihleri" (hastanın kişiliği, değerleri, hastanın istediği seçenekler, özel öneriler, talimatlar, verilen bilgi ve bu bilgiyi anlama kapasitesi, karar verme kapasitesi yetersiz ise vasisi kim?), "yaşam kalitesi kavramı" (hasta nasıl tanımlıyor? Tıbbi ekibin görüşleri, hastanın yakınları bu konuda neler düşünüyor? Tedavi başarılı olsa bile olası fiziksel, sosyal ve mental yetersizlik riski var mı? Hastanın palyatif tedavisi[1] için planlar nelerdir?) ve "vakayı çevreleyen diğer çevresel özelliklerdir" (Aile? Durumu anlıyorlar mı? Dini inanışlara dayanan yasaklamalar, bakımın maliyeti kararda baskı yaratıyor mu? Mahkeme kararları, toplumun konuya yaklaşımı, yasalar, kurum politikaları) (14).

[1]Palyatif tedavi, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 tanımına göre "yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spirituel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir bicimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşımdır.

Tablo 2.1. Dört Kutu Yaklaşımı

| **TIBBİ BELİRLEYİCİLER** | **HASTA TERCİHLERİ** |
|---|---|
| Yararlı olma/ Zarar vermeme ilkeleri | Özerkliğe saygı ilkesi |
| • Hastanın tıbbi sorunu nedir?<br>• Bu sorun akut, kronik, kritik, acil ve ya geri dönüşümlü müdür?<br>• Tedavini hedefleri nedir?<br>• Başarı şansı nedir?<br>• Tedavi başarısız olursa ne yapılacaktır?<br>• Bu hastaya nasıl yararlı olunur, nasıl zarar görmesi engellenir? | • Hastanın karar verme yeterliliği var mıdır?<br>• Hastanın yeterliliği söz konusu ise tedavi hakkındaki kararı nedir?<br>• Hasta aydınlatılmış onamını vermiş midir?<br>• Hasta yeterli değilse yerine kim karar verecektir?<br>• Yetkilendirme bildirimi *(Advance Directive)* var mı?<br>• Hastanın hakları etik ve yasal olarak korunuyor mu? |
| **YAŞAM KALİTESİ** | **VAKAYI ÇEVRELEYEN DİĞER ÇEVRESEL ÖZELLİKLER** |
| Yararlı olma/ Zarar vermeme/ Özerkliğe saygı ilkeleri | Adalet İlkesi |
| • Tedavi ile veya tedavisiz normal yaşama dönme beklentisi nedir?<br>• Tedavi başarılı olsa bile olası fiziksel, sosyal ve mental yetersizlik riski var mı?<br>• Hastanın yaşam kalitesini değerlendirmede önyargı söz konusu mu?<br>• Tedaviyi kesmek için bir plan veya mantıksal açıklama var mı?<br>• Hastanın rahatı ve palyatif bakımı için plan var mı? | • Ailenin, sağlık çalışanlarının tedavi kararlarını etkileyen konular var mıdır?<br>• Dini veya kültürel etkenler var mıdır?<br>• Ekonomik nedenler tedavi kararlarını etkilemekte midir?<br>• Kaynaklara ulaşım sorunu var mıdır?<br>• Çıkar çatışması var mıdır?<br>• Hukuk tedavi kararlarını nasıl etkiler? |

## 2.2. Klinik Etik Destek Modelleri

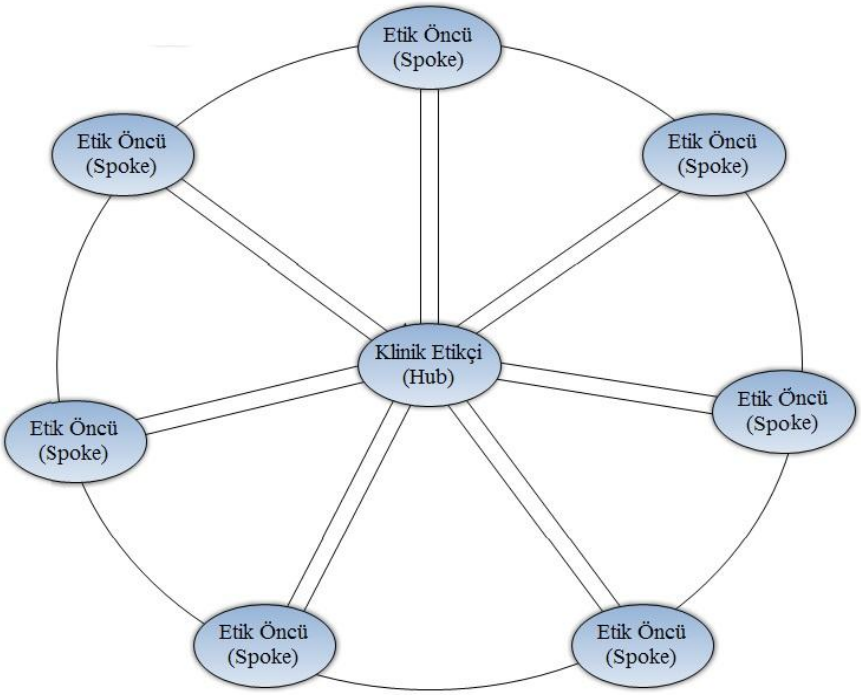
Tezin son aşamasında Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde görev yapan hekimlerin gereksinim ve görüşleri doğrultusunda oluşturulması planlanan model

önerisi için halihazırda literatürde var olan modelleri ortaya koymak gerekmektedir. Klinik etik destek kavramı HEK/KEK'leri de içine alan bir kavramdır. Klinikte yaşanan etik ikilemleri çözmelerinde sağlık çalışanlarına destek veren bu yaklaşımda HEK/KEK'lerin de içinde olduğu farklı modeller mevcuttur (10):

1. **HEK/KEK/Grup/Forum:** Resmi bir kurul olarak kurumsal yapının bir parçası olarak görüldüğünden, klinisyenleri ve idarecileri daha kolay etkileyebilir. Çok disiplinli bir yapısı olduğundan geniş tartışma ortamı sağlar ve çoğulcu bakış açısı taşır. Ancak idari yapının ve disiplin işlemlerinin bir parçası olarak görülebileceğinden, kurula vaka getiren hekimin çekinmesine yol açabilir. Kalabalık bir yapıda olması nedeniyle başvurulara çabuk cevap veremeyebilir. Ayrıca politika ve rehber tartışmalarının, taslak hazırlama çalışmalarının yönetimi zor olabilir.
2. **Alt kurul:** Hastane politikası için taslak oluşturma ya da rehber tartışmaları gibi belli konular için oluşturulabilir. Esnek olması, politika ve rehber geliştirmede etkili olması, etik danışmanlık verilen alanda daha kolay uzmanlık geliştirilebilmesi güçlü yönleridir. Ancak küçük bir grup olması nedeniyle görüş, temsiliyet sınırlıdır.
3. **Vaka danışma grupları:** Kurulun toplantıya gelmesinin zor olduğu, kurumda acil etik sorunlar görüldüğünde çabuk cevap sağlamak için geliştirilen bu modelde hem klinikten hem de klinik dışından üyeler bulunur. Bu grubun kaç kişiden oluşacağını önceden belirlemek gerekir. Acil durumda iletişime geçilebilecek ve yeterli genişlikte temsiliyet sağlayacak sayıda seçilen kurul üyeleri ile tartışılan vakalar veya vaka çıktıları tüm kurula rutin toplantıda rapor edilmelidir. Bu model, etik destek, sıklıkla vaka danışmanlığı biçiminde veriliyorsa uygundur. Ancak kurul üyelerinin normal toplantı zamanları dışında danışmanlık için uygun olmaları gerekir. Grubun sınırlı olması görüş çeşitliliğinin daralmasına neden olabilir. Bu sınırlılığın üstesinden gelebilmek için tüm kararların, yeterli biçimde gözden geçirilmesini sağlayan güçlü süreçlerden geçtiğinden emin olunmalıdır.
4. ***Hub-and-spoke*** **modeli** (15): "Hub-and-spoke" aslında uzun mesafeli uluslararası uçuşların, ülkedeki merkezi bir havaalanından aktarılması suretiyle yapılan hava taşımacılığı sistemi için kullanılan bir terminolojidir.

"Hub-and-spoke" terimi uz iletişim (telekomünikasyon), ulaştırma ve bilgisayar gibi çeşitli alanlarda da kullanılmaktadır (16). Türkçede yerleşmiş bir karşılığı olmadığından terimi orijinal dilinde olduğu gibi bırakılmıştır.

Toronto Üniversitesi Ortak Biyoetik Merkezi tarafından 2001 yılında 7 hastanede denenmiş, klinik etik destek modellerinden biri olan ***Hub-and-spoke*** modelinde, merkezde (hub) bir klinik etikçi bulunmaktadır ve buna bağlı (spoke) klinisyenler etik öncü[1] olarak *(Ethics resource leaders*-etik kaynak liderleri) klinikte görev yapmaktadırlar (Şekil 2.2) (15).




Şekil 2.2. Hub-and-spoke modeli (15)

Merkezin (hub) temel görevi hastane içinde etik farkındalığı, bilgi ve beceriyi arttırmaktır. Merkezin bir diğer görevi de, günlük etik ikilemlerle ilgili sorunları cevaplamakla görevli etik öncülere danışmanlık yapmak, onlara eş güdüm sağlamak ve desteklemektir (15). Etik sorun ortaya çıktığında o klinik alandaki etik öncü sorunu çözmeye çalışmakta, gerekirse konuyu merkeze (bu bireysel danışman olabileceği gibi HEK/KEK de

[1]Kaynak olarak kullanılan makalede spoke olarak adlandırılan kısımda yer alan kişiler ethics resource leaders olarak tanımlanmıştır. Ancak Türkçe çevirisi yapılırken etik öncü kelimesinin daha uygun olduğuna karar verilmiştir, bundan sonra etik öncü terimi kullanılacaktır.

olabilir) taşımaktadır. Bu konudaki ideal yapılanma etik öncünün etik eğitimine sahip olmasıdır. Gerçekte öncülerin ve kurul üyelerinin bu tip eğitimleri alması zorunlu olmalıdır. Etik öncüler kararların yeterli biçimde gözden geçirildiğinden emin olmak için her vaka danışmanlığının özetini bir sonraki toplantıda merkeze getirmelidir (10).

**Hub-and-spoke modelinin güçlü yönleri**

Klinikte hizmet veren etik öncüler etik danışmanlığın kolay ulaşılabilen, esnek, çabuk cevap veren bir yapıda olmasını sağlamaktadırlar. Her kliniğe özgü yaşanan benzer vakalar o etik öncülerin belli konularda deneyim kazanmasını sağlamaktadır (15).

**Hub-and-spoke modelinin sınırlılıkları**

Klinikte yaşanan etik ikilemlerle ilgili tartışmalarda, etik kaynak liderleri konuya sınırlı bakış açısıyla bakabileceklerinden, gözden geçirme potansiyelleri yetersiz olabilir. Hastanelerde tüm klinik alanlarda yeterli seviyede etik uzman sağlamak zordur (15).

5. **Etikçi (Tıp Etiği Uzmanı):** Avrupa ve İngiltere'den çok Kuzey Amerika'da görülen bir modeldir. Bireysel etikçiler sağlık çalışanlarına, hastalara, hasta bakımı verenlere ve doğrudan kurumlara etik destek vermektedirler. Etikçiler üniversitelerin felsefe, teoloji, hukuk ve tıp alanlarında akademik çalışma yapan kişilerdir (10).

Almanya'da uygulanan ve makale olarak yayınlanan iki model de klinik etik destek modelleri arasında sayılabilir.

6. **İki tabakalı klinik etik modeli:** Almanya'da birkaç organizasyonda uygulanan bu modelde bireysel etik danışmanın ve HEK/KEK'lerin olumlu yönlerinin birleştirilmesi hedeflenmiştir. Bireysel etik danışmanlar vakayı hasta başında değerlendirebilirken, kurumsal rehberler ve politikalar disiplinlerarası kurullarda daha verimli oluşturulmaktadır. Bu modelde etik vaka tartışmaları bir moderatör yöneticiliğinde hastaya bakım veren sağlık ekibi tarafından yürütülmektedir. Bu tartışma ile ilgili HEK/KEK'e geri bildirimde bulunulmakta ve bu da kurul tarafından geliştirilen etik rehberler ve politikalar şeklinde klinikte çalışan personele geri dönmektedir (17).

7. **Frankfurt Modeli:** Hastane içinde yapılanan Tıp Etiği Merkezinde çalışan etik danışman, gerçekte hastane personeli değildir, ücreti başka birim tarafından ödenmektedir. Bu yapılanma ile etik danışmanın hastane idaresi ile ilişkisi olmadığı vurgulanmaktadır. Vurgulanan bir diğer nokta ise danışmanın servisteki varlığıdır. Hastaya bakım veren ekibin danışmanlık talep etmesinden çok danışman doğrudan serviste bulunarak aslında hizmetlerini ekibe sunmaktadır. Bu yaklaşım ile servis içinde etik danışmanlık hizmetlerine ulaşmanın kolaylığı ve etik farkındalığı geliştirme gücü ön plana çıkarılmaktadır. Etik ikilemlerde karar vermekten çok kılavuz olarak görev yapan etik danışmanlar, etik danışmanla yapılan rutin toplantılar sırasında sağlık çalışanlarına etik sorunları fark etmeyi, etik sorunlarla diğer sorunları ayırmayı, etik gerekçelendirmeyi ve çözüm için yollar aramayı öğreterek eğitim işlevini de yerine getirmektedirler (18).

### 2.3. Hastane/Klinik Etik Kurulları

Hastane/Klinik Etik Kurulu (HEK/KEK) günümüzde sağlık çalışanlarının ve hastaların karşılaştıkları etik sorunlar ve bunları çözümünde onlara yardım etmek amacıyla kurulmuş, temelde hasta-hekim ilişkisine müdahale etmeyen, hastalara ve hekimlere yardımcı olan, etik danışmanlık veren birimlerdir. HEK/KEK'ler farklı disiplinlerden üyelere sahip, kendini eğiten, çalıştığı kurumun politika geliştirme sürecine katkıda bulunan yapılardır. HEK/KEK'lerin temelinde bağlı bulundukları kurumlarda "hasta odaklı hizmet sunumunu" geliştirmek bulunmaktadır. HEK/KEK'lerin hastaların esenliğini güvenceye almak ve kurumun sağlık çalışanlarını yasal sorumluluktan korumak gibi iki temel unsuru tanımlanmıştır (4,8). Ancak gözden kaçırılmaması gereken en önemli nokta, HEK/KEK'lerin tavsiye kararı verdikleri ve sorumluluğun her zaman hastadan sorumlu birincil hekimin üzerinde olduğudur (8). HEK/KEK'ler en son karar noktaları değildir ve kuruldan üretilen kararlar sadece tavsiye kararı niteliğindedir. HEK/KEK'ler bir polis gibi kötüleri cezalandıran bir tür "etik polis" değildirler (19).

HEK/KEK'ler için literatürde Sağlık Bakımı Etik Kurulları *(Healthcare Ethics Committees),* Klinik Etik Kurullar *(Clinical Ethics Committees)* ve Klinik Etik Destek *(Clinical Ethics Support)* gibi farklı adlandırmalar kullanılmaktadır. Aynı zamanda HEK/KEK'ler Kurumsal Etik Kurullar *(Institutional Ethics Committees)*

tanımı kapsamında yer almaktadır. Bu tez kapsamında Hastane/Klinik Etik Kurul adlandırması kullanılacaktır.

### 2.3.1. HEK/KEK'in İşlevleri

HEK/KEK'lerin işlevleri genelde üç başlıkta toplanabilir. Bunlar etik eğitimi, sağlık kurumu için politika, rehber geliştirme ve etik danışmanlık hizmetleri olarak sıralanmaktadır (20). HEK/KEK'ler kendi üyeleri ve gönüllü olan hastane çalışanları için etik eğitimi için programlar düzenlemektedirler. Aktif, geriye dönük ve varsayımsal olguları etik açıdan değerlendirmek ve çözümlemek bir diğer işlevlerindendir.

HEK/KEK'ler etik danışmanlık hizmetlerini bir etik danışman, bir ekip (2 ya da fazla sayıda HEK/KEK üyesinden oluşan) veya bir alt kurul (3 ya da daha fazla HEK/KEK üyesinden oluşan) tarafından yürütebilmektedir. HEK/KEK'ler kurumsal anlamda uygulama kılavuzları ve politikalar geliştirmektedirler. Örnek olarak "canlandırma uygulamayınız istemi" (DNR komutları[1]) kararlarını verme ölçütlerinin geliştirilmesi verilebilir. Bu rehberler ve kurum politikaları sağlık alanında kullanılacak kaynakların adil dağıtımını sağlamak amacıyla sağlık çalışanlarına yol gösterici olarak hizmet edecektir (8). Ancak bu çabaların yerine ulaşabilmesi için her yeni hizmetin ayrıntılı biçimde kurum çalışanlarına anlatılması, eğitimlerin verilmesi gerekir. Yoksa etik rehberler, üretilen politikalar sadece kağıt üzerinde kalacaktır (19). HEK/KEK iyi yapılandırılır ve sağlıklı çalışırsa bu hizmetler topluma da yayılacak şekilde organize edilebilir. UNESCO'nun hükümetlere öneri olarak geliştirdiği Biyoetik Kurulların Oluşturulması isimli kılavuzunda HEK/KEK'lerin işlevleri daha geniş kapsamlı tanımlanmıştır (8).
İşlevlerini maddeler şeklinde şöyle sıralayabiliriz.

1. Biyoetik eğitimi
2. Olguların biyoetik açıdan değerlendirilmesi
3. Biyoetik danışmanlık vermek
4. Kurumsal uygulama kılavuzları ve politikalar geliştirmek
5. Kaynakların adil dağıtımında çözümler geliştirmek

---

[1]DNR: "Do not resuscitate" kelimelerinin baş harflerinden oluşan bir kısaltmadır. Türkçe karşılığı olarak "canladırma uygulamayınız" kavramı kullanılmaktadır.

6. Toplum projeleri başlatmak
7. Hastaların istenç bildirimi konusunda eğitimi (Hastaların kendilerine uygulanacak tanı/tedavi kararlarında söz sahibi olmaları, karar verme süreçlerinin sağlık çalışanları ile paylaşımı sırasında yetkilendirme bildirimi, yaşayan vasiyet, karar verme yeterliliklerini kaybettiklerinde yerlerine kimin karar vereceği gibi konularda hastaların eğitilmesi)
8. Çıkar çatışmaları, haklar ve görevlerin belirlenmesinde kurumsal hedeflerin uzlaştırılması
9. Çalışanlar arasında ve çalışanlarla hasta/hasta yakınları arasındaki çatışmaların çözümlenmesi
10. Konu ile ilgili politikalara destek olmak
11. Kurum içinde biyoetikle ilişkili araştırma yürütmek
12. Hastane öncesi basamaklara biyoetiği tanıtmak
13. Sağlık hizmetlerinin finansman ve ödeme işlemlerinde biyoetikle ilgili tartışmaları yapmak
14. Toplum sağlığı ile konularda yerel, bölgesel ya da ulusal yasama oturumlarına katılmak
15. Organ aktarımı konusunda politika oluşturulmasına yardımcı olmak (8).

#### 2.3.1.1. HEK/KEK'lerin Etik Rehber Geliştirme İşlevi

Etik rehberler sağlık çalışanlarının etik ikilemlerle karşılaştıklarında kolay ve çabuk karar vermelerini sağlamak adına yol gösterici belgelerdir. Devletler tarafından ulusal olarak geçerli, meslek örgütleri tarafından belli mesleklere özgü ve HEK/KEK'ler tarafından sağlık çalışanları için geliştirilmiş etik rehberler mevcuttur.

Ülkemizde çok fazla örneği olmayan etik rehberlerin odak grup görüşmelerinde hekimler tarafından çok net olarak algılanmadığı gözlenmiştir. Odak grup görüşmelerinde rehberlerin tanımları yapılmasına rağmen hekimlerin rehberlerin nasıl işe yaradığını anlamlandırmakta sorun yaşadığı görülmüştür. Bu nedenle Kansas Üniversitesi Tıp Merkezi Hastane Etik Kurulu tarafından hazırlanmış ve kurumun internet sayfasından ulaşılabilen rehberlerin örnek olarak verilmesi konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Kansas Üniversitesi Tıp Merkezi Hastane Etik Kurulu tarafından hazırlanmış yaşamın sonu ile kararlara ait etik rehberlerin başlıkları şunlardır (Ek 9):

- Yetkilendirme bildirimi
- Canlandırmayınız komutları (DNR) rehberi
- Yetişkinler için tedaviye başlamama, tedaviyi sonlandırma kararları için etik rehber
- Çocuklar için tedaviye başlamama, tedaviyi sonlandırma kararları için etik rehber
- Kalıcı bitkisel yaşamdaki hastanın bakımı
- İnsan deneklerin araştırmaya dahil edilmesi

Aynı zamanda sağlık çalışanlarına yardımcı olmak adına düzenlenmiş akış şemaları da mevcuttur. Örnek olarak karar verme yeterliliği olmayan hastada karar verme aşamasında hekimlere yol gösterici olması amacıyla üretilen *General Medical Council'in* internet sayfasında yayınladığı akış şeması (http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/6997.asp) verilebilir (Ek10). İnternet sayfasında şema etkileşimli olarak çalışmaktadır. Şema başlıkları altında *General Medical Council*'in geliştirdiği yaşamın sonunda alınan kararlara ilişkin etik rehberin maddelerine atıflar bulunmaktadır. Ayrıca internet sayfasından gereksinim duyulduğunda konu ile ilgili vaka örneklerine ve değerlendirmelere ulaşmak mümkündür. Bu örneklerin birebir Türkiye koşullarına uygun olmadığı ortadadır ancak ülkenin şartlarına göre yeniden düzenlenebilirler. Bu şekilde kolay ve verimli kullanılabilecek etik rehberler geliştirilebilir. Tezin ek kısmında verilen bu belgelerin etik rehber geliştirme aşamalarında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

### 2.3.2. HEK/KEK'in Üyeleri

UNESCO'nun 1 numaralı kılavuzunda HEK/KEK üyeliği için belli bir standart bulunmamakla beraber genelde bir tıp etiği uzmanı, hekimler, hemşireler, bir risk yöneticisi, bir sağlık hukukçusu, bir sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi ve yerel toplumdan hasta temsilcisinden oluşturulması önerilmektedir (8). Birçok HEK/KEK başkana ek olarak 6-26 üyeden oluşmaktadır. Örnek olarak 1994 yılında 10 üye ile kurulan Nottingham'da oluşturulan kurul, 1999 yılında 24 üyeye ulaşmıştır (20). Ancak bu kadar kalabalık bir kurulun esnek olması, çabuk karar vermesi mümkün olmayabilir. Bu sorunu ortadan kaldırabilmek için böyle büyük kurullar, alt çalışma grupları oluşturabilirler.

Başkan genelde bir klinisyenden seçilir ki bu kurulun, klinisyenlere ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Kurullar genelde ortalama ayda bir defa, bir-iki saat toplanır. Kurula başvurular genelde klinisyenler tarafından yapılır ancak diğer sağlık çalışanları da artan şekilde vaka danışmak için başvuracaklardır. İngiltere'de genel uygulama, hasta ve hasta yakınlarını kurulda yapılan tartışmalara dahil etmemek yönündedir (10).

#### 2.3.2.1. HEK/KEK'lerin Eğitimi

UNESCO'nun hükümetlere öneri olarak geliştirdiği "Biyoetik Kurulların Eğitimi" başlıklı 3 numaralı kılavuzunda HEK/KEK yapılanmasının içine dahil olduğu Biyoetik Kurulların eğitim hedeflerinin öncelikle kendi üyelerinin eğitimi olduğu vurgulanmaktadır. Eğitimin sistematik ve sürekli olması gerekmektedir. Ayrıca eğitimin hukuk, felsefe, bilim ve tıp gibi geniş kapsamda ele alınması gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Özellikle yeni üyelerin okuma materyalleri ile desteklenmeleri uygun olacaktır (21).

HEK/KEK üyelerinin eğitim programının hazırlanmasında öncelikle eğitim kaynaklarının seçimi ve temin edilmesi sağlanmalıdır. Kurul başkanının görevlendirdiği bir personel, ilgili konularda kitle iletişim kaynaklarını, bilimsel literatürü takip ederek güncel bilgileri derlemeli, kaynakları üyelerin kolayca ulaşabileceği bir şekilde depolamalıdır. İlk aşamada UNESCO Küresel Etik Gözlemevi'nin (http://www.unesco.org/shs/ethics.geobs) kaynak olarak kullanılabileceği önerilmektedir. Bu bilgilerin zaman zaman toplantılarda diğer üyelerle paylaşılması, sunum yapılması sağlanmalıdır. Bununla beraber üyelerin ilgili eğitimlere, konferanslara katılması sağlanmalı ve toplantıya katılan üyelerin tüm kurulu bilgilendirmek adına rapor hazırlaması istenmelidir. Eğitim toplantıları için konunun uzmanlarından konuşma talep edilebilir. Konuşmacılardan verdikleri konferansın yazılı olarak istenmesi mümkündür. HEK/KEK üyelerinin aynı zamanda resmi nitelikli eğitim programlarına katılması da sağlanmalıdır (21). HEK/KEK üyelerinin etik eğitiminin yanı sıra iletişim ve çatışma yönetimi üzerine eğitim almaları, kurulun çalışmalarına olumlu katkılarda bulunacaktır (22).

UNESCO HEK/KEK üyelerinin kendi eğitimlerini değerlendirmesinin önemli olduğunu belirtmektedir. Bu değerlendirme okuma materyallerinin tartışılması, üyelerin konuyu tartışmaları ve sunum gibi gayri resmi olabilir. Bu

denetleme aynı zamanda harici denetleyiciler, yazılı ve sözlü sınavlar gibi resmi yollarla da yapılabilir. Her iki yöntemin kendisine ait avantajları ve eleştirilen yönleri bulunmaktadır. Kurulun kendine uygun yönetimi seçerek eğitim çıktıları değerlendirmesi önemlidir (21).

HEK/KEK üyelerinin eğitimini tamamladıktan sonra kurum içi, sağlık çalışanları ve daha sonra hasta ve hasta yakınları için eğitim programları planlanmalıdır.

### 2.3.3. HEK/KEK'in Maddi Kaynakları

HEK/KEK yapılanmalarında üyeler genelde gönüllü olarak kurula destek verirler ve katkıları için ücret almazlar. Zira HEK/KEK'ler kurumun normal çalışma rutini içinde görülmelidir. HEK/KEK için toplantı salonu, toplantı saatlerini organize etmek ve evrakları tanzim etmek için bir sekreter gereklidir. Ama asıl maddi kaynağın gerektiği durum üyelerin eğitimidir (8). Kurullarda organizasyonun iyi olması, idare tarafından maddi olarak da destekleniyor olması kurum içinde güvenirliği arttıracaktır (19).

### 2.3.4. HEK/KEK için İşlemler ve Yöntemler

Amerikan Çocuk Hastalıkları Hekimleri Akademisinin Biyoetik Kurulunun raporuna (23) ve UNESCO'nun Biyoetik Kurullarla ilgili yayınladığı ikinci kılavuza (19) göre,

- Öncelikle kurulun rolünün yani amacının, işlevlerinin, kurum için görevlerinin belirlenmesi gerekir. Kimlere hizmet sunacak? Hangi tür sorunlara cevap verecek? Başkan ve üyeleri nasıl belirlenecek? Üyelik süreci ne şekilde olacak?
- Başkan ve üyelerin seçiminde dikkat edilecek konu nitelikli kişilerin seçiminin nasıl yapılacağıdır.
- Kurul toplantılarının hasta ve hasta yakınlarına açık olup olmayacağına önceden karar vermelidir.
- Kurul elindeki gizli belgeleri, hasta mahremiyetini tehlikeye sokacak bilgileri nasıl koruyacaktır? Kimler bu belgelere ulaşabilir? Bütün bunların sınırları iyi çizilmelidir.

- Hem kurul içi hem de kurum için eğitim programları düzenlenmeli, sürekliliği sağlanmalıdır.

### 2.3.5. Hastane Etik Kurullarına Yöneltilen Eleştiriler

Genel olarak HEK/KEK'ler hastane içi iletişimi, klinik karar verme sürecini geliştirmekte, yapılandırılmış karar vermeye bağlı olarak zamandan kazanım sağlamaktadır. Hukuk ve etik ayrımının yapılmasını kolaylaştırmakta ve hekimlere etik sorumluluklarını sürdürmelerine yardımcı olmaktadır (24). Ancak bu yararlarının yanı sıra hizmetlerini kullanan sağlık çalışanlarının çekinceleri de mevcuttur.

HEK/KEK ile ilgili olası sorunlara bakıldığında karar verme sorumluluğunun kurula devredilmesi ve hiç kimsenin sorumluluk almak istememesi görülebilir. Ayrıca hastanın ve sağlık çalışanlarının mahremiyetine zarar verebilecek durumlar yaşanabilir. Kurumun çıkarları hastanın haklarının önüne geçebilir (25,26). Hekimlerin yasal sorunlardan korunmak amacıyla etik danışmanlık istemeleri sonucu HEK/KEK'lerin bir mahkeme gibi algılanmaları ve kararlarının bu açıdan yorumlanarak uygulanmaları gibi bir risk doğabilir (27). HEK/KEK'lerin bürokratik işlemleri arttırması, hekimlerin klinik özgürlüklerini azaltması, hekim hasta ilişkisini zedelemesinden de endişe edilmektedir (24,28).

HEK/KEK'lere yönetilen eleştirileri madde madde incelemek uygun olacaktır.

- Kurulun etik otorite olarak görülmesi (29)

Etik kurul adı ile birlikte kurul sanki konuda otoriteymiş gibi algılanmaktadır. Kurul üyeleri konuya ilgili, gönüllü kişilerdir, görüşleri sadece tavsiye niteliğindedir. Kurulun ürettiği tavsiye kararlarının otorite olarak algılanması ancak içinde halktan bir üyenin de bulunduğu geniş bir görüşü temsil edebilmesine ve bu görüşleri dikkatli, saygılı ve akılcı biçimde değerlendirebilmesine bağlıdır.

- Kurulun bürokratik bir yük olarak görülmesi (29)

Birçok klinisyenin araştırma etik kurulları ile ilgili olumsuz deneyimleri bulunmakta ve HEK/KEK'leri de bu bakış açısı ile değerlendirmektedirler. Klinisyenlerin bu olumsuz önyargısını yıkmak için HEK/KEK'lerin kuruluşunda iki önemli nokta olduğunu vurgulanabilir. Verilecek mesajlardan birincisi kurumun etik sorunların tartışılmasını önemsediğidir. İkincisi ise etik sorunların çözümlenmesi için adil ve

akılcı bir süreç oluşturulabilir. Dahası kurul klinikte etik ikilemleri çözmek için tek başına uğraşan klinisyenlerin yükünü paylaşmaktadır.

- Kurulun çabuk cevap verme yeteneğinin eksik olması (29)

Klinikte yaşanan etik ikilemler genelde çabuk cevap gerektiren sorunlardır. Kurullar genelde ayda bir toplanır ve esnek destek verme şansları yoktur. Kurulun üyeleri tek başlarına bu hizmeti verdiklerinde ise probleme değişik açılardan bakma avantajı kaybolmaktadır. Bu sorunu çözmenin bir yolu gerçekten bir üyenin veya kurulun bazı üyelerinin etik ikileme tavsiye kararı bildirmeleri olacaktır. Ancak geriye dönük vakaların kurula getirilmesi, tartışılması ve etik rehberlerin oluşturulması sağlanmalıdır.

- Resmi etik eğitimleri olmayan kurul üyelerinin sağlık çalışanlarına eğitim vermesi (29)

Kurulda profesyonel eğiticiler bulunmasa bile grup içi oyunlaştırma ve problem çözümleri ile farklı disiplinlerden gelen kişilerin etik sorunları çözme çabaları değerli bir eğitim türüdür. Kurul üyelerinin etik eğitimlerinin olmayışı eleştirisine de cevap olarak deneyimin önemli olduğunu belirtmek gerekir. Ayrıca kurulun deneyimleri ile gerekli olduğunu düşünülen konularda konunun uzmanları tarafından verilen eğitimler planlanabilir. UNESCO'nun "Biyoetik Kurulların Eğitimi" başlıklı kılavuzunun öngördüğü gibi kurul üyeleri kendilerini eğittikleri sürece bu eleştiri geçersiz kılınacaktır.

- Kurul dinamiklerinin etik karar verme sürecine istenmeyen etkileri (29)

Grup kararlarında grup içinde baskın olan bireyin görüşlerinin ortak karar olarak kabul edilmesi gibi bir riski bulunmaktadır. Aynı zamanda kurul üyelerinin kurumdaki hiyerarşik yeri tartışmalarda etkili olabilir. Kurul içinde tıp etiği uzmanı bir üyenin bulunması durumunda üyelerin onun görüşlerini kabul etme eğiliminde olduğu görülmüştür (30) . Ancak kurul dinamikleri içinde birinin baskın olması yalnızca etkileyici bir kişi olmasından değil, aynı zamanda doğru akıl yürütme ve yargılama yeteneğinden ileri gelebilir.

- Kurulun kurumsal otoritenin bir parçası olarak görülmesi (29)

Kurul kurumun bir parçası gibi çalışırsa, klinisyenler kendilerinin izlendiklerini düşündüklerinden tavsiye kararlarına uymakta isteksiz davranabilirler. Eğer kurul ayrı bir birim gibi çalışırsa önemsizleşebilir. Kısaca iki sorun bulunur idareye bağlı

ama bağımlı olma, otoriteden uzak ama özerk olma. Ayrıca otoriter olma ile güvenilir olma birbiri ile karıştırılabilir. Otorite güç ve etki sahibi olmak iken güvenilir olma kurul tarafında verilen tavsiyenin dikkate almaya değer olmasıdır. HEK/KEK tarafından ancak kullanılabilir, işe yarayan tavsiyeler verildiğinde sağlık çalışanları ve yönetim, kurulu güvenilir bir kaynak olarak görecektir.

### 2.3.6. HEK/KEK Modelleri

HEK/KEK'ler gereksinim üzerine oluşturulan yapılar olduğundan pek farklı sınıflandırma ve model görülmektedir. Literatürde genel olarak iki farklı sınıflama bulunmaktadır. Bunlardan birincisi kuruluş temellerine göre, ikincisi ise kurul kararlarının bağlayıcılığına göre yapılan sınıflandırmalardır.

**1.** Kuruluş temellerine göre 3 çeşit HEK/KEK modeli tanımlanmıştır (31).

- Profesyonel Bakış Açısına Dayalı Etik Kurullar

Bu modelde kurulu oluşturanlar sağlık çalışanları ve temel olarak hekimlerdir. Hekimlerin içinden kaynak aldığından, onlara yardımcı olma açısından yararlıdır ancak etik tartışmaların yalnızca profesyonel normlarla sınırlı kalması gibi bir risk de taşımaktadır.

- Organizasyonal Bakış Açısına Dayalı Etik Kurullar

Doğrudan idare tarafından kurulan bu kurullarda çıktılar hasta bakım hizmetlerinin kalitesine yansımaktadır. Hastane idaresinin desteği ile etik değerler kurum politikalarına dahil olmaktadır. Sağlık çalışanları kurumsal sorumlulukları çerçevesinde etik ölçütleri çalışma yaşamlarına sokmaktadırlar. Ancak bu durumda kurumun etik tartışmaları kontrol edip sınırlandırması mümkün olabilmektedir.

- Toplumsal Bakış Açısına Dayalı Etik Kurullar

Toplum temelli etik kurulların hizmet odağında vatandaş vardır. Konuyla ilgili tüm tarafların bir arada olması nedeniyle daha demokratik bir kurul olan bu yapılanmada daha şeffaf ve kapsamlı bir etik tartışma yapılmaktadır. Ancak etik kurulun sivil toplum temsilcisi olması çok olası gözükmemektedir (31).

**2.** Kuruldan çıkan kararların bağlayıcılığına göre 4 ayrı model bulunmaktadır (25).

- Çift yönlü isteğe bağlı: Bu modelde sağlık çalışanları ne kurula danışma konusunda ne de kurulun verdiği kararları uygulamada mecbur değildirler.

- Çift yönlü zorunlu: Bu modelde sağlık çalışanı hem danışmanlık isteğinde bulunmak, hem de kurulun verdiği kararı uygulamakta zorunlu tutulmaktadır.
- İsteğe bağlı-zorunlu: Bu modelde sağlık çalışanının etik danışmanlık talebi isteğe bağlıdır, ancak danışmanlık sonrası verilen karara uymak zorundadır.
- Zorunlu-isteğe bağlı: Bu modelde sağlık çalışanı etik danışmalık hizmeti almak zorundadır ancak kurulun verdiği karara uymak isteğe bağlıdır.

Bu sınıflandırma artık geçerliliğini korumamaktadır. Literatürde son yıllarda özellikle HEK/KEK'lerin hasta hekim ilişkisine müdahale etmediğine dair vurgular bulunmaktadır (8,32).

### 2.3.7. HEK/KEK'lerin Yasal Konumu

Avrupa'da sekiz ülke seçilerek yapılan bir çalışmada (33) HEK/KEK'lerin yasal düzenlemelerine bakılmıştır. HEK/KEK'lerin kuruluşunun yukarıdan aşağıya ya da aşağıdan yukarıya olmasına göre yasal konumun değiştiği görülmüştür. Yani ülkede HEK/KEK kurulmasına yönelik ilk girişim yönetimden geldiğinde yukarıdan aşağıya bir yapılanma olmakta, HEK/KEK sağlık çalışanlarının gereksinimleri doğrultusunda oluşturulduğunda ise aşağıdan yukarıya bir yapılanma olmaktadır. HEK/KEK'lerin kurulumu yasalarla çerçeve altına alınabildiği gibi, İngiltere'de olduğu gibi konu ile ilgili yasal mevzuat bulunmayabilir. HEK/KEK'lerin merkezi yapılanma içinde yer almasının diğer kurullarla işbirliği içinde olabilmesi, işlevlerinin daha kolay kabul görebilmesi açısından yararlıdır. HEK/KEK'in sıkı kanunlara bağlı olması ise kurum içinde kararlarının bağlayıcılığını ve otoritesini arttırmakla birlikte, etik tartışma atmosferi için uygun ortamın sağlanmasına zarar verebilmektedir.

Türkiye'de HEK/KEK'ler için AEK'leri düzenleyen yönetmelikler gibi yasal çerçeve mevcut değildir. Ancak HEK/KEK'lere etik danışmanlığı talebi ile gelen vakaların büyük bir çoğunluğunu yaşamın sonunda alınan etik kararlar oluşturmaktadır. Ülkemizde yaşamın sonunda alınan kararlar kimi zaman sadece tıbbi kararlar olabilecekken, idari ve yasal nedenlerle hekimler bu tıbbi kararın alınmasında çekinik davranabilmektedirler. 5237 sayılı TCK'nın (30) 81. ve 84. maddelerini hekim eylemleri açısından değerlendirerek, bu maddelerin hekimin yaşamın sonuyla ilgili kararını/eylemini kısıtlayıcı hükümler içerdiğini belirten

hukuki yorumlar yapılmaktadır. İntihara yönlendirme başlıklı Madde 84 (1)'e göre; *"başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır."* Hekimin tıbbi eylemlerinin etik sınırlarını belirlerken asıl yol gösterici olanın etik rehberler olması gerektiği, çünkü çoğu zaman tıbbi eylemlerin sınırlarını hukukun çizmesinin zor olduğu, tıbbi teknolojinin hızlı gelişimiyle etik sorunların her gün çeşitlendiği ve bunların hukukun dar sınırları arasına hapsedilemeyeceği söylenebilir. HEK/KEK'ler kurum politikaları doğrultusunda yapılandırılır ve kendi yönergeleriyle, oluşturdukları ya da oluşturulmuş rehberlerle yol alırlar. Bu nedenle gerek Dünya Hekimler Birliği'nin, gerekse Türk Tabipler Birliği'nin etik rehberleri yol gösterici olabilir. Hastane Etik Kurullarına, sağlık çalışanlarına ve hekimlere ilgili konuda yol gösterici olabilecek ayrıntılı rehberlere gereksinim devam etmektedir ve kurumlarda akreditasyon sürecinde kendi rehberlerini oluşturmalıdırlar.

Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği (34) "Ötanazi Yasağı" başlıklı 13. maddesinde **"***Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez*." ifadesi bulunmaktadır. Ancak yine aynı yönetmeliğin "Tedaviyi Reddetme ve Durdurma" başlıklı 25. maddesinde "*Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz*." ifadesi bulunmaktadır. Yani hastanın tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı vardır. Hasta kendi iradesi ile kendisine uygulanacak yaşam destek tedavilerinin kesilmesi isteyebilir.

HEK/KEK'lerin vaka danışmanlığı sonucu verecekleri tavsiye kararlarının bağlayıcılığı ve yasal dayanakları bu açıdan bakıldığında hekimlerin bir diğer uzmanlık alanından istedikleri konsültasyondan farklı değildir. Hasta adına alınan kararlar her zaman için hastadan birincil sorumlu hekime aittir.

## 2.4. Araştırma Etik Kurulu ile Hastane Etik Kurulunun Karşılaştırması

Deryck Beyleveld ve arkadaşlarının Avrupa'da yaptığı bir çalışmada etik kurulların ülkeden ülkeye farklılıklar gösterdiği, bir standardın olmadığı görülmüştür. Ulusal, bölgesel, yerel ve hastaneye özel olmak üzere dikey farklılıklar bulunmaktadır. Araştırma etik kurullarının hemen hemen tüm Avrupa ülkelerinde bulunduğu, genelde de yasalarla korunduğu bu çalışmada ortaya konmuştur. HEK/KEK'lerin ise Belçika gibi istisnalar dışında gereksinimler üzerine oluşturulduğu belirtilmiştir. Belçika'da HEK/KEK'lerin kurulumuna ait yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Ancak pek çok ülkede bu tür yasal bir çerçeve bulunmamaktadır (35).

Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de etik kurul yapılanmaları araştırma etik kurulları ile başlamıştır. Bu nedenle bu tez kapsamında yapılan alan çalışmalarında (Üniversitelerin tıp fakültelerine gönderilen anketlerde, odak grup görüşmelerinde ve Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimlere uygulanan anketlerde) AEK'lerin HEK/KEK'lerle kavramsal olarak karıştırıldığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle iki kurul arasındaki farkları ortaya koymak gerekmektedir.

AEK'ler yasal çerçevelerle kurulan araştırmalarda insan denekleri korumak amacıyla araştırma protokollerini inceleyen, verdikleri kararlar bağlayıcı olan ve genelde 10-20 üyeli yapılanmalardır (8). HEK/KEK'ler klinikte sağlık çalışanlarının gereksinimleri doğrultusunda kurulan, amacı hasta haklarını korumak ve sağlık çalışanlarına karşılaştıkları etik ikilemlerle ilgili destek sağlayan, verdikleri kararlar bağlayıcı olmayan ve genelde 5-10 üyeli küçük yapılanmalardır. İleri bölümlerde verilen ülke örneklerinde görüleceği gibi AEK'lerin HEK'lerle aynı çatı altında yapılandıkları da görülmektedir. Ancak AEK'lerin yasal zorunluluk içinde olmaları nedeniyle aynı çatı altında toplandıklarında HEK/KEK'lere ait görevler ihmal edilmektedir.

## 2.5. HEK/KEK'lerin Tarihsel Gelişimi

HEK/KEK'lerin kuruluşu tarihsel olarak Amerika Birleşik Devletlerinden (ABD) başlamaktadır. 1960'larda Dr. Belding Scribner ABD'de hemodiyaliz cihazını uygulamaya sunmuştur. 1960–1972 yılları arasında yeterli sayıda diyaliz makinesi olmadığı için, bazı ölçütlerle kimlerin bu hizmeti alıp, kimlerin

almayacağına karar veren bir tedavi komitesi kurulmuştur. Aldığı kararların etik boyutu tartışılsa da hastane etik kurullarının temelleri 60'lı yıllara kadar geri götürülebilir.

Ayrıca 1971 yılında Kanada'da piskoposlar tarafından yayınlanan Tıp Ahlak Kılavuzu'nda[1] hastane danışma kurulları oluşturulması düşüncesi ortaya atılmıştır. Bu kılavuzun önsözünde her Katolik sağlık merkezinde, çalışan her kesimi temsil eden bir üyenin bulunduğu bir kurulun kurulması önerilmiştir. Kılavuzda bu kurulun görevleri arasında tüm sağlık personeline tıp etiği konusunda eğitim vermek, hastane çalışanları ile idare kadrosunun arasında bir köprü kurmak, tartışma ortamı yaratmak sayılabilir (36).

ABD'de etik ikilemlerden doğan çatışmalarda mahkemeye başvurulmaktadır. 1976'da mahkeme bu tür sorunların hastane etik kurullarında çözülmesi gerektiği yönünde bir karar vermiştir. Kalıcı koma halinde bulunan Karen Ann Quinlan'ın ailesi ve hekimleri anlaşmazlığa düştüğünde, New Jersey Yüksek mahkemesine başvurmuşlardır. Yargıç Richard Hughes ailenin iyiliği için Karen Ann'ın destek tedavilerinin kesilmesi gerektiği yönünde karar vermiş ve yazılı kararında bu tür ikilemlerin klinik ortamda çözülmesi gerektiğini, çözüm yerinin mahkemeler olmadığını belirtmiştir. Yargıç Hughes benzer vakalarda HEK/KEK'lerin ilgili belirleyenleri gözden geçirerek temel karar verici olanlara (hastalar, aileleri, hekimler) tavsiyede bulunmaları gerektiğini vurgulamıştır. Böylece HEK/KEK'ler önemli bir yasal konum kazanmıştır. Hükümet tavsiyesi ve kazanılan yasal konum çoğu Amerikan Hastanesinde HEK/KEK oluşturulmasına yetmemiştir. Hekimler bu konuda isteksiz davranmış, kendilerini biyoetik ortamında rahat hissetmemişlerdir. 1983 yılında New York'da Bebek Jane Doe vakası gündemi uzun süre meşgul etmiş, adalet sisteminin en üst seviyelerine kadar taşınmıştır. Bu mahkeme sonucunda HEK/KEK'lerin önemi bir kere daha vurgulanmıştır. Uzman Hekimler Birliği, Eyalet Tıp Birlikleri, Sigorta Şirketleri, Katolik Sağlık Birliği, Amerikan Hastaneler Birliği, Amerikan Tıp Birliği ve Amerikan Hekimler ve Cerrahlar Koleji de HEK/KEK'lere destek verince bu birimlerin oluşturulması hızlanmıştır (37,38).

---

[1]Medico-Moral Guide, Tıp Ahlak Kılavuzu olarak çevirilmiştir. Bugün kullanılan anlamda HEK/KEK'lerden bahseden en eski rehberlerden biridir.

HEK/KEK'lerin ABD'de kurulup gelişmesinden sonra 90'lı yıllarda Avrupa'da ve diğer ülkelerde bu yapılanmanın oluşmaya başladığı görülmektedir.

### 2.5.1 Dünya Örnekleri

HEK/KEK'ler klinisyen hekimlerin pratikte yaşadıkları etik ikilemlere çözüm arayışları nedeniyle oluşan yapılanmalar olduklarından ülkeden ülkeye, hatta ülke içinde bile farklılıklar gösterebilmektedir. Aşağıda farklı ülke örnekleri verilmiştir.

#### 2.5.1.1. Almanya Örneği

Almanya'da ağırlıklı olarak üniversitelerde yasal gereklilik nedeniyle 1970'lerde klinik araştırmaları kontrol etmek amacıyla kurulan AEK'ler bulunmaktadır. 1990'ların ortalarında Kilise Hastanelerinin öncülüğünde HEK/KEK'ler yapılanmaya başlamıştır. 1997 yılında iki Hıristiyan Hastane Birliği *(Christian hospital association)* her hastanede bir klinik etik kurulmasını tavsiye etmiştir (39). AEK'ler üniversitelerde yapılanırken, Almanya hastanelerinin devamlılığını sağlayan kiliseler HEK/KEK'lerin oluşturulmasında büyük rol oynamıştır (40,41). 90'ların sonlarında yetkilendirme bildirimi, yaşayan vasiyet gibi konular toplum tarafından tartışılmaya başlanmıştır. 1998 yılında Alman Tıp Birliği Terminal Dönem Tıbbi Bakımla İlgili İlkeleri *(Principles Concerning Terminal Medical Care)* yayınlamıştır (18). Almanya'daki hastanelerde gereksinim üzerine oluşturulan etik destek hizmetleri farklılıklar göstermektedir (17,18,39,42) . Etik kurulu oluşturan üye sayıları ortalama 10'dur (5-20 arasında değişmektedir). Kurullar çoklu disiplinli yapıdadır ve 29 kurulun sadece 2'sinde tıp etiği uzmanı bulunmaktadır. Üyelerin çoğu kurum tarafında atanırken, bazı kurullarda seçimle de üye alınmaktadır. Kurulların işleyişleri de farklı farklıdır (42). Almanya'da kültür ve yaşamın sonuna felsefi yaklaşım HEK/KEK'lerin ilk görüldüğü ABD'den farklı olduğundan yapılanmanın ülke koşullarına uygun hale getirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır (43).

#### 2.5.1.2. Belçika Örneği

Belçika'da etik kurul ilk olarak 1979'da Bilimsel Tıbbi Araştırma Vakfı tarafından oluşturulmuştur. Bunu birkaç yıl içinde önce 8 tıp fakültesi, daha sonra üniversite hastaneleri, ilaç şirketleri takip etmiştir. 1984 yılında Ulusal Hekimler Birliği tarafından ortaya konan etik ilkelerle insan deneklerin yer aldığı

araştırmaların, araştırma etik kurullar tarafından değerlendirilmesi zorunluluğu getirilmiştir(44). 1992'de Ulusal Hekimler Birliği ikinci bir etik kılavuz yayınlayarak, araştırma etik kurullarının faaliyet alanlarına klinik etik kurulların işlevlerini de dahil ederek, araştırma etik kurullarının görev alanlarını genişletmiştir. Yıllara göre (1998–2001) araştırma etik kurullarının işlevlerinin araştıran bir çalışmada Belçika'daki Etik Kurulların işlevleri incelendiğinde ağırlıklı olarak araştırma protokolü gözden geçirdikleri, etik rehber oluşturma ve etik danışmanlık hizmeti verme gibi işlevlerinin ihmal edilmiş düzeyde olduğu görülmüştür. Bunun birkaç nedeni olduğu düşünülmektedir. Birincisi diğer ülkelerde de görüldüğü gibi araştırma protokolü gözden geçirme görevi daha güçlü bir gelişim göstermektedir. İkincisi Belçika'da 1992'deki Ulusal Hekimler Birliğinin ortaya koyduğu ikinci etik kılavuza ve 1994'de yayınlanan yasal mevzuata kadar etik kurullar sadece araştırma etik kurulu olarak görev yapmıştır. Bu kurullar mevzuat sonrası klinik etik kurul görevlerini ek olarak kabul etmişlerdir. Üçüncüsü Ulusal Biyoetik Danışma Kurulu yerel etik kurulun resmen tanınması için yıllık en az 20 araştırma dosyası incelemesini zorunlu kılmaktadır. Etik kurul bunu gerçekleştiremiyorsa ya başka bir kurulla birleşmektedir ya da yasal tanınmışlığını kaybetmektedir. Ancak rehber oluşturma ya da etik danışmanlık yapma gibi görevler için böyle bir zorunluluk yoktur (45).

#### 2.5.1.3. Çin Örneği

Etik kurullar Çin'de ilk defa 1980'de kurulmuştur. Çin Tıp Etiği Ulusal Akademisi tarafından 1990'da HEK/KEK'lerin Organizasyonal İlkeleri yayınlamıştır. Aynı grup 1994 yılında HEK/KEK'lerin üçüncü basamak hastanelerinde kurulmasını teşvik etmiştir. 1998 yılında da insan deneklerin korunması ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Şangay'da yapılan bir araştırmada tüm üçüncü basamak hastanelerinde HEK/KEK bulunduğu, ancak ikinci basamak hastanelerinin 116 tanesinin 8 tanesinde HEK/KEK bulunduğu görülmüştür. Bu hastanelerde HEK/KEK ve AEK bir çatı altında yapılanmıştır. AEK için yasal çerçeve mevcutken HEK/KEK'ler için bir yasal zorunluluk yoktur ve kurullar her iki işlevi yüklenmiş gibi gözükse de ağırlıklı olarak AEK olarak çalışmaktadır. Bölgesel AEK'ler oluşturup hastane içindeki yapıların HEK/KEK olarak çalışmasına yönelik öneriler bulunmaktadır (46).

### 2.5.1.4. Fransa Örneği

Fransa'da etik kurullar gereksinim üzerine oluşan yapılar olduğundan oldukça çeşitlidir. Tek bir uygulama, belli kurallar ya da standart mevcut değildir. Yasal düzenlemeler daha sonradan yapılmış olmasına rağmen pek çok etik kurul halen özerk çalışmaktadır (47). Büyük hastanelerde etik kurullar 20 yıldan fazladır bulunmaktadır. Bunlar genelde araştırma etiği ile ilgilenirler, ancak zaman zaman zor klinik vakaların gözden geçirilmesi ve tavsiyede bulunmak gibi hizmetlerde de bulunabilirler. Bu yerel yapılanmalardan bağımsız olarak 1983'de Mitterand tarafından Ulusal Etik Kurul kurulmuştur. Bu bir danışma kuruludur ve istek üzerine rapor hazırlamaktadır. Bu kurul 1988 yılında yerel etik kurulların harmonizasyonu amacıyla bir rapor hazırlamıştır. Rapordan hemen sonra çıkan yasa ile araştırma etik kurulları sıkı kurallara bağlanmış, bu da hastane etik kurulların tasfiyesine neden olmuştur. 1995 de ''*Espace ethique''* isimli bir yapılanma ortaya çıkmıştır. Bu yapılanmanın amacı kültürel, eğitimsel ve yöntemsel destek gerektirdiğinin farkında olarak, sağlık çalışanlarında etik farkındalık oluşturmak ve sağlık çalışanlarının tartışma geliştirmelerini sağlamaktır. Bu yapılanma etik kurullardan farklı olarak bir etik fikir ya da tavsiye kararı vermemektedir. Cevap olarak istekte bulunan kişinin neden istekte bulunduğuna dair analiz yapmakta, daha sonra bir eğitim programına katılmasını sağlamakta ya da konunun müdahillerini bir araya getirmektedir. Sonuç olarak, konuya doğrudan bir cevap sağlamayan ancak profesyonelin neden etik yardım istediğinin nedenlerini ortaya koyan ve konuları açığa kavuşturan bir yapıdır (48).

### 2.5.1.5. Hırvatistan Örneği

Hırvatistan'da 1970'lerde uluslararası çoklu merkezli deneyler için biyoetik kurumsallaşması oluşmuş, 1990'larda tıp fakültelerinde etik kurullar oluşturulmaya başlanmıştır ve yasal gereklilikler ortaya konmuştur. 1997 yılında çıkarılan Hırvatistan Sağlığın Korunması yasası beş kişilik üyelerden oluşan kurumsal etik kurulların yapılanmasını ön görmüştür. Bu beş üyenin ikisi avukat ve teolog, diğerleri hekimlerden oluşmaktadır. 2003 yılında yeniden düzenlenen bu yasada kurumsal etik kurulların görev tanımları yapıldığında araştırma etik kurulların görevleri ile kurum içindeki baş gösteren diğer etik sorunların çözülmesi bir arada verilmiştir. Yasal zeminde Hirvatistan'da araştırma etik kurulları ve HEK/KEK'ler

bir arada yapılanmıştır (49). 2001 yılında Ulusal Biyoetik Komisyonu kurulmuştur. Hırvatistan'da yapılan bir çalışmada hastane etik kurul adı altında oluşturulan etik kurulların temel görevinin araştırma protokolü gözden geçirmek olduğu ve eğitim, vaka analizi ve rehber geliştirme gibi diğer görevlerin ihmal edildiği gösterilmiştir (50,51) . Bu kurullar konu ile ilgili yasa yürürlüğe girdikten sonra yasal mevzuat üzerine oluşturulmuş yapılardır (50).

### 2.5.1.6. İngiltere Örneği

İngiltere'de etik kurulların başlangıcı araştırma etik kurullarıdır. 1968'de İngiltere Sağlık Departmanı hastanelerin etik kurul kurması gerektiğini tavsiye etmiştir. 1984'de *Royal College of Physicians* bu tür etik kurullar için etik kılavuz yazmış ve bunları zamanla da geliştirmiştir. 1997'de çok merkezli araştırma etik kurulları oluşturulmuştur (52). İngiltere'de klinik etik kurulların gelişimi 1990'ların başına rastlamaktadır. 2000 yılında 20 tane klinik etik kurul vardır. 2004 Ocak ayında ise bu sayı 57'ye çıkmıştır. Çoğu klinik etik kurul klinisyenlerin zor vakalarda yardıma gereksinim duymaları sonucu kurulmuştur (53). Klinik etik kurullar aynen ABD'de olduğu gibi küçük girişimler olarak başlamıştır ancak zaman içinde bazı yasalarla teşvik edilerek ve belli vakalarla ne kadar yararlı oldukları gözlemlenerek büyümeye başlamışlardır (54). Sayıları artmasına rağmen düzenlemeden yoksun ve üstünde araştırma yapılmayan bu etik kurullar için İngiltere'de Klinik Etik Bilgisayar Ağı[1] adıyla bilinen, bir ağ oluşturulmuştur. Şu anda ağa üye 80'den fazla klinik etik kurul mevcuttur (55). Bu bilgisayar ağı, amacı hekimlerin etik karar vermelerine ve hastane politika düzenlemelerine yardımcı olmak olan hastane etik kurullarının, tüm İngiltere'de yüksek kalitede etik destek vermelerini sağlamak amacıyla kurulmuştur (56). Kurulan HEK/KEK'lerde birden fazla model bulunmaktadır, eğitim işlevleri önemli yer tutmaktadır (57).

[1] UK Clinical Ethics Network, klinik etik grupların oluşumunu ve gelişimini desteklemek, üyelerin eğitimini kolaylaştırmak, yıllık konferanslar düzenlemek, ilgili konularda veritabanı oluşturmak, klinik etik grupların uluslararası bağlantılarını kurmak gibi amaçları olan bir bilgisayar ağıdır (http://www.ethics-network.org.uk/).

### 2.5.1.7. Japonya Örneği

Japonya'da etik kurullar ilk olarak üniversitelerin tıp fakültelerinde yasal bir düzenleme olmaksızın gönüllü olarak kurulmuştur. 1992 yılında ülkedeki tüm üniversitelerde (80 tane) etik kurul oluşturulmuştur. 300 ve daha fazla yatağı olan hastanelerde resmi verilere göre 1996'da % 24,6 olan etik kurul oranı, 2002'de % 52,0'ye yükselmiştir. Japonya'daki etik kurullar genelde iki tiptir. Biri klinik ilaç araştırmaları gözden geçirme kuruları olarak görev yapan *(chiken-shinsa-iinkai),* diğeri de kurumla bağlantılı araştırmacılardan gelen protokolleri inceleyen etik kurullardır *(rinrii-iinkai)* (58).

Japonya'daki bu etik kurullar hem araştırma protokolü gözden geçirmekte hem de hastane etik kurulu olarak görev yapmaktadır. Yani Japonya'da hastane ve araştırma etik kurul ayrımı yoktur, etik kurullar araştırma protokolü gözden geçirme görevi ağırlıklı olmak üzere iki işlevi birden yerine getirmektedir. 2006 yılında Klinik Etik Destek ve Eğitim Projesi kapsamında biyomedikal etik alanında çalışan araştırmacı ve eğitimcilerden oluşan 17 gönüllü ile klinik etik danışmanlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. 15 aylık sürede 22 danışmanlık talebi gelmiştir. Vakalar e-posta veya belgegeçer yoluyla gönderilmiştir. Bir hafta içinde cevap gönderilmiştir. Klinik etik kurulun yaklaşık bir yıllık faaliyeti incelendiğinde, sınırlılıklara rağmen sonuçlar olumlu bulunmuştur (59).

### 2.5.1.8. Norveç Örneği

Norveç'te 1986'da tıbbi araştırma için 1 tane ulusal ve 5 tanede bölgesel etik kurul oluşturulmuştur. Bölgesel etik kurullar karar vermede özerktir, ulusal kurul danışmanlık ve koordinatörlük yapmaktadır. Norveç'te kurulan Etik Merkezi bünyesinde tıp, felsefe, teoloji, hemşirelik, mühendislik ve politik bilimlerden üyeler bulunmaktadır. Görevi koordinasyon ve doktora programları vermek olan merkez zamanla kalıcı hale gelmiştir. Etik Merkezi 1993'de Sağlık Bakanlığı destekli bir projeye başlamıştır. Proje kapsamında ulusal, belediye ve il-ilçe hastanesi olarak 3 farklı yapıda hastanede klinik etik kurul oluşturulmuş ve proje gereği 3 yıl sonra içinde bir felsefe profesörü, iki hastane yöneticisi, bir avukat, bir hekim ve bir hemşire bulunan dışardan bir komisyon tarafından bir değerlendirmeden geçirilmiştir. Projeye göre kurulan bu kurullar hastane idaresi tarafından desteklenecek, disiplinlerarası yapıda olacak, danışmanlık görevi yapacak ve

Norveç'in gereksinimlerine göre düzenlenecektir. Kurul üyeleri senede 2 defa Etik Merkezi tarafından tıp etiği ve etik gerekçelendirme becerilerini geliştirmek amacıyla eğitim almışlardır. Değerlendirme sonucunda bu kurulların vaka analizinde, özel alanlarda etik rehber oluşturmada ve hastane için politikalar geliştirmede faydalı olabileceği görülmüştür (60). 1996'dan beri Norveç'te klinik etik kurullar vardır. 2008 yılı için tüm hastanelerde bir etik kurul bulunmaktadır, ancak hekimlerin etik ikilemler ve ahlaki sorunlar yaşadıkları halde (61) etik danışmanlık hizmetinin çok yaygın olarak kullanılmadığı belirtilmektedir (32).

**2.5.1.9. Diğer Örnekler**

Kanada'da HEK/KEK'ler 1980'lerde kurulmaya başlamıştır. Kanada'da HEK/KEK'lerin yapılanmaları ile ilgili çeşitli çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda HEK/KEK'lerin yavaş yavaş yapılanmaya başladıkları ve zamanla sayılarının arttığı görülmüştür. Bu çalışmalarda HEK/KEK'ler arasında yapısal ve işlemler açısından farklılıklar gözlemlenmiştir (62,63). HEK/KEK'lerin işlevleri ise daha çok politika geliştirme, eğitim üzerine odaklanmıştır. 2008 yılında yapılan çalışmada Kanada'da bulunan 100 yataklıdan daha büyük hastanelerin % 85'inde HEK/KEK bulunmaktadır. HEK/KEK'ler danışman kurul olarak görev yapmaktadır, yıllar içinde danışman ve destek verici olarak görevleri artmıştır (63). 2005 yılında yapılan bir çalışmada 9 hastane incelenmiş ve hepsinde bağımsız olarak danışmanlık hizmeti veren klinik etikçilerin çalıştığı görülmüştür.

2002 yılında İsrail'de hasta hakları kanunun yürürlüğe girmesinden 5 yıl sonra yapılan bir araştırmada genel hastanelerin üçte birinde HEK/KEK bulunduğu, bu HEK/KEK'lerin genelde büyük hastanelerde yoğunlaştığı görülmüştür. Çoklu disiplinli yapıda kurulan yapıların kanundan sonra ivmelendiği ancak etik danışmanlık hizmetlerinin henüz çok gelişmediği bulunmuştur. Dokuz aktif kurulun dördünde etik danışmanlık hizmeti sorunu çözmekten çok yargılama, karar verme mercii olarak çalışmaktadır. Kurulların eğitim desteğine gereksinimleri olduğu görülmektedir (64).

Hollanda'daki etik kurul yapılanmasında HEK/KEK'ler ve AEK'ler aynı çatı altında toplanmıştır. Ancak büyük hastanelerde AEK'ler ayrılmış durumdadır. Üyeler hakkında standartlar olmamakla birlikte kurulda genelde bir iki hekim, bir psikiyatrist veya psikolog, bir veya iki hemşire, bir din adamı, bir tıp etiği uzmanı,

bir avukat ve bir veya iki paramedik üye bulunmaktadır. Hasta haklarını koruması beklenen bu kurullarda hasta veya hasta temsilcileri bulunmamaktadır. yasal bir zemini olmayan HEK/KEK'lerin kurulmasında hastane yönetiminin desteği sağlanmalıdır (65).

## 3. TÜRKİYE'DE HASTANE/KLİNİK ETİK KURULLARININ GENEL DURUMU ARAŞTIRMASI

Tez kapsamında Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde hekimlerin gereksinimlerine göre bir etik kurul model önerisinde bulunabilmek için öncelikle HEK/KEK'lerin Türkiye'deki durumunu ortaya koymak gerekmektedir. Bu nedenle yapılan internet taraması sonucu Ege ve Kocaeli Üniversitesi örneklerine ulaşılmıştır (66-68). Ancak tarama sonucunun Türkiye geneli hakkında net bir bilgi vermemesi HEK/KEK'lerin Türkiye'deki genel durumunu ortaya koymak amacıyla bir araştırma yapılması gereğini doğurmuştur (69).

Türkiye'de etik kurul yapılanması 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelikten (70) sonra olmuştur ve oluşturulan kurullar araştırma etik kurullarıdır. 11 Mart 2010 tarihinde çıkan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelikte etik kurul tanımı şu şekilde yapılmaktadır: "*Araştırmaya katılacak gönüllülerin hakları, güvenliliği ve esenliğinin korunması; araştırmanın mevzuata uygun şekilde yapılmasının ve takip edilmesinin sağlanması amacıyla araştırma protokolü, araştırmacıların uygunluğu, araştırma yapılacak yerlerin yeterliliği ve gönüllülerin bilgilendirilmesinde kullanılacak yöntem ve belgeler ile bu kişilerden alınacak olurlar ve araştırmalarla ilgili diğer konularda bilimsel ve etik yönden görüş vermek üzere..."* (71). Bu tanım görüldüğü üzere araştırma etik kurulu tanımıdır. Bu tanım dışında yasal mevzuatta başka bir etik kurul tanımı mevcut değildir. Hastane Etik kurulları ile ilgili bir yasal düzenleme şu an itibariyle bulunmamaktadır.

Ülkemizdeki Devlet İstatistik Enstitüsünün 2007 verilerine göre sağlık yapılanmasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı hastaneler, tıp fakültesi bulunan üniversitelerin eğitim ve araştırma hastaneleri, özel hastaneler ve belediye hastaneleri olmak üzere beş tip hastane bulunmaktadır (72). Tıp fakültelerinin uygulama hastaneleri olarak hizmet veren, üçüncü basamak sağlık hizmeti üreten üniversite hastaneleri, internet taramasında öne çıktığı ve tez kapsamında araştırma evrenini bir üniversite hastanesi oluşturduğu için, örneklem olarak üniversite hastaneleri seçilmiştir. 52 adet Tıp Fakültesi Dekanlığına ve bağlı bulundukları üniversite bünyesinde yer alan eğitim ve araştırma hastanesi başhekimliklerine Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan bir üst

yazı ile birlikte 14 soruluk kısa bir anket formu (Ek 1) gönderilmiştir. Anketle beraber eğer kurum bünyesinde bulunan HEK/KEK'in yönergesi varsa, yönergenin bir kopyası da istenmiştir.

### 3.1. Türkiye'de HEK/KEK'lerin Genel Durumu Araştırmasının Bulguları

52 adet Tıp Fakültesi Dekanlığına/Hastane Başhekimliğine gönderilen anketlerden 30 tanesinden cevap alınmıştır. Fatih Üniversitesi ankete cevap vermek yerine telefonla bağlantı kurarak kurumlarında HEK/KEK olmadığını belirtmiştir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'ndeki (GATA) HEK/KEK hakkındaki bilgiler yüz yüze görüşme yöntemi ile alınmıştır. Kısaca toplam 32 üniversiteden cevap alınmıştır.

Cumhuriyet, Ufuk, İnönü, Mersin ve Gazi Üniversiteleri, anketin ilk sayfasında verilen bilgiye rağmen yönetmelik çerçevesinde kurulan araştırma etik kurullarıyla anket kapsamındaki HEK/KEK'leri karıştırmışlardır. Cevaplarını araştırma etik kurullarına göre vermişlerdir. Araştırmacı yukarıda söz edilen 4 üniversitede anketi dolduran kişilere, telefonla ulaşarak karışıklık olduğunu doğrulamıştır ve kurumlarında HEK/KEK olmadığı cevabı alınmıştır.

Gelen cevaplara göre aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır (Tablo 3.2.).

Tablo 3.2. Türkiye'de Kuruluş Yıllarına Göre Hastane (Klinik) Etik Kurulları

| **Üniversite Adı** | **HEK/KEK kuruluş yılı** |
|---|---|
| GATA | 1997 |
| Kocaeli Üniversitesi | 1999 |
| Ege Üniversitesi | 1999 |
| Marmara Üniversitesi | 2000 |
| Akdeniz Üniversitesi | 2001–2009 |
| Uludağ Üniversitesi | 2005 |
| Abant İzzet Baysal Üniversitesi | 2005 |
| Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi | 2005 |
| Karadeniz Teknik Üniversitesi | 2006 |
| Düzce Üniversitesi | 2008 |

Anketlere verilen cevaplar itibariyle Türkiye'de toplam 10 adet HEK/KEK vardır, bunlardan iki tanesi araştırma etik kurulu ile aynı çatı altındadır. Anketlere verilen cevaplar ve yönergeler ışığında HEK/KEK'lerin yapılanmaları şu şekildedir:

**Ankara GATA HEK/KEK (1997)**

Kurulun yönergesinde amaç olarak sağlık hizmeti, eğitim, araştırma ve yayın ile ilgili konularda karşılaşılabilecek etik sorunları inceleyen bir kurul olduğu vurgusu yapılmıştır. Bu kurul araştırma ve klinik etik kurulu tek çatı altına toplamıştır. 1993 İlaç Araştırmaları Yönetmeliği çerçevesi dışında kalan tüm araştırma protokolleri bu kurulda incelenmektedir. Ayrıca etik danışmanlık, eğitim gibi işlevleri de yönergesinde yer almaktadır. Temel olarak araştırma protokolü kontrol etmeye yönelik kurulduğundan 13 kişiden oluşan büyük bir kuruldur. Etik değerlendirme yaparken kabul edilmiş ulusal ve uluslararası etik ilkeleri, yönetmelikleri, yönergelere ve bildirgelere göre karar vereceği belirtilmiştir. Şu an itibariyle 11 üyesi bulunmaktadır. Adli Tıp ve Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı başkanları bu kurulun doğal üyesidir. Temel tıp bölümünden iki, dahili ve cerrahi tıp bilimlerinden üçer üyesi, ayrıca hemşirelik yüksek okulu, sağlık bilimleri enstitüsü ve Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nden birer üyesi bulunmaktadır. Kurul üyelerinin etik eğitimleri bulunmamaktadır. Kurulun nadiren başvuru üzerine etik danışmanlık yaptığı, genelde sadece araştırma protokolü incelediği ankette ifade edilmiştir. Etik eğitimi, rehber ve politika oluşturma gibi işlevleri olmadığı belirtilmiştir.

**Ege Üniversitesi HEK/KEK (1999)**

Yönergesinde kurulun işlevleri arasında etik danışmanlık, etik ilkeler oluşturma, etik eğitim verme gibi görevler sayılmıştır. Bu işlevleri yerine getirirken kurulun sağlık mevzuatı ile ilgili hukuki metinler yanı sıra vicdani ve ahlaki değerlere göre karar vereceği belirtilmiştir. 5 üyelik küçük bir kuruldur. Üyeler atama ile gelmektedir. Kurul üyeleri cerrahi tıp bilimlerinden bir üye, dahili tıp bilimlerinden bir üye, araştırma etik kurulundan bir üye, 1 tıp etiği uzmanı ve tıp hukukuna vakıf bir hukukçu üyeden oluşmaktadır. Anketten görüldüğü üzere kurul vaka geldikçe toplanmakta, eğitim çalışmaları sadece hekim hemşire grubuna, talep üzerinde yapılmakta ve etik rehber oluşturma görevleri ihmal edilmiş düzeydedir. Kurul üyelerinin etik eğitimleri bulunmamaktadır.

**Kocaeli Üniversitesi HEK/KEK (1999)**

Yönergesinde etik ikilemleri çözmek için yasal metinleri, üniversite hastane yönetmeliğini ve meslek ahlakı kurallarını dayanak olarak göstermektedir. Kurulun işlevleri içinde etik danışmanlık, kurum politikasına yardımcı olmak ve etik eğitimi vermek ifadeleri yer almaktadır. Ayrıca kurulun kendi faaliyetlerini geriye yönelik değerlendirmesi de işlevleri arasında sayılmıştır. 10 üyeli büyük bir kuruldur. Üyeler atama ile gelmektedir. Tıp fakültesi dekanı, başhekim, idare temsilcisi, hemşire, adli tıp ve tıp etiği uzmanı, biri çocuk hastalıkları uzmanı olmak üzere cerrahi ve dahili bölümlerden ikişer klinisyen, asil üyeleri arasında yer alır. Yönergede ayrıca gereksinim duyulduğunda görüşüne başvurulacak kalıcı olmayan üyelerin uzmanlık alanları da belirtilmiştir. Kurulun görevleri arasında üyelerinin de etik farkındalık sağlamalarına yönelik iç eğitim almaları yönünde ifadeler bulunmaktadır. Etik danışmanlık, etik eğitimi ve kurum politikası oluşturma işlevleri ayrı ayrı ele alınmıştır. Ankete verilen cevaplar doğrultusunda HEK/KEK'in şu an itibariyle işlerliğinin azaldığı, etik danışmanlık hizmetinin tıp etiği uzmanı olan üye tarafından yürütüldüğü sonucu çıkarılmıştır.

**Marmara Üniversitesi HEK/KEK (2000)**

Yönergesinde hastane içinde verilen hizmetlerin hasta ve hekim haklarına, etik değerlere ve yürürlükteki mevzuata uygun verilmesini sağlamak üzere kurulduğu belirtilmektedir. Hukuki dayanak olarak Hasta Hakları Yönetmeliği gösterilmiştir. Kurulun başhekimliğe danışmanlık hizmeti verdiği vurgulanmıştır. Kurulun üyeleri dahili ve cerrahi tıp bilimlerden üç üye, farmakoloji, biyokimya, patoloji ve tıp tarihi ve etik anabilim dalından birer olmak üzere toplam 7 üyeden oluşmaktadır. Kurulun üyeleri hastane üst kurulu tarafından seçilip rektör tarafından atanmaktadır. Kurul senede bir defa eğitim programı düzenlemektedir. Türk hukuk sistemi ve tıp etiği ilkeleri çerçevesinde aydınlatılmış onam formu içerik rehberi hazırlamıştır.

**Akdeniz Üniversitesi HEK/KEK (2001–2009)**

Bu kurul 1993 yönetmeliği dışında kalan bilimsel araştırmalarda etik kurul sürecini işletmek amacıyla kurulmuştur. Ancak bu görevinin yanı sıra yayın, eğitim, hekim hasta ilişkilerinde ortaya çıkacak etik sorunlara danışmanlık yapmak gibi bir işlev de üstlenmiştir. Tıp fakültesinin tüm çalışanlarına etik eğitim olanağı sağlamak,

bilimsel ve etik standartları yükseltecek ilkeleri belirlemek de görevleri arasında sayılmıştır. Etik karar verme sürecinde kararlarının etik ve deontoloji ile ilgili kabul edilmişi ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeler çerçevesinde verildiği ifade edilmiştir. Temelde araştırma etik kurulu gibi yapılanmıştır, 13 üyesi bulunmaktadır. Kurulun üyelerin, Tıp Tarihi ve Etik anabilim dalından bir üye, dahili tıp, cerrahi tıp ve temel tıp bilimlerinden üçer üye, akademik olmayan personel arasından seçilecek eczacı veya hemşire bir üye, bir hukukçu ve sivil toplum örgütlerinden bir halk temsilcisi oluşturmaktadır. Etik kurul üyelerinin grup içi eğitim aldıkları ve ilgili bilimsel toplantılara katıldıkları ifade edilmiştir. Ancak HEK/KEK'in oluşturduğu bir etik rehber veya etik eğitim çalışması bulunmamaktadır. Ankette kurulun verdiği etik danışmanlık hizmetinin ise klinik uygulama, yayın ve eğitim etiği sorunları kapsamında yapılan başvurularla sınırlı olduğu belirtilmiştir. Aslında tek başına hastane etik kurulu olarak yapılanmış değildir. Bu nedenle talep üzerine etik görüş bildirmek dışında esas olarak araştırma protokolü incelemektedir. 2008 yönetmeliğinin yürürlüğe girmesiyle 2009 Haziran ayında kapatılmıştır.

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi HEK/KEK (Mart 2005)**

Yönergesinde kurulun amacı sağlık hizmetinin yürütülmesinde olası etik sorunlara hasta çalışanlarının karşılıklı hak ve sorumlulukları ile hasta hakları çerçevesinde sorunlara çözün üretmek olarak belirtilmiştir. Kurulun karar verirken hukuki metinlerin yanı sıra yöresel özelliklere uygun vicdani ve ahlaki değerleri temel alacağı belirtilmiştir. Etik danışmanlık, eğitim, uluslararası standartlara uygun ilkeler oluşturmak işlevleri arasında sayılmaktadır. Yönergede üyelerin cerrahi, dahili bölümden birer kişi, adli tıp uzmanı, hemşire, hastane müdürü, sağlık teknisyeni ve hukukçu olarak tanımlanmaktadır. Ankette, başkan ve yardımcısı (başhekim ve yardımcısı olabilir), dekan yardımcısı, adli tıp uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı başkanı, hastane başmüdürü, hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden bir kişi olarak belirtilmiştir. Üyeler atama ile gelmektedir. Anketten anlaşıldığı üzere eğitim ve etik rehber oluşturma işlevleri ihmal edilmiştir.

**Uludağ Üniversitesi HEK/KEK (Ekim 2005)**

Yönergesinde dayanak olarak senatonun kuruluş, işleyiş ve görevlerini düzenleyen 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 14. maddesini göstermektedir.

Yönergesinde kurulun temel olarak amacının "yürütülen sağlık hizmetinin etkinleştirilmesinde her türlü personelin hak ve sorumlulukları, hasta hakları çerçevesinde etik kurallara ilişkin usul ve esasları belirlemektedir" ifadesi bulunmaktadır. Kurulun karar verirken insani, ahlaki ve vicdani yönden inceleme yapacağı belirtilmiştir. Toplam dokuz kişiden oluşan kurulun üyeleri, tıp fakültesi dekanı, hastane müdürü, kaplıca müdürü, cerrahi, dahili bölüm başkanları, adli tıp, tıp tarihi ve etik anabilim dalı başkanları, iki tane en az 10 yıllık profesörden oluşmaktadır. Atamalar rektör tarafından yapılmaktadır. Eğitim ve etik danışmanlık hizmetleri vereceği belirtilen kurulun ilkeler geliştireceği ifade edilmektedir. Ankete cevap verilmediğinden şu an ki durum hakkında bilgi edinilememiştir.

**Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi HEK/KEK (2005)**

Tıp Fakültesi Dekanlığına gereksinim üzerine etik sorunlarla ilgili danışmanlık yapmak üzere seçimle 5 üye belirlenmiştir. Bu üyeler nöroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, dermatoloji ve anatomi anabilim dallarından seçilmiştir. Dekanlığın talebine bağlı olarak 4-5 kere toplandığı fakat uzun süredir herhengi bir faaliyeti olmadığı belirtilmiştir. Herhangi bir yönergesi bulunmamaktadır. Şu an için işlerliği bulunmamaktadır.

**2006 Karadeniz Teknik Üniversitesi HEK/KEK**

Yönergesinde dayanak olarak senatonun kuruluş, işleyiş ve görevlerini düzenleyen 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 14. maddesini göstermektedir. Yönergesinde etik değerlendirmelerin hukuki metinlerin yanı sıra yöresel özelliklere uygun vicdani ve ahlaki değerlere göre yapılacağı ifadesine yer vermektedir. Etik kurulun üyelerinin dahili ve cerrahi tıp bilimleri bölümlerinden üç üye, psikiyatri anabilim dalından bir üye, farmakoloji anabilim dalından bir üye, biyokimya anabilim dalından bir üye, patoloji anabilim dalından bir üye, tıp tarihi ve etik anabilim dalından bir üye (yoksa adli tıp anabilim dalı'ndan bir üye) olmak üzere 8 asil üyeden oluşturulacağı belirtmiştir. Ankette 7 üye olduğu belirtilmiştir. Üyeler idare tarafından atanmaktadır. Yönergesinde işlevlerinin içinde eğitim, ilke oluşturma ve etik danışmanlık yer almış olsa da ankette sadece danışmanlık hizmetinin yerine getirildiği görülmektedir. Genel olarak Uludağ üniversitesinin yönergesinde olan ifadelerle aynıdır.

**Düzce Üniversitesi HEK/KEK (2008)**

Yönergesinde dayanak olarak hukuki metinlerin yanı sıra yöresel özelliklere uygun vicdani ve ahlaki değerler ifadesine yer vermektedir. Kurulda cerrahi ve dahili bölümlerden birer, adli tıp uzmanı ve hukukçu olmak üzere 4 üye bulunmaktadır. Üyeler idare tarafından atanmaktadır. Tanım kısmında eğitim, ilke oluşturma ve etik danışmanlık olsa da ankette bu görevlerinden hiç birini yapmadığı, gereksinime göre toplandığı görülmektedir.

Görüldüğü üzere Türkiye'de literatürde olduğu şekilde eğitim, politika ve rehber oluşturma, etik danışmanlık gibi tüm işlevleri yerine getiren kurumsallaşmış HEK/KEK'ler bulunmamaktadır. Araştırma etik kurulları ile birlikte oluşan yapılarda araştırma protokolü dışında kalan işlevler göz ardı edilmektedir. Gereksinim üzerine oluşturulan HEK/KEK'lerin ise talep üzerine etik danışmanlık hizmeti verdiği görülmekle birlikte, anketlerden elde edilen verilere göre bu HEK/KEK'lerin üyelerinin etik eğitimi almadıkları anlaşılmıştır.

Türkiye'de HEK/KEK'lerin genel durumunu ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışma ile HEK/KEK'lerin ülkemizde 2000'lerin başında yapılanmaya başladığı görülmüştür. İlk örnek olan GATA'da AEK ve HEK/KEK tek çatı altında toplanmıştır. Kocaeli, Ege ve Marmara Üniversitelerindeki örneklerde anketlerden çıkarılan sonuçlara göre son yıllarda HEK/KEK sadece istek üzerine etik danışmanlık hizmeti veren bir yapıya dönüşmüştür. 2005 yılından sonra oluşan HEK/KEK'lerin ise aktif olarak çalışmadıkları görülmüştür. Tezin sonunda önerilmesi planlanan model, bu bağlamda önem kazanmaktadır. Hekimlerin görüşleri ve gereksinimleri doğrultusunda şekillenecek bir HEK/KEK, daha verimli çalışacak ve daha uzun soluklu olacaktır.

# 4. GEREÇ VE YÖNTEM

## 4.1. Araştırmanın Şekli

Bu doktora tez çalışması nitel ve nicel araştırma bir arada kullanılarak planlanmıştır. Nitel araştırma tasarımında odak grup görüşme yönteminin seçilme nedeni HEK/KEK'lerin ülkemizde çok bilinen ve uygulanan bir yapı olmamasıdır. Çok net bilinmeyen konularda derinlemesine görüşme yerine odak grup görüşmesi tercih edilmekte ve grup dinamikleri içinde konunun tartışılması sağlanmaktadır (73). Birinci aşamada yürütülen odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerle, ikinci aşamayı oluşturan anket çalışmasının soruları oluşturulmuştur.

## 4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde yapılmıştır. Nitel çalışmada Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri bünyesinde bulunan tüm yoğun bakım ünitesi hekimleri ile odak grup görüşmesi yapılması planlanmıştır. Nicel çalışmada ise tüm hekimlere anket formu gönderilecektir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi 1966 yılında hizmete açılmış olup 850 yatak kapasitesi ile çalışmaktadır.

Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi1958 yılında hizmete açılmış olup 300 yatak kapasitesi ile çalışmaktadır.

Hacettepe Onkoloji hastanesinin gündüz kısmı Kasım 1993'te, 180 kapasiteli yataklı bölümünün inşaatı ise Haziran 2005'te tamamlanarak kısmen hizmete açılmıştır.

Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan alınan verilere göre bu üç hastanede klinisyen olarak toplamda 1030 hekim görev yapmaktadır.

## 4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın birinci aşamasındaki nitel çalışma için katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemiyle (74) seçilmiştir. Odak grup görüşmelerinin, etik ikilemlerle sık karşılaşmaları nedeniyle (75) yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerle

gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde 9 adet yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Toraks-Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi,
- Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi,
- Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi,
- İç hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi,
- Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi,
- Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi,
- Koroner Yoğun Bakım Ünitesi,
- Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesi
- Çocuk yoğun bakım üniteleridir.

Genel Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi yoğun bakım üniteleri açık sistemde (yani yoğun bakımda yatan hastaların kararlarını özerk olarak veren ayrı bir yoğun bakımı ekibi yoktur) çalıştıklarından araştırma dışında bırakılmıştır.

Odak grup görüşmelerinde ideal katılımcı sayısı 6- 9 arasındadır (73). Bu nedenle yapılan odak grup görüşmelerinde grupların altışar kişiden oluşmasına karar verilmiştir. İç Hastalıkları ve Nöroloji yoğun bakım üniteleri altı kişilik bir grup oluşturması açısından birleştirilmiştir. Aynı biçimde Toraks- Kalp Damar Cerrahisi ile Koroner yoğun bakım ünitesi hekimlerinden de bir grup, Çocuk ve Yeni doğan yoğun bakım ekiplerinden de bir grup oluşturulmuştur. Sonuç olarak 4 odak grup görüşmesi yapılması planlanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasındaki nicel çalışmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan tüm klinisyen hekimler oluşturmaktadır. Nitel çalışma sonucu elde edilen verilerden yola çıkılarak oluşturulan anket formu, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan klinisyen hekimlerin tamamına (1030 kişi) ulaştırılmaya çalışılmıştır.

### 4.4. Araştırmanın Uygulanması

Odak grup görüşmelerine başlamadan önce klinisyen olmadıkları için araştırma dışında bırakılan temel bilimlerde çalışan hekimlerden oluşan 6 kişilik bir grupla pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışma ile soruların uygunluğu ve sırası test edilmiştir.

08.06.2009 tarihinde Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalından 3 erkek, 3 kadın olmak üzere 6 asistan hekimle 52 dakika süren birinci odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. 12.06.2009 tarihinde Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisinden 4 erkek hekimle 55 dakika süren ikinci odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmesine katılmayı kabul eden hekimlerden birinin sağlık nedeniyle rapor alması ve diğerinin sözleşilen saatte başka bir işinin çıkması nedeniyle görüşme 4 kişi ile tamamlanmıştır. 14.07.2009 tarihinde İç Hastalıkları Anabilim Dalından bir profesör, bir uzman ve bir asistan hekim, Nöroloji anabilim Dalından bir profesör, bir doçent ve bir asistan hekimden oluşan (3 kadın, 3 erkek) grupla 64 dakika süren üçüncü odak grup görüşmesi yapılmıştır. 15.07.2009 tarihinde 4'ü kadın 2'si erkek olan uzman hekimlerden oluşan Çocuk Hastalıkları Uzmanları ile 71 dakika süren dördüncü ve son odak grup görüşmesi tamamlanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması olan nicel çalışmada öncelikle Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde çalışan hekimler üzerinde pilot çalışma yürütülmüştür. Dağıtılan 36 anketten tam olarak doldurulmuş 22 tanesi pilot çalışma değerlendirmesine alınmıştır.

Anket formunun pilot çalışması tamamladıktan sonra Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan 1030 hekime odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerle hazırlanmış anket formu kapalı zarf içinde isimlerine özel olarak gönderilmiştir. Doldurulan anketlerin bölüm sekreterliklerinde toplanması istenmiş, bölüm sekreterliklerinden araştırmacının kendisi tarafından geri toplanmıştır. Bir ay sonra 15 günlük aralarla, 2 defa daha e-posta ile elektronik ortamda hatırlatma mesajı ve anket formu gönderilmiştir. Bütün bu çabalara rağmen bazı bölümlerden az sayıda cevap alınmıştır. Bu nedenle Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanları ile özel olarak görüşülmüş ve asistan hekimlerin eğitim saatlerinde anketin dağıtılması için izin

alınmıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum anabilim dalı başkanının yoğun iş temposu nedeniyle görüşülemediğinden bahsi geçen anabilim dalından katılım oranı arttırılamamıştır.

### 4.5. Etik Kurul İzni

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu'ndan 10 Nisan 2009 tarih ve LUT 09/10-59 sayılı kararı ile izin alınmıştır (Ek12 ). Bu izin bağlamında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hastaneler Genel Direktörlüğü'nden araştırmanın hastanede çalışan hekimler üzerinde yürütülmesi için onay alınmıştır.

### 4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Türkiye'deki HEK/KEK'lerin genel durumu araştırması, tez kapsamındaki araştırma evreni bir üniversite hastanesi olduğu gerekçesi ile üniversite hastaneleri ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırma Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri özelinde yürütülmüştür. Bu nedenle bir genelleme yapılamaz.

# 5. BULGULAR

## 5.1 Odak Grup Görüşmesi

Bir tanesi pilot çalışma olmak üzere toplam beş tane odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir (76). Odak grup görüşmelerine ait detaylı rapor tezin sonunda ek olarak verilmiştir (Ek 2).

### 5.1.1. Nitel Araştırmanın Pilot Çalışması

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerle yapılması planlanan odak grup görüşmeleri sorularının uygunluğunu test etmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimlerinde araştırma görevlisi olarak çalışan altı hekimle (3 erkek, 3 kadın) bir pilot çalışma yapılmıştır. Yaklaşık bir saat süren görüşme sonucunda hekimlerin etik ikilem, etik danışmanlık, hastane etik kurulu, etik rehber kavramlarına yabancı olduğu ve etik ikilemleri nasıl çözdüklerine dair sorulan sorunun anlaşılmadığı görülmüştür. Pilot çalışma sonucu odak grup görüşmesinde sorulacak sorular aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır.

1. Grup üyelerinin demografik bilgileri nelerdir? (cinsiyet, yaş, meslekte çalışma yılı, uzmanlık alanları, etik eğitimi alıp almadıkları)
2. Pratikte yaşadığınız etik ikilemler nelerdir?
3. Bu ikilemleri nasıl çözüyorsunuz?
4. Etik konsültasyon almak ister miydiniz?
5. Hastane Etik Kurulunun işlevleri nelerdir?
6. Sizce bu kurul nasıl çalışmalıdır?
7. Sizce bu kurulda kimler olmalıdır?
8. Bu kurulun işlevlerinden biri olan eğitim, nasıl verilmelidir? Konu, işlenme şekli, interaktiflik vs…
9. Bu kurulun işlevlerinden biri etik rehber oluşturmadır. Hangi konularda etik rehbere gereksinim duyuyorsunuz?
10. Sizce bu kurulun klinisyenlere yararı olur mu?

Görüşmelerde katılımcılar birbirlerini tanıdıklarından birinci soru için yazılı bir metin hazırlanmış ve bilgiler yazılı olarak alınmıştır.

### 5.1.2. Birinci Odak Grup Görüşmesi

Anestezi ve Reanimasyon AD'dan 3'ü kadın, 3'ü erkek 6 asistan hekim ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Bu odak grup görüşmesinde ön plana çıkan unsurlar şunlardır:

- Hekimler yaşadıkları etik ikilemleri, canlandırma yapmayınız komutları, hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi ve aydınlatılmış onam alma süreci olarak sıralamışlardır.
- Asistan hekim olmaları nedeniyle karar verici konumda olmadıklarını, bu yüzden etik ikilemleri çözmede kendilerini sorumlu hissetmediklerini, en fazla bir üstleri ile sorunu paylaştıklarını belirtmişlerdir.
- HEK/KEK'lerin üst düzey konumda olan hekimlerden tepki alacağını ve sistem içinde çalışamayacağını söylemişledir.
- HEK/KEK kurulacak olursa üye olarak tıp etiği uzmanı, hekim, hemşire, psikolog veya psikiyatrist olmalıdır diye görüş bildirmişlerdir. 5 kişilik küçük bir kurul önermişlerdir.
- HEK/KEK'lerin düzenleyeceği eğitimlerin mesai saatleri içinde, idareden izinli olarak yukarıda etik ikilem yaşadıklarını ifade ettikleri konularda ve iletişim beceri eğitimini de içerecek şekilde düzenlenmesini istemişlerdir.
- HEK/KEK'lerin teorik olarak yararlı olacağını düşünmüşlerdir.
- Hekimlerin etik ikilem, etik danışmanlık, HEK/KEK ve etik rehber kavramlarına yabancı oldukları gözlemlenmiştir.

### 5.1.3. İkinci Odak Grup Görüşmesi

Kardiyoloji AD'dan 1, Kalp Damar Cerrahi AD'dan 3 olmak üzere toplam 4 erkek hekimle yapılan bu görüşmeden elde edilen veriler bir önceki gruptan çok farklı değildir. Birinci görüşmeden farklı olarak gündeme gelen noktalar şunlardır:

- HEK/KEK üyelerinin özerk karar vermeleri açısından kurum dışından olmasını önermişlerdir. Kurulda görüşülen konu ile ilgili bilirkişi olmalıdır, hukukçu olmalıdır şeklinde görüş bildirmişlerdir.
- HEK/KEK'lerin düzenleyeceği eğitimlerin öncelikle 3-5 gün süren temel etik eğitimi şeklinde olması gerektiğini, sonra düzenli olarak kısa eğitimler, konferanslarla bilgilerin güncel tutulmasının uygun olacağını belirtmişlerdir.

### 5.1.4. Üçüncü Odak Grup Görüşmesi

İlk iki odak grup görüşmesindeki katılımcıların asistan hekim olması sonucunda görülmüştür ki asistan hekimler karar verici konumda olmadıkları için etik ikilemleri görmezden gelmekte ve çözümlerini zamana bırakmaktadırlar. Bu nedenle İç Hastalıkları ve Nöroloji AD'dan, görüşme için 2 profesör, 1 doçent, 1 uzman ve 2 asistan olmak üzere 3 erkek, 3 kadın hekim davet edilmiştir. Bu grupta ilk iki gruptan farklı olarak öne çıkan konular şunlardır:

- Hekimler karşılaştıkları etik ikilemleri, yaşamın sonunda alınan etik kararlar ve boşuna tedavi kararları olarak belirtilmiştir. Aynı zamanda kaynakların adil paylaşılmasında sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
- Hekimlerin bir kısmı HEK/KEK'lerin zamanında ve somut çözümler getirmeyeceği ve sistem içinde çalışmayacağı gerekçeleri ile kurulun oluşturulmasına olumsuz bakmıştır. Hekimlerin bir kısmı ise hekimin sorumluluğunu paylaşacağı, hasta bireyleri görünür kılacağı, kaynakların daha adaletli kullanılmasını sağlayacağı görüşü ile HEK/KEK'lere olumlu yaklaşmıştır.
- HEK/KEK üyeleri için diğer gruplardan farklı olarak sosyal hizmet uzmanı, teknik elemanlar, adli tıp uzmanı ve din adamı gibi öneriler gelmiştir.
- HEK/KEK'ler tarafından düzenlenecek eğitimlerin katılımı zorunlu ve sertifikalı olması gerektiği vurgulanmıştır. Eğitimlerin aynı zamanda hastanedeki üst düzey yönetici konumunda olan kişilere de verilmesi gerektiği söylenmiştir.
- Etik rehberlerin ise nörodejeneratif hastalıklar gibi başı ve sonu belli durumlar için oluşturulabileceği ifade edilmiştir.

### 5.1.5. Dördüncü Odak Grup Görüşmesi

Dördüncü odak grup görüşmesinin çocuk ve yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerle yapılması planlanmıştı. Ancak bu ünitelerde karar verici konumda olan hekim sayısının azlığı nedeniyle odak grup görüşmesi için ideal sayılan 6-8 kişilik rakama ulaşmak için etik ikilemlerle diğer branşlara göre daha sık karşılaştığı gözlemlenen anabilim dallarından hekimler davet edilmiştir. Bu bağlamda çocuk ve yeni doğan yoğun bakım, hematoloji, genetik ve acil servis birimlerinden 4 kadın, 2 erkek olmak üzere 6 hekim ile dördüncü odak grup

görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Çocuk hastalıkları uzmanı hekimlerin ağırlıklı olarak kadın olması bu görüşmeye yansımıştır. Çok verimli geçen bu son odak grup görüşmesinde öne çıkan unsurlar şunlardır:

- Diğer görüşmelerde sözü geçen etik ikilemlere ek olarak yaşamın başında alınan etik kararlar ve gebeliğin sonlandırılması kararı gündeme gelmiştir. Bir katılımcı sorunları hekimin hasta/hasta yakını ile yaşadığı sorunlar, hekimin diğer sağlık personeli ile yaşadığı sorunlar ve hekimin idare ile yaşadığı sorunlar olmak üzere üç başlıkta toplamıştır.
- Hekimler etik ikilemleri çözmede zorlandıklarını, kendilerini çaresiz hissettiklerini, en çaresiz durumda idare ile görüştüklerini belirtmişlerdir. Aslında sorunların iletişim becerileri geliştirilerek daha başlamadan çözümlenmesinin mümkün olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.
- HEK/KEK'lerin kapsamlı kurumlar olması gerektiğini bunun da zaten fazla olan iş yükleri altında onlara çözüm üretebilecek kadar esnek yapılar olamayacağını belirtmişlerdir. Sistem içinde var olan kurulların zaten sorun çıkardıklarını yeni bir kurulun yeni evraklar, yeni iş yükü getirmesi olasılığı nedeniyle istenmeyeceğini söylemişlerdir.
- HEK/KEK'lerin düzenleyeceği etik eğitimlerinin ders şeklinde değil, vaka tartışması gibi, ortak sorunların tartışıldığı çoklu disiplinli forumlar gibi düzenlenmesini istediklerini ifade etmişlerdir.
- Hekimlerin yasal konumlarını net olarak bilmediklerini, bu konuda hazırlanan rehberlerin işe yaracağını söylemişlerdir.
- HEK/KEK üyeleri hakkında konuşulurken büyük kurulların hantal olacağı düşünüldüğünden, klinikteki gereksinim için esnek, çekirdek bir kadronun oluşturulması önerilmiştir.

Sonuç olarak tüm odak grup görüşmelerinde ortaya çıkan tabloda, hekimlerin etik ikilem, etik danışmanlık, etik rehber ve HEK/KEK kavramlarına yabancı oldukları gözlenmiştir. HEK/KEK ilk aşamada AEK gibi algılanmıştır ve AEK'lere ait olumsuz deneyimlerin bu kurullara yansıtıldığı görülmüştür. AEK'lerin araştırma protokolü değerlendirme ve karar verici konumda olması HEK/KEK'ler için bir önyargı oluşmasına neden olmuştur. HEK/KEK'lerin hekimlerin tanı/tedavi

kararlarına karışacağı endişesi ifade edilmiştir. HEK/KEK'in eğitim işlevi üzerinde özellikle durulmuş ve etik farkındalık eğitimlerinin yararlı olacağı söylenmiştir.

### 5.2. Anket Sorularının Oluşturulması

Tez izleme değerlendirme toplantısında jüri üyelerinin önerisi üzerine etik farkındalık üzerinde etkili olacağı düşünülen yoğun bakım ünitesinde çalışma durumu ve hekimin kendisinin veya ailesinden birinin hastalık öyküsü varlığı anket soruları arasına ilave edilmiştir.

Odak grup görüşmelerinden elde edilen cevaplar, anket soruları için seçenek oluşturmakta kullanılmıştır. Odak grup görüşmelerinde asistan hekimlerin karar verici konumda olmadıkları gerekçesi ile etik ikilemlerin çözümünde kendilerini sorumlu görmedikleri gözlenmiştir. Bu nedenle anket sorularında hekimin tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olup olmadıkları da sorgulanmıştır. Hekimlerin etik ikilemle karşılaşma sıklıklarının sorgulandığı anketin 13. sorusunun (Bkz. Ek 3) seçenekleri arasına iletişim sorunları, yasal mevzuat bilgi eksikliği ve idare ile yaşanan sorunlar da eklenmiştir. Zira odak grup görüşmelerinde hekimler bu noktaların üzerinde önemle durmuşlardır.

Vaka örneklerinde ise ilk vaka Hacettepe Üniversite Hastanelerinde yaşanmış gerçek bir vakadır. İkinci vaka ise Jonsen ve arkadaşlarının Klinik Etik *(Clinical Ethics)* isimli kitabında kullanılan örnek vakalardan birisidir (14).

### 5.3. Nicel Araştırmanın Pilot Çalışması

Anket hazırlandıktan sonra Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde çalışan hekimlerde pilot çalışması yapılmıştır. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde dağıtılan 15 anketten 8 tanesi geri dönmüş ancak 1 ankette sorular tam olarak cevaplanmadığından 7 tanesi değerlendirilmeye alınmıştır. Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine bırakılan 15 anketten 12 tanesi geri alınmıştır. Bu anketlerinden bir tanesinde 8, iki tanesinde de birer soru eksik doldurulduğundan 9 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde çalışan hekimlere dağıtılan anketlerden 6 tanesi geri dönmüştür. Böylece toplamda 22 anket ile pilot çalışma tamamlanmıştır.

Pilot çalışma sonunda hatalı görülen üç soru yeniden gözden geçirilmiş ve düzeltilmiştir. 21 soru ve iki vakadan oluşan anket formu (Bkz. Ek 2) saha çalışması için hazır hale getirilmiştir.

### 5.4. Anket Çalışmasının Bulguları

18 Ocak 2010 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan liste doğrultusunda 1030 adet anket üzerinde hekimlerin isimleri yazılı şekilde kapalı zarf içinde dağıtılmıştır. Dağıtım sırasında anketlerin 43 tanesi, işten ayrılma, doğum izninde olma, raporlu olma, yurtdışında olma, ankete katılmayı reddetme gerekçeleri ile geri alınmıştır. Dağıtılan 987 anketin 198'si geri dönmüştür. E-posta ile bir ay sonra yapılan ilk hatırlatmada 7 anket daha doldurularak e-posta ile gönderilmiştir. İkinci hatırlatma e-postasından sonra ise 10 anket (8 anket e-posta ile diğer 2 anket daha önce gönderilen basılı anketlerin doldurulup gönderilmesi şeklinde) daha geri dönmüştür. Cevaplama oranları düşük olan anabilim dalları gözden geçirilerek Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlarından izin alınarak asistan hekimlerin eğitim saatlerinde anket dağıtımı yapılmış ve toplamda 250 ankete ulaşılmıştır. Anketlerin cevaplanma oranı % 25'dir.

#### 5.4.1 Araştırmanın Nitel Bulguları

Ankete katılan 250 hekimden 247 tanesi yaşlarını soran soruya cevap vermiştir. En genç hekim 24 yaşında iken en yaşlı hekim 67 yaşındadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin yaş ortalaması 37,1 (ss 10,6) yıldır (Tablo 5.1.).

Tablo 5.1. Yaş Dağılımı ve Aktif Hekimlik yılı

| | **Toplam Sayı** | **En az** | **En fazla** | **Ortalama** | **Standart Sapma** |
|---|---|---|---|---|---|
| YAŞ | 247 | 24 | 67 | 37,1 | 10,6 |
| Aktif Hekimlik Yılı | 248 | 1 ay | 44 yıl | 12,7 | 11 |

Araştırmaya katılan 250 hekimden 249'u "Cinsiyetiniz nedir?" sorusunu yanıtlamıştır. 249 hekimin % 48,2'si kadın, % 51,8'i erkektir (Bkz. Tablo 5.2.).

Tablo 5.2. Ankete Katılan Hekimlerin Nitel Bulguları

| **Cinsiyet** | **Frekans** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| Kadın | 120 | 48,2 |
| Erkek | 129 | 51,8 |
| Toplam | 249 | 100,0 |
| **Uzmanlık Alanı** | | |
| Dahili Bölümler | 82 | 32,8 |
| Cerrahi Bölümler | 123 | 49,2 |
| Çocuk Hastalıkları | 45 | 18 |
| Toplam | 250 | 100,0 |
| **Akademik Unvan** | | |
| Profesör | 46 | 18,5 |
| Doçent | 34 | 13,7 |
| Yardımcı Doçent | 14 | 5,6 |
| Öğretim Görevlisi/ Uzman | 31 | 12,4 |
| Asistan | 124 | 49,8 |
| Toplam | 249 | 100,0 |
| **Etik Eğitimi Alma Durumu** | | |
| Eğitim Alanlar | 134 | 53,8 |
| Eğitim Almayanlar | 115 | 46,2 |
| Toplam | 249 | 100,0 |
| **Teorik Etik Bilgi Değerlendirme** | | |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 45 | 18,4 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 157 | 64,0 |
| Yardım almam gerekir | 36 | 14,7 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 7 | 2,9 |
| Toplam | 245 | 100,0 |

| **Tanı/tedavi sürecinde Karar verici konumda olma** | **Frekans** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| Evet, ben karar veririm | 96 | 39,3 |
| Kısmen ben karar veririm | 117 | 48,0 |
| Hayır, kararı ben vermem | 31 | 12,7 |
| Toplam | 244 | 100,0 |
| **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Durumu** | | |
| Evet | 195 | 78,3 |
| Hayır | 54 | 21,7 |
| Toplam | 249 | 100,0 |
| **Hastalık öyküsü** | | |
| Evet | 184 | 73,9 |
| Hayır | 65 | 26,1 |
| Toplam | 249 | 100,0 |
| **Hastaya Yaklaşımında Tutum Değişikliği** | | |
| Evet değişti | 54 | 29,4 |
| Kısmen değişti | 83 | 45,1 |
| Hayır değişmedi | 47 | 25,5 |
| Toplam | 184 | 100,0 |

**Hekimlik Çalışma Yılı**

Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerin 248 tanesi kaç yıldır aktif olarak hekimlik yapıyorsunuz sorusuna cevap vermiştir. En az hekimlik yapan 1 ay, en fazla hekimlik yapan 44 yıldır. Ortalama 12,7 yıldır (ss 11) (Bkz. Tablo 5.1.).

**Uzmanlık Alanı**

Uzmanlık alanlarının sınıflandırılmasında Tıp Fakültesi yapılanmasında kullanılan Dahili Bilimler ve Cerrahi Bilimler ayrımından yararlanılmıştır. Çocuk Cerrahisi dışında kalan tüm çocuk hastanesi hekimleri de çocuk hastalıkları uzmanlığı altında birleştirilmiştir. Dahili bölümler içinde yer alan Halk Sağlığı

uzmanları ve farmakologlar doğrudan hasta ile temasta olmadıklarından araştırmaya dahil edilmemişlerdir (Bkz. Ek 4). Ankete katılan hekimlerin % 33'ü dahili bölümlerden, % 49'u cerrahi bölümlerden ve % 18'i Çocuk hastalarla uğraşan hekimlerden oluşmaktadır (Tablo 5.2)

**Akademik Unvan**

Araştırmaya katılan hekimlerin akademik yapılanma içindeki unvanlarına göre dağılımları profesör % 18,5, doçent/ yardımcı doçent %19,3, öğretim görevlisi/ uzman % 12,4, asistan % 49,8 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.2.).

### 5.4.2 Hekimlerin Etik Eğitimi Alıp Almama Durumları

Araştırmaya katılan hekimlerden 134 kişi etik eğitimi aldığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 5.2). Bu 134 kişiden 132 tanesi etik eğitim aldığı dönemi belirtmiştir. Hekimlere etik eğitimini hangi dönemde aldıkları sorulduğunda % 49,2'si lisans döneminde, % 42,4'ü Sağlıkta Sürekli Eğitim Etkinlikleri içinde eğitim aldıklarını belirtmiştir (Tablo 5.3). Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği bu soruda uzmanlık veya doktora döneminde etik eğitimi aldığını ifade eden hekim oranı % 25,8'dir.

Tablo 5.3. Etik Eğitimi Alma Dönemleri

| **Etik eğitim alma dönemleri** | **Sayı*** | **Tüm yanıtlar içinde yüzde** | **Tüm hekimler (132) içinde yüzde** |
|---|---|---|---|
| Lisans Döneminde | 65 | 41,9 | 49,2 |
| Uzmanlık/Doktora Döneminde | 34 | 21,9 | 25,8 |
| Sağlıkta Sürekli Eğitim Etkinliklerinde | 56 | 36,1 | 42,4 |
| Toplam * | 155 | 100,0 | 117,4 |

* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

### 5.4.3. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisini Değerlendirmesi

Araştırmaya katılan hekimlerden klinik uygulama sırasında karşılaştıkları etik ikilemleri çözmede kullandıkları teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri istendiğinde hekimlerin yarıdan fazlası (% 64,1) teorik etik bilgi düzeylerinin sadece temel

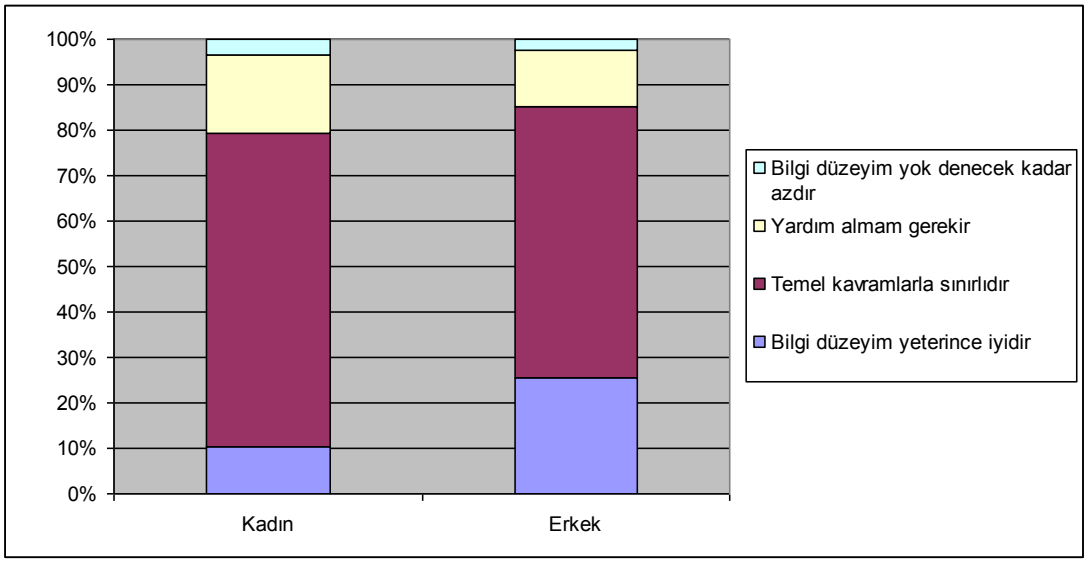
kavramlarla sınırlı olduğunu yardım isteyebileceğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 5.2.). Hekimlerin % 18,4'ü etik ikilemleri kendi başlarına çözebilecek bilgiye sahip olduklarını ifade ederken, % 17,6'sı bilgi düzeylerinin az olduğunu yardım almaları gerektiğini belirtmiştir.

**Hekimlerin Cinsiyeti ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Hekimlerin kendilerinin etik bilgi düzeylerini değerlendirdikleri soruda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Ki-kare p=0,02). Erkek hekimler teorik etik bilgilerine kadın hekimlerden daha fazla güvenmektedirler (Tablo 5.4). Kadın hekimlerin % 10,3'ü etik ikilemleri kendi başlarına çözebileceklerini ifade ederken bu oran erkek hekimlerde % 25,6'ya çıkmaktadır. Kadın hekimlerin % 69'u etik bilgi düzeylerinin temel kavramlarla sınırlı olduğunu yardım isteyebileceğini düşünürlerken, erkek hekimlerin % 59,7'si bu düşünceye sahiptir.

Tablo 5.4. Hekimlerin Cinsiyeti ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

| **Teorik etik bilgi değerlendirilmesi** | **Cinsiyet** | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Kadın** | | **Erkek** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 12 | 10,3 | 33 | 25,6 | 45 | 18,4 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 80 | 69,0 | 77 | 59,7 | 157 | 64,1 |
| Yardım almam gerekir | 20 | 17,2 | 16 | 12,4 | 36 | 14,7 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 4 | 3,4 | 3 | 2,3 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 116 | 100,0 | 129 | 100,0 | 245 | 100,0 |



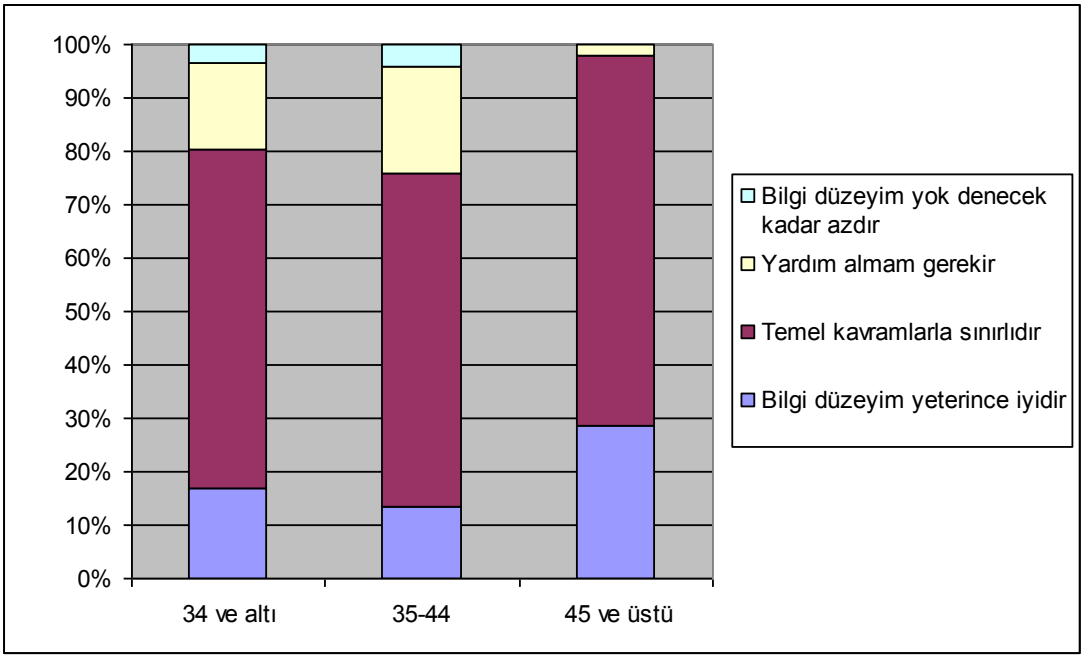

Şekil 5.1. Hekimlerin Cinsiyeti ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki (Ki-kare p=0,02).

**Hekimlerin Yaşı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Hekimlerin yaşları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında (Ki-kare, p=0,04) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 5.5).

Tablo 5.5. Hekimlerin Yaşı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisi Değerlendirmesi İlişkisi

| **Teorik etik bilginin değerlendirmesi** | **Yaş Grupları** | | | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **34 ve altı** | | **35-44** | | **45 ve üstü** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 20 | 16,9 | 10 | 13,3 | 14 | 28,6 | 44 | 18,2 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 75 | 63,6 | 47 | 62,7 | 34 | 69,4 | 156 | 64,5 |
| Yardım almam gerekir | 19 | 16,1 | 15 | 20,0 | 1 | 2,0 | 35 | 14,5 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 4 | 3,4 | 3 | 4,0 | 0 | 0,0 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 118 | 100,0 | 75 | 100,0 | 49 | 100,0 | 242 | 100,0 |




Şekil 5.2. Hekimlerin Yaşı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişkisi (Ki-kare, p=0,04)

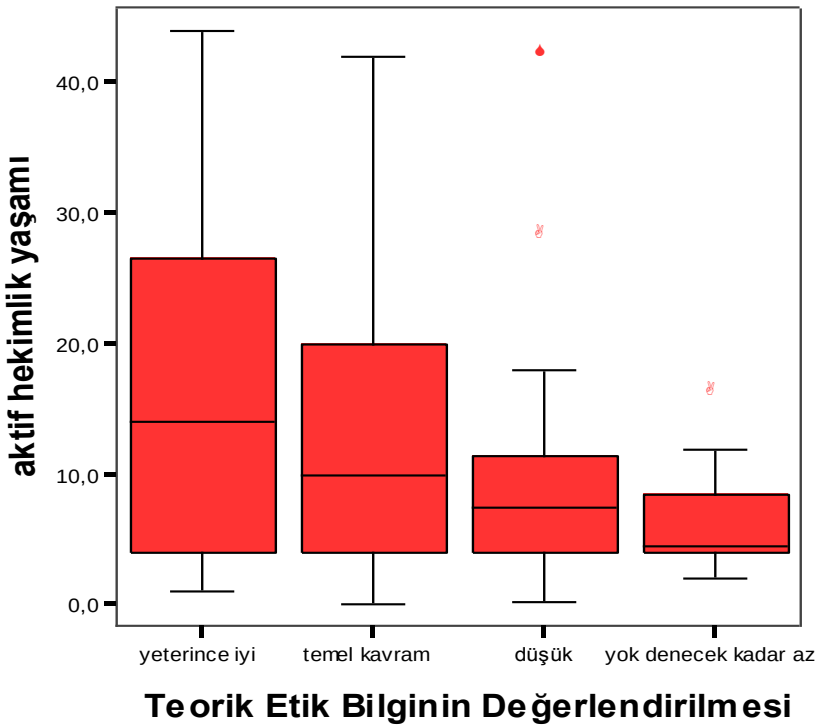
34 yaş ve altı hekimlerin % 16,9'u kendi teorik etik bilgi düzeylerinin iyi olduğunu belirtirken, aynı oran 35-44 yaş arası hekimlerde % 13,3 ve 45 yaş üzeri hekimlerde % 28,6 olarak bulunmuştur. 34 yaş ve altı hekimlerin % 63,6'sı etik bilgi düzeylerinin temel kavramlarla sınırlı olduğunu belirtirken, aynı oran 35-44 yaş arası hekimlerde % 62,7 ve 45 yaş üzeri hekimlerde % 69,4 olarak bulunmuştur. 34 yaş ve altı hekimlerin % 19,5'i etik bilgilerinin az olduğunu ve etik ikilemleri çözmek için yardım alması gerektiğini belirtirken, aynı oran 35-44 yaş arası hekimlerde % 24 ve 45 yaş üzeri hekimlerde % 2 olarak bulunmuştur (Şekil 5.2)

**Hekimlerin Aktif Çalışma Yılı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin aktif hekimlik yapma süreleri ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında (Mantel-Haenszel, p=0,04) istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Grafikte görüleceği şekilde hekimlik yapma süreleri arttıkça hekimlerin etik bilgileri, bilgilerine olan güvenleri artmaktadır (Tablo 5.6).

Tablo 5.6. Hekimlerin Aktif Çalışma Yılı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

| **Teorik etik bilginin değerlendirmesi** | **Aktif Hekimlik Yapma Süresi (Yıl)** | | | | | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **0-9** | | **10-19** | | **20-29** | | **30 yıl ve üzeri** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 19 | 15,7 | 8 | 12,5 | 9 | 31,0 | 7 | 24,1 | 43 | 17,7 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 76 | 62,8 | 41 | 64,1 | 19 | 65,5 | 21 | 72,4 | 157 | 64,6 |
| Yardım almam gerekir | 21 | 17,4 | 13 | 20,3 | 1 | 3,4 | 1 | 3,5 | 36 | 14,8 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 5 | 4,1 | 2 | 3,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 121 | 100,0 | 64 | 100,0 | 29 | 100,0 | 29 | 100,0 | 243 | 100,0 |




Şekil 5.3. Hekimlerin Aktif Çalışma Yılı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki (Mantel-Haenszel, p=0,04)

Hekimlerin aktif çalışma yılları arttıkça kendi teorik etik bilgilerine güvenleri artmaktadır. 0-9 yıl arası çalışmış hekimlerin % 15,7'si etik bilgi düzeylerinin iyi olduğunu belirtirken, aynı oran 10-19 yıl arası çalışmış hekimlerde % 12,5, 20-29 yıl arası çalışmış hekimlerde % 31 ve 30 yıl üzeri çalışmış hekimlerde % 24,1 olarak bulunmuştur. 0-9 yıl arası çalışmış hekimlerin %62,8'i etik bilgi düzeylerinin temel kavramlarla sınırlı olduğunu belirtirken, aynı oran 10-19 yıl arası çalışmış hekimlerde % 64,1, 20-29 yıl arası çalışmış hekimlerde % 65,5 ve 30 yıl üzeri çalışmış hekimlerde % 72,4 olarak bulunmuştur. 0-9 yıl arası çalışmış hekimlerin % 21,5'i etik bilgi düzeylerinin az olduğunu, etik ikilemleri çözmek için mutlaka yardım alması gerektiğini belirtirken, aynı oran 10-19 yıl arası çalışmış hekimlerde % 23,4, 20-29 yıl arası çalışmış hekimlerde % 3,4 ve 30 yıl üzeri çalışmış hekimlerde % 3,5 olarak bulunmuştur (Şekil 5.3).

**Hekimlerin Uzmanlık Alanı ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında (Ki-kare p=0,21) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

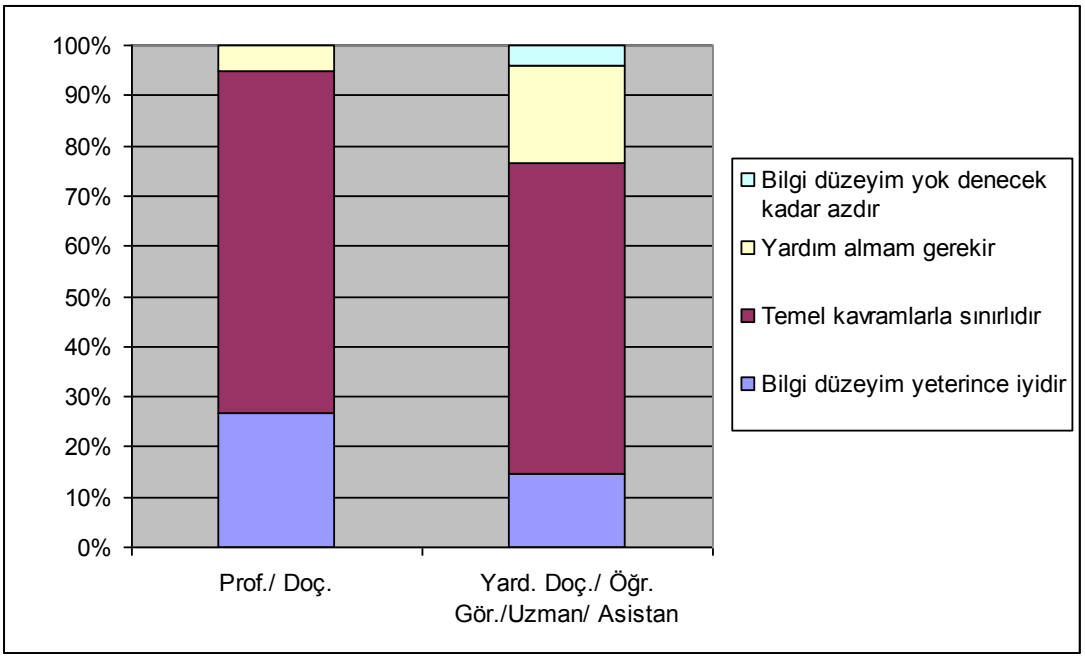
**Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin akademik unvanları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,002) bulunmuştur. Hekimlerin önceden tahmin edilebileceği şekilde akademik unvanları yükseldikçe etik bilgileri, etik bilgilerine güvenleri artmaktadır (Tablo 5.7). Farkın daha net görülebilmesi için akademik unvanlar iki gruba toplanmıştır. Birinci gruba profesörler ve doçentler, ikinci gruba yardımcı doçent, öğretim görevlisi, uzman ve asistan hekimler dahil edilmiştir. Birinci grubun % 26,6'sı etik ikilemleri yardım almadan çözebileceğini belirtirken, ikinci grupta bu oran % 14,5'e düşmektedir. Birinci grupta etik ikilemleri çözmek için yardım almam gerekir diyenlerin oranı % 5,1 iken ikinci grupta bu oran % 19,4'tür. Teorik etik bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır, mutlaka yardım almam gerekir seçeneğini

işaretleyen 7 hekimden 6 tanesi asistan hekim, bir tanesi de öğretim görevlisi/uzman hekimdir.

Tablo 5.7. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

| **Teorik etik bilginin değerlendirmesi** | **Akademik Unvan** | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Prof./ Doç.** | | **Yard. Doç./ Öğr. Gör. Uzman/ Asistan** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 21 | 26,6 | 24 | 14,5 | 45 | 18,4 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 54 | 68,4 | 102 | 61,8 | 156 | 63,9 |
| Yardım almam gerekir | 4 | 5,1 | 32 | 19,4 | 36 | 14,8 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 0 | 0 | 7 | 4,2 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 79 | 100,0 | 165 | 100,0 | 244 | 100,0 |



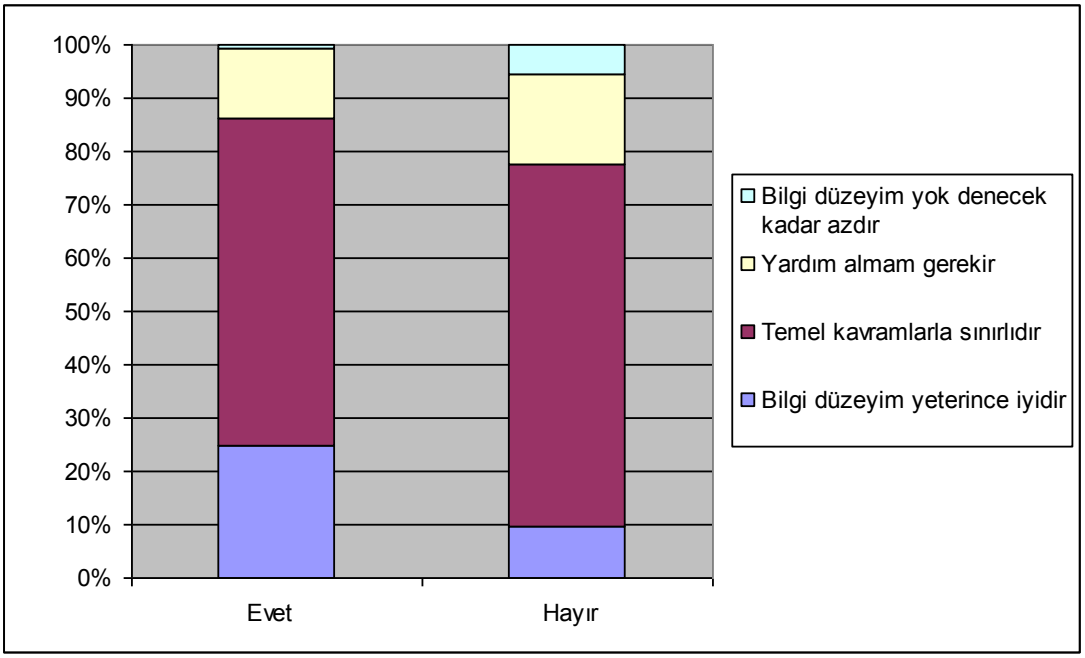

Şekil 5.4. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki (Ki-kare p=0,002)

**Hekimlerin Etik Eğitimi Alma Durumları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin etik eğitimi alma durumları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,004) görülmüştür (Tablo 5.8). Etik eğitimi aldıklarını belirten hekimlerin teorik etik bilgi düzeyim yeterince iyidir, etik ikilemleri kendim çözebilirim seçeneğini daha çok işaretledikleri görülmüştür. Etik eğitimi alanların % 25,0'ı, almayanların % 9,8'i bu seçeneğini işaretlemiştir. Etik eğitim alan hekimlerin % 61,4'ü etik bilgilerinin temel kavramlarla sınırlı olduğunu ifade etmişken, bu oran etik eğitimi almayanlarda % 67,9 olarak bulunmuştur. Teorik etik bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır, mutlaka yardım almam gerekir seçeneğini işaretleyen 7 hekimden 6 tanesi etik eğitimi almamıştır.

Tablo 5.8. Hekimlerin Etik Eğitimi Alma Durumları ile Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

| **Teorik etik bilginin değerlendirmesi** | **Etik Eğitimi Alma Durumu** | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Evet** | | **Hayır** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 33 | 25,0 | 11 | 9,8 | 44 | 18,0 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 81 | 61,4 | 76 | 67,9 | 157 | 64,3 |
| Yardım almam gerekir | 17 | 12,9 | 19 | 17,0 | 36 | 14,8 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 1 | 0,8 | 6 | 5,4 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 132 | 100,0 | 112 | 100,0 | 244 | 100,0 |




Şekil 5.5. Hekimlerin Etik Eğitimi Alma Durumları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki (Ki-kare p=0,004)

### 5.4.4. Hekimlerin Tanı/ Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumu

Anket öncesi yapılan odak grup görüşmelerinde hasta tanı/tedavi süreçlerinde karar verici konumda olmayan hekimlerin etik ikilemleri fark etme, çözme durumlarında farklı davrandıkları gözlemlenmiştir. Karar verici konumda olmayan hekimler etik ikilemleri fark etseler bile etkin davranıp karar süreçlerinde yer alamadıkları için sorunu görmezden geldiklerini ifade etmişlerdir. Bir süre sonra da etik sorunları hiç fark etmedikleri gözlemlenmiştir. Karar verici konumda olmayan 31 hekimin 30 tanesi asistan, 1 tanesi öğretim görevlisi/uzman hekimdir (Tablo 5.2).

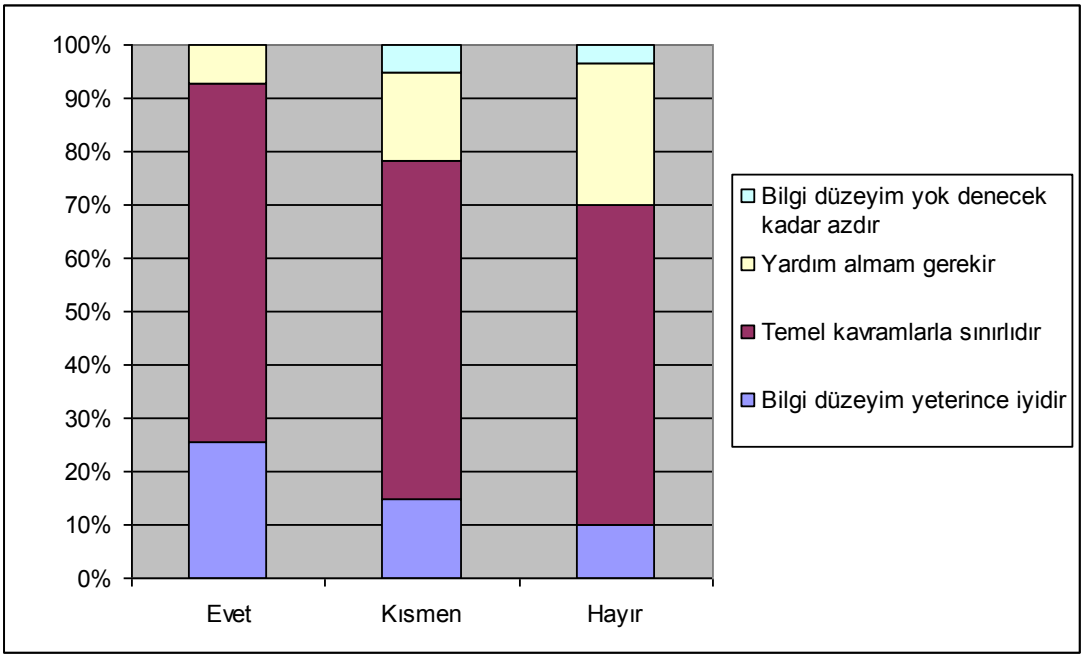
**Hekimlerin Tanı/ Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumu ile Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Hekimlerin hastanın tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olmaları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki kare p=0,01) görülmüştür (Tablo 5.9). Karar verici konumda olan hekimler etik bilgilerine daha fazla güvenmektedir. Karar verici konumda olan hekimlerin % 25,5'i etik ikilemleri kendi çözebileceğini ifade ederken, karar verici konumda olmayan hekimlerde bu oran % 10'a düşmektedir. Karar verici konumda olan hekimlerin % 67'si etik bilgisinin temel kavramlarla sınırlı olduğunu ifade

ederken bu oran karar verici konumda olmayan hekimlerde % 60'a düşmektedir. Karar verici konumda olan hekimlerin % 7,4'ü etik ikilemleri çözmek için yardım almam gerekir diye belirtirken, bu oran karar verici konumda olmayan hekimlerde % 26,7'ye çıkmaktadır.

Tablo 5.9. Hekimlerin Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumu ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

| **Teorik etik bilginin değerlendirmesi** | **Karar verici konumda olma** | | | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Evet** | | **Kısmen** | | **Hayır** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 24 | 25,5 | 17 | 14,8 | 3 | 10,0 | 44 | 18,4 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 63 | 67,0 | 73 | 63,5 | 18 | 60,0 | 154 | 64,4 |
| Yardım almam gerekir | 7 | 7,4 | 19 | 16,5 | 8 | 26,7 | 34 | 14,2 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 0 | 0 | 6 | 5,2 | 1 | 3,3 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 94 | 100,0 | 115 | 100,0 | 30 | 100,0 | 239 | 100,0 |




Şekil 5.6. Hekimlerin Tanı/ Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma Durumları ile Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki (Ki kare p=0,01)

### 5.4.5. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Durumu

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin daha fazla etik ikilem ile karşılaşmaları söz konusu olduğundan araştırmada özellikle hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp çalışmadıkları sorulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin % 78,3'ü çalışma yaşamlarının herhangi bir döneminde yoğun bakım ünitesinde çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5.2).

Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışma durumları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirilmesi arasında (Ki-kare p=0,22) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek 6).

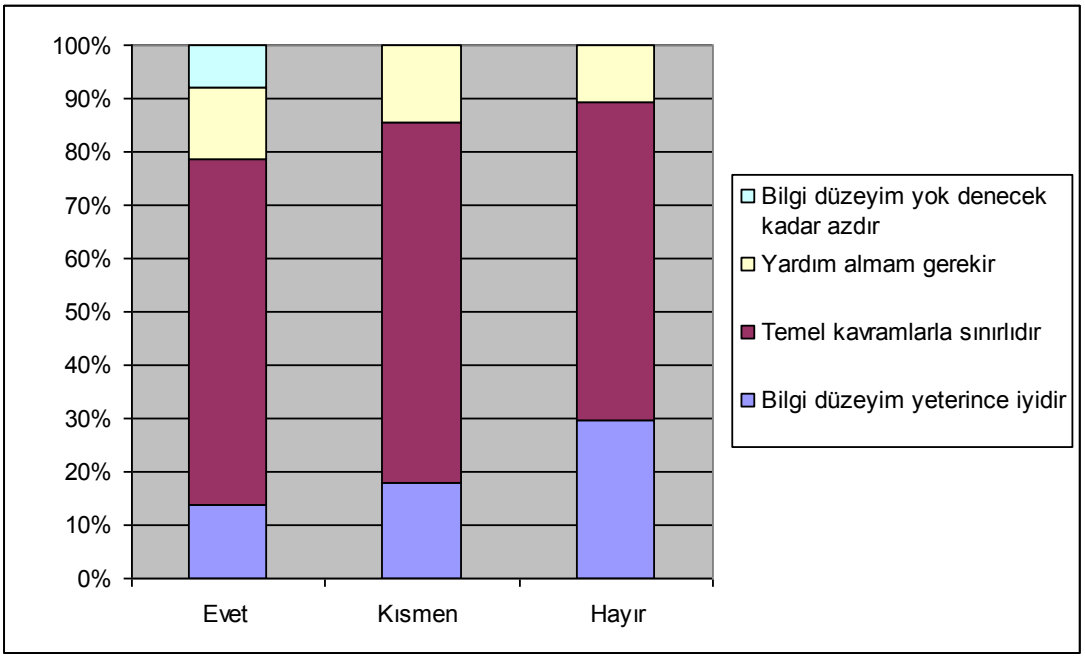
### 5.4.6. Hekimlerin veya Bir Yakınlarının Hastalık Öyküsünün Varlığı

Hekimlere kendilerinin veya bir yakınlarının ciddi bir hastalık geçirip geçirmediği sorulduğunda % 73,9'u evet cevabını vermiştir. Evet, cevabı veren 184 hekime yaşadıkları bu deneyimden sonra hastalara yaklaşımlarında bir tutum değişikliği olup olmadığı sorulmuştur. 184 hekimin % 29,4'ü yaklaşımlarının kesinlikle değiştiğini, % 45,1'i kısmen değiştiğini belirtmiştir. Toplamda hekimlerin % 74,4'ü yani yaklaşık dörtte üçünün hastalık deneyiminden sonra hastalarına karşı yaklaşımları değişmiştir (Tablo 5.2).

Hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının geçirdikleri hastalık öyküsünde hastalara yaklaşımında değişiklik göstermeleri ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak (Ki-kare p=0,027) anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 5.10). Geçirdikleri hastalık öyküsü ile beraber hastaya yaklaşımlarında bir tutum değişikliği olmadığını ifade eden hekimler etik bilgilerine daha çok güvenmektedir. Hastaya yaklaşımında bir tutum değişikliği olmadığını belirten hekimlerin % 29,8'i etik bilgi düzeyim yeterince iyidir, etik ikilemleri kendim çözebilirim seçeneğini işaretlerken, hastaya yaklaşımım değişmiştir diyen hekimlerde bu oran % 13,7'ye düşmektedir. Hastaya yaklaşımım değişmiştir diyen hekimlerin % 64,7'si etik bilgi düzeyim sadece temel kavramlarla sınırlıdır, etik ikilemleri çözmede yardım isteyebilirim derken, hastaya yaklaşımım değişmemiştir diyen hekimler de bu oran % 59,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 5.10. Hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının geçirdikleri hastalık öyküsünde hastalara yaklaşımlarında tutum değişikliği göstermeleri ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasındaki ilişki

| **Teorik etik bilginin değerlendirmesi** | **Hasta Yaklaşımında Değişiklik** | | | | | | **Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Evet** | | **Kısmen** | | **Hayır** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 7 | 13,7 | 15 | 18,1 | 14 | 29,8 | 36 | 19,9 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 33 | 64,7 | 56 | 67,5 | 28 | 59,6 | 117 | 64,6 |
| Yardım almam gerekir | 7 | 13,7 | 12 | 14,5 | 5 | 10,6 | 24 | 13,3 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 4 | 7,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2,2 |
| Toplam | 51 | 100,0 | 83 | 100,0 | 47 | 100,0 | 181 | 100,0 |




Şekil 5.7. Hekimlerin Kendilerinin veya Yakınlarının Geçirdikleri Hastalık Öyküsünde Hastalara Yaklaşımında Değişiklik Göstermeleri ile Kendi Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki (Ki-kare p=0,027)

### 5.4.7. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilem Sıklıkları

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlere klinikte etik ikilemlerle ne sıklıkta karşılaştıkları sorulmuştur. Hekimlerin % 43,3'ü bilinci açık hastada, hasta/hasta yakını sağlık personeli çatışması ile arada bir karşılaştıklarını

belirtmişlerdir. Bu etik sorunla sık karşılaştığını belirtenlerin oranı % 33,6, karşılaşmayanların oranı % 23'dür (Ek 7).

Bilinci kapalı hastada, hasta yakını sağlık personeli çatışması ile karşılaşma yüzdeleri şöyledir: arada bir karşılaşan hekim oranı % 37,6, sık karşılaşan hekim oranı % 26,1, karşılaşmayan hekim oranı ise % 36,3'tür (Ek 7).

Çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışması ile karşılaşma yüzdeleri şöyledir: arada bir karşılaşan hekim oranı % 39,8, sık karşılaşan hekim oranı % 26,2, karşılaşmayan hekim oranı ise % 33,9'dur (Ek 7). **"**Canlandırma yapmayınız komutları", tedavinin başlanmaması veya başlanmış tedavinin sonlandırılması sırasında alınan etik kararlar daha sıklıkla yoğun bakım hekimlerinin verdikleri kararlardır. Araştırmaya katılan hekimlerin % 25,1'i bu tür etik sorunlarla arada bir karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Sık karşılaşan hekim oranı % 17,9, karşılaşmayan hekim oranı ise % 57'dir (Ek7).

Hekimlere hastanın mahremiyetinin korunması ile ilgili etik ikilemlerle ne sıklıkla karşılaştıkları sorulduğunda % 35,2'si arada bir karşılaştığını belirtmiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 25,9, karşılaşmayan hekim oranı ise % 38,9'dur (Ek7).

Hekimlere aydınlatılmış onam süreci sırasında ne sıklıkla etik sorunlarla karşılaştıkları sorulduğunda % 29,1'i arada bir karşılaşıyorum seçeneğini işaretlemiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 19,6, karşılaşmayan hekim oranı ise % 51,2'dir (Ek 7).

Hekimlere tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalardan doğan etik sorunlarla (tedavi yanılsaması) ne sıklıkla karşılaştıkları sorulduğunda % 32,1'i arada bir karşılaştığını ifade etmiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 16,7, karşılaşmayan hekim oranı ise % 51,3'tür (Ek 7).

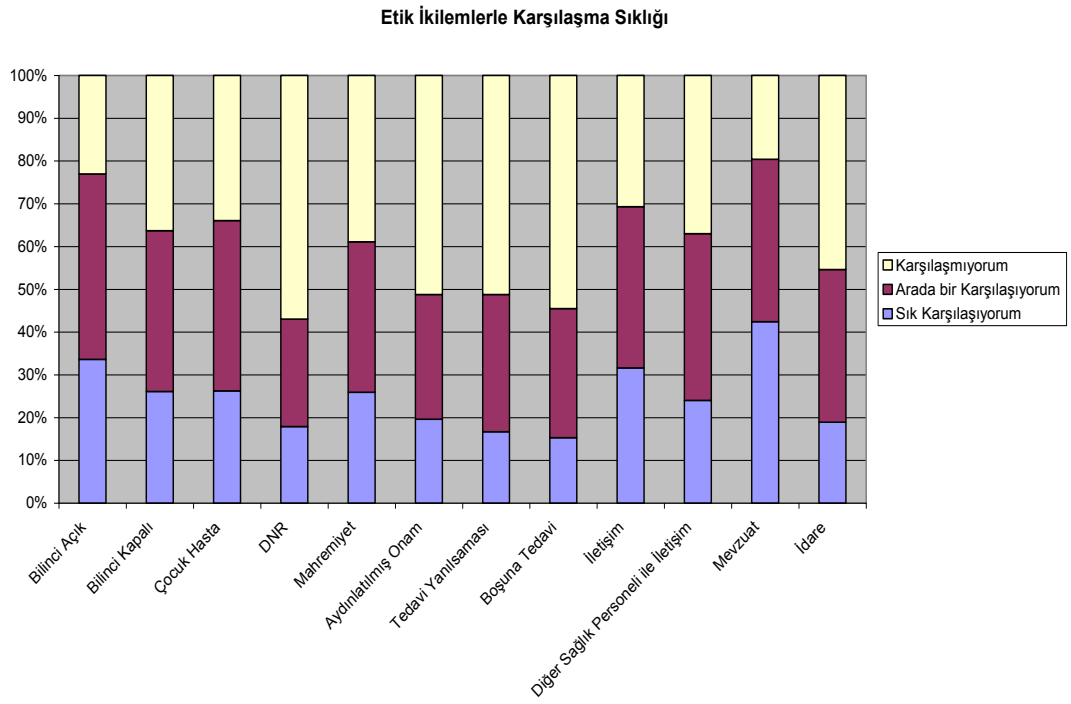
Hekimlere boşuna tedavi konusundaki etik sorunlarla ne sıklıkla karşılaştıkları sorulduğunda % 30,2'i arada bir karşılaşıyorum seçeneğini işaretlemiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 15,3, karşılaşmayan hekim oranı ise % 54,5'dir (Ek 7).

Hekimlere ne sıklıkla hasta ve hasta yakınları ile iletişim sorunu yaşadıkları sorulduğunda % 37,7'si arada bir seçeneğini işaretlemiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 31,6, karşılaşmayan hekim oranı ise % 30,7'dir (Ek 7).

Hekimlere ne sıklıkla diğer sağlık çalışanları ile iletişim sorunu yaşadıkları sorulduğunda % 39'u arada bir seçeneğini işaretlemiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 24, karşılaşmayan hekim oranı ise % 37'dir (Ek 7).

Hekimlere yasal mevzuat bilgi eksikliği ile ne sıklıkla karşılaştıkları sorulduğunda % 38,3'ü arada bir karşılaşıyorum seçeneğini işaretlemiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 42,8, karşılaşmayan hekim oranı ise % 19,8'dir (Ek 7).

Hekimlere ne sıklıkla idare ile sorun yaşadıkları sorulduğunda % 35,7'si arada bir karşılaşıyorum seçeneğini işaretlemiştir. Sık karşılaşan hekim oranı % 18,9, karşılaşmayan hekim oranı ise % 45,4'dir. Araştırmacı en fazla boş bırakılan seçenek olması nedeniyle bu konuya dikkat edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu soruya cevap vermeyenler profesörlerin % 15,2'sini(7 kişi), doçentlerin % 8,8'ini (3 kişi), öğretim görevlisi/uzmanların % 3,2'sini (1 kişi), yardımcı doçentlerin % 21,4'ü (3 kişi), asistan hekimlerin % 7,3'ünü (9 kişi) oluşturmaktadır (Ek 7).




Şekil 5.8. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilem Sıklıkları

**Hekimlerin Cinsiyeti ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin cinsiyeti ile hekimlerin klinikte karşılaştıkları etik ikilem sıklığı arasında (Mann-Whitney U p değerleri Ek 8 ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

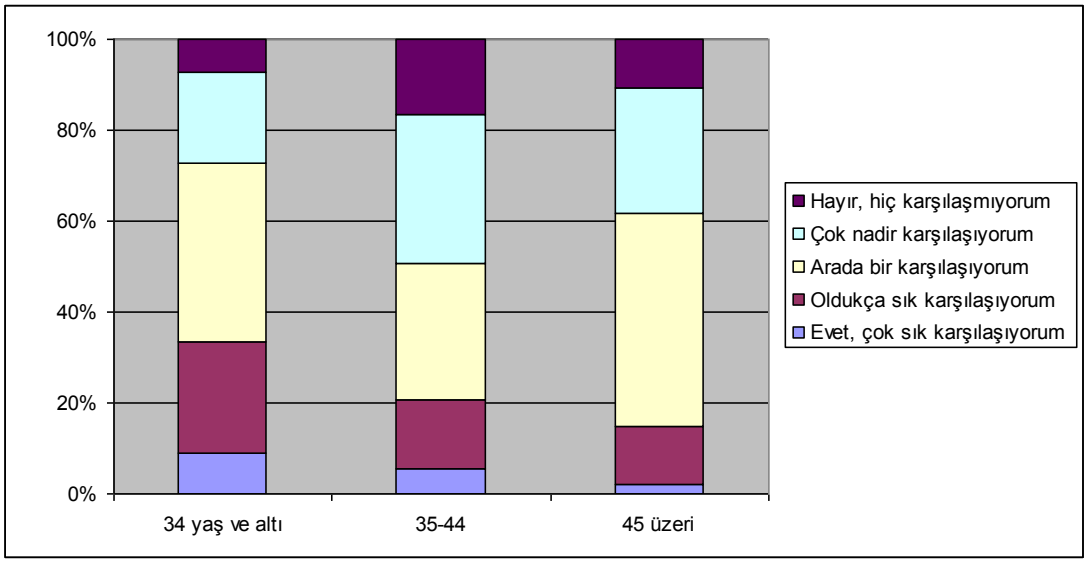
**Hekimlerin Yaşları ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin yaşları ile hekimlerin klinikte karşılaştıkları etik ikilem sıklığı arasında bir fark olup olmadığına bakıldığında iki etik ikilemle ilgili istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür (Ek 8).

Hekimlerin yaşları ile bilinci kapalı hastada hasta yakınları sağlık personeli çatışması konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,003) görülmüştür. 34 yaş altı hekimlerin % 33,6'sı, 35-44 yaş arasındaki hekimlerin % 20,6sı, 45 yaş üzeri hekimlerin % 14,9'u bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile çatışma yaşadıklarını belirtmiştir. 34 yaş altı hekimlerin % 39,32ü, 35-44 yaş arasındaki hekimlerin % 30,1'i, 45 yaş üzeri hekimlerin % 46,8'i bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile arada bir çatışma yaşadıklarını ifade etmiştir. 34 yaş altı hekimlerin % 27,1'i, 35-44 yaş arasındaki hekimlerin % 49,3, 45 yaş üzeri hekimlerin % 38,3'ü bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile çatışma yaşamadıkları bulunmuştur (Tablo 5.11).

Tablo 5.11. Hekimlerin Bilinci Kapalı Hastada Hasta Yakınları ile Çatışma Yaşama Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki

| **Bilinci Kapalı Hastada Çatışma Yaşama Sıklığı** | | **Yaş Grupları** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **34 yaş ve altı** | **35-44** | **45 yaş ve üzeri** | |
| Evet, çok sık | N | 11 | 4 | 1 | 16 |
| | % | 9,0 | 5,5 | 2,1 | 6,6 |
| Oldukça sık | N | 30 | 11 | 6 | 47 |
| | % | 24,6 | 15,1 | 12,8 | 19,4 |
| Arada bir | N | 48 | 22 | 22 | 92 |
| | % | 39,3 | 30,1 | 46,8 | 38,0 |
| Çok nadir | N | 24 | 24 | 13 | 61 |
| | % | 19,7 | 32,9 | 27,7 | 25,2 |
| Hayır, hiç | N | 9 | 12 | 5 | 26 |
| | % | 7,4 | 16,4 | 10,6 | 10,7 |
| Toplam | N | 122 | 73 | 47 | 242 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |



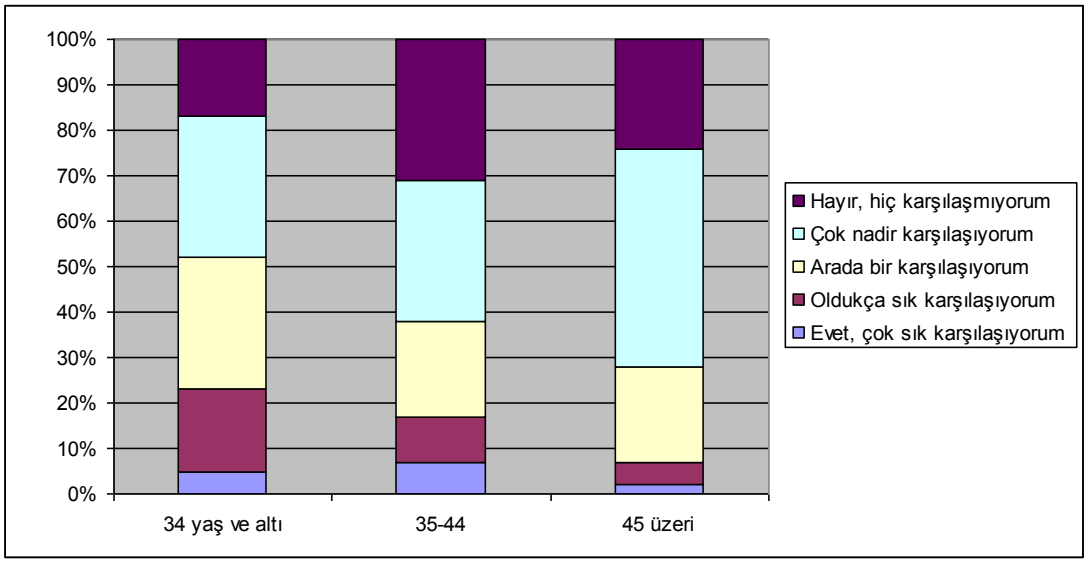

Şekil 5.9. Hekimlerin Bilinci Kapalı Hastada, Hasta Yakınları ile Çatışma Yaşama Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki (Mantel-Haenszel, p=0,04)

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin yaşları ile "canlandırma yapmayınız komutları", tedaviye başlamama veya tedavinin sonlandırılması gibi yaşamın sonunda alınan etik kararlar konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,025) bulunmuştur (Tablo 5.12).

Hekimin yaşı arttıkça yaşamın sonunda alınan kararlarla ilgili etik ikilemle karşılaşma sıklığı azalmaktadır. (Mantel-Haenszel, p=0,01) 34 yaş altı hekimlerin % 22,5'i, 35-44 yaş arasındaki hekimlerin % 16,9'u, 45 yaş üzeri hekimlerin % 28,1'i yaşamın sonunda alınan kararlarda etik ikilemlerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. 34 yaş altı hekimlerin % 28,6'sı, 35-44 yaş arasındaki hekimlerin % 21,1'i, 45 yaş üzeri hekimlerin % 25'i yaşamın sonunda alınan kararlarda arada bir etik ikilemlerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. 34 yaş altı hekimlerin % 48,7'si, 35-44 yaş arasındaki hekimlerin % 62'si, 45 yaş üzeri hekimlerin % 56,9'u yaşamın sonunda alınan kararlarda etik ikilemlerle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5.12. Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlarda Sorunla Karşılaşma Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki

| **Canlandırmayınız komutları, Tedavinin başlanmaması, Sonlandırılması Kararları ile Karşılaşma Sıklığı** | | **Yaş Grupları** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **34 yaş ve altı** | **35-44** | **45 yaş ve üzeri** | |
| Evet, çok sık | N | 6 | 5 | 1 | 12 |
| | % | 5,0 | 7,0 | 2,4 | 5,2 |
| Oldukça sık | N | 21 | 7 | 2 | 30 |
| | % | 17,6 | 9,9 | 4,8 | 12,9 |
| Arada bir | N | 34 | 15 | 9 | 58 |
| | % | 28,6 | 21,1 | 21,4 | 25,0 |
| Çok nadir | N | 37 | 22 | 20 | 79 |
| | % | 31,1 | 31,0 | 47,6 | 34,1 |
| Hayır, hiç | N | 21 | 22 | 10 | 53 |
| | % | 17,6 | 31,0 | 23,8 | 22,8 |
| Toplam | N | 119 | 71 | 42 | 232 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.10. Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlarla Karşılaşma Sıklıkları ile Hekimlerin Yaşları Arasındaki İlişki (Mantel-Haenszel, p=0,01)

**Hekimlerin Aktif Çalışma Süresi ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemle Karşılaşma Sıklıkları Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin aktif hekimlik yaşamları ile klinikte karşılaştıkları etik ikilemler arasında (Kruskal-Wallis testi ile) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek 8 ).

**Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemle Karşılaşma Sıklıkları Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin uzmanlık alanları ile hekimlerin klinikte karşılaştıkları 3 etik ikilemle ilgili istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur.

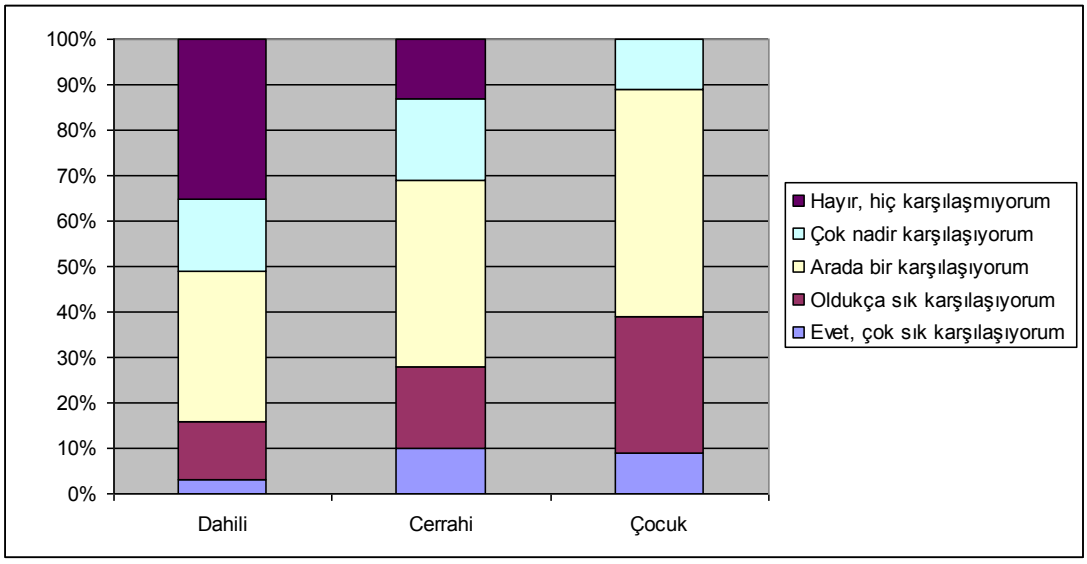
- Hekimlerin uzmanlık alanları ile çocuk hastada hasta yakını-sağlık personeli çatışması yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, $p<0,001$) bulunmuştur.
- Hekimlerin uzmanlık alanları ile "canlandırma yapmayınız komutları", tedaviye başlamama veya tedavinin sonlandırılması hakkında etik ikilem yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, $p=0,006$) bulunmuştur.

- Hekimlerin uzmanlık alanları ile yasal mevzuat bilgi eksikliği konularında sorun yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,04) bulunmuştur (Ek 8).

Daha önceden ön görülebileceği şekilde çocuk hastalıkları uzmanları çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışmasını daha fazla yaşamaktadır. Çocuk hastalıkları uzmanlarının % 38,6'sı çocuk hastada hasta yakını ile sık çatışma yaşadıklarını, % 50'si arada bir çatışma yaşadıklarını, % 11,4'ü çatışma yaşamadıklarını belirtmiştir. Dahili olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerin % 15,8'i çocuk hastada hasta yakını ile sık çatışma yaşadıklarını, % 32,9'u arada bir çatışma yaşadıklarını, % 51,3'ü çatışma yaşamadıklarını belirtmiştir. Cerrahi olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerde ise bu oranlar sırasıyla % 28,5, % 40,5 ve % 31 olarak bulunmuştur (Tablo 5.13).

Tablo 5.13. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Çocuk Hastada Hasta Yakınıyla Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Çocuk Hastada Hasta Yakınıyla Çatışma Yaşama Sıklığı** | | **Uzmanlık Alanları** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Dahili** | **Cerrahi** | **Çocuk** | |
| Evet, çok sık | N | 2 | 12 | 4 | 18 |
| | % | 2,6 | 10,4 | 9,1 | 7,6 |
| Oldukça sık | N | 10 | 21 | 13 | 44 |
| | % | 3,2 | 18,1 | 29,5 | 18,6 |
| Arada bir | N | 25 | 47 | 22 | 94 |
| | % | 32,9 | 40,5 | 50,0 | 39,8 |
| Çok nadir | N | 12 | 21 | 5 | 38 |
| | % | 15,8 | 18,1 | 11,4 | 16,1 |
| Hayır, hiç | N | 27 | 15 | 0 | 42 |
| | % | 35,5 | 12,9 | 0 | 17,8 |
| Toplam | N | 76 | 116 | 44 | 236 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

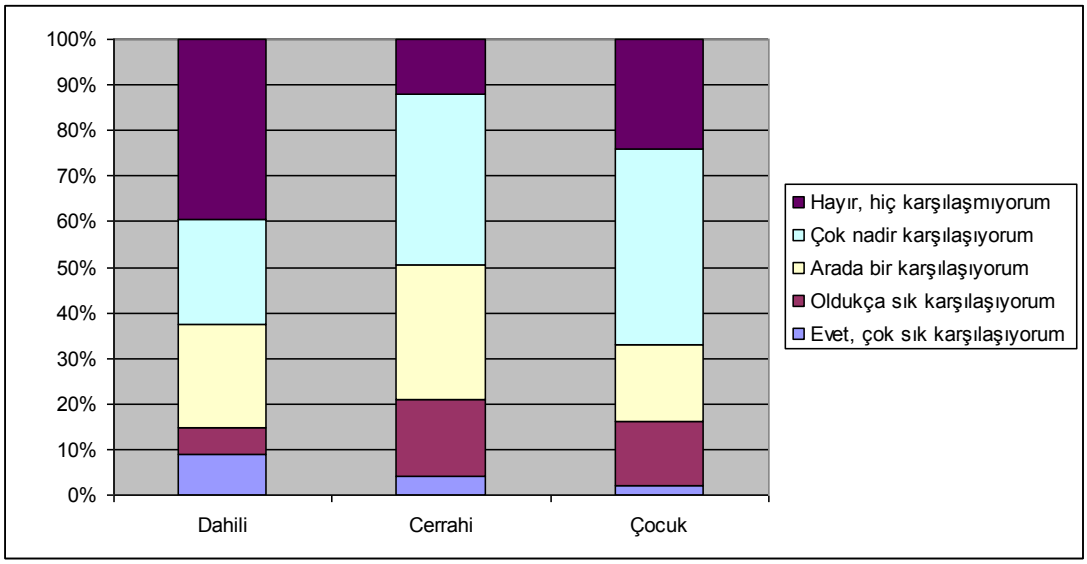



Şekil 5.11. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Çocuk Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Kruskal-Wallis, $p<0,001$)

Çocuk hastalıkları uzmanları "canlandırma yapmayınız komutları", tedaviye başlamama veya tedaviyi sonlandırma konularında etik ikilemlerle % 16,7 oranında sık karşılaştığını, % 16,7 oranında arada bir karşılaştıklarını, % 66,7 oranında karşılaşmadığını belirtmişlerdir. Dahili olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerin % 15,1'i yaşamın sonunda alınan kararlarda etik ikilemlerle sık karşılaştığını, % 22,5'i arada bir karşılaştığını, % 62,5'i karşılaşmadığını belirtmiştir. Cerrahi olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerde ise bu oranlar sırasıyla % 20,3, % 30,1 ve % 49,6 olarak bulunmuştur (Tablo 5.14).

Tablo 5.14. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Canlandırma yapmayınız, tedavinin Başlanmaması, sonlandırılması konularında etik ikilem yaşama sıklığı** | | **Uzmanlık Alanları** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Dahili** | **Cerrahi** | **Çocuk** | |
| Evet, çok sık | N | 7 | 4 | 1 | 12 |
| | % | 8,8 | 3,5 | 2,4 | 5,1 |
| Oldukça sık | N | 5 | 19 | 6 | 30 |
| | % | 6,3 | 16,8 | 14,3 | 12,8 |
| Arada bir | N | 18 | 34 | 7 | 59 |
| | % | 22,5 | 30,1 | 16,7 | 25,1 |
| Çok nadir | N | 18 | 43 | 18 | 79 |
| | % | 22,5 | 38,1 | 42,9 | 33,6 |
| Hayır, hiç | N | 32 | 13 | 10 | 55 |
| | % | 40,0 | 11,5 | 23,8 | 23,4 |
| Toplam | N | 80 | 113 | 42 | 235 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

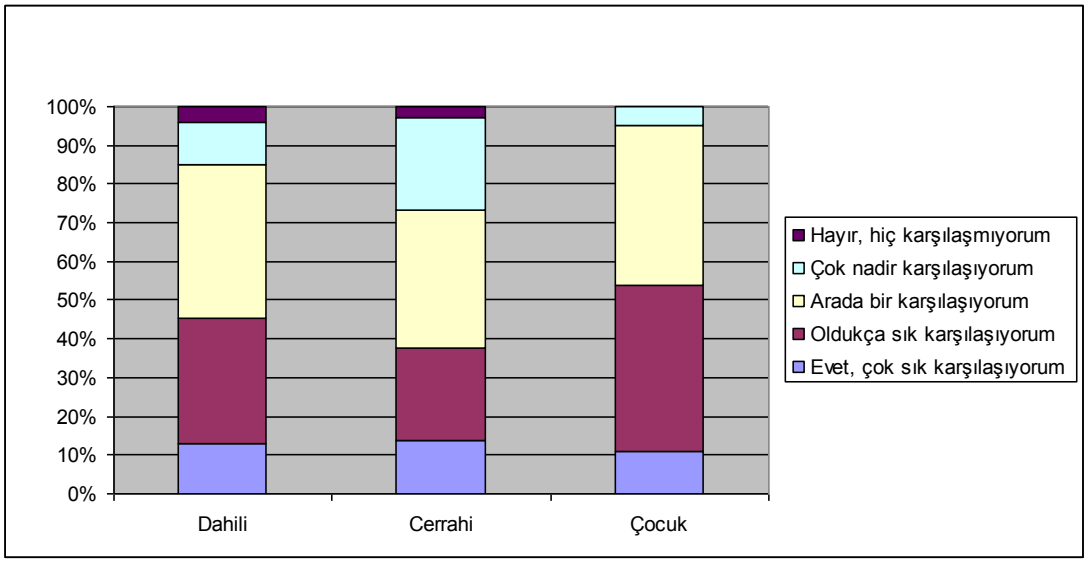



Şekil 5.12. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Kruskal-Wallis, p=0,006)

Çocuk hastalıkları uzmanları % 54,6 oranında yasal mevzuat konusunda sıklıkla sorun yaşadıklarını, % 40,9 oranında arada bir sorun yaşadıklarını, % 4,5 oranında sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Dahili olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimler ise % 45'i oranında yasal mevzuat konusunda sıklıkla sorun yaşadıklarını, % 40'ı arada bir sorun yaşadıklarını, % 15'i sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Cerrahi olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerde ise bu oranlar sırasıyla % 37, % 36,1 ve % 26,9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.15).

Tablo 5.15. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki

| **Yasal mevzuat bilgi eksikliği** | | **Uzmanlık Alanları** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nedeniyle sorun yaşama sıklığı** | | **Dahili** | **Cerrahi** | **Çocuk** | |
| Evet, çok sık | N | 10 | 16 | 5 | 31 |
| | % | 12,5 | 13,5 | 11,4 | 12,8 |
| Oldukça sık | N | 26 | 28 | 19 | 73 |
| | % | 32,5 | 23,5 | 43,2 | 30,0 |
| Arada bir | N | 32 | 43 | 18 | 93 |
| | % | 40,0 | 36,1 | 40,9 | 38,3 |
| Çok nadir | N | 9 | 28 | 2 | 39 |
| | % | 11,3 | 23,5 | 4,5 | 16,0 |
| Hayır, hiç | N | 3 | 4 | 0 | 7 |
| | % | 3,8 | 3,4 | 0,0 | 2,9 |
| Toplam | N | 80 | 119 | 44 | 243 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |



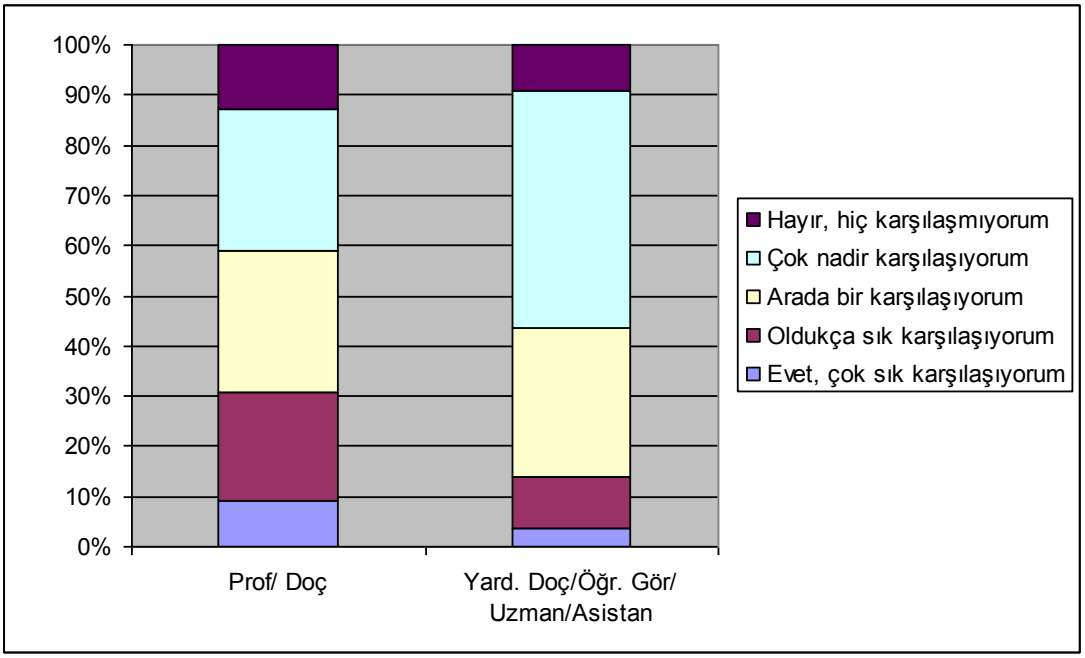

Şekil 5.13. Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki (Kruskal-Wallis, p=0,04)

**Hekimlerin Akademik Unvanları ile Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklıkları Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin akademik unvanları ile klinikte karşılaştıkları etik ikilemler arasında sadece aydınlatılmış onam konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U, p=0,02) görülmüştür. Profesörlerden ve doçentlerden oluşan birinci grupta aydınlatılmış onam konusunda etik ikilemleri sık yaşayanların oranı % 30,8 iken yardımcı doçent, öğretim görevlisi, uzman ve asistan hekimlerden oluşan ikinci grupta bu oran % 13,9'a düşmüştür. Birinci grupta aydınlatılmış onam sürecinde arada bir etik sorunla karşılaşanların oranı % 28,2 iken ikinci grupta % 29,7'dir. Birinci grupta aydınlatılmış onam ile ilgili etik sorun yaşamadıklarını söyleyenlerin oranı % 41 iken ikinci grupta bu oran % 56,4'e yükselmektedir (Tablo 5.16). Bu sonuç akademik unvan arttıkça hekimlerin hasta tanı/tedavi kararlarında asıl karar verici konumda olmaları ile uyumludur.

Tablo 5.16. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Aydınlatılmış Onamla İlgili Etik İkilem Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki

| **Aydınlatılmış onamla ilgili etik ikilem yaşama sıklığı** | | **Akademik Unvan** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Prof/ Doç** | **Yard. Doç. Öğr. Gör/ Uzman Asistan** | |
| Evet, çok sık | N | 7 | 6 | 13 |
| | % | 9,0 | 3,6 | 5,3 |
| Oldukça sık | N | 17 | 17 | 34 |
| | % | 21,8 | 10,3 | 14,0 |
| Arada bir | N | 22 | 49 | 71 |
| | % | 28,2 | 29,7 | 29,2 |
| Çok nadir | N | 22 | 78 | 100 |
| | % | 28,2 | 47,3 | 41,2 |
| Hayır, hiç | N | 10 | 15 | 25 |
| | % | 12,8 | 9,1 | 10,3 |
| Toplam | N | 78 | 165 | 243 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.14. Hekimlerin Akademik Unvanları ile Hekimlerin Aydınlatılmış Onamla İlgili Etik İkilem Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U, p=0,02)

**Hekimin Etik Eğitimi Alıp/Almama Durumları ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin etik eğitimi alıp almama durumları ile klinikte etik ikilemlerle karşılaşma sıklıkları arasında (Mann-Whitney U ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek 8).

**Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklıkları Arasındaki İlişki**

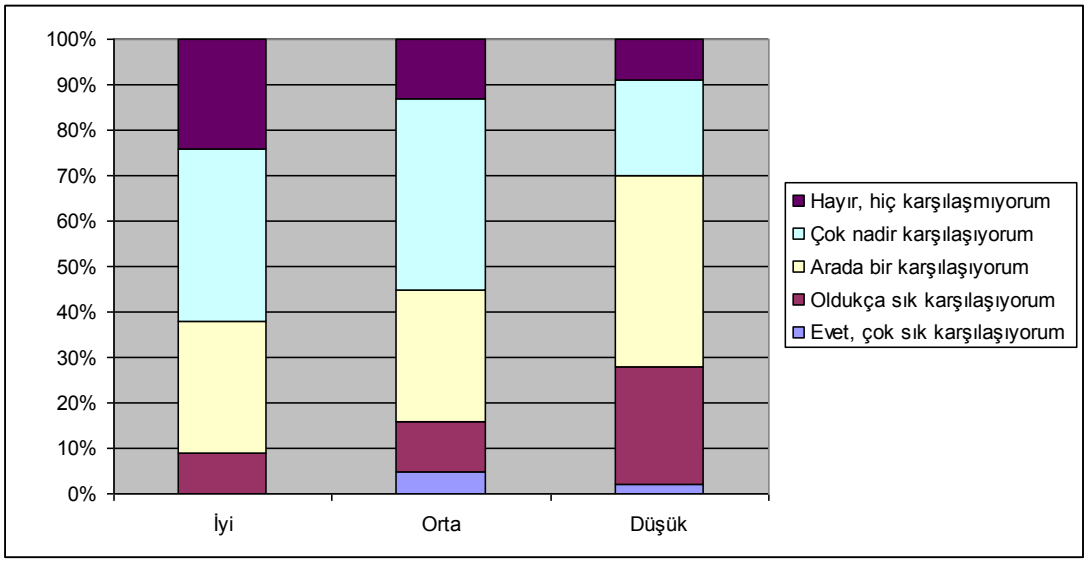
Araştırmaya katılan hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri ile hekimlerin klinikte iki etik ikilemle karşılaşma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

- Hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri ile hekimlerin tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalarla ilgili sorun yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis p=0,006) bulunmuştur.
- Hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri ile yasal mevzuat bilgi eksikliği yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis p=0,03) bulunmuştur (Ek 8).

Araştırmaya katılan hekimlerden teorik etik bilgisinin iyi olduğunu belirtenlerin % 9,5'i tedavi yanılsaması ile ilgili etik ikilemlerle sık karşılaştıklarını belirtirken, etik bilgisinin orta derecede olduğunu ifade edenlerde bu oran % 16, düşük olduğunu söyleyenlerde % 17 olarak bulunmuştur. Etik bilgisinin iyi olduğunu düşünen hekimlerin % 28,6'sı tedavi yanılsaması ile ilgili etik sorunlarla arada bir karşılaştığını belirtirken, etik bilgisi orta derecede olanlarda bu oran % 29,3'e, etik bilgisi düşük olanlarda bu oran % 31,5'e çıkmaktadır. Kendi etik bilgisini iyi olarak değerlendiren hekimlerin % 62,9'u tedavi yanılsaması ile ilgili etik sorunlarla karşılaşmadığını ifade ederken, etik bilgisi orta olanlarda bu oran % 54,7'ye, etik bilgisi düşük olanlarda % 51,4'e düşmektedir (Tablo 5.17).

Tablo 5.17. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile Tedaviyle Birlikte Planlanan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Sorun Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki

| **Tedaviyle Birlikte Planlanan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Sorun Yaşama Sıklıkları** | | **Etik Bilgisi Değerlendirme** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **İyi** | **Orta** | **Düşük** | |
| Evet, çok sık | N | 0 | 8 | 1 | 9 |
| | % | 0,0 | 5,3 | 2,3 | 3,8 |
| Oldukça sık | N | 4 | 16 | 11 | 31 |
| | % | 9,5 | 10,7 | 25,6 | 13,2 |
| Arada bir | N | 12 | 44 | 18 | 74 |
| | % | 28,6 | 29,3 | 41,9 | 31,5 |
| Çok nadir | N | 16 | 63 | 9 | 88 |
| | % | 38,1 | 42,0 | 20,9 | 37,4 |
| Hayır, hiç | N | 10 | 19 | 4 | 33 |
| | % | 23,8 | 12,7 | 9,3 | 14,0 |
| Toplam | N | 42 | 150 | 43 | 235 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

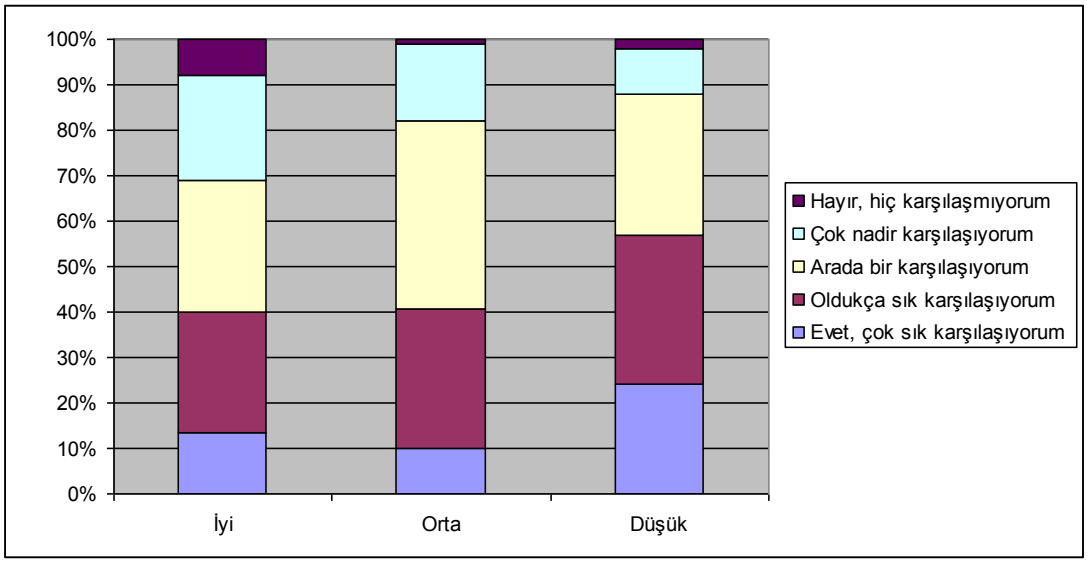



Şekil 5.15. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile Tedaviyle Birlikte Planlanan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Sorun Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki (Kruskal-Wallis p=0,006)

Araştırmaya katılan hekimlerden teorik etik bilgisinin iyi olduğunu belirtenlerin % 35,7'si yasal mevzuat bilgisi eksikliği ile ilgili sorunlarla sık karşılaştıklarını belirtirken, etik bilgisinin orta derecede olduğunu ifade edenlerde bu oran % 40,2, düşük olduğunu söyleyenlerde % 57,1 olarak bulunmuştur. Etik bilgisinin iyi olduğunu düşünen hekimlerin % 35,7'si yasal mevzuat bilgi eksikliği ile ilgili sorunlarla arada bir karşılaştığını belirtirken, etik bilgisi orta derecede olanlarda bu oran % 41,6'ya, etik bilgisi düşük olanlarda bu oran % 31'e düşmektedir. Etik bilgisi iyi olan hekimlerin % 28,5'i yasal mevzuat bilgi eksikliği ile ilgili sorunlarla karşılaşmadığını ifade ederken, etik bilgisi orta derecede olanlarda bu oran % 18,2'ye, etik bilgisi düşük olanlarda ise % 11,9'a düşmektedir (Tablo 5.18).

Tablo 5.18. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisini Değerlendirmeleri ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Nedeniyle Sorun Yaşama Sıklıkları Arasındaki İlişki

| **Yasal Mevzuat Bilgisi Eksikliği Nedeniyle Sorun Yaşama Sıklığı** | | **Etik Bilgisi Değerlendirme** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **İyi** | **Orta** | **Düşük** | |
| Evet, çok sık | N | 5 | 15 | 10 | 30 |
| | % | 11,9 | 9,7 | 23,8 | 12,6 |
| Oldukça sık | N | 10 | 47 | 14 | 71 |
| | % | 23,8 | 30,5 | 33,3 | 29,8 |
| Arada bir | N | 15 | 64 | 13 | 92 |
| | % | 35,7 | 41,6 | 31,0 | 38,7 |
| Çok nadir | N | 9 | 26 | 4 | 39 |
| | % | 21,4 | 16,9 | 9,5 | 16,4 |
| Hayır, hiç | N | 3 | 2 | 1 | 6 |
| | % | 7,1 | 1,3 | 2,4 | 2,5 |
| Toplam | N | 42 | 154 | 42 | 238 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.16. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgisini Değerlendirmeleri ile Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgi Eksikliği Nedeniyle Sorun Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Kruskal-Wallis p=0,03)

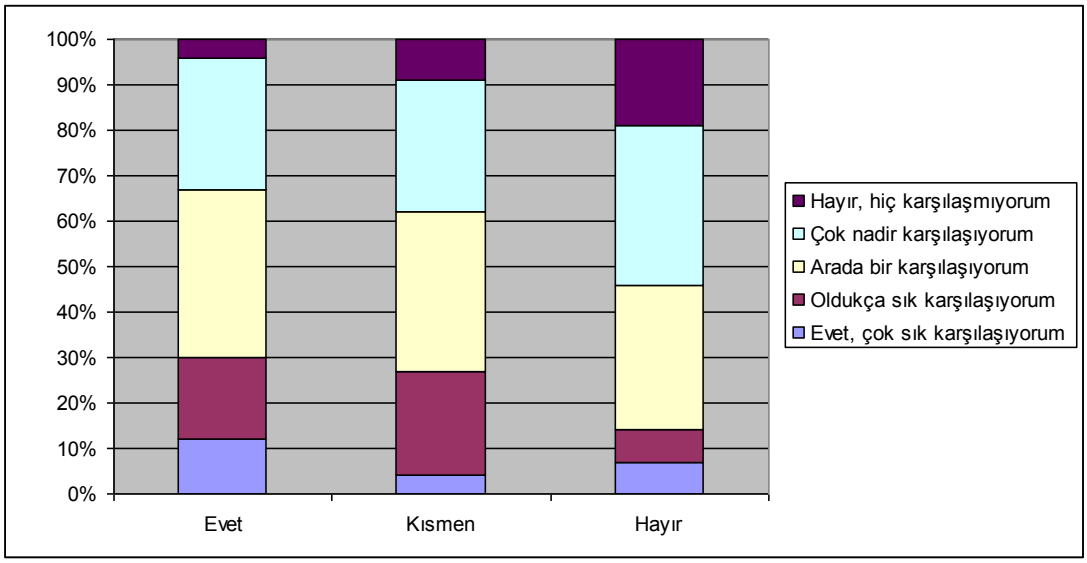
**Hekimlerin Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmaması ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin hasta tanı/tedavi süreçlerinde karar verici konumda olmaları ile klinikte mahremiyetin korunması ile ilgili etik ikilem yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,03) bulunmuştur (Ek 8).

Araştırmaya katılan hekimlerden hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olanların hasta mahremiyetinin korunmasında etik ikilemle karşılaşma sıklığı % 29,8 iken kısmen karar verici konumda olanlarda bu oran % 26,5'e, karar verici konumda olamayan hekimlerde ise % 13'e düşmektedir. Karar verici konumda olan hekimlerin % 37,2'si arada bir mahremiyetin korunması ile ilgili etik sorun yaşarken, bu oran kısmen karar verici olanlarda % 35,4'e, karar verici konumda olmayanlarda % 32,3'e düşmektedir. Tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olup mahremiyetin korunması ile ilgili etik ikilem yaşamadığını ifade eden hekim oranı % 33 iken, kısmen karar verici konumda olan hekimlerde % 38, karar verici olmayan hekimlerde % 54,9 olarak bulunmuştur (Mantel-Haenszel, p=0,007) (Tablo 5.19).

Tablo 5.19. Hekimlerin Hasta Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumları ile Hastanın Mahremiyetinin Korunmasında Etik İkilem Yaşama Sıkılığı Arasındaki İlişki

| **Hastanın Mahremiyetinin Korunmasında Etik İkilem Yaşama Sıklığı** | | **Tanı/tedavi sürecinde karar verici olma durumu** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 11 | 4 | 2 | 17 |
| | % | 11,7 | 3,5 | 6,5 | 7,1 |
| Oldukça sık | N | 17 | 26 | 2 | 45 |
| | % | 18,1 | 23,0 | 6,5 | 18,9 |
| Arada bir | N | 35 | 40 | 10 | 85 |
| | % | 37,2 | 35,4 | 32,3 | 35,7 |
| Çok nadir | N | 27 | 33 | 11 | 71 |
| | % | 28,7 | 29,2 | 35,5 | 29,8 |
| Hayır, hiç | N | 4 | 10 | 6 | 20 |
| | % | 4,3 | 8,8 | 19,4 | 8,4 |
| Toplam | N | 94 | 113 | 31 | 238 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.17. Hekimlerin Hasta Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumu ile Hastanın Mahremiyetinin Korunmasında Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Mantel-Haenszel, p=0,007)

**Hekimin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile klinikte karşılaştıkları 6 etik ikilemle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

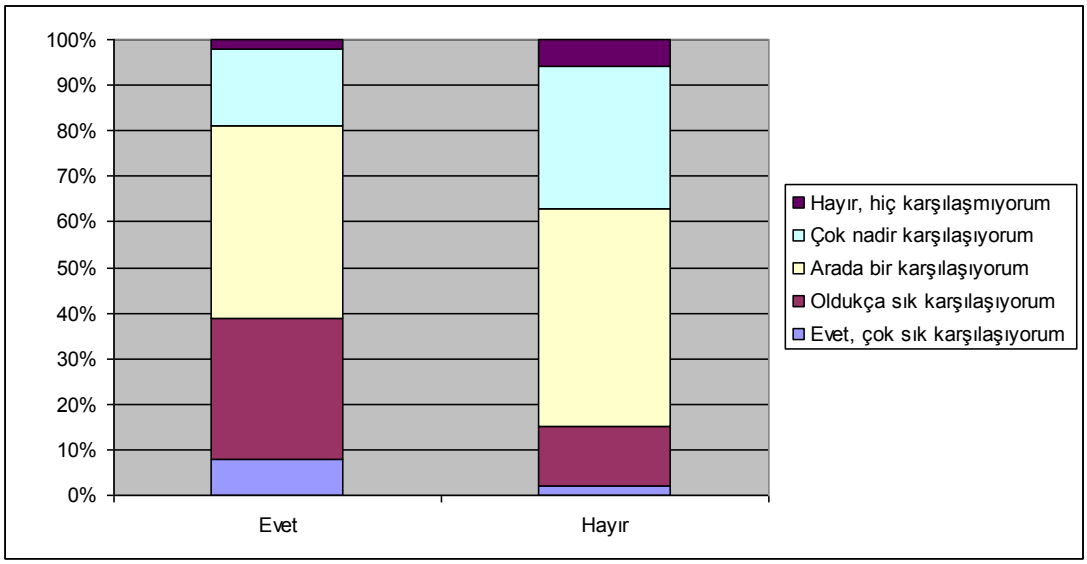
- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile hekimlerin klinikte bilinci açık hastada hasta ve hasta yakını ile çatışma yaşama sıklığı arasında (Mann-Whitney U $p<0,001$)
- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile bilinci kapalı hastada hasta yakını ile çatışma sıklığı arasında (Mann-Whitney U $p<0,001$)
- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile çocuk hastada hasta yakını ile çatışma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p=0,034$) bulunmuştur (Ek 8).
- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile canlandırmayınız komutları tedavinin başlanmaması, sonlandırılması konusunda etik ikilemle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p<0,001$) bulunmuştur (Ek 8).

- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile boşuna tedavi kararlarında etik ikilemle karşılaşma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U p<0,001) bulunmuştur (Ek 8).
- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile idare ile sorun yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U p<0,001) bulunmuştur (Ek 8).

Beklenildiği üzere yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimler yaşamında sonunda verilen etik kararlarla daha sık yüz yüze gelmektedirler. Çalışma yaşamının herhangi bir döneminde yoğun bakım ünitesinde çalışmış olan hekimlerin bilinci açık hastada hasta/ hasta yakını ile sık çatışma yaşama oranı % 38,6 iken yoğun bakım ünitesinde çalışmamış hekimlerde oran % 15,4'e düşmektedir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerde bilinci açık hastada arada bir çatışma yaşama oranı % 42,3, çalışmamış hekimlerde % 48,1'dir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerde bu durumla karşılaşmama oranı % 19,1 iken çalışmamış hekimlerde % 36,6 olarak bulunmuştur (Tablo 5.20).

Tablo 5.20. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Açık Hastada Hasta/Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Bilinci açık hastada hasta/hasta yakını sağlık personeli çatışma yaşama sıklığı** | | **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 16 | 1 | 17 |
| | % | 8,2 | 1,9 | 6,9 |
| Oldukça sık | N | 59 | 7 | 66 |
| | % | 30,4 | 13,5 | 26,8 |
| Arada bir | N | 82 | 25 | 107 |
| | % | 42,3 | 48,1 | 43,5 |
| Çok nadir | N | 33 | 16 | 49 |
| | % | 17,0 | 30,8 | 19,9 |
| Hayır, hiç | N | 4 | 3 | 7 |
| | % | 2,1 | 5,8 | 2,8 |
| Toplam | N | 194 | 52 | 246 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

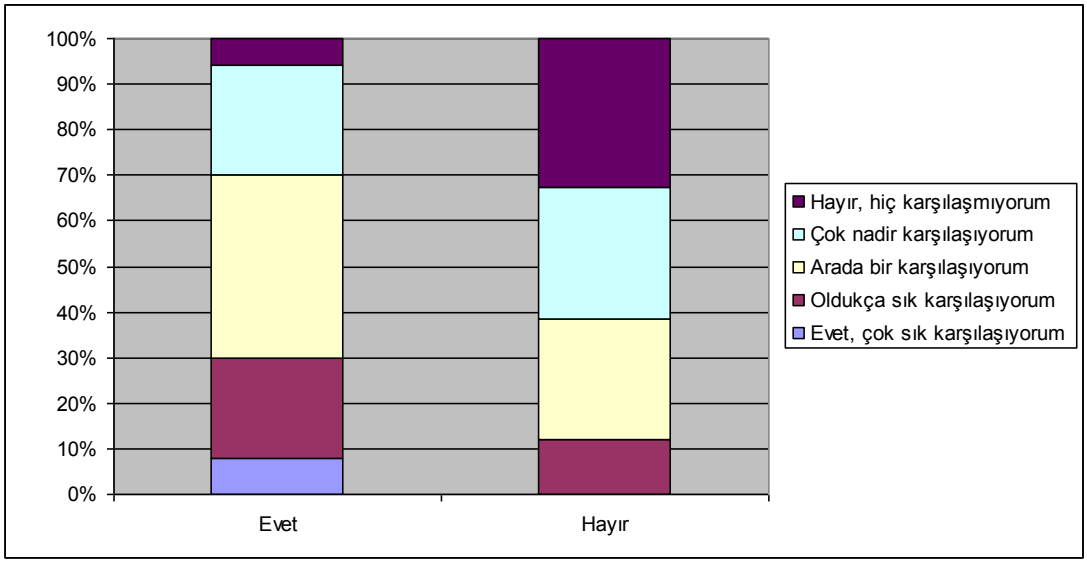



Şekil 5.18. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Açık Hastada Hasta/Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U p<0,001)

Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin bilinci kapalı hastada hasta yakını ile sık çatışma yaşama oranı % 30,2 iken çalışmamış hekimlerde bu oran % 11,5'dir. Arada bir çatışma ile karşılaşma oranı ise yoğun bakım çalışanlarında % 40,1 iken yoğun bakımda çalışmayanlarda % 26,9'dur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış olup bilinci kapalı hastada çatışma ile karşılaşmayan hekim oranı % 29,7 iken, çalışmamış hekimlerde oran % 61,5'e çıkmaktadır (Tablo 5.21).

Tablo 5.21. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Kapalı Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Bilinci kapalı hastada hasta yakını sağlık personeli çatışma yaşama sıklığı** | | **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 16 | 0 | 16 |
| | % | 8,3 | 0,0 | 6,6 |
| Oldukça sık | N | 42 | 6 | 48 |
| | % | 21,9 | 11,5 | 19,7 |
| Arada bir | N | 77 | 14 | 91 |
| | % | 40,1 | 26,9 | 37,3 |
| Çok nadir | N | 46 | 15 | 61 |
| | % | 24,0 | 28,8 | 25,0 |
| Hayır, hiç | N | 11 | 17 | 28 |
| | % | 5,7 | 32,7 | 11,5 |
| Toplam | N | 192 | 52 | 244 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

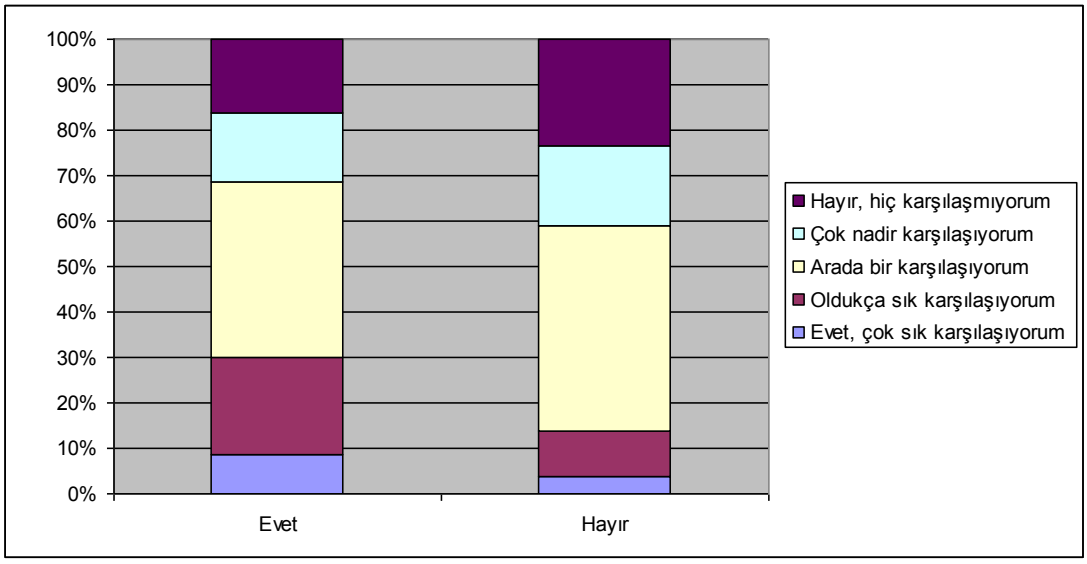



Şekil 5.19. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Bilinci Kapalı Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U $p<0,001$)

Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin çocuk hastada ebeveynle sık çatışma yaşama oranı % 29,9 iken çalışmamış hekimlerde bu oran % 13,7'dir. Arada bir çatışma yaşama oranı ise yoğun bakım çalışanlarında % 38,6 iken yoğun bakımda çalışmayanlarda % 45,1'dir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış olup çocuk hastada çatışma ile karşılaşmayan hekim oranı % 31,5 iken, çalışmamış hekimlerde bu oran % 41,1'e çıkmaktadır (Tablo 5.22).

Tablo 5.22. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Çocuk Hastada Hasta Yakını ile Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışma yaşama sıklığı** | | **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 16 | 2 | 18 |
| | % | 8,7 | 3,9 | 7,7 |
| Oldukça sık | N | 39 | 5 | 44 |
| | % | 21,2 | 9,8 | 18,7 |
| Arada bir | N | 71 | 23 | 94 |
| | % | 38,6 | 45,1 | 40,0 |
| Çok nadir | N | 28 | 9 | 37 |
| | % | 15,2 | 17,6 | 15,7 |
| Hayır, hiç | N | 30 | 12 | 42 |
| | % | 16,3 | 23,5 | 17,9 |
| Toplam | N | 184 | 51 | 235 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

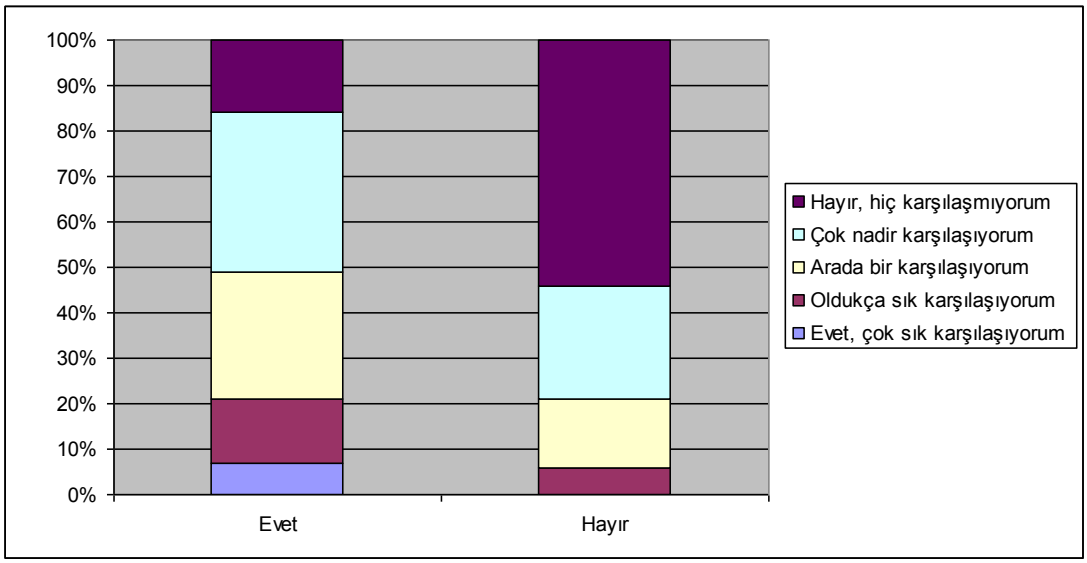



Şekil 5.20. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Çocuk Hastada Hasta Yakınıyla Çatışma Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U p=0,034)

Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 21'i "canlandırma yapmayınız komutları", "tedaviye başlamama", "tedaviyi sonlandırma" gibi yaşamın sonu ile ilgili etik ikilemlerle sık karşılaştığını belirtirken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 6,3 olarak bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışmış hekimlerin % 28'i arada bir bu sorunla karşılaştığını ifade ederken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 14,6 olarak bulunmuştur. Yoğun bakım hekimlerinin yaklaşık yarısı (% 51,1) yaşamın sonu ile ilgili etik ikilemlerle karşılaşmadığını ifade ederken bu oran yoğun bakımda çalışmayan hekimlerde % 79,2'ye çıkmaktadır (Tablo 5.23).

Tablo 5.23. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Canlandırma yapmayınız (DNR) Tedaviye Başlamama Tedavi Sonlandırma konusunda Etik ikilem yaşama sıklığı** | | **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 12 | 0 | 12 |
| | % | 6,5 | 0,0 | 5,1 |
| Oldukça sık | N | 27 | 3 | 30 |
| | % | 14,5 | 6,3 | 12,8 |
| Arada bir | N | 52 | 7 | 59 |
| | % | 28,0 | 14,6 | 25,2 |
| Çok nadir | N | 66 | 12 | 78 |
| | % | 35,5 | 25,0 | 33,3 |
| Hayır, hiç | N | 29 | 26 | 55 |
| | % | 15,6 | 54,2 | 23,5 |
| Toplam | N | 186 | 48 | 234 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

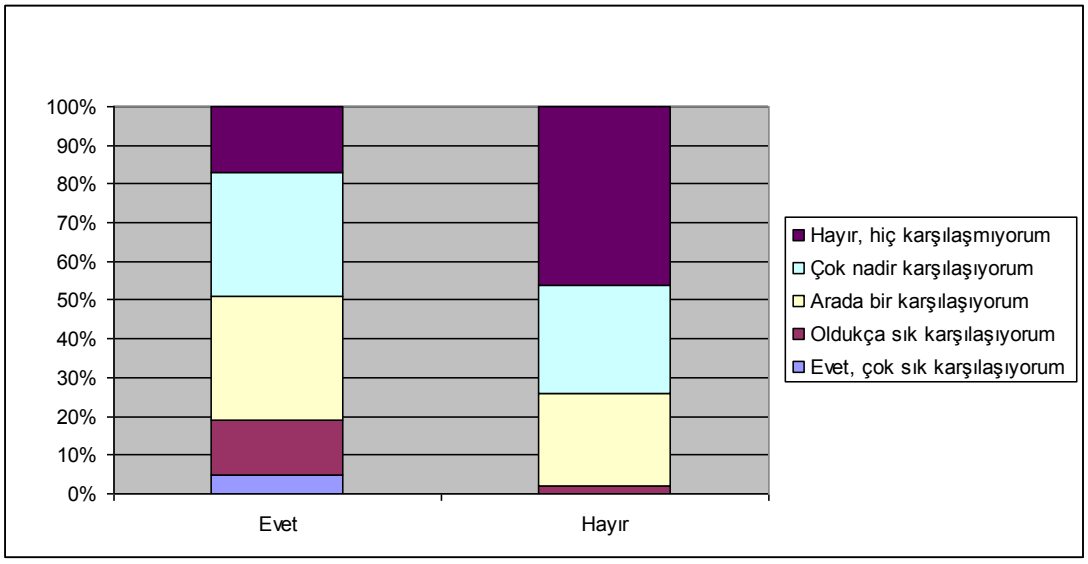



Şekil 5.21. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Yaşamın Sonunda Alınan Kararlarda Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U $p<0,001$)

Yoğun bakım ünitelerinde yaşanan önemli etik ikilemlerden biri de boşuna tedavi konularıdır. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 18,8'i boşuna tedaviyle ilgili etik ikilemlerle sık karşılaştığını belirtirken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 2 olarak bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışmış hekimlerin % 31,9'u arada bir bu sorunla karşılaştığını ifade ederken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 24 olarak bulunmuştur. Yoğun bakım hekimlerinin yaklaşık yarısı (% 49,3) boşuna tedavi ile ilgili sorunla karşılaşmadığını ifade ederken bu oran yoğun bakımda çalışmayan hekimlerde % 74'e çıkmaktadır (Tablo 5.24).

Tablo 5.24. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Boşuna Tedavi Kararlarında Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **Boşuna Tedavi konusunda Etik ikilem yaşama sıklığı** | | **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 9 | 0 | 9 |
| | % | 4,7 | 0, | 3,7 |
| Oldukça sık | N | 27 | 1 | 28 |
| | % | 14,1 | 2,0 | 11,6 |
| Arada bir | N | 61 | 12 | 73 |
| | % | 31,9 | 24,0 | 30,3 |
| Çok nadir | N | 62 | 14 | 76 |
| | % | 32,5 | 28,0 | 31,5 |
| Hayır, hiç | N | 32 | 23 | 55 |
| | % | 16,8 | 46,0 | 22,8 |
| Toplam | N | 191 | 50 | 241 |
| | % | 100 | 100 | 100 |

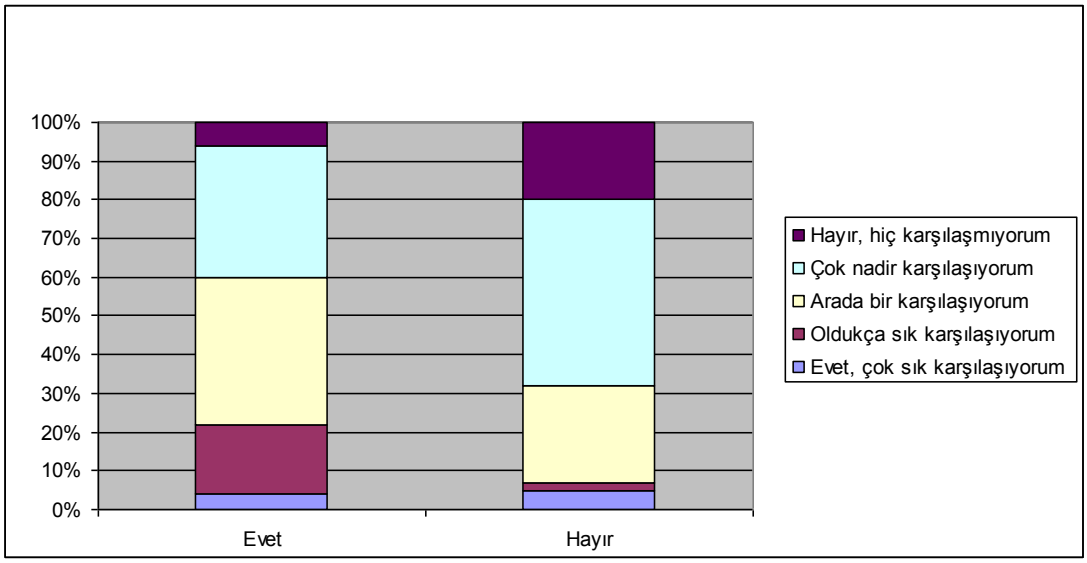



Şekil 5.22. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Boşuna Tedavi Kararlarında Etik İkilem Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U p<0,001)

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimler idare ile daha fazla sorun yaşamaktadır. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 22'si sıklıkla idare ile sorun yaşarken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 6,8'e düşmektedir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin % 38,5'i, çalışmayan hekimlerin ise % 25'i idare ile arada bir sorun yaşadığını ifade etmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin % 39,6'sı idare ile sorun yaşamadığını belirtirken bu oran yoğun bakımda çalışmayan hekimlerde % 68,2'ye kadar çıkmaktadır (Tablo 5.25).

Tablo 5.25. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ve İdare ile Sorun Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki

| **İdare ile sorun Yaşama sıklığı** | | **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Evet, çok sık | N | 8 | 2 | 10 |
| | % | 4,4 | 4,5 | 4,4 |
| Oldukça sık | N | 32 | 1 | 33 |
| | % | 17,6 | 2,3 | 14,6 |
| Arada bir | N | 70 | 11 | 81 |
| | % | 38,5 | 25,0 | 35,8 |
| Çok nadir | N | 62 | 21 | 83 |
| | % | 34,1 | 47,7 | 36,7 |
| Hayır, hiç | N | 10 | 9 | 19 |
| | % | 5,5 | 20,5 | 8,4 |
| Toplam | N | 182 | 44 | 226 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.23. Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile İdare ile Sorun Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki (Mann-Whitney U p<0,001)

**Hekimin Hastalık Öyküsü Varlığı ile Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişki**

Araştırmaya katılan hekimlerin kendilerinin ve ya bir yakınlarının ciddi bir hastalık geçirip/geçirmeme durumları ile klinikte etik ikilemlerle karşılaşma sıklıkları arasında (Mann-Whitney U) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek8).

### 5.4.8.Vaka Değerlendirme

Anket içinde birincisi Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde yaşanmış olan, ikincisi *Clinical Ethics* (14) kitabından alınan iki vaka kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerden kendilerini vakada geçen hastadan birincil sorumlu hekimi yerine koyarak sorulara cevap vermeleri istenmiştir.

Birinci vaka, bilinci kapalı hastada hasta yakını ile çatışma yaşama ve boşuna tedavi ile ilgili etik ikilemler içermektedir. Vakada doktor olan, 84 yaşındaki erkek hastanın birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Son bir yılda üç kez yoğun bakıma alınmıştır. Yoğun bakım ünitesine alındığı son seferde kalbi durmuş ve hasta şoka girmiştir. Gerekli müdahalelerden sonra hasta şoktan çıkmıştır ancak bilinci kapalıdır. Nörolojik konsültasyonda bitkisel yaşama girdiği kararına varılmış ancak MR istenmiştir. Hastaya MR çekilmesi sorunlu olduğundan istenilen tetkikler tamamlanamamıştır. Sonuç olarak bilinci kapalıdır, solunum cihazına bağlıdır, nazogastrik tüple beslenmektedir. Hasta bilinci açıkken daha fazla invaziv girişim istemediğini belirtmiştir. Vaka ile ilgili sorularda iki ayrı durum tanımlanmıştır. Birinci durumda aile hastanın isteğini kabul etmekte, ikinci durumda ise hastanın isteğine rağmen hastaya sonuna kadar ne yapılması gerekiyorsa onun yapılmasında ısrar etmektedirler.

Tablo 5.26. Vaka Değerlendirme

| **Birinci Vaka- A** | **Frekans** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| Babacıl tutum | 51 | 21,7 |
| Hasta özerkliğine saygı | 138 | **58,7** |
| Canlandırma uygulamayınız komutları | 46 | 19,6 |
| Toplam | 235 | 100,0 |
| **Birinci Vaka- B** | **Frekans** | **Yüzde** |
| Babacıl tutum | 82 | 34,5 |
| Hasta özerkliğine saygı | 71 | **29,8** |
| Hasta yakını görüşü | 44 | 18,5 |
| Canladırma uygulamayınız komutları | 41 | 17,2 |
| Toplam | 238 | 100,0 |
| **İkinci vaka** | **Frekans** | **Yüzde** |
| Babacıl tutum | 44 | 18,4 |
| Hasta yakını ikna | 123 | 51,5 |
| Hasta özerkliğine saygı | 72 | **30,1** |
| Toplam | 239 | 100,0 |

Birinci vakanın birinci durumunda (hasta yakını hasta ile aynı görüşü paylaşmaktadır, çatışma yoktur) araştırmaya katılan hekimlerin % 58,7'si hasta özerkliğine saygı çerçevesinde davranacaklarını belirtmişlerdir. 15 hekim bu soruyu cevapsız bırakmıştır (Tablo 5.26).

Birinci vakanın ikinci durumunda ise hasta ile hasta yakınlarının aynı görüşte olmaması bilinci kapalı hastada hasta yakını ile çatışma yaşanmasına ve hekimlerin etik ikileme düşmelerine neden olmaktadır. Bir önceki durumda hekimlerin yaklaşık beşte üçü hastanın özerkliğine saygı gösterirken, hasta yakınlarının farklı düşündüğü ikinci durumda bu oran yarıya (% 29,8'e) düşmektedir (Tablo 5.26). Babacıl tutum gösteren hekim oranı bir önceki durumda % 21,7 iken ikinci durumda % 34,5'e çıkmıştır. Hastaya rağmen hasta yakınlarının görüşleri doğrultusunda hareket eden % 18,5 oranında hekim bulunmaktadır.

**İkinci Vaka**

İkinci vakada yeni doğanda boşuna tedavi kararları tartışılmaktadır. Biri özürlü üç çocuğu bulunan bir çift yeni doğan bebeklerine invaziv girişimde bulunulmamasını ve yeni doğana palyatif bakımın verilmesi istenmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin yarısı (% 51,2) hasta yakınını yapılacak işlemler için ikna etmeye çalışacaklarını, bundan sonra ailenin isteğini kabul edeceklerini belirtmişlerdir (Tablo 5.26). Bu vakada babacıl tutum içinde olan ailenin isteğine rağmen her türlü girişimi yapacağını belirten hekim oranı % 18,4'dür. Ailenin isteğine saygı duyarım diyen hekim oranı ise % 30,1'dir.

**Hekimlerin Etik Eğitimi Alıp/Almama Durumları ile Vakaları Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki**

Hekimlerin etik eğitimi alıp/almam durumları ile vakaları değerlendirmeleri arasında (Ki-kare, vaka 1A p=1, vaka 1B p=0,9, vaka 2 p=0,9) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

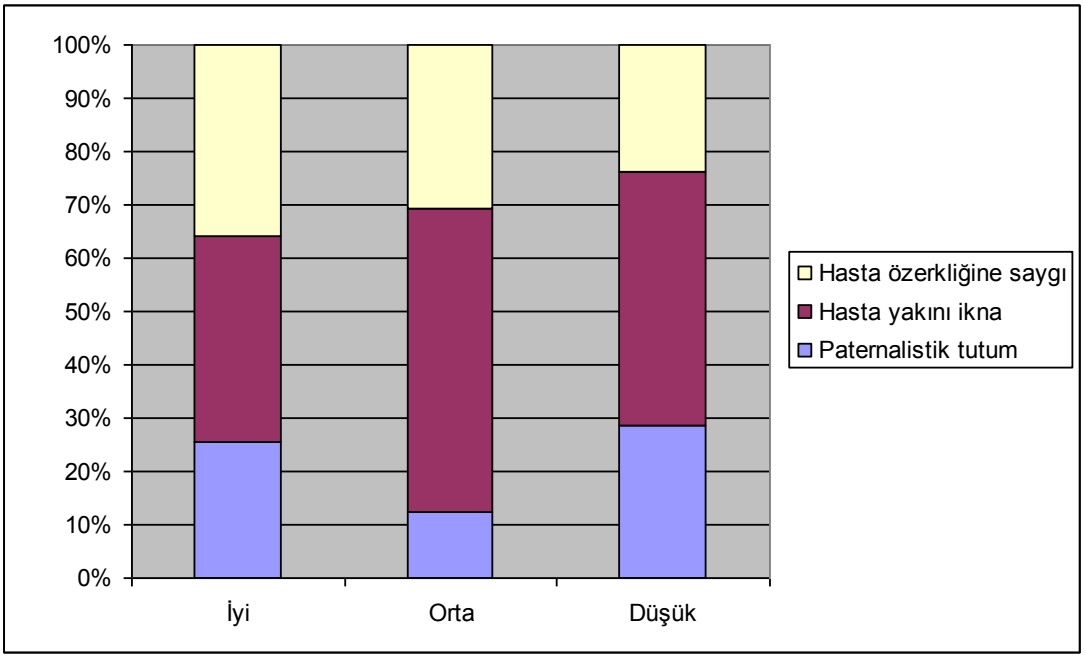
**Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile Vakaları Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki**

Hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri ile birinci vakayı değerlendirmelerinde (Ki-kare, vaka 1A p=0,3, vaka 1B p= 0,8) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İkinci vakada ise hekimlerin kendi etik bilgilerini değerlendirmeleri ile vakayı değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,04) bulunmuştur.

İkinci vakayı cevaplayan hekimlerde etik bilgi değerlendirme durumlarına bakıldığında etik bilgisinin iyi olduğunu ifade eden hekimlerin % 25,6'sı, etik bilgisinin temel düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 12,4'ü ve düşük olduğunu belirten hekimlerin % 28,6'sı babacıl tutum içinde olacaklarını söylemişlerdir. Etik bilgisinin iyi düzeyde olduğunu belirten hekimlerin %38,5'i, orta düzeyde olanları % 56,9'u ve düşük düzeyde olanların % 47,6'sı hasta yakınını ikna etmeye çalıştıktan sonra hasta yakının görüşüne uygun davranacaklarını belirtmişlerdir. Etik bilgisinin iyi düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 35,9'u, orta düzeyde olanları % 30,7'si ve düşük düzeyde olanların % 23,8'i hasta yakınını görüşü doğrultusunda davranacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 5.27).

Tablo 5.27. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

| **Vaka 2'nin Değerlendirilmesi** | | **Kendi Etik Bilgisini Değerlendirme** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **İyi** | **Orta** | **Düşük** | |
| Babacıl tutum | N | 10 | 19 | 12 | 41 |
| | % | 25,6 | 12,4 | 28,6 | 17,5 |
| Hasta yakını ikna | N | 15 | 87 | 20 | 122 |
| | % | 38,5 | 56,9 | 47,6 | 52,1 |
| Hasta özerkliğine saygı | N | 14 | 47 | 10 | 71 |
| | % | 35,9 | 30,7 | 23,8 | 30,3 |
| Toplam | N | 39 | 153 | 42 | 234 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.24. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki (Ki-kare p=0,04)

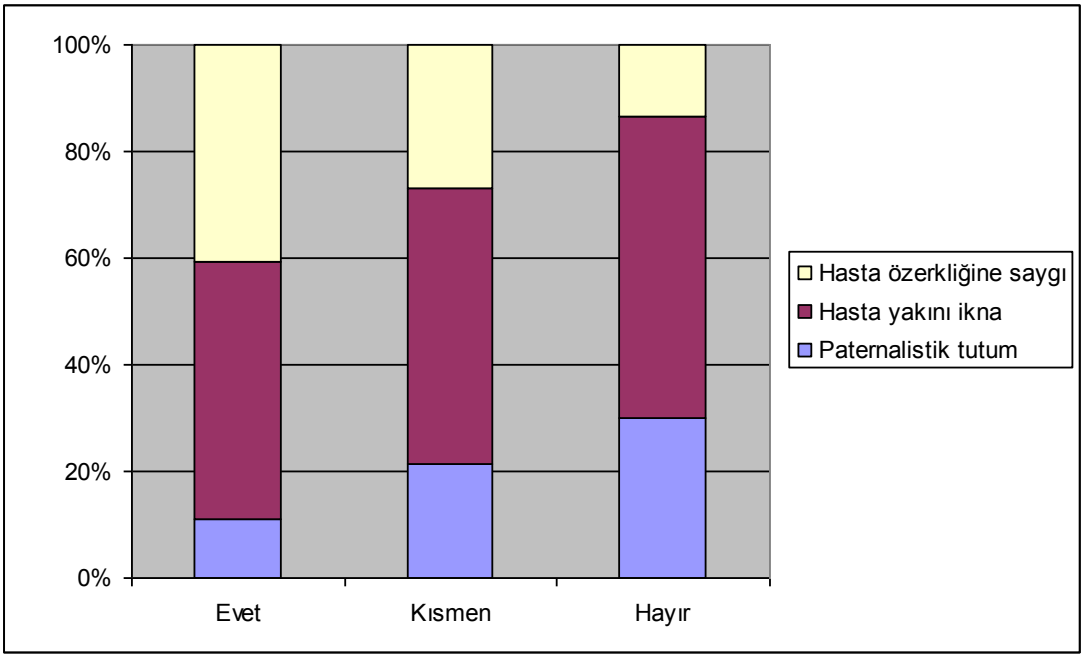
**Hekimlerin Hasta Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Konumunda Olup/Olmama Durumları ile Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki**

Hekimlerin hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olmaları ile birinci vakayı değerlendirmeleri arasında (Ki-kare, vaka 1A p=0,8, vaka 1B p=0,08) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İkinci vakada ise hekimlerin hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici olup/olmama durumları ile vakayı değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,02) bulunmuştur.

Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimlerin % 11'i, kısmen karar verici olanların % 21,4'ü ve karar verici konumda olmayanların % 30'u babacıl bir tutum izleyeceklerini belirtmişlerdir. Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimlerin % 48,4'ü, kısmen karar verici olanların % 51,8'i ve karar verici konumda olmayanların % 56,7'si hasta yakınını ikna etmeye çalıştıktan sonra hasta yakının görüşüne uygun davranacaklarını belirtmişlerdir. Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimlerin % 40,7'si, kısmen karar verici olanların % 26,8'i ve karar verici konumda olmayanların % 13,3'ü hasta yakınının görüşü doğrultusunda davranacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 5.28).

Tablo 5.28. Hekimlerin Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumları ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

| **Vaka 2'yi Değerlendirme** | | **Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumu** | | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** | |
| Babacıl tutum | N | 10 | 24 | 9 | 43 |
| | % | 11,0 | 21,4 | 30,0 | 18,5 |
| Hasta yakını ikna | N | 44 | 58 | 17 | 119 |
| | % | 48,4 | 51,8 | 56,7 | 51,1 |
| Hasta Özerkliğine Saygı | N | 37 | 30 | 4 | 71 |
| | % | 40,7 | 26,8 | 13,3 | 30,5 |
| Toplam | N | 91 | 112 | 30 | 233 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |



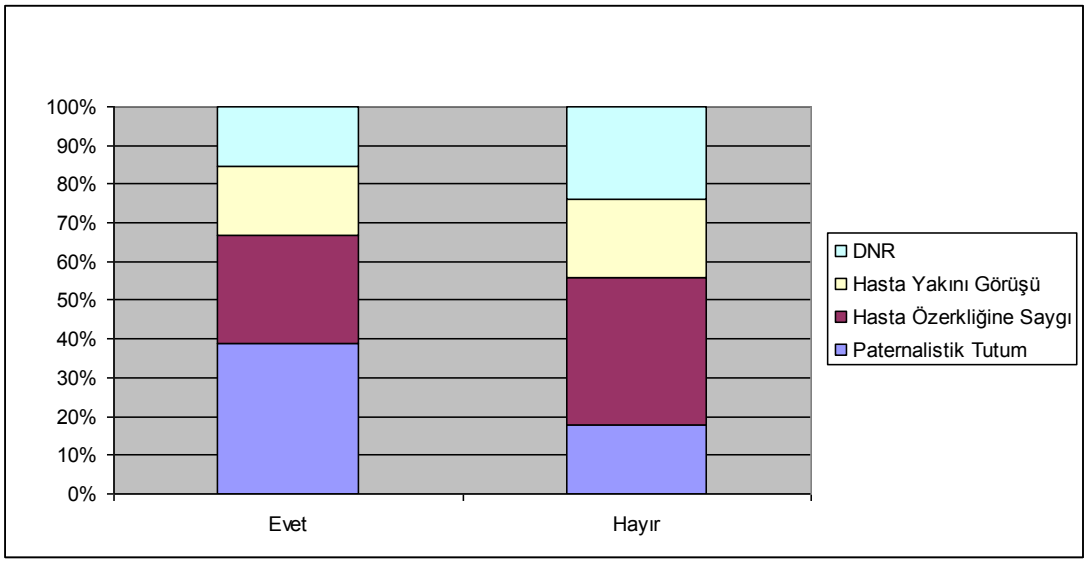

Şekil 5.25. Hekimlerin Tanı/tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumları ile İkinci Vakayı Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki (Ki-kare p=0,02)

**Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Hekimlerin Vakaları Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki**

Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile vakaları değerlendirmeleri ilişkisine bakıldığında sadece vaka 1B'de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Ki-kare Vaka 1A p=0,05, vaka 1B p=0,04 vaka 2 p=0,06). Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 39'u, çalışmamış olanların % 18'i babacıl tutum izleyeceklerini belirtmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 27,8'i, çalışmamış olanların % 38'i hasta özerkliğine saygı göstereceklerini ifade etmişlerdir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 17,6'sı, çalışmamış olanların % 20'si hasta yakınının görüşü doğrultusunda davranacağını söylemiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 15,5'i, çalışmamış olanların % 24'ü son ana kadar her türlü girişimde bulunup canlandırma uygulamayacağını belirtmişlerdir (Tablo 5.29).

Tablo 5.29. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Birinci Vakanın İkinci Durumunun Değerlendirmesi Arasındaki İlişki

| **Vaka 1B'nin Değerlendirilmesi** | | **Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu** | | **Toplam** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Evet** | **Hayır** | |
| Babacıl tutum | N | 73 | 9 | 82 |
| | % | 39,0 | 18,0 | 34,6 |
| Hasta özerkliğine saygı | N | 52 | 19 | 71 |
| | % | 27,8 | 38,0 | 30,0 |
| Hasta yakını görüşü | N | 33 | 10 | 43 |
| | % | 17,6 | 20,0 | 18,1 |
| Canladırmayınız komutları | N | 29 | 12 | 41 |
| | % | 15,5 | 24,0 | 17,3 |
| Toplam | N | 187 | 50 | 237 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |




Şekil 5.26. Hekimlerin Yoğun Bakımda Çalışıp/Çalışmama Durumu ile Birinci Vakanın İkinci Durumunun Değerlendirilmesi Arasındaki İlişki (Ki-kare, p=0,04)

**Hekimlerin Hastalık Öyküsü Varlığı ile Hekimlerin Vaka Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

Hekimlerin kendilerinin veya bir yakınlarının hastalık öyküsü varlığı ile hekimlerin vaka değerlendirmeleri arasında (Ki-kare, vaka 1A p=0,8, vaka 1B p=1, vaka 2 p=0,2) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

### 5.4.9. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemleri Çözme Yolları

Ankete katılan hekimlere klinikte karşılaştıkları etik ikilemleri hangi yollarla çözdükleri sorulmuştur. Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği bu soruda hekimler ortalama iki seçenek işaretlemişlerdir. Hekimlerin % 75,4'i sorun olduğunda bir üst amirime danışırım ile % 54,3'ü ise kendim çözerim seçeneklerini işaretlemiştir. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinden Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'na etik konsültasyon için talep olmamaktadır. Buna rağmen ankette etik konsültasyon alırım seçeneğini işaretleyen hekim oranı % 11,8 bulunmuştur. Anket öncesi yapılan odak grup görüşmelerinde zamana bırakırım diyen hekim çoğunluktayken ankette zaman bırakırım seçeneğini işaretleyen hekim oranı % 3,3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.30).

Tablo 5.30. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemleri Çözme Yolları

| **Etik İkilem Çözme Yolları** | **Sayı** | **Tüm yanıtlar içinde yüzde** | **Tüm hekimler (245) içinde yüzde** |
|---|---|---|---|
| Kendim çözerim | 133 | 29,2 | **54,3** |
| Bir üst amirime danışırım | 184 | 40,4 | **75,1** |
| En üst amirime danışırım | 41 | 9,0 | 16,7 |
| Arkadaşıma danışırım | 61 | 13,4 | 24,9 |
| Etik konsültasyon alırım | 29 | 6,4 | 11,8 |
| Zamana bırakırım | 8 | 1,8 | 3,3 |
| Toplam* | 456 | 100,0 | 186,1 |

***** Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

### 5.4.10. Hekimlerin HEK/KEK'de Gereksinim Duydukları İşlevler

Anketin 15. sorusunda hekimlerin gereksinimleri doğrultusunda HEK/KEK'in işlevlerini beşli likert olarak değerlendirmesi istenmiştir. Bu sorunun

başka bir gereksinimiz varsa lütfen belirtiniz seçeneğine yapılan açıklamalar aşağıdaki gibidir.

- "Bana hiç bir katkıda bulunma çabası göstermediniz, eğitim programınızı gözden geçirebilirsiniz. "
- "HEK/KEK kendi bazı konularda çözüm üretmesine rağmen, çoğu zaman kendisi sorun çıkarmaktadır." "Tezler için onay"
- "Böyle bir kurul var ise hepsi çok sık, yoksa hepsi hayır hiç"
- "Araştırma projelerimiz konusunda yeterli etik danışma ve izin verme çalışmaları şart."
- "Araştırmaların etik açıdan uygunluğunu inceler"
- "Şu anki durumda böyle bir kurul var mı? "
- "Bunların hiç birine şahit olmadım "
- "Etik kurulun bu konularda danışmanlık hizmeti verdiğini hiç görmedim."

Ankete katılan hekimlerin % 35,2'si etik danışmanlık hizmetine sık gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin % 30,5'i arada bir gereksinim duyduklarını, % 34,3'ü gereksinim duymadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5.31).

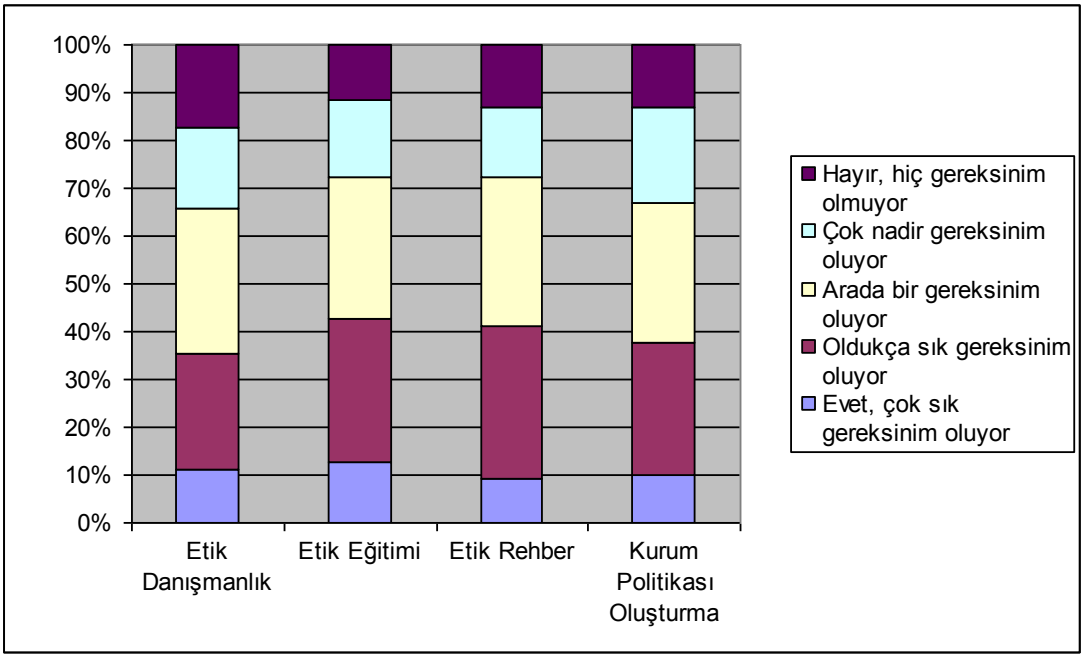
Ankete katılan hekimlerin % 42,8'i etik farkındalık eğitimlerine sık gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %29,7'si arada bir gereksinim duyduklarını, % 27,5'i gereksinim duymadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5.31).

Ankete katılan hekimlerin % 41'si HEK/KEK tarafından hazırlanmış etik rehbere sık gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 31,4'ü arada bir gereksinim duyduklarını, % 27,6'sı gereksinim duymadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5.31).

Ankete katılan hekimlerin % 37,7'si HEK/KEK'lerin hastanenin hizmet/bakım konusunda politika oluşturmasına sık gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlerin % 29,4'ü arada bir gereksinim duyduklarını, % 32,9'u gereksinim duymadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5.31).

Tablo 5.31. HEK/KEK İşlevleri

| **HEK/KEK İşlevleri- Etik Danışmanlık** | **Frekans** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| Evet, çok sık gereksinim oluyor | 26 | 11,0 |
| Oldukça sık gereksinim oluyor | 57 | 24,2 |
| Arada bir gereksinim oluyor | 72 | **30,5** |
| Çok nadir gereksinim oluyor | 40 | 16,9 |
| Hayır, hiç gereksinim olmuyor | 41 | 17,4 |
| **Toplam** | 236 | 100,0 |
| **HEK/KEK İşlevleri- Etik Farkındalık Eğitimi** | | |
| Evet, çok sık gereksinim oluyor | 30 | 12,7 |
| Oldukça sık gereksinim oluyor | 71 | **30,1** |
| Arada bir gereksinim oluyor | 70 | **29,7** |
| Çok nadir gereksinim oluyor | 38 | 16,1 |
| Hayır, hiç gereksinim olmuyor | 27 | 11,4 |
| **Toplam** | 236 | 100,0 |
| **HEK/KEK İşlevleri- Etik Rehber Hazırlama** | | |
| Evet, çok sık gereksinim oluyor | 22 | 9,2 |
| Oldukça sık gereksinim oluyor | 76 | **31,8** |
| Arada bir gereksinim oluyor | 75 | **31,4** |
| Çok nadir gereksinim oluyor | 35 | 14,6 |
| Hayır, hiç gereksinim olmuyor | 31 | 13,0 |
| **Toplam** | 239 | 100,0 |
| **HEK/KEK İşlevleri- Hastane Politikası Oluşturma** | | |
| Evet, çok sık gereksinim oluyor | 23 | 10,1 |
| Oldukça sık gereksinim oluyor | 63 | 27,6 |
| Arada bir gereksinim oluyor | 67 | **29,4** |
| Çok nadir gereksinim oluyor | 45 | 19,7 |
| Hayır, hiç gereksinim olmuyor | 30 | 13,2 |
| **Toplam** | 228 | 100,0 |




Şekil 5.27. HEK/KEK İşlevleri

### 5.4.11. Hekimlerin HEK/KEK'da Yer Almasını Bekledikleri Üyeler

Hekimlere HEK/KEK kimlerden oluşmalıdır diye sorulduğunda yaklaşık 9 üye belirtilmiştir. Bunlar % 84,6 ile tıp etiği uzmanı, % 75,6 ile avukat,% 67,1 ile yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim, % 63,8 ile uzman hekim, % 61,4 ile başhekim, % 60,6 ile sosyal hizmet uzmanı, % 58,5 ile hemşire, % 55,7 ile anabilim dalı başkanı, % 54,9 ile psikiyatrist üye olarak sıralanmaktadır (Tablo 5.32).

Tablo 5.32. Hekimlerin HEK/KEK'de Görev Almasını İstediği Üyeler

| HEK/KEK Üyeleri | Sayı | Tüm yanıtlar içinde yüzde | Tüm hekimler (246) içinde yüzde |
|---|---|---|---|
| **Başhekim** | 151 | 7,5 | **61,4** |
| **Dekan** | 67 | 3,3 | 27,2 |
| **Anabilim dalı başkanı** | 137 | 6,8 | **55,7** |
| **Klinik şefleri** | 119 | 5,9 | 48,4 |
| **Yoğun bakım hekimi** | 165 | 8,2 | **67,1** |
| **Uzman hekim** | 157 | 7,8 | **63,8** |
| **Hemşire** | 144 | 7,2 | **58,5** |
| **Eczacı** | 45 | 2,2 | 18,3 |
| **Avukat** | 186 | 9,3 | **75,6** |
| **Tıp Etiği Uzmanı** | 208 | 10,4 | **84,6** |
| **Hasta temsilcisi** | 122 | 6,1 | 49,6 |
| **Din adamı** | 75 | 3,7 | 30,5 |
| **Sosyal hizmet uzmanı** | 149 | 7,4 | **60,6** |
| **Felsefeci** | 33 | 1,6 | 13,4 |
| **Psikiyatrist** | 135 | 6,7 | **54,9** |
| **Psikolog** | 112 | 5,6 | 45,5 |
| **Toplam*** | **2005** | **100,0** | **815,0** |

* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

### 5.4.12. Hekimlerin HEK/KEK'den Eğitim Almak İstediği Konular

HEK/KEK'lerin önemli işlevlerinden biri olan etik eğitimi için hekimlere eğitim almak istedikleri üç konuyu işaretlemeleri istendiğinde % 68,5 oranı ilk sırada tıbbi yanlış uygulama( malpraktis) konusunda yasam mevzuat ile ilgili eğitim ver almıştır. İkinci sırada % 55,6 ile temel etik kavramlarla ilgili eğitim gelmektedir. % 29,3 oranı ile iki seçenek üçüncü sırada yer almaktadır. Bunlar aydınlatılmış onam ve canlandırmayınız komutları hakkında yasal mevzuat hakkında eğitimlerdir (Tablo 5.33).

Tablo 5.33. Hekimlerin HEK/KEK'den Eğitim Almak İstedikleri Konular

| **HEK/KEK Eğitim Konuları** | **Sayı** | **Tüm yanıtlar içinde yüzde** | **Tüm hekimler içinde (245) yüzde** |
|---|---|---|---|
| Temel etik kavramlar | 129 | 18,6 | **55,6** |
| Etik temellendirme | 45 | 6,5 | 19,4 |
| Geriye dönük vaka analizleri | 57 | 8,2 | 24,6 |
| Yaşamın başında ve sonunda verilen etik kararlar | 63 | 9,1 | 27,2 |
| Hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi | 60 | 8,6 | 25,9 |
| Aydınlatılmış onam | 68 | 9,8 | **29,3** |
| İletişim becerileri | 45 | 6,5 | 19,4 |
| Tıbbi yanlış uygulama konusunda yasal mevzuat | 159 | 22,9 | **68,5** |
| "Canlandırma uygulamayınız komutları" konusunda yasal mevzuat | 68 | 9,8 | **29,3** |
| Toplam* | 694 | 100,0 | 299,1 |

* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

### 5.4.13. Hekimlere Göre HEK/KEK'in Düzenleyeceği Eğitimlerin Uygun Saatleri

HEK/KEK'lerin odak grup görüşmelerinde en önemli işlevi olarak üzerinde çok durulan etik farkındalık eğitimlerinin amacına ulaşabilmesi için hangi saatler içinde yapılması daha uygun olacaktır kaygısı ile sorulan soruda hekimlerin (% 72,5'i) mesai saatleri içinde izinli olarak eğitimleri takip etmek istediklerini belirtmişlerdir. En fazla işaretlenen ikinci seçenek % 28,7 ile öğle araları seçeneğidir (Tablo 5.34).

Tablo 5.34. HEK/KEK'lerin Düzenleyeceği Eğitim İçin Uygun Bulunan Saatler

| **HEK/KEK Eğitim Saatleri** | **Sayı** | **Tüm yanıtlar içinde yüzde** | **Tüm hekimler içinde yüzde (244)** |
|---|---|---|---|
| Mesai saatleri içinde izinli olarak | 177 | 60,0 | **72,5** |
| Öğle araları | 70 | 23,7 | 28,7 |
| Akşam 17.00'dan sonra | 22 | 7,5 | 9,0 |
| Hafta sonları | 26 | 8,8 | 10,7 |
| Toplam* | 295 | 100,0 | 120,9 |

* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

### 5.4.14. Hekimlere Göre HEK/KEK'lerin Geliştirebileceği Etik Rehber Konuları

HEK/KEK'lerin önemli işlevlerinden biri olan etik rehberler konusunda hangi konularda etik rehber oluşturulmasını istersiniz diye hekimlere sorulduğunda yaklaşık 3 seçenek işaretlenmiştir. Bunlar % 85,4 ile yaşamın sonu ile ilgili etik kararlarla (Canlandırmayınız komutları, tedaviye hiç başlamama, başlanmış tedaviyi sonlandırma, bitkisel yaşam, beyin ölümü, boşuna tedavi gibi) ile ilgili rehberler, % 72,1 hastaya kötü prognozun ve tıbbi gerçeğin söylenmesi ile ilgili rehberler ve % 62,3 bilinci kapalı hastalarda karar verme süreçlerinde yaşanan hasta yakını sağlık personeli çatışması ile ilgili rehberlerdir (Tablo 5.35).

Tablo 5.35. Hekimlere Göre HEK/KEK'lerin Geliştireceği Etik Rehber Konuları

| **HEK/KEK Etik Rehber Konuları** | **Sayı** | **Tüm yanıtlar içinde yüzde** | **Tüm hekimler içinde (247) yüzde** |
|---|---|---|---|
| Yaşamın Sonu ile İlgili Konularda | 211 | 27,6 | **85,4** |
| Hastaya Kötü Prognozun ve Tıbbi Gerçeğin Söylenmesi Konusunda | 178 | 23,3 | **72,1** |
| Gebeliğin Sonlandırılması Konusunda | 111 | 14,5 | 44,9 |
| Bilinci Kapalı Hastalarda Çatışma Konusunda | 154 | 20,1 | **62,3** |
| Boşuna Tedavi Konusunda | 111 | 14,5 | 44,9 |
| Toplam* | 765 | 100,0 | 309,7 |

* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

### 5.4.15. Hekimlerin HEK/KEK Hakkındaki Düşünceleri

Hekimlere HEK/KEK'lerin klinisyenlere pratikte karşılaştıkları etik ikilemler konusunda yararlı olacağını düşünüyor musunuz diye sorulduğunda hekimlerin % 69,2'si evet yararlı olacaktır cevabını işaretlemiştir. Hekimlerin % 28,7'si ise kısmen yararlı olabilir seçeneğini işaretlemiştir. Hayır, yararlı olmaz diyen hekimlerin oranı sadece % 1,6'dır (Tablo 5.36).

Tablo 5.36. Hekimlerin HEK/KEK Hakkında Görüşleri

| **HEK/KEK Klinisyenlere Yararlı Olur mu?** | **Frekans** | **Yüzde** |
|---|---|---|
| Evet, yararlı olacaktır | 171 | 69,2 |
| Kısmen yararlı olabilir | 71 | 28,7 |
| Hayır, yararlı olmaz | 4 | 1,6 |
| Fikrim yok | 1 | 0,4 |
| Toplam | 247 | 100,0 |
| **Ayrı Birime Gerek Yoktur** | | |
| Katılıyorum | 23 | 9,6 |
| Kararsızım | 30 | 12,5 |
| Katılmıyorum | 187 | 77,9 |
| Toplam | 240 | 100,0 |
| **Etik Danışmanlık Yeterlidir** | | |
| Katılıyorum | 22 | 9,2 |
| Kararsızım | 59 | 24,8 |
| Katılmıyorum | 157 | 66,0 |
| Toplam | 238 | 100,0 |
| **HEK/KEK Mutlaka Olmalıdır** | | |
| Katılıyorum | 204 | 83,6 |
| Kararsızım | 21 | 8,6 |
| Katılmıyorum | 19 | 7,8 |
| Toplam | 244 | 100,0 |
| **Sistem İçinde HEK/KEK Çalışmaz** | | |
| Katılıyorum | 33 | 14,9 |
| Kararsızım | 82 | 37,1 |
| Katılmıyorum | 106 | 48,0 |
| Toplam | 221 | 100,0 |

### 5.4.16. Hekimlere Göre Etik İkilemlerin Çözümlenmesinde HEK/KEK'lerin Yeri

Hekimlere etik ikilemleri çözmesinde ayrı bir birime gerek yoktur önermesi sunulduğunda % 77,9'u bu görüşe katılmadıklarını belirtmişlerdir. Karasızların oranı % 12,5'dir. Etik konsültasyon (bireysel etik danışmanlık) yeterlidir, kurula gerek yoktur, cümlesine ise hekimlerin % 66,0'ı katılmıyorum diye cevap vermiştir. Bu önermede ise kararsızların oranı % 24,8'e yükselmiştir. Hastane Etik Kurulları mutlaka olmalıdır önermesine katılan hekim oranı % 83,6'dır. Odak grup görüşmelerinde HEK/KEK oluşumuna karşı çıkan hekimlerin en çok kullandığı gerekçe olan var olan sağlık sistemi içinde HEK/KEK'lerin çalışmayacağı önermesine ise katılmayan hekim oranı % 48,0'dır. Bu önermeye kararsızım diye cevap veren hekim oranı % 37,1'dir (Tablo 5.36).

## 6. BULGULARIN ÖZETİ

- Hekimlerin kendi teorik etik bilgi düzeylerini değerlendirmeleri ile hekimlerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,02) bulunmuştur. Erkek hekimler etik bilgilerine kadın hekimlerden daha fazla güvenmektedir.
- Hekimlerin yaşları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgi düzeylerini değerlendirmeleri arasındaa istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare, p=0,04) bulunmuştur. Yaşı büyük hekimler etik bilgilerine daha çok güvenmektedir.
- Hekimlerin akademik unvanları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,002) bulunmuştur. Hekimlerin akademik unvanları yükseldikçe teorik etik bilgilerine güvenlerinin yükseldiği görülmüştür.
- Hekimlerin etik eğitimi alıp almama durumları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,004) bulunmuştur. Etik eğitimi alan hekimler kendi teorik etik bilgilerine daha güvenmektedir.
- Hekimlerin hasta tanı ve tedavi sürecinde karar verici konumda olup/olmama durumları ile hekimlerin kendi teorik etik bilgi düzeylerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki kare p=0,01) bulunmuştur. Karar mekanizmasında yer alan hekimler etik bilgilerine daha çok güvenmektedir.
- Kendisi ve/veya bir yakını ciddi hastalık geçirmiş olan hekimlerin hastalara yaklaşımında bir değişiklik olması durumu ile kendi etik bilgi düzeylerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare p=0,027) bulunmuştur. Kendi teorik etik bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünen hekimlerin, hastalık öyküsünden sonra hastalara yaklaşımlarında daha fazla tutum değişikliği olmuştur.
- Hekimlerin % 80'i klinikte en sık yasal mevzuat bilgi eksikliği ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin yaklaşık % 77'si ise klinikte en sık bilinci açık hastada hasta/hasta yakınları ile çatışma yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin % 57'si canlandırmayınız komutları, tedaviye

başlamama, tedaviyi sonlandırma gibi yaşamın sonunda verilen etik kararlarla ilgili etik ikilemlerle karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Aynı şekilde hekimler boşuna tedavi kararlarında problemle ve tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalardan doğan sorunlarla sırayla % 55 ve % 51 oranında karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Aydınlatılmış onamla ilgili sorunla karşılaşmadığını söyleyen hekim oranı % 51'dir.

- Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin yaşları ile hekimlerin klinikte bilinci kapalı hastada hasta yakınları sağlık personeli çatışması yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,003) bulunmuştur. 34 ve altındaki yaş grubundaki hekimlerin üçte biri bilinci kapalı hastada hasta yakını ile sık çatışma yaşadıklarını belirtirken 35-44 yaş aralığındaki hekimlerde bu oran beşte bire, 45 yaş üzeri hekimlerde yedide bire düşmüştür. 34 ve altındaki yaş grubundaki hekimlerin beşte ikisi, 35-44 yaş aralığındaki hekimlerin yaklaşık üçte biri, 45 yaş üzeri hekimlerin yaklaşık yarısı bilinci kapalı hastada arada bir hasta yakını ile çatışma sorunuyla karşılaştığını ifade etmiştir. Bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile çatışma yaşamadığını belirten 34 ve altındaki yaş grubundaki hekimlerin oranı % 27,1 iken, 35-44 yaş aralığındakilerde yaklaşık % 50, 45 yaş üzerinde yaklaşık % 40 olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin yaşları ile hekimlerin klinikte yaşamın sonunda alınan etik kararlarla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,025) bulunmuştur. 34 ve altındaki yaş grubundaki hekimlerin yaklaşık beşte biri yaşamın sonunda alınan etik kararlarda sık sorun yaşadıklarını belirtirken 35-44 yaş aralığındaki hekimlerde bu oran % 16,9, 45 yaş üzeri hekimlerde % 7,2 olarak azalmıştır. Yaşamın sonunda alınan etik kararlarda arada bir sorunla karşılaştığını ifade eden 34 ve altındaki yaş grubundaki hekimlerin oranı % 28,6 iken, 35-44 yaş aralığındaki ve 45 yaş hekimlerde üzeri hekimlerde bu oran beşte bir olarak bulunmuştur. 34 ve altındaki yaş grubundaki hekimlerin yaklaşık yarısı yaşamın sonunda alınan etik kararlarda sorun yaşamadıklarını belirtirken, 35-44 yaş aralığındakilerde % 62'ye, 45 yaş üzerinde % 71,4'e çıkmıştır.

- Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin uzmanlık alanları ile hekimlerin klinikte çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışması yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, $p<0,001$) bulunmuştur. Çocuk hastalıkları uzmanları ön görülebileceği şekilde çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışmasını daha fazla yaşamaktadır. Çocuk hastalıkları uzmanlarının yaklaşık beşte ikisi çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışmasıyla sık karşılaştığını, yarısı arada bir karşılaştığını, yaklaşık % 10'u karşılaşmadığını belirtmiştir. Dahili olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerin yaklaşık altıda biri çocuk hastada hasta yakını sağlık personeli çatışmasıyla sık karşılaştığını, üçte biri arada bir karşılaştığını, yarısı karşılaşmadığını ifade etmiştir. Cerrahi olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerde ise bu oranlar sırasıyla % 28,5, % 40,5 ve % 31 olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin uzmanlık alanları ile hekimlerin klinikte canlandırma yapmayınız komutları, tedavinin başlanmaması veya sonlandırılması konularında etik ikilem yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis $p=0,006$) bulunmuştur. Çocuk hastalıkları uzmanlarının canlandırma yapmayınız komutları, tedaviye başlamama veya sonlandırma konularında etik ikilemlerle altıda bir oranında sık karşılaştığını ve arada bir karşılaştığını, üçte iki oranında karşılaşmadığını belirtmiştir. Dahili olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerin % 15,1'i canlandırma yapmayınız komutları, tedavinin başlanmaması veya sonlandırılması konularında etik ikilemle sık karşılaştığını, % 22,5'i arada bir karşılaştığını, % 62,5'i karşılaşmadığı bulunmuştur. Cerrahi olarak gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerde ise bu oranlar sırasıyla yaklaşık % 20, % 30 ve % 50 olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin uzmanlık alanları ile hekimlerin klinikte yasal mevzuat bilgi eksikliği konusunda sorun yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis $p=0,04$) bulunmuştur. Çocuk hastalıkları uzmanlarının yaklaşık yarısı yasal mevzuat konusunda yaşadıkları sorunlarla sık karşılaştığını, % 40 oranında arada bir karşılaştığını, % 5 oranında karşılaşmadığını belirtmiştir. Dahili olarak

gruplanan uzmanlık alanlarındaki hekimlerin % 45'i kinikte yasal mevzuat konusunda sık sorunla karşılaştığını, % 40'ı arada bir karşılaştığını, % 15'i karşılaşmadığını belirtmiştir. Cerrahi olarak gruplanan uzmanlık alanlarında ise bu oranlar sırasıyla % 37, % 36,1 ve % 26,9 olarak bulunmuştur.

- Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin akademik unvanları ile klinikte aydınlatılmış onam konusunda sorun yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U, p=0,02) görülmüştür. Profesörlerden ve doçentlerden oluşan birinci grupta aydınlatılmış onam konusunda etik ikilemleri sık yaşayanların oranı % 30,8 iken yardımcı doçent, öğretim görevlisi, uzman ve asistan hekimlerden oluşan ikinci grupta bu oran % 13,9'a düşmektedir. Birinci grupta aydınlatılmış onam sürecinde arada bir etik sorunla karşılaşanların oranı % 28,2 iken ikinci grupta % 29,7'dir. Birinci grupta aydınlatılmış onam ile ilgili etik sorun yaşamadıklarını söyleyenlerin oranı %41 iken ikinci grupta bu oran %56,4'e yükselmektedir.
- Araştırmaya katılan hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri ile klinikte tedavi ile birlikte planan tıbbi araştırmalar konusunda yaşanan sorunlar arasında (Kruskal-Wallis p=0,006) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerden teorik etik bilgisinin iyi olduğunu belirtenlerin % 9,5'i tedavi yanılsaması ile ilgili etik ikilemlerle karşılaştıklarını belirtirken, etik bilgisinin orta derecede olduğunu ifade edenlerde bu oran % 16, düşük olduğunu söyleyenlerde % 17 olarak bulunmuştur. Tedavi yanılsaması ile ilgili etik sorunlarla arada bir karşılaştığını belirten hekimlerde etik bilgisinin iyi olduğunu düşünenlerde oran % 28,6 iken, orta derecede olanlarda % 29,3 düşük olanlarda % 31,5'dir. Tedavi yanılsaması ile ilgili etik sorunlarla karşılaşmadığını ifade edenlerde etik bilgisi iyi olanlarda oran % 62,9, orta olanlarda % 54,7 iken düşük olanlarda %51,4'dür. Kendi teorik etik bilgilerini iyi olarak değerlendiren hekimler tedavi yanılsaması konusunda daha az sorun yaşamaktadırlar.
- Araştırmaya katılan hekimlerin kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri ile klinikte yasal mevzuat bilgi eksikliği konularında sorun yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis p=0,03)

bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerden teorik etik bilgisinin iyi olduğunu belirtenlerin % 35,7'si yasal mevzuat bilgisi eksikliği ile ilgili sorunlarla karşılaştıklarını belirtirken, etik bilgisinin orta derecede olduğunu ifade edenlerde bu oran % 40,2, düşük olduğunu söyleyenlerde % 57,1 olarak bulunmuştur. Yasal mevzuat bilgi eksikliği ile ilgili sorunlarla arada bir karşılaştığını belirten hekimlerde etik bilgisinin iyi olduğunu düşünenlerde oran % 35,7 iken, orta derecede olanlarda % 41,6 düşük olanlarda % 31'dir. Yasal mevzuat bilgi eksikliği ile ilgili sorunlarla karşılaşmadığını ifade edenlerde etik bilgisi iyi olanlarda oran % 28,5, orta olanlarda % 18,2 iken düşük olanlarda % 11,9'dur. Kendi teorik etik bilgisini iyi olarak değerlendiren hekimler yasal mevzuat bilgi eksikliği konusunda daha az sorun yaşamaktadır.

- Araştırmaya katılan hekimlerin hasta tanı/tedavi süreçlerinde karar verici konuma olup/olmama durumları ile klinikte mahremiyetin korunmasında sorun yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Kruskal-Wallis, p=0,03) bulunmuştur. Hekimlerden hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olanların hasta mahremiyetinin korunmasında etik ikilemle karşılaşma sıklığı yaklaşık % 30 iken kısmen karar verici konumda olanlarda bu oran % 26,5'e, karar verici konumda olamayan hekimlerde ise % 13'e düşmektedir. Karar verici konumda olan hekimlerin % 37,2'si arada bir mahremiyetin korunması ile ilgili etik sorun yaşarken, bu oran kısmen karar verici olanlarda % 35,4'e, karar verici konumda olmayanlarda % 32,3'e düşmektedir. Tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olup mahremiyetin korunması ile ilgili etik ikilem yaşamadığını ifade eden hekim oranı % 33 iken, kısmen karar verici konumda olan hekimlerde % 38, karar verici olmayan hekimlerde % 54,9'a çıkmaktadır. Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimler hasta mahremiyetinin korunması ile ilgili daha fazla sorun yaşamaktadırlar.
- Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile klinikte bilinci açık hastada hasta/hasta yakınıyla çatışma yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p<0,001$) bulunmuştur. Çalışma yaşamının herhangi bir döneminde yoğun

bakım ünitesinde çalışmış olan hekimlerin bilinci açık hastada hasta/ hasta yakını ile sık çatışma yaşama oranı % 38,6 iken yoğun bakım ünitesinde çalışmamış hekimlerde bu oran % 15,4'e düşmektedir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerde bilinci açık hastada arada bir çatışma yaşama oranı % 42,3, çalışmamış hekimlerde % 48,1'dir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerde bu durumla karşılaşmama oranı % 19,1 iken çalışmamış hekimlerde % 36,6 bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışan hekimler bilinci açık hastada hasta ve hasta yakını ile daha fazla çatışma yaşamaktadır.

- Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile klinikte bilinci kapalı hastada hasta yakınıyla çatışma yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p<0,001$) bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 30,2'si bilinci kapalı hastada hasta yakını ile sık çatışma yaşarken yoğun bakımda çalışmamış hekimlerde bu oran % 11,5'dir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 40,1'i bilinci kapalı hastada hasta yakını ile arada bir çatışma yaşarken yoğun bakımda çalışmamış hekimlerde bu oran % 26,9'dur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış olup bilinci kapalı hastada çatışma ile karşılaşmayan hekim oranı % 29,7 iken, çalışmamış hekimlerde oran % 61,5'e çıkmaktadır. Yoğun bakımda çalışan hekimler bilnici kapalı hastada hasta yakını ile daha fazla çatışma yaşamaktadır.
- Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile klinikte çocuk hastada hasta yakını ile çatışma yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p=0,034$) bulunmuştur. Çocuk hastada hasta yakınıyla çatışma ile sık karşılaşan yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin oranı % 29,9 iken çalışmamış hekimlerde oran % 13,7'dir. Çocuk hastada hasta yakınıyla çatışma ile arada bir karşılaşan yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin oranı % 38,6 iken çalışmamış hekimlerde oran % 45,1'dir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış olup çocuk hastada hasta yakınıyla çatışma ile karşılaşmayan hekim oranı % 31,5 iken, çalışmamış hekimlerde oran % 41,1'e çıkmaktadır. Yoğun bakımda çalışan hekimler çocuk hastada ebeveynle daha fazla çatışma yaşamaktadır.

- Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile canlandırmayınız komutları, tedavinin başlanmaması, sonlandırılması gibi yaşamın sonunda alınan etik kararlarda etik ikilem yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p<0,001$) bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 21'i canlandırma yapmayınız komutları, tedaviye başlamama, tedaviyi sonlandırma gibi yaşamın sonu ile ilgili etik ikilemlerle sık karşılaştığını belirtirken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 6,3 olarak bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışmış hekimlerin % 28'i arada bir yaşamın sonu ile ilgili sorunla karşılaştığını ifade ederken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 14,6 olarak bulunmuştur. Yoğun bakım hekimlerinin yaklaşık yarısı (% 51,1) yaşamın sonu ile ilgili etik ikilemlerle karşılaşmadığını ifade ederken bu oran yoğun bakımda çalışmayan hekimlerde % 79,2'ye çıkmaktadır. Yoğun bakımda çalışan hekimler yaşamın sonunda alınan etik kararlarda daha fazla sorun yaşamaktadırlar.
- Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile boşuna tedavi kararlarında etik ikilem yaşama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p<0,001$) bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 18,8'i boşuna tedaviyle ilgili etik ikilemlerle sık karşılaştığını belirtirken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 2 olarak bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışmış hekimlerin % 31,9'u arada bir bu sorunla karşılaştığını ifade ederken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 24 olarak bulunmuştur. Yoğun bakım hekimlerinin yaklaşık yarısı (% 49,3) boşuna tedavi ile ilgili sorunla karşılaşmadığını ifade ederken bu oran yoğun bakımda çalışmayan hekimlerde % 74'e çıkmaktadır. Yoğun bakımda çalışan hekimler boşuna tedavi kararlarında daha fazla sorun yaşamaktadırlar.
- Araştırmaya katılan hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile idare sorun yaşama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Mann-Whitney U $p<0,001$) bulunmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 22'si sıklıkla idare ile sorun yaşarken, çalışmayan hekimlerde bu oran % 6,8'e düşmektedir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin % 38,5'i, çalışmayan hekimlerin ise % 25'i

idare ile arada bir sorun yaşadığını ifade etmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin % 39,6'sı idare ile sorun yaşamadığını belirtirken bu oran çalışmayan hekimlerde % 68,2'ye kadar çıkmaktadır. Yoğun bakımda çalışan hekimler idare ile daha fazla sorun yaşamaktadırlar.

- Anketteki hekimlerin kendi etik bilgi düzeylerini değerlendirmeleri ile hekimlerin ikinci vakayı değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare, p=0,04) bulunmuştur. Hekimlerden kendi teorik etik bilgisinin iyi olduğunu ifade edenlerin % 25,6'sı, etik bilgisinin temel düzeyde olduğunu belirtenlerin % 12,4'ü ve etik bilgisinin düşük olduğunu belirtenlerin % 28,6'sı ikinci vakayı değerlendirirken babacıl tutum içinde olacaklarını söylemişlerdir. Etik bilgisinin iyi düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 38,5'i, etik bilgisinin orta düzeyde olduğunu düşünen hekimlerin % 56,9'u ve kendi etik bilgisinin düşük düzeyde olduğunu söyleyen hekimlerin % 47,6'sı hasta yakınını ikna etmeye çalıştıktan sonra hasta yakının görüşüne uygun davranacaklarını belirtmişlerdir. Etik bilgisinin iyi düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 35,9'u, kendi etik bilgisinin orta düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 30,7'si ve kendi etik bilgisinin düşük düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 23,8'i hasta yakınının görüşü doğrultusunda davranacaklarını belirtmişlerdir.
- Hekimlerin hasta tanı/tedavi süreçlerinde karar verici konuma olup/olmama durumları ile anketteki ikinci vakayı değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (Ki-kare, p=0,02) bulunmuştur. Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimlerin %11'i, kısmen karar verici olanların % 21,4'ü ve karar verici konumda olmayanların % 30'u ikinci vakayı değerlendirirken babacıl bir tutum izleyeceklerini belirtmişlerdir. Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimlerin % 48,4'ü, kısmen karar verici olanların % 51,8'i ve karar verici konumda olmayanların % 56,7'si ikinci vakayı değerlendirirken hasta yakınını ikna etmeye çalıştıktan sonra hasta yakının görüşüne uygun davranacaklarını belirtmişlerdir. Hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimlerin % 40,7'si, kısmen karar verici olanların % 26,8'i ve karar verici

konumda olmayanların % 13,3'ü ikinci vakayı değerlendirirken hasta yakınının görüşü doğrultusunda davranacaklarını belirtmişlerdir.

- Hekimlerin yoğun bakım ünitesinde çalışıp/çalışmama durumları ile hekimlerin birinci vakanın ikinci durumunu değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Ki-kare p=0,04). Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 39'u, çalışmamış olanların % 18'i birinci vakanın ikinci durumunda yaptıkları değerlendirmede babacıl tutum izleyeceklerini belirtmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 27,8'i, çalışmamış olanların % 38'i birinci vakanın ikinci durumunda yaptıkları değerlendirmede hasta özerkliğine saygı göstereceklerini ifade etmişlerdir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 17,6'sı, çalışmamış olanların % 20'si birinci vakanın ikinci durumunda yaptıkları değerlendirmede hasta yakınının görüşü doğrultusunda davranacağını söylemiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış hekimlerin % 15,5'i, çalışmamış olanların % 24'ü birinci vakanın ikinci durumunda yaptıkları değerlendirmede son ana kadar her türlü girişimde bulunup canlandırma uygulamayacağını belirtmişlerdir.
- Hekimlere klinikte karşılaştıkları etik ikilemleri çözme yolları sorulduğunda birden fazla seçenek işaretlenebilen soruya hekimlerin dörtte üçü bir üst amirime danışırım, yaklaşık yarısı kendim çözerim şeklinde cevap vermişlerdir.
- Hekimlere gereksinimleri doğrultusunda HEK/KEK'in işlevleri sorulduğunda temelde HEK/KEK'leri AEK ile karıştırdıkları görülmüştür. Bu soruya verilen cevaplar değerlendirildiğinde hekimlerin % 42,8'i etik farkındalık eğitimlerine, % 41'si HEK/KEK tarafından hazırlanmış etik rehbere, % 37,7'si HEK/KEK'lerin hastanenin hizmet/bakım konusunda politika oluşturmasına ve % 35,2'si etik danışmanlık hizmetine sık gereksinimleri olduğunu belirtmiştir.
- Hekimlere HEK/KEK kimlerden oluşmalıdır diye sorulduğunda yaklaşık 9 üye belirtilmiştir. Bunlar en yüksek yüzdeden başlayarak tıp etiği uzmanı, avukat, yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim, uzman hekim, başhekim,

sosyal hizmet uzmanı, hemşire, anabilim dalı başkanı, psikiyatrist üye olarak sıralanmaktadır.

- Etik farkındalık eğitimlerinin amacına ulaşabilmesi için hangi saatler içinde yapılması daha uygun olacaktır kaygısı ile sorulan soruda hekimlerin (% 72,5'i) mesai saatleri içinde izinli olarak eğitimleri takip etmek istediklerini belirtmişlerdir.
- HEK/KEK'lerin işlevlerinden biri olan etik eğitimi için hekimlerden eğitim almak istedikleri konuları işaretlemeleri istendiğinde ilk sırada % 68,5 oranda tıbbi yanlış uygulama (malpraktis) konusunda yasal mevzuat ile ilgili eğitim ver almıştır. İkinci sırada % 55,6 ile temel etik kavramlarla ilgili eğitim gelmektedir. Üçüncü sırada ise % 29,3 oranı ile aydınlatılmış onam ve yaşamın sonu kararları ile ilgili yasal mevzuat hakkındaki eğitimler yer almaktadır.
- HEK/KEK'lerin işlevlerinden biri olan etik rehberler konusunda hangi konularda etik rehber oluşturulmasını istersiniz diye hekimlere sorulduğunda yaklaşık 3 seçenek işaretlenmiştir. Bunlar % 85,4 ile yaşamın sonu ile ilgili etik kararlarla (Canlandırma yapmayınız komutları, tedaviye hiç başlamama, başlanmış tedaviyi sonlandırma, bitkisel yaşam, beyin ölümü, boşuna tedavi gibi) ile ilgili rehberler, % 72,1 hastaya kötü prognozun ve tıbbi gerçeğin söylenmesi ile ilgili rehberler ve % 62,3 bilinci kapalı hastalarda karar verme süreçlerinde yaşanan hasta yakını sağlık personeli çatışması ile ilgili rehberlerdir.
- Hekimlere HEK/KEK'lerin klinisyenlere pratikte karşılaştıkları etik ikilemler konusunda yararlı olacağını düşünüyor musunuz diye sorulduğunda hekimlerin yaklaşık % 70'i evet yararlı olacaktır cevabını işaretlemiştir. Hekimlerin % 28,7'si ise kısmen yararlı olabilir seçeneğini işaretlemiştir. Ankete katılan hekimlerin % 77,9'u etik ikilemleri çözmesinde ayrı bir birime gerek olduğunu belirtmişlerdir. Etik konsültasyon (bireysel etik danışmanlık) yeterlidir, kurula gerek yoktur, cümlesine ise hekimlerin % 66,0'ı katılmıyorum diye cevap vermiştir. Hastane Etik Kurulları mutlaka olmalıdır önermesine katılan hekim oranı % 83,6'dır. Var olan sağlık sistemi içinde

HEK/KEK'lerin çalışmayacağı önermesine ise katılmayan hekim oranı % 48,0'dır. Bu önermeye kararsızım diye cevap veren hekim oranı % 37,1'dir.

# 7. TARTIŞMA

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimlerin etik farkındalıklarını, etik ikilem çözme yollarını ve bu bağlamda HEK/KEK'e gereksinimlerini ortaya koymak için yapılan bu araştırmada bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- 7.1. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması
- 7.2. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemler Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması
- 7.3 Hekimlerin Vakaları Değerlendirmeleri Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması
- 7.4 HEK/KEK Yapılanması Bağlamında Yapılan Değerlendirmelerin Tartışılması

Ankette hekimlerin kendi etik bilgilerini değerlendirdikleri, klinikte karşılaştıkları etik ikilem sıklıklarını belirttikleri ve vakaların yer aldığı sorular etik farkındalık ölçmeye yönelik sorulardır. Hekimlerin hastanın tanı/tedavi süreçlerinde karar verici konumda olma, yoğun bakım ünitesinde çalışma ve hastalık geçirme deneyimleri ile etik farkındalık arasında bir ilişki olduğu düşünüldüğünden karşılaştırmalar bu ölçütler kullanılarak yapılmıştır. Bunun dışında kalan sorular ise HEK/KEK yapılanması ve işlevleri hakkında hekimlerin gereksinimlerini, görüşlerini belirlemek üzerine kurgulanmıştır.

## 7.1. Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması

Yapılan anket çalışmasında hekimlerden kendi teorik etik bilgilerini değerlendirmeleri istendiğinde cinsiyetler arası farka bakıldığında erkek hekimlerin, kadın hekimlere göre kendilerine daha fazla güvendikleri bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.4). Bulgaristan'da Aleksandrova tarafından yapılan bir çalışmada kadın hekimlerin erkek meslektaşlarından daha fazla etik danışmanlık alma isteğinde olduğu bulunmuştur. Etik danışmanlık için kimden yardım alırsınız sorusuna verilen cevaplarda da kadın ve erkek hekimler arasında farklılıklar görülmüştür (77). Racine'nin HEK/KEK üyelerinin klinik etik bakış açısını değerlendirmek amacıyla yaptığı niteliksel bir çalışmada kadın üyelerin klinik etiği erkek üyelerden farklı

tanımladıkları görülmüştür. Üyelerin mesleki altyapılarının ve cinsiyetlerinin etik bakış açılarını şekillendirdiği bulunmuştur (78). Hurst ve arkadaşlarının dört Avrupa ülkesinde gerçekleştirdikleri çalışmada kadın hekimler ve daha sık etik ikilemlerle karşılaşan hekimler etik sorunların çözümünde yardımın faydalı olacağını düşünürken yaşlı hekimler ve etik bilgilerine güvenenler tam tersini düşünmektedirler (79). Bu bulguların tersine tıp öğrencilerinin etik duyarlılığını ölçen bir çalışmada yaş ve cinsiyetin bir farklılık yaratmadığı bulunmuştur (80). Türkiye'de yapılmış bir diğer çalışmada etik ilkelerden özerklik, yararlı olma ve adalet ilkeleri doğrultusunda alınan kararlarda, cinsiyet açısından bir fark olmadığı bulunmuştur (81). Bu doktora tez çalışmasında Aleksandrova ve Racine'nin yaptığı çalışmalarla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Kadın ve erkek hekimler arasında görülen bu farkın kadınların etik sorunlara daha hassas yaklaşmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadın hekimlerin etik bilgilerine eleştirisel bir bakış açısıyla bakabildikleri yorumu yapılmıştır.

Bu çalışmada hekimlerin yaşları (Bkz. Tablo 5.5), aktif hekimlik yaptıkları süre (Bkz. Tablo 5.6) ve buna bağlı olarak akademik unvanları (Bkz. Tablo 5.7) arttıkça etik bilgilerine olan güvenin arttığı görülmüştür. Ancak 2006 yılında Aydın ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde yürüttüğü bir çalışmada hekimlerin yaklaşık dörtte üçünün çağdaş etik değerler açısından olumlu bir yaklaşım içinde olmasıyla birlikte genç hekimlerin etik bilgi ve farkındalığının yaşça daha büyük hekimlerden daha fazla olduğu görülmüştür (82).

Bu doktora tez çalışmasında Aydın ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak yaşça büyük hekimlerin kendi teorik etik bilgilerine daha fazla güvendikleri bulunmuştur. Ancak Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin etik bilgilerini araştırmacılar değerlendirirken, bu çalışmada hekimlerin kendi değerlendirmeleri esas alınmıştır. Bu sonuç yaşça büyük olan hekimlerin zaman içinde kazandıkları deneyimleri nedeniyle kendilerine daha çok güvendikleri şeklinde yorumlanmaktadır. Çalışmanın üniversite hastanesinde gerçekleştirilmesi nedeniyle eğitimlerinin sürecinde olan asistan hekimlerin etik bilgilerini ortaya koyamadıkları düşünülmektedir.

Yapılan araştırmada beklenildiği üzere etik eğitimi alan hekimlerin etik bilgilerine daha çok güvendikleri görülmüştür (Bkz. Tablo 5.8). Aynı şekilde hasta

tanı ve tedavi sürecinde karar verici konumda olan hekimler etik bilgi düzeylerine daha fazla güvenmektedirler (Bkz. Tablo 5.9). Hurst ve arkadaşlarının dört Avrupa ülkesinde gerçekleştirdikleri çalışmada hekimlerin % 35,6'sı okulda etik eğitimi almıştır. Aynı çalışmada hekimlerin % 53,8'i etik bilgilerine güvenmektedir (79). Bu doktora tez çalışmasında elde edilen sonuçlarla uyumludur.

Ankette hekimlere kendilerinin veya bir yakınlarının ciddi bir hastalık geçirip geçirmediği ve eğer geçirdiyse hastalarına yaklaşımlarında bir tutum değişikliği olup olmadığı sorulmuştur. Zira hekimlerin geçmişleri hasta ile empati kurma becerilerini etkilemektedir (83). Bu soruda hastalarına yaklaşımında değişiklik olduğunu ifade eden hekimler etik bilgilerine daha az güvenmektedir (Bkz. Tablo 5.10) .

## 7.2. Hekimlerin Klinikte Karşılaştıkları Etik İkilemler Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması

Yapılan ankette hekimlerin % 80'i yasal mevzuat bilgi eksikliği yaşadıklarını ve % 77'si bilinci açık hastada hasta ve hasta yakını ile çatışma yaşadıklarını belirtmişlerdir (Şekil 5.8). Bu çalışmada hekimlerin % 57'si yaşamın sonunda alınan etik kararlarda, %55'i boşuna tedavide, % 51'i tedavi yanılsamasında etik sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak "canlandırma uygulamayınız komutları", "tedaviye başlamama", "tedaviyi sonlandırma" ve "boşuna tedavi" gibi temelde yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin karşı karşıya kaldıkları sorunlarda sonuçlar farklıdır. Karlıkaya'nın yürüttüğü çalışmada (3) hekimler en fazla hasta/hasta yakınları ile tedaviyi reddetme (% 91) ve iletişimde (% 87) sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin % 77'si yasal uygulama ile ilgili bilgi eksiliği yaşadıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerin % 59,7'si canlandırma uygulamayınız komutları, tedaviye başlamama ve tedaviyi sonlandırma gibi kararlarda etik ikilem yaşadıkları gösterilmiştir. Hurst ve arkadaşlarının dört Avrupa ülkesinde gerçekleştirdikleri çalışmada hekimler en çok karar verme kapasitesi olmayan hastalarda çatışma (% 94,8), diğer sağlık çalışanları ile çatışma (% 81,2), yaşamın sonunda alınan etik kararlarda ikilem (% 79,3) yaşadıklarını ifade etmişlerdir (79). DuVal ve arkadaşlarının Amerika genelinde yaptığı bir çalışmada hekimler en sık karşılaştıkları etik ikilem olarak yaşamın sonu, hasta özerkliği, kaynakların adil dağıtımı ile ilgili konuları göstermiş ve taraflar arasında çatışma yaşadıklarını belirtmişlerdir (84). McGee ve arkadaşları tarafından Amerika'da

yapılan bir çalışmada etik danışmanlık sırasında en sık karşılaşılan konular hasta özerkliği, hasta yeterliği, iletişim sorunları olarak sıralanmıştır (85). Bu veriler ışığında sonuçlar Karlıkaya'nın çalışmaları ile uyumludur.

Bu tez çalışmasında yer alan hekimlerin % 78'inin yoğun bakım deneyimi olmasına rağmen, yaklaşık yarısı 34 yaş altı hekimlerden yani asistan hekimlerden oluşmaktadır. Asistan hekimler eğitim sürecinde olmaları nedeniyle hastanın birincil hekimi olarak görülmemekte ve karar mekanizmalarında yer almamaktadırlar. Yurt dışı örneklerden farklılığın bundan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda hekimlerin yasal mevzuat hakkında sorun yaşadıkları görülmektedir. Türkiye'de tıp alanına özel yapılanmış kanunlar, sağlık alanına yönelik hazırlanmış bir malpraktis yasası yoktur. Bu nedenle halihazırda var olan yasalar tıp için yorumlanmaktadır. Bu yorumların muğlak olması hekimlerin kendilerini güvensiz hissetmelerine yol açmaktadır. Yaşamın sonunda alınan canlandırma uygulamayınız komutları, tedavinin başlanmaması, tedaviyi sonlandırma, boşuna tedavi kararları vakaya özel tıbbi olduğu kadar etik kararlardır. Öncelikle bu zeminde tartışılması gereken durumların zaten yetersiz olan yasalar karşısında değerlendirilmeleri sağlık çalışanlarını tedirgin etmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliğindeki hastanın tedaviyi reddetme veya durdurma hakkı bağlamında terminal dönem hastalarda, yaşamın sonu ile ilgili kararların önceden planlanması mümkün olabilir. Her ne kadar hekimlerin yaşamın sonu kararlarında hasta ve hasta yakınlarıyla iletişime geçmesi sıkıntılı olsa bile bu planların yapılması sağlık çalışanlarını rahatlatacaktır. Sağlık çalışanlarının ve karar verici konumda olmaları nedeniyle özellikle hekimlerin "yetkilendirme bildirimi", "yaşayan vasiyet" ve "boşuna tedavi" gibi konularda eğitim alması gerektiği düşünülmektedir.

Klinikte karşılaşılan etik ikilem sıklığının sorgulandığı bu soruda ilginç olan bir diğer konu, ankete katılan hekimlerin % 51'i aydınlatılmış onamda etik sorunla karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonucun iki açıklaması olabilir. Birincisi hekimler aydınlatılmış onam sürecini içselleştirmişlerdir ve sorun yaşamamaktadırlar. İkinci yorum ise aydınlatılmış onam sadece imzalatılacak bir belge olarak görüldüğünden bir sorun olarak algılanmamaktadır. Hekimlerin babacıl bir tutum içinde oldukları göz önüne alındığında ikinci yorum daha olasılıklı görünmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları ile yaşadıkları etik ikilemler karşılaştırıldığında bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile çatışma yaşama (Bkz. Tablo 5.11) ve yaşamın sonunda alınan kararlarda etik ikilem yaşama oranı hekimlerin yaşları azaldıkça artmaktadır (Bkz. Tablo 5.12) . Bunun nedeni araştırmaya dahil olan yoğun bakım deneyimi olan hekimlerin yarısının 34 yaş altı hekimlerden oluşmasıdır. Zira bu tür etik ikilemlerle daha çok yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılmaktadır.

Finlandiya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin uzmanlık alanları ile yaşadıkları etik sorunların farklılık gösterdiği bulunmuştur. Psikiyatristler en çok etik sorun yaşayan hekim grubu iken, patologlar ve laboratuvar hekimleri en az etik sorun yaşayanlar olarak görülmüştür (86). Bu doktora tez çalışmasında ise çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının dahili, cerrahi gruplardaki hekimlerden daha fazla çocuk hastada hasta yakını ile çatışma yaşadıkları bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.13). Yaşamın sonunda alınan etik kararlarda cerrahi gruptaki hekimler en fazla sorun yaşayan grupken, ikinci sırayı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları oluşturmaktadır (Bkz. Tablo 5.14). Yine çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları yasal mevzuat konusunda dahili ve cerrahi gruplardaki hekimlerden daha fazla sorun yaşamaktadırlar (Bkz. Tablo 5.15). Yaşamın sonunda alınan etik kararlarda en fazla sorun yaşayan cerrahi gruptaki hekimlerin yasal mevzuat konusunda en az sorun yaşayan grup olması ilginçtir. Bu sonuç cerrahi branşlardaki hekimler kendilerine daha fazla güveniyor şeklinde yorumlanabilir. Yapılan çalışmada tek tek branşlar hakkında yorum yapacak kadar veri bulunmamaktadır.

Yapılan anket çalışmasında Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimlerin akademik unvanları yükseldikçe aydınlatılmış onam sürecinde sorun yaşama sıklıklarının arttığı görülmüştür (Tablo 5.16). Aydınlatılmış onam sürecinde etik ikilemi sık yaşama oranı profesör/doçent grubunda % 30,8 iken asistan hekim, öğretim görevlisi, yardımcı doçent ve uzman grubunda % 13,9 olarak bulunmuştur. Bu aslında hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan akademik unvanı yüksek hekimlerin hastanın birincil hekimi olarak görülmesi ile uyumlu bir sonuçtur.

Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bu çalışmada hekimlerin kendi teorik etik bilgilerine güvenleri arttıkça tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar konusunda daha az etik sorunla karşılaştıkları görülmüştür (Bkz. Tablo 5.17).

Özellikle araştırma hastanelerinde hekimlerin tedavi ile birlikte klinik araştırmalar da yürütmektedir. Hekimlerin sorumlulukları açısından tedavi ile klinik araştırma arasında farkı çok iyi bilmeleri gerekmektedir. Araştırmanın mutlaka AEK'dan geçmesi gerekliliği, aydınlatılmış onam alma sürecinin tedaviden farkı ve denek seçiminde dikkat edilmesi gereken noktalar açıkça ortaya konmalıdır. İlaçların ruhsat dışı endikasyonda kullanılmaları da bu kapsamda ele alınmalıdır (14). Görüldüğü üzere hekimlerin eğitim almaları bu konularda sorun yaşamalarını engellemenin en etkili yollarından biridir.

Hekimlerin etik bilgilerine güvenleri arttıkça yasal mevzuat bilgi eksikliğini daha az yaşadıkları bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.18). Hekimlerin etik bilgileri arttıkça konuya hakimiyetleri artacağından, bu beklenen bir neticedir. Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerden hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olanlar, hastanın mahremiyetinin korunması konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 5.19). Bu sonuç da karar verici konumda olan hekimlerin hastadan birincil sorumlu olmalarından kaynaklanmaktadır.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimler etik ikilemlerle en sık karşılaşan hekim grubunu oluşturmaktadır (75). Bu çalışma sonucunda yoğun bakım hekimlerinin bilinci açık (Bkz. Tablo 5.20) ve kapalı hastada (Bkz. Tablo 5.21), çocuk hastada hasta/hasta yakınları ile çatışma yaşama (Bkz. Tablo 5.22), yaşamın sonunda alınan etik kararlarda (Bkz. Tablo 5.23), boşuna tedavi kararlarında (Bkz. Tablo 5.24) etik ikilemle karşılaşma ve idare ile sorun yaşama (Bkz. Tablo 5.25) sıklıkları yoğun bakım ünitesinde çalışmayan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur.

## 7.3 Vaka Değerlendirmeleri Bağlamında Yapılan Karşılaştırmaların Tartışılması

Vakaların etik analizinde dört kutu yaklaşımı kullanılarak yapılan değerlendirmeler, hekimlerin verdikleri cevaplarla karşılaştırılmıştır.

### 7.3.1 Birinci Vaka Birinci Durum Değerlendirmesi

Vakada bilinci açık, karar verme yeterliliği olan hastanın yaşayan vasiyetinin değerlendirilmesi ve hasta özerkliğine saygı gösterilmesi konuları tartışılmaktadır.

**Hastanın Tıbbi Durumu**

Hasta 84 yaşındadır ve kronik, ilerlemiş pek çok hastalığı bulunmaktadır. Yoğun bakımda verilen tedavi ile hastalıklarının tamamen iyileştirilmesi mümkün değildir. Hastanın bilincinin açılması beklenmemektedir, bilinci açılsa bile ciddi bir nörolojik sekel kalması büyük olasılık dahilindedir.

**Hastanın tercihleri**

Hasta kendisine daha fazla invaziv girişimde[1] bulunulmasını istememektedir. Bu durumda hastaya daha fazla girişimde bulunmanın boşuna tedavi olduğunu düşünmektedir.

**Yaşam Kalitesi**

Hasta kalan yaşamını büyük olasılıkla bilinci kapalı olarak, yatağa bağlı ve bakıma muhtaç şekilde sürdürecektir.

**Vakayı Çevreleyen Diğer Çevresel Özellikler**

Bu vakada ekonomik, dini, kültürel ve hukuksal özel bir durum bulunmamaktadır.

**Sonuç**

Hastanın hekim oluşu nedeniyle hastalığının prognozu hakkında yeterli bilgiye ve anlama kapasitesine sahip olduğu düşünülmektedir. Hastanın tıbbi durumuna bakıldığında bu aşamadan sonra yapılan tedavinin nafile olduğu görülmektedir. Hasta bilinci açıkken kendisine daha fazla invaziv girişimde bulunulmamasını istediğini belirtmiştir. Hastanın durumunu anlayacak mental kapasitede olduğu noktasından yola çıkarak hasta özerkliği ilkesi gereği hastanın tercihlerine saygı duymak gerekmektedir. Hasta hakları yönetmeliğinin 25. maddesi uyarınca tedavinin uygulanmamasından doğacak hallerin anlatılması ve yazılı belge alınması kaydıyla hasta veya hasta yakını planlanan tedaviyi reddetmek veya tedavinin durdurulmasını isteme hakkına sahiptir (34). Birinci vakanın birinci durumunda hasta ile aynı fikirde olan hasta yakınları, hastaya daha fazla invaziv

[1]İnzaviv girişim, tanı ve tadavi amaçlı cilt bütünlüğünü bozan bütün işlemlerdir.

girişimde bulunmasını istememektedir. Vaka değerlendirmesinde hekimlerden beklenen hastanın isteği doğrultusunda yaşam kalitesini en üst seviyede tutacak destek tedaviyi veririm seçeneğini işaretlemeleri olacaktır. Araştırmaya katılan hekimlerden beklenen cevap ikinci seçenekte yer alan bu sonuçtur. Hastanın tercihlerine rağmen sonuna kadar gereken tüm işlemleri uygulama seçeneği babacıl tutumun bir göstergesidir. Son seçenek olarak verilen son ana kadar her türlü tedaviyi uygulayıp, "canlandırma uygulamama" ise odak grup görüşmelerinde en sıklıkla yapılan uygulama olarak ifade edildiğinde seçeneklere eklenmiştir. Odak grup görüşmelerinde hekimler yasal mevzuat konusunda boşlukların olduğunu ve bu çekinceleri nedeniyle son ana kadar her türlü girişimde bulunduklarını ifade etmişlerdir. Bu noktada hekimlerin sorunları etik açıdan değil, hep yasal açıdan değerlendirme çabasında oldukları görülmüştür.

Hekimlerin yaklaşık beşte üçü beklenen cevabı vermiştir (Bkz. Tablo 5.26). Araştırmacı odak grup görüşmelerinde verilen cevaplar ışığında hekimlerin uygulamadaki gerçeklerden çok, doğru olduğunu düşündükleri cevabı işaretlediklerini düşünmektedir. Hekimler hasta özerkliğine saygı göstermektedirler.

### 7.3.2. Birinci Vaka İkinci Durum Değerlendirmesi

Birinci vakanın ikinci durumunda ise hasta yakınları hasta ile aynı görüşte değildir ve hastaya son ana kadar yapılacak tüm işlemlerin yapılması konusunda ısrarcı davranmaktadırlar. Bu koşulda hekimin durumu hasta yakınları ile ayrıntılı şekilde paylaşması ve sonuçta hastanın isteğini yerine getirmesi beklenmektedir. Soruda birinci seçenek olarak babacıl tutum gösteren, son ana kadar gereken tüm tıbbi işlemleri uygularım yer almaktadır. İkinci seçenekte ise hasta özerkliğine saygı çerçevesinde hastanın isteği doğrultusunda hareket ederim bulunmaktadır. Üçüncü olarak hastanın ailesini ikna etmeye çalışırım ama sonunda onların görüşlerini uygularım seçeneği verilmiştir. Son seçenek olarak verilen son ana kadar her türlü tedaviyi uygulayıp "canlandırma uygulamama" ise odak grup görüşmelerinde hekimlerin en sıklıkla yaptıkları uygulama olarak ifade edilmiştir.

Hekimlerin sonuç olarak ikinci seçeneği işaretlemeleri beklenmektedir. Ancak ilk durumdan farklı olarak bu seçeneği işaretleyen hekimlerin oranı üçte bire düşmüştür (Bkz. Tablo 5.26). Ankete katılan hekimlerin yaklaşık üçte biri babacıl tutum içinde olacaklarını ifade etmişlerdir. Hastaya rağmen ailenin isteğini yerine

getireceğini belirten hekim oranı ise yaklaşık beşte birdir. Bir önceki durumda hasta özerkliğine saygı gösteren hekimlerin, ailenin farklı görüş bildirmesinde hastayı görmezden gelmesi Odabaşı ve Büken'in (87) çalışma sonuçları ile aynıdır. Odabaşı ve Büken'in Hacettepe Üniversite Hastanelerinde yürüttüğü çalışmada yaşamın sonunda alınan kararlarda hastadan daha çok ailenin ve hekimin görüşlerine önem verildiği görülmüştür. Araştırmacı bu durumu Türk toplumunda ailenin bireyden daha önce geldiği, bireyin kendi düşüncelerinden çok ailenin kararlarına saygı duyulduğu düşüncesine ve bireysel özerklik yerine toplumsal özerkliğin varlığına dayandırmaktadır.

### 7.3.3. İkinci Vaka Değerlendirmesi

İkinci vakada yeni doğanda tedaviye hiç başlamama durumu tartışılmaktadır. Vakada bebekte ileri derecede anomali mevcuttur. Ailenin var olan diğer üç çocuğundan biri nöral tüp defektli ve mental retardedir. Maddi durumu da iyi olmayan aile yeni bebeğe sadece palyatif bakım verilmesini istemektedir.

**Hastanın Tıbbi Durumu**

Yenidoğan bebeğin omurgasında ciddi deformite bulunmaktadır. Büyük olasılıkla bebek mental retarde olacaktır. Bebeğin ortopedik sorunları nedeniyle birçok cerrahi operasyon geçirmesi gerekecektir. Mesane kateteri ve ventrikülоperitoneal şant nedeniyle sıklıkla enfeksiyon kapacaktır. Bu bebek asla anlamayacak ve iletişim kuramayacaktır.

**Hastanın Tercihleri**

Yeni doğanın ailesi bebeğin acısının dindirilerek palyatif bakım verilmesini istemektedir. Bebeğe invaziv girişimde bulunulmasını reddetmektedirler.

**Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde her ne kadar objektif ölçütler bulunmasa da bazı sınıflandırmalar mevcuttur. Yaşam kalitesi sınırlı, minimal ve minimal altı şeklinde üç başlıkta toplanabilir. Minimal altı yaşam kalitesinde hasta fiziksel olarak aşırı derecede zayıftır. Bununla beraber tamamen, geri dönüşümsüz algısal ve entelektüel aktivitesinin kaybı söz konusudur (14). Bu vakada da bebeğin yaşam kalitesi minimal altı olarak değerlendirilmektedir.

**Vakayı Çevreleyen Diğer Çevresel Özellikler**

Bebeğin ailesi biri özürlü olan 3 çocuk sahibidir. Yeni özürlü bebek aile için ciddi sorun yaratacaktır. Aile geçimini zorlukla sağlamaktadır ve sağlık bakım hakkına ulaşmakta sıkıntı geçmektedir.

**Sonuç**

Sonuç olarak bu vakada hekim olarak ailenin isteğine saygı duyarak sadece palyatif bakım vermek uygun olacaktır. Birinci seçenek olarak babacıl tutum içeren sonuna kadar gerekli her türlü girişimde bulunmak, ikinci seçenek olarak aileyi ikna etmek, üçüncü seçenek olarak da palyatif bakımı vermek yer almıştır. Araştırmaya katılan hekimlerden üçüncü seçeneği işaretlemeleri beklenmektedir. Ancak hekimlerin yaklaşık yarısı ikinci seçeneği işaretlemişlerdir (Bkz. Tablo 5.26). Araştırmaya katılan hekimlerin yaklaşık % 20 kadarı babacıl tutum içinde olacaklarını ifade etmişlerdir. Beklenen cevabı işaretleyen hekim oranı yaklaşık % 30 kadardır. Hekimlerin çocuk hastada erişkinden daha farklı biçimde karar aldıkları görülmektedir. Hekimlerin yarısı aileyi ikna etmeye çalışıp ondan sonra ailenin kararına uyacağını ifade etmiştir. Bu kararlarda çocuk hastada beklenen yaşam süresinin erişkin hastadan çok daha uzun olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Vaka değerlendirmesi ile ilgili cevaplara bakıldığında hekimlerin etik bilgilerine güvenleri arttıkça (Bkz. Tablo 5.27) ve hasta tanı/tedavi süreçlerinde karar verici konumda olmaları durumunda (Bkz. Tablo 5.28) hasta özerkliğine saygı gösterme oranları artmaktadır. Vakalarda yer alan hasta yakını ile çatışma durumunda (Vaka 1B) yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimler ile çalışmayan hekimler arasında fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.29). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin daha babacıl bir tutum içinde davranacaklarını ifade ettikleri görülmüştür. Bunun için iki farklı yorum yapılabilir. Birincisi yoğun bakım hekimleri daha sık bu kararlarla karşı karşıya kaldıklarından yaşadıkları duruma uygun cevap vermişlerdir. Yoğun bakım ünitesinde çalışmamış olan hekimler ise varsayım üzerinden yorum yaptıkları için aralarında böyle bir fark oluşmuştur. İkinci yorum ise yoğun bakım hekimlerinin yaşamın sonunda alınan etik kararlarda tek başlarına karar verme durumunda kaldıklarından daha babacıl bir tutum içinde olduklarıdır. Kocaeli ili dahilinde çeşitli branşlardan hekimlerle yapılan bir çalışmada hekimlerin hasta özerkliğinden daha çok zarar vermeme ilkesini merkeze

koydukları, hasta için en iyi olduğunu düşündükleri şeyi yaparken hastanın tercihlerini görmezden geldikleri belirtilmiştir (81). Odabaşı ve Büken'in çalışmasında hekimlerin yaşamın sonunda alınan kararlarda tek başına kaldıkları, HEK/KEK'lerin bu bağlamda hekimlere destek olacak yapılar olduğu belirtilmiştir (87). Bu açıdan sonuçlar literatürle uyumludur.

### 7.4 HEK/KEK Yapılanması Bağlamında Yapılan Değerlendirmeler

Anket çalışmasında hekimlere etik ikilemleri nasıl çözdükleri sorulduğunda dörtte üçü bir üst amirine danıştığını ve yaklaşık yarısı kendi başına çözüm aradığını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 5.30). Araştırma evrenini oluşturan hekimlerin yaklaşık % 50'si asistan hekimlerden oluştuğundan bu çalışmada bir üst amirime danışırım seçeneğinin ilk sırada çıkması şaşırtıcı bulunmamıştır.

DuVal ve arkadaşlarının Amerika genelinde yaptığı bir çalışmada hekimler etik ikilemleri çözmek amacıyla sorunu % 42'si bir başka hekimle ya da iş arkadaşı ile paylaştığını ifade etmiştir (84). Karlıkaya'nın doktora çalışmasında hekimlerin tıbbi bakımla ilgili vicdanen rahatsızlık duydukları ve zorlandıkları farklı seçeneklerle baş etmedeki tutumları araştırıldığında tercih sırasına göre % 68,3'ünün öncelikli olarak bir meslektaşına, % 66,7'sinin anabilim dalı başkanına danıştıkları, % 47'sinin hasta veya ailesiyle görüştükleri bulunmuştur (3), bu bağlamda sonuç literatür ile uyumludur.

HEK/KEK'in hangi üyelerden oluşması gerektiği sorulduğunda ortalama 9 üye ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 32). Bu üyelerin meslekleri tıp etiği uzmanı, avukat, yoğun bakım tecrübesi olan hekim, uzman hekim, başhekim, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, anabilim dalı başkanı ve psikiyatrist olarak sıralanmıştır. 1999 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada etik kurul üyeleri olarak hekimler, hemşireler, idareciler, din adamları, avukatlar, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, eczacılar, tıp etiği uzmanları, hasta temsilcileri ve halktan üyeler *(layperson)* yer almaktadır (85). İngiltere'de *The Royal United Hospital*'da kurulan etik kurul değerlendirildiğinde kurulda kurum dışı bir hukukçunun bulunmasının önemi vurgulanmıştır (88). İngiltere'deki bir başka çalışmada üye profili şu şekildedir: Danışman/tıbbi yönetici *(consultant/medical director),* hemşire yöneticisi *(nurse manager*), diğer klinik personel, klinik olmayan müdür *(non clinical manager*), din görevlisi *(chaplain*), etik uzmanı, halktan bir üye, *trust board member* (9). ABD'de

New York eyaletinde yapılan bir çalışmada etik kurulların %70'inde biyoetikçinin bulunmadığı, bu üyelerin daha çok büyük şehirlerde, eğitim hastanelerinde görev aldığı belirtilmiştir (89). Norveç'te oluşturulan HEK/KEK'lerde halktan bir üye bulunmamaktadır (60). Sonuçlar literatür ile uyumludur.

Anket çalışmasında hekimlere gereksinimleri doğrultusunda HEK/KEK'lerin işlevlerini işaretlemeleri istendiğinde soruya eklenen açıklamalardan genel olarak hekimlerin HEK/KEK'leri AEK'lerle karıştırdığı görülmüştür. Bunun dışında verilen cevaplara bakıldığında etik farkındalık eğitimlerine diğer işlevlerden nispeten daha fazla gereksinim olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 5.31). HEK/KEK yapılanmasının öncelikli konusu eğitim olmalıdır. Ankete katılan hekimlere hangi konularda eğitim istedikleri sorulduğunda ilk sırada bir etik farkındalık eğitimi olmayan, odak grup görüşmelerinde sürekli gündeme gelmesi nedeniyle seçeneklere eklenen tıbbi yanlış uygulama konusunda yasal mevzuat ile ilgili eğitim yer almaktadır (Bkz. Tablo 5.33). İkinci sırada temel etik kavramlarla ilgili eğitim yer almıştır. Anket öncesi yapılan odak grup görüşmelerinde hekimlerin etik ikilem, etik konsültasyon (etik danışmanlık), hastane etik kurulu (klinik etik kurul), etik rehber gibi kavramları tam olarak bilmedikleri gözlenmiştir. Bu cevapta bu bağlamda beklenen bir sonuçtur. Üçüncü sırada ise hekimlerin yaklaşık % 30'nun işaretlediği aydınlatılmış onam ve "canlandırmayınız komutları" hakkında yasal mevzuat ile ilgili eğitim yer almıştır. Hekimler 2005 yılında değişen Türk Ceza Kanunu ve zorunlu hale getirilen mali sorumluluk sigortasından sonra artan biçimde etik sorunlarla değil, hukuki boyutla ilgilenmeye başlamışlardır. İstedikleri eğitim sıralamasında bu gayet net biçimde görülmektedir. Hekimlerin klinik ve etik karar verme süreçlerini birlikte yürütecekleri yaşamın sonunda alınan kararlar gibi durumlarda idari ve yasal nedenlerle ürkek davrandıkları görülmektedir. Etik farkındalıkları arttığında durumun daha farklı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca talep ettikleri ikinci eğitim konusunun temel etik kavramlar olması bu yorumu güçlendirmektedir. Hekimlerin yaklaşık yarısının sorun olmadığını bildikleri aydınlatılmış onam süreci yine eğitim konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun hastanın birincil hekimi olmadıkları için sorumluluk almayan ve araştırma evrenini oluşturan asistan hekimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ankete katılan hekimlere hangi konularda etik rehberler hazırlanmasını istedikleri sorulduğunda cevaplar üç seçenek etrafında toplanmıştır (Bkz. Tablo 5.34). Bunlar:

- Yaşamın sonu ile ilgili etik kararlar,
- Hastaya kötü prognozun ve tıbbi gerçeğin söylenmesi
- Bilinci kapalı hastalarda hasta yakını ve sağlık personeli arasındaki çatışma hakkında rehberler olarak sıralanmaktadır.

Gereksinimlerin yoğun bakım ünitesinde yaşanan etik ikilemler üzerine odaklandığı görülmektedir. Türk Tabipleri Birliğinin yayınladığı Etik Bildirgeler Kitabında "Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge" mevcuttur (90). Ancak bu gibi çalışmaların henüz etkin biçimde hekimlere ulaşmadığı düşünülmektedir. HEK/KEK'lerin bu gibi güncel gelişmeleri yakından takip edip kurum çalışanlarına iletmesi etkinliğini arttıracaktır.

Ankete katılan hekimlere HEK/KEK'lerin yararı olacağını düşünüyor musunuz diye sorulduğunda yaklaşık %70'i yararlı olacağını düşündükleri ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 5.36). Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için alınan etik danışmanlık sonucu hastanede kalış süresinde, hastane masrafında ve ventilatörde kalma süresinde azalma görülmüştür (91,92).

Almanya'da bir üniversite hastanesinde etik irtibat hizmeti *(Ethics liaison service)* planlanmıştır. Öncelikle cerrahi yoğun bakım ünitesinde diğer klinisyenlerle birlikte çalışan bu hekim kökenli etik danışman, ekibin bir üyesi olarak yerini almış ve istek üzerine çağrılmak yerine zamanının tamamını ekiple birlikte geçirerek hizmet vermiştir. Genel olarak da sağlık personeli tarafından etik danışmanlık sonuçları tatmin edici bulunmuştur (93). Gill ve arkadaşları etik danışmanlık alınan üç vakayı değerlendirirken hastane çalışanlarının, hastaların ve ailelerinin etik danışmanlık süreci ve çıktılarından tatmin olduklarını bildirmişlerdir (94).

Schneiderman ve ark. yürüttüğü çok merkezli, randomize, kontrollü bir çalışmada etik danışmanlık hizmetlerinin yoğun bakımda yapılan yararsız tedavilerin oranını azalttığı, konu ile ilgili tüm tarafların da genel olarak bu hizmetlerden memnun kaldığı bulunmuştur (91). Ancak etik danışmanlık hizmetlerinin randomize kontrollü deneylerle ölçülmesinin yöntemsel olarak uygun olmadığına dair görüşler mevcuttur. Bu görüşe göre etik danışmanlık vakaya özeldir, bu açıdan bir

standardizasyon sağlamak mümkün değildir. Üstelik etik danışmanların eğitimini, deneyimini ve kişisel özelliklerini de tek tip yapmak olanak dışıdır. Kontrol grubuna plasebo vermek de imkansızdır (95).

Sonuç olarak HEK/KEK'lerin klinik yararlarını net biçimde ortaya koymak zor olsa da sağlık çalışanlarının ikilem yaşadıkları durumlarda danışabilecekleri bir birimin varlığı yadsınamaz biçimde faydalı olacaktır. Bu tez çalışmasında da hekimlerin yaklaşık tamamı (% 98,4) HEK/KEK'leri klinisyenlere yararlı olacağını düşünmektedir.

Ankete katılan hekimlerin dörtte üçünden fazlası etik ikilemleri çözmek için ayrı bir birim olması gerektiğini düşünmektedir. Hekimlerin üçte ikisi ise bireysel etik danışmanlığı yeterli olmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin yaklaşık % 85'i HEK/KEK'lerin mutlaka olması gerektiğini belirtmiştir. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimler büyük bir çoğunlukla HEK/KEK'lerin etik ikilemlerin çözülmesinde hekimlere yardımcı olacağını ve HEK/KEK yapılanmasının olması gerektiğini düşünmektedirler.

Görüldüğü üzere etik ikilem içeren tıbbi kararlar, yaşamın başlangıcı ve sonuyla ilgili konular, karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en iyi yararı/en üstün çıkarı gözetilerek alınan kararlar, HEK/KEK'lere gereksinim duymaktadır. Bu kurulların oluşumuna hız verilmeli ve hem bu kurulların hem de yoğun bakım ünitesinde hizmet veren sağlık çalışanları başta olmak üzere bu tür hastalarla çalışan hekimlerin, karar vermesine yardımcı olacak rehberler, ilgili uzmanlık dernekleri, tabip odaları, Türk Tabipleri Birliği ve ilgili diğer kurumlar tarafından hazırlanmalı, yaşama geçirilmelidir. Etik alanda yapılan bu tartışmalar ve geliştirilen rehberler, konu ile ilgili yasal düzenlemelere de kaynaklık edecek, yol gösterecektir.

### 7.5 Araştırma Sonuçlarına Yönelik Eleştiriler ve Öneriler

- Araştırma evreninin tamamına ulaşılmadığından hekimlerin HEK/KEK gereksinimleri tam olarak yansılatılamamış olabilir. Araştırma için örneklem alma yoluna gidilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış ancak % 25'inden yanıt alınabilmiştir.
- Özellikle anket çalışmasının bir sonucu olarak hekimler yaşadıkları gerçeklikleri değil de, olması gerektiğini düşündüklerini (Tıp Tarihi ve Etik AD'na

etik konsültasyon talebi hiç gelmemesine rağmen hekimlerin yaklaşık %10'nun etik danışmanlık alırım seçeneği işaretlemeleri gibi) soru formuna işaretlemiş olabilirler.

- Bir diğer sorun klinikte çalışan hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle anket çalışmalarına zaman ayırmamaları, bu tür çalışmalara sıcak bakmamaları dolayısıyla anketin doldurulması aşamasında sorun yaşanmasıdır.
- Sorgu formunda hekimlerin veya yakınlarının hastalık öyküsü varlığında, hastalara yaklaşımlarında değişiklik meydana gelip gelmediğinin sorgulandığı durumda, ne tür bir değişiklik olduğu açık değildir. Değişiklik olduğunu ifade eden gruba yöneltilecek açıklamalı/çoktan seçmeli bir soru ile bunun yanıtı alınabilecekken, bunun yapılmadığı araştırma bitiminde fark edilmiştir. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar hekimlerin özellikle yakınlarının hastalık öyküsü sonrasında iletişim ve empati becerilerinin artışının söz konusu olduğunu söylemektedir (96).
- Hekimlere klinikte karşılaştıkları etik ikilem sıklıkları sorulduğunda hangi konuları etik ikilem olarak gördükleri net değildir.
- Bu tez kapsamında yapılan Türkiye'de HEK/KEK'lerin genel durumu araştırması sadece üniversite hastaneleri ile sınırlı kalmıştır. Zira tezin araştırma konusu üniversite hastanelerinde oluşturulan HEK/KEK'lerdir. Ancak tüm Türkiye'de HEK/KEK'lerin genel durumunu ortaya koymak adına tüm hastaneleri içine alan bir araştırmanın yapılması daha uygun olacaktır.
- Araştırmanın daha derinleşmesi açısından yukarıda sözü edilen sorunlar bağlamında bundan sonra yapılacak çalışmaların hekimlerle yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemiyle yapılması uygun olacaktır.

## 8. SONUÇ

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimler üzerinde yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır.

- Hekimlerin en sık karşılaştıkları etik ikilem (% 77) bilinci açık hastada hasta ve hasta yakınları ile çatışma yaşama durumdur. Ancak % 80 oranında yasal mevzuat bilgisi eksikliği nedeniyle sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
- Hekimlerin yaklaşık yarısı aydınlatılmış onam alma sürecinde sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.
- Hasta özerkliği, hastanın mahremiyetinin korunması gibi etik ilkelerin farkında olmalarına rağmen hastaya karşı babacıl bir tutum içindedirler.
- Klinikte etik ikilemlerle karşılaşma sıklıkları bağlamında etik farkındalıklarına bakıldığında yoğun bakım hekimlerinin yaşamın sonunda alınan etik kararlarla karşılaşma sıklığının diğer hekimlerden daha farklı olduğu görülmektedir.
- Hekimlerin cinsiyetleri klinikte etik ikilemle karşılaşma sıklığını değiştirmezken, kadın hekimler kendi teorik etik bilgilerine erkek meslektaşlarından daha az güvenmektedirler.
- Etik eğitimi almış hekimler kendi teorik etik bilgilerine daha çok güvenmektedirler.
- Hekimlerin kendi teorik etik bilgilerine güvenleri arttıkça tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalarda ve yasal mevzuat bilgi eksikliği nedeniyle sorun yaşama sıklıkları azalmaktadır.
- Kendilerinin ve/veya bir yakınlarının ciddi hastalık öyküsü varlığında hastalara yaklaşımlarının değiştiğini ifade eden hekimler, kendi teorik etik bilgilerine daha az güvenmektedir.
- Meslekte uzun yıllar çalışmış, akademik unvanları yüksek, hasta tanı/tedavi sürecinde karar verici konumda olan ve yaşça büyük hekimler kendi teorik etik bilgilerine daha çok güvenmektedirler ancak yaşanın sonunda alınan kararlarla ilgili etik ikilemlerle daha az karşılaşmaktadırlar. Zira yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla asistan hekimler çalışmaktadır.
- Ayrıca asistan hekimler hastadan birincil sorumlu olarak görülmediğinden aydınlatılmış onam alma süreci ve mahremiyetin korunması ile ilgili etik

ikilemlerle de en sık meslekte uzun yıllar çalışmış, akademik unvanları yüksek ve yaşça büyük hekimler karşılaşmaktadır.

- Hekimlerin uzmanlık alanları temel alınarak yapılan karşılaştırmalarda etik ikilemlerle cerrahi gruplar en sık karşılaştıkları halde yasal mevzuat konusunda en az sıkıntıda olan grup olarak bulunmuştur.
- Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinden birinin Çocuk Hastanesi olması nedeniyle ayrı bir grup olarak karşımıza çıkan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşan grup beklenildiği üzere çocuk hastada hasta yakını ile çatışmayı diğer gruplardan daha fazla yaşamaktadır.
- Hekimlerin kendilerinin ve/veya yakınlarının ciddi hastalık öyküsü varlığında etik ikilemlerle karşılaşma sıklıkları değişmemiştir.
- Hekimlerin etik eğitimi alıp/almama durumları da klinikte etik ikilemle karşılaşma sıklıkları üzerinde etkili bulunmamıştır.
- Hekimler klinikte yaşadıkları etik ikilemleri çözmek için meslektaşları ile sorunları paylaşmakta ve kendi vicdanları ile baş başa kalmaktadırlar.
- Üniversite hastanesinin getirdiği hiyerarşik yapılanma nedeniyle klinikte hizmet veren hekimlerin çoğunluğunu oluşturan asistan hekimler hastanın birincil hekimi olarak görülmediğinden ortaya çıkan etik ikilemleri kendi sorunları olarak görememektedirler.
- Sözü edilen hekim grubu karar mekanizmalarında yer almadıklarından etik ikilemleri çözüm konusunda da yetersiz kalmaktadırlar.
- Aynı zamanda hekimlerin etik ikilemlerle karşılaştıklarında çoğunlukla bir üst amirlerine danıştıkları görülmüştür.
- Hekimler etik ikilemden çok hastalara uyguladıkları işlemlerin, tedavilerin yasal boyutları ile ilgilenmektedirler.
- HEK/KEK yapılanmasında hekimler ortalama 9 üye (tıp etiği uzmanı, avukat, yoğun bakım hekimi, yoğun bakım hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, anabilim dalı başkanı, psikiyatrist, başhekim) belirtmişlerdir.
- Hekimler HEK/KEK'in işlevlerinden etik eğitimine nispeten daha fazla gereksinim duymaktadırlar. Gereksinim duydukları eğitim konularını ise tıbbi yanlış uygulama hakkında yasal mevzuat, temel etik kavramlar, aydınlatılmış

onam alma süreci ve canlandırma yapmayınız komutları ile ilgili yasal mevzuat olarak sıralamışlardır.

- Hekimler yaşamın sonu ile ilgili kararlar, hastaya kötü prognozun ve tıbbi gerçeğin söylenmesi ve bilinci kapalı hastada hasta yakını ile sağlık personeli arasında çatışma yaşama konularında etik rehbere gereksinim duymaktadırlar.
- Hekimler klinikte yaşadıkları etik sorunların farkındadırlar.
- Hekimler HEK/KEK yapılanmasının kendileri için yararlı olabileceğini ve böyle bir birimin mutlaka olması gerektiğini düşünmektedirler. Ancak sistem içinde çalışıp çalışmayacağına dair şüpheleri bulunmaktadır.

Sonuç olarak Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan hekimler etik ikilemlerin farkındadırlar ve kendilerine etik ikilemlerin çözümlenmesinde başvuru kaynağı olarak hizmet verebilecek bir yapılanmaya gereksinim duymaktadırlar. Bu yapılanmanın eğitim işlevinin önemli olduğunu düşünmektedirler. HEK/KEK yapılanmasının geliştireceği etik rehberlerin de kendilerine yararlı olacağını inanmaktadırlar.

HEK/KEK'in etik danışmanlık hizmeti verebilmesi için kurum tarafından kabul görmesi ve sağlık çalışanlarının bu konudaki gereksinimlerinin daha açık biçimde ortaya konması gerekmektedir. Hangi etik danışmanlık modelinin kuruma daha uygun olacağının ayrıca araştırılması gerekmektedir.

Tezin bir diğer amacı olan model önerisinde daha sonraki aşamada örnek bir yönergenin, bir eğitim programının ve bir etik rehber taslağının hazırlanması uygun olacaktır.

## 9. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ HEK/KEK MODEL ÖNERİSİ

Sağlık çalışanlarının klinikte yaşadıkları etik ikilemleri çözmelerinde yardımcı olan HEK/KEK yapılanmaları Türkiye için yeni birimlerdir. Hacettepe Üniversiteleri Hastaneleri verdikleri hizmet kalitesi açısından ülkenin öncü kurumlarından biridir. Bu bağlamda Hacettepe Üniversitelerinde bir HEK/KEK kurulması önem taşımaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde vakaya özel toplanan, çoklu disiplinli kurullar bulunmaktadır. Bunlara bir örnek 1999 yılında kurulan Cinsel Kimlik Sorunları Değerlendirme Komisyonu'dur. Bu komisyonda bir plastik cerrah, bir psikiyatrist, bir jinekolog, bir ürolog, bir endokrinolog, bir genetik uzmanı, hukuk müşavirliğinden bir üye ve bir tıp etiği uzmanı bulunmaktadır. Bu komisyon vakaya özel toplanmaktadır. Genelde vakayı takip eden anabilim dalı tarafından vakanın sunumu yapılmaktadır. Vaka tartışmalarında temel olarak klinik bakış açısı hakim olmakta, vakaların etik boyutunun ayrıntıları ile tartışılması pek mümkün görünmemektedir. Vaka tartışmalarının raporu tutulmamakta, sadece resmi belgeler (sağlık raporu ve mahkemeye gönderilen cevap yazıları) arşivlenmektedir. Komisyonun kendine ait bir toplantı salonu ve sekretaryası yoktur.

Bir diğer yapılanma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde yürütülen disiplinlerarası vaka toplantılarıdır. Onkoloji hastanesindeki tüm bölümler toplantıya katılmaktadır. Düzenli olarak ayda 3 defa toplanan, sekretaryası Onkoloji Enstitüsü tarafından yürütülen bu toplantılarda vakayı konseye getiren anabilim dalından bir kişi vaka sunumu yapmaktadır. Sunum sonrası vaka klinik açıdan tartışılmakta ve alınan ortak karar hastanın dosyasına işlenmektedir. Bunun dışında yaklaşık 10 yıldır sürdürülen Nöroonkoloji Konseyi ve 1973 yılından beri sürdürülen Tümor (cerrahi) Konseyi iki haftada bir toplanmaktadır. Bu toplantılara ilgili anabilim dallarından ve gelen vaka özelinde davet edilen uzmanlık alanlarından hekimler katılmaktadır. Bu toplantılarda da sadece vakanın klinik yönleri tartışılmaktadır. Etik karar verme süreçleri hasta başında birincil/sorumlu hekim tarafından yürütülmeye çalışılmaktadır.

Ayrıca Çocuk Hastanesinde tüm bölümlerin katıldığı haftada bir defa toplanan 3 farklı konsey bulunmaktadır. Birincisi mortalite toplantısı, ikincisi

serviste yatan ilginç vakaların, üçüncüsü de poliklinikte karşılaşılan değişik vakaların tartışıldığı toplantılardır. Toplantıda alınan kararlar "konsey kararıdır" şeklinde hasta dosyasına not olarak düşülmektedir. Toplantılara özel, ayrı bir arşivi belgelendirme sistemi mevcut değildir. Bunun yanı sıra Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının iki haftada bir yaptıkları toplantılar mevcuttur. Bu toplantılar, gerek duyulduğunda çocuk ve aileden alınan mektuplar getirilerek onların da görüşlerinin değerlendirmeye alınması sağlanarak yürütülmektedir. Bu da vakaya özel toplanan klinik karar verme süreçlerine odaklanan, etik karar verme süreçlerinin genelde yürütülmediği kurullardır.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri hekimleri üzerinde yürütülen bu çalışma ile literatürde tanımlanan HEK/KEK ışığında, hekimlerin gereksinimleri doğrultusunda bir HEK/KEK model önerisinde bulunmak amaçlanmaktadır. Türkiye'de HEK/KEK yapılanmasının yeni olduğu ve pek çok hekim tarafından bilinmediği bu araştırma ile ortaya konmuştur.

Ayrıca Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)* (JCAHO) akreditasyon işlemleri sırasında kurumun hasta bakımında yaşanan etik sorunları çözebilecek ve sağlık çalışanları ile hastaları ilgili konularda eğitecek mekanizmaların oluşturulmasını istemektedir (97). Bununla birlikte Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi 2002 yılında başlatılan "Sürekli Kurumsal Gelişim Projesi"nin devamında *Joint Commision International*[1] (JCI) Akreditasyon belgesi ile onaylanmıştır. JCI standartlarına göre hasta ve ailesinin bakım sürecine dahil edilmesi, kültürel ve inançsal değerlerine önem verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda kurum personelinin bu konularda eğitilmesi ve bu doğrultuda hizmet vermesinin sağlanması istenmektedir. Bununla birlikte hasta ve ailesinin yaşamın sonu bakımında, tedaviye hiç başlamama ve tedavinin sonlandırılması gibi etik ikilemlerin sık yaşandığı konularda bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve tercihlerine saygı gösterilmesi istenmektedir (98). Bu bağlamda tez çalışmasının JCI'nın gerekliliklerini sağlamakta yararı olacaktır. Hastanelerin akredite olma nedenleri hizmet kalitesini ve

[1]Joint Commission International, 1997 yılında kurulmuş, JCAHO'nun uluslararası dalı olan ve bugün itibariyle 60'dan fazla ülkede sağlık kuruluşlarını denetleyerek akredite eden bir kuruluştur.

sürekliliğini garanti etmek, hasta haklarını korumak ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Bu açıdan bakıldığında HEK/KEK yapılanmasının Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri için faydalı olacağı açıktır.

Etik danışmanlık hizmetlerinin hastanede, yoğun bakım ünitelerinde kalış sürelerini azalttığı, hastane maliyetlerini düşürdüğü yönünde yapılmış çalışmalar mevcuttur (92). HEK/KEK'lerin sınırlı kaynakların adaletli kullanımı açısından da faydalı olacağı görülmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde kurulması önerilen HEK/KEK için bir yol haritası belirlenmelidir. UNESCO'nun hazırladığı "Biyoetik Kurulların Oluşturulması" başlıklı 1 numaralı kılavuzunda kuruluş aşamasında yapılması gerekenler liste halinde sıralamıştır (8).

- Tüzüğü belirleyin.
- Başkanı ve üyeleri seçin.
- Yasal çerçeveyi ve bütçeyi belirleyin.
- Toplantıların açık veya kapalı yapılacağına karar verin.
- Başkanın kime karşı sorumlu olacağını belirleyin.
- Çalışma yöntemlerini belirleyin. Toplantı sıklığı, toplantı resmi raporları, rapor dağıtımı, belgelerin sağlanması, toplantıların hazırlanması gibi…
- Sekretaryayı kurun.
- Üyelere etik konusunda eğitimler verin.

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde yapılandırılacak HEK/KEK'in öncelikle idare tarafından desteklenmesi gerekmektedir (99,100). Yönetimin desteği ile kurul için gerekli mekanın ve maddi kaynakların yaratılması gerekmektedir.

UNESCO'nun "Biyoetik Kurulların Oluşturulması" başlıklı 1 numaralı kılavuzunda (8) HEK/KEK'lerin 15-25 üyeden oluştuğu belirtilmiştir. Ancak odak grup görüşmelerinde hekimlerin AEK'lerle ilgili olumsuz deneyimleri nedeniyle yeni, büyük bir kurula sıcak bakmadıkları görülmüştür. Hekimler büyük kurulların iş yüklerini daha fazla arttıracağını düşünmektedirler. Bununla birlikte İngiltere'deki *The Ethox Centre'in*[1] yayınladığı "Klinik Etik Destek için Pratik Bir Rehber"de (10)

[1]The Ethox Centre; Oxford Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümünde kurulan disiplinlerarası bioyetik araştırma merkezidir. Sağlık uygulamalarında ve tıbbi araştırmalarda etik standartları geliştirmek amacındadır.

küçük bir çekirdek ekiple gerektiğinde ilgili uzmanlık alanlarından üyelerle işbirliği içinde kurulların oluşturulduğu belirtilmiştir. Ayrıca küçük gruplarda üyelerinin birbirleriyle ve kurumla daha kolay iletişim kurabildiği bilinmektedir. Araştırmacı tüm bu nedenleri ve yapılan anket çalışmasından elde edilen verileri göz önüne alarak Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri için önerilen modelde çekirdek bir kadro ile başlamak gerektiğini düşünmektedir. Zira yeni kurulacak HEK/KEK'in kendini kuruma kabul ettirmek adına esnek, çabuk hareket edebilen ve somut işler yapması gerektiği düşünülmektedir. Ancak küçük gruplar ilgili tüm tarafların görüşlerini yansıtmadığı gerekçesiyle eleştirilmektedir. Bu nedenle çekirdek kadro gelişimini tamamlandıktan ve HEK/KEK kurum çalışanları tarafından tanındıktan, içselleştirildikten sonra kurulun UNESCO önerisindeki yapılanmaya doğru evrilmesi mümkündür. Zira küçük kurulların tüm kurumun görüşünü yansıtmaması çatışmalara neden olabilir. Yapılanma tamamlandığında ise esnekliği ve çabuk karar alabilmeyi sağlamak adına alt kurullar oluşturulabilir.

Kurul konuya ilgili, kurula zaman ayırabilecek ve emek verebilecek kişilerden oluşturulmalıdır (100). Bu çekirdek kadronun kimler tarafından oluşturulacağı önemli konudur. Yoğun bakım ünitesinde çalışmış, deneyimli bir hekim, yine aynı konuda deneyimli bir hemşire, yasal boyutu ortaya koyabilecek bir hukukçu ya da adli tıp uzmanı, tıp etiği uzmanı, psikiyatrist veya psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanından oluşan 6 kişilik çekirdek bir kadro kurulabilir. Küçük yapılanmalarda hem kurul içi hem de kurul dışı iletişim daha kolay kurulacağından, kurulun işleyişi de kolaylaşacaktır (101). Ayrıca kurulda yönetim kadrosundan bir üyenin bulunması işleyişi hızlandıracaktır. Ancak kurulun bağımsızlığını tehdit etmeyecek bir üye yapılandırmasına gitmek önemlidir. Aynı zamanda HEK/KEK'lerin bağımsız karar vermeleri adına organizasyon dışında tutulmaları, kurum içinde kurulun kabul görmesini engellemektedir. Bu nedenle HEK/KEK'ler kurumsal yapı içine bütünleşmiş ancak bağımsız karar verebilen bir yapıda olmalıdır (31). HEK/KEK'lerin içinde bulunduğu toplumun özelliklerine göre yapılandırılması gerekmektedir. Zira hekimler kurulu kendi özerkliklerine yönelik bir tehdit olarak algılayabilirler (102).

Üyelerin seçiminde gönüllük esasını bozmadan, kurum çalışanlarının destekleyeceği kişilerin HEK/KEK'te yer almasını sağlamak adına HEK/KEK'te çalışmak isteyen gönüllülerin kurum çalışanları tarafından seçilmesi uygun olacaktır.

İngiltere'de yeni oluşturulan bir HEK/KEK'de, kurul ilk aşamada kendini etik danışmanlık için yeterli görmediğinden, başlangıçta kurum politikaları oluşturmak konusunda yol gösterici olmak ve etik kaynağı olarak görev yapmak üzere yapılanmıştır. Kurul etik eğitimleri ve literatür takibi ile kendini geliştirmiştir. Kurum dışından ücreti ödenmek üzere bir felsefeci görev almıştır. HEK/KEK kuruma "yetkilendirme bildirimi", "kardiyopulmoner resüstasyon" ve "canlandırma uygulamayınız komutları" için görüş bildirmiştir (103). Almanya'da yeni bir HEK/KEK kurulurken önce üyelerin iki üç gün süren, etik tartışma için gerekli bilgi ve beceriyi kazanmaya yönelik seminerlere katılması sağlanmıştır. Sonra bu temel eğitimi almış gruptan çoklu disiplinli bir *"proto-HEK/KEK"* olarak nitelendirilebilen çekirdek kadro oluşturulmuştur. Destekleyici kurumlar tarafından düzenlenen sempozyum ve arkasından eğitim seminerlerine (yaşamın sonunda alınan etik kararlar gibi özel tıp etiği konuları, etik rehberler vs.) katılan çekirdek kadro daha sonra kendi hastanelerinde HEK/KEK'leri oluşturmuşlardır (17). Bu model önerisinde de HEK/KEK'in önceliği üyelerinin eğitimine vermesi gerekliliği vurgulanmaktadır.

HEK/KEK üyelerinin nasıl seçileceği, ne kadar süre ile çalışacağı, hangi özelliklere sahip olması gerektiği, hangi eğitimleri alacağı önceden kararlaştırılmalıdır. Üye seçiminde kişilerin gönüllülüğünün yanı sıra niteliksel özelliklerini de değerlendirmek gereklidir. Kendini geliştirmeye, ekip çalışmasına ve tartışma ortamında ortak karara varabilmeye açık kişilerin seçilmesi önem taşıyacaktır. Norveç'te yapılan niteliksel bir çalışmada etik kurulda yapılan tartışmaların kurulun yapısına, üyelerin katılımına, deneyimine ve vakanın yorumlanmasına bağlı olduğu görülmüştür (104). Bu sebeple kurulun yapılanmasında üye seçimine ayrı bir titizlikle yaklaşılmalıdır. HEK/KEK'in başkanı kurulun başarısının önemli bir parçasıdır. Bu nedenle başkanın gerekli zaman ve emeği harcamasını sağlamak için ya kurum içindeki görevleri ayarlanabilir ya da kurum dışından sadece bu görevi yapmak üzere bir başkan atanabilir (105).

HEK/KEK yapılanmasında ekip öncelikle kendi görev tanımlarını yapmalı, kime, nasıl, ne zaman, hangi hizmetleri sunacağını belirlemelidir. Hacettepe için önerilen modelde önce kurum personeline yönelik hizmetler sunulmalı, HEK/KEK yapılanmasını tamamlayıp tüm bu iş yükünü kaldırabilecek güce ulaştığında hasta ve hasta yakınları hizmet yelpazesine dahil edilmelidir. HEK/KEK kendi işleyiş şemasını oluşturmalı ve bu şemayı açıkça kurumda hizmeti alacak kişilerle paylaşmalıdır. Bu şeffaf yaklaşım kuruldan hizmet alacakların beklentilerini oluşturmada ve sonuçlardan tatmin olmada önem taşımaktadır. Hizmet çıktıları geriye dönük olarak değerlendirilmeli ve denetimin nasıl yapılacağı planlanmalıdır. HEK/KEK'lerin hizmet çıktılarının değerlendirilmesinde iç ve dış denetimin gerçekleştirilmesi hizmeti alanların çıktıları değerlendirmesi ve memnuniyetlerinin ölçülmesi nedeniyle sorunlu olmaktadır (99). Ancak kişilerin tatmin düzeylerini ölçmek son derece göreceli bir konu olduğundan HEK/KEK'in kuruma yararlarını, ölçülebilir çıktılar dahilinde değerlendirmek daha verimli olacaktır (31).

Kurumu bilgilendirme adına kurulun yapılanma sürecinde HEK/KEK'i tanıtan, görev tanımını içeren, kurula nasıl ulaşılacağını anlatan ve kurulun işleyişini ayrıntılandıran bir yönerge üretilmelidir. Bu yönerge kolay ulaşılabilir biçimde kurumun internet sayfasına konulabilir veya küçük bir kitapçık şeklinde kurum personeline dağıtılabilir (Ek 9). Aynı zamanda tüm personele ulaşacak biçimde bilgilendirme toplantıları da yapmak gereklidir.

HEK/KEK'in kuruluş aşamasında ülke içinde var olan kurullarla ilişkiye geçip onların deneyimlerinden yararlanması, ulusal mevzuatı iyi bilip akademik yardım alması faydalı olacaktır (100). Kuruluş aşamasında etik danışmanlık hizmeti verebilecek, etik danışmanlıkta yetkin üyelerin bulunmasında sıkıntı yaşanacağından öncelikle eğitim, kurum politikası geliştirme, etik rehber oluşturma işlevlerine ağırlık vermek uygun olacaktır.

Anket çalışmasına öncü olarak yapılan odak grup görüşmelerinde HEK/KEK'lerin eğitim işlevi üzerinde ısrarla durulmuştur. HEK/KEK üyeleri öncelikle kendi eğitim programlarını planladıktan sonra hekimlerin ve sağlık çalışanlarının etik duyarlılık kazanmalarına yönelik eğitimler oluşturmalıdır. Ayrıca kurula her yeni katılan üye için uyumlanma (oryantasyon) eğitimi hazırlanmalıdır. HEK/KEK üyeleri gibi farklı mesleki yapılardan gelen kişilerin aynı dili

konuşabilmeleri ve etik danışmanlık sırasında etik teorilere göre etik gerekçelendirme yapabilmeleri için eğitim almaları gereklidir (106). Kanada'da yapılan niteliksel bir çalışmada üyelerin biyoetik eğitimi alma gereklilikleri ortaya konmuştur. Kurulda yapılan tartışmalarda hekimlerin ve biyoetikçilerin baskın oldukları, bu nedenle diğer üyelerin açıkça kendi görüşlerini söyleyemedikleri görülmüştür. Vaka tartışma süreçlerinin ise literatürde tanımlandığı şekilde yapılmadığı, bu konuda işlemlerin şeffaf ve net biçimde tanımlanması gerektiği belirtilmiştir (30). UNESCO'nun "Biyoetik Kurulların Eğitimi" başlıklı 3 numaralı kılavuzunda eğitim konusu ayrıntıları ile işlenmiştir (21). Tüm bu nedenlerle HEK/KEK yapılanmasının önceliği eğitime vermesi daha uygun olacaktır.

HEK/KEK'in kurum içinde düzenleyeceği eğitim toplantılarına katılımın idare tarafından zorunlu tutulması, belgelendirilmesi, katılacakların mesai saatlerinde izinli sayılması eğitimin etkinliğini arttıracaktır. Eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması da önemli bir konudur. Yapılacak eğitimlerin çoklu disiplinli yapıda, vaka tartışmaları, oyunlaştırma, forum, etkileşimli (interaktif) tartışma gibi yetişkin eğitimine uygun biçimde verilmesi önemlidir. HEK/KEK'lerin düzenleyeceği klinik etik eğitimlerinin klinik temelli, gerçek vakalarla, sürekli, eşgüdümlü, bütünleşmiş, basit ve aynı dili konuşan kişiler tarafından (klinisyenler gibi) verilmesi uygun olacaktır (107).

Yapılan anket çalışmasında hekimlerin öncelik verdiği eğitim konuları; Tıbbi yanlış uygulama konusunda yasal mevzuat, temel etik kavramlar, aydınlatılmış onam ve "canlandırmayınız komutları" hakkında yasal mevzuat bilgisi olarak belirlenmiştir. Norveç'te Forde ve Vandvik'in yaptığı bir çalışmada 1996-2002 yılları arasında HEK/KEK'e danışmanlık için gelen vakalar incelendiğinde, hastaya verilen bilgi miktarının, niteliğinin, zamanının ve bilgi verilme şeklinin sorunlara yol açtığı görülmüştür (108). DuVal ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hekimlerin etik danışmanlık talebinde bulunma nedenleri; zor aile, hasta veya vekil ile çatışma ve iletişim sorunları, bakım kararı alma veya planlanmasında problem yaşama, duygusal tetikleyiciler olarak sıralanmıştır. Duygusal tetikleyiciler ise tehdit, korku, hayal kırıklığı, ne yapacağını bilememe, ağrı içindeki hasta ile karşı karşıya kalma olarak nitelendirilmiştir (109). Bu çalışmalarda gösterilen nedenlerin doğrudan etik ikilem olmadığı, asıl nedenin iletişim sorunu olduğu söylenebilmektedir (110).

Bu nedenle HEK/KEK'in düzenleyeceği eğitimlere yukarıda belirtilen 3 konuya ek olarak "sağlık iletişimi ve iletişim becerileri" konusunun da eklenmesi uygun olacaktır.

Yapılan bu çalışmada hekimlere hangi konularda etik rehbere gereksinim duydukları sorulmuştur. Hekimler yaşamın sonu ile ilgili kararlarda, hastaya kötü prognozun söylenmesi konusunda ve bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile çatışma durumunda yol gösterici rehberlere gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Önerilen HEK/KEK modelinde eğitim planlamasından sonra bu konulara yönelik rehber geliştirilmesi önerilmektedir. İngiltere'de *General Medical Council* tarafından geliştirilmiş yaşamın sonu bakımı ile ilgili etik rehber buna güzel bir örnek oluşturmaktadır. Hekimlere yönelik hazırlanan bu rehberde insan yaşamına saygı, karar verme yeterliği olan ve olmayan yetişkinlerde durum, çocuk hastalarda durum, karar verme yeterliğini değerlendirme gibi pek çok başlık bulunmaktadır. İnternet üzerinden ulaşılabilen bu rehberde yazılı metin dışında, görsel materyal, video ve vaka örnekleri bulunmaktadır (Ek10) (111).

Hastaya kötü prognozun nasıl söylenmesi gerektiği konusu ve bununla ilgili eğitim mezuniyet öncesi eğitim programlarına yerleştirilmiş olup, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde İyi Hekimlik Uygulamaları çerçevesinde Dönem III öğrencilerine iletişim becerileri başlığı altında verilmektedir. Ancak bu konuda mezuniyet sonrası eğitime; daha fazla bilgi ve beceriye gereksinim duyulduğu görülmektedir. Yaşamın sonu ile ilgili bilgilerin hastaya verilmesinde yaşanan iletişim sorunları çözümlemek adına geliştirilmiş iletişim araçları (Yedi Basamaklı İletişim Aracı) bulunmaktadır (112). HEK/KEK'lerin düzenleyeceği eğitim toplantılarında bu gibi bilgilerin ve deneyimlerin paylaşılması, çözüm önerilerinin getirilmesi, hekimlere destek olunması sağlanacaktır.

Hekimlerin yol gösterici bir rehbere gereksinim duyduklarını ifade ettikleri bir diğer konuda bilinci kapalı hastada hasta yakınları ile çatışma yaşama durumudur. Terminal dönem hastalarda, hastanın gelecek tedavi kararları için kimi vekil atayacağı, "yaşayan vasiyet" ve "yetkilendirme bildirimi" gibi konuların tartışılması, plan yapılması uygun olacaktır. HEK/KEK'in düzenleyeceği rehberde bu konulara ayrıntılı yer verilmelidir (Bkz. Ek 9- A6. Advance Directives) . Ayrıca hekimlere

bilinci kapalı hastada kimin karar verici konumda olması gerektiği, "yetkilendirme bildirimi" ve "yaşayan vasiyet" gibi konularda eğitim toplantıları düzenlenmelidir.

Kurulun en önemli işlevlerinden biri olan etik danışmanlık hizmeti ise, kurul gelişimini tamamladıktan sonra, kuruma uygun bir modelde (eğitmen, danışman, savunucu, arabulucu gibi (113) tasarlanarak hizmete sokulmalıdır. Zira etik kurulların başarısı kurumda var oldukları süre uzadıkça artmaktadır (114). Etik danışmanlık hizmeti verilmesine karar verildiğinde öncelikle bir yoğun bakım ünitesi ile pilot çalışma başlatılabilir. Bu pilot çalışmada yoğun bakım ünitesinde hem durumu gözlemlemek hem de ekibin etik danışman fikrine alışmasını sağlamak adına ortak çalışmalar yürütülebilir. Hizmet çıktılarının sürekli olarak değerlendirilmesi, geri bildirimin alınması hizmetin kalitesi açısından önem taşımaktadır.

Etik danışmanlık hizmeti sırasında yapılan etik tartışmaların belli yol ve yöntemlerle yapılması, etik gerekçelendirme süreçlerinin iyi işletilmesi önemlidir (115). Etik danışmanlık hizmeti sırasında hastaya ait mahrem sırların paylaşılması gerektiğinden hastadan mutlaka onam alınması gerekliliği unutulmamalıdır (89). Etik danışmanlık hizmetlerinin verilmesinde zaman önemli bir unsurdur. Zamanında hizmeti sunabilmek adına hasta mahremiyetini tehlikeye atmayacak biçimde önlemler alınarak etik tartışmalar elektronik ortamda yapılabilmektedir (116).

Karlıkaya'nın doktora çalışmasında (3) ve Chwang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (117) hekimlerin, etik danışmanlık hizmetini etik ve hukuk alanında uzmanlaşmış hekimlerden almak istedikleri görülmüştür. Amerika'da yapılan bir çalışmada etik danışmanlık hizmeti verenlerin çoğunlukla hekimlerden oluştuğu ifade edilmiştir (89). Yine Amerika'da yapılan bir başka çalışmada etik danışmanların %41'inin deneyimli bir etik kurul üyesi gözetiminde resmi bir eğitimden geçtiğini ortaya konmuştur (118). Kanada Biyoetik Derneği tarafından bu alanda sorumluluk alabilmek için de etik danışmanlık verecek kişinin yüksek lisans derecesi alması, danışman eşliğinde pratik yapması ve *The American Society for Bioethics and Humanities* tarafından ortaya konulan özelliklere sahip olması gerektiği vurgulanmıştır (119). Etik danışmanlık hizmeti verebilecek yetkin biri bulunabilirse tek danışman modeli kullanılabilirken, HEK/KEK'e bağlı bir alt kurulun veya tüm kurulun danışmanlık vermesi şeklinde hizmet de üretilebilir. Üretilen model önerisi çerçevesinde Türkiye şartlarında etik danışmanlık yapabilecek

kişinin bulunması zor olduğundan etik danışmanlık hizmetinin bir ekip tarafından verilmesi daha uygun olacaktır.

DuVal ve arkadaşlarının Amerika genelinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %41'i etik danışmanlığın çok zaman aldığını, aslında var olan durumu daha da kötüleştirdiğini ve danışmanların yetersiz olduğunu düşünmektedir (84) . Hurst ve arkadaşlarının Amerika'da, dahiliye, onkoloji ve yoğun bakım uzmanı 344 hekimle gerçekleştirdiği bir çalışmada, hekimin eğer çatışmadan kaçınmak istiyorsa ve kendini sorunla baş edebilecek yapıda görüyorsa etik danışmanlık hizmeti almadığını ortaya koymuştur. Etik danışmanlık talep etmeme konusunda bir diğer gerekçe de etik danışmanlığın hekim tarafından kontrol kaybı ve sorumluluktan feragat olarak görülmesidir (120). Forde ve arkadaşlarının Norveç'te yaptıkları bir çalışmada hekimlerin sorumluluk paylaşmak adına vakayı kurula getirdiği ancak Norveç'te sorumluluğun her zaman hekime ait olduğu ve danışmanlık sırasında bu noktanın özellikle vurgulanması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca hekimlerin meslektaşları ile yaşadıkları çatışmayı kurula getirmekten imtina ettikleri, sorunu açıkça tartışmaktan kaçındıkları, sorunu gündeme getiren hekimlerin yetersiz olduğunu düşündükleri ve sorunları görmezden geldikleri ifade edilmiştir. Bu davranışın tıp kültürünün bir parçası olduğu, savunmacı ve otoriter bir yapının tıp eğitimi sırasında kazanıldığı yorumu yapılmıştır (32). Hekimlerin etik danışmanlık kullanıp kullanmama gerekçelerinin araştırıldığı bir diğer çalışmada etik danışmanlık istemeyen hekimlerde genel olarak sorunları çözme sorumluluğunun hekimlere ait olduğu görüşü hakim bulunmuştur. Etik danışmanlık kullanmayan hekimler, dışarıdan birinin olaya ait tüm resmi göremediğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bazı hekimler ise etikle ilgili konularda kendilerini yeterli gördükleri için etik danışmanlık istemedikleri belirtmiştir (121). Tüm bu araştırmaların ışığında yeni kurulacak HEK/KEK'in etik danışmanlık hizmeti vermeden önce yeterince deneyim kazanması, kurum tarafından kabul görmesi, hizmeti kullanacak kişilere doğru ve yeterli bilgilendirmenin yapılması gerekliliği açıktır. HEK/KEK kararlarının tavsiye niteliğinde olduğu, sorumluluğun her zaman hastanın birincil hekimine ait olduğu vurgulanmalıdır.

ABD Gaziler Bölümü Gazilerin Sağlık İdaresi Sistemi *(US Department of Veterans Affairs' Veterans Health Administration System)* sağlık bakımında etik

kalitesini geliştirmek için bir program *(Integrated Ethics)* hazırlamıştır. Etik kalite ile kastedilen kurum içi uygulamaların yaygın olarak kabul gören etik kurallara, standartlara, toplumsal/kurumsal politikalara ve mesleki rehberlere uygun olmasıdır. Bu programda etik danışmanlık hizmetinin geliştirilmesi, standartlaştırılması, daha kolay ve sık kullanılır hale getirilmesi için çalışılmaktadır.

Kapsayıcı, sistematik ve sağlık bakımı ile bütünleşmiş bir yapıya gereksinim duyulduğundan 3 seviyeli bir sistem planlanmıştır:

1. "Etik buz dağının" görünen yüzü, kararlar ve eylemler,
2. Onun altında yer alan kurumsal sistemler ve süreçler,
3. En dipte yer alan etik çevre ve kültür (kurumsal değerler, anlamalar, varsayımlar, alışkanlıklar ve söylenmeyen iletiler).

Etik kalitenin en üst düzeye çıkarılması amacıyla sadece etik danışmanlık hizmeti ile sınırlı kalınmamasına, aynı zamanda da buzdağının altında kalan sistem, çevresel faktörler ve kültür üzerine çalışmalar yapılması gerektiğine işaret edilmiştir. Koruyucu etik olarak adlandırdıkları işlemlerin, sistemi ve çevresel faktörleri hedeflediği ifade edilmiştir. *Integrated Ethics* programının koruyucu özellikte olması, sistemle bütünleşmiş olması, kapsayıcı, iş birlikçi, teşvik edici ve değerleri göz önünde bulunduran yapıda olması önerilmektedir (122). Etik danışmanlık amaçlarını belirlerken dikkat edilmesi gereken önemli bir konu "etik polis"liğe dönüşebilecek durumlardan uzak durmaktır (123). HEK/KEK'lerin bir mahkeme, suçluları yakalayan bir "etik polis" olmadığı her zaman vurgulanmalıdır. HEK/KEK'ler destekleyici olmalıdır, etik tartışmaları teşvik etmelidir. Vaka tartışmaları esnasında idari ve iletişim sorunları ile sıklıkla karşılan etik ikilemleri açıklığa kavuşturmalıdır (124). Hacettepe Üniversitesi için geliştirilen bu modelde hizmet sunumunda sistem sorgusunun mutlaka yapılması gerekmektedir. Kurum kültürünün olaylara bakış açısı gözardı edilmemelidir.

Özet olarak Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde oluşturulması önerilen HEK/KEK'in 6 kişilik çekirdek bir kadro ile önceliği üyelerinin ve sağlık çalışanlarının eğitimine vermesi, daha sonra etik rehber ve kurum politikası geliştirme çalışmalarına katılması; gelişimini tamamladıktan sonra üye sayısını kurumun tüm taraflarının görüşlerini yansıtacak şekilde genişletmesi ve en son olarak da etik danışmanlık hizmeti planlayan bir yapıda olması uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR


1. Karakaya, H. (1992). Hastane Etik Kurulları ve Türkiye'de Kurulabilme Koşulları. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
2. Doğan, H.H. (1992). Kurumsal Etik Komitelerinin Sağlık Hizmetlerinde Yeri. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
3. Karlıkaya, E. (2007). Etik Konsültasyon/Danışmanlık Konusunda Kliniklerde Çalışan Sağlık Görevlilerinin Tutum ve Beklentileri. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak., İstanbul.
4. Oğuz, Y., Tepe, H., Büken, N.Ö.,Kucur, D.K. (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü (1 bs.). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
5. Pieper, A. (1999). Etiğe Giriş (V. Atayman ve G. Sezer, Çev. (1 bs.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
6. Cevizci, A. (2008). Etiğe Giriş. İstanbul: Paradigma Yayınları.
7. Büken, N.Ö. (2009). Tıp Etiği Terimleri *Tıpterimleri.com- Sözlük Dergisi*, 1(3) 1-48.
8. UNESCO. (2006). Biyoetik Kurulların Oluşturulması Kılavuz No.1 (Çev. U. T. M. K. 2008). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik Komitesi.
9. Slowther, A., Bunch, C., Woolnough, B.,Hope, T. (2001) Clinical ethics support services in the UK: an investigation of the current provision of ethics support to health professionals in the UK. *J. Med. Ethics*, 27, 2-8.
10. Slowther, A., Johnston, C., Goodall, J.,Hope, T. (2004). A Practical Guide for Clinical Ethics Support (1. bs.). İngiltere: The Ethox Centre.
11. Puma, J.L.,Schiedermayer, D. (1994). Ethics Consultation A Pratical Guide (1 bs.). England: Jones and Bartlett.
12. Aulisio, M.P., Arnold, R.M.,Youngner, S.J. (2000) Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. *Ann Intern Med.*, 133, 59-69.
13. Mokwunye, N.O., Brown, V.A., Lynch, J.J.,DeRenzo, E.G. (2010) Hiring a Hospital Staff Clinical Ethicist: Creating a Formalized Behavioral Interview Model. *HEC Forum*, 22 (1), 51-63.
14. Jonsen, A.R., Siegler, M.,Winslade, W.J. (2006). Clinical Ethics (6 bs.). USA: McGraw-Hill Companies.
15. MacRae, S., Chidwick, P., Berry, S., Secker, B., He´bert, P., Shaul, R.Z. ve diğerleri. (2005) Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: The Hub and Spokes Strategy. *Journal of Medical Ethics*, 31, 256-261.
16. Spoke-hub distribution paradigm (Hub-and-spoke) Erişim tarihi: 04.06.2010, Ağ Sitesi: http://en.wikipedia.org/wiki/Spoke-hub_distribution_paradigm

17. Steinkamp, N.,Gordijn, B. (2001) The Two-Layer Model of Clinical Ethics and a Training Program for the Malteser Hospital Association. *HEC Forum*, 13 (3), 242-254.

18. Schmidt, K.W. (2001) Models of Ethical Consultation: The Frankfurt Model. *HEC Forum*, 13 (3), 281-293.

19. UNESCO. (2006). Biyoetik Kurullar İş Başında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar Kılavuz No. 2 (Çev. U. T. M. K. 2008). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik Komitesi.

20. Watson, A.R. (2005) Ethics support in clinical practice. *Arch. Dis. Child.*, 90, 943-946.

21 UNESCO. (2007). Biyoetik Kurulların Eğitimi Kılavuz No 3 (Çev. U. T. M. K. 2010). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik Komitesi.

22. Edelstein, L.M., DeRenzo, E.G., Waetzig, E., Zelizer, C.,Mokwunye, N.O. (2009) Communication and Conflict Management Training for Clinical Bioethics Committees. *HEC Forum*, 21 (4), 341-349.

23. Bioethics, A.A.o.P.C.o. (1 January 2001) Institutional Ethics Committees. *Pediatrics*, 107, 205-209.

24. Dörries, A. (2003) Mixed Feelings: Physicians' Concerns About Clinical Ethics Committees in Germany. *HEC Forum*, 15 (3), 245-257.

25. Levine, C. (1984) Questions and (Some Very Tentative) Answers about Hospital Ethics Committees. *The Hastings Center Report* 14 (3), 9-12.

26. Allen, E.V., Moldow, D.G.,Cranford, R. (Sep 1989) Evaluating Ethics Committees. *The Hastings Center Report*, 19 (5), 23-24.

27. McLean, S.A.M. (2007) What and who are clinical ethics committees for? *J. Med. Ethics*, 33, 497-500.

28. Larcher, V.F., Lask, B.,McCarthy, J.M. (1997) Paediatrics at the cutting edge: do we need clinical ethics committees? *Journal of Medical Ethics*, 23, 245-249.

29. Slowther, A., Hill, D.,McMillan, J. (2002) Cilinical Ethics Committees: Opportunity or Threat? *HEC Forum*, 14 (1), 4-12.

30. Racine, E. (2007) HEC Member Perspectives on the Case Analysis Process: A Qualitative Multi-Site Study. *HEC Forum*, 19 (3), 185-206.

31. Viafora, C. (2005). The Ethical Function in The Health Care Institutions: Clinical Ethics Committees. C. Viafora (Ed.). Clinical Bioethics. A Search for the Foundations (s. 181-192). Netherlands: Springer

32. Førde, R., Pedersen, R.,Akre, V. (2008) Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: a qualitative study. *Med Health Care and Philos*, 11, 17–25.

33. Steinkamp, N., Gordijn, B., Borovecki, A., Gefenas, E., Glasa, J., Guerrier, M. ve diğerleri. (2007) Regulation of Healthcare Ethics Committees in Europe. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 461-475.

34. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998, Sayı 23420.

35. Beyleveld, D., Brownsword, R.,Wallace, S. (2002) Clinical Ethics Committees: Clinician Support or Crisis Management? *HEC Forum*, 14 (1), 13-25.

36. Rosner, F. (1985) Hospital Medical Ethics Committees: A Review of Their Development. *JAMA*, 253 (18), 2693-2697.

37. Drane, J.F. (1994). Clinical Bioethics: Theory and Practice in Medical Ethical Decision-Making. Kansas City: Sheed-Ward.

38. Tenery, R.M. (1997) Report of The council on Ethical and Judicial Affairs-Ethics Consultation. *American College of Radiology*.

39. Simon, A. (2001) Support for Ethical Dilemmas in Individual Cases: Experiences form The Neu-Mariahilf Hospiatal in Goettingen. *J Med Ethics*, 27 (supp I), i18-i20.

40. Vollmann, J. (2001) Healthcare Ethics Committees in Germany: The Path Ahead. *HEC Forum*, 13 (3), 255-264.

41. Steinkamp, N.,Gordijn, B. (2001) HECs in Germany: Clinical Ethics Consultation in Development. *HEC Forum*, 13 (3), 215-224.

42. Simon, A. (2001) Ethics Committees in Germany: An Empirical Survey of Christian Hospitals. *HEC Forum*, 13 (3), 225-231.

43. Reiter-Theil, S. (2001) Ethics Consultation in Germany: The Present Situation. *HEC Forum*, 13 (3), 265-280.

44. Carbonnelle, S. (2002). Belgian Hospital Ethics Committees: form Law to Pratice, Ethical Function in Hospital Ethics Committees. G. Lebeer (Ed.). Ethical Function in Hospital Ethics Committees (s. 19-34). Hollanda: IOS Press.

45. Meulenbergs, T., Vermylen, J.,Schotsmans, P.T. (2005) The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium. *J. Med. Ethics*, 31, 318-321.

46. Zhou, P., Xue, D., Wang, T., Tang, Z.L., Zhang, S.K., Wang, J.P. ve diğerleri. (2009) Survey on the function, structure and operation of hospital ethics committees in Shanghai. *J Med Ethics*, 35 (8), 512-516.

47. Arnoux, I. (2002). Specificities of the French Ethics Committees. G. Lebeer (Ed.). Ethical Function in Hospital Ethics Committees (s. 35-57). Hollanda: IOS Press.

48. Guerrier, M. (2006) Hospital based ethics, current situation in France: between "Espaces" and committees. *J. Med. Ethics*, 32, 503-506.

49. Frikovic, A.,Gosic, N. (2006) Practical Experiences in the Work of Institutional Ethics Committees in Croatia on the Example of the Ethics Committee at Clinical Hospital Center Rijeka (Croatia) *HEC Forum*, 18 (1), 37-48.

50. Borovecki, A., Oreskovic, S.,Have, H.t. (2005) Ethics and the structures of health care in the European countries in transition: hospital ethics committees in Croatia. *BMJ*, 331, 227-229.

51. Borovecki, A., Have, H.t.,Oreskovic, S. (2006) Education of ethics committee members: experiences from Croatia. *J. Med. Ethics*, 32, 138-142.

52. Tschudin, V. (2001) European Experiences of Ethics Committees. *Nursing Ethics*, 8 (2), 142-151.

53. Goodall, J. (2005) Clinical ethics committees. *Medicine*, 33 (2).

54. Tweeddale, M.G. (2001) Teaching old dogs new tricks-a personal perspective on a decade of efforts by a clinical ethics committee to promote awareness of medical ethics. *J. Med. Ethics*, 27, 41-43.

55. Williamson, L., McLean, S.,Connell, J. (9 February 2007) Clinical Ethics Committees in The United Kingdom:Towards Evaluation. *Med Law Int.*, 8 (3), 221–238.

56. Slowther, A., Johnston, C., Goodall, J.,Hope, T. (2004) Development of clinical ethics committees. *BMJ*, 328, 950-952.

57. Rudd, P.T. (2001) The role of clinical ethics committees. *Current Paediatrics*, 11, 381-385.

58. Akabayashi, A., Slingsby, B.T., Nagao, N., Kai, I.,Sato, H. (2007) An eight-year follow-up national study of medical school and general hospital ethics committees in Japan. *BMC Medical Ethics*, 8 (8).

59. Fukuyama, M., Asai, A., Itai, K.,Bito, S. (2008) A Report on Small Team Clinical Ethics Consultation Programmes in Japan. *J Med Ethics*, 34, 858-862.

60. Ruyter, K. (2002). Clinical Ethics Commitees in Norway: Experiences and Challenges. G. Lebber (Ed.). Ethical Function in Hospital Ethics Committees (s. 81-99). Hollanda: IOS Press.

61. Førde, R.,Aasland, O.G. (2008) Moral distress among Norwegian doctors. *J. Med. Ethics*, 34, 521-525.

62. Godkin, M.D., Faith, K., Upshur, R.E.G., MacRae, S.K., Tracy, C.S.,PEECE Group, o.b.o.I. (2005) Project Examining Effectiveness in Clinical Ethics (PEECE): phase 1-descriptive analysis of nine clinical ethics services. *J. Med. Ethics*, 31, 505-512.

63. Gaudine, A., Thorne, L., LeFort, S.M.,Lamb, M. (2010) Evolution of Hospital Clinical ethics committees in Canada. *J Med. Ethics*, 36, 132-137.

64. Wenger, N.S., Golan, O., Shalev, C.,Glick, S. (2002) Hospital ethics committees in Israel: structure, function and heterogeneity in the setting of statutory ethics committees. *J. Med. Ethics*, 28, 177–182.

65. Meijburg, H.H.v.d.K.,Meulen, R.H.J.t. (2001) Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands. *J Med Ethics*, 27, i36-i40.

66. Üstün, Ç. (1999) Ege Üniversitesi Hastanesinde Yeni Bir Kavram: Hastane Etik Kurulu. *T Klin Tıp Etiği*, 7, 78-83.

67. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Etik Kurulu ve Yönergesi. Erişim Tarihi: 15.12.2008, Ağ Sitesi: http://tip.kou.edu.tr/index.php.

68. Üstün, Ç.,Hot, İ. (2007) Hospital Ethics Committees: A Historical Perspective and a Modern Turkish Example. *European Journal of Palliative Care*, 14 (6), 247-251.

69. Demir, M.,Büken, N.Ö. (2010) Dünyada ve Türkiye'de Hastane/Klinik Etik Kurulları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41 (3), 186-194.

70. İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarih: 29.01.1993 Sayı: 21480.

71. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarih: 11.03.2010 Sayı: 27518.

72. Devlet İstatistik Kurumu, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları. Erişişm Tarihi: 09.09.2009, Ağ Sitesi:

http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1

73. Kümbetoğlu, B. (2005). Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma (1 bs.). İstanbul: Bağlam.

74. Yıldırım, A.,Şimşek, H. (2000). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (2 bs.). Ankara: Seçkin.

75. Swetz, K.M., Crowley, M.E., Hook, C.,Mueller, P.S. (2007) Report of 255 Clinical Ethics Consultations and Review of the Literature. *Mayo Clin Proc*, 82 (6), 686-691.

76. Demir, M.,Büken, N.Ö. (2009). Klinik İkilemlerle Sık Karşılaşan Hekimlerin Hastane (Klinik) Etik kurul Hakkındaki Görüşleri. A. D. Erdemir, S. Erer & Ö. Öncel (Ed.). 21. Yüzyıl Başında Yaşama Destek Tedavileri Etik ve Hukuksal Yönler (2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi-Bildiri Kitabı). Ankara: Nobel Yayınevi

77. Aleksandrova, S. (2008) Survey on the Experience in Ethical Decision-making and Attitude of Pleven University Hospital Physicians Towards Ethics Consultation. *Med Health Care and Philos*, 11, 35-42.

78. Racine, E. (2008) Enriching Our Views on Clinical Ethics: Results of a Qualitative Study of the Moral Psychology of Healthcare Ethics Committee Members. *Bioethical Inquiry*, 5, 57-67.

79. Hurst, S.A., Perrier, A., Pegoraro, R., Reiter-Theil, S., Forde, R., Slowther, A.-M. ve diğerleri. (2007) Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J. Med. Ethics*, 33 (51-57).

80. Hebert, P.C., Meslin, e.M.,Dunn, E.V. (1992) Measuring the Ethical Sensitivity of of Medical Students: A Study at the University of Toronto *J Med Ethics*, 18, 142-147.

81. Ersoy, N.,Gündoğmuş, Ü.N. (2003) A Study of The Ethical Sensitivity of Physicians in Turkey. *Nursing Ethics*, 10 (5), 472-484.

82. Aydın, E., Sayek, İ., Karaağaoğlu, E.,Büken, N.Ö. (2006) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi klinisyen hekimlerinin etik bilgi ve farkındalıkları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 37, 98-115.

83. Larson, E.B.,Yao, X. (2005) Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physicians Relationship. *JAMA*, 293 (9), 1100-1106.

84. DuVal, G., Clarridge, B., Gensler, G.,Danis, M. (2004) A National Survey of U.S. Internists' Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. *J Gen Intern Med*, 19, 251–258.

85. McGee, G., Spanogle, J.P., Caplan, A.L., Penny, D.,Asch, D.A. (2002) Successes and Failures of Hospital Ethics Committees: A National Survey of Ethics Committee Chairs. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 11, 87-93.

86. Saarni, S.I., Halila, R., Palmu, P.,Vanska, J. (2008) Ethically Problematic Treatment Decisions in Different Medical Specialities *J Med Ethics*, 34, 262-267.

87. Odabaşı, A.B.,Büken, N.Ö. (2009) Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Verilen Etik Kararlar-Hacettepe Örneği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29 (5), 1041-1054.

88. Rudd, P.T. (2002) The Clinical Ethics committee at the Royal United Hospital- Bath, England. *HEC Forum*, 14 (1), 37-44.

89. Milmore, D. (2006) Hospital Ethics Committees: A Survey in Upstate New York. *HEC Forum*, 18, 222–244.

90. Trük Tabipler Birliği Etik Kurulu, (2010). Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri (1 bs.). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

91. Schneiderman, L.J., Gilmer, T., Teetzel, H.D.,arkadaşları, v. (2003) Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 290 (9), 1166-1172.

92. Schneiderman, L.J. (2005) Ethics consultation in the Intensive Care Unit. *Current Opinion in Critical Care* 11, 600-604.

93. Richter, G. (2007) Greater Patient, Family and Surrogate Invılment in Clinical Ethics Consultation: The Model of Clinical Ethics Liaison Service as a Measure for Preventive Ethics. *HEC Forum*, 19 (4), 327-340.

94. Gill, A.W., Saul, P., McPhee, J.,Kerridge, I. (2004) Acute clinical ethics consultation: the practicalities. *MJA*, 181, 204–206.

95. Chen, Y.-Y.,Chen, Y.-C. (2008) Evaluating ethics consultation: randomised controlled trial is not the right tool. *J. Med. Ethics*, 34, 594-597.

96. Doğan, Y.B., Palabıyıkoğlu, R., Büken, N.Ö., Çobanoğlu, N., Kutlay, N.Y.,Öztürk, H. (1998). Hekimin Hastalık Yaşantısının Empati Becerisi ve Profesyonel Tutumu Üzerine Etkisi. Ankara: YÖK Matbaası.

97. Fletcher, J.C.,Hoffmann, D.E. (1994) Ethics committees: Time to experiment with standards. *Ann Intern Med.*, 120 (4), 335-338.

98. Joint Commission International (2010). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (4 bs.). ABD: Joint Commission International.

99. Williamson, L. (1 December 2007) Empirical assessments of clinical ethics services: implications for clinical ethics committees. *Clin Ethics*, 2 (4), 187–192.

100. Bayley, C. (2006) Ethics Committee DX: Failure to Thrive. *HEC Forum*, 18 (4), 357-367.

101. Jackson, E.W.,Olive, K.E. (May 2009) Ethics Committees in Small, Rural Hospitals in East Tennessee. *Southern Medical Journal*, 102 (5), 481-485.

102. Somerville, M.A. (2004) The ethics of clinical ethics services. *The Medical Journal of Australia*, 181, 180-181.

103. Szeremeta, M., Dawson, J., Manning, D., Watson, A.R., Wright, M.M., Notcutt, W. ve diğerleri. (2001) Snapshots of five clinical ethics committees in the UK. *J. Med. Ethics*, 27, i9-i17.

104. Pedersen, R., Akre, V.,Førde, R. (2009) What is Happening During Case Deliberations in Clinical Ethics Committees? A Pilot Study. *J Med Ethics*, 35, 147-152.

105. White, E.D. (2006) Reflections on the Sucess of Hospital Ethics Committees in my Health System. *HEC Forum*, 18 (4), 349-356.

106. McMillan, J. (2002) Ethics and Clinical Ethics Committee Education. *HEC Forum*, 14 (1), 45-52.

107. Siegler, M. (November 2002) Training Doctors for Professionalism: Some Lessons from Teaching Clinical Medical Ethics. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69 (6), 404-409.

108. Førde, R.,Vandvik, I.H. (2005) Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. *J. Med. Ethics*, 31, 73-77.

109. DuVal, G., Sartorius, L., Clarridge, B., Gensler, G.,Danis, M. (2001) What triggers requests for ethics consultations? *J. Med. Ethics*, 27, i24-i29.

110. Slomka, J. (Mar/Apr 2005) Clinical Ethics and the Culture of Conflict. *The Hastings Center Report*, 35.

111. Council, G.M. (2010). Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making Erişim Tarihi: 01.11.2010, Ağ Sitesi: http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/6858.asp

112. Von Gunten, C.F., Ferris, F.D.,Emanuel, L.L. (2000) Ensuring Competency in End-of-Life Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284 (23), 3051-3057.

113. Devlin, B.,Magill, G. (2006) The process of ethical decision making. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20 (4), 493-506.

114. Guo, L.,Schick, I.C. (2003) The Impact of Committee Characteristics on the Success of Healthcare Ethics Committees. *HEC Forum*, 15 (3), 287-299.

115. Hurst, S.A., Chevrolet, J.-C.,Loew, F.o. (2006). Methods in clinical ethics: a time for eclectic pragmatism? Clinical Ethics, 1, 159-164. Erişim tarihi: 01.11.2010 Ağ Sitesi:

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=25811610&site=ehost-live.

116. Eiser, A.R., Schade, S.G., Anderson-Shaw, L.,Murphy, T. (2001) Electronic Communication in Ethics Committees: Experience and Challenges. *J Med Ethics*, 27 (Supp I), i30-i32.

117. Chwang, E., Landy, D.C.,Sharp, R.R. (2007) Views regarding the training of ethics consultants: a survey of physicians caring for patients in ICU. *J. Med. Ethics*, 33, 320-324.

118. Fox, E., Myers, S.,Pearlman, R.A. (2007) Ethics consultation in United States Hospitals: A National Survey. *The American Journal of Bioethics*, 7 (2), 13-25.

119. Chidwick, P., Bell, J., Connolly, E., Coughlin, M.D., Frolic, A., Hardingham, L. ve diğerleri. (2010) Exploring a Model Role Description for Ethicists. *HEC Forum*, 22 (1), 31-40.

120. Hurst, S.A., Hull, S.C., DuVal, G.,Danis, M. (2005) How Physicians Face Ethical Difficulties: A Qualitative Analysis. *J Med Ethics*, 31, 7-14.

121. Orlowski, J.P., Hein, S., Christensen, J.A., Meinke, R.,Sincich, T. (2006) Why doctors use or do not use ethics consultation. *J. Med. Ethics*, 32, 499-503.

122. Affairs, U.S.D.o.V. Integrated Ethics- Improving Ethics Quality in Health Care Erişim Tarihi: 11.01.2011, Ağ Sitesi:

http://www.ethics.va.gov/integratedethics/index.asp

123. Smith, M.L.,Weise, K.L. (2007) The Goals of Ethics Consultation: Rejecting the Role of "Ethics Police". *The American Journal of Bioethics*, 7 (2), 42-44.

124. Verweij, M., Brom, F.W.A.,Huibers, A. (2000) Do's and Dont's for Ethics Committees: Practical Lessons Learned in The Netherlands. *HEC Forum*, 12 (4), 344-357.

# EKLER

## EK 1 HEK/KEK'lerin Türkiye'deki Durumu Araştırması Anket Formu

### Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması- Hastane Etik Kurul Model Önerisi

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Müge DEMİR'in "**Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması- Hastane Etik Kurul Model Önerisi**" isimli doktora tezinin bir parçası olarak Türkiye'de var olan Hastane (Klinik) Etik Kurullarının genel durumunu ortaya koymak amacıyla aşağıdaki anket düzenlenmiştir.

Hastane (Klinik) Etik Kurulları (HEK/KEK); sağlık çalışanlarına rutin hizmetleri sırasında karşılaştıkları etik ikilemleri çözmede yardımcı, etik farkındalık eğitimleri düzenleyen, hastane politikaları ve etik rehberler geliştiren kurumsallaşmış yapılardır. Araştırma etik kurullarından oldukça farklı olan bu yapılanmalar yasal çerçeveden çok klinisyenlerin gereksinimleri doğrultusunda oluşturulmaktadır. Başka bir deyişle araştırma protokollerini inceleyen ve yönetmelikler çerçevesinde oluşturulan araştırma etik kurullarından farklı yapılanma ve işlevlere sahiptir.

Ankete verdiğiniz cevaplar ülkemizde Hastane Etik Kurulları açısından mevcut durumu ortaya koymaya yöneliktir ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Anketle ilgili aklınıza takılan her türlü soruyu, aşağıda iletişim bilgileri bulunan araştırmacıya ulaşarak sorabilirsiniz.

Lütfen anketi tamamladıktan sonra, anketin ve eğer varsa Hastane Etik Kurul Yönergesinin Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı aracılığıyla araştırmacıya iletilmesini sağlayınız. Anketi e-posta yolu ile cevaplamak isterseniz, araştırmacıya ait mdemir@hacettepe.edu.tr adresine yazdığınız takdirde anket size dijital ortamda gönderilecektir.

Katkılarınız, ilginiz ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Ar. Gör. Müge Demir
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
06100 Sıhhiye Ankara
Tel: 0 312 305 43 61
Belgegeçer: 0 312 310 05 80
Cep Tel: 0 505 682 54 58
E-posta: mdemir@hacettepe.edu.tr

**Türkiye'de Mevcut Hastane (Klinik) Etik Kurulların Genel Durumu Araştırması Anket Soru Kağıdı**

1. Kurumunuzda hastane (klinik) etik kurul var mıdır? Cevabınız evet ise lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Hayır, ise diğer soruları yanıtlamanız gerekmemektedir, ankete katıldığınız için teşekkür ederiz. Hayır, cevabı verseniz de lütfen anketi geri gönderiniz, kurumunuzda hastane etik kurulu bulunmaması da bizim için önemli bir veridir.

Evet ☐
Hayır ☐

2. Anketi cevaplayan kişinin kurum içinde görevi nedir?

Tıp fakültesi dekanı ☐
Başhekim ☐
Tıp fakültesi fakülte sekreteri ☐
Hastane etik kurul başkanı ☐
Hastane etik kurul sekreteri ☐
Diğer (lütfen belirtiniz)

3. Hastane Etik Kurulu kaç yılında kurulmuştur?
   yılında

4. Kurulun yönergesi var mıdır?

Evet ☐
Hayır ☐

5. Kurulda kaç üye bulunmaktadır? Uzmanlık alanları ile birlikte belirtiniz.

6. Bu üyeler nasıl seçilmiştir?

İdare tarafından atanma ☐
İlgili birim üyeleri tarafından önerilme ☐
Seçimle ☐
Başvuranlar arasından idare tarafından seçilme ☐
Diğer (lütfen belirtiniz)

7. Bu üyelerin etik konusunda eğitimleri var mıdır?

Evet ☐
Hayır ☐
Cevabınız evet ise lütfen 8. sorudan devam ediniz. Eğer cevabınız hayır ise lütfen 9. sorudan devam ediniz.

8. Kurul üyelerinin aldıkları etik eğitimlerinin niteliklerini belirtiniz.

9. Kurul yılda toplam kaç defa toplanmaktadır?
defa

10. Kurulun aktif çalışma alanları nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

İstekte bulunulduğunda etik danışmanlık vermek
☐
Hastane politikaları oluşturmak
☐

Hastane personeline yönelik etik eğitimleri düzenlemek

☐

Hasta ve hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme toplantıları düzenlemek

☐

Hastane personelinin gereksinim duyduğu konularda etik rehberler oluşturmak

☐

Diğer (lütfen belirtiniz)

11. Hastane politikası oluşturma veya klinisyenlere yol gösterme açısından düzenlenmiş bir etik rehber çalışması var mıdır?

Evet ☐

Hayır ☐

Cevabınız evet ise lütfen 12. sorudan devam ediniz. Eğer cevabınız hayır ise lütfen 13. sorudan devam ediniz.

12. Kurul hangi konularda etik rehberler oluşturmuştur? Bu konuları nasıl belirlenmiştir?

13. Etik farkındalık eğitimleri kimler tarafından, kimlere verilmektedir ve ne sıklıkla, hangi konularda, günün hangi zaman aralığında yapılmaktadır?

14. Kurulun verdiği etik danışmanlık hizmetini kendi görüşleriniz doğrultusunda değerlendirir misiniz?

Anketimize katıldığınız ve verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederiz.

**EK 2 Odak Grup Görüşmelerinin Raporları**

13.03.2009 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Bilimler Bölümünden 6 araştırma görevlisi ile odak grup görüşmesinin pilot çalışması yapılmıştır.

**Pilot Çalışma Raporu**

Katılımcılar: Fizyoloji AD 1 kadın 1 erkek hekim
Farmakoloji AD 2 kadın 2 erkek hekim

Yürütücü: Müge Demir

Gözlemci: Hatice Demir Küreci

Görüşme için hekimlerin kolayca ulaşabilecekleri kurum içinden bir mekan seçilmiştir. Herkese uygun olması açısından öğle tatili olan 12.00-13.00 saatleri tercih edilmiştir. 1 saat 10 dakika süren odak grup görüşmesi ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmede kullanılan sorular aşağıdadır. Birinci soruya ait bilgiler katılımcılar birbirlerini tanıdığından oluşturulan forma yazılı olarak alınmıştır.

1. Grup üyelerinin tanıtıcı bilgileri nelerdir? (cinsiyet, meslekte çalışma yılı, branşları, etik eğitim alıp almadıkları)
2. Pratikte yaşadığınız etik ikilemler nelerdir?
3. Bu ikilemleri çözmek için nereye başvuruyorsunuz? Nasıl çözüyorsunuz?
4. Etik konsültasyon almak ister miydiniz?
5. Hastane etik kurulun işlevleri nelerdir?
6. Sizce bu kurul nasıl çalışmalıdır?
7. Sizce bu kurulda kimler olmalıdır?
8. Bu kurulun işlevlerinden biri olan eğitim, nasıl verilmelidir? Konu, işlenme şekli, interaktiflik vs…
9. Bu kurulun işlevlerinden biri olan etik rehberler oluşturma hangi konularda olmalıdır?
10. Sizce bu kurulun klinisyenlere yararı olur mu?

Gözlemler:

- Etik ikilem, etik konsültasyon ve hastane etik kurul kavramlarının anlaşılmadığı, bilinmediği görüldü. Bu kavramların soruların hemen akabinde açıklanması gerekti.
- 3. sorunun uygun biçimde sorulmadığı görüldü. Katılımcılar bu soru

ile etik sorunları çözen bir üst birim olduğunu ve bunun kendileri tarafından bilinmediğini düşündü.

- Yürütücünün yargı içeren ifadeleri görüşmede katılımcıların kendilerini ifade etmesinde sorun yarattı.
- Yürütücünün sadece konuşan kişi ile göz teması kurduğu, konuşma sırasında tüm grubu gözden kaçırdığı görüldü.
- Yürütücünün "toparlamak" kelimesini çok sık kullandığı görüldü.
- Soru akışının uygun olduğu görüldü.
- 1 saat 10 dakika uzun geldi. 52. dakikadan sonra katılımcılar konudan kopmaya başladılar, dikkatleri dağıldı.

Sonuç:

1. Kavram sorunu olan sorularda yani 2., 4. ve 5. sorularda soru sorulduktan sonra 5 dakika grup üyelerinin konuşmasına izin verilecek. Daha sonra kavram çok kısaca tanımlanacak ve bir beş dakika daha katılımcıların görüşleri alınacaktır.
2. 2. soru devamında "Yaşadıklarınızdan örnek verir misiniz?" diye sorulacaktır. Daha sonraki sorularda bu deneyimler örneklenerek devam edilecektir.
3. 3. soru "Etik ikilemleri nasıl çözüyorsunuz?" biçiminde sorulacaktır.
4. Görüşmenin 1 saat içinde bitirilmesine dikkat edilecektir.
5. Yürütücü aynı kelimeleri sık tekrar etmekten, sadece konuşan kişiyle göz teması kurmaktan ve yargı içeren ifadeler kullanmaktan kaçınacaktır.

**Birinci Odak Grup Görüşmesi**

08.06.2009 tarihinde Anestezi ve Reanimasyon AD'dan 3'ü kadın, 3'ü erkek 6 asistan hekim ile odak grup görüşmesi yapıldı. Görüşmeyi araştırmacının kendisi yapmıştır. Hatice Demir Küreci gözlemci olarak görüşmeye katılmıştır. 52 dakika süren odak grup görüşmesi ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmede kullanılan sorular aşağıdadır.

11. Grup üyelerinin tanıtıcı bilgileri nelerdir? (cinsiyet, yaş, meslekte çalışma yılı, uzmanlık alanları, mezun oldukları fakülte, etik eğitim alıp almadıkları)
12. Pratikte yaşadığınız etik ikilemler nelerdir?

13. Bu ikilemleri nasıl çözüyorsunuz?
14. Etik konsültasyon almak ister miydiniz?
15. Hastane etik kurulun işlevleri nelerdir?
16. Sizce bu kurul nasıl çalışmalıdır?
17. Sizce bu kurulda kimler olmalıdır?
18. Bu kurulun işlevlerinden biri olan eğitim, nasıl verilmelidir? Konu, işlenme şekli, interaktiflik vs…
19. Bu kurulun işlevlerinden biri olan etik rehberler oluşturma hangi konularda olmalıdır?
20. Sizce bu kurulun klinisyenlere yararı olur mu?

Gözlemler:

- Grup yürütücüsünün doğal davranması grubun motivasyonunu arttırmaktadır.
- Araştırmacı bu görüşmede de sadece konuşan kişiye odaklanmıştır.
- Dikkati dağılan katılımcıların konuşmaya dahil edilmesi için araştırmacının espri yaptığı gözlenmiştir. Ara sıra göz teması kurması uygun olacaktır.
- Kavramsal bilgi eksikliği bu grup üyelerinde de görülmüştür (örn; etik konsültasyon).
- Grup yürütücüsünün yargı cümleleri kullanması grup üyelerine rahatsızlık vermiştir.

Sonuç:

1. Katılımcıların birbirlerini daha önceden tanımaları nedeniyle tanıtıcı bilgileri bir sayfalık bir form ile yazılı olarak alınmıştır.
2. Katılımcılar yaşadıkları etik ikilemleri genel olarak canlandırma yapmayınız istemleri, hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi ve aydınlatılmış onam almada yaşanan sorunlar olarak ifade etmişlerdir.
3. Katılımcılar etik ikilemleri çözmek için özel bir çaba göstermediklerini, bunu temel bir sorun gibi görmediklerini belirtmişlerdir. Kendi vicdanları doğrultusunda bir yol izlediklerini, en fazla yakınları, iş arkadaşları ile konuyu paylaştıklarını belirtmişlerdir.
4. Grupta etik konsültasyon kavramı anlaşılmadığı için bir sessizlik yaşanmıştır. Konu hakkında farklı görüşler belirtilmiştir. Cerrahlarla sık sık konsültasyon yüzünden çatışma yaşadıklarını, etik konsültasyonun onlar tarafından ciddi

biçimde eleştirileceğini belirtmişlerdir. Zaman sorunu üzerinde durulmuştur. Acil durumlarda konsültasyon beklemek için zaman olmadığını, ancak yoğun bakım hizmeti sırasında istenebileceğini ifade etmişlerdir. İki katılımcı da hekimlerin etik danışmanlık istemeyeceğini belirtmişlerdir.

5. HEK/KEK kavramını bilmedikleri, akıllarına ilk olarak araştırma etik kurullarının geldiği görülmüştür. HEK/KEK tanımı yapıldıktan sonra bile anlamlandırmada sorun yaşanmıştır. HEK/KEK'in eğitim işlevi üzerinde durulmuştur. Sürekliliği, katılım yaptırımı olan eğitim programlarının faydalı olabileceği belirtilmiştir. Tüm sağlık personeline bu tür eğitimleri vermek gerekliliği konuşulmuştur. Eğitimlerin ciddi biçimde farkındalık yaratacağı savunulmuştur.
6. HEK/KEK'lerin çalışmalarına ilişkin iki farklı görüş ortaya konmuştur. Birincisi halihazırda var olan sağlık sistemi içinde bu tür bir kurulun çalışmasının mümkün olmadığı şeklindedir. İkincisi her şeyi birden bire mükemmel hale getiremese de faydalı olabileceği görüşüdür. Bir katılımcı sonuçları ancak zaman içinde görebileceğini, şimdiden bir şey söylemenin mümkün olmadığını belirtmiştir. Bu tür bir kurulun özellikle üst düzeyden ciddi biçimde tepki, direnç alacağı ifade edilmiştir.
7. HEK/KEK üyeleri kimden oluşmalıdır sorusuna etikçi, psikolog veya psikiyatrist, yoğun bakım ünitesi tecrübesi olan bir hekim, ilgili hastanın birincil hekimi ve tecrübeli bir hemşire cevabı verilmiştir. HEK/KEK'lerin en fazla 5 kişilik küçük bir gruptan oluşması gerektiği, daha kalabalık kurulların toplanma ve karar vermede sıkıntı yaratabileceği belirtilmiştir.
8. HEK/KEK'in vereceği eğitimin mesai saatleri içinde, katılımın idare tarafında zorunlu tutulduğu, duruma göre küçük ya da büyük gruplarla, teorik anlatımdan çok yaşanmış vaka örnekleri üzerinden yürütülmesi gerektiği konuşulmuştur. Eğitimlerin bir seferlik olmaması, süreklilik arz etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Daha önceki sorularda üzerinde konuşulan konuların, canlandırma yapmayınız istemleri, hastaya gerçeğin söylenmesi, aydınlatılmış onam alımı, hasta sırrının saklaması, hasta ve hasta yakınları ile iletişim gibi konularda eğitimlerinin verilmesi önerilmiştir.

9. Katılımcılara etik rehber fikri yabancı gelmiştir. Etik rehber tanımı yapıldığında, daha önce vurgulanan konularda oluşturulacak etik rehberlerin faydalı olabileceği görüşü bildirilmiştir.
10. HEK/KEK'lerin klinisyenlere faydalı olup olamayacağı sorulduğunda sistem içinde HEK/KEK'e yer olmadığını savunan katılımcı dışında, HEK/KEK'lerin klinisyenlere faydalı olabileceği görüşü bildirilmiştir.

**İkinci Odak Grup Görüşmesi**

12.06.2009 tarihinde 2. odak grup görüşme yapılmıştır. Görüşmeye katılmayı kabul eden iki kişi son anda görüşmeye katılmamıştır. Kardiyoloji AD'den bir katılımcı, Kalp Damar Cerrahisi AD'dan 3 katılımcı ile görüşme yapılmıştır. Cerrahi branşlarda kadın hekimin az olması gruba da yansımış ve hepsi erkek olan 4 hekim ile görüşme yapılmıştır. Görüşmeyi araştırmacının kendisi yapmıştır. Hatice Demir Küreci gözlemci olarak görüşmeye katılmıştır. 55 dakika süren odak grup görüşmesi teknik nedenden ötürü ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınamamıştır. Görüşme yürütücünün ve gözlemcinin aldıkları notlar ile raporlanmıştır.

Gözlemler:

- Yürütücünün ilk soru olarak yönelttiği "pratikte yaşadığınız etik ikilemler nelerdir?" sorusu grupta bir sessizlik yaşanmasına neden olmuştur. Konuya sohbet ediliyor gibi girilmesi daha iyi sonuç verebilecektir.
- Konuşan kişiye bakma sorunu devam etmektedir.
- Katılımcılar yaşadıkları etik ikilemlerde, asistan oldukları için karar verici pozisyonda olmadıklarını, kendilerine söyleneni yaptıklarını belirtmişlerdir.
- Kavramsal bilgi eksikliği bu grup üyelerinde de gözlemlenmiştir (örn; etik konsültasyon, etik rehber vs.).
- Kavramların uzun uzun kitabi tanımları yapılmıştır ancak daha kısa ve basit cümlelerle, örneklerle açıklama yapılması daha yerinde olabilecektir.
- Hastane etik kurul üyeleri kimler olmalıdır sorusu ısrarla birkaç kez sorulunca, katılımcılarda bir gerginlik yaratmıştır.
- Grup yürütüsünün yargı cümleleri kullanması grup üyelerine rahatsızlık vermiştir.

Sonuç:

1. Katılımcıların tanıtıcı bilgileri bir sayfalık bir form ile yazılı olarak alınmıştır.
2. Etik ikilem kavramının açıklanması gerekmiştir. Özellikle kanserli hastalara olmak üzere hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi, hasta yakınlarını bilgilendirmede sorun yaşandığı belirtilmiştir. Katılımcılar en büyük sıkıntının asistan oldukları için karar verici konumda olmamalarından, hastaya hizmet veren hekim oldukları halde hastanın birincil doktoru olarak görülmemelerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir.
3. Katılımcılar etik ikilemleri çözmek için özel bir çaba göstermediklerini, bunu temel bir sorun gibi görmediklerini ifade etmişlerdir. Kendi değerleri doğrultusunda bir yol izlediklerini, en fazla kıdemli asistan ile konuyu paylaştıklarını belirtmişlerdir.
4. Etik konsültasyon kavramı anlaşılmadığı için grupta bir bocalama yaşanmıştır. Temel olarak etik danışmanlık istenebileceğini düşünenlerin yanı sıra gerek olmadığını söyleyenler de olmuştur. Bir katılımcı asıl önceliğinin hastalıkları ve nasıl tedavi edileceklerini öğrenmek olduğunu, etiğin kendisi için elzem olmadığını belirtince diğer katılımcılar bu görüşü onaylamışlardır.
5. Katılımcılar tarafından tezin başlığı, konunun açıklanması ve etik konsültasyon sorusundan sonra hastane etik kurulunun etik danışmanlık hizmeti veren bir birim olduğu sonucunu çıkarılmıştır. Bunun üzerine araştırmacı tarafından hastane etik kurulun tanımı yapılmıştır. Katılımcılar tanım üzerine kurulda olması gereken üyeleri saymaya başlamıştır. Grup tarafından HEK/KEK'te psikolog, sosyolog, hukukçu, bir hekim ve konuya dair bir bilirkişi olmalıdır sonucuna varılmıştır.
6. Grup kurulun çalışmasının bu sistem içinde zor olacağını, pek çalışmayacağını düşündüklerini ifade etmiştir. İdari desteğin çok önemli olduğunu, idare tarafından desteklenmediği takdirde kurulun işleyemeyeceğini belirtmişlerdir.
7. Tekrar HEK/KEK'in üyeleri kimler olmalıdır sorusu sorulduğunda daha önce söylediklerine ek olarak hukukçu olmalı diye görüş bildirmişlerdir. Hukukçunun önemli olduğunu, etiğin yaptırım gücü olmadığını ama tam tersine hukuk sisteminin ciddi yaptırımları olduğunu belirtmişlerdir.

HEK/KEK'in karar verme aşamasında çıkar çatışması yaşanabileceği öngörüsü ile etik kurul üyelerinin kurum dışında olmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.

8. HEK/KEK'in vereceği eğitim hakkından sorulan soruya öncelikle 3-5 günlük idareden tamamen izinli sayılacakları bir dönemde temel eğitim verilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Bu eğitimi alanların daha kısa süreli, hatırlatma toplantıları ya da özel konularda konferanslarla bilgilerinin güncel tutulmasının iyi olacağını belirtmişlerdir. Bir katılımcı eğitimlerin zorunlu olmasının etkin olacağını belirtirken bir diğeri gönüllü olarak gelenlerin daha verimli olacağını söylemiştir. Anabilim dallarından seçilecek kişilerin eğitilerek anabilim dallarında eğitim verebileceği gibi bir fikir ortaya atılmıştır. Bu eğiticilerin seçimi konusunda ise idare tarafından seçilirse verimli çalışmayacaklarını, ilgi duyanların eğitilmesinin daha iyi olacağını söylemişlerdir.
9. Katılımcılara etik rehber fikri yabancı gelmiştir. Etik rehber tanımı yapılmasına rağmen katılımcılar kavramı anlamlandırmada sorun yaşamışlardır. Kavramı bir yere koyamadıkları için görüş bildirememişlerdir. Son olarak rehberlerin bir işe yaramayacağını belirtmişlerdir.
10. HEK/KEK'lerin klinisyenlere faydalı olup olmayacağı konusunda farklı görüşler bildirilmiştir. Katılımcılardan biri "…faydalı olabilir, ama sistem içinde çalışması zor.." diye ifade etmiştir. Bir diğer katılımcı "… elzem değil.." demiştir. Bir başkası ise "..olursa iyi olur, olmazsa olmaz değil, olmadan oluyor…" demiştir. Bir katılımcı da "elzem…, mutlaka olmalı, bir şeyleri değiştirebilir." diye ifade etmiştir.

**Üçüncü Odak Grup Görüşmesi**

14.07.2009 tarihinde İç Hastalıkları AD'dan 3 katılımcı, Nöroloji AD'dan 3 katılımcı ile 3. odak grup görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların üçü erkek, üçü kadındır. Görüşmeyi araştırmacının kendisi yapmıştır. Hatice Demir Küreci gözlemci olarak görüşmeye katılmıştır. 64 dakika süren odak grup görüşmesi iki ayrı ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır.

Gözlemler:

- Odak grup görüşmesinde yer alan iki katılımcının profesör olması hem asistan olan katılımcıların hem de yürütücünün pasif kalmasına zaman zaman sessizlik yaşanmasına neden olmuştur.
- Hastane etik kurulların işlevleri nelerdir? sorusuna konu ile bir bütünlük içinde girilememiştir. Soru da kavramın bilinmemesi nedeniyle anlaşılmamıştır.
- Profesör olan katılmcılar sürekli olarak yürütücüye soru sormuştur. Yürütücü görüşmeye başlamadan önce yöntem gereğince sorulara cevap veremeyeceğini belirtmediğinden, yürütücün sorulara cevap vermeyişi grupta gerginlik yaratmıştır.

Sonuç:

1. Katılımcıların tanıtıcı bilgileri bir sayfalık bir form ile yazılı olarak alınmıştır.
2. Hekimlere yaşadıkları etik ikilemler sorulduğunda ilk gelen cevaplar yaşamın sonunda alınan kararlarla ilgili etik sorunlar ve boşuna tedavi olmuştur. Hastaların tedavileri ne kadar sürdürülecek, yaşama ne kadar destek verilecek, bu kararları kim verecek ve bu sorunlarla birlikte ortaya çıkan boşuna tedavi kavramı gündeme gelmiştir. Bir katılımcı tıbben boşuna olduğunu düşündüğü tedaviyi, hasta yakınları istiyor, sistem istiyor, hukuk izin vermiyor düşüncesi ile sürdüğünü belirtmiştir. Bunun da aslında hasta artık zarar verdiğini ve kaynakları adil kullanmadığı gerekçesi ile kendisini rahatsız ettiğini söylemiştir. En çok da hukuk karşısında hesap verme korkusunu duyduklarını, kendilerini boşlukta hissettiklerini çünkü konuya özel bir yasa olmadığı için işin yorumlara kaldığını söylemişlerdir. Yaşanan bir diğer sıkıntının hasta sorumluluğunun paylaşılmaması olduğu üzerinde durulmuştur. Yoğun bakım hekiminin tek karar verici konumunda bırakıldığını, yaşamın sonunda verilen etik kararlarının vicdani sorumluluğunu tek başına yoğun bakım hekimi üstlenmektir denilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu ile ilgili yaşanan ödeme sorunlarına değinilmiştir. Ekonomik nedenlerle yapılması gereken müdahalelerin yapılamadığı, bazı pahallı ilaçların ödenmediği, uygulanmadığı konuşulmuştur. Kaynakların adil paylaşımı çerçevesinde yoğun bakım yataklarının amacına uygun kullanılmadığından, asıl gereksinim sahibi hastaların yoğun bakıma kabul edilemediğinden bahsedilmiştir.

Yoğun bakım yataklarının amacına uygun kullanılamama nedenleri; ara bir birim olmayışı, serviste yatacak yer olmadığından yoğun bakıma yatırılan hastalar, idareden gelen baskılar olarak sıralanmıştır. Ayrıca hekimlerin kendi aralarındaki ilişkilerde de sorunlar yaşandığı söylenmiştir.

3. Etik sorunların çözüme kavuşmadığı, sorunların akışına bırakıldı ifade edilmiştir. Hastanede boşuna tedavi alan hasta oranının çok yüksek olduğu vurgulanmıştır. Bir katılımcı da sorunun yatakların adil dağıtılmasında çok bireyin yok sayılması olduğunu söylemiştir. Bireylerin değerleri, istekleri hep göz ardı ediliyor demiştir.
4. Etik konsültasyon ister misiniz sorusuna evet de, hayır da diyen olmuştur. Evet diyenler, hekimin sorumluluğunun paylaşılması açısından iyi olacağını söylemişlerdir. Terminal dönem hastalarının bir planının olmamasını asıl sorun olarak tanımlayarak etik konsültasyon ile bunun yapılması sağlanabilir, farklı görüş açıları ile tarafların farklı düşünmeleri sağlanabilir denilmiştir. Belki de formal bir takım uygulamalar getirir, bana canlandırma yapmayınız belgesi gibi şeklinde görüş bildirilmiştir. Hayır diyenlerin gerekçeleri ise şunlardır: Etik konsültasyon formal bir cevap vermelidir, ama etik sorunların formal çözümleri yoktur, kanunen de çözüm bulunmamaktadır. Bir katılımcı rehberler var dediğinde bizim için oluşturulmuş rehberler değil denilmiştir. Bir katılımcı "…Üstelik bizde kararlar çok çabuk alınır ve uygulanır. Etik danışmanlık hangi sürede bize ne sağlanacak endişeliyim…" demiştir.
5. HEK/KEK kavramı bilinmediğinden bir konu dağınıklığı yaşanmıştır. Yürütücü kavramı tanımladıktan sonra çeşitli öneriler gelmeye başlamıştır. HEK/KEK'in işi yükünün çok fazla olacağı için altından kalkılamayacağı vurgulanmıştır. HEK/KEK'lerin çalışması ile sıkıntıların olacağı, hekime bir çözüm getirmeyecekse kabul görmeyeceği belirtilmiştir. Çok olumlu cevaplar gelmemiştir, sürekli yürütücüye soru sorulduğu ve cevap alınamadığı için konu ilerlememiştir.
6. HEK/KEK'in çalışması ile ilgili olumlu ve olumsuz cevaplar alınmıştır. Çalışamayacağını ifade eden katılımcılar iş yükünün fazla olacağını altından kalkamayacağını neden olarak göstermişlerdir. Çalışabilir diyenler katılımcılar da akut sorunları çözemeyeceğini ama kronik hastalarda önceden sağlık çalışanına

davranış kalıpları öğreterek faydalı olabileceğini söylemişlerdir. Bir katılımcı "….Hekimi ortada bırakmayan net sonuçlarla çözüm getirebilirse işleyebilir" demiştir. Bir katılımcı insanların hastalarının hastanede ölmesini istediklerini, HEK/KEK'in hastaneye yatış kuralları getirebilirse işe yarayabileceğini söylemiştir. İdarenin desteğini mutlaka olması gerektiğini olmazsa kurulun işlerlik kazanamayacağını belirtilmiştir.

7. HEK/KEK'in çalışacaksa en önemli işlevinin eğitim olduğu belirtilmiştir. Eğitim ile çalışanlara belli davranış kalıpları öğreterek, kendi başlarına sorun çözme becerisi kazandırabileceğinden daha önce bahsi geçen kurulun üzerindeki fazla iş yükünü azaltabileceği ve böylece HEK/KEK'in işlerlik kazanabileceği söylenmiştir. Eğitimlerin lisans döneminden başlayarak sürekli verilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bunun tersine aktif çalışmaya başladıktan sonra eğitime gereksinim duyulduğu lisans sonrası tüm sağlık çalışanlarına yönelik eğitim verilmesi gerektiği ifadesini kullanan katılımcılar da olmuştur. Eğitimlerin zorunlu ve sertifikalı olması gerektiği söylenmiştir. Eğitim içeriğinin önemi vurgulanmıştır. Eğitim konuları olarak boşuna tedavi, etik gibi kavramlar, yasal mevzuat, yurt dışındaki uygulamalar önerileri getirilmiştir. Bu eğitimlerle hekimlere tedaviye başlamama, başlanmış tedaviye son verme ve boşuna tedavi gibi kavramların varlığı öğretilebilir denilmiştir. Eğitim mutlaka üst düzey yöneticilere de verilmelidir görüşü bildirilmiştir.
8. Etik rehberler için de başı ve sonu belli durumlar için oluşturulabilir denilmiştir. Örnek olara kronik hastalıklar, onkolojik hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar verilmiştir. Etik kararların paylaşılması gerektiği, kararın bir grup tarafından verilmesi isteği tekrarlanmıştır.
9. HEK/KEK'de konunun uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, teknik elemanlar, tıbbi etik uzmanı, adli tıp uzmanı, hukukçu, psikolog ve psikiyatrist olabilir demişlerdir. Din adamı olabilir diyen katılımcıya diğerleri itiraz etmişlerdir.
10. Bir katılımcı HEK/KEK'lerin en iyi işleyen fonksiyonunun eğitim olacağını düşündüğünü ifade etmiştir. Bir diğer katılımcı ise HEK/KEK'lerin işlerlik kazanmasının zor olduğunu ama ümitsiz olunmaması gerektiğini, hekimlere destek olması açısından yararlı olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Başka bir katılımcı sorumluluk paylaşımı açısından işlerliği olabileceğini söylemiştir.

Katılımcılar genel olarak belli konularda işlerliği olabileceği ama bu sistem için literatürde bahsi geçen biçimde tüm fonksiyonlarını yerine getiremeyeceğini söylemişlerdir.

**Dördüncü Odak Grup Görüşmesi**

15.07.2009 tarihinde Çocuk ve yenidoğan yoğun bakım, hematoloji, genetik ve acil servis birimlerinden 4 kadın, 2 erkek olmak üzere 6 uzman hekim ile dördüncü odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Görüşmeyi araştırmacının kendisi yapmıştır. Hatice Demir Küreci gözlemci olarak görüşmeye katılmıştır. 71 dakika süren odak grup görüşmesi iki ayrı ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır.

Gözlemler:

- Görüşmeye başlamadan önce yürütücünün sorulara cevap veremeyeceğinin açıklanması görüşmeyi olumlu etkilemiştir.
- Katılımcılarının hiyerarşik olarak birbirilerine ve yürütücüye denk olmaları grup etkileşimi açısından verimi çok arttırmıştır.
- Grup dinamiği ve yürütücünün konuya hâkimiyeti nedeniyle en başarılı geçen görüşme olmuştur.

Sonuç:

1. Katılımcıların tanıtıcı bilgileri bir sayfalık bir form ile yazılı olarak alınmıştır.
2. Genel olarak yaşamın başı ve yaşamın sonunda alınan etik kararlarla ilgili sorunlar dile getirilmiştir. Özellikle genetikle uğraşan katılımcı gebelik terminasyon kararı ile yaşadıkları ikilemlerden bahsetmiştir. Yoğun bakım çalışanları da yaşamın sonunda alınan kararlarla ilgili yaşadıkları etik ikilemleri dile getirmişlerdir. Bir katılımcı konuyu hekimin hasta/hasta yakını ile yaşadığı sorunlar, hekimin diğer sağlık personeli ile yaşadığı sorunlar ve hekimin idare ile yaşadığı sorunlar olarak üç başlıkta toparlamıştır. Hekimin hasta ve/veya hasta yakını ile yaşadıkları sorunda ise temel noktanın bilgi eksikliği olduğunu söylemiştir. Katılımcıya göre asıl sorun yaşamın tam olarak ne zaman başladığını ve ne zaman bittiğini bilmediğimizden kaynaklanmaktadır. "…Bun bilmediğimiz gibi bir de biliyor muş gibi yapıyoruz" dedi. Hekimlerin çoğu mevcut bilgiyi doğru yorumlayamadığından boşuna tedaviye devam etmesinin gerekmediğini bilmediği konuşulmuştur. Başka bir katılımcı hekim hasta arasında kurulması gereken güven ilişkisinin bozulduğunu bunun da gündelik uygulamalara

yansıdığını söylemiştir. Örnek olarak da hekime sağlık personeline yönelik artan şiddet olaylarını vermiştir. Hekimin diğer personelle yaşadığı sorunlardan en sık karşılaşılanı da hekim-hemşire çekişmesidir ifadesi kullanılmıştır. Hekim ve idare arasında yaşanan sorunların da çok geniş bir açıyla ele alınması gerektiğini, şemsiyenin Sağlık Bakanlığından YÖK'e kadar geniş tutulması gerektiğini belirtilmiştir. Yurtdışında etik kararlar almak zorunda personelin daha fazla ücret aldığını ama burada yoğun bakım personelinin eşit bile değil daha az ücret aldığını bu yüzden yoğun bakım hemşiresi bulamadıklarını söylemişlerdir.

3. Katılımcılar etik sorunları çözemediklerini, çok zorda kaldıklarında idare ile görüştüklerini belirtmişlerdir. Hekim, hasta/hasta yakını arasındaki sorunların çözümünde de en önemli noktanın hastanın bilgilendirilmesi olduğunu vurgulamışladır. İyi bilgilendirilmiş bir aile ile bahsi geçen sorunları yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu iletişim sorunlarını aşmak için de hastayı bilgilendirip, hastayı ve veya hasta yakınını ekibin bir üyesi haline getirmek gerekir denilmiştir. Diğer bir nokta hastaya, hasta yakınına vakit ayırdığını hissettirmek diye ifade edilmiştir. Bir başka nokta aileye göre davranmak, ailenin sosyoekonomik durumuna o anki algısına göre konuşmaktır görüşü bildirilmiştir. Çözümde son nokta da sorumluluk paylaşımıdır denilmiştir. Çocuk hastanesinde özel vakalar için yapılan ve sadece vakanın tıbbi boyutunun tartışıldığı konsey toplantıları örnek olarak verilmiştir. Genetik bölümü hastayı ve/veya hasta yakınını geniş biçimde bilgilendirdikten sonra onlarla karşılıklı fikir alış verişi ile ortak bir karara vardıklarını sorunları böyle çözdüklerini söylemiştir.
4. Etik konsültasyon ister misiniz sorusuna grup topluca evet cevabı vermiştir. Daha sonra aileye bizim sunduğumuz bilgiden daha geniş bir perspektifle konular açıklanır, aile başka görüşlerle de karşılaşırsa iyi olacağı konuşulmuştur. Bir katılımcı da "…aylarca ventilatörde bekleyen hastalar için olabilir…" demiştir. Ancak bir katılımcı ısrarla karşı çıkarak ve var olan işleri daha da zorlaştıracağını düşündüğü için HEK/KEK'in işlemeyeceğini ve istemediğini belirtmiştir.
5. Hastane etik kurulu işler mi? Sizce işlevleri ne olmalıdır? sorusuna gelen ilk cevap işlemez olmuştur. Hastanede iş yükünün çok fazla olduğu, HEK/KEK'in bunun altından kalkamayacağını ve işlerine karışılmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Kurulun çok kapsamlı olması gerektiği, bunun da işlerliği

olmayacağı dolayısıyla bazı özel vakalara yönelirse çalışabileceğini konuşulmuştur. Bunlardan sonra sorular gelmeye başlamıştır ve yürütücü HEK/KEK'in tanımın yapmıştır. Bundan sonra bir katılımcı hastane politikaları geliştirerek faydalı olabileceğinin üstüne durmuştur. Bir diğer katılımcı bunun aynen enfeksiyon kontrol komiteleri gibi zorunlu bir kurul olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Bir diğeri ise bazı özel vakalarda görüş alınabilir diye ifade etmiştir. Ama etik konsültasyona karşı çıkan katılımcı bu kurulun işleri aksatacağını çünkü tedavi kararları gibi ivedilikle alınması gerek kararlarda dinamik ve hızlı olamayacağını söylemiştir. HEK/KEK'in uygulanabilir olmadığını, hantal bir yapılanma olacağını belirtmiştir.

6. Böyle bir kurul çalışır mı diye sorulduğunda iyi yapılandırılırsa özelleşmiş konularda çalışabilir denilmiştir. Bir diğer katılımcı eğer bizi yoracaksa, imzalayacağımız evraklara birkaç tane daha ekleyecekse, büyük bir kurul olursa biz burada konuştuğumuz kadar rahat konuşamayacağımızdan işlemez demiştir. Bir başka katılımcı zorunlu olarak gelecek bir kurul olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Baştan beri HEK/KEK'in çalışmayacağını düşünen katılımcı ise uygulanabilir değil, hantal bir yapı olur yürümez demiştir.
7. Katılımcılar eğitimlerin ders gibi değil de vaka tartışması gibi, elle tutulabilir sonuçlar veren ya da ortak sorunların tartışıldığı forumlar gibi yapılması istemişlerdir. Ders şeklinde anlatılan bilgilerin onlara bir şey ifade etmediğini, isteyenlerin kitaplardan ya da internetten bu bilgileri okuyabileceğini söylemişlerdir. Özellikle multidisipliner toplantıların daha verimli olacağını ifade etmişlerdir. Bir de katılımcılar eğitim almaya çok istekli olmadıklarını, konu ilgilerini çekerse, zamanları olursa ve ders gibi olmazsa eğitimlere katılabileceklerini belirtmişlerdir. Ancak üst düzeyden bu eğitimlere katılım olmayacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir.
8. Etik rehber oluşturma konusunda ise yasal durumu, sınırlarımızı net bilmiyoruz, bu konularda rehberler işimize yarayabilir demişlerdir. İki erkek katılımcı ise etik rehberlerin işe yaramayacağını düşündüklerini söylemişlerdir.
9. HEK/KEK'de üye olarak tıbbi etik uzmanı, klinisyenler, belki başhekim, sorunla ilgili tüm taraflar, psikolog veya psikiyatrist, hukukçu, adli tıp olabilir demişlerdir. Bunun üzerine HEK/KEK'lere itiraz eden katılımcı, hantal bir

yapılanma oluşturulduğunu, çekirdek bir kadro olursa, hızlı hareket ederse HEK/KEK'in çalışabileceğini söylemiştir.

10. HEK/KEK'ler klinisyenlere yararlı olur mu diye sorulduğunda etik karar vermede zorlandığımız terminal hastalar, hasta sırrının saklaması gibi durumlarda danışabiliriz denilmiştir. Bir diğer katılımcı medyada ötenazi gibi, tedavinin sonlandırılması gibi konuların sıkça gündeme geldiğini yakın bir zamanda hastaların bu gibi isteklere gelebileceğini HEK/KEK'in bu tip vakaların yönlendirebileceği birimler olabileceğini söylemiştir.

**EK 3 Hekimlerin Klinik Etik Problemleri Farkındalığı ve Hastane Etik Kurulu Gereksinimi Araştırması Anketi**

# HEK/KEKİMLERİN KLİNİK ETİK PROBLEMLERİ FARKINDALIĞI

# VE

# HASTANE ETİK KURULU GEREKSİNİMİ

# ARAŞTIRMASI ANKETİ

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi**

**Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı**

**2010**

**ANKARA**

**HEK/KEKİMLERİN KLİNİK ETİK PROBLEMLERİ FARKINDALIĞI VE HASTANE ETİK KURULU GEREKSİNİMİ ARAŞTIRMASI ANKETİ**

"**Hekimlerin Klinik Etik Problemleri Farkındalığı ve Hastane Etik Kurulu Gereksinimi Araştırması"** anket formu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Müge Demir'in "**Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemleri Farkındalığı Araştırması- Hastane Etik Kurul Model Önerisi**" isimli doktora tezinin bir parçasıdır.

Anket sonrası elde edilen bilgiler; hekimlerin etik ikilemlerin ne kadar farkında olduğu, bunları nasıl çözdükleri, klinik ve etik karar verme süreçlerinin nasıl işlediği, Hastane Etik Kurulları gibi bir kurumsal hizmete üniversitemiz hastanelerinde gereksinim duyulup duyulmadığı, işlevlerinin ne olması gerektiği, daha kaliteli bir hizmet için bu kurullarla ilgili hangi konulara dikkat edilmesi gerektiği gibi soruların aydınlatılmasında faydalı olacaktır.

Aşağıda bulunan 21 soruluk anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik veriler, ikinci bölümde yaşadığınız etik ikilemler, çözüm yollarınız ve hastane etik kurulları hakkında görüşleriniz ve 3. bölümde ise vaka değerlendirmeleri bulunmaktadır.

Anketi tamamlamak yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak her türlü bilgi korunacaktır, elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Anketle ilgili aklınıza takılan her türlü soruyu, aşağıda iletişim bilgileri bulunan araştırmacıya ulaşarak sorabilirsiniz.

Anketi tamamladıktan sonra lütfen **mdemir@hacettepe.edu.tr** adresine geri gönderiniz.

Katkılarınız, ilginiz ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Ar. Gör. Müge Demir
H.Ü. Tıp Fak.
Tıp Tarihi ve Etik AD
E-posta: mdemir@hacettepe.edu.tr
Cep Tel: 0 505 682 54 58
Tel: 305 43 61

**Ankete lütfen kimliğiniz ile ilgili bir bilgi yazmayınız. Anket isminize postalanmasına rağmen anketlerin değerlendirmesi isimlerinize göre yapılmayacak, bir daha sizinle temas kurulmayacaktır.**

**1.** Cinsiyetiniz Kadın ☐ Erkek ☐

**2.** Yaşınız

**3.** Kaç yıldır aktif olarak hekimlik yapıyorsunuz?

**4.** Uzmanlık alanınız nedir?

**5.** Akademik yapılanma içinde göreviniz nedir?

Prof. ☐ Doç. ☐ Yrd. Doç ☐ Öğr. Gör./ Uzman ☐ Araş. Gör. ☐

**6.** Herhangi bir etik eğitimi aldınız mı?

Evet, eğitim aldım ☐ Hayır, eğitim almadım ☐

Lütfen, cevabınız evetse, 7. sorudan devam ediniz, hayır ise 8. sorudan devam ediniz.

**7.** Etik eğitiminizi hangi dönemlerde aldınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Lisansta ☐ Uzmanlık/Doktora ☐ Sürekli Tıp Eğitimi ☐

**8.** Klinik uygulama sırasında etik ikilemleri çözmede teorik etik bilginizi aşağıdaki derecelendirmeye göre değerlendiriniz.

Teorik etik bilgi düzeyim yeterince iyidir, etik ikilemleri kendim çözebilirim. ☐

Teorik etik bilgi düzeyim sadece temel kavramlarla sınırlıdır, yardım isteyebilirim. ☐

Teorik etik bilgi düzeyim düşüktür, etik ikilemlerin çözümünde yardım almam gerekir. ☐

Teorik etik bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır, mutlaka yardım almam gerekir. ☐

**9.** Hasta tanı/tedavi sürecinde tedavi kararlarını veren kişi, esas olarak siz misiniz?

Evet, tedavi kararlarını ben veriyorum. ☐

Kısmen karar verici durumundayım. ☐

Hayır, tedavi kararlarını uyguluyorum. ☐

Diğer (Lütfen belirtiniz )

**10.** Çalışma yaşamınızın herhangi bir döneminde yoğun bakım ünitesinde çalıştınız mı?

Evet, çalıştım. ☐ Hayır, çalışmadım. ☐

**11.** Çalışma yaşamınızın herhangi bir döneminde siz veya bir yakınınız ciddi bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet, geçirdim/geçirdi. ☐ Hayır, geçirmedim/geçirmedi ☐

Lütfen, cevabınız evetse, 12. sorudan devam ediniz, hayır ise 13. sorudan devam ediniz.

**12.** Çalışma yaşamınızın herhangi bir döneminde sizin veya bir yakınınızın yaşadığı bu hastalık deneyimi hastalara yaklaşımınızda bir değişikliğe neden oldu mu?

Evet, kesinlikle değişti. ☐

Kısmen değişti. ☐

Hayır, kesinlikle değişmedi. ☐

**13.** Klinik etik karar verme sürecinde karşılaştığınız **<u>etik ikilemler</u>** nelerdir? Durumlar içinde aşağıda belirtilen derecelendirmeleri kullanınız.

| | Çok sık karşılaşıyorum | Oldukça sık karşılaşıyorum | Arada bir karşılaşıyorum | Çok nadir karşılaşıyorum | Hiç karşılaşmıyorum |
|---|---|---|---|---|---|
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Bilinci açık hastada "hasta/ hasta yakınları/ sağlık personeli çatışması" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bilinci kapalı hastada "hasta yakınları/ sağlık personeli çatışması" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Çocuk hastalarda "ebeveynlerle/sağlık personeli çatışması" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Canlandırma yapmayınız komutları (DNR), tedavinin başlanmaması veya başlanmış tedavinin sonlandırılması kararları | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hastanın "mahremiyetinin korunması" ile ilgili sorunlar (bilginin paylaşılması) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aydınlatılmış onam( bilgilendirilmiş rıza) ile ilgili sorunlar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalardan doğan sorunlar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Boşuna tedavi (futile treatment, futility ) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim sorunları | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim sorunları | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Yasal mevzuat bilgisinin eksikliği | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| İdare ile yaşanan sorunlar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Yukarıda yer almayan başka bir sorun yaşıyorsanız lütfen belirtiniz:

**14.** Klinikte yaşadığınız etik ikilemleri çözmek için nasıl bir yol izliyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Kendim çözerim ☐
Bir üst amirime danışırım ☐
En üst amirime danışırım. ☐
Arkadaşıma danışırım ☐
Etik konsültasyon alırım ☐
Zamana bırakırım, bir şey yapmam ☐
Yukarıda yer almayan başka bir çözüm yolu kullanıyorsanız lütfen belirtiniz:

**15.** Bir Hastane Etik Kurulu(HEK/KEK)/ Klinik Etik Kurulu (KEK)'nun aşağıdaki işlevlerini gereksiniminiz doğrultusunda aşağıdaki derecelenmeleri kullanarak işaretleyiniz.

| | Çok sık | Oldukça sık | Arada bir | Çok nadir | Hayır hiç |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Klinikte etik ikilemle karşılaşan hekime danışmanlık verir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Etik farkındalık için eğitim faaliyetlerinde bulunur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Klinisyenlere gereksinim duydukları konularda etik rehberler hazırlar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hastanenin hizmet /bakım konularında politikalarını oluşturur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Başka bir gereksinimiz varsa lütfen belirtiniz:

**16.** Sizce HEK/KEK' de kimler görev almalıdır? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

Başhekim ☐
Dekan ☐
Anabilim dalı başkanı ☐
Klinik şefleri ☐
Yoğun bakımda çalışan hekim ☐
Uzman hekim ☐
Hemşire ☐
Eczacı ☐
Avukat ☐
Tıp etiği uzmanı ☐
Hasta temsilcisi ☐
Din adamı ☐
Sosyal hizmet uzmanı ☐
Felsefe uzmanı ☐
Psikiyatrist ☐
Psikolog ☐
Yukarıda yer almayan başka bir grup öneriyorsanız lütfen belirtiniz:

**17.** HEK/KEK' lerin eğitim vermesini istediğiniz konulardan en önemli gördüğünüz ilk üç eğitim konusunu işaretleyiniz. **Sadece 3 seçenek işaretleyiniz.**

Temel etik kavramlar ☐
Etik temellendirme ☐
Geriye dönük vaka analizleri ☐
Yaşamın başında ve sonunda verilen kararların etik yönden incelenmesi ☐
Hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi ☐
Aydınlatılmış onam ☐
İletişim becerileri eğitimi ☐
Tıbbi yanlış uygulama (Malpraktis) konusunda yasal mevzuat ☐
Canlandırma yapmayınız (DNR) talimatları konusunda yasal mevzuat ☐
Yukarıda yer almayan başka bir eğitim konusu varsa lütfen belirtiniz:

**18.** HEK/KEK' lerin düzenlediği eğitimlerin ne zaman verilmesini istersiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Mesai saatleri içinde izinli olarak ☐
Öğle araları ☐
Akşam 17.00'den sonra ☐
Hafta sonları ☐
Yukarıda yer almayan başka bir zamanda istiyorsanız lütfen belirtiniz:

**19.** Hastane etik kurullarının hangi konularda etik rehberler oluşturmasını istersiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

| | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum |
|---|---|---|---|
| Yaşamın sonu ile ilgili konularda (DNR, tedaviye hiç başlamama, başlanmış bir tedaviyi sonlandırma, bitkisel yaşam, beyin ölümü vs…) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hastaya kötü prognozun ve tıbbi gerçeğin söylenmesi | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gebeliğin sonlandırılması kararı | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bilinci kapalı hastalar | ☐ | ☐ | ☐ |
| Boşuna tedavi | ☐ | ☐ | ☐ |

Yukarıda yer almayan başka bir konuda istiyorsanız lütfen belirtiniz:

**20.** Hastane Etik kurullarının klinisyenlerin pratikte karşılaştıkları etik ikilemler konusunda yararlı olacağını düşünüyor musunuz?

Evet, yararlı olacaktır ☐
Kısmen yararlı olabilir ☐
Hayır, yararlı olmaz ☐
Fikrim yok ☐

**21.** Pratikte karşılaşılan etik ikilemlerin çözümlenmesi konusunda aşağıda yer alan önermelere katılıp katılmama durumunuzu işaretleyiniz.

| | **1** | **2** | **3** |
|---|---|---|---|
| Etik ikilemlerin çözümlenmesi için ayrı bir birime gereksinim yoktur. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Etik konsültasyon (bireysel etik danışmanlık) yeterlidir, kurula ihtiyaç yoktur. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hastane Etik Kurulları mutlaka olmalıdır. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bulunduğumuz sistem içinde HEK/KEK çalışmaz. | ☐ | ☐ | ☐ |

Yukarıda yer almayan başka bir öneriniz varsa lütfen belirtiniz:

Sayın katılımcı anketimizin ilk iki bölümü bitmiştir. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz. Bir sonraki sayfada anketin üçüncü bölümüne ait iki vaka bulunmaktadır. Lütfen gerçekte yaşanmış 2 ayrı vaka özelinde "**hastadan sorumlu hekim" olarak** görüşlerinizi belirtiniz**.**

**VAKA 1**

Hasta, çocukları da hekim olan 84 yaşında, anestezi uzmanı bir hekimdir. Hastanın konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, tip 2 diyabeti, kronik böbrek hastalığı ve KOAH'ı vardır. Son bir yılda 3 kez solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakıma yatmış, tedavi olup çıkmıştır.
Son kez kalp krizi ve serebrovasküler kriz ile yoğun bakıma alınmıştır. Yoğun bakımda kalbi durmuş ve hasta şoka girmiştir. 4-5 dakika süren masajdan sonra hastadan yanıt alınmış, hasta şoktan çıkmıştır, ancak bilinci kapalıdır. Yoğun bakım ekibi nörolojiden konsültasyon istemiştir. Glaskow koma skoru 3 olan hasta için nöroloji konsültasyonu sonucu hastanın bitkisel yaşama girdiği kararı verilmiştir. Hastanın MR ve diğer testleri istenmiş ancak hastanın MR için transferi, MR ayarları son derece sorunlu olduğundan MR alınamamıştır.
Hasta 1 hafta sonra ağrılı uyaranlara kısmen yanıt vermeye başlamış ve Gloskow koma skoru 4-5'e yükselmiştir. Ancak daha sonra bir gelişme görülmemiştir. Hasta solunum cihazına bağlıdır, nazogastrik tüple beslenmektedir ve bilinci kapalı durumdadır. Hastanın bilinci açılsa bile ciddi bir sekel kalması beklenmektedir.

**A-** Birinci durumda hasta yoğun bakıma alınırken daha fazla invaziv girişim istemediğini belirtmiştir. Ailesi de hasta ile aynı fikirdedir. Hastanın hekimi olarak nasıl davranırsınız?
Hastaya son ana kadar yapılması gereken tüm tıbbi işlemleri uygularım. _____☐
Hastanın isteği doğrultusunda hareket eder, yaşam kalitesini üst düzeyde tutacak destek tedavisi veririm._____☐
Son ana kadar elimde olan her türlü tedaviyi uygularım. Ancak resüstasyon (canlandırma) yapmam._____☐
Yukarıda yer almayan başka bir davranışta bulursanız, lütfen belirtiniz:

**B-** İkinci durumda hasta yoğun bakıma alınırken daha fazla invaziv girişim istemediğini belirtmiştir. Ancak ailesi sonuna kadar ne gerekiyorsa yapılması gerektiği yönünde görüşünü bildirmiştir.
Hastaya son ana kadar yapılması gereken tüm tıbbi işlemleri uygularım._____☐
Hastanın isteği doğrultusunda hareket eder, yaşam kalitesini üst düzeyde tutacak destek tedavisi veririm._____☐
Hastanın ailesini, hastanın istediği uygulamalar konusunda ikna etmeye çalışır ve onların görüşleri doğrultusunda davranırım._____☐
Son ana kadar elimde olan her türlü tedaviyi uygularım. Ancak resüstasyon (canlandırma) yapmam._____☐
Yukarıda yer almayan başka bir davranışta bulursanız, lütfen belirtiniz:_____

**VAKA 2**

M, annesi doğum öncesi bakım almamış bir bebektir. Zamanında doğmuştur ancak büyük thorakolumbar miyelomeningoseli vardır ve serebrospinal sıvı akmaktadır. Buna ek olarak ekstrem kifozis ve makrosefali bulunmaktadır. Bilgisayarlı tomografide kafasında serebral disgenesis, ventrikülomegali görülmüştür. Ailesi kendilerine anlatılan durumu anlamış ve sadece bebeklerinin ağrısını giderecek bakım vermek istediklerini, invaziv işlem istemediklerini belirtmişlerdir. Aile M.'yi eve götürmek ve ölene kadar evde palyatif bakım vermek istemektedir. Ailenin 4, 8 ve 12 yaşlarında 3 çocuğu daha bulunmaktadır. 8 yaşındaki çocukları nöral tüp defektli, mental retardedir ve hidroseflik şantı bulunmaktadır. Aile hayatını küçük bir tarladan kazanan, okullardan ve tıbbi olanaklara erişimden uzak bir yerleşim yerinde yaşayan yoksul bir ailedir. Anne ve baba 8 yaşındaki çocukları için ellerinden geleni yapmakta ve diğer çocuklarının bundan etkilenmesinden endişe duymaktadır. Hastanın hekimi olarak nasıl davranırsınız?

Bebek için gerekli tüm tıbbi işlemleri yaparım._____☐

Aileyi bilgilendirir, yapılacak girişimler için ikna etmeye çalışırım ve onların kararına uyarım._____☐

Ailenin isteği doğrultusunda hareket eder, bebeğe sadece palyatif bakım veririm._____☐

Yukarıda yer almayan başka bir davranışta bulursanız, lütfen belirtiniz:

Anketimiz bitmiştir, değerli katkılarınız ve ayırdığınız zaman için tekrar teşekkür ederiz.

**EK 4 Anket Yapılan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarının Dökümü**

| | |
|---|---|
| **Cerrahi bölümler** | |
| Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı | 60 |
| Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı | 5 |
| Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı | 4 |
| Genel Cerrahi Anabilim Dalı | 17 |
| Göz Hastalıkları Anabilim Dalı | 5 |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı | 5 |
| Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı | 9 |
| Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı | 1 |
| Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı | 4 |
| Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı | 5 |
| Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı | 4 |
| Üroloji Anabilim Dalı | 4 |
| **Dahili Bölümler** | |
| Acil Tıp Anabilim Dalı | 7 |
| Adli Tıp Anabilim Dalı | 4 |
| Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı | 3 |
| Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı | 6 |
| Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı | 3 |
| Halk Sağlığı Anabilim Dalı | Dahil edilmedi |
| İç Hastalıkları Anabilim Dalı | 22 |
| Kardiyoloji Anabilim Dalı | 4 |
| Nöroloji Anabilim Dalı | 9 |
| Nükleer Tıp Anabilim Dalı | 3 |
| Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı | 5 |
| Radyoloji Anabilim Dalı | 5 |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | 9 |
| Spor Hekimliği Anabilim Dalı | 1 |
| Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı | Dahil edilmedi |
| Tıbbi Genetik Anabilim Dalı | 1 |
| **Çocuk** | |
| Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | 5 |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | 40 |

**EK 5 Hekimlerin Uzmanlık Alanları ile Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

| Teorik etik bilginin değerlendirmesi | Uzmanlık Alanı | | | | | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cerrahi | | Dahili | | Çocuk | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 16 | 19,8 | 25 | 20,8 | 4 | 9,1 | 45 | 18,4 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 50 | 61,7 | 74 | 61,7 | 33 | 75,0 | 157 | 64,1 |
| Yardım almam gerekir | 15 | 18,5 | 15 | 12,5 | 6 | 13,6 | 36 | 14,7 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 0 | 0 | 6 | 5,0 | 1 | 2,3 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 81 | 100 | 120 | 100 | 44 | 100 | 245 | 100 |

**EK 6 Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Durumu ile Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmesi Arasındaki İlişki**

| Teorik etik bilginin değerlendirmesi | Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Durumu | | | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Evet | | Hayır | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Bilgi düzeyim yeterince iyidir | 33 | 17,4 | 12 | 22,2 | 45 | 18,4 |
| Temel kavramlarla sınırlıdır | 125 | 65,8 | 31 | 57,4 | 156 | 63,9 |
| Yardım almam gerekir | 25 | 13,2 | 11 | 20,4 | 36 | 14,8 |
| Bilgi düzeyim yok denecek kadar azdır | 7 | 3,7 | 0 | 0 | 7 | 2,9 |
| Toplam | 190 | 100,0 | 54 | 100,0 | 244 | 100,0 |

**EK 7 Diğer Tablolar**

Hekimlerin Bilinci Açık Hastada Hasta/Hasta Yakınları ile Çatışma Yaşama Sıklığı

| Bilinci Açık Hastada Çatışma | Frekans | Yüzde | Geçerli yüzde |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 17 | 6,8 | 6,9 |
| Oldukça sık | 66 | 26,4 | 26,7 |
| Arada bir | 107 | 42,8 | 43,3 |
| Çok nadir | 50 | 20,0 | 20,2 |
| Hayır, hiç | 7 | 2,8 | 2,8 |
| Toplam | 247 | 98,8 | 100,0 |
| Eksik | 3 | 1,2 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Bilinci Kapalı Hastada Hasta/Hasta Yakınları ile Çatışma Yaşama Sıklığı

| Bilinci Kapalı Hastada Çatışma | Frekans | Yüzde | Geçerli yüzde |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 16 | 6,4 | 6,5 |
| Oldukça sık | 48 | 19,2 | 19,6 |
| Arada bir | 92 | 36,8 | 37,6 |
| Çok nadir | 61 | 24,4 | 24,9 |
| Hayır, hiç | 28 | 11,2 | 11,4 |
| Toplam | 245 | 98,0 | 100,0 |
| Eksik | 5 | 2,0 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Çocuk Hastada Ebeveyn ile Çatışma Yaşama Sıklığı

| **Çocuk Hastada Çatışma** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 18 | 7,2 | 7,6 |
| Oldukça sık | 44 | 17,6 | 18,6 |
| Arada bir | 94 | 37,6 | 39,8 |
| Çok nadir | 38 | 15,2 | 16,1 |
| Hayır, hiç | 42 | 16,8 | 17,8 |
| Toplam | 236 | 94,4 | 100,0 |
| Eksik | 14 | 5,6 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlarda Sorun Yaşama Sıklığı

| **Canlandırmayınız komutları, Tedavinin başlanmaması, sonlandırılması kararları** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 12 | 4,8 | 5,1 |
| Oldukça sık | 30 | 12,0 | 12,8 |
| Arada bir | 59 | 23,6 | 25,1 |
| Çok nadir | 79 | 31,6 | 33,6 |
| Hayır, hiç | 55 | 22,0 | 23,4 |
| Toplam | 235 | 94,0 | 100,0 |
| Eksik | 15 | 6,0 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Hastanın Mahremiyetinin Korunması ile İlgili Sorun Yaşama Sıklığı

| **Hastanın Mahremiyetinin Korunması** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 17 | 6,8 | 7,0 |
| Oldukça sık | 46 | 18,4 | 18,9 |
| Arada bir | 86 | 34,4 | 35,2 |
| Çok nadir | 72 | 28,8 | 29,5 |
| Hayır, hiç | 23 | 9,2 | 9,4 |
| Toplam | 244 | 97,6 | 100,0 |
| Eksik | 6 | 2,4 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Aydınlatılmış Onam ile İlgili Sorun Yaşama Sıklığı

| **Aydınlatılmış Onam** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 13 | 5,2 | 5,3 |
| Oldukça sık | 35 | 14,0 | 14,3 |
| Arada bir | 71 | 28,4 | 29,1 |
| Çok nadir | 100 | 40,0 | 41,0 |
| Hayır, hiç | 25 | 10,0 | 10,2 |
| Toplam | 244 | 97,6 | 100,0 |
| Eksik | 6 | 2,4 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Tedavi Yanılsaması ile İlgili Sorun Yaşama Sıklığı

| Tedavi Yanılsaması | Frekans | Yüzde | Geçerli yüzde |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 9 | 3,6 | 3,8 |
| Oldukça sık | 31 | 12,4 | 12,9 |
| Arada bir | 77 | 30,8 | 32,1 |
| Çok nadir | 89 | 35,6 | 37,1 |
| Hayır, hiç | 34 | 13,6 | 14,2 |
| Toplam | 240 | 96,0 | 100,0 |
| Eksik | 10 | 4,0 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Boşuna Tedavi Kararlarında Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı

| Boşuna Tedavi | Frekans | Yüzde | Geçerli yüzde |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 9 | 3,6 | 3,7 |
| Oldukça sık | 28 | 11,2 | 11,6 |
| Arada bir | 73 | 29,2 | 30,2 |
| Çok nadir | 77 | 30,8 | 31,8 |
| Hayır, hiç | 55 | 22,0 | 22,7 |
| Toplam | 242 | 96,8 | 100,0 |
| Eksik | 8 | 3,2 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Hasta/hasta Yakınları ile Yaşadıkları İletişim Sorunları Sıklığı

| İletişim Sorunları | Frekans | Yüzde | Geçerli yüzde |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 22 | 8,8 | 8,9 |
| Oldukça sık | 56 | 22,4 | 22,7 |
| Arada bir | 93 | 37,2 | 37,7 |
| Çok nadir | 70 | 28,0 | 28,3 |
| Hayır, hiç | 6 | 2,4 | 2,4 |
| Toplam | 247 | 98,8 | 100,0 |
| Eksik | 3 | 1,2 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Diğer Sağlık Personeli ile Yaşadıkları İletişim Sorunları Sıklığı

| **Diğer Sağlık Personeli ile İletişim Sorunları** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 10 | 4,0 | 4,1 |
| Oldukça sık | 49 | 19,6 | 19,9 |
| Arada bir | 96 | 38,4 | 39,0 |
| Çok nadir | 77 | 30,8 | 31,3 |
| Hayır, hiç | 14 | 5,6 | 5,7 |
| Toplam | 246 | 98,4 | 100,0 |
| Eksik | 4 | 1,6 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin Yasal Mevzuat Bilgisi Eksikliği ile Karşılaşma Sıklığı

| **Yasal Mevzuat Bilgisi Eksikliği** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 31 | 12,4 | 12,8 |
| Oldukça sık | 73 | 29,2 | 30,0 |
| Arada bir | 93 | 37,2 | 38,3 |
| Çok nadir | 39 | 15,6 | 16,0 |
| Hayır, hiç | 7 | 2,8 | 2,9 |
| Toplam | 243 | 97,2 | 100,0 |
| Eksik | 7 | 2,8 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

Hekimlerin İdare ile Yaşadıkları Sorun Yaşama Sıklığı

| **İdare ile Yaşanan Sorunlar** | **Frekans** | **Yüzde** | **Geçerli yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evet, çok sık | 10 | 4,0 | 4,4 |
| Oldukça sık | 33 | 13,2 | 14,5 |
| Arada bir | 81 | 32,4 | 35,7 |
| Çok nadir | 84 | 33,6 | 37,0 |
| Hayır, hiç | 19 | 7,6 | 8,4 |
| Toplam | 227 | 90,8 | 100,0 |
| Eksik | 23 | 9,2 | |
| Toplam | 250 | 100,0 | |

**EK 8 Klinikte Karşılaşılan Etik İkilem İlişkileri p Değerleri Tabloları**

Hekimin Aktif Çalışma Süresi ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Kruskal-Wallis Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Aktif Çalışma Süresi** | **Kruskal-Wallis p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,389 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,052 |
| Çocuk hastada çatışma | 0,146 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | 0,112 |
| Mahremiyetin korunması | 0,107 |
| Aydınlatılmış onam | 0,278 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,384 |
| Boşuna tedavi | 0,984 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,474 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,343 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,134 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,756 |

Hekimin Cinsiyeti ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Mann-Whitney U Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Cinsiyet** | **Mann-Whitney U p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,656 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,516 |
| Çocuk hastada çatışma | 0,259 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | 0,085 |
| Mahremiyetin korunması | 0,719 |
| Aydınlatılmış onam | 0,261 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,823 |
| Boşuna tedavi | 0,395 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,793 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,119 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,810 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,218 |

Hekimin Yaşı ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Kruskal-Wallis Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Hekim Yaşı** | **Kruskal-Wallis p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,232 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | **0,003** |
| Çocuk hastada çatışma | 0,616 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | **0,025** |
| Mahremiyetin korunması | 0,166 |
| Aydınlatılmış onam | 0,139 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,389 |
| Boşuna tedavi | 0,935 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,469 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,388 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,276 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,747 |

Hekimlerin Uzmanlık Alanı ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Kruskal-Wallis Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Uzmanlık Alanı** | **Kruskal-Wallis p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,230 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,704 |
| Çocuk hastada çatışma | **0,000** |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | **0,006** |
| Mahremiyetin korunması | 0,838 |
| Aydınlatılmış onam | 0,734 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,572 |
| Boşuna tedavi | 0,664 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,154 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,195 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | **0,040** |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,837 |

Hekimlerin Etik Eğitimi Alıp/Almama Durumu ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Mann-Whitney U Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Etik Eğitimi Alma Durumu** | **Mann-Whitney U p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,329 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,197 |
| Çocuk hastada çatışma | 0,705 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | 0,951 |
| Mahremiyetin korunması | 0,070 |
| Aydınlatılmış onam | 0,507 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,221 |
| Boşuna tedavi | 0,489 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,783 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,685 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,312 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,863 |

Hekimlerin Kendi Teorik Etik Bilgilerini Değerlendirmeleri ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Kruskal-Wallis Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Etik Bilgisi Değerlendirme** | **Kruskal-Wallis p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,507 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,467 |
| Çocuk hastada çatışma | 0,045 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | 0,972 |
| Mahremiyetin korunması | 0,130 |
| Aydınlatılmış onam | 0,768 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | **0,006** |
| Boşuna tedavi | 0,050 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,434 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,098 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | **0,034** |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,188 |

Hekimlerin Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Konumda Olup/Olmama Durumu ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Kruskal-Wallis Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Tanı/Tedavi Sürecinde Karar Verici Olma** | **Kruskal-Wallis p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,910 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,714 |
| Çocuk hastada çatışma | 0,223 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | 0,045 |
| Mahremiyetin korunması | **0,028** |
| Aydınlatılmış onam | 0,149 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,074 |
| Boşuna tedavi | 0,569 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,268 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,753 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,223 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,296 |

Hekimlerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışıp/Çalışmama Durumları ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklığı Arasındaki İlişkide Mann-Whitney U Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Yoğun Bakımda Çalışma Durumu** | **Mann-Whitney U p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | **<0,001** |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | **<0,001** |
| Çocuk hastada çatışma | **0,034** |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | **<0,001** |
| Mahremiyetin korunması | 0,755 |
| Aydınlatılmış onam | 0,168 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,125 |
| Boşuna tedavi | **<0,001** |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,127 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,962 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,562 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | **<0,001** |

Hekimlerin/Yakınlarının Hastalık Öyküsü Varlığı ile Hekimlerin Klinikte Etik İkilemlerle Karşılaşma Sıklıkları Arasındaki İlişkide Mann-Whitney U Testi p Değerleri

| **Gruplama Değişkeni Hastalık Öyküsü** | **Mann-Whitney U p değerleri** |
|---|---|
| Bilinci açık hastada çatışma | 0,902 |
| Bilinci kapalı hastada çatışma | 0,229 |
| Çocuk hastada çatışma | 0,503 |
| DNR, tedaviye hiç başlamama, esirgeme | 0,145 |
| Mahremiyetin korunması | 0,410 |
| Aydınlatılmış onam | 0,103 |
| Tedavi ile birlikte planlanan tıbbi araştırmalar | 0,354 |
| Boşuna tedavi | 0,941 |
| Hasta ve hasta yakınları ile iletişim | 0,421 |
| Diğer sağlık personeli ile iletişim | 0,971 |
| Yasal mevzuat bilgisi eksikliği | 0,850 |
| İdare ile yaşanan sorunlar | 0,903 |

# EK 9 Kansas Üniversitesi Tıp Merkezi Hastane Etik Kurulu El Kitabı (2002)

**The University of Kansas Medical Center**

**HOSPITAL ETHICS HANDBOOK, 5th Edition, (revised December 2002)**

This handbook has been prepared by the Hospital Ethics Committee to provide staff with easy access to information about the Committee and its subcommittee, the Pediatric Ethics Committee. It also provides information regarding guidelines and policies that have been adopted by this institution for responding to ethical issues in the care of patients.

The handbook will be revised and expanded as needed. Suggestions for revisions or additions are welcome.

Requests for ethics case review with the Hospital Ethics Committee can be made by contacting the hospital page operator (ext. 85155) and asking them to page the Ethics Committee team member on call, as further described in section A1, below.

For your convenience, the Handbook has been divided into two sections. Part A includes guidelines and policies adopted by the Hospital Ethics Committee and the Pediatric Ethics Committee. Part B includes guidelines and policies adopted by other entities at this medical center (such as the University of Kansas Hospital).

**TABLE OF CONTENTS**


**A. Policies and Guidelines adopted by the Ethics Committees**

1. Accessing the Ethics Committees
2. Ethics Committee Mission Statement
3. Policies and Procedures of Hospital Ethics Committee
4. Policies and Procedures of Pediatric Ethics Committee
5. Patient Rights and Organizational Ethics Committee
6. Advance Directives
7. Guidelines for Do Not Resuscitate (DNR) Orders
8. Pre-Admission and Post-Discharge DNR Orders
9. Honoring DNR Orders During Invasive Procedures
10. Ethical Guidelines for Decision-Making: Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment (Adults)
11. Ethical Guidelines for Decision-Making: Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment (Children)
12. Guidelines for Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Mechanical Ventilation
13. Care of Patients in a Persistent Vegetative State
14. Recommended Procedures for Determining Brain Death
15. Research Involving Human Subjects

**B. Policies and Guidelines adopted by other KUMC Entities**

1. Patients' Rights
2. Code of Ethics and Professional Conduct
3. Requests for Relief from Participation in Aspects of Care
4. Privacy/Confidentiality
5. Release of Information

6. Patient Denial/No Information Status
7. Resolution of Professional Disagreements
8. Donation of Organs, Tissues and Eyes
9. Informed Decision Making
10. Refusal of Blood Transfusions
11. Management of Patient/Family Complaints
12. Support Services for Patients who are Deaf, Hard of Hearing, or Do Not Speak English
13. Patient Self-determination Act of 1990

---

## A. Policies and Guidelines adopted by the Ethics Committees

### A1. ACCESSING THE ETHICS COMMITTEES

The Hospital Ethics Committee and its sub-committee, the Pediatric Ethics Committee, may be accessed 24 hours a day by calling the Hospital's page operator at 588-5155, and asking the page operator to page the designated team leader (or alternate) of the on-call case review team. Please be sure to specify which Committee you need (in general, if you have an issue relating to someone who is under age 18, you probably want the Pediatric Ethics Committee).

Every member of both committees welcomes any questions or requests for informal discussion of clinical ethics at any time. A number of members of these committees have formal training in clinical ethics and most have served for several years on these committees. A roster of current members can be obtained from the Chairs or Vice-Chairs of the respective committee (in the case of the "adult" committee, from Jerry Menikoff, jmenikof@kumc.edu, 588-7662, or Noreen Thompson, nthomps2@kumc.edu, 588-2038, and in the case of the pediatric committee, Kathryn Veal, kveal@kumc.edu, 588-5908 or Martha Montello, mmontell@kumc.edu, 588-7432).

### A2. ETHICS COMMITTEES MISSION STATEMENT

The Hospital Ethics Committee of the University of Kansas Hospital and its subcommittee, the Pediatric Ethics Committee, serve the entire medical center community by encouraging and supporting: ethical reflection, mutually respectful dialogue, critical analysis and, most importantly, standards of conduct which reflect this institution's commitment to patient-centered care.

### A3. POLICIES AND PROCEDURES: HOSPITAL ETHICS COMMITTEE

#### I. Function

The Hospital Ethics Committee (hereafter referred to as "the committee") will have three functions or roles:

**A. Education**

In cooperation with the hospital administration, its various departments and divisions, and its medical/nursing and allied health professional staff, the committee will undertake educational efforts in clinical ethics. Depending on the availability of resources, the committee will develop or assist others in the development of lectures, seminars, workshops, courses, rounds, in-service programs and the like in clinical ethics. The aims of these educational efforts will be to provide participants with access to the language, concepts, principles and

body of knowledge about ethics that they need in order to address the complex ethical dimensions of contemporary hospital practice.

### B. Policy Review and Development

The committee will assist the hospital and its professional staff in the development of policies and procedures regarding recurrent ethical issues, questions or problems that arise in the care of patients. In this role the committee may provide analysis of the ethical aspects of existing or proposed policy or assist in the development of new institutional policy in areas of need.

### C. Case Review

An important function of the committee will be its role as a forum for analysis of ethical questions which arise in the care of individual patients. In most circumstances these questions concern appropriate care of patients with diminished capacity to participate in decision making regarding their care. In this role the committee will attempt to provide support and counsel to those responsible for treatment decisions including health care providers, patients, surrogates and members of the patient's family.

Case review is particularly recommended in three specific categories of decision making:

1. decisions involving significant ethical ambiguity and perplexity in which case review may provide insight into complex ethical issues;
2. decisions involving disagreement between care providers or between providers and patients/families regarding the ethical aspects of a patient's care; or
3. decisions that involve withholding or withdrawal of life-sustaining treatment which are not adequately addressed in policies and procedures included in this Handbook.

In this role the committee will not act as a decision-making body, but will attempt to assist and to provide support to those who do have this responsibility. Its role in all such cases shall be advisory.

## II. Appointment and Membership

The committee membership will be multidisciplinary. A majority of the membership will be non-physicians. Additional membership will include as available at least the following disciplines: nursing, social work, pastoral care, clinical ethics, law, respiratory care, and dietetics and nutrition. In view of the unique ethical problems involved in situations involving pregnant women, one physician member shall be from the Department of Obstetrics and Gynecology. The Chief Executive Officer of the Hospital (or designee), the Chief of the Medical Staff (or designee), and an attorney employed by the Medical Center shall be ex-officio, non-voting members. The committee will also identify and nominate for appointment at least one community representative who is not an employee of the Medical Center.

Members will be approved Committee and the Chief Operating Officer of the Hospital. The Medical Director of Hospital Ethics will serve as the Chair. The Vice-Chair of the committee will be chosen by the membership of the committee. It is recommended that the Vice-Chair be identified from among those who have served on the committee at least one year.

## III. Jurisdiction

In view of the establishment of a Pediatric Ethics Committee as a standing sub-committee (see "Policies and Procedures of the Pediatric Ethics Committee"), the mandate of the committee will be to engage in its functions of education, policy development and case review as these relate to the care of patients who are adults, i.e. 18 years of age or older. The committee's jurisdiction will also include the unique ethical issues involved in decision making involving pregnant women when gestation is felt to have progressed to the stage of fetal viability. Policies and procedures and all non-case review activities of the Pediatric Ethics Committee are subject to the review and approval of the Hospital Ethics Committee.

## IV. Procedures

### A. Educational Functions

A primary educational emphasis for the committee is its own education and mechanisms to ensure its continuing education. The field of clinical ethics is a new, broad and rapidly evolving one. In order to maintain an appropriate level of expertise, the committee will develop means of providing members information about clinical ethics and access to the rapidly expanding body of literature in this field. Methods may include orientation of new members, specific reading assignments, an annual retreat, seminars, mock case/policy review exercises and the like. In addition, the committee may participate in networking with other area/regional ethics committees, such as the Greater Kansas City Ethics Committee Consortium of the Midwest Bioethics Center, and participate in continuing educational programs for ethics committee members as feasible.

Any educational efforts undertaken by the committee for members of the hospital staff will be coordinated with existing educational efforts as much as possible. Primary emphasis will be on assisting departments and divisions to incorporate material about the committee and the field of clinical ethics into their existing educational programs and activities.

### B. Policy Review and Development Functions

At the request of the Chief Operating Officer of the Hospital, the Chief of Medical Staff, or the Executive Committee of the Medical Staff, the committee will undertake review of any existing policy, protocol or procedure; provide analysis of the ethical issues involved; and, provide recommendations regarding appropriate modifications, where needed. With the approval of the Chief Operating Officer of the Hospital, the committee may also undertake such review at the request of any member of the hospital staff.

In addition, when requested, the committee will assist the hospital and/or its staff in the development of new policies in areas that involve significant ethical questions or problems. If the committee feels that there is a need for policy development in order to address a significant ethical issue, it will submit a written recommendation to this effect to the Chief Operating Officer of the Hospital and request permission to develop a policy statement. Any recommendations for modification of existing policies or development of new policy must be submitted in writing to the Chief Operating Officer of the Hospital.

### C. Case Review

1. Access to Committee. A case review team will be available on-call to respond to requests for case review at all times. A roster of team leaders and members will be available through the Hospital Operator. A member of the committee will attempt to have an initial discussion with the person making the request within twenty-four hours of the request, whenever possible. The Team Leader will undertake case review only in response to a reasonable and appropriate request for review by either (1) any of the following persons who is involved in the case: a member of the medical staff, house staff, hospital staff, or hospital administration, or (2) the patient, patient's guardian, surrogate or a member of the patient's family. Prior to proceeding with the consult, the Team Leader will notify the patient's designated attending physician of the request for review, discuss the possible basis for the review and request his/her support and involvement.

2. Informal and Formal Case Review. Committee members will be available to provide advice regarding a case in both an informal and formal manner. The remaining portions of this section (C) relate only to requests for formal case review. In the case of a request for informal case review, no documentation of the comments of any committee member will be placed in the patient's medical record. Informal requests for case review will, however, be reported by the involved committee member to the full committee at the next regularly scheduled meeting of the committee.

3. Determination of Need for Review by Full Team. Following the receipt of a request for case review, the Team Leader will determine whether or not there is a need to present the case before the full team. In most situations, there is likely to be no such need, and the Team Leader can, on his or her own, proceed to review the case, and provide a recommendation, as is otherwise described in the remainder of this section. Formal case review by the entire team will most likely be advisable in cases that involve especially complex ethical issues.

4. Preparation for Review Team Meeting. Following a decision by the Team Leader that it is appropriate to have review by a team, the team will consist of two to five members of the committee and will reflect the multi-disciplinary composition of the committee. The team leader will review the request to determine the nature of the case, the status of the patient, the ethical question(s), concern(s) or problem(s) prompting the request and any other information needed in order to determine if review is appropriate.

   If in the judgment of the leader of the case review team the request is appropriate, he/she will contact the patient's physician to discuss the request, to request his/her participation and to schedule the case review meeting. In addition, absent special considerations, the patient or the patient's family or surrogate decision makers, as the case may be, should also be notified that the case review will be taking place, and invited to participate. Their decision not to participate, or their objection to the consult, should not prevent a formal ethics consult from taking place, assuming the consult is otherwise determined to be appropriate by the team leader. If the patient's attending physician believes that ethics case review is not appropriate, this conflict should be referred immediately to the Chief of Medical Staff for resolution. In the event of a persistent conflict, the Chief of the Medical Staff will assist in the orderly transfer of responsibility to another attending physician who is willing to permit the case review to go forward.

   The members of the team may determine that it is appropriate to invite other participants to some or all of the meetings in which the team discusses the case. Among those persons who might be invited so such meetings are: members of the professional staff who are directly involved in providing care to the patient; resource personnel with special expertise; and the patient and/or members of the patient's family.

   If in the judgment of the case review team, the request for ethics case review is inappropriate, the team leader will so inform the party requesting review and/or the attending physician. This action will also be reported to and reviewed by the full committee at its next regularly scheduled meeting.

5. Conduct of Case Review Meeting. At the meeting the leader of the team will instruct all non-members present regarding the advisory role of the committee; the intent of the committee to serve as a supportive forum for those who have the primary decision-making responsibility; and the need for strict confidentiality of all material presented and discussed.

   If the patient's attending physician and other health care providers are present, it will likely be appropriate for them to present information to the review team regarding the history of the patient, the present condition of the patient, the prognosis and any other material believed to be relevant to the case review. The leader might then find it useful to ask those involved, including patient/family members if present, to describe what specific ethical questions, problems or issues prompted the request for case review.

   Following appropriate discussion of these and issues identified by members of the team, the team leader may, if non-members were present during the earlier portions of the meeting, convene a "closed" (members only) session in order to develop a specific recommendation if appropriate.

   Members of the case review team may also decide before or after the case review meeting that formal review of the case by the entire ethics committee is appropriate. In this case,

the leader of the review team will notify the Chair (or designee) who will convene an emergency meeting of the entire committee as soon as possible.

6. Recommendations. The results of the case review and any recommendations will be communicated to the individual who requested case review; to the attending physician; to other members of the staff; and, to the patient/family as appropriate. Following these discussions, and with the concurrence of the attending physician, the team leader will record the results of the ethics case review in the patient's medical record. These results will also be reported to, and reviewed by, the full committee at its next meeting.

## V. Meetings

The committee shall meet monthly in addition to any meetings called for specific case review. An agenda will be developed by the Chair and distributed one week prior to the meeting. Meetings which do not involve discussion of specific case material will be open to any member of the hospital community. Guests and other interested parties will be allowed to attend at the discretion of the chair. For purposes of conducting business, seven members shall constitute a quorum. Actions of the committee shall be taken by the vote of a majority of the members attending the meeting. Each member will be required to attend at least five of the committee's regularly scheduled meetings each year. Failure to do so can be considered to constitute a resignation and the vacancy shall be filled by appointment of a new member.

## VI. Record Keeping

The committee will maintain minutes of all of its meetings which will include summaries of all case reviews and recommendations. Minutes will be submitted by the chair for approval by the committee and forwarded to the Chief Operating Officer of the Hospital. Records will not include identifying information about specific patients, family members, individuals requesting case review or professional staff participating in the case review process. These records will be maintained in accordance with hospital policy and applicable law governing the confidentiality of records of medical review committees.

## VII. Liability

The Hospital will take whatever steps are necessary in order to provide liability protection for committee members who do not have such protection by virtue of their status as members of the professional staff.

## VIII. Adoption and Approval of Policies and Procedures

Policies and procedures of this committee will be reviewed as deemed appropriate by the membership of the committee. Proposed modifications of approved policies or procedures will be submitted to the committee in writing at least four weeks in advance of a regularly scheduled meeting. Following approval by the committee, they will be forwarded to the Chief Operating Officer of the Hospital for review and approval.

# A4. POLICIES AND PROCEDURES: PEDIATRIC ETHICS COMMITTEE

## I. Introduction

The Pediatric Ethics Committee (PEC) is a standing sub-committee of the Hospital Ethics Committee. The development of such a committee was recommended in federal legislation (Child Abuse Amendments of l984: P.S. 98-457) dealing with so-called "Baby Doe" cases, i.e. treatment abatement decisions regarding the care of imperiled and/or handicapped newborns.

Other than in its case review function, all actions by the PEC must be submitted for review and approval by its parent committee.

## II. Jurisdiction

The jurisdiction of the Pediatric Ethics Committee includes clinical situations involving: (a) infants: children from birth to less than two years of age; (b) children or "minors:" of age at least two years, and less than eighteen years, unless otherwise "emancipated." Emancipated minors include individuals who are self-supporting and/or not living at home; any minor who is pregnant or a parent; or any minor who has been declared emancipated by a court. Minors may also be treated as "mature minors" in some situations (rarely applies to a hospitalized minor); or, can be "medically emancipated" in situations involving selected legally designated medical disorders, e.g., sexually transmitted diseases, drug or alcohol abuse, and the like.

## III. Purpose

### A. Educational

To assist the Department of Pediatrics and other departments and divisions which provide services to children in development of appropriate educational programs in clinical ethics for all providers of care to pediatric patients. Such programs would have as their goal the fostering of a sensitivity and an ability to respond appropriately to the ethical aspects of the care of patients and families.

### B. Policy Review and Development

To assist the medical center and it's component institutions in the review and development of institutional policies relating to the care of patients under the jurisdiction of the PEC.

### C. Case Review

To serve as a forum for discussion and analysis of complex individual cases, particularly those involving withholding or withdrawal of life-sustaining treatment; and for discussion and resolution of conflicts regarding the ethical aspects of a patient's care among members of the staff providing care to the patient; or conflict between staff and patient or family members. The committee will also undertake retrospective review and analysis of selected cases as further described herein.

### D. Responding to Reports of Medical Neglect of Disabled Infants

To serve as a mechanism by which cases can be reviewed in which a report of "medical neglect" has been received by the Kansas Department of Social and Rehabilitative Services (SRS) regarding an infant patient hospitalized at KUMC. (See Medical Neglect of Disabled Infants; Policies and Procedures; Kansas Dept. SRS and Child Abuse and Neglect Amendments of l984; P.L. 98-457; Fed Reg 50, No. 72)

## IV. Committee Structure

### A. Membership

Membership shall be representational of the pediatric care community and shall be multidisciplinary. The PEC will have at least twelve members. Physician members will include: one from the Division of Neonatology; one from the Division of Oncology/Hematology; one from the Division of Cardiology or Intensive Care; one from the Ambulatory Division; and a Pediatric Resident. Nurse members will include one from Nursing Administration; and one each from neonatal and pediatric nursing staffs. In shall also include as available the following disciplines: social work, pastoral care, and clinical ethics. The committee will also identify and nominate for appointment at least one community representative who is not an employee of the Medical Center. Ex-officio members will include the Chair of the Department of Pediatrics; Chief of the Medical Staff or designee; and a representative of the Office of Legal Counsel. Members will be appointed for a two year renewable term by the Chief Operating Officer of the Hospital. Members must attend at least five of the committee's regularly scheduled meetings each year. Failure to do so will constitute resignation and the vacancy will be filled by

appointment of a new member. The committee shall recommend individuals for Chair and Vice-chair of the committee (or two co-Chairs) from amongst its members. Individuals recommended should have served at least two years on the committee.

**B. Meetings**

The committee will meet monthly in addition to any meetings called for specific case review. Written notice of regularly scheduled meetings and an agenda will be distributed one week prior to the meeting. For all regularly scheduled meetings, a quorum shall be six members. Meetings which do not include review and discussion of specific cases will be open to anyone expressing an interest in the subject being discussed.

**C. Minutes/Records**

The chair (or designee) shall keep minutes of all meetings. Minutes of the meetings will be maintained by the Chair of the committee. In order to maintain the privacy of patients and their families, patients will be identified by initials only. The Chair will maintain a master list of all reviewed cases should more complete identification of cases be necessary. Copies of minutes will be distributed to all members for review and approval and sent to the Clinical Ethics Committee. Any other request for access to committee minutes or materials shall be considered by the Chair in consultation with the Office of Legal Counsel.

**D. Administration**

Administrative support for the committee will be provided by the office of the Chair of the Department of Pediatrics. In addition to its minutes, the committee will prepare an annual report of its activities which will be submitted to the Department of Pediatrics and to the Hospital Ethics Committee.

## V. Procedures for Case Review

**A. Prospective Case Review**

Prospective review—review prior to the undertaking of a particular course of action in the treatment of a patient—will be conducted by the committee when indicated.

**1. Mandatory Case Review**

Mandatory review will be undertaken in response to a report received by the Kansas Department of Social and Rehabilitative Services, Division of Child Protection which alleges "medical neglect" of a hospitalized infant. Following its review of the case, the Chair will report the findings and recommendations of the committee to the designated hospital liaison to the Department of SRS.

**2. Recommended Case Review**

Case review may be appropriate in situations in which a proposed course of treatment of a patient involves the withholding or withdrawal of life-sustaining medical or surgical treatment. [See section A11, "Ethical Guidelines for Decision Making: Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in the Care of the Pediatric Patient."] Case review is recommended in cases in which there is unresolved disagreement regarding the ethical aspects of a proposed course of treatment involving a pediatric patient, the parent(s)/guardian and/or the professional staff providing care to the patient.

**3. Discretionary Case Review**

Since one of the essential responsibilities of the Committee is that of assisting patients, families and staff facing difficult ethical decisions regarding health care, it is anticipated that most requests for case review will arise in a voluntary context. Requests for review may be made by the patient, the parent(s)/guardian, or any member of the professional staff providing care to the patient.

**B. Review Procedure**

The primary role of the committee in case review is to provide advice and support to those who have primary responsibility as decision makers, i.e. the patient, the parent(s)/guardian and the professional staff providing care. The committee should not be viewed as a decision-making body. Even in situations in which the committee plays a role in identifying ethical problems in proposed courses of treatment, the committee will not recommend specific alternative treatments to be undertaken.

**1. Case Review Team**

Upon notification to the Chair or designee of a case requiring mandatory review or following receipt of a request for review, the chair will appoint an ad hoc Case Review Team. The team will consist of three to five members of the committee, including at least one physician, and will reflect the multidisciplinary composition of the committee.

**2. Involvement of the Attending Physician**

The individual appointed to lead the case review team will review the request to determine the nature of the case, the status of the patient, the ethical question, concern or problem prompting the request and any other information needed in order to determine if review is appropriate. If in the judgment of the leader of the case review team the request is appropriate, he/she will contact the patient's attending physician to discuss the request, to request his/her participation and to schedule the case review meeting. If the patient's attending feels that ethics case review is not appropriate, this conflict will be referred to the Chief of the Medical Staff for resolution. In the event of persistent conflict, the Chief of the Medical Staff will assist in the orderly transfer of responsibility to another attending physician.

**3. The Case Review Meeting**

The case review meeting will be held within twenty-four hours of the request for case review whenever possible. Any member of the hospital staff who is directly involved in providing care to the patient or family may be invited to attend the meeting. In appropriate circumstances, the patient, his/her parent(s)/guardian and other members of the patient's family may also be allowed to be present for at least part of the meeting if they desire. At the meeting the leader of the team will instruct all non-members present regarding the advisory role of the ethics committee; the intent of the committee to serve as a supportive forum for those who have the primary decision-making responsibility; and the need for strict confidentiality of all material presented and discussed. The patient's attending physician and other health care providers will be asked to present information to the review team regarding the history of the patient, the present condition of the patient, the prognosis and any other material felt to be relevant to the case review. The leader will ask those involved, including the patient/family members if present, to describe what specific ethical questions, problems or issues prompted the request for case review.

Following appropriate discussion of these and issues identified by committee members, the team leader may convene a "closed" (members only) session in order to develop a specific recommendation if appropriate. Members of the Case Review Team may also decide before or after the case review meeting that formal review of the case by the entire ethics committee is appropriate. In this case the leader of the review team will notify the Chair (or designee) who will convene on emergency meeting of the entire committee as soon as possible.

**4. Recommendations**

The results of the case review and any recommendations will be communicated to the individual who requested the case review; the attending physician; the patient/patient's family and to appropriate members of the staff. Following these discussions, and upon request of the attending physician, the team leader will record the results of the ethics case review in the patient's medical record.

**C. Retrospective Case Review**

In order to evaluate its utilization and effectiveness, the Committee may undertake periodic retrospective review and analysis of selected cases or categories of cases. Examples would

include: cases in which a "Do Not Resuscitate" ("DNR") decision had been made; cases in which decisions were made to withhold or withdraw a medical or surgical intervention; cases in which the Committee had provided prospective case review; and others as appropriate. The results of this review would be used to identify educational needs; to evaluate existing policies or procedures; and, to determine areas in which existing policy requires modification or in which policies need to be developed.

**VI. Adoption and Approval of Policies and Procedures**

Policies and Procedures of the PEC will be reviewed annually. Suggested modifications of approved policies or procedures will be submitted to the Committee in writing at least four weeks in advance of a regularly scheduled meeting. Following approval by the Committee, they would be forwarded to the Hospital Ethics Committee for review and then forwarded to the Chief Operating Officer of the Hospital for approval.

## A5. PATIENT RIGHTS AND ORGANIZATIONAL ETHICS COMMITTEE

The goal of this committee is to help improve patient outcomes by respecting each patient's rights and conducting business relationships with the patient and the public in an ethical manner.

Patients have a fundamental right to considerate care that safeguards their personal dignity and respects their cultural, psychosocial and spiritual values. These values often influence patients' perceptions of care and illness. Understanding and respecting these values guide the provider in meeting the patient's experience of and response to care. Thus, access, treatment, respect and conduct affect patient rights.

The standards address the following processes and activities:

1. Promoting consideration of patient values and preferences, include the decision to discontinue treatment;

2. Recognizing the hospital's responsibilities under the law;

3. Informing patients of their responsibilities in the care process; and

4. Managing the hospital's relationships with patients and the public in an ethical manner.

The multidisciplinary membership of this committee includes but is not limited to members from the following departments: Patient Relations, Medicine, Nursing, Social Work, Allied Health Sciences, Interpreter Services, Pastoral Care, Quality Improvement and Risk Management.

At least one member of the Hospital Ethics Committee and one member of the Pediatric Ethics Committee will serve on this committee.

## A6. ADVANCE DIRECTIVES

**I. Introduction**

This statement seeks to provide guidance to members of the hospital staff and to promote increased support and recognition of the concept of the autonomy or right of self-determination of the patients of this Medical Center. One of the major goals of this policy is to encourage patients and their health care providers to make plans regarding treatment in situations in which patients are likely to lose the capacity to participate in decision making. Discussion and planning are particularly essential when patients are diagnosed as having conditions that may eventually raise questions about limitation or termination of certain forms of treatment.

An advance directive is a document allowing a person to give directions about future health care, or to designate who should make decisions regarding care if he/she should lose the capacity to do so. There are at present two types of documents used for this purpose. One type is used to provide health care providers and institutions directives regarding treatments that a person wishes to receive or forego should he/she lose decision-making capacity, such as a "living will". The other type allows a person to designate a "proxy" or "surrogate" who would be authorized to make treatment decisions on behalf of the individual should he/she be unable to make such decisions. These two types of directives may also be incorporated into a single form. Such a form is available through Hospital Administration, Department of Social Services, or the committee.

## II. Treatment Directives and Living Wills

Any individual with the capacity to make decisions concerning health care can prepare a document providing directions about treatments he/she might wish to receive or to forego in the event of his/her future incapacity to make such decisions. Such a document might indicate general treatment preferences, include a list of specific treatments, contain statements about palliative care, appoint another person to serve as "proxy" or surrogate (see following section: Proxy Directives) and might include a variety of other provisions. Individuals preparing such documents must inform appropriate health care professionals, family members, friends, and health care institutions to which they are admitted of the existence and contents of any such directive. Such a directive should also be reviewed and revised regularly or as required. The individual is also free to revoke the directive at any time.

The State of Kansas in its "Natural Death Act" [65-28,101 65-28,109; 1979] recognized the "right of an adult person to make a written declaration instructing his or her physician to withhold or withdraw life-sustaining procedures in the event of a terminal condition." The law additionally stipulates a number of procedures that must be followed in order that a "declaration" (Living Will) be legally valid. Although a "qualified patient" may include other specific directions, the declaration must be "substantially" in the form provided in the law. It is important to note that at the present time this is the only legally valid form of advance "treatment directive" in the State of Kansas. Its use is limited to adults "who have been diagnosed and certified in writing to be afflicted with a terminal condition by two physicians who have personally examined the patient."

Treatment directives or Living Wills which are prepared by individuals who are not "qualified patients" as defined by the Kansas Natural Death Act, or documents which are not executed according to the provisions of this law, are not legally binding on health care providers or institutions. However, such a document may well provide important insight and helpful guidance to health care providers and family members or surrogate decision-makers in the event that the patient loses the capacity to participate in decision making. Knowledge of the patient's values, preferences and wishes can be essential in evaluating the ethical aspects of treatment decisions.

It is also important for health care providers to understand that completion of a directive does not in itself change the interests or status of a patient. For example, providers should not make assumptions about treatment preferences based on the mere existence of a Living Will, but rather see the directive as an instrument by which an individual seeks to provide direction regarding certain specific treatment options.

It should also be understood that a competent adult patient need not utilize this mechanism in order to have his/her present directives regarding utilization of life sustaining treatments respected. Competent adults clearly have the legal and ethical right to forego any or all life sustaining procedures.

## III. Proxy Directives and Durable Power of Attorney

Alternative means for providing advance directives are instruments that allow an individual to appoint another person to make his/her health care decisions in the event of the loss of capacity to do so. Any individual can prepare a written statement authorizing another person to act as their proxy or surrogate. Such a designation can be very helpful to health care providers since it identifies for them the appropriate surrogate decision maker. This surrogate can then participate on behalf of the patient in addressing the ethical aspects of decision making and in making decisions regarding utilization of life-sustaining treatments in persons who are no longer capable of participating in the decision making process.

In the State of Kansas an individual may complete a "Durable Power of Attorney for Health Care Decisions" (KSA 58-625; 1990) as a mechanism for designation of a surrogate decision maker. This law allows the individual ("principal") to designate another as their "agent" for making health care decisions "upon the disability or incapacity of the principal." "All acts done by an agent . . . have the same effect as if the principal were competent and not disabled." This law allows an individual to convey to the agent a broad range of authority including, but not limited to the following: to consent, refuse consent or withdraw consent to any care, treatment, service or procedure; to make all necessary arrangements regarding admission to a health care institution; to employ or discharge health care professionals; and to have access to information including all medical and hospital records. The law also requires that the document be in substantially the form of a model document included in the law.

### IV. Implementation

An essential aspect of implementation of this policy will be the willingness of health care providers and the institution to make information regarding advance directives available to patients. In particular, physicians working with individuals facing life-threatening, chronic, and/or terminal illness have the responsibility of encouraging patients to make plans about treatment in advance of a crisis and to engage in an on-going dialogue regarding mechanisms by which their values, preferences, and directives might be respected in the event of their loss of capacity to participate in decision making. It will also be essential that the information about advance directives be incorporated into in-service and other educational programs and into patient education programs and materials.

It will also be necessary for each department and division to develop procedures necessary to allow these advance directive mechanisms to be effective. Admission procedures will need to be developed for ascertaining if the patient has completed an advance directive document. Hospital and Foundation medical record personnel will need to develop mechanisms for incorporation of such documents into the records of both Hospital and Foundation patients.

## A7. GUIDELINES FOR "DO NOT RESUSCITATE" (DNR) ORDERS

### I. Rationale and Objectives

The utilization of cardiopulmonary resuscitation (CPR) has become routine in almost all hospitals in the United States. In fact, it is one of the few medical interventions which can be undertaken without a physician's order. Yet, when effectiveness of CPR is measured in terms of the patient's surviving to the point of discharge from the hospital, studies of CPR of hospitalized patients demonstrate only a 5% to 20% success rate. This rate is even lower in select patient populations such as those with metastatic cancer, chronic debilitating illness or multiple organ failure.

These guidelines recommend the procedures to be followed in making and implementing a decision to withhold utilization of these emergency resuscitation techniques. If a patient has included directives regarding such treatment as part of an "advance directive" such as a Living Will, the provisions of that declaration and related legislation will apply. (See section A6, "Advance Directives.")

### II. Definitions

"Competent Adult Patient" - patient of at least eighteen years of age who is determined to have the capacity to make his/her own treatment decisions, i.e. the capacity to understand relevant information, reflect on it in accordance with his/her values, and communicate with caregivers.

"Incompetent Adult Patient" - patient who has been legally declared incompetent or a patient who is determined to have an irreversible lack of decision making capacity.

"Pediatric Patient" - patient of less that eighteen years who is not otherwise legally emancipated.

"Cardiopulmonary Resuscitation" - emergency treatment of acute failure of cardiac or respiratory systems (cardiac and/or respiratory "arrest") usually including at least one of the following procedures: chest compressions ("closed chest" cardiac massage), intubation/ventilation, and cardiac defibrillation.

## III. Procedures for Implementation

### A. Guidelines for Decisionmaking

Evaluation and Discussion - A DNR order should be considered in any clinical situation in which resuscitation would likely be futile or in which the utilization of such treatment would be inappropriate in view of the patient's diagnosis and/or prognosis. The patient's attending physician has the primary responsibility to evaluate the patient and to facilitate discussion with patient and/or family in situations in which such an order is judged to be appropriate. Nursing staff can also play an important role in this evaluation process and in supporting discussion with patient and/or family.

Identification of Decision-maker - If the patient is a competent adult, discussion and decision-making regarding a DNR order need only involve the patient. A DNR order for such a patient should be written only with his/her informed consent. If the patient has been adjudged to be mentally incompetent by a court, the primary decision-maker is the patient's guardian. If the patient is determined to lack the capacity to participate in the decision-making process, the physician should determine if the patient had previously indicated a choice of the appropriate individual to act as decision-maker or seek to identify a member of the patient's family who will act as a surrogate decision-maker.

Making the Decision - The decision about the DNR order should be made in accordance with the expressed wishes of the patient or in accordance with the explicit directives of the patient, i.e. "advance directives" or in accordance with the known preferences and values of the patient. Lacking any of the above, the decision should be based on a careful and reasoned consideration of the patient's interests.

Pediatric Patient - Decision-making regarding utilization of CPR for pediatric patients should be made according to the previously approved guidelines. (See section A11, "Ethical Guidelines for Decision-making: Foregoing Life Sustaining Treatment in the Care of the Pediatric Patient.")

Conflict/Disagreement - Since decision-making regarding DNR orders will frequently involve shared responsibility, there may be situations in which there is disagreement among health care providers or between providers and surrogate decision makers regarding the appropriateness of a DNR order. Such disagreements should be discussed and examined thoroughly and efforts made to achieve agreement. If they cannot be resolved, additional consultation and/or referral to the Ethics Committee should be considered.

### B. DNR Orders

All orders not to resuscitate must be written or signed by the patient's attending physician on the Physician's Order Sheet. It is imperative that caregivers and patients/families realize that resuscitative measures (calling a "Code Blue" and initiation of CPR) will be performed routinely on all patients for whom there is not a written DNR order.

In addition to the order "Do Not Resuscitate (DNR)", the physician may wish to modify the order by including instructions regarding specific resuscitative interventions.

Verbal DNR orders can be received only by a licensed physician and must be witnessed. Verbal or telephone orders must be countersigned within 12 hours by the attending physician who gave the order.

### C. Documentation

In addition to the order itself, physicians must make certain that the patient's medical record provides adequate documentation of the evaluation, discussion and decision-making process. A specific entry attendant to the order should be considered which includes: a short description of the patient's condition and prognosis, reference to any consultations which corroborate a DNR order, reference to discussions concerning the order with the patient, guardian, and/or family.

**D. Review, Renewal and Revocation**

DNR orders should be reviewed and renewed at regular intervals. Since the condition of a critically ill, hospitalized patient may change, this interval should not exceed one week. At each renewal, the medical staff members should critically re-evaluate the basis for the DNR order, consult again with the patient or surrogate decision-maker, and rewrite the order if appropriate. Caregivers and patients/surrogates should also be informed that a decision to forego resuscitative treatment can be revoked at any time by the patient.

**IV. Related Issues and Policies**

**A. Level of Care.**

Although a DNR order may be part of an overall treatment plan which involves reduction of the level or intensity of care the patient is receiving, caregivers, patients and families must understand that the order not to resuscitate has no implications for any other treatment decisions. Patients with DNR orders on their charts may remain candidates for all vigorous care, including intensive levels of care.

**B. Terminal Illness.**

It should also be understood that a candidate for a DNR order need not be suffering from a terminal illness. Many chronically ill, debilitated or elderly patients may wish to forego this particular form of life-sustaining treatment.

**C. Surgery, Anesthesia, and Invasive Procedures.**

When a patient with a DNR order is to undergo surgery, receive an anesthetic agent and/or be subject to an invasive procedure that may be associated with risk to cardio-pulmonary function, it is the obligation of the physician performing such procedures to discuss the DNR status with the patient or surrogate decision-maker as part of the consent process. (See section A9, "Honoring DNR Orders During Invasive Procedures.")

**D. Communication and Notification.**

Consideration must be given to mechanisms by which various departments and divisions will establish appropriate procedures to insure adequate communication and notification of the existence of a DNR order when patients are transported, sent off the nursing unit for procedures and/or treatment, transferred to other institutions, and the like.

## A8. PRE-ADMISSION AND POST-DISCHARGE DNR ORDERS

In cooperation with Kansas City Area Emergency Medical Personnel the Ethics Committee Consortium of the Midwest Bioethics Center has developed a standard "DNR" Request Form which can be used for patients before they are hospitalized or following discharge from an area health care institution. This form can also be utilized for patients who are out-patients, who are in home care programs, or who are being transferred to another health care facility. The form will be honored by all area emergency medical personnel in response to, for example, an "emergency" or "911 call". The form must be signed by the patient/guardian or surrogate and by the patient's physician.

Since this is a standardized form, providers must use the approved form: "PRE-HOSPITAL DNR REQUEST FORM: An Advanced Request to Limit the Scope of Emergency Medical Care" No. 5587. These forms are available through Hospital Administration, Department of Social Services, or the Committee.

## A9. HONORING DNR ORDERS DURING INVASIVE PROCEDURES

**Background**

Health care facilities accredited by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) have been required to have written policies and procedures allowing patients to forgo cardio-pulmonary resuscitation, so called "Do Not Resuscitate" (DNR) policies, since January 1988. However, questions have persisted about honoring DNR orders when a patient undergoes an operative or invasive procedure. Often in the past, DNR orders were disregarded under such circumstances. However, this approach is clearly incompatible with the goals and principles of the Patient Self-Determination Act of 1990. Patients' legal and ethical rights to direct the course of their health care include the right to refuse resuscitative procedures.

Most invasive procedures undertaken on patients with DNR orders are of limited duration and directed toward specific objectives; therefore, disregarding DNR orders during invasive procedures has been common. The rationale behind DNR orders acknowledges that the underlying disease will be allowed to take its course undeterred by medical intervention. Many anesthesiologists, surgeons, and physicians undertaking invasive procedures have felt a responsibility to treat any cardio-pulmonary arrest their treatment may precipitate. When a patient with a standing DNR order has an arrest during the course of an invasive procedure, these professionals often believe that their failure to treat the arrest is responsible for the death of the patient and that they will be held accountable for the death. Quality assurance and related policies must be adapted to reflect that when personnel undertake an invasive procedure on a patient with a DNR order, they are not responsible for the death of such a patient if death results from withholding resuscitation.

It is also the case that many procedures undertaken in operating rooms can be classified as forms of resuscitation - such as, intubation, the use of ventilators, and drugs to control heart rate and blood pressure. An arrest in the operating room or during the course of an invasive procedure may result from the use of anesthetic agents, the procedure itself, the underlying disease, or a combination of factors. The majority of these arrests can be promptly treated with no long lasting or residual effects.

It is essential that a DNR order be reviewed and discussed prior to an invasive procedure. A critical aspect of this review is consideration of the patient's rationale for the DNR order. For example, if the patient is requesting a DNR order on the basis of an unacceptable quality of life, suspension of such an order during the invasive procedure may be inappropriate. On the other hand, if the refusal is based on consideration of the burdensomeness of resuscitative measures, suspension of the order may be appropriate since the burdensomeness of the procedure may be considerably reduced by anesthesia. Given the higher success rate of resuscitation undertaken during invasive procedures, especially when anesthesia is the presumed cause, a DNR order based on the futility of such resuscitation or fear of long term ventilator dependence might also be reconsidered.

**GUIDELINES**

1.These guidelines refer to cardiac and/or respiratory arrest which occurs inadvertently during an invasive procedure. Correcting this condition may require closed cardiac compression, artificial respiration, countershock and other resuscitative measures.

2.A cardiac and/or respiratory arrest is a condition separate from that requiring the invasive procedure. Patients/surrogates who consent to anesthesia, surgery, or other invasive procedures may not necessarily consent to treatment of such an arrest.

3.For purposes of these guidelines an invasive procedures should be understood as one during which cardiac and/or respiratory arrest is a foreseeable risk. Obviously this is a risk for procedures undertaken in the operating room, particularly those involving the use of general anesthesia. However, it is also a risk for many procedures, such as those involving the use of anesthetic techniques like "conscious sedation," whether undertaken in the operating room or not. It may also be assumed that most procedures for which written informed consent is required are "invasive" in this sense. If the individual undertaking a procedure is unable to determine whether or not cardio-respiratory arrest is a foreseeable risk of the procedure, prior discussion regarding appropriate interpretation of the patient's DNR status is recommended.

4.Treatment for an arrest under these circumstances can, like other treatments, be accepted or refused by patients with capacity or by the appropriate surrogates of patients without decisional capacity. Health care providers have a responsibility to honor such acceptances or refusals.

5.Before a patient on DNR status undergoes an invasive intervention, at least one physician (surgeon or anesthesiologist, physician performing the invasive procedure, or the patient's attending physician) must engage in discussion with the patient or surrogate regarding the handling of the DNR order. Discussion needs to include the following elements:

- the original rationale for the DNR order as previously documented in the patient's medical record;

- information about the likelihood of requiring resuscitative measures;

- a brief description of standard resuscitative measures;

- the chance of successful resuscitation; and,

- possible outcomes with and without resuscitation.

Salient features of this discussion must be documented in a brief note in the progress notes section of the medical record. Either a DNR order or an order indicating that the DNR order is suspended - including the period of time for which the order should be suspended - must be entered on the pre-operative or pre-procedure order form.

6.If the patient wants the DNR order suspended during an operative or invasive procedure, the terms of the suspension must be discussed. The duration of the suspension of the DNR order may include the period during which the patient is in the operating room or undergoing the invasive procedure and the time when the patient is recovering from the procedure, e.g., confinement in a recovery unit. Some patients may wish to have their DNR order suspended for only part of this period. The discussion should also include procedures that may be necessary during this period such as short term need for ventilatory support.

7.Communication regarding plans to honor a DNR order in this situation must take place among all staff involved in the procedure. A patient's/surrogate's decision to refuse resuscitation during an invasive procedure is compatible with maximal therapeutic efforts. This decision does not imply limits on any other forms of care, such as intensive care.

8.A physician who is unwilling to honor a patient's DNR decision while undertaking an invasive procedure, must notify the patient's attending physician so that arrangements can be made for identifying an alternative provider of care.

## A10. ETHICAL GUIDELINES FOR DECISION MAKING: WITHHOLDING OR WITHDRAWING LIFE SUSTAINING TREATMENT (ADULTS)

### I. Introduction

Increasing technological capacity to sustain life has created the need for critical examination of when such treatments are and are not appropriate. The traditional assumption that health care professionals have an obligation to prolong life provides inadequate guidance since this obligation often conflicts with the obligation to relieve suffering and to not "prolong dying". It is also increasingly recognized that patients and families have an essential role to play in health care decision making. For example, the concept of informed consent includes the right of the patient to refuse treatment, even life sustaining treatments. Yet the decision to forego life sustaining treatment - particularly a decision to withdraw a treatment that may be sustaining the patient's life - poses significant psychological difficulties for providers, patients and families. These guidelines have been developed to provide support and guidance for those faced with the responsibility of making these hard choices. (For decisions involving pediatric patients, see section A 11, "Ethical Guidelines for Decision-making: Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in the Care of the Pediatric Patient.")

### II. Definitions

Adult Patient - Any patient who can provide legally valid consent, includes most patients greater than 18 years of age and "emancipated minors".

Comfort Care - A range of interventions intended to provide relief of pain and/or suffering, control symptoms, reduce anxiety and provide comprehensive physical, psychological and spiritual support to

patients. Such care is often referred to as "palliative" care - care which serves to relieve or alleviate without attempting to cure.

Competence - Legal status of adults who have not been found and declared incompetent by a court.

Decisional Capacity - Term used to reflect the ability of a patient to make a specific decision, i.e. the ability to understand the relevant information, to reflect on it in a manner consistent with their own life goals and values, and to communicate his/her wishes to providers.

Durable Power of Attorney for Health Care -Legal mechanism by which any adult can delegate the legal authority to make health care decisions. [See section "Advance Directives".]

Foregoing - Refers to a decision to withhold an intervention or to withdraw a treatment already begun. It is assumed that in any situation in which there is significant uncertainty about the appropriateness of foregoing treatment, it will be administered on the basis of a time-limited trial since it can be ethically withdrawn should it prove futile or not in the patient's best interests.

Guardian - Individual appointed by a court to act on behalf of another who has become a ward of the court usually as the result of a finding of legal incompetence.

Life Sustaining Treatment - Interventions which are judged likely to be effective in prolonging the life of a patient or which are being utilized to sustain the life of a patient.

Living Will - Document which can be completed by any adult to provide advance directives regarding treatment in the event that the individual became unable to participate in decision-making.

Surrogate - When a patient lacks decision-making capacity. he/she should participate in the treatment decision as fully as possible; however, another individual - the surrogate decision-maker must work with the providers to make decisions. The appropriate surrogate may be: 1) delegated by the patient through an advance directive instrument, 2) designated by a court (eg. a guardian), or 3) the adult who is most involved with the patient and most knowledgeable about his/her personal values and preferences. Providers should work closely with the patient's friends and relatives to identify the appropriate surrogate. If agreement cannot be reached regarding the selection of a surrogate, the provider should seek appointment of a guardian.

Terminal Illness - An illness which because of its nature can be expected to cause the patient to die; usually used to refer to an irreversible and unrelenting condition for which there is no known effective treatment or cure.

## III. Ethical Principles

Health care has traditionally been based on the assumption that life is an important and essential good and that it should be preserved whenever possible. Prevention of premature or avoidable death is seen as part of the goal of health care. However, the principle or duty to prolong/preserve life does not provide an adequate basis for making decisions about when treatments may be withheld or withdrawn.

### A. The principle of autonomy

Patients have the right to make decisions about the course of their life for themselves. This is often called the patient's right of self-determination or autonomy. Important aspects of autonomy include: the concept of informed consent, the presumption that patients have the capacity to make decisions, the presumption that patients have a right to delegate decision-making authority, the patient's right to be adequately informed, and the right to authorize or refuse any medical treatment.

### B. The principle of "do no harm" (non-maleficence)

One of the most established principles of health care ethics directs providers to avoid or minimize harm to patients. Providers are obligated to carefully weigh the burdens and risks associated with any proposed treatment. When treatment no longer provides reasonable benefits or becomes unacceptably burdensome from the patient's perspective, it should be stopped.

### C. The principle of beneficence

The obligation to promote the good of the patient is basic. Attempting to extend life usually promotes the good of the patient. However, the patient's life may, for example, be full of pain and suffering and

the patient may prefer to forego the treatment even though it means an earlier death. The obligation to promote the patient's good involves identifying the possible benefits from the patient's perspective. If the patient or surrogate judges that continuing to provide a treatment offers inadequate benefits, it should be stopped.

**D. The principle of justice as fairness**

Considerations of procedural justice or fairness require that decisions about withholding and withdrawing treatment should involve shared decision-making by patients/surrogates and providers. The magnitude of such decisions requires that they should reflect the ideals of due process for decision-making including appropriate respect for all parties involved in the decision, open and sustained dialogue, careful consideration of all options, appropriate consultation and/or review, mechanisms for addressing differences of opinion and the like.

**E. The principle of equity (distributive justice)**

Serious problems regarding the just distribution of health care resources exist in the United States. The lack of guidance and support for withholding and withdrawing of inappropriate life sustaining treatments may contribute to the unjust distribution of these resources.

## IV. Presumptions Regarding Decisions to Forego Life Sustaining Treatment

A. A patient's decision to forego such treatment does not constitute a decision to commit suicide. A decision to withhold or withdraw such treatment from a patient does not involve "killing", "causing a person to die", or "active euthanasia".

B. Health care providers who have a conscientious objection to a patient's decision to forego a life-sustaining treatment should, if necessary, inform the patient or surrogate of their position, and must arrange for the orderly transfer of responsibility for care to another provider.

C. Any life-sustaining treatment may be withheld or withdrawn. If doubt exists regarding the possible benefits of a treatment, time-limited trials of treatment should usually be undertaken.

D. Treatments involving provision of life-prolonging artificial nutrition and/or hydration may be withheld or withdrawn under appropriate circumstances.

E. When a decision to forego a particular life-sustaining treatment or treatments is made, both health care providers and the institution have a continuing obligation to provide a comprehensive range of supportive care and treatment including consideration of alternative methods of care such as hospice programs.

F. Providers usually have the obligation to respect the requests of patients/surrogates to be provided or to continue to receive a life-prolonging treatment. However, providers are not obligated to provide treatments that are clearly futile (meaning that they will not produce the physiologic result desired by the patient or surrogate), treatments that are felt to have a greater potential for harm than for benefit, treatments that are considered medically inappropriate by an appropriate professional organization, and treatments that cannot reasonably be provided by virtue of economic or institutional constraints.

## V. General Guidelines for Decision Making

**A. Model of Shared Decision Making**

These guidelines presume that the ideal model for making such decisions is one in which the responsibility is shared by providers and patients or surrogates. It is assumed that all members of the health care team and the patient or surrogate must have the opportunity to participate actively in all such decisions. This model also presumes that such decisions will not be implemented unless there is consensus among those responsible regarding the appropriateness of the decision. When there are conflicting judgments regarding the appropriateness of such a decision, mechanisms must be available to address and, hopefully, resolve such conflict.

**B. Role of the Health Care Provider(s)**

Providers have the responsibility for ensuring that comprehensive and accurate evaluation of the patient's condition has taken place, that the entire range of treatment options has been carefully

considered, that appropriate therapeutic trials have been considered and conducted where appropriate, and that the patient or surrogate are informed and involved in the process.

**C. Role of the Patient or Surrogate Decision-maker**

**1. Patient With Decisional Capacity**

A decision to forego a potentially life-sustaining intervention in the case of a patient with decisional capacity requires the informed consent of the patient. Adults with decisional capacity, even when not terminally ill, have the right to refuse to authorize any medical intervention even interventions that are potentially life prolonging.

**2. Patient Who Has Executed an Advance Directive**

Where a patient without decisional capacity has previously executed a directive (Living Will) that a life sustaining treatment be withheld or withdrawn and/or has appointed a surrogate to make such decisions (Durable Power of Attorney), such advance directives and decisions should be respected.

**3. Patient Without Decisional Capacity Who Has Not Executed an Advance Directive**

Where possible, providers of such patients should work with the patient's family and appropriate others to identify an appropriate surrogate decision-maker. If the patient has been declared legally incompetent, the surrogate would normally be the court appointed guardian. If not, the appropriate surrogate is that individual who is most available, involved and concerned about the patient, most knowledgeable about the patient's values and preferences, and most willing to apply the patient's values to making the decision.

Appropriate criteria for use in surrogate decision-making are:

a. Substituted judgment decisions: If the providers and surrogate agree that foregoing life sustaining treatment is clearly in accord with the patient's values and previously expressed preferences, that plan of care should be pursued.

b. Best interest decisions: If the providers and surrogate are not certain that foregoing life sustaining treatment is in accord with the patient's values and preferences, then decisions should be based on what is in that patient's best interest. Another way of expressing "best interest" criteria is to choose so as to promote the patient's interests as they would be conceived by a reasonable person in the patient's circumstances.

**D. Role of the Surrogate**

The role of a court appointed guardian or a surrogate appointed by the patient (Durable Power of Attorney) is to substitute for the patient in the decision-making process. If the surrogate has not been empowered by a court or the patient, the role of the surrogate is to work with the providers to determine the appropriate course of action.

**E. Role of the Institution and Ethics Committee**

One of the primary roles of the Ethics Committee is that of providing a forum in which questions and/or disagreements regarding decisions to forego a life sustaining treatment can be discussed and resolved. Committee case review will only be undertaken in response to a formal request by a professional directly involved in the care of the patient, by a guardian or surrogate, or by the patient. Such review should be strongly considered in cases in which an appropriate surrogate cannot be identified for a patient without decisional capacity and in cases in which there is persistent disagreement among those responsible for making the decision.

## VI. Documenting the Decision

All discussions regarding and decisions to withhold or withdraw a life sustaining treatment should be documented in the medical record. Documentation should include both orders necessary to implement such decisions and appropriate documentation of the rationale for and the process by which the decision was made.

### VII. Changing the Decision

All parties to decisions to forego a life sustaining treatment should be aware that such decisions can be changed at any time if desired by the patient (surrogate) or if such a change is felt to be required in view of a reassessment of or change in the condition of the patient.

## A11. ETHICAL GUIDELINES FOR DECISIONMAKING: WITHHOLDING OR WITHDRAWING LIFE SUSTAINING TREATMENT (CHILDREN)

### I. Introduction

These guidelines have been developed to provide the health care providers of this institution, their child patients and the parents of those patients with support and guidance in making decisions to withhold or withdraw a life sustaining treatment. They also represent the dedication of the institution to ensure that all such decisions reflect a clear commitment to serve the needs and best interests of the pediatric patient; that they are made carefully and in an informed manner; and, that they involve the participation of health care providers, parents and the child (to the extent of his/her capacity) in the decision-making process. Every effort should be made to obtain the informed permission of the parent(s) and to solicit the assent of the child patient (where feasible) prior to any decision to forego a life sustaining treatment.

### II. Definitions

"Pediatric patient" is used to refer to patients who are not empowered to provide authorization (informed consent) to their own medical care. With exceptions (e.g. "emancipated" or "mature" minors) such patients are those who are less than 18 years of age.

"Life sustaining treatments" are those interventions which are judged likely to be effective in prolonging the life of the patient.

"Foregoing" refers to any decision to withhold an intervention or to withdraw a treatment already begun. Clearly in situations involving significant uncertainty, treatment of potential benefit should be started since such treatment can be ethically withdrawn should it prove futile or not in the patient's interests.

"Parental permission" includes all the basic elements of the concept of informed consent: the duty to inform parents of the nature of the child's condition; the duty to disclose the risks and benefits of the various alternative treatments; and the obligation to obtain, free of coercion or manipulation, their permission to proceed with the proposed course of action, i.e. in this case, the foregoing of a life sustaining treatment.

"Assent of the child" includes the following elements: the obligation to assist the child in developing an age appropriate awareness of the nature of his/her condition; the obligation to disclose to the child the proposal to forego a treatment and what he/she is likely to experience in foregoing the treatment; and the responsibility of soliciting the child's expression of willingness to forego the treatment. Assent in this context would rarely be solicited in children less than seven years. The dissent of an older child or adolescent to a proposal to forego must be given appropriate respect and consideration including formal procedures to resolve conflict and/or referral to the Pediatric Ethics Committee.

### III. Presumptions

- That decisions to forego a life sustaining treatment would be considered only after comprehensive evaluation of the patient and all appropriate therapeutic trials.

- That parents as the legal guardians of the child (unless otherwise specified by law) are entitled and obligated to actively participate in the decision-making process.

- That health care providers are legally and ethically obligated to act in the best interests of the child patient.

- That children as patients should be allowed to participate to the extent of their capacity in decisions being made regarding their health care.

- That decisions to forego a life sustaining treatment do not entail or involve actions intended to end the life of the child (active euthanasia or "mercy killing").

- That pediatric patients from whom a life sustaining treatment has been withheld or withdrawn will continue to receive competent and compassionate health care including a wide range of supportive care services such as emotional and physical comforting; management of pain and other discomforts; and other palliative measures as appropriate.

## IV. Decision Making Process: Delegation of Responsibility

### A. Health Care Providers

Although orders to forego life sustaining treatment must ultimately be written by the patient's attending physician, these decisions require sustained and effective communication among all of those providing care to the child. The process by which such decisions are made can be initiated by any professional directly involved in the care of the patient and begins with communication between that individual and the attending physician. Providers have the responsibility for ensuring that comprehensive and accurate evaluation of the child's condition has taken place; that the entire range of treatment options has been carefully considered; that appropriate therapeutic trials have been considered and conducted where appropriate; and that the parents and child are appropriately informed and involved in the decision-making process.

### B. Parent(s)/Guardian

As legal guardians, parents have a fundamental interest and obligation to share in the decision-making process. Parents must be informed and provided support necessary for them to actively participate in this process. Parents may initiate this discussion with the child's health care provider(s) and/or request consideration of foregoing a life sustaining treatment. If the parent(s)/guardian concur with the evaluation of the child's condition and request or give permission to the foregoing of the treatment, it may be withheld or discontinued. After allowing sufficient time for deliberation and consultation, if the parents are unwilling to give permission to a recommendation that a treatment to be withheld or withdrawn, the attending physician should request formal review of the case by the Pediatric Ethics Committee. Parent(s)/Guardian may also request review by the committee in cases in which they feel that a treatment recommended or being provided to their child should be withheld or withdrawn.

### C. Child/Adolescent Patient

The patient should be encouraged and allowed to participate in this decision/making process to the extent of his/her capacity. Providers should solicit the assent of the child to any proposal to forego a life sustaining treatment. Persistent disagreement between the child and his/her parent(s)/ guardian regarding such a decision should prompt appropriate conflict resolution measures and/or review by the Pediatric Ethics Committee.

### D. Pediatric Ethics Committee

One of the primary roles of the committee is that of providing a forum in which questions and/or disagreements regarding decisions to forego a life sustaining treatment can be discussed and resolved. Committee case review will only be undertaken in response to a formal request by a professional directly involved in the care of the patient, parent(s)/guardian or the patient. Requests for case review with the committee should be communicated directly to the committee chair. The committee will make every effort to provide support for those with the responsibility of making these decisions and for ensuring that conflicts are appropriately addressed and resolved. In the unlikely event that such conflicts could not be resolved, the committee would recommend to the hospital and the involved parties that appropriate legal mechanisms by sought.

## V. Documenting the Decision

All discussions regarding and decisions to withhold or withdraw a life sustaining treatment should be documented in the medical record including both orders necessary to implement such decisions and appropriate documentation of the rationale for and the process by which the decision was made.

### VI. Changing the Decision

All parties to decisions to forego a life sustaining treatment should be aware that such decisions can be changed at any time if such a change is felt to be required in view of a reassessment of or change in the condition of the child. The judgment that such a change is necessary should be communicated to the attending physician who would then facilitate appropriate discussion and revaluation of the situation.

## A12. GUIDELINES FOR WITHHOLDING OR WITHDRAWING LIFE-SUSTAINING MECHANICAL VENTILATION

### I. Introduction

The process by which decisions should be made to use or not to use a life-sustaining medical technology involves consideration of a wide range of issues. This statement is intended to serve as an outline for that process when the treatment under consideration is mechanical ventilation, i.e. use of a respirator. The basic ethical values involved are those of patient well-being and patient self-determination. Ethical duties, obligations, rights and responsibilities of the health care providers, patients and families are based on these values. Important considerations include: Is the use of the treatment likely to promote the well-being of the patient? What are the anticipated benefits and burdens of treatment from the patient's perspective? Do the burdens outweigh benefits? How is the patient's right of self-determination to be respected?

Other considerations deal with the decision-making process itself and include:

A. The obligation of health care providers to provide critical on-going evaluation of patients, especially in terms of the chronic use of life sustaining treatments, and to initiate and facilitate discussion with the patient (and family and/or others if the patient wants them involved) regarding the use or continued use of such treatments.

B. Identification of the key decision-maker, i.e. assessing the decision-making capacity of the patient and/or identification of a surrogate. (If the patient is a minor, see "Ethical Guidelines for Decision-making: Foregoing Life Sustaining Treatment in the Care of the Pediatric Patient".) A surrogate may have been designated by the patient (see policy on "Advance Directives"), appointed by a court ("guardian"), or may need to be identified from amongst adult family members or concerned friends.

C. Making the decision: 1) the roles of providers, patients and surrogates; 2) the criteria for making decisions when the patient lacks the capacity to decide, i.e. the prior expressed wishes of the patient (see section A "Advance Directives"), the known preferences and values of the patient (sometimes called "substituted judgment") or, the "best interests" of the patient as they would probably be conceived by a reasonable person in the patient's circumstances, 3) documentation of the basis for the decision, and 4) implementation of the decision into the total care plan for the patient.

### II. Withholding and Withdrawing Ventilatory Support

Health care providers often find it easier to make a decision to withhold a life-sustaining treatment or to allow a patient to forego its use than to discontinue or withdraw the same life-supporting treatment. This is particularly true in the case of the use of respirators. However, from an ethical point of view it is clear that there is no ethical requirement to continue a treatment merely because it has been started. To continue to impose a treatment against the wishes of patient or surrogate when it is felt to be more burdensome than beneficial is clearly wrong. There is actually strong reason to prefer withdrawal in spite of the psychological difficulties it poses for patient and provider since it allows for time-limited trials of treatments to establish the benefits and burdens of the treatment. A decision to withhold or forego a treatment cannot be made with the same degree of certainty. When there is doubt about the potential benefits of providing respiratory support, it should be started preferably on the basis of a time-limited trial.

### III. Anticipating the Need for Ventilatory Support

In many illnesses - egs. progressive neuromuscular diseases, cystic fibrosis, chronic obstructive pulmonary disease - the natural history of the disease process includes predictable respiratory

insufficiency and eventual failure. Health care providers have the obligation to prepare patients for this phase of their illnesses, especially in terms of initiating and facilitating a dialogue about the possible role of chronic ventilatory support. This dialogue will allow patients to assess the likely benefits and burdens of such treatment and to provide advance directives regarding such support prior to the onset of respiratory failure.

### IV. Ventilatory Support in Emergency Situations

In emergency settings appropriate time for adequate analysis of the situation as well as important information about the patient's medical condition are frequently unavailable. In the context of acute respiratory failure it is rarely possible to reliably ascertain the patient's wishes regarding the use of ventilatory support. Therefore, in an emergency situation, it is almost always the case that ventilatory support should be initiated. Once the patient's condition has stabilized, the appropriateness of continued use of the respirator should be carefully reviewed.

### V. Communication with the Respirator Dependent Patient

In order to facilitate discussion of the continued use of a respirator, to ascertain the patient's preferences, and to assess the decision-making capacity of the patient, it is imperative that providers utilize all available aids to communicate with a patient who is on a respirator and usually unable to speak. Providers should consider: consultations with communication specialists, use of written communication, use of communication boards, or use of electronic devices to vocalize.

### VI. Weaning from the Respirator

Under most circumstances it is appropriate to attempt to wean patients from ventilatory support in order to evaluate the extent to which they are dependent on such support. If the health care provider believes on the basis of such trials that weaning may prove successful, it should be attempted. However, if a decision to discontinue respirator use has been made such trials are not ethically required.

### VII. Alternatives to Discontinuing Ventilatory Support

If it is established that a patient has become permanently dependent on ventilatory support, every effort should be made to discuss alternatives to its discontinuation. Since many of these alternatives will involve careful assessment of resources available to the patient following discharge from the acute care setting, consultation with Social Services should be sought. Considerations to be discussed would include at least the following: methods of decreasing the discomfort and burdens of chronic respirator use, alternative forms of ventilatory support, development of home-based treatment plan, and methods to increase mobility such as the use of a portable respirator.

### VIII. Care of the Patient Foregoing or Discontinuing Life-Sustaining Ventilatory Support

Patients with significant respiratory insufficiency who forego or discontinue ventilatory support will often experience significant degrees of discomfort and difficulty breathing. Often they will experience frightening "air hunger". Maximal supportive care to insure comfort must be provided to such patients including any or all of the following: supplemental oxygen, adequate suctioning, intermittent assisted ventilation, and sedation. If relief of extreme discomfort requires the use of sedation which decreases respiratory effort and/or renders the patient unconscious, it is ethically acceptable to do so with the consent of the patient or surrogate. Provisions should also be made to provide company to such patients. If desired by the patient, family and friends should be allowed maximal access to the patient. They should also be provided the emotional support they may need to participate in this process. If it is anticipated that a patient's death from respiratory failure will occur shortly after discontinuation of the respirator, it is recommended that the attending physician discontinue the respirator and remain at the bedside. If he/she is unable to do so, this important responsibility can be delegated to an appropriately trained member of the professional staff attending the patient.

### IX. Care for Bereaved Family and Friends

Adequate consideration should be given to mechanisms to provide support to bereaved members of the patient's family or friends. Decisions to forego or discontinue ventilatory support are often associated with feelings of significant doubt and guilt in addition to those associated with the anticipated grieving process.

## A13. CARE OF PATIENTS IN A PERSISTENT VEGETATIVE STATE

The vegetative state is a clinical condition of complete unawareness of the self and the environment accompanied by sleep-wake cycles with either complete or partial preservation of hypothalamic and brain stem autonomic functions.

**I. Persistent Vegetative State (PVS)** can be defined as a vegetative state present at one month after acute traumatic or non-traumatic brain injury, and present for at least one month in degenerative or metabolic disorders or developmental malformations.

**II. Diagnosis:** PVS can be diagnosed on clinical grounds in adult and pediatric patients after careful, repeated neurologic examinations. (Note that PVS is different from brain death, and a person in PVS would not meet the criteria for being declared brain dead as set out elsewhere in this Handbook.) The diagnosis of PVS should be established by a physician who, by reason of training and experience, is competent in neurological function assessment and diagnosis. Reliable criteria do not exist for making a diagnosis of PVS in infants under three months of age, except in patients with anencephaly. Criteria for diagnosis include:

-No evidence of awareness of self or environment.

-An inability to interact with others.

-No evidence of sustained, reproducible, purposeful, or voluntary behavioral responses to visual, auditory, tactile, or noxious stimuli.

-No evidence of language comprehension or expression.

-Intermittent wakefulness manifested by the presence of sleep-wake cycles.

-Sufficiently preserved hypothalamic and brain stem autonomic functions to permit survival with medical and nursing care.

-Bowel and bladder incontinence.

-Variably preserved cranial nerve (papillary, oculocephalic, corneal, vestibulo-ocular, gag) and spinal reflexes.

**III. Categories and Clinical Course of PVS:** There are four major categories of diseases in adults and children that result in PVS. The clinical course and outcome of PVS patients depends on the specific etiology. The first etiology listed is the only cause due to trauma; the remaining three are considered to be non-traumatic etiologies.

**A. Acute traumatic brain injury:** PVS usually evolves from (1) a state of eyes-closed coma to (2) a state of wakefulness (without awareness) with sleep-wake cycles and preserved brain stem functions, within one month of injury.

**B. Acute non-traumatic brain injury:** Ischemic and anoxic brain injury secondary to cardiac arrest or intracranial hemorrhage leads to a condition similar to that of a metabolic or degenerative disorder, described in (C), below.

**C. Degenerative and metabolic disorders of the brain:** Many degenerative and metabolic nervous system disorders in adults and children inevitably progress toward an irreversible vegetative state. Patients who are severely impaired but retain some degree of awareness may lapse briefly into a vegetative state from the effects of medication, infection, superimposed illnesses, or decreased fluid and nutritional intake. Such a temporary encephalopathy must be corrected before establishing that the patient is in PVS. If the vegetative state persists for several months, recovery of consciousness is unlikely.

**D. Severe developmental malformations of the nervous system:** The developmental vegetative state is a form of PVS that affects some infants and children with severe congenital malformations of the nervous system. These children do not acquire awareness of the self or environment. This diagnosis can be made at birth only in infants with anencephaly. For children with other severe malformations who appear vegetative at birth, observation for three to six months is recommended to determine whether these infants acquire awareness. The majority of such infants who are vegetative at birth remain vegetative; those who acquire awareness usually recover but are severely disabled.

**IV. Prognosis for Recovery:** The available data indicate that recovery of consciousness from post-traumatic PVS is unlikely after 12 months in adults and children. Recovery from non-traumatic PVS is exceedingly rare after 3 months in both adults and children and those who recover are almost always severely disabled.

**V. Survival of Patients:** The life span of adults and children in PVS is substantially reduced. For most PVS patients, life expectancy ranges from two to five years. Survival beyond 10 years is unusual. The chance for survival of greater than 15 years is approximately 1/15,000 to 1/75,000. Note that the survival of patients in PVS is strongly influenced by the degree of medical intervention, e.g., the use of feeding tubes.

**VI. Management Guidelines:**

A. When a patient has been diagnosed as being in PVS by a physician skilled in neurological assessment and diagnosis, it is recommended that a physician skilled in rehabilitation medicine also evaluate the patient to assist in identifying appropriate patient care goals and the level of nursing care required.

B. Physicians have the responsibility to discuss with the family or surrogate the probability of the patient remaining in PVS.

C. Patients in PVS should receive appropriate medical, nursing, or home care to maintain their personal dignity and hygiene.

D. Once PVS is considered to be permanent, a "Do Not Resuscitate" (DNR) order is appropriate. Such a decision should, however, be made in a manner consistent with the rules for making health care decisions for an incompetent patient, as discussed elsewhere in this Handbook. The decision to implement a DNR order may be made earlier in the course of a patient's illness, again assuming such a decision is made in a manner consistent with the rules for making decisions for an incompetent patient.

E. Physicians and the family should determine appropriate levels of treatment relative to the administration, the forgoing, or the withdrawal of:

1. Medications and other commonly ordered treatments
2. Supplemental oxygen and use of antibiotics
3. Complex organ sustaining treatments such as renal dialysis
4. Administration of blood products
5. Artificial hydration and nutrition, including use of a permanent gastric tube

F. Many individuals in PVS are candidates for foregoing or withdrawal of any or all of the above interventions. (See appropriate sections of this Handbook with regard to making such decisions.)

## A14. PROCEDURES FOR DETERMINING BRAIN DEATH

There are two well established methods that can be used to determine that death has occurred: (a) use of cardiopulmonary criteria to assess whether circulatory and respiratory functions have irreversibly ceased, or (b) use of neurological criteria to assess whether all brain functions have irreversibly ceased when cardiopulmonary functions are maintained artificially. This policy outlines the procedures to be used for declaring death based on neurological criteria.

**I. General Guidelines.**

Brain death is the absence of clinical brain function (including the brain stem) when the proximate cause is known and demonstrably irreversible.

Brain death is a clinical diagnosis. Special studies such as nuclear brain scans, electroencephalography or cerebral angiography are never sufficient and usually not necessary for the declaration of death by neurological criteria.

To declare death by neurological criteria, the attending physician must be thoroughly familiar with accepted criteria for determining brain death, or obtain consultation from a physician who is thoroughly familiar with these concepts. Neurologists, neurosurgeons, and intensivists often have this familiarity.

Federal regulations require that all deaths and imminent deaths be referred to the designated Organ Procurement Organization (OPO) to be screened for donation potential. Imminent death, for this purpose, is defined as a Glasgow Coma Score of 5 or less. An early screening for donation potential can guide and expedite the process. (Example: If there is no donation potential, confirmatory testing might be deferred and the family need not be offered the option of donation.)

To avoid the appearance of a conflict of interest, physicians involved in the determination of death by neurological criteria will not be members of an organ transplant team or involved in the care of a potential organ recipient.

It is important to note that the family's permission should not be sought and is not required for treatment cessation when a patient has been declared dead by neurological criteria.

**II. <u>Specific Procedures for the Declaration of Brain Death</u>.**

**A. A patient greater than 2 years of age** may be declared dead by brain criteria when parargraphs (1) through (4), below, are all satisfied:

1. All of the following prerequisites are met:

Clinical or neuroimaging evidence of an acute CNS catastrophe that is compatible with the clinical diagnosis of brain death.

Exclusion of complicating medical conditions that may confound clinical assessment (absence of severe hypotension, electrolyte, acid-base, or endocrine disturbance).

No drug intoxication or poisoning.

Core temperature greater than or equal to (<u>></u>)32°C (90°F).

2. The three cardinal findings of brain death—coma, absence of brainstem reflexes, and apnea—are present.

Coma or unresponsiveness – no cerebral motor response to pain in all extremities (nail-bed pressure and supraorbital pressure).

Absence of brainstem reflexes.

Pupils: No response to bright light. Size: midposition (4 mm) to dilated (9 mm).

Ocular movement: No oculocephalic reflex (Testing only when no fracture or instability of the cervical spine is apparent.). No deviation of the eyes to irrigation in each ear with 50 ml of cold water. (Allow one minute after injection and at least five minutes between testing on each side.).

Facial sensation and facial motor response: No corneal reflex to touch with a throat swab. No jaw reflex. No grimacing to deep pressure on nail bed, supraorbital ridge, or temporomandibular joint.

Pharyngeal and tracheal reflexes: No response after stimulation of the posterior pharynx with tongue blade. No cough response to bronchial suctioning.

Apnea-testing performed as follows:

Prerequisites: Core temperature $\geq$36.5° C or 97° F. Systolic blood pressure $\geq$90 mm Hg. Euvolemia.

Measure baseline arterial $PO_2$, $PCO_2$, and pH.

Hyperoxygenate the patient for a period of 10 minutes.

Connect a pulse oximeter and disconnect the ventilator.

Deliver 100% $0_2$ 6 L/min, into the trachea.

Look closely for respiratory movements (abdominal or chest excursions that produce adequate tidal volumes).

Measure arterial $PO_2$, $PCO_2$, and pH after approximately 8 minutes and reconnect the ventilator.

If respiratory movements are absent and the arterial $PCO_2$ is $\geq$60 mm Hg (or $\geq$20 mm Hg over the patient's baseline $PCO_2$), the apnea test result is positive (i.e., it supports the diagnosis of brain death).

If respiratory movements are observed, the apnea test result is negative (i.e., it does not support the clinical diagnosis of brain death).

Connect the ventilator if, during testing, the systolic blood pressure becomes $\leq$90 mm Hg or the pulse oximeter indicates significant oxygen desaturation and cardiac arrhythmias are present. Immediately draw an arterial blood sample and analyze arterial blood gas. If $PCO_2$ is $\geq$60 mm Hg (or $\geq$20 mm Hg over the patient's baseline $PCO_2$), the apnea test result is positive (it supports the clinical diagnosis of brain death); if $PCO_2$ is <60 mm Hg (or $PCO_2$ increase is<20 mm Hg over the patient's baseline $PCO_2$), the result is indeterminate and an additional confirmatory test can be considered.

If no respiratory movements are observed, $PCO_2$ is less than 60 mm Hg, and no significant cardiac arrhythmia or hypotension is observed, the test may be repeated with 10 minutes of apnea.

3. Coma and absence of brainstem reflexes persist after an observation period. These two criteria must therefore be evaluated at both the beginning and end of the observation period. The interval of the observation period is arbitrary. Six hours is recommended as the minimum.

4. Confirmatory Laboratory Tests: Brain death is a clinical diagnosis. A confirmatory test is not mandatory but is desirable in patients in whom specific components of clinical testing cannot be reliably performed or evaluated (e.g., surgical pupils or medical instability limiting the apnea test). The enumerated results of the following tests support a clinical diagnosis of brain death:

Conventional angiography. No intracerebral filling at the level of the carotid bifurcation or circle of Willis. The external carotid circulation is patent, and filling of the superior longitudinal sinus may be delayed.

Electroencephalography (EEG). No electrical activity during at least 30 minutes of recording that adheres to the minimal technical criteria for EEG recording in suspected brain death as adopted by the American Electroencephalographic Society, including a 16-channel EEG instruments.

Technetium-99m hexamethylproplene-amineoxime brain scan. No uptake of isotope in brain parenchyma ("hollow skull phenomenon.").

**B. The determination of brain death in patients less than 2 years of age** is similar to that of patients greater than 2 years of age except that longer observation intervals and some confirmatory tests are recommended.

1. Age 1 year to 2 years:

A minimal observation interval of 12 hours is recommended for most causes of coma. A 24 hour observation period should be considered if hypoxia/ischemia is the proximate cause.

A confirmatory test is needed to reduce the observation interval. Otherwise, confirmatory tests are not required.

2. Age 2 months to 1 year:

The minimum recommended observation interval between clinical exams is 24 hours.

Two EEGs demonstrating electrocerebral silence separated by 24 hours. A repeat examination and EEG are not necessary if a concomitant cerebral radioactive angiographic study demonstrates no visualization of cerebral arteries.

3. Age 7 days (assuming > 38 weeks gestational age) to 2 months

The minimum recommended observation interval between clinical examinations is 48 hours.

Two EEGs demonstrating electrocerebral silence separated by 48 hours.

4. Determination of death by neurological criteria is not recommended for infants less than 7 days old (assuming > 38 weeks gestational age).

**C. Special situations.**

In the event a determination of brain death is being considered in a patient who is known to be pregnant, obstetrical consultation should be arranged.

Although the determination of brain death itself is not an ethical dilemma, ethical issues commonly coexist in this setting. Consultation with the Hospital Ethics Committee may be appropriate.

## IV. Procedures following the first exam that reveals absence of brain function.

Two exams separated by an observation period are required for the declaration of brain death. The absence of brain function at the time of the first exam, in the appropriate clinical circumstance, is often an indicator that death is imminent. Under these circumstances, to comply with regulations implemented in August 1998 by the Health Care Financing Administration, now known as the Centers for Medicare & Medicaid Services, the Midwest Transplant Network will be notified of the potentially imminent death. Information required to make an assessment of the patient's suitability for organ and tissue donation will be provided to the screening coordinator.

As it would be inappropriate for the family to make a decision regarding organ and tissue donation prior to the determination of death, the family will not be offered the option of donation until it has been determined from a second exam that brain death has occurred. (See Section V.)

## V. Procedures following the declaration of death by neurological criteria.

A. In patients declared dead by neurological criteria, a note signed by the attending physician must document the following elements:

1. Etiology and irreversibility of condition.

2. Presence of unresponsive coma at the beginning and end of the observation interval.

3. Absence of brainstem reflexes at the beginning and end of the observation interval.

4. The duration of the observation interval.

5. Absence of respiration with $PCO_2 \geq 60$mm Hg (or $\geq 20$ mm Hg over the patient's baseline $PCO_2$).

6. Justification for confirmatory test and result of confirmatory test.

7. The time death was certified.

B. Death, based on fulfillment of all diagnostic criteria for brain death and certification by the attending physician, is declared while the artificial respirator is still ventilating the patient. The patient's family is not asked to participate in or to make the decision that the patient is brain dead. Once the family has been informed and a declaration of death has been made, and all decisions and measures relating to possible organ donation have been completed, treatment of the patient should cease. Consent or permission of the family is not required for treatment cessation.

Under federal regulations, only trained requestors may offer the option of organ donation (when appropriate). It is hospital policy that a representative of the Midwest Transplant Network, the local Organ Procurement Organization (OPO), will offer the option of organ donation after the attending physician has made a declaration of death and informed the family. It is recommended that the family be told by the attending physician:

1. That the attending physician has determined that the patient is dead and that a declaration of death has been made and documented in the patient's medical record.

2. That the patient's body is being maintained by mechanical ventilation and pharmacologic measures for a period of time while donation options are considered.

3. That resources (such as the local OPO staff) are available to support them and explain their options. The physician will work collaboratively with the OPO coordinator to determine how and when the coordinator will be introduced to the family. The coordinator will offer the option of organ donation and assist the family as needed in making an informed decision.

If a decision is made that the patient will not serve as an organ donor, interventions being used to maintain the patient's body should be discontinued. Family members should be allowed to accompany the patient's body before, during and/or after these interventions are withdrawn.

**V. References**

*Neurology 1995; 45:1012-1014.*

*Neurology 1987; 37:1077-1078.*

## A15. RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

All research activities undertaken with the University of Kansas Medical Center (or outside of the medical center, if undertaken by or supervised by faculty, staff or students) which involve the use of human subjects must be reviewed and approved by the Human Subjects Committee before they are begun. This requirement applies not only to research which involves direct participation by a human subject, but any activity which involves material derived from or collected from a human subject, and activities which involve use of data, photographs, images or records of human subjects. That committee also has responsibility for continuing review of all on-going research.

A detailed Policies and Procedures Manual is maintained by that committee and will be provided to any investigator upon request. Information regarding human subjects research or that committee may be obtained by calling its office at 588-1240, or visiting that office (6020 Wescoe).

---

**B. Policies and Guidelines adopted by other KUMC Entities**

## B1. PATIENTS' RIGHTS

Hospital policies concerning patient rights are included in Volume 2 of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. The Patient Rights document is also available on all nursing units and is displayed on inpatient units. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.] Note: If you experience problems in accessing http://intranet.kumed.com/– contact marketing at 588-5728 for assistance.

**ATTACHMENTS:** Patient's Rights Document (Adult)
A Rights Statement for Minors with Decisional Capacity
A Rights Statement for Children with a Developing Capacity for Decision making

**ATTACHMENTS:**

**Patients' Rights Document** (Adult)

The University of Kansas Hospital is committed to respect for and the protection of the rights of its patients. Honoring these rights is an important pat of respecting and caring for you as a whole person. We are committed to relating to you in a way that respects your role in making decisions about your care. We will provide care in a manner that is sensitive to cultural, racial, religious and other differences. In providing you this care, we will not discriminate on the basis of race, color, religion, age, sex, sexual preference, national origin, disability or source of payment.

We will respond to your reasonable requests for treatment and to your health care needs. Our response will depend on both the urgency of your situation and on our ability to provide the kind of treatment you may require.

We need you to participate in decisions about your health care. By talking with your caregivers and actively participating in planning your care, you will help to ensure that the care you receive will reflect your dignity and be in keeping with your desires and values.

As an adult patient of this hospital, you have the right:

* To know the name, identity and professional status of all persons providing services to you and to know the physician who is primarily responsible for your care.

* To receive complete and current information concerning your diagnosis, treatment and prognosis in terms that you can understand.

* To access to all information contained in your medical record.

* To an explanation in terms you can understand of any proposed procedure, drug or treatment. The explanation should include a description of the nature and purpose of procedure, drug or treatment; the possible benefits; the serious side effects, risks or drawbacks which are known; potential costs; problems related to recovery; and, the likelihood of success. The explanation should also include discussion of alternative procedures or treatments.

* To accept or refuse any procedure, drug or treatment and to be informed of the consequences of any such refusal.

* To formulate advance treatment directives and to expect that these directives will be honored.

* To appoint surrogate decision-maker to make heath care decision on your behalf in the event you lose the capacity to make decisions.

* To personal privacy. Care discussion, consultation, examination and treatment will be conducted discreetly.

* To expect that all communications and records related to your care will be treated confidentially.

* To supportive care including appropriate management of pain, treatment of uncomfortable symptoms and support of your psychological and spiritual needs even if you are dying or have a terminal illness.

* To know about the option of organ, tissue or eye donation, when relevant.

* To have access to protective services.

* To assistance in obtaining consultation with another physician regarding your care. This consultation may result in additional cost to you.

* To be transferred to another facility at your request or when medically appropriate and legally permissible. You have a right to be given a complete explanation concerning the need for and alternatives to such a transfer. The facility to which you will be transferred must first accept you as a patient.

* To know if your care involves research or experimental methods of treatment. You have the right to consent or refuse to participate.

* To voice complaints regarding your care, to have those complaints reviewed, and, when possible, resolved without fear of recrimination or penalty to yourself. You have the right to be informed of the response to your complaint.

* To expect reasonable continuity of care and to be informed by care givers of realistic patient care options when hospital care is not appropriate. You have the right to participate in this discharge planing process.

* To examine your bill and receive an explanation of the charges regardless of the source of payment for your care.

* To ask about the ownership interests the hospital may have in organizations to which it may refer you.

* To be informed of any hospital policies, procedures, rules or regulations applicable to your care.

If you are unable to exercise these rights, your legal guardian, next of kin or legally Authorized surrogate has the right to exercise these rights listed above on your behalf.

It should be noted that, in certain circumstances, laws or regulations may authorize limitations upon your ability, or that of a surrogate, to exercise any of the above listed rights.

If you have any questions regarding these rights or wish to voice a concern about your rights or treatment, you may contact the nurse or physician responsible for your care. The nurse manager is also available to assist you.

The Patient Relations Office is available to assist you in all matters related to your satisfaction. If you have any questions or concerns, a representative can be reached by calling Ext. 81290.

**A Rights Statement for Minors with Decisional Capacity**

## Introduction

The University of Kansas Hospital is committed to respecting and protecting the rights of its patients. Honoring these rights is an important part of respecting and caring for you as a whole person. We are committed to relating to you in a way that respects your role in decisions about your care. We will provide care in a manner that is sensitive to cultural, racial, religious and other differences. In providing you this care we will not discriminate on the basis of race, color, religion, age, sex, sexual preference, national origin, disability or source of payment.

We will respond to your reasonable requests for treatment and to your health care needs. Our response will depend on both the urgency of your situation and on our ability to provide the kind of treatment you may require.

We need you to participate in decisions about your health care. By talking with your caregivers and actively participating in planning your care, you will help to ensure that the care you receive reflects your dignity and is in keeping with your desires and values. You are being treated as a minor who is capable of making your own health care decisions. Therefore, you are being given this information regarding your rights. However, you should be aware that in certain circumstances your ability to act on these rights may be limited by laws, regulations or policies of the hospital. If acting on any of these rights conflicts with the desires of your parents/guardian, you and your parents/guardian may need to work with members of the hospital staff to try to resolve the conflict.

**As a patient at the University of Kansas Medical Center, you have the right:**

**1**. To know the name, identity, and professional status of all persons providing services to you and to know the physician who is primarily responsible for your care.

**2**. To receive complete and current information concerning your diagnosis, treatment and prognosis in terms that you can understand.

**3.** To have access to all information contained in your medical record.

**4.** To an explanation in terms you can understand of any proposed procedure, drug or treatment; the possible benefits; the serous side effects, risks or drawbacks which are known; potential costs; problems related to recovery; and, the likelihood of success. The explanation should also include discussion of alternative procedures or treatments.

**5.** To accept or refuse any procedure, drug or treatment, and to be informed of the consequences of any such refusal. If there is conflict between you and your parents/guardian regarding your exercise of this right, you and your parents/guardian may need to participate in conflict resolution procedures.

**6.** To formulate advance treatment directives and to expect that these directives will be honored.

**7.** To select a surrogate decision-maker to participate in making health care decisions on your behalf in the event you lose the capacity to make decisions.

**8.** To personal privacy. Care discussion, consultation, examination and treatment will be treated confidentially.

**9.** To expect that all communications and records related to your care will be treated confidentially.

**10.** To supportive care including appropriate management of pain, treatment of uncomfortable symptoms and support of your psychological and spiritual needs even if you are dying or have a terminal illness.

**11**. To assistance in obtaining consultation with another physician regarding your care. This consultation may results in additional cost to you or your family.

**12.** To request consultation with the Hospital Ethics Committee regarding ethical issues involved in your care.

**13.** To be transferred to another facility at your request or when medically appropriate and legally permissible. You have a right to be given a complete explanation concerning the need for and alternatives to such a transfer. The facility to which you will be transferred must first accept you as a patient.

**14.** To know if your care involves research or experimental methods of treatment. You have the right to consent or refuse to participate.

**15.** To voice complaints regarding your care, to have those complaints reviewed, and, when possible, resolved without fear of any harm or penalty to yourself. You have the right to be informed of the response to your complaint.

**16.** To expect reasonable continuity of care and to be informed by caregivers of realistic patient care options when hospital care is no longer appropriate. You have the right to participate in this discharge planning process.

**17.** To examine your bill and receive an explanation of the charges regardless of the source of payment for your care.

**18.** To be informed of any hospital policies, procedures, rules or regulations applicable to your care.

**19.** If you are unable to exercise these rights, your guardian, next of kin or legally authorized surrogate has the right to exercise these rights on your behalf.

If you have any questions regarding these rights or wish to voice a concern about your rights, you may contact the Patient Affairs Office by calling extension 81290.

## A Rights Statement for Children with a Developing Capacity for Decision Making

### Introduction

Please read this list of rights. If you need help reading it or need to have some of the words explained to you, ask your mom or dad or any of the people taking care of you.

**This is a list of the rights you have, as a patient here at the University of Kansas Medical Center:**

**1.** The right to read or have this list of rights read to you and explained to you as often as you want.

**2**. The right to be treated with respect by all the people who work at this hospital and to know the name and job of each person taking care of you.

**3**. The right to be told what you need to know to help you understand why you are at the hospital

**4.** The right to have explained to you honestly, in a way you can understand, anything that is going to be done to you while you are here. And, to be told what it may feel like to have those things done.

**5**. The right to have questions or worries about your treatment answered in ways you can understand.

**6.** The right to tell your family, doctors, nurses, and other people taking care of you what you think and feel about your treatment and what is being planned for you.

**7**. The right to help your family and the people taking care of you decide what will be done for you.

**8**. The right to help in solving a disagreement if you and your family or you and the people taking care of you here at the hospital don't agree about what should be done for you.

**9.** The right to agree or disagree to anything that is going to happen to you. If you tell the people taking care of you that you disagree, you have the right to know that nothing will be done to you until the people taking care of you talk to you about your worries and questions.

**10.** The right to know that nothing will happen to you that you do not want unless your family and the people taking care of you agree that you need to have it done.

**11.** The right to know if your care is part of a research project. You can agree or not agree to be part of any research or stop being part of any research.

**12.** The right to know that what people taking care of you learn about you will not be told to people who do not need to know.

**13.** The right to be able to talk freely with the people taking care of you and to know that what you say will not be told to others, including your family, unless it is important to your care of you give permission.

**14.** The right to know that when the people taking care of you touch your body, they will tell you what they need to do, be gentle and do it in a private way.

**15.** The right to ask for special things or people that would make you feel more comfortable while you are here

**16.** The right to have your family with you as much as possible if you want them to be. When this is not possible, the people taking care of you will explain why they can't be with you.

**17.** The right to have a "safe place" where the doctors, nurses and other people taking care of you at the hospital will not perform treatment procedures. Your nurse will tell you about this special place and show you and your family where it is.

**18.** The right to know if you are scared, in pain or hurting, the people taking care of you will try to help you.

**19.** The right to get angry, or to cry, or to say what you don't like about what is happening to you.

**20.** The right to know that what is being done to you by your doctors, nurses and other people taking care of you is being done to help you and not to punish you.

**21.** The right to be treated as a growing person and to have times and places to play and to learn while you are here.

**22**. The right to have the people taking care of you teach you and your family all you need to know about your health care to that you can take care of yourself at home.

If you feel that any of these rights are not being respected, you should tell your parents and the people taking care of you. You can also call a person in a special office called the Patient Affairs Office by dialing 81290 on the phone in your room.

## B2. CODE OF ETHICS AND PROFESSIONAL CONDUCT

The Hospital Code of Ethics and Professional Conduct is included in Volume 1 of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on this, check with the administration of the Hospital to make sure the attached Code of Ethics and Professional Conduct has not been revised.]

### ATTACHMENT: CODE OF ETHICS AND PROFESSIONAL CONDUCT

**THE UNIVERSITY OF KANSAS HOSPITAL**
**AND ITS SUBSIDIARIES**
**(HEREAFTER KNOWN AS THE "SYSTEM")**

**CODE OF ETHICS**
**AND**
**PROFESSIONAL CONDUCT**

### I. PURPOSE AND POLICY

The System intends to conduct its patient care and business operations within an ethical and legal framework as defined by its mission, vision, values, strategic plan, and Corporate Compliance Plan.

This Code of Ethics and Professional Conduct ("Code") describes the System's ethical and legal framework required by the Corporate Compliance Plan.

The Code cannot, nor is it intended to, cover all System employee activities or resolve all System employee ethical or legal questions. The Code will be updated and revised over time to provide guidance and current information to System employees. If you are not sure whether your actions comply with the Code, or if you are aware of a suspected or known Code violation, you should consult with your supervisor or the Chief Compliance Officer as described below.

## A. The Corporate Compliance Plan

### 1 *What are the System's Responsibilities under the Corporate Compliance Plan?*

- Develop the Code to provide System employees with ethical and legal guidance on matters of daily business conduct.
- Distribute the Code.
- Establish and maintain training programs to ensure familiarity with and understanding of Code compliance requirements.
- Advise employees, officers and directors as to the proper interpretation and application of the Code.
- Administer the Code and its supporting policies.
- Assure a working atmosphere conducive to compliance and free of retaliation for the reporting of alleged Code violations.

### 2 *What are the System Employees' Responsibilities under the Corporate Compliance Plan?*

Each System employee has an obligation to assure that the Corporate Compliance Plan is a success by doing the following things:

- Read and regularly review the Code and supporting policies.
- Participate in Code training programs and staff meetings.
- Abide by the Code.
- Ask questions and seek assistance when uncertain about what to do.
- Support employees who report suspected violations of the Code. Recognize that retaliation against persons who report suspected violations is not permitted.
- Be alert to situations that could result in illegal or unethical conduct and encourage other System employees to consult with supervisors or the Chief Compliance Officer when it appears that they may be in danger of violating the law or the Code.
- Immediately report suspected or known violations of the Code.

## B. The Code

### 1 *Who must comply with the Code?*

Each System employee must observe the Code. The System has designated a Chief Compliance Officer to respond to System employees and to help employees understand and comply with the Code. The Chief Compliance Officer administers the Code through a committee and reports on matters of compliance with the Code to the Authority Board of Directors.

**All System employees must promptly report any suspected or known Code violations. Failure to report such violations may result in disciplinary action, up to and including loss of employment.**

### 2 *What if there are questions or suspected or known Code violations?*

For questions or to report Code violations contact:

Your Supervisor

OR

The Corporate Compliance Officer at your Subsidiary

OR

The Chief Compliance Officer Phone: **913-588-5434**

Each Code violation report will be handled confidentially to the extent possible as determined by the Chief Compliance Officer. No retaliation or harassment against System employees who report possible Code violations will be tolerated. System employees may raise concerns anonymously. If an anonymous Code violation report provides enough information to permit investigation, it will be pursued as determined by the Chief Compliance Officer. However, anonymity may make it difficult to investigate and resolve Code violation reports. For this reason System employees are encouraged to give their identity when asking a question or reporting a possible Code violation.

### 3 *What is the Code Acknowledgment Card?*

Each System employee will be asked to pledge his or her support to and agree to comply with the Code. From time to time System employees will be asked to renew their pledge. Each System employee will be asked to sign the Acknowledgment Card to acknowledge that he or she has received and agrees to comply with the Code.

### 4 *What will happen if the Code is not followed?*

The Code is important and failure to comply with its provisions is a serious matter that may lead to disciplinary action, up to and including loss of employment.

### 5 *What general topics does the Code discuss?*

The Code covers:

- Patient Care Services;
- System Employee Working Environment;
- Business Practices; and
- General Legal Standards.

## II. PATIENT CARE SERVICES

The System's activities encompass such patient care services as the prevention and treatment of illness, education, and research. All such activities will be conducted with integrity, compassion, and a concern for human welfare and dignity. System employees are expected to make a good faith effort to meet or exceed a standard of exceptional service in a courteous manner. It is expected that every individual coming into contact with the System, be they patient, visitor, employee, physician, student, or volunteer, will be able to enjoy an atmosphere which fosters respect, personal safety, and courtesy.

### A. Provision of Quality Care

System employees shall follow standards of care based upon the identified needs of the patient without regard to ability to pay. System employees shall seek to avoid the provision of services that

are medically unnecessary or ineffective. Every effort should be made to provide high quality health care in an economical manner to patients.

### B. Patients' Rights

System employees shall comply with applicable state and federal legislation regarding patients' rights. System employees shall respect patients' rights and assist patients and/or their legally authorized representatives in understanding and exercising their rights and responsibilities. A patients' rights document will be provided in writing to all patients and/or legally authorized representatives upon admission to a patient care unit or treatment area.

The System patient is the primary decision-maker with respect to his or her own health care. The patient has the right to accept, forego or withdraw from offered treatment. Information regarding diagnosis, treatment and/or research options and prognosis should be delivered in language that is understood to ensure that the patient's right to make an informed choice is preserved. System employees will work to provide for the protection of the rights of patients whose capacity to act as their own advocate is diminished by virtue of age or incapacity. Under certain circumstances, a legally authorized representative may have the right to make decisions related to patient care, including the use of life sustaining treatment. The System will work with such legally authorized representatives.

### C. Patient Non-Discrimination and Accommodation of Special Patient Needs

The System acknowledges and respects individual patient differences, such as personal background, race, color, ethnic or cultural heritage, national origin, religious/spiritual views, communication needs, sex, age, marital status, veteran status, sexual orientation, handicap, and developmental disability. It is the policy of the System that such differences will be respected in all patient service activities. All patients should be able to expect a high quality of care based on their unique health care needs with respect for and regardless of individual differences. All constituents served must be able to enjoy the same nondiscriminatory System environment.

The System recognizes its responsibility to accommodate the special needs of patients and staff with disabilities. The System will make every effort to comply with all state and federal regulations that apply to such circumstances. These accommodations will be made in a manner that respects the dignity of all parties involved.

### D. Patient Admission, Transfer and Discharge

Patient admission, transfer and discharge shall be properly conducted in an ethical manner and in accordance with all applicable local, state, and federal regulations. Patients who are in need of the System's emergency stabilizing services shall not be denied services. Patients whose specific condition or disease cannot be safely treated at the System shall be properly transferred to an accepting facility.

Also, a patient may request transfer to another facility. Such a request will be facilitated when medically appropriate and legally permissible. The patient will receive a complete explanation of alternatives to and risks associated with such a transfer. The receiving facility must first accept the patient. All such activities will be carried out in a respectful and courteous manner.

The System believes patient discharge planning is an integral part of the comprehensive health care plan. Planning for discharge from the System is a multi-disciplinary process involving the patient and family. The patient will be informed by caregivers of realistic care options when hospital care is no longer medically necessary or appropriate.

## E. Confidentiality/Release of Patient Information

System employees shall recognize the vital need to maintain patient and business information in a confidential manner. Patient information shall not be released without legal authorization. System employees, physicians, and students are expected to control the informal transmission of confidential information. Sensitive information concerning personnel and management issues shall be maintained in the strictest of confidence and shall be utilized only by those individuals legally authorized to review and act on such information.

### 1 *What is confidential information?*

Confidential information includes any information, or present or planned business, that has not been publicly disclosed by the System. Specifically, System employees are not allowed to release information without legal authorization about:

- Patients, employees or payors
- Pricing
- Financial data
- Marketing programs
- Research

Information such as this is vital to the System's patient care and business operations. It is also a key component of the Code.

### 2 *Why must the System protect confidential information?*

Disclosing confidential information without authorization may violate this Code, applicable law, and System policy regarding:

- Patient confidentiality
- Conflict of interest
- Antitrust
- Employment matters
- Finances
- Intellectual property

### 3 *What about confidential medical record information?*

System employees pledge to keep medical record information confidential and to respect privacy. This pledge is especially important to the System's patient care and business operations. A medical record or information contained in a medical record should be released only if:

- A valid written consent for the release of this information is obtained from the patient or legally authorized representative.
- Reporting is required or permitted by law.

*Example:*

*Two employees are discussing a patient's condition in a crowded elevator. A reporter riding in the same elevator realizes the patient is a celebrity with a terminal illness. The reporter uses these facts to run a lead story in the morning paper.*

The employees should not have discussed the case in the elevator. All patient conditions are confidential and should not be discussed in casual conversation, even if the patient's name or illness is not specified.

## F. Patient Care Ethics Committee Consultation

The System recognizes differences of opinion among those who participate in patient-care decisions. The System will seek to resolve all conflicts fairly and objectively. Ethics Committee consultation is available upon request. The Ethics Committee review will be available within twenty-four (24) hours.

## III. SYSTEM EMPLOYEE WORKING ENVIRONMENT

### A. Diversity

The System is committed to equal employment opportunity in the work place. The System seeks a working environment free of prejudice or harassment on the grounds of race, color, religion, sex, age, disability, national origin or any other illegal factor. As is consistent with the high regard the System places upon employee satisfaction and respect, the System is committed to abiding by all federal, state and local laws dealing with employment matters. The System employees shall encourage open communication and a spirit of cooperation.

### B. Maintaining Employee Safety and System Environment

The System pledges:

- To continue to develop procedures and conduct training programs to meet legal standards on health, safety and environmental protection.
- To consider the effects that new developments have on the environment.
- To recognize and respond to community concerns about the effects of System business on the environment.

System employees are expected to:

- Learn the procedures for handling and disposal of any hazardous materials used on their job.
- Know the safety procedures that apply to their job.
- Share ideas for improving safety and reducing waste with supervisors.
- Use best efforts to ensure that actions are carried out in a safe and healthy manner.

A commitment to health, safety and environmental protection can be seen in the System's efforts to reduce the generation of waste. Wastes should be recycled or reused whenever possible. Wastes that cannot be recycled or reused should be discarded in a safe manner.

For questions or to report safety violations contact:

- Your Supervisor
- Employee Health
- Safety Officer and the Safety Office

### C. System Employee Relief From Participating In Patient Care

The System acknowledges that a System employee may request to be relieved from participating in a patient's care or treatment in a situation where the prescribed care or treatment presents a conflict with deeply held cultural values, sense of ethics, or religious beliefs. The policy on management of staff rights addresses the mechanism for handling these requests and is available upon request. The System shall ensure that patient care and treatment are not compromised if such a request is granted. The Ethics Committee is available for exploration and discussion upon referral.

## IV. BUSINESS PRACTICES

### A. Business Practices

The System is committed to the delivery of high quality carere at reasonable and competitive prices. To that end, the System relies on the ability and professionalism of its employees and representatives to communicate effectively the merits of System services to the patient, physician, and consumer, and expects System employees to use only legitimate competitive practices.

### B. Financial Matters

System employees shall work to maintain the financial records of the System in an accurate and complete manner.

The System accounting controls will be sufficient to provide reasonable assurance that:

- Expenditures are made with proper approval and authorization.
- All transactions are recorded to help the System prepare financial statements and account for resources in accordance with established policies.
- Access to assets is permitted only with proper approval.
- Assets are adequately safeguarded, with any discrepancies immediately reported to management.

The financial matters of the System, its employees, physicians and patients are very private. System employees should not reveal these matters to outside parties without permission from the Chief Financial Officer or the President and Chief Executive Officer.

### C. Billing for Services Rendered

The System recognizes the imperative nature of accurate and timely billing. Patients and third parties should be billed only for service actually provided to patients and fully documented in the patient's medical record. Inaccurate records, payments, or billings should be promptly reported to the System administrator or manager authorized to address the situation.

- Initial patient billing should include a summarization of charges and dates of services. Itemized charges should be available to patients upon request.

- When a patient or payor has a question about a specific charge, that inquiry shall be reviewed expeditiously and the response will be timely and courteous and accompanied by a complete explanation of the charges.

- Assistance will be provided to patients and/or the patients' designee who are seeking to understand the cost of their care, or who are seeking to gain information regarding estimated cost of treatment.

- As a service to patients, the System works to bill all third party carriers, including secondary carriers, as appropriate.

- Patients should receive written notice of any balance due on the account.

- Fair Debt Collection Practices shall be adhered to in attempting to collect any outstanding balance from a patient.

- Patients who are unable to pay the balance on their account may be offered a payment plan.

- For patients who have been determined to be financially needy, an assistance program may be available to discount or adjust the patient's responsibility.

## D. Conflicts of Interest

The System recognizes that the potential for conflicts of interest exists for decision-makers at all levels. Consequently, the System shall request the disclosure of potential conflicts of interest so that appropriate actions may be taken in advance to ensure that any applicable conflict does not inappropriately influence decisions on behalf of the System. Conflicts may exist with respect to contractual relationships between the System and its staff or other health care providers, educational institutions, and payors as well as referral sources and vendors. System administrators and department managers will submit an annual conflict of interest statement.

### 1 *What is a conflict of interest?*

A conflict of interest arises whenever a System employee's interest or that of an immediate family member conflicts or appears to conflict with the interests of the System. Each System employee has a duty to avoid conflicts of interest or the appearance of conflicts of interest. If you, or an immediate family member, are faced with a transaction, decision, or situation that you think may create a conflict of interest, report it promptly to your supervisor or the Chief Compliance Officer.

*Example 1:*

*My spouse is an officer of Company B that sells lab supplies. Is it a conflict of interest for me if the System buys supplies from Company B?*

This relationship should be disclosed to your supervisor or the Chief Compliance Officer as a potential conflict of interest. If you are not in a position to influence or affect the System's choice of suppliers, the disclosure of this relationship will, in most situations, be sufficient to avoid a conflict of interest.

*Example 2:*

*I have been offered a trip for two to Hawaii if I purchase, on behalf of the System, more than a certain dollar amount of goods or services from Company C. Is such an arrangement a conflict of interest?*

Yes, such an arrangement would lead to your personal gain directly from your duties as an employee. You should report the offer to your supervisor or the Chief Compliance Officer.

*Example 3:*

*I wish to buy some land that I learned was for sale through my job at the System. Is the purchase a conflict of interest?*

This could be a conflict if the System is still negotiating for the purchase of the real estate. To be safe, you should get confirmation from the Chief Compliance Officer that the System is no longer considering or pursuing the purchase.

## E. Marketing and Public Relations

The System will strive to fully and accurately represent itself, its service and its capabilities to the public. Marketing materials should reflect those services available, the current level of licensure and accreditation, and provide communications which are designed to inform and persuade but not to deceive. All comparisons to competitive offerings will be fair. Patient confidentiality and privacy will be respected and protected in any System marketing or public relations activities.

## V. GENERAL LEGAL STANDARDS

Integrity and adherence to the law are basic obligations for everyone. System employees shall uphold applicable laws and regulations. If a System employee has questions about actions, he or she shall seek advice from the Chief Compliance Officer before taking the action. In general, it is illegal and a violation of System policy to:

- Engage in bribery.
- Steal hospital property or the property of another.
- Commit a fraud or purposely mislead another through the use of false statements.
- Injure an individual or his/her property by committing an unlawful act.
- Violate any federal, state or local law or regulation.

The policy of the System with respect to more specific laws is set forth below, as may be amended from time to time by the System.

### A. Copyright & Intellectual Property Laws

Consistent with the high value the System places upon proprietary information, the System pledges to abide by all federal, state and local laws that protect intellectual property. Intellectual property includes patents, trademarks, service marks, trade secrets, and copyrights. Federal and state laws protect intellectual property. Violations of the intellectual property laws may result in civil damages or criminal charges. In addition, the System may be held responsible for the actions of individual employees who break intellectual property laws.

During the course of employment, a System employee may have access to intellectual property owned by other businesses. This information may include patents, techniques, publications or trade secrets. This information is confidential and should not be disclosed to others or used for personal purposes. Licensed computer software is a good example of intellectual property owned by another business. Duplicating computer software or the materials that accompany it may violate the copyright laws and the System corporate policy. The use of illegal copies of software on hospital hardware is prohibited.

The following activities also may violate intellectual property laws:

- Installing software programs on more than one computer when it was sold for only one computer. Find out how many computers can use a multiple unit software package before ordering or installing software.

- Copying (by machine or hand) an entire issue of a journal, magazine or newsletter. Unless permission is obtained from the publisher to make such copies, the original should be circulated within a group or several subscriptions purchased.

### B. Antitrust Laws

It is the policy of the System to comply with all antitrust laws that affect the manner in which the System, its employees, or affiliates may do business. Antitrust laws are intended to preserve competition. For this reason, System employees should avoid discussions with competitors concerning:

- Prices or payor rates.
- Decisions to deal with a particular payor or group of payors, or patient or group of patients.
- The granting of membership, privileges, or managed care participation status to any physician, health care provider, or group of providers.

Consult your supervisor or the Chief Compliance Officer if you have questions about the antitrust laws.

### C. Medicare / Medicaid Fraud and Abuse

Facilities that receive monies for service provided under Medicare and Medicaid are subject to several laws and regulations designed to prevent fraud and abuse. These laws were created to make certain that federal funds, which finance Medicare and Medicaid, are used only for those purposes. Failure to obey these laws can result in fines, jail or exclusion from Medicare and Medicaid programs. By signing the Acknowledgment Card, System employees pledge to use their best efforts to comply with these fraud and abuse laws. The fraud and abuse laws are complicated and contain numerous exceptions or "safe harbors." If you have specific questions about the fraud and abuse laws, consult the Chief Compliance Officer.

Some of the more important laws relating to fraud and abuse are discussed below:

#### 1 Billing and Claims

As described above, honesty and accuracy in billing and in the making of claims for Medicare or Medicaid payment is vital. It is a felony to willfully make a false statement in connection with a claim for payment or an application for certification under Medicare or Medicaid. Using their best efforts, the System and its employees must ensure that all services are properly documented, coded, and billed to the responsible party.

#### 2 Anti-kickback Statute

The anti-kickback statute is a federal law. Anyone who willfully offers, pays, seeks, or receives anything of value, including kickbacks and bribes, to bring about a referral for medical services or goods payable by Medicare or Medicaid violates this law. Failure to obey the anti-kickback statute can result in fines, jail, or exclusion from the Medicare and Medicaid programs. The anti-kickback statute also affects the way in which entities carry out a broad range of ordinary business deals.

*The following activities may be illegal under the anti-kickback statute and should be reported to the Chief Compliance Officer:*

- Offer or acceptance of payment other than fair market value for health care services as a way of getting more business.
- Acceptance of prizes, gifts, cash payments, coupons or bonuses offered for marketing certain products.
- Financial incentives given to physicians that are linked to the number of referrals made by the physician or to the physician's level of billing.

#### 3 Ban on self-referral

A physician who receives payment directly or indirectly from, or has an investment interest in, a business should not refer patients to that business for certain services paid for by Medicare or Medicaid. Claims should not be submitted for services performed as a result of improper referrals. The self-referral statue is a complicated law, with numerous legal exceptions. Specific questions regarding the self-referral laws should be directed to the Chief Compliance Officer.

#### 4 What if we have additional questions?

The anti-kickback statute and the self-referral ban are subject to numerous legal exceptions. These exceptions, as well as the proper application of these laws, are further explained in other System policies including policies relating to Medicare/Medicaid fraud and abuse. Specific questions regarding any legal standard should be directed to the Chief Compliance Officer.

### D. Other Laws

This Code covers many areas; however, your job may involve legal rules not explained here, but explained in detail in other System policies. For example, if you work in the System pharmacy or are responsible for the collection of receivables, other laws may apply to your duties. If your work involves these topics, you should ask your supervisor for additional training, including information about consumer credit protection, garnishments or laws relating to pharmacies. For answers to questions pertaining to other areas, please consult your supervisor or the Chief Compliance Officer.

### VI. Conclusion

**Underlying each of the above statements is the System's overall commitment to act with integrity in all activities and to treat System employees, patients, physicians, students, and the many constituents it serves with utmost respect.** Supporting policies are set forth in the Hospital Wide Policy Manual and/or Department Policy Manuals and are available to System employees upon request. Please review specific policies for additional guidance.

## B3. REQUESTS FOR RELIEF FROM PARTICIPATION IN ASPECTS OF CARE

Hospital policy concerning relief from participation in aspects of care is included in Volume 5 of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

## B4. PRIVACY/CONFIDENTIALITY

Hospital policies concerning patient confidentiality are included in Code of Ethics and Professional Conduct and the Information Management sections of Volume 1, Volume 2, Patient Rights, and Volume 5, Human Resources sections of Hospital policies and are accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

## B5. RELEASE OF INFORMATION

Hospital policies concerning release of information are included in Code of Ethics and Professional Conduct and the Information Management sections of Volume 1, Volume 2, Patient Rights, and Volume 5, Human Resources sections of Hospital policies and are accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

## B6. PATIENT DENIAL/NO INFORMATION STATUS

The Hospital policy concerning patient denial and no information status is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

## B7. RESOLUTION OF PROFESSIONAL DISAGREEMENTS

The Hospital policy concerning the resolution of professional is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com.

[Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

### B8. DONATION OF ORGANS, TISSUES AND EYES

The Hospital policy concerning donation of organs, tissues and eyes is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

An End of Life Resource Handbook is available on nursing units. The End of Life Resource Handbook contains detailed protocols, forms, and resource material to facilitate and support the essential processes for the staff in caring for the patient and family at the end of life. End of Life Resource Handbooks are located in all patient care areas in which deaths occur.

### B9. INFORMED DECISION MAKING

The Hospital policy concerning informed decision making is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

### B10. REFUSAL OF BLOOD TRANSFUSIONS

The Hospital policy concerning consent and refusal of blood and blood products is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

### B11. MANAGEMENT OF PATIENT/FAMILY COMPLAINTS

The Hospital policy concerning management of patient and family complaints and grievances is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

### B12. SUPPORT SERVICES FOR PATIENTS WHO ARE DEAF, HARD OF HEARING, OR DO NOT SPEAK ENGLISH

The Hospital policy describing support services for patients who are deaf or hard of hearing and patients who do not speak English is included in Volume 2, Patient Rights section of Hospital policies and is accessible through the Hospital intranet at http://intranet.kumed.com. [Before relying on the attached, check with the administration of the Hospital to make sure the attached patient rights documents have not been revised.]

### B.13. MORE INFORMATION ABOUT PATIENT RIGHTS AND THE PATIENT SELF DETERMINATION ACT

In 1990 Congress passed the Patient Self-Determination Act of 1990 (PSDA), landmark legislation dealing with the ethical and legal rights of patients. In order to implement the requirements of this law, the committee developed a comprehensive implementation plan elements of which are summarized below. You should also refer to section A.6. Advance Directives, B.1. Patients' Rights, and B.9. Informed Decision Making in this Handbook.

**1. Information**

Upon admission to the hospital each patient (or appropriate surrogate if the patient is unable to receive the information) will be provided written information concerning patient rights and advance directives. This document contains the following: I) KUMC Patient Rights statement [Also included in this handbook]; 2) a brief summary of the law and relevant Kansas Law regarding advance directives; 3) "Advance Directives: What Are They?" prepared by the Kansas Hospital Association; 4) an advance directive form which allows for completion of both an "Advance Treatment Directive" and the naming of a "Durable Power of Attorney for Health Care Decisions" on the same form; 5) information designed to assist interested patients in completion of the advance directive form; and 6) information about the Hospital Ethics Handbook and this committee.

2. **PSDA Record**

Documentation of patient advance decision making compliance is completed by the admitting nurse during admission assessment and included in the patient medical record. The patient's admitting nurse will document that the patient has been provided the written information described above and ascertain if the patient has previously completed any advance directive instruments. If the patient indicates he or she has an advance directive, a summary of that form is documented as summarized by the patient, pending receipt of the written document. The location of any advance directive documents and notes that a specific party was asked to bring these documents to the hospital is also documented. If the patient has not previously completed an advance directive, but wishes to do so during the hospital stay, the nurse will note on this form and an automatic consult to Social Services is made. If the written document is in a prior medical record in the medical records department, an automatic request for the document to be sent to the unit for inclusion in current record is made.

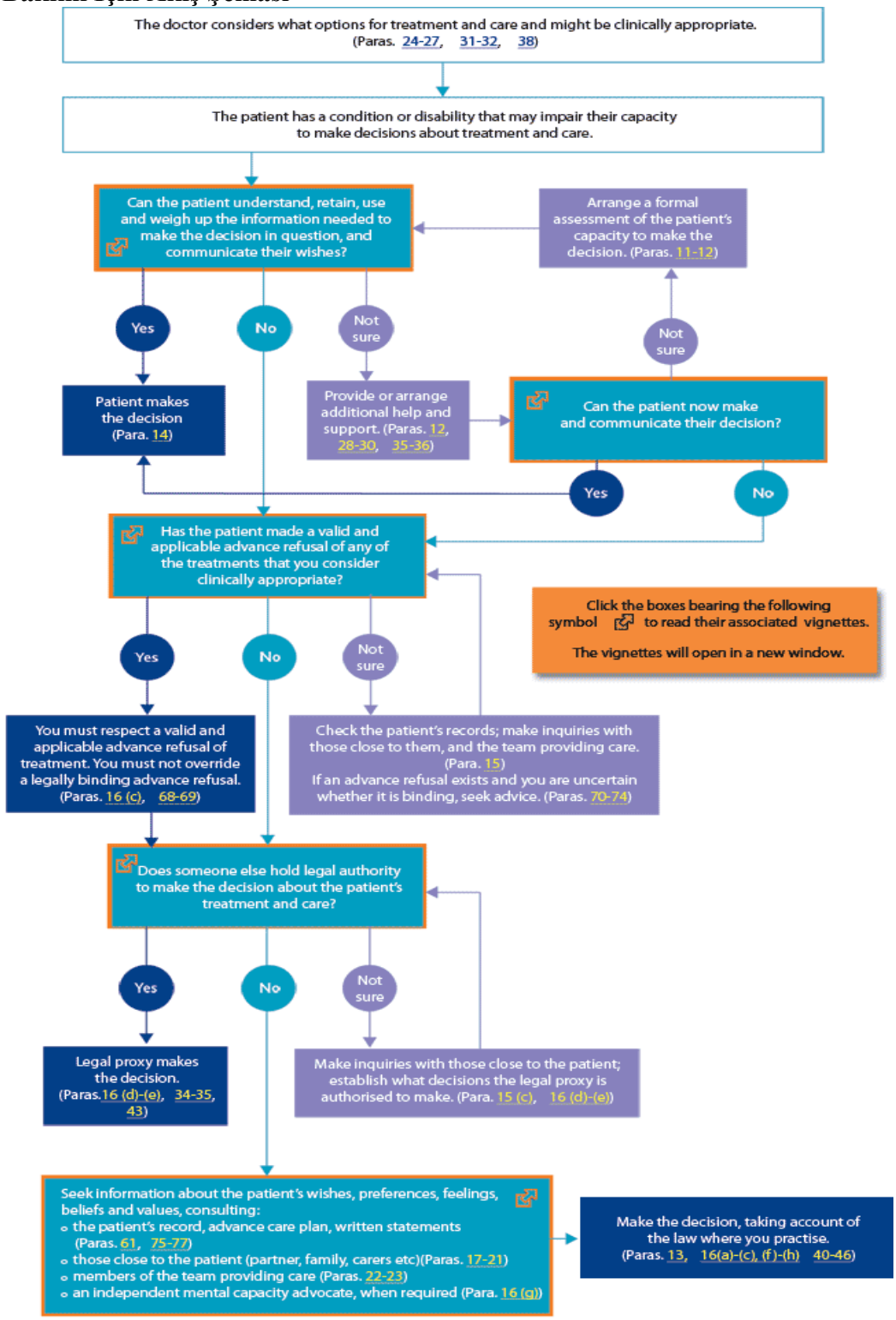
3. **Document Handling and Data Entry**

If the patient has completed an advance directive, the admitting nurse will request that this document be brought to the hospital as soon as possible. It will be placed in the front of the unit chart until it has been reviewed by the patient's physician and then placed in the "Legal Documents" section of the chart. The admitting nurse (or unit clerk) will also enter information into the hospital computer system regarding advance directives. The notation "Advance Directive on File" and the date the document was completed will be entered on the Nursing Interview Screen and become part of the hospital's computer data system.

4. **Assistance in Completion of Advance Directives**

The law does not require that patients complete advance directives and prohibits discrimination against patients on this basis. However, once informed, patients may wish to complete advance directives during their hospital stay. An educational video titled "Living Choices" is available to provide patients additional information regarding advance directives.

## EK 10 General Medical Council'in Karar Verme Yeterliliği Olmayan Hasta Bakımı İçin Akış Şeması



## EK 11 İzin Yazısı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.01/6 1040 19 Nisan 2009
Konu :

**ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**Toplantı Tarihi** : 26 ŞUBAT 2009 PERŞEMBE günü
**Toplantı No** : 2009/3
**Proje No** : LUT 09/10 (Değerlendirme Tarihi: 26.02.2009)
**Karar No** : LUT 09/10 - 59

Fakültemiz Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Nüket Örnek Büken'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Müge Demir'in tezi olan LUT 09/10 kayıt numaralı ve ***"Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması- Hastane Etik Kurul Model Önerisi"*** başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur..

1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur (Başkan)
2. Prof.Dr. Murat Yurdakök (Üye)
3. Prof.Dr. Osman Abbasoğlu(Üye)
4. Prof.Dr. Mithat Haliloğlu (Üye)
5. Prof.Dr. Türkan Eldem (Üye)
6. Prof.Dr. Pınar Fırat (Üye)
7. Prof.Dr. Erdem Aydın (Üye)
8. Prof.Dr. H. Asuman Özkara (Üye)
9. Prof.Dr. Tanju Besler (Üye) KATILMADI
10. Prof.Dr. Haydar A. Demirel (Üye)
11. Prof.Dr. Bülent Sivri (Üye) KATILMADI
12. Prof. Dr. Zafer Çehreli (Üye)
13. Doç.Dr. Bilgehan Yalçın (Üye)
14. Doç.Dr. Ümit Yaşar (Üye)
15. Doç.Dr.Mutlu Hayran (Üye)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: (0 312) 305 10 82 Faks: (0 312) 310 05 80 E-posta: hums@hacettepe.edu.tr

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

Erişkin Hastanesi
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Onkoloji Hastanesi

B.30.2.HAC.0.70.10.02/D-12 07.01.2009

**Hastaneler Genel Direktörlüğü'ne,**

İlgi: 06.01.2009 tarih ve B.30.2.HAC.0.70.10.01/06-D-17 sayılı yazınız;

Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Müge DEMİR'in Doç.Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN danışmanlığında **"Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması - Hastane Etik Kurul Model Önerisi"** isimli doktora tez çalışmasıyla ilgili olarak hastanemizde odak grup görüşme isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Koray BODUROĞLU
Başhekim

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 1142 - 2802 • Faks: (312) 324 3284

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**Nöroloji Anabilim Dalı**

Sayı: B.30.2.HAC.0.01.00.29/ 2

08.01.2009

Hastaneler Genel Direktörlüğü'ne

İlgi: 06.012.2009 tarih ve 17 sayılı yazınız.

Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr.Müge Demir'in doktora tez çalışması için Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan doktorlarımıza odak grup görüşmeleri yapması uygun bulunmuştur.

Prof.Dr.Bülent Elibol
Nöroloji Anabilim Dalı
Başkan V.

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 1806 - 305 1809 • Faks: (312) 309 3451

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**İç Hastalıkları Anabilim Dalı**

/43

12.01.2009

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Genel Direktörlüğü'ne,

İlgi: 06.01.2009 tarih ve 17 sayılı yazınız.

İlgili yazıya Anabilim Dalımız Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlusu Prof.Dr.Arzu Topeli İskit'ten alınan cevap dilekçesi ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Serhta Ünal
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Ek: 1 adet yazı

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel&Faks: (312) 305 2302

9.1.2009

İç Hastalıkları AD Başkanlığı'na,

8.1.2009 tarihli yazınız ve Genel Direktörlüğün 6.1.2009 tarih ve 17 sayılı yazısı ile ilgili olarak Deontoloji ve Tıp Tarihi tarafından yürütülmek istenilen çalışmanın ünitemizde yapılması uygundur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Arzu Topeli İskit
İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlusu

**HACETTEPE UNIVERSITESI**
**TIP FAKÜLTESİ**
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

**Sayı:B.3.2.HAC.0.01.00.35/ 30** **29.01.2009**

**Hastaneler Genel Direktörlüğüne**

**06.01.2009 tarih ve 17 sayılı yazınıza karşılık:**
**Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilmileri Bölümü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın Haccettepe Üniversitesi Hastaneleri Hekimlerinin Klinik Etik Problemleri Farkındalığı Araştırması- Hastane Etik Kurul Model Önerisi isimli doktora tez çalışmasını Anabilim Dalımız Amaliyathaneler ve Yogun Bakım Ünitemizde yapılabileceğini bilgilerinize arz ederim.**

**Saygılarımla,**

**Prof.Dr: Ülkü AYPAR**
**Anesteziyoloji ve Rean.A.D.**
**Başkanı**

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 310 9600 • Faks: (312) 310 9600

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı**

06.02.2009 /155

Hacettepe Üniversitesi

Hastaneler Genel Direktörlüğüne,

İLGİ: 06.01.2009 tarih ve B.30.2.HAC.0.70.10.01/06-D-17sayılı yazınız Hk,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı araştırma görevlisi Müge Demir'in "Hekimlerin Klinik Etik Problemlerin Farkındalığı Araştırması anketi'nin" bölümümüzde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr.İlhan PAŞAOĞLU
Kalp Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 311 73 77 - 305 1773-74 • Faks: (312) 311 73 77

**EK 12 Özgeçmiş**

| | |
|---|---|
| **ADI, SOYADI:**<br>**DOĞUM TARİHİ ve YERİ**: | Müge Demir<br>04.06.1974- Ankara |
| **HALEN GÖREVİ:** H.Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD Araştırma Görevlisi<br>**YAZIŞMA ADRESİ:** H.Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD Sıhhiye- Ankara<br>**Tel:** 0 312 305 43 61<br>**E-Posta:** mdemir@hacettepe.edu.tr | |

**EĞİTİM**

| Yılı | Derecesi | Üniversite | Öğrenim Alanı |
|---|---|---|---|
| 1996 | 3,37 | Hacettepe | Eczacılık Fakültesi |
| 2004 | 4,00 | Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü | Eczacılık İşlet. ve Mevzuatı Yüksek Lisans |
| 2011 | 3,64 | Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü | Tıp Etiği ve Tarihi Doktora Programı |

**SON BEŞ YILDAKİ YAYINLAR**

1. **Demir M**, Yeğenoğlu S. Ankara'daki Hastane Eczanelerinde Hizmet Veren Eczacıların Durumlarının Mesleki Perspektiften Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, Ocak 2005, 25(1):11-21.
2. Çakmak H B, **Demir M**, Büken N Ö. Bevacizumab Örneğinde Türkiye'de Ruhsatlı Endikasyon Dışı İlaç Kullanımının Etik Yönden Değerlendirilmesi, Retina vitreus oftalmoloji dergisi, 2008, 16(4): 311-315.
3. **Demir M,** Çakmak H B, Cihangiroğlu B, Elçin Karar Ö İ, Büken N Ö. Karar Verme Yeterliği Olmayan Hastalar Üzerinde Yapılan Psikofarmakolojik Araştırmaların Etik Açıdan Değerlendirilmesi, Tıp Etiğinden Biyoetiğe, 2009, Ed. Yeşim Işıl Ülman ve ark. Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, s 422-431, Ankara (V. Tıp Etiği Kongresi bildirilerinin bilimsel makale halinde geliştirilmiş kitabıdır.)
4. Çakmak H B, **Demir M**, Katarakt Ameliyatlarında Bilgilendirilmiş Onam, Glokom Katarakt Dergisi 2009, 4(2): 130-136.
5. **Demir M**, Büken N Ö İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İle Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin Karşılaştırılması. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2009;17(3):168-75.
6. **Demir M**, Büken N Ö. Klinikte Etik İkilemlerle Sık Karşılaşan Hekimlerin Hastane (Klinik) Etik Kurul Hakkındaki Görüşleri 2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongre Kitabı Sözlü bildiri tam metin 4-7 Kasım 2009, Bursa.
7. **Demir M**, Büken N Ö. Dünyada ve Türkiye'de Hastane/Klinik Etik Kurulları Hacettepe Tıp Dergisi 2010, 41 (3): 186-194.