T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

HASTANE ÖNCESİ ACİL TIPTA HASTANIN MÜDAHALEYİ REDDETMESİ: KURAMSAL DEĞERLENDİRME VE BİR ALAN ÇALIŞMASI

Dr Hasan ERBAY

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI

Yar Doç Dr Sultan ALAN

ADANA – 2012

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

HASTANE ÖNCESİ ACİL TIPTA HASTANIN MÜDAHALEYİ REDDETMESİ: KURAMSAL DEĞERLENDİRME VE BİR ALAN ÇALIŞMASI

Dr Hasan ERBAY

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI

Yar Doç Dr Sultan ALAN

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından
TF 2010 D2 nolu proje olarak desteklenmiştir.

ADANA – 2012

ÖNSÖZ

Hekimlik hayatımın önemli bir kısmı hastane öncesi acil sağlık sistemi içinde geçti. Ayrıntılarını önceden bilmediğim bu alana ilk başladığım günlerde çok zorlandığımı hatırlıyorum. Çünkü bu alan başta çalışma sistemi olmak üzere, meslek disiplini ve kişiler arası ilişki bakımından kendine özgü pek çok özellik içeriyordu. Tıbbi bilginin ve mesleki uygulama becerisinin yeterliği yanında, belli bir yaklaşım tarzı ve tıbbi süreci yönetme yeteneğine sahip olmak da gerekiyordu. Acil tıbbi müdahale uygulanan her hasta farklıydı. Her hastayla ilgili tıbbi süreç pek çok etik konuyu da içinde barındırıyordu.

Geniş açılı bir bakış yakalama çabası içinde olan ve ambulans sisteminde göreve yeni başlamış bulunan bir hekim olarak hem acil tıp konusunda hem de acil tıbbın etik boyutu hakkında yetkinleşmek için çalışmam gerektiğinin farkındaydım. Acil tıp, hızlı gelişen ve değişen bir tıp disiplinidir. Öte yandan bu disiplinin etiği ile ilgili çalışmalar ne yazık ki disiplinin gelişmesine paralel bir seyir gösterememiştir. Pek çok tıp disipliniyle ilgili etik tartışmalar belli bir seviyeye ulaşmış olsa da acil tıp için bunu söylemek olanaklı gözükmemektedir. Oysa hastane öncesi acil tıp alanı; etik konusunda düşünmeye, tartışmaya, yorumlamaya ve çıkarımlar yapmaya son derece muhtaç ve müsait bir alandır. Özellikle tez çalışmamın konusu olan tedavi reddedilmesini, bu bağlamda değerlendirmek olanaklıdır.

Tıbbın gündelik yaşamının içinden bir sağlık profesyoneli olarak tıp etiğine duyduğum ilgi, Çukurova Üniversitesi tıp tarihi ve etik camiasıyla tanışmamla neticelendi. Birimin o zamanlardaki ismi "Deontoloji ve Tıp Tarihi" idi. Hem etik hem de tıp tarihi alanında bilgimi, görgümü, bakış açımı geliştirmem ve kendime özgü bir yaklaşım oluşturabilmem için uygun bir zemin bulmuştum. Bu ortamı elimdeki olanaklar ve fırsatlar ölçüsünde yeterince değerlendirebildiğimi düşünüyorum. Bölümde gerçekleşen pek çok bilimsel toplantıya, etik özelinde felsefi okumalara, her görüşe açık tartışmalara ve seminerlere katıldım. Bu ufuk açıcı, bilgilendirici, özendirici sürecin kişisel gelişimimdeki yeri çok özel ve değerlidir. Benzer şekilde bölüm dışında gerçekleşen pek çok bilimsel faaliyette hem aktif katılımcı hem de izleyici olarak yer

aldım. Çalışmalarımızın bir kısmının çeşitli bilimsel yayınlarda yer bulması da alana özgü konularda çalışmam ve düşünmem konusunda teşvik edici rol oynadı.

Bu süreçte pek çok kişinin desteğini gördüm. Tez metnine geçmeden önce tezime ve doktora eğitimime doğrudan ya da dolaylı katkısı olan kişilere teşekkür etmek istiyorum.

Bu bağlamda;

Tıp etiğine yönelmem aşamasında beni yüreklendiren İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin 2003-2004 dönemindeki dekanı Prof Dr Özcan Ersoy'a,

Beni Çukurova Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'na yönlendiren ve yakalandığı elim hastalık sonucu 2012 Haziran ayı başında yaşamanı yitiren Prof Dr Şahin Aksoy'a,

Akademik birikimi, kendine özgü yaklaşımı ve benzersiz üslubu ile kendisini hoca-öğrenci ilişkisi içinde tanımış olmakla gururlandığım Doç Dr Selim Kadıoğlu'na,

Tezimin her aşamasında yol gösterici fikirlerini paylaşan, ufuk açıcı düşünce sistematiğine sahip, çalışkanlığına ve taşıdığı yüksek "anaç" ruha hayran olduğum tez danışmanım Yar Doç Dr Sultan Alan'a,

Bilimsel yöntem ve yaklaşıma sahip olma, dikkatli ve özenli çalışma ve Türkçeyi güzel kullanma konularında kendisinden çok şey öğrendiğim Yar Doç Dr Funda Kadıoğlu'na,

Tıp tarihi konusundaki engin birikimini her ortamda ve zamanda çevresindekilerle cömertçe paylaşan ve tarihe ilgimi pekiştiren Prof Dr İlter Uzel'e,

Tezimin veri toplama ve kaydetme aşamalarında emekleri için Dr Sadık Nazik'e, Dr Selda Okuyaz'a, Bil Uz Seçil Taylan'a ve Yar Doç Dr Rana Can'a,

Çalışmanın istatistik kısmında destek aldığım Doç Dr Ahmet Doğanay' a ve İlker Ünal'a,

Çalışmanın anket kısmına katılarak, verdikleri cevaplarla tezimin değerine katkıda bulunan hastane öncesi acil sağlık profesyonellerine,

Tüm "kürsüdaşlarıma" ve bana kendimi geliştirme şevki, heyecanı ve gayreti veren akademik çevre, ders, kongre ve yol arkadaşlarıma,

Gerek bireysel okumalarımda, gerekse toplu okumalarımızda yararlandığımız bütün eserlerin müelliflerine ve mütercimlerine,

Doktora sürecimin başlarında hayatıma giren ve bu sürecin bütün aşamalarında yaşadığım beden ve zihin sancılarıma ortak olan, tezimin yazımında ve redaksiyonunda büyük emek harcayan sevgili eşim Seyhan'a,

minnettarım.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay i
ÖNSÖZ ii
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR DİZİNİ ix
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
KISALTMALAR DİZİNİ xii
ÖZET xiii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Temel Kavramlar 4
2.1.1. Tıp, Acil Tıp ve Hastane Öncesi Acil Tıp 5
2.1.1.1. Tıp Hakkında Notlar 5
2.1.1.2. Genel Olarak Acil Tıp 6
2.1.1.3. Hastane Öncesi Acil Tıp 9
2.1.2. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları 17
2.1.2.1. Etik ve Tıp Etiği 18
2.1.2.2. Tıp Etiği Temel İlkeleri 21
2.1.2.3. Tıp Etiği İkilemleri 25
2.1.2.4. Tıp Etiği Kodları 27
2.1.2.5. Kavram ve Olgu Olarak Hasta Hakları 28
2.1.3. Medikal, Etik, Sosyal Boyutlarıyla Tedavinin Reddi 30
2.1.3.1. Aydınlatma ve Onam Alma 30
2.1.3.2. Karar Verme Yeterliği 33
2.1.3.3. Tedavi Reddi 35
2.1.3.4. Aydınlatılmış Red 38

2.1.3.5. Tedavinin Reddedilmesi ile İlgili Özel Durumlar 40
2.2. Acil Tıp Etiği ve Acil Tıp Etiği Çerçevesinde Tedaviyi Red Hakkı 43
2.2.1. Tıp Etiğinin Bir Versiyonu Olarak Acil Tıp Etiği ve Acil Tıp Etiğinin Bir Alt Kümesi Olarak Hastane Öncesi Acil Tıp Etiği 44
2.2.2. Acil Durumlarda Aydınlatma, Onam ve Tedavi Reddi 49
2.2.3. Genel Olarak ve Hastane Öncesi Acil Tıpta Tedaviyi Red Hakkı ile İlgili Etik Kodlar ve Yasal Düzenlemeler 55
2.2.3.1. Acil Hekimliği Etik Kodları 64
2.2.3.2. Acil Hemşireliği Etik Kodları 67
2.2.3.3. Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenleri Etik Kodları 68
2.2.4. (Hastane Öncesi) Acil Tıpta Tedavinin Reddedilmesi Hakkında Çalışmalar 69
3. GEREÇ VE YÖNTEM 71
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 71
3.2. Araştırmanın Hipotezi 71
3.3. Araştırmanın Özgünlüğü 71
3.4. Araştırmanın Modeli ve Veri Toplama Gereci 72
3.5. Araştırmanın Katılımcıları 72
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması 73
4. BULGULAR 74
4.1. Demografik Özellikler 74
4.2. İfadeler Üzerinden Bildirilen Görüşler 76
4.2.1. Tek Tek İfadelere Ait Veriler 76
4.2.1.1. Katılımcıların Bir Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 78
4.2.1.2. Katılımcıların İki Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 80

4.2.1.3. Katılımcıların Üç Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 81
4.2.1.4. Katılımcıların Dört Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 82
4.2.1.5. Katılımcıların Beş Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 83
4.2.1.6. Katılımcıların Altı Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 84
4.2.1.7. Katılımcıların Yedi Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 85
4.2.1.8. Katılımcıların Sekiz Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 86
4.2.1.9. Katılımcıların Dokuz Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 87
4.2.1.10. Katılımcıların On Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri 88
4.2.2. İfadelerin Toplu Değerlendirilmesi ve Alt Gruplar İtibariyle Katılımcı Görüşleri 90
4.2.2.1. İfadelerin Toplu Değerlendirilmesi 90
4.2.2.2. Alt Gruplar İtibariyle Katılımcı Görüşleri 92
4.2.2.2.1. Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırma 92
4.2.2.2.2. Görev Süresine Göre Karşılaştırma 93
4.2.2.2.3. Cinsiyete Göre Karşılaştırma 94
4.2.2.2.4. Ambulanstaki Görevine Göre Karşılaştırma 95
4.3. Açık Uçlu Soru Üzerinden Bildirilen Görüşler 98
5. TARTIŞMA 100
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 112
6.1. Sonuçlar 112
6.2. Öneriler 114
6.3. Son Değerlendirme 115
7. KAYNAKLAR 116

8. EKLER 132
8.1. Etik Kurul Kararı 132
8.2. Veri Toplama Formundaki İfadeler 133
8.3. Veri Toplama Formundaki Açık Uçlu Soru 134
9. ÖZGEÇMİŞ 135

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Acil Tıpta Ön Plana Çıkan Özellikler ve Acil Tıbbın Diğer Tıp Alanlarından Farkları 7
Tablo 2. Hastane Öncesi Acil Tıp (Ambulans Ortamı) Uygulamaları 10
Tablo 3. Katılımcıların Tedavi Reddiyle İlgili İfadelere Verdikleri Puanlar 77
Tablo 4. Katılımcıların Tedavi Reddiyle İlgili İfadelere Verdikleri Puanlar (Üçlü Grup) 78
Tablo 5. Bir Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 79
Tablo 6. İki Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 80
Tablo 7. Üç Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 81
Tablo 8. Dört Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 82
Tablo 9. Beş Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 83
Tablo 10. Altı Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 84
Tablo 11. Yedi Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 85
Tablo 12. Sekiz Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 86
Tablo 13. Dokuz Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 87
Tablo 14. On Numaralı İfadeye İlişkin Değerler 89
Tablo 15. Kuramsal Olarak Tedavi Reddi Hakkında Olan İfadelerin Puanları 90
Tablo 16. Acil Durumlarda Tedavi Reddi Hakkında Olan İfadelerin Puanları 90
Tablo 17. Tedavi Reddiyle Karşılaşan Sağlık Profesyonelinin Tutumu Hakkında Olan İfadelerin Puanları 91
Tablo 18. Sağlık Profesyonelinin Paternalizme Yatkınlığını Dile Getiren İfadelerin Puanları 91
Tablo 19. Katılımcıların Yaşı ile İfadelerde Dile Getirdikleri Görüşler Arasındaki Korelasyon 93

Tablo 20. Katılımcıların Görev Süresi ile İfadelerde Dile Getirdikleri Görüşler Arasındaki Korelasyon 94
Tablo 21. Katılımcıların Cinsiyete Göre İfadelerde Dile Getirdikleri Görüşler 95
Tablo 22. Katılımcıların Ambulanstaki Görevine Göre İfadelere Verdikleri Yanıtlar 97
Tablo 23. Katılımcıların Vaka Öyküsündeki Durumda Benimseyecekleri Yaklaşımların Dağılımı 98
Tablo 24. Kazazedeye Müdahale Edeceğini Bildiren Katılımcıların Yaklaşımlarının Dağılımı 99

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı 74
Şekil 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı 75
Şekil 3. Katılımcıların Ambulanstaki Görevine Göre Dağılımı 75
Şekil 4. Katılımcıların Meslek Yaşına Göre Dağılımı 76
Şekil 5. Bir Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 79
Şekil 6. İki Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 80
Şekil 7. Üç Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 81
Şekil 8. Dört Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 82
Şekil 9. Beş Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 83
Şekil 10. Altı Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 84
Şekil 11. Yedi Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 85
Şekil 12. Sekiz Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 86
Şekil 13. Dokuz Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 88
Şekil 14. On Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı 89

KISALTMALAR DİZİNİ

AAEM	American Academy of Emergency Medicine - Amerikan Acil Tıp Akademisi
ACEP	American College of Emergency Physicians - Amerikan Acil Hekimleri Birliği
AHA	American Hospital Association - Amerikan Hastaneler Birliği
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
ATUDER	Acil Tıp Uzmanları Derneği
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation - Kalp Akciğer Canlandırması
DNR	Do Not Resuscitate - Kalp Akciğer Canlandırması Yapma
ICN	International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Konseyi
NAEMT	National Association of Emergency Medical Technicians - Amerikan Acil Tıp Teknisyenleri Birliği
SAEM	Society for Academic Emergency Medicine - Akademik Acil Tıp Cemiyeti
TATD	Türkiye Acil Tıp Derneği
TDK	Türk Dil Kurumu
THD	Türk Hemşireler Derneği
TTB	Türk Tabipleri Birliği
WHO	World Health Organisation - Dünya Sağlık Örgütü
WMA	World Medical Association - Dünya Hekimler Birliği

ÖZET

Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması

Acil tıp kendine özgü bir tıp alanıdır. Gerek fiziki mekan gerekse insan kaynakları olarak özelleşmiş bir alandır. Kendine özgü dinamikleri mevcuttur.

Acil tıbbın farklı bir versiyonu ise hastane öncesi acil tıptır. Hastane öncesi acil tıbbın temel yaklaşımı hastaya olay yerinde tıbbi müdahalede bulunmaktır. Hastane dışı bir ortamda bulunmak sağlık profesyonellerini pek çok sorunla yüz yüze getirmektedir. Etik sorunlar, bu alanın en önemli sorunlarından biridir. Etik sorunlar içinde ise tedavi reddi ve bununla bağlantılı süreçler önemli bir sorun alanı oluşturmaktadır.

Çalışmamızın amacı, acil sağlık profesyonellerinin tedavi reddi konusundaki yaklaşımlarını saptamaktır.

Bu amaçla Kahramanmaraş, Adana, Mersin ve Antakya'da sahada aktif görev yapan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerine yönelik tanımlayıcı bir araştırma yapılmıştır. Uygulanan veri toplama formunda 10 ifade bulunmaktadır. Katılımcılardan bu ifadeleri benimseme derecelerine göre 0-10 arası puan vermeleri istenmiştir. 424 katılımcının verileri değerlendirilmiştir.

Buna göre sağlık profesyonelleri hastanın tedaviyi reddetme hakkını benimsemektedir. Ancak bu hakkın kullanımı aşamasında, acil tıbbi durum varlığı ve yeterliğin tespiti konuları önemli etik çatışmaları barındırmaktadır. Meslek yaşı genç katılımcılar ve kadın katılımcılar yarar sağlamayı önceleyen bir tutum sergilemişlerdir. Genel anlamda ise yeterliği olmayan hastaların tedaviyi reddetme hakkı olmadığı yönünde bir görüş bulunduğu ortaya çıkmıştır çıkmıştır.

Genç katılımcılar hasta özerkliğine saygılı bir tutum ortaya koymuşlardır. Ancak genç katılımcılar paradoksal olarak, acil tıbbi durumlar söz konusu olduğunda paternalizme yatkın bir görüş belirtmişlerdir.

Genel olarak; hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin hastanın tedaviyi reddetme hakkını benimsediği, ancak hayati tehlikenin varlığında ve kişinin yeterliği olmadığı durumlarda bu hakkın kullanımını benimsemediği bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hastane öncesi acil tıp, Tedavi reddi, Tıp etiği.

ABSTRACT

The Patient's Refusal of Treatment in Prehospital Emergency Medicine: Theoretical Assessment and A Field Study

Emergency care is a unique area of medicine. It is a special area of both the physical space and human resources. It has own dynamics.

Pre-hospital emergency medicine is a different version of the emergency medicine. The basic approach of pre-hospital emergency medicine is to care directly to the patient at scene. Being a non-hospital environment brings health care professionals face many problems. Ethical issues, is one of the most important issues of this field. In ethical issues, refusal of treatment and related process are major problem area.

Purpose of this study was to determine the approaches of emergency health care professionals on the refusal of treatment.

For this purpose, it was made a descriptive research to pre-hospital emergency health care professionals who engaged active duty in the field in Kahramanmaraş, Adana, Mersin and Antakya. There are 10 expressions in the form of data collection. It was asked to participants to score between points 0-10 according to the degree of adoption of these expressions. 424 participants were evaluated.

Accordingly, health care professionals are adopt the patient's right to refuse of treatment. However, it contains the important ethical conflicts as the existence of an emergency medical condition and detection of competence, during the use of this right. Age of the young professionals and female participants exhibited an attitude which highlights the utility. In general, it was found that incompetent patients have not the right to refuse the treatment.

Young participants have demonstrated an attitude of respect for patient's autonomy. However, they expressed an opinion that prone to paternalism in emergency medical situations.

Generally, it was found that pre-hospital emergency care professionals adopted the right the refuse of treatment; however they did not adopt the use of the right in presence of life-threatening situations and non-competence of the patient.

Key Words: Pre-hospital emergency medicine, Refusal of treatment, Medical ethics.

1. GİRİŞ

Acil sağlık sistemi, tıbbın en özellikli alanlarından biridir. Kendine özgü bu sistemin en belirgin özelliği işleyişinin kesintisiz olmasıdır. Tıbbın diğer dallarından farklı olarak acil sağlık hizmetlerinde belli bir personel döngüsü içinde, süreklilik içeren bir hizmet akışı vardır. Bu sistem acil tıbbi yardım gereksinimi olan kişilere, iveğen sağlık hizmeti sunumu için organize edilmiştir. Temel yaşamsal fonksiyonların tehlikeye girdiği durumlardan, şiddetli acının eşlik ettiği sağlık sorunlarına kadar pek çok durum için sürekli bir sağlık hizmetini ifade etmektedir.

Acil sağlık sistemi, genel biçimiyle hastaneye adapte olmuş bir sağlık sistemidir. Ancak hastane bünyesindeki diğer sağlık alanlarının her birinden farklı bir konumlanma ve işleyiş şekline sahiptir. Odak noktasında acil sağlık gereksinimi olan hasta vardır. Temel yaklaşımı, acil hastaya en seri ve etkili sağlık hizmetini sunmaktır. Bu süreçte, bünyesinde konumlandığı hastanenin teknik imkanlarını kullanmaktadır.

Amacı acil sağlık yardımı gereksinimi olan hastalara hizmet sunmak olan, bir başka sistem de hastane öncesi acil sağlık hizmetleridir. Ambulans hizmetleri de denilen bu yapı, hastane merkezli acil sağlık sisteminden oldukça farklıdır. Yapılanmasının temel farkları personel yapısı, konumlanması, teknik donanımı ve kendine özgü şartlarıdır. Acil sağlık sistemleri, nitelikli bir sağlık sunumunun en belirgin göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir[1,2]. Acil tıbbi gereksinim halinde hastalara olay yerinde müdahale edilmesi, tıptan beklenen yararın en fazla olacağı durumdur.

Öte yandan tedavi reddi, en temel hasta haklarından biri olarak kabul edilmektedir[3]. Kişinin kendisi için önerilen ya da kendisine yapılması planlanan tıbbi müdahaleyi kabul etme ya da reddetme hakkı vardır[4]. Bu hak, kişilerin özerkliğini ve sistemin bu özerkliğe saygısını yansıtan bir uygulamadır. Kişi, tıbbi süreci hakkında temel belirleyici konumundadır. Tıbbi süreçlerin genel işleyişinde ciddi sorunlar yaratmayan bu tür durumlar, acil tıbbi hallerde çeşitli etik çatışmalara yol açmaktadır.

Bu çalışma kapsamında her türlü tıbbi müdahalenin reddedilmesi konusu ele alınmıştır. Ancak terim olarak "müdahale reddi" yerine, anlam genişlemesine uğramış haliyle bu anlamda yaygın olarak kullanılan "tedavi reddi" tercih edilmiştir. Bu

bağlamda tedaviyi red ile sadece tedaviye değil teşhise, takibe, korunmaya ve hastaneye nakle yönelik uygulamaların reddedilmesi dile getirilmektedir. Genel anlamıyla hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi esas alınıp, onun özel bir yansıması olarak hastane öncesi alanda hastanın tedaviyi reddetmesine yönelinmiştir.

Hayatı tehdit eden bir acil sağlık sorunu karşısında kişinin özerkliğinin sınırı nedir? Hayati tehlikesi olduğunda bile kişinin tedaviyi reddetme hakkı var mıdır? Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde temel hedef, tıbbi bakımdan hastanın yarar görmesidir. Yarar sağlama yaklaşımı üzerine kurulmuş bu sistemde, tedavi reddi durumları sıra dışı etik çatışmaları barındırmaktadır. Bu çatışmaların en önemli özelliği, soruna en kısa sürede çözüm bulunması gerekliliğidir[5]. Etik çatışmaların irdelenmesinin ve çözüme kavuşturulmasının önündeki en büyük engel, bütün bunları başarmak için gereken sürenin sınırlı olmasıdır.

Gündelik meslek uygulamalarında pek çok etik ikilemle karşılaşılmaktadır. Etik sorunların irdelenmesinde temel bir yaklaşım belirlemek ve ona göre tavır almak, genel kabul gören bir uygulamadır. Mesleki etik değerler, kaynağını genel etik değerlerden almakla birlikte bireysel etik algılardan da beslenmektedir.

Bu çalışma tedavi reddinin özel bir tezahürü olarak, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde tedavi reddi konusunu kuramsal yönden incelemek ve bölgesel ölçekte acil sağlık profesyonellerinin tedavi reddi konusundaki görüşlerini araştırmayla ortaya çıkarmak için yapılmıştır. Acil durumlarda tedavi reddinin etik yönü, ülkemizde henüz yeterince tartışılmamıştır. Acil sağlık profesyonellerinin, mesleki uygulamalarında karşılaştıkları bu konuya yönelik tutumlarının belirlenmesi; konunun hem eğitim sürecine dahil olması, hem de hukuki ve etik tartışmalarda daha isabetli fikirlerin oluşumuna katkı vermesi açısından, önemli olacaktır.

Bu tezin bünyesinde yer alan araştırmanın bulgularından-tartışmasından-sonuçlarından öte tedavi reddi konusunda kapsamlı bir çalışma olması öngörülmüştür. Söz konusu araştırma çalışmanın tümünü değil, önemli ama sınırlı bir parçasını oluşturmaktadır. Tedavi reddi genel olarak ele alınmış ve özellikle hastane öncesi acil sağlık sisteminde tedavi reddi konusunda etraflı bilgi verilmiştir.

Bu genel çerçevede genel bilgiler bölümünün ilk alt bölümünde konuyla ilgili temel kavramlar; tıp ve acil tıp, etik ve tıp etiği, farklı boyutlarıyla tedavinin reddi üzerinde durulmuştur. İkinci alt bölümde ise acil tıp etiği özelinde tedavinin reddi

kapsamlı bir şekilde irdelenmiştir. Üçüncü ve dördüncü ana bölümler tez çalışması çerçevesinde yürütülen araştırmanın yöntemi ve yaklaşımı hakkındaki bilgilere ve erişilen bulgulara ayrılmıştır. Tartışma bölümünde tedavinin reddi olgusu araştırma bulgularıyla sınırlı tutulmaksızın tartışılmış; konunun farklı boyutları ele alınmıştır. Araştırma bulgularıyla sınırlı kalmama yaklaşımı sonuç ve öneriler bölümünde de sürdürülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

Giriş bölümünde de belirtildiği üzere tez çalışmasının kuramsal temeline sağlam bir zemin oluşturmak kaygısıyla, genel bilgiler bölümü geniş tutulmuştur. İki alt bölümden oluşturulmuş genel bilgiler bölümünün ilk kısmı temel kavramlarla ilgilidir. Araştırmanın alt yapısını oluşturan görece daha özel kuramsal bilgiler ise ikinci ana bölümde yer almaktadır.

Çalışma kapsamındaki kaynaklardan genel olarak iki farklı şekilde yararlanılmıştır. Temel konulara yönelik saptamalar alana özgü temel kaynak eserlerden yararlanılarak metne dahil edilmiştir. Bu bağlamda, bazı temel kaynaklar için belirli bir sayfa numarası belirtilmek yerine; söz konusu kaynağın konuya genel yaklaşımı ifade edilmiştir. Kaynakların çoğu ise konunun özel bir yönüne ya da belirli bir boyutuna yönelik yaklaşımları nedeniyle sayfa numarasıyla birlikte kaynakçada yer almıştır. Araştırmanın istatistik kısmında kullanılan elektronik programlar ve yararlanılan eserler de kaynakçada gösterilmiştir.

2.1. Temel Kavramlar

Temel kavramlar üç alt başlık altında ele alınmaktadır. Bunların ilkinde genelden özele ilerleyen bir sıra ile tıp, acil tıp ve hastane öncesi acil tıp kavramlarından bahsedilmektedir. İkinci olarak etik ve tıp etiği temel kavramları işlenmektedir. Bu kavramlar; etik, tıp etiği, tıp etiği temel ilkeleri, tıp etiği ikilemleri, tıp etiği kodları ve hasta haklarıdır. Hasta hakları kavramdan öte olgu olarak da ele alınmakta olup hem bu konu hem de tıp etiği kodları konuya, etik açısından olduğu kadar hukuk açısından da bir yaklaşım sunmaktadır. Kavramsal bilgilerin ilk grubu, temel ilgi alanı acil tıp değil tıp etiği olan; ikinci grubu ise temel ilgi alanı tıp etiği değil acil tıp olan okura ana konuları hatırlatma amacıyla verilmektedir. Temel kavramların son alt başlığı altında ise tüm okurlar için tedavinin reddi üzerinde durulmakta; aydınlatma, onam alma, yeterlik, tedaviyi red, aydınlatılmış red konularından kavramsal ve olgusal olarak bahsedilmektedir.

2.1.1. Tıp, Acil Tıp ve Hastane Öncesi Acil Tıp

Tıp, acil tıp ve hastane öncesi acil tıp fazla açıklama gerektiren kavramlar olmamakla beraber, istenmeyen çağrışımlar uyandırmalarını engellemek ve tez çerçevesinde tam olarak hangi anlam yüküyle kullanıldıklarını netleştirmek adına böyle bir bölüme ihtiyaç duyulmuştur.

2.1.1.1. Tıp Hakkında Notlar

Genel sözlükte yer alan tanımına göre tıp, hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvurulan teknik ve bilimsel çalışmaların bütünüdür[6]. Temelde insan sağlığını esas alan tıp, insanın sağlığını sürdürmek, bozulan sağlığını yeniden kazandırmak, iyi ve esenlik içinde yaşamasını temin etmek amacıyla gerçekleştirilen üretici, uygulayıcı ve profesyonel bir etkinliktir. Birçok alt bilim alanından oluşan geniş ve özel bir bilim alanıdır. Tıp hem bir bilgi alanı hem de bu bilginin uygulandığı bir meslektir.

Tıbbi uğraşıların uygulama alanının büyük bir kısmı insan bedeni üzerinde gerçekleşmektedir. Tıbbi müdahalenin insan bedeni üzerinde gerçekleşmesi bu sürece sosyal, politik, ekonomik, etik ve benzeri pek çok boyutu dahil etmektedir. Uygulamalı bir alan olması nedeniyle, tıbbi sürece dahil olan iki farklı insan grubu tanımlanabilir. Bu gruplardan biri bedeni üzerinde tıbbi müdahale yapılan hasta, diğeri ise bu müdahalenin öznesi durumunda olan sağlık profesyonelidir.

Her profesyonda olduğu gibi tıbbın uygulanmasında görev yapan kişilerin de alana özgü profesyonel özelliklerle donanmış olması beklenmektedir. Bu çalışma kapsamında "profesyonel" terimiyle nitelenen kişi; meslek yemini ile göreve başlamasından itibaren hasta ile etkileşimde olduğu tüm süreçlerde topluma verdiği iki önemli sözün farkında olan ve bu doğrultuda mesleki faaliyetlerini sürdüren sağlık çalışanıdır[7]. Söz konusu iki temel konu; sağlık profesyonelinin mesleğe ait yeterli bilgi, beceri ve etik yetkinliğe sahip olduğu ve bu donanımı hastanın yararı için kullanacağıdır. Bütün bu temel özelliklerin üstünde ise toplumla sağlık profesyoneli arasında söze gerek olmadan kurulan güven ilişkisi yer almaktadır.

Sağlık alanındaki profesyonelliğin bir başka belirleyici faktörü de doğrudan birey olarak insanla ilgilenen ve onun esenliğini esas alan bir uygulama alanı olarak tıbbın, etik yükümlülükler içermesidir. Profesyonellik kavramını, etik yükümlülüklere yer vermeksizin tanımlamak olanaksızdır[8].

2.1.1.2. Genel Olarak Acil Tıp

Tıp 20. yüzyılda hem zihniyet hem de uygulama anlamında pek çok gelişme yaşamış[9], paradigma değişiklikleri olmuş ve branşlara ayrılma; uzmanlaşma eğiliminin yarattığı pek çok alt küme oluşmuştur. Bu alt kümelerden biri de acil tıptır.

Acil tıbbın karakteristik özelliği, verdiği hizmetlere hastanın acilen gereksinim duymasıdır. Bir başka bakış açısından acil hasta sınırlı zaman içinde tıbbi müdahalede bulunulması gereken kişidir[2]. Müdahale konusunda sınırlı zaman baskısı altında çalışmak, kararların hızlı bir şekilde alınmasını gerektirmektedir[10]. Bu alanda yaşanabilecek herhangi bir gecikme bazı hastaların yaşamsal öneme sahip risklere açık hale gelmesine sebep olacaktır. Acil sağlık sistemi klinik-poliklinik temelli sağlık sisteminden oldukça farklıdır.

Hasta ile doğrudan temas ve etkileşimde olan tıp dallarının kendine özgü koşulları vardır. Bu bağlamda acil tıpta ön plana çıkan özellikler ve diğer tıp alanlarından tıp alanlarının acil tıptan farkları Tablo 1'de gösterilmiştir[5]:

Tablo 1. Acil Tıpta Ön Plana Çıkan Özellikler ve Acil Tıbbın Diğer Tıp Alanlarından Farkları

Acil Tıp	Diğer Tıp Alanları
Hasta ambulansla ya da polisle getirilir. Hastanın hastane seçme şansı çok azdır.	Hasta tıbbi tedavi için kendisi başvurur. Hasta başvuracağı sağlık kurumunu kendisi seçer.
Hastanın, hekimini seçme şansı yoktur. O gün nöbetçi olan hekimle muhataptır.	Hasta kendi hekimini seçme şansına sahiptir.
Hasta ve hekim birbirlerini önceden tanımamaktadır. Hekim, bazı bilgilerin açığa çıkması için hastanın güvenini kazanmak zorundadır.	Hasta ve hekim birbirlerini, yeterli olmasa da önceden tanımaktadırlar. Güven ilişkisi kurulmuştur.
Hasta ve hekim muhtemelen ilk defa karşılaşmaktadırlar ve hekim hastasının ailesini, değerlerini ve özelliklerini bilmemektedir.	Hekim hastanın ailesini, değerlerini ve ona özgü koşulları kısmen de olsa bilmektedir.
Acil sağlık sistemine başvuran hasta, ani başlayan, iveğen ve ciddi bir rahatsızlık geçirmektedir.	Hastanın, kronik şikayetleri ön plandadır.
Hastalarda anksiyete, şiddetli ağrı, alkol etkisi, huzursuzluk ve bilinç değişikliği sık görülmektedir.	Bilinç değişikliği, huzursuzluk ve madde yoksunluğuna ilişkin belirtilere sahip hastaya nadir rastlanmaktadır.
Acil sağlık sisteminde kararlar hızlı verilmelidir. Zaman son derece sınırlıdır ya da yoktur.	Tıbbi kararları tartışmak, derinlemesine düşünmek ve karar vermek için uzun zaman vardır.
Acil sağlık sisteminde hekim kararlarını çoğunlukla kendi başına vermek zorundadır.	Hekimin kararlarını danışacağı pek çok seçenek mevcuttur. Hastanın ailesi, yakınları, hekimin başka uzmanlık alanlarından meslektaşları, etik komiteler, avukatlar v.b gibi pek çok kişi mevcuttur.
Çalışma ortamı açık ve daha az kontrollüdür. Özellikle hastane öncesi acil sağlık sisteminin çalışma ortamı nerdeyse tamamen kontrolsüz ve her türlü riske açıktır.	Çalışma ortamı kontrollü ve özeldir.
Acil sağlık sistemi, çalışanlar için yoğun stresli bir alandır.	Klasik hastane sistemi acil sistemi kadar yoğun stres içermemektedir.

Acil tıp uygulamalarındaki profesyonellik, bilgi birikimi ve uygulama alanları gibi özellikleri nedeniyle tıbbın diğer alanlarındaki profesyonellikten oldukça farklıdır. Bu profesyonellikteki en önemli ayrım, sağlık profesyoneli ile acil hastası arasında gerçekleşen etkileşim sürecinin etik boyutudur. Acil tıp hastasının incinebilir olması ve uygulamalardaki potansiyel klinik zorluk nedeniyle acil tıp uygulamalarında teknik performans gereksinimi yüksektir. Kişilerin normal sağlık gereksinimlerinden farklı, olağandışı bir durum ve hastaların incinebilirliğinin yüksek olmasından dolayı; acil tıp uygulayıcıları etik donanıma, alana özgü ahlaki normlara ve sosyal yükümlülüklere sahip olmalıdır[11]. Buradaki sosyal yükümlülüklerden kastedilen şey: Profesyonellik kavramı içinde değerini bulan ve mesleğe başlarken edilen yemin gereği, sağlık profesyonelinin mesleğini uygularken iyi ve değerli eylemlerde bulunacağına dair topluma verdiği üstü örtülü sözdür. Acil sağlık profesyonelleri açısından bu sosyal

yükümlülüğün başka mesleklerde örneğine az rastlanılan bir başka özelliği; gerekli olduğunda mesai saatleri dışında da acil tıbbi müdahalede bulunma ödevi olmasıdır[12].

Benzersiz uzmanlıklarından dolayı acil tıp çalışanları; sadece kendi çalıştıkları alanla sınırlı olmayıp, acil tıbbi durumla karşılaştıkları her yerde acil tıbbi müdahale uygulamak zorundadırlar[13,14]. Pek çok kişi ve meslek için geçerli olmayan bu durumun, acil sağlık profesyonelleri için geçerli olması bu mesleğin, mensupları için bir yaşam biçimi olmasını gerektirmektedir.

Acil tıp çalışanlarının, tutarlı ve etik bir yaklaşım çerçevesinde, çağdaş bir acil tıp hizmeti vermeleri beklenmektedir[15]. Bu hizmetin verilmesi pek çok özelliğe sahip olmayı gerektirmektedir. Acil tıp sistemi içinde görev yapan doktorların[13,15,16], paramediklerin[17,18] ve hemşirelerin[19,20] görev ve yetkilerini belirleyen çeşitli yönergeler ve etik kodlar bulunmaktadır.

Acil tıbbi müdahalede ilk ve acil yardımın yararının kavranması ile acil tıp giderek önem kazanmıştır. Bu kazanımların sonucu olarak acil tıbbın da kendine ait alt disiplinleri gelişmeye başlamıştır. Sistemli olarak hizmet vermeye başladığı ilk yıllarda acil tıp, durumu acil olan bütün hasta gruplarına hizmet vermiştir. Günümüzde pek çok ilçe hastanesinde benzer uygulamaları görmek mümkündür. Ancak büyük merkezlerde acil tıp çeşitli alt disiplinlere ayrılarak hizmet vermektedir. İlk ayrılan acil tıp dallarından biri çocuk acil tıptır. Çocuklara yönelik acil tıbbi uygulamalar erişkinlere yönelik olanlardan oldukça farklıdır. Bu farklılık personel ve teknik imkanların yeterli olduğu merkezlerde çocuk acil polikliniklerinin hizmete girmesinin yolunu açmıştır. Bazı merkezlerde ise cerrahi aciller ve dahili aciller ayrı birimler olarak acil hastalarına hizmet vermektedir. Bütün bu acil sistemlerinin tamamı bir hastane çatısı altında acil sağlık faaliyetlerini sürdürmektedir.

Acil sağlık hizmetlerini uygulama alanı olarak iki kategoride incelemek olanaklıdır:

Bunlardan ilki, hastane sistemi bünyesinde uygulama alanı bulan ve bu sisteme entegre olmuş hastane acil tıp sistemidir. Diğeri ise ambulans hizmetleriyle karakterize, hastane öncesi acil tıp sistemidir. Her iki acil tıp sistemi de temelde benzer ve birbirine yakın mesleki uygulamaları içermekle birlikte, hastane öncesi acil tıp sisteminin kendine özgü şartları ve uygulama alanları mevcuttur.

2.1.1.3. Hastane Öncesi Acil Tıp

Ülkemizde gelişme aşamasında olan hastane öncesi acil tıp sisteminin tarihi çok eskilere dayanmamaktadır. Tıbbın bu alanı için "hastane öncesi alan" ya da "ambulans tıbbı" gibi çeşitli isimlendirmeler söz konusudur. Bu çalışma, genel bir bakış açısıyla ele alındığı için "hastane öncesi acil tıp" kelimesi kullanılmıştır. Uluslararası isimlendirmenin de bu yönde olduğu görülmektedir.

Ambulans servisleri çoğunlukla acil tıbbi bakım ve tedavinin ilk basamağını oluşturmaktadır[21]. Hastaların, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden genel anlamda iki çeşit beklentisi vardır: acil tıbbi müdahalenin yapılması ve uygun bir sağlık kuruluşuna naklin gerçekleştirilmesi. Bazı hastalar bu hizmetin ikisini birden talep ederken, bazıları yalnızca birini tercih etmektedir. Dolayısıyla hasta ve hasta yakınları acil sağlık hizmeti alırken en başından belli bir beklenti içindedirler.

Sağlık sistemi içinde ambulans hizmetlerinin, kendine özgü bir konumu vardır. Ambulans hizmetlerinde amaç, hastayı tıbbi açıdan değerlendirmek, stabilize etmek ve uygun sağlık kuruluşuna nakletmektir[22]. Bu süreçlerin tümünde profesyonel bir anlayışın hakim olması gerekmektedir. Bütün sağlık hizmeti sunucuları arasında, acil durumlarda en ön safta görev yapan kişiler, hastane öncesi acil sağlık profesyonelleridir[23]. Bütüncül ekip dayanışmasının önemli olduğu bu grupta, kişisel ilişkiler yoğun yaşanmaktadır[24]. Dolayısıyla grubun her bir üyesi, grubun diğer üyelerini kişisel özelliklerine göre de tanımak durumundadır.

Ambulans tıbbı, sağlık hizmetine eşit erişim olanağı bakımından tıbbın diğer alanlarından ayrılmaktadır. Ambulans hizmetleri, finansal sorunların gündeme gelmediği ve her hastanın tıbbi bakım alabilme konusunda neredeyse eşit olduğu bir sağlık alanıdır. Hastanın cinsiyeti, sosyal statüsü ve ekonomik gücü ya da güçsüzlüğü kişinin acil tıbbi bakım alması önünde bir sınırlama kriteri değildir[11].

Verilen sağlık hizmetleri bakımından hastane öncesi acil tıp, genel acil tıbbi uygulamaların belli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu çerçevede hastane öncesi acil tıpta bir başka deyişle ambulansta verilen sağlık hizmetleri, ilgili oldukları sorunun ciddiyet-vahamet derecesine göre sıralanmış halde Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastane Öncesi Acil Tıp (Ambulans Ortamı) Uygulamaları

Kardiyopulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon uygulaması[2,25,26]
Temel yaşam desteği protokollerinin uygulanması[2,25,27,28]
Endotrakeal entübasyon[2,27]
Oksijen uygulaması[2,25,26,27]
Monitörizasyon[2,27]
Defibrilasyon[2,27]
İntravenöz yolun açılması[2,25,26,29]
Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçların ve sıvıların kullanılması[2,25,26]
Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olunması[2]
Travma stabilizasyonu[2,27,29]
Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonun sağlanması[2,26]
Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapılması[26,27,29]
Uygun taşıma tekniklerinin uygulanması[2,25,26]

Tablo 2'de belirtilen tıbbi işlemlerin ambulans ortamında uygulanabilirliği, görevlilerin formasyon farkından ötürü, ülkeden ülkeye değişim gösterebilmektedir. Örneğin İngiltere, İspanya ve Danimarka gibi ülkelerde hekimler hastanın taşınmasında aktif bir görev almamaktadır[25]. Ülkemizde ise ambulansın ve ambulansta görevli ekibin standartlarını oluşturma süreci devam etmekte olup hekimlerin hastane öncesi acil tıpta aktif görev yapması söz konusu olabilmektedir[2].

Temel yaşam desteği uygulaması hem hastane hem hastane öncesi acil tıbbında geçerlidir. Öte yandan ambulansta görev yapan sağlık profesyonellerinin uygulamaya yetkili oldukları tıbbi işlemler meslek gruplarına göre belirlenmiş-sınırlanmıştır. Örneğin acil tıp teknisyenlerinin (ATT) ve paramediklerin bazı ilaçları ve sıvıları uygulamada sınırlılıkları mevcuttur[2]. Yine benzer şekilde kardiyopulmoner canlandırma işlemlerinin de ancak ambulansta hekim varlığı halinde gerçekleştirilmesi öngörülmüştür.

Genel olarak acil tıbba, özel olarak ise hastane öncesi acil tıbba ait profesyonelliğin bazı özellikleri vardır. Bu özelliklerin bazıları kurumsal, bazıları kişisel, bazıları ise hem kurumsal hem de kişiseldir.

Bu özelliklerden bazıları, (1) hastaya öncelik verme; (2) dürüstlük; (3) teknik yeterlik; (4) yetki ve sorumluluk; (5) iletişim ve empati; (6) adalet; (7) alçakgönüllülük ve şefkat; (8) önyargıdan kaçınma; (9) güvenli sürüş.

Hastaya Öncelik Verme: Ambulans tıbbında görev yapan sağlık profesyonellerinin birinci önceliği ekonomik ve sosyal açıdan hiçbir fark gözetmeksizin, hastanın ve genel anlamda toplumun iyiliğidir. Bu öncelik kurumsal olarak, ambulans hizmetlerinin planlanma aşamasından başlamaktadır. Sonrasında ise ambulans ekiplerinin organizasyonuna, ekiplerin coğrafi olarak konumlandırılmasına, ekibin teknik ve personel donanımına ve eğitim gereksinimlerine kadar bütün aşamalarda geçerlidir. Acil yardım ihtiyacı olan hastaya müdahale etmenin çok önceki aşamalarından itibaren başlayan bu süreçte, kanun koyucu da ambulans ekibine gerekli önceliği sağlamış ve trafikte geçiş üstünlüğü olan araçlar sıralamasında ambulansı ilk sıraya yerleştirmiştir[30].

Özellikle travma vakalarında ilk bir saatte yapılan acil tıbbi müdahale, ölüm oranlarını azalttığından hastaya yarar sağlama açısından çok önemlidir[31]. Bu önemin ve önceliğin gereği olarak acil sağlık sistemi, özellikle travma vakalarına müdahale edilebilecek şekilde organize edilmektedir.

Öncelikten kastedilen bir başka anlam ise sağlık profesyonelinin kişisel gereksinimlerinin de mesleki önceliğine göre düzenlenmesidir. Örneğin, yemek saatinde vaka çıkabilir ve o an öncelik o ekibin açlığı değil, görevlendirildikleri vakadır. Aynı durum diğer fizyolojik ihtiyaçlar için de söz konusudur.

Dürüstlük: Ambulans hizmetlerinde dürüstlük hem bir profesyonellik özelliği hem de bir etik gerekliliktir. Hizmetten faydalanan hasta; kendisine bu hizmeti sunan kişi ya da kurumun doğruluğuna, kendisine yalan söylemeyeceğine, olanı olduğu gibi anlatacağına ve onun için en iyisini isteyeceğine inanmaktadır. Bu durum söz konusu hizmet alanının en önemli profesyonellik özelliklerinden birisidir. Dürüstlük, sadece yazılı kural kümeleri ile sağlanamaz. Üstelik dürüstlük, yalnızca hastalarla etkileşim sürecinde değil sağlık profesyonelinin mesleki yaşamının her alanında var olan bir değerdir. Kişinin meslektaşlarına, idarecilere, hasta yakınlarına, diğer kamu görevlilerine ve topluma karşı dürüstlüğü, değerli bir özelliktir[32]. Profesyonellik, değerli eylemleri barındıran süreçlerle zenginleşen ve anlam kazanan bir olgudur. Bu bağlamda dürüstlük ve güvenilirlik de profesyonelliğin en önemli göstergelerindendir. Dürüstlük, bir eylem sürecinde varlığı ya da yokluğu tutum ve davranışlarla sabit olan bir değerdir.

Teknik Yeterlik: Profesyonelliğin önemli unsurlarından birisidir. Ambulans hizmetlerinin; telekomünikasyon, otomotiv, gaz ve mekanik sanayi, bilişim teknolojileri

ve sağlık sektörü gibi pek çok alanı ilgilendiren yönlerinin olması nedeniyle, teknik yeterlik konusuna özel önem verilmesi gerekmektedir. Bu amaçla çeşitli standardizasyon sistemleri[26] geliştirilmiş ve hukuki düzenlemeler[2,33] yapılmıştır. İnsan faktörünü bir kenara bırakarak, sadece teknik alanlarda standardizasyonun ve yeterliliğin sağlanması, ambulans hizmetleri için başlı başına uzun ve zorlu bir süreci işaret etmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmeti, lojistik ve teknik yönden güçlü ve etkin sistem gerektirmektedir[25]. Sistemin bileşenlerinin herhangi birinde meydana gelebilecek bir aksama beklenmedik bir anda sistemi kilitleyebilmektedir. Bu alanda teknik yeterlik ve zamanında elde edilebilen teknik destek çok önemlidir. Acil yardım gereksinimi olan kişilere sağlık hizmeti sunmak ve her an acil hasta sınıfına girebilecek toplum geneli için bu potansiyeli hazır bekletmek, profesyonelliğin önemli bileşenlerinden biridir.

Yetki ve Sorumluluk: Profesyonel yetki, yapılan işte başarılı bir uygulamayı gerektirir. Ambulans hizmetlerinde başarılı uygulamadan kasıt, acil tıbbi müdahale öncesinde, müdahale boyunca ve sonrasında profesyonelliğin gerektirdiği bütün müdahale, bilgilendirme ve iletişim olanaklarının uygun ve etkin şekilde kullanılmasıdır. Buna örnek olarak, şehrin bir bölgesinden komuta merkezine ulaşan acil yardım talebinin cevaplanması, talepte bulunan hastaya en kısa zamanda ulaşacak ambulans ekibinin koordinasyonu ve adresin bulunması gibi konular gösterilebilir. Bütün bunlar, hastaya bizzat uygulanacak acil tıbbi müdahale öncesi gereken profesyonellik öğelerinden bazılarıdır.

Ambulans hizmetlerinde yetki konusunda önemli bir başka unsur, uygulanacak tedavi yöntemi ya da hastaneye naklin planlamasıdır. Acil tıbbi tedavi yapacak ekibin o şartlar altında, en azından belli bir süre alternatifi mevcut olmayan tıbbi ekip olması, uygulanacak tedavi konusunda da yetkinin söz konusu ekipte olmasını gerektirmektedir. Yetki konusunda, vakayı gören ve değerlendiren ekibin komuta merkezindeki en donanımlı vaka değerlendirme uzmanından daha üstün olacağı açıktır. Hastayı yerinde gören, şartlar ve hastanın tıbbi durumu konusunda değerlendirmeyi bizzat yapan sağlık profesyonelinin yetkinliği, o an için en anlamlı profesyonellik seçeneğidir. Bu seçenekten daha iyi bir acil sağlık bakımı alternatifi oluşuncaya kadar söz konusu ekibin yetkisi devam edecektir. Öte yandan bu yetkinin bir başka yönü ise hastaya uygulanacak tıbbi tedavinin içeriği ve ne ölçüde uygulanacağıdır. Kalp masajı gibi bazı tıbbi

müdahalelerin uygulanıp uygulanmayacağına dair kararlar da hastane öncesi acil tıptaki yetki ve sorumluğa ait önemli örneklerdir[34].

Konunun bir diğer yönü ise bu yetkiyi kullanan sağlık profesyonelinin hesap verebilir olmasıdır. Söz konusu hesap verebilme iki boyutta değerlendirilebilir. İlk boyutunu, başta hastanın kendisi olmak üzere hasta yakınları, hukuki merciler, ambulans ekibinin amirleri ve sosyal güvenlik kurumları gibi somut kurumlar ve kişiler oluşturmaktadır. Hesap verebilirliğin diğer boyutu ise sağlık profesyonelinin etik çözümlemeler için kullandığı felsefi dayanaklardır. Ancak yine de hiç kimsenin hata yapmama garantisinin olmadığı unutulmamalıdır. Özellikle karmaşık pek çok sürecin iç içe geçtiği hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin her türlü hataya oldukça açık bir yapısı vardır. Önemli olan bu sistemin aksayan ve hataya açık taraflarını keşfedip, o alanlar üzerinde iyileştirici uygulamalar yapmaktır. Hesap verebilir olma refleksi, sistemin bu tür açıklarını tanımlamak açısından da eşsiz fırsatlar sunacaktır. Acil tıp uygulamalarındaki teknik beceri ve yetkinlik, bu alandaki etik ihlalleri tümüyle ortadan kaldırmaya yeterli olmamaktadır[35].

İletişim ve Empati: Başarılı bir iletişim süreci olmadan en iyi sağlık hizmeti bile yeterince başarılı sayılamaz. Zayıf iletişim ve başarısız empati, beklenen fayda görülemediği için sağlık hizmetlerini başarısız kılmaktadır[36]. Sağlık profesyonelleri; özellikle acil yardım tıbbında her hastaya saygı göstermeli, onlara empati ile yaklaşmalıdır. Bu davranışların dışa yansıması hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlayacaktır. Acil tıpta hasta iletişimi zor bir süreçtir. Acil tıbbi tedavinin bütün aşamalarında hasta ve hasta yakınlarıyla etkin ve duyarlı bir iletişim gerekmektedir[37]. Hastaların çoğunlukla farklı ve ivedi beklentileri vardır[38]. İletişimin en önemli unsurlarından biri olan etkin dinleme acil tıbbi süreçlerde çok önemlidir. Hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki kültür farkları, hastanın ruhsal durumu ve acil sağlık sorununun hastaya yaşattığı acı ve travma, iletişimi olumsuz yönde etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Bu türden olumsuz faktörlerle başa çıkma yöntemleri, her bir acil yardım profesyonelinin bireysel çabasını gerektirmektedir. Empati, bu yöntemlerin en etkinlerinden biridir. Hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki etkili iletişimin ana unsuru empatidir[39]. Empatinin dört ana bileşeni vardır: duygusal, davranışsal, bilişsel ve içsel paylaşım[40]. Söz konusu bütün unsurları barındıran etkili iletişim, acil sağlık hizmetlerinde önemli bir mesleki profesyonellik alanıdır. Benzer şekilde kurumsal

farkındalık ve hizmet içi eğitimler, iletişimin olumlu yöne evrilmesi konusunda önemli destekleyicilerdir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde iletişim konusu, yalnızca sağlık çalışanı ile hasta arasında gerçekleşen bir süreç değildir. Alanda hizmet veren ambulans ekibinin, kendi içinde gerçekleştirdikleri iletişim de bu konunun irdelenmesi gereken bir başka yönüdür. Başarılı bir ekip çalışması hastaya kaliteli sağlık hizmeti sunulmasında önemli bir etkendir[41]. Ekip çalışmasındaki başarının en temel belirleyicilerinden biri ekip içi iletişimdir. Hastane öncesi alanda takım çalışması ve ekip içi etkili iletişim, hem pek çok tıbbi hatanın önüne geçilmesinde hem de acil sağlık bakımı kalitesinin artırılmasında önemlidir. İyi bir acil tıp hizmeti, ekipteki profesyonellerin etkili iletişim becerilerini gerekli kılmaktadır.

Adalet: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunulan diğer alanlardan oldukça farklıdır[10]. Sınırlı kaynakların kullanımı acil tıpta önemli bir konudur. Özellikle ambulans hizmeti sunumu sırasında hastalara adil bir tıbbi müdahale çabası, pek çok etik sorunu barındırmaktadır. Yapılan bir çalışmada ambulans çalışanlarının çoğu, hastaneye nakledilen hastaların önemli bir kısmının ambulansla naklini gerektirecek bir acil sağlık sorunu bulunmadığını belirtmişlerdir[42]. Bu durum, ambulans sistemlerinin yanlış kullanımını gündeme getirmektedir. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte ambulans sistemlerinin uygunsuz kullanım oranının % 16 ile % 52 arasında olduğu belirtilmektedir[43,44]. Hastaların ambulans yerine kendi imkanlarıyla hastaneye gidebilme olanağının bulunduğu durumlarda hastane öncesi acil sağlık sisteminin meşgul edilmesi önemli bir sorundur. Çünkü bu meşguliyet, profesyonel acil yardıma gereksinim duyan kişilerin bu hizmete ulaşamaması ya da ulaşımının gecikmesine neden olmaktadır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde karşılaşılan ve çözümü için fazladan çaba harcanması gereken konulardan birisi de çoklu yaralanma durumlarıdır. Özellikle etik açıdan pek çok ikilem ve çatışma barındıran bu türden durumlar, hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin gündelik pratiklerinde karşılaştıkları vaka gruplarındandır. Çok kişinin yaralandığı durumlarda acil sağlık hizmetinin sunumu sırasında gündeme gelen bir kavram da "triaj"dır.

Triaj, sağlık profesyonellerince tedavi planlamasındaki hastalar için yapılan, acil ve adil bir tercih işlemidir. Sağlık Bakanlığı'na göre triaj, "çok sayıda hasta ve yaralının

bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin belirlenmesi amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemi"dir[2].

Triaj kararı, tıbbi gerekliliğe ve iyi yapılandırılmış protokollere göre verilmelidir. Çünkü aşırı triaj, hastane öncesi acil yardım sisteminin tıkanmasına sebep olmakta ve fayda sağlanacak başka hastalara ulaşılmasına engel olabilmektedir. Diğer taraftan yetersiz triaj ise acil yardım sisteminden yarar görmesi muhtemel kişilerin bu olanaktan mahrum bırakılmasına neden olmaktadır[45]. Ortaya çıkan bu durum kişilerin zarar görmemesi ile adalet arasındaki dengenin sağlanmasını gerektirmektedir.

Sağlık sisteminden, yaşamın değerini bilen[46], işlevini ona göre düzenlemiş, yeterli ve adil bir sağlık bakımı beklenmektedir. Bireyler arasında ayrım yapmayan ve erişilebilir bir acil sağlık hizmeti etkin bir sağlık hizmetidir. Hastane öncesi acil bakımda hastalar arasında kayırma, hastaların sosyal ve kültürel durumlarına göre tercih belirleme ve hastaları yargılama profesyonelliğe uygun değildir[47]. Adil bir sistem, bütün bu ön yargılardan ve öncelemelerden uzak olmak durumundadır.

Alçakgönüllülük ve Şefkat: Tıp, özel bir yetkinlik ve profesyonellik gerektiren ve pek çok kişi için deneyimlenemez olan çeşitli uygulamalar içermektedir. Uzun ve zor eğitim sürecinden başarıyla geçmek, çoğu profesyonel için mesleki bilgi birikimi ve uzmanlıkla sonuçlanmaktadır. Belli bir tıp alanında uzmanlaşma anlamına gelmeyen bu uzmanlık, ona sahip olan kişiyi toplum nazarında değerli bir konuma yükseltmektedir. Söz konusu uzmanlığın kişiye kazandırdığı bu konum, sağlık arayışı içindeki hastalar açısından o kişiyi yüceltmektedir. Burada kastedilen yücelik, sayıca az olmaktan ve tıbba özgü donanımın sağladığı biriciklikten kaynaklanmaktadır.

Profesyonel uğraşlarda alçakgönüllülük, gücün ve bilginin daha verimli kullanımını sağlayabilmektedir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri bakımından ise bir ekip olarak hareket ediyor olmak, "ben" fikrinden ziyade "biz" fikrini her zaman canlı tutmaktadır. En yalın şekliyle hastayı acil yardım sedyesine alırken sergilenen (ya da sergilenmek zorunda kalınan) profesyonel işbirliği, ekip elemanlarına bu alanda kişisellikten ziyade birlikteliğin önemini hatırlatmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, kişi teorik bilgi bakımından ne kadar yetkin ve donanımlı olsa da her vaka biriciktir. Her hasta, sağlık profesyonellerine konunun bir yönüne ait yeni bir deneyim kazandırma potansiyeline sahiptir. Ancak bu kazanımdan bir pay alacak

olanlar, öğrenmeye açık, kibirden uzak ve mütevazı bir öğrenci durumunda olmayı başarabilen sağlık profesyonelleridir. Alçakgönüllü bir sağlık profesyoneli iddialı söylemlerden uzak, her vakadan kendine bir ders çıkarabilen, tanı ve tedavide doğru kararlar alabilen ve bütün bunlardan mesleki tatmin duyan kişidir.

Şefkat özellikle kadınların belirgin bir niteliği sayılsa[48] da hastane öncesi acil sağlık hizmeti veren her iki cinsiyette de bulunması gereken bir niteliktir. Bu hizmetler şefkat duygusundan yoksun olarak icra edilemez. Acı ve ıstırap içindeki bir acil yardım hastasına tıbbi yardım hizmeti sunmak, o kişiyi hayata bağlamak; mesleki tatmin hisleriyle birlikte kişisel duygudaşlığı ve tatmini de zirveye çıkarmaktadır.

Önyargıdan Kaçınma: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kişilerin mahremiyetiyle alakalı pek çok duruma vakıf olma ihtimalini içinde barındırmaktadır[49]. Tıpta profesyonelliğin en önemli öğelerinden biri hastaların birey olarak mahremiyetine saygı göstermektir. Bu saygı aynı zamanda hastanın değerlerini yargılamamayı da kapsamaktadır. Değerler kişiler için kendi hayatlarının önemli bir parçasıdır. Profesyonel bir iş yapan sağlık çalışanlarının da kendilerine ait değerleri vardır. Ancak bu değerlerin mesleki uygulamalarında profesyonel tutumlarını etkilememesi beklenmektedir[50]. O an acil sağlık hizmeti alan kişi; hangi dünya görüşünden, sosyal statüden ya da dini inançtan olursa olsun, yalnızca bir hastadır. Sağlık profesyonellerinin kişisel kültür yapılarına ya da sosyal kalıplarına ters gelen durumlar, hastanın acil sağlık bakımını ve tedavisini etkilememelidir. Hastane öncesi acil sağlık sisteminden beklenen, hastayı ve değerlerini yargılamak değil acil sağlık hizmeti sunmaktır.

Güvenli Sürüş: Motorlu bir kara taşıtı olan ambulansın güvenlik bakımından diğer kara araçlarından üstün özellikleri yoktur. Ambulansın üstünlüğü onu kullanan kişinin profesyonelliğinden kaynaklanacaktır. Güvenli sürüş tekniklerini bilen ve uygulayan bir sürücü, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunda profesyonel bir özelliği bünyesinde barındırıyor demektir. Güvenli sürüşün öğelerinden bazıları emniyet kemeri kullanılması, yol şartlarına göre hız ayarlaması ve siren sisteminin yerinde kullanılmasıdır. Ambulans her şartta hızlı giden bir araç değildir. Uygun koşullarda en seri ve sağlıklı şekilde giden araçtır. Emniyet kemeri kullanımı ambulansın sadece ön kabini için değil, arka kabini için de önemli bir uygulamadır. Nakledilen hastanın sedyeye sabitlenmesi kadar önemli bir diğer ayrıntı, o hastaya acil

sağlık hizmeti sunan kişilerin de oturdukları koltuklara sabitlenmeleridir. Hatta bu sabitlenme işi sadece insanların sabitlenmesini kapsamamalı, olası kaza halinde yerinden kolayca çıkıp içerdekilere zarar verebilecek tüm tıbbi teçhizatı da kapsamalıdır.

Trafikteki her araç için olduğu gibi hız, ambulans için de ciddi riskler içermektedir. Hastayı acil sağlık kuruluşuna ivedi yetiştirme gayreti, anlamlı ve değerli bir çabadır. Ancak bu amaçla siren çalmasının ve tepe lambası yanmasının ambulansın hastaneye varış süresini kısalttığına dair ciddi kanıtlar bulunmamaktadır[51,52].

Bütün bu profesyonel özelliklerin ötesinde profesyonel davranış; mesleki bilgi düzeyi, klinik beceri, mesleğin genel işleyiş kurallarına uyum ve bu uyumun sekteye uğradığı durumlardaki farkındalıkla ilişkilidir[53]. Özellikle acil tıp eğitim sürecinde, etik konulara yönelik çabaların profesyonelliği hayata geçirmede etkili ve önemli olacağı belirtilmektedir[54]. Profesyonellik, etik duyarlılıkla birlikte hayata geçirildiğinde değeri artan bir kavramdır. Etik duyarlılık ise eğitim yoluyla önemi kavranabilen, kişisel bakışa ve geçmiş tecrübelere göre değişebilen dinamik bir özelliktir. Bu iki konunun, mesleği icra edenlerce kavranması ve içselleştirilmesi; mesleğin sahada uygulanmasının çok öncesinde, yani teorik eğitim aşamasında gerçekleşmelidir.

2.1.2. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları

Beş alt bölümden oluşan bu bölümün amacı, tezin acil tıp camiasından okurlarına etiğe ve tıp etiğine ait temel kavramların hatırlatılmasıdır. Tıp etiği temel ilkelerinden, tıp etiği ikilemlerinden ve tıp etiği kodlarından bahsedilmiştir. Son alt bölümde ise hasta hakları, kavramsal ve olgusal boyutlarıyla ele alınmıştır. Etik kodlarla ve hasta haklarıyla ilgili bölümlerde doğal ve kaçınılmaz olarak tıp-sağlık hukukundan bahsedilmiştir.

2.1.2.1 Etik ve Tıp Etiği

Etik, felsefenin alt disiplinlerinden biridir. İnsanın kişisel ve toplumsal yaşamındaki ahlaksal davranışları ile ilgili sorunları ele alıp inceleyen felsefe dalıdır[55,56]. Felsefenin diğer disiplinlerine göre etik, günlük yaşamla ve günlük yaşamın sorunlarıyla daha çok ilgilidir. Etik, çevresinde olup bitenler karşısında insanın tavırlarını çözümleyen, "ne yapmalıyız?" sorusuna aranan yanıtları temellendiren; eylem ile bilgi arasındaki ilişkileri inceleyen, genel anlamıyla iyinin ne olduğunu araştıran felsefe dalıdır[57]. Etik, eylemi doğru değerlendirmenin ya da doğru eylemde bulunmanın koşullarını incelemeyi ve onun üstüne söz söylemeyi içermektedir. Bir başka tanıma göre etik; insanlar arası ilişkilerde eylemin ne olduğunu, bir eylemin hangi öğelerden oluştuğunu ve eylemin ne gibi belirleyicileri olduğunu incelemektedir[58].

Etik kavramını felsefe diline kazandıran kişi Aristoteles'tir. Aristoteles'ten itibaren etik, felsefenin kuramsal kısmından ayrılmış; kendi başına, bağımsız ve kendine özgü bir felsefi alan olmuştur[59,60]. Etik sözcüğü; karakter, alışkanlık, gelenek ve töre anlamına gelen Yunanca *ethos* (ηθos) sözcüğünden türemiştir[58]. Etik günümüzde hem bazı eylem, ilişki ve kişileri niteleme için sıfat olarak, hem de bir bilgi alanının adı olarak kullanılmaktadır. Değerlere ve eyleme ilişkin doğru bilgi getirme peşinde olan bir etkinlik olan etik: 'İyi nedir?' ya da 'ne yapmalıyız?' gibi soruları kendisine ödev olarak koyan felsefe dalıdır[61]. Genel bir ifade ile etik, eylem hakkında bilgiler dile getiren bir alandır[62]. İnsanların "doğru eylem nedir?" gibi etiğe ait sorular sormasına neden olan şey ise genelde gündelik yaşamda olup bitenler ve yaşamın getirdiği sorunlardır. Ancak değerlerle, eylem ve değerlendirmeyle ilgili olarak sorulan her soru etiğin sorusu değildir. Etiğin soruları doğrudan kendi yaşamımızda veya kamu yaşamında kararlar aldığımızda ve eylemde bulunduğumuzda yüz yüze geldiğimiz veya görmezlikten geldiğimiz etik sorunlarla ilgili sorulardır[63]. Etik, insana ilişkin etik sorunlarla ilgili doğrulanabilir ya da yanlışlanabilir bilgiler ortaya koyan ya da en azından koyması beklenen bir felsefe disiplinidir. Tepe'ye göre etik, yapılması gerekeni söyleyen ya da normlar ortaya koyan bir etkinlik değildir[64]. Ancak etik, normlar ortaya koyan bir etkinlik olmamakla birlikte günümüzde her meslekte uzmanlaşma olması o mesleği uygulayanlarca birtakım normlar oluşturmayı gerekli kılmaktadır. Oluşturulan bu normlara söz konusu mesleği icra edenlerin uyması beklenmektedir. Aranan normlar;

kişilerin dünya görüşlerinden, kültürlerinden, ideolojilerinden, dinlerinden bağımsız olarak uygulanmaları beklenen normlardır[65].

Meslek etiklerinin gündeme gelmesinde, çeşitli mesleklerde toplumun kabul edemeyeceği uygulamaların ortaya çıkması ve felsefede metaetiğin egemenliği[63] önemli rol oynamıştır. Meslek etiklerinin popüler olmasında önemli olan etkenlerden birisi de belli bir mesleğin icrası sırasında geçerli kılınacak normların ve izlenecek yolların belirlenmesi isteğidir. Bu isteğin temelinde yatan şey ise mesleklerde belli bir hizmet standardının yakalanmasının sağlanmasıdır. Bir mesleğin icrası sırasında yapılması ya da yapılmaması doğru olan pek çok eylem olanağından bahsetmek mümkündür. Meslek anlamında her işte belli standartların varlığı, o meslek mensuplarının yalnızca etik açıdan değil; hukuki açıdan da "doğru" eylemlerin peşinde olmalarına eğilim yaratabilmektedir.

Etiğin temel uğraşı eylem bağlamında iyi ile kötünün anlamlandırılması-tanımlanması-sorgulanması olup bu düşünsel-normatif etkinlik tarih boyunca çeşitli aşamalardan geçmiştir. Bu aşamaların en önemlilerinden birisi de sonradan meslek etikleri içinde sayılacak olan tıp etiğinin ortaya çıkmasıdır[58]. Tıp etiğinin giderek güncelleşmesini tarihsel, teknolojik, toplumsal gelişmelerle ilgili üç temel nedene dayandırmak olanaklıdır[66]:

Tarihsel Nedenler: Nazi doktorlarının uyguladıkları tıbbi denemeler, hekimlere karşı toplumda mevcut olan güveni sarsmış ve tıbbi araştırmalar için birtakım kuralların konulmasının önünü açmıştır.

Teknolojik Gelişmeler: Teknik imkanların tıbbi süreçlere dahil olması ile pek çok etik ikilem ortaya çıkmıştır. İlk örnekleri organ aktarımları ile görülen bu gelişme, sonradan ileri teknoloji tıbbı denilen kavrama evrilmiştir. Yoğun bakım sistemlerindeki gelişmeler, genetik kopyalama, tüp bebek ve daha pek çok başka konu tıp, etik ve dolaylı yoldan hukukun gündemini meşgul etmeye başlamıştır.

Demokratik Toplum Bilincinin Gelişmesi: Bu gelişmeye paralel olarak çeşitli hak talepleri ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda hasta hakları, sağlıklı çevre ve yaşam hakkı, iyi ölüm hakkı gibi hakları saymak mümkündür.

Bilim ve teknolojideki gelişmeler tıbbın hizmetine çok önemli katkılar sağlamaktadır. Ancak bilim ve teknolojinin salt kendilerinden yola çıkarak neyin iyi ve neyin doğru olduğuna karar vermeleri beklenemez. Bu iki alandan kaynaklanan

üretimlerin doğru yolda ve insanlığın iyiliği için kullanılması için; onlar üzerinde düşünen, tasarımlar geliştiren ve "iyi" yi isteyen kişilerin varlığı ve bu konudaki bilgi üretimine gerek duyulmaktadır. Tıp etiği, tıp uygulamalarının bu noktasında iyinin ne olduğunun peşindedir. Amacı; tıp uygulaması sırasında ve ondan dolayı ortaya çıkan etik sorunları tanımak, kavramak, çözümlemek ve çözüm yolları üretmektir[58].

Tıp etiği sistematik bir düşünme yöntemidir. Bu yöntemde sorulara kesin yanıtlar aranmasından ziyade; güvenilir, tutarlı ve haklı çıkarılabilir değerlendirmelere ulaşılması önemli görülmektedir[56,67]. Tıp etiği, tıbbi ilişkiler çerçevesinde sağlık profesyonellerinin iyi davranmak adına neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiği hakkındadır[68]. Bu yapma veya kaçınmalar tıp çevrelerince kurallar ya da kural ihlalleri olarak algılanmaktadır. Oysa akademik çevrelerde tıp etiği; ilkeler, öğretiler, ikilemler ve onlara yönelik düşünmeler, fikir yürütmeler, eleştiriler ve tartışmalar olarak gündeme gelmektedir. Bu bağlamda tıp etiği; hekim ya da genel olarak sağlık profesyoneli, hasta ve toplum olarak üç ana eksen çerçevesinde anlaşılmaktadır[69].

Tıp, yapılan işlerin teknik açıdan etkili bir şekilde gerçekleştirilmesinden ibaret değildir. Tıbbi sürecin hemen bütün aşamaları insanı ve onunla bağlantılı olarak insanın bedenini, yaşam durumunu, tedaviye katılım isteğini, öz bakımını ve hem yakınlarıyla hem de tıbbi bakım ekibiyle etkileşimini içermektedir. Bu etkileşim türü asimetriktir. Bu asimetrinin nedeni, bilimsel öğeler de içeren bir uzmanlaşma alanının bilgi birikimi ve bu birikimi hastası için kullanan sağlık profesyoneli ile hastanın bilgi ve teknik açıdan eşitsizliğidir. Buradaki eşitsizliğe konu olan iki alan, bilgi ve tekniktir. Bu alanların her ikisi de hem ayrı ayrı hem de birlikte eşitsizlikte rol oynamaktadır.

Bilginin olduğu her yerde etikle ilgili sorunlarla karşılaşılabilmektedir. Daha fazla bilgiye sahip olan taraf, bilginin kullanılması ve aktarılması süreçlerinde nasıl davranacaktır? Bu bilgiden mahrum olan taraf, tıpkı ticari faaliyetlerde değiş tokuşu yapılan malın değeri konusunda yeterince bilgisi olmayan taraf gibidir. Bilgi konusunda zayıf olan taraf, diğerine güvenmek ve onun kendisini aldatmadığına inanmak ister. Bu açıdan bakıldığında, eğer bilgiyi elinde tutan taraf kötü niyetli ise ticari eylem sonucunda bilgisi az olan taraf, bir süre sonra bu durumun farkına varıp gerekli müdahaleyi yapabilir. Tıbbi süreçlerde bilginin doğru kullanılması bilgiye sahip olan kişi tarafından sağlanabilir. Bilgiye sahip olan kişinin kendi iç dünyası ve etik donanımı, doğru eylemde bulunması konusunda ona yön gösterebilir. Dışarıdan

yapılacak bir gözlem ancak kullanılan bilginin açıkça kötü yönde kullanıldığı durumlarda ve açık ihmalin varlığında cezalandırma sistemini devreye sokabilir. Yine de bu gözlem ve denetim, tıbbın günlük uygulamalarında bilginin etkili ve etik olarak kullanılmasını sağlayamayabilir.

Sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki eşitsizliğe sebep olarak gösterilen ikinci etken ise tekniktir. Teknik konular ve aletler, tıp uygulamalarının en temel araçlarından biri ve tıbbi gelişimin en önemli bileşenleridir. Teknik konular, bilgi gerektirse de bu noktada asıl değinilmek istenen bizzat teknik aletlere sahip olmanın getirdiği eşitsizliktir. Bu teknik aletlerin mevcut olmadığı ya da kullanılamadığı bir ortamdaki eşitsizliği yaratan şey, sadece bilgi olacaktır. Bilgi ile birlikte teknik donanım eşitsizliği katlamaktadır. Teknik eşitsizlik, ancak teknik malzemelerin gerçek varlığında söz konusu olmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin hasta ile ilişkilerinde karşılaşacakları her çelişkili durum, her zaman etik bir sorun teşkil etmeyebilir[70]. Sağlık çalışanının karar verme sürecinde kendisi için ikilem yaratan vakanın nitelikleri, iyi tespit edilmelidir. Vakanın etik bir sorun olup olmadığı; vakanın hukuki, sosyal, kültürel, ekonomik, estetik, politik ve idari özellikleri gibi doğrudan etikle bağlantılı olmayan tarafları bertaraf edildikten sonra açıklığa kavuşacaktır. Diğer taraftan, bir vaka elbette hem etik hem de hukuk zemininde tartışmaya açık olabilir. Ayrıca diğer başka boyutlarıyla da pek çok alanı ilgilendiriyor olabilir. Burada önemli olan, ikilemin ya da sağlık profesyonelinin yaşadığı iç çatışmanın çözümü konusunda etik düşünmeyle doğrudan bağlantısı olmayan bir boyutunun olup olmadığıdır.

2.1.2.2. Tıp Etiği Temel İlkeleri

İlke kavramı, farklı çerçevelere özgü temel yaklaşımlar ile davranışlara yön gösteren en genel, temel ve soyut kuralları içermektedir[67]. İlkelerin, esinleyici değer yargıları olarak sağlık profesyonellerine yol gösterici oldukları kabul edilmektedir. İlkeler, bir konuda düşünürken ve eylemde bulunurken kişinin çıkış noktasıdır. İlkelere dayanmayan bir eylem belirsizlikte ya da gelişigüzellikte boğulup kalacaktır[71]. Bu bağlamda tıp etiği de bazı temel ilkelerin yol göstericiğinden yararlanmaktadır. Tıp

uygulamaları sırasında etik tartışmaların belli ilkeler çerçevesinde görülme ve yorumlanması önemlidir[32]. Tıp etiği çerçevesinde kimi temel etik ilkeler, tıbbi eylemlere yol göstericilik bakımından daha kuvvetle benimsenmekte ve daha sık kullanılmaktadır. Klinisyenler ve etik üzerine söz söyleyenler tarafından çeşitli tıp etiği ilkeleri ortaya konmuştur.

Bu ilkeler arasında özellikle Ross'un, Beauchamp ile Childress'ın, Downie ile Calman'ın, Veatch'ın ve Macer'in ortaya koydukları ilkeler, tıp etiği alanında kendilerine yer edinmişlerdir[71]. İlke belirleme adına bahsi geçen kişiler dışında, Tavistock Grubu gibi tıp ve etikle uğraşan kişilerden oluşan grupların ortaya koyduğu prensipler de mevcuttur[72,73]. Ancak Beauchamp ve Childress tarafından ortaya konulan ilkeler[3] en çok benimsenenler olmuştur.

Tıp etiği temel ilkeleri, kurallarla belirlenmemiş durumlarda karar verirken yol gösterici olmaktadır[74]. Genel anlamda ilkeler arasında bir hiyerarşiden bahsedilmemekle birlikte bazı durumlarda, bazı ilkelerin ön plana çıktığı ve ağırlık kazandığı görülmektedir[75].

Beauchamp ile Childress'ın dörtlü modelinde yer alan dört temel biyomedikal etik ilkesi hakkında kısaca şu tespitleri yapabiliriz:

Zarar Vermeme: Zarar vermeme ilkesi kaynağını Hipokratik tıp etiğinden almaktadır[76]. Bu geleneğe göre, hastalıklar iyileşecekse kendi doğal seyri içinde iyileşmektedir. Hekimin dışarıdan yapacağı müdahale bu iyileşme sürecini engellememelidir.

Öte yandan daha geniş bir anlamıyla zarar vermeme, sağlık profesyonellerinin bireysel olarak kişilere ve toplumun tümüne zarar vermemesi olarak da algılanabilir. İyileştirici ve esenliğe götürücü bir alan olarak tıbbın, kendisinden olumlu beklentileri olan topluma zarar verici bir konumda olmaması gerekmektedir. Tıp büyük kısmı itibariyle bireysel bir konu olduğu için, zarar vermeme ilkesinin kapsamı da daha çok bireysel planda kabul edilmektedir.

Hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki ilişki güvene dayalı bir ilişki türüdür. Bu süreçten hastanın beklentisi, sağlığına yeniden kavuşmak ve esenlik içinde olmaktır. Sağlık profesyonelinin mesleğini uygularken kendisine rehberlik edecek en temel ilkelerden biri olan zarar vermeme ilkesi, hasta ile arasındaki güvenin temelidir.

Buradaki zarar kavramından yalnızca hasta anlaşılmamalıdır. Bizzat hasta, hastanın yakınları, toplum ve hatta tıp biliminin kendisi de bu zarar tanımı içinde etkilenen kısımda yer alabilmektedir.

Yarar Sağlama: Zarar vermeme ilkesiyle birlikte ele alınabilen yarar sağlama ilkesi, genel anlamıyla sağlık uğraşlarında hastaya öncelikle ve her şeyin üstünde yararlı olmayı öngören ilkedir[32]. Tıp, yararcı bir disiplindir. Yarar bağlamında, diğer kurum ve kişilere (toplum ve hasta yakınları gibi) oranla hasta yararının belirgin oluşu daha ön plandadır. Yarar sağlama ilkesi, tıp sisteminin olanakları kapsamında hasta için yarar potansiyeli taşıyan herhangi bir yaklaşım var ise bunun kullanılması anlamına gelmektedir.

Ancak buradaki yarar kelimesinin hangi koşulda ne anlama geldiği çok önemlidir. Yaşam kurtarıcı bir tıbbi müdahale için hastanın beden bütünlüğünün sınırlı bir zarar görecek olması, hastanın bu müdahaleden göreceği muhtemel yararın önüne geçmemelidir. Yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri, birbirleriyle iç içe ve bağlantılı ilkelerdir[76]. Hatta bazı yazarlar bu iki ilkenin tek bir ilke şeklinde ele alınmasını önermişlerdir.

Tıbbın diğer alanlarında olduğu gibi hastane öncesi acil sağlık alanında da yarar sağlama ilkesi güçlü bir şekilde varlığını sürdürmektedir. Hatta ambulans çalışanları, sonucunun olumsuz olduğunu düşünseler bile birtakım acil tıbbi müdahalelere devam etme eğilimindedirler. Bir çalışmada ambulans çalışanlarının % 40'ı kişisel olarak hastaya bir yararının olmayacağını düşündükleri halde, hastaya kalp masajı yapmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir[77].

Özerklik ve Özerkliğe Saygı: Tıp etiği açısından özerklik, bireyin kendi değerlerinden yola çıkarak kendisiyle ilgili kararlar vermesi ve bu kararlar doğrultusunda davranması anlamındadır. İnsan olmanın en önemli unsurlarından biri olan özerklik, insan haklarının da temel dayanaklarındandır.

Günümüzün çoğulcu toplumsal yapısında, hekimin ve hastanın ahlaki konular üzerinde geniş bir fikir birliğine varması artık imkansızdır[78]. Karar alma süreçlerindeki modellerin çeşitliliği esas olmakla birlikte hekim-hasta etkileşim modellerinden son yıllarda ortaya konulan paylaşım modeli, gitgide etki alanını artırmaktadır[79]. Bu modele göre, hekim ve hasta arasında bilgi akışı iki yönlüdür. Hekim profesyonelliği gereği hastalıkla ile ilgili bilgileri hastaya aktarmakta; hasta ise kişisel özelliklerinin ve değer

yargılarının hekim tarafından bilinmesini sağlamaktadır. Hekim; önerdiği tıbbi müdahaleyi, bu müdahalenin olası faydaları ve risklerini, alternatif tedavi yöntemlerini, tedavisiz bırakılırsa hastalığın sonucunu ve tedavinin devamı durumundaki gelişmeleri anlayabileceği bir lisan ile hastaya anlatmaktadır. Burada karar verici konumda olan sadece hasta ya da hekim değildir. Ortak bir kararın oluşması esastır. Bu karar, aynı zamanda hastanın özerk kararı olacaktır. Yani dolaylı olarak, hastanın reddettiği hiçbir tıbbi işlem ya da süreç başlamayacaktır. Hasta; kendi bedeni, sağlığı ve tedavi şekli hakkında kendi kararını verecektir.

Özerk olmanın ön koşulu, gerçeği değerlendirebilme ve karar verebilme yeterliliğine sahip olmaktır[80]. Bu yeterlik, hastanın kendisi hakkında verdiği kararın geçerliği bakımından önemlidir. Özerk bireyin kendisi hakkında verdiği her kararın sorumluluğu da kendisindedir. Ancak tıbbi durumun kişiyi zayıf bırakması, zihni melekelerini kullanabilmesinden onu alıkoyuyor olması, kişinin yeterliğini sorgulamayı gerektirmektedir.

Bu bağlamda yaşamı tehdit eden; ancak acil olmayan durumlarda da kişilerin kendi özerk kararları olarak tıbbi tedaviyi reddetme hakkı vardır[81]. Genel olarak, olağan seyrinde giden tıbbi süreçlerde tedavi reddi ve hasta özerkliği gibi konular çok sık gündeme gelmemektedir. Tedavi reddi durumlarında özellikle gündeme gelen özerklik ve özerkliğe saygı kavramları, rutin tıbbi süreçlerde sağlık profesyonelleri tarafından varlığı kabul edilmiş kavramlardır.

Hasta özerkliğine saygının uygulamada kendine yer bulabilmesinin önemli basamaklarından biri de sağlık profesyonelinin mesleki bütünlüğüdür. Burada kastedilen bütünlük, sağlık profesyonelinin mesleki ve etik donanımıdır. Bu donanım, özerklik kavramı altında hastanın kullandığı karar verme yetkisinin dengeleyici unsurudur. Hasta özerkliğine saygı önemlidir; ancak bazı sınırlamalar içermektedir. Bu sınırlamalar arasında; daha çok kurumsal meselelerle alakalı olan kısıtlamalar, fayda-zarar dengesi aşırı sorunlu olan hasta talepleri ve sağlık profesyonelinin mesleki dürüstlüğünü geri plana iten durumlar sayılabilmektedir[82]. Hastaya zarar vereceği açıkça belli olan birtakım müdahale taleplerine olumlu cevap vermek, sağlık profesyonelinin mesleki bütünlüğüne aykırı bir durum oluşturmaktadır. Öte yandan, uygulanması gerekip de uygulanmaması talep edilen herhangi bir tıbbi müdahalenin aynı perspektifte değerlendirilemeyeceği de açıktır. Tıbbi olarak sorunlu olan iki alan;

bizzat eylemde bulunmak ile eylemde bulunmayıp pasif kalmak arasında mesleki bütünlük açısından önemli farklar mevcuttur.

Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesinden beslenen ve tıbbi ilişkinin gündelik uygulamalarında kendine yer bulan bir olgu da aydınlatma ve onam almadır. Bu olgu ileride geniş ve ayrıntılı olarak ele alındığı için burada üzerinde durulmamıştır.

Adalet: Tıp etiği kavramları arasında adalet ilkesini farklı ve değerli kılan sebep, kişinin "hasta" olmasından kaynaklanan özel durumudur. Sağlık sisteminden faydalanmayan ya da o an için hizmet alma durumunda bulunmayan kişiler ile sağlık sisteminden bu hizmeti talep eden kişiler arasında bir eşitsizlik söz konusudur. Burada hasta konumunda bulunan kişiye yönelik bir pozitif seçicilik mevcuttur. Bunun kurumsal karşılığına örnek olarak, ambulansın trafikteki geçiş üstünlüğü gösterilebilir. Normal trafikte seyreden ve içinde hasta bulunmayan araçlara göre içinde hasta bulunan araç geçiş üstünlüğüne sahiptir[30]. Ambulans ve diğer araçlar, trafikteki konumlarına göre hastanın öncelikli pozisyonu nedeniyle eşit değildir.

Tıp etiği açısından adalet ilkesi; haklara, hakların yorumlanmasına ve sorgulanmasına dayanmaktadır. Bu bağlamda adalet ilkesinin, hukuk ile de sıkı bir teması söz konusudur. Adalet bir değer sorunudur. Eşitler arasında bir değer biçme ve bu değere göre muamelede bulunma söz konusudur.

Adalet ilkesini, sağlık sistemiyle bir şekilde muhatap olan kişiler arasındaki eşitlik ve bu eşitliğin sağlanması olarak değerlendirmek mümkündür. Bu konu başlığı içine toplumun her kesimine adil sağlık hizmeti sunumu, sınırlı kaynakların hangi sağlık alanlarına aktarılacağı, olası felaket durumları için alınacak önlemlerin hakça dağıtımı (aşılama hizmetleri, maske dağıtımı vb) ve sağlık hizmetlerinin planlanması gibi konular dahil edilebilmektedir.

2.1.2.3. Tıp Etiği İkilemleri

İkilem, sağlık çalışanının istemediği halde birini tercih etme durumunda kaldığı iki olanak karşısında bulunmasıdır[61]. Sağlık profesyoneli her iki tercihinde de doğru hareket edemeyeceği bir durumla karşı karşıyadır. Tıp etiği ile ilgili sorunların çözümünde yukarıda bahsedilen temel ilkeler belirleyici rol oynamaktadır. İlkelerin yol

göstericiliğinde her özgün durum için ilkelerin biri ya da birkaçı ön plana çıkmaktadır. Etik konularda yaşanan ikilem, karar vericinin yaşadığı seçim sorunudur[67]. Tıp etiği ikilemlerinde yaşanan seçim sorunu, sağlık profesyonelinin bir vaka sırasında hangi ilkeye göre karar vereceği konusunda yaşadığı ikilemdir. İlkelerden hangisinin daha çok değer koruyucu olduğu ya da hangisinin ihlal edilebilir olduğu konusu, temel sorunu teşkil etmektedir.

Tıbbi eylemlerinde, sağlık profesyonelinden yeterli ve gerekli bilimsel bilgi birikimine sahip olmanın yanı sıra etik açıdan kabul edilebilir kararlar alması da beklenmektedir[74]. Bu beklentinin bir gereği olarak etik ikilem yaşayan sağlık profesyonelinin temel tıp etiği ilkelerinden birine ya da birkaçına uygun, bir diğerine aykırı bir eylemde bulunması gerekecektir. Bu durumda bir ilkeye uygun davranmak bir diğerine aykırı olmayı; ya da bir değeri korurken diğerini harcıyor olmayı beraberinde getirmektedir[67]. Zarar vermeme ve yarar sağlama ilkeleri genellikle birlikte ele alınmaktadır. Bu iki ilke arasında çatışma beklenmese de bazı durumlarda ayrı ele alınmaları da söz konusu olmaktadır. Gündelik tıp uygulamalarında ise çoğunlukla, bu iki ilke ile özerkliğe saygı ilkesinin çatışma içinde olduğu vaka örnekleri yaşanmaktadır. İlkelerin çatışma halinde olduğu durumlarda, özellikle de yaşamın tehdit altında olduğu durumlarda, sağlık profesyonelinin özerkliğe saygı gösterme konusunda çekingen davranma hakkı, hem etik hem de hukuk bağlamında kabul edilmiştir[80].

Tıp etiği ilkeleri, sağlık profesyoneline tutum ve davranışlarının niçin iyi ve doğru olduğu konusunda haklılığını göstermek ve temel dayanak oluşturmak için önemlidir. Bu ilkeler arasında yaşanan bir çatışma ise sağlık profesyonelinin etik duyarlılığının bir göstergesi olmaktadır. Benzer şekilde, etik duyarlılık kişinin mesleki yaşamıyla sınırlı değerlendirilmemektedir. Kişisel yaşamında karşılaştığı etik sorunları irdeleme, değerlendirme ve sonuçlandırma yetisine sahip bireylerin, profesyonel meslek yaşamında karşılaştığı etik sorunlara yönelik de aynı yetkinliği göstermesi yadsınacak bir durum değildir.

2.1.2.4. Tıp Etiği Kodları

Tıp etiği kodları, tıbbi eyleme ya da sürece yol göstermek amacıyla hazırlanmış, ulusal ya da uluslararası ölçekteki resmi ya da gayrı resmi meslek otoritelerinin ortaya koyduğu meslek kurallardır. Etik kurallar, etik ilkelerden türetilen ve onlar gibi davranışlara yön gösterip ölçüt oluşturan, ancak etik ilkelere göre daha özel ve somut düzenlemelerdir. Etik kod ise belirli bir konudaki etik kurallar kümesidir[67,68]. Bu bölümde incelenecek olan etik kodlar, acil sağlık hizmetleri sitemi içinde görev yapan sağlık profesyonellerine yönelik, resmi mevzuat dışında olan ve genelde meslek örgütlerince hazırlanmış kodlardır. Etik kod oluşturma, hakları güvenceye alma, karar vermede yol gösterici olma ve meslekleşme ve bakımından sağlık profesyonelleri tarafından gerekli kabul edilmektedir[83].

Etik kodlar, acil hastayla sağlık profesyoneli arasındaki ilişkiden, sağlık profesyonelleri arası mesleki ilişkilere kadar pek çok konuyu düzenlemektedir. Hasta–sağlık profesyoneli ilişkisinde profesyonel olan tarafın sağlıkçılar olması genel olarak ilişkide ve özel olarak iletişimde sağlık profesyonellerine daha fazla sorumluluk yüklemektedir. İlişkiyi yönetme ve yürütme yükümlülüğü sağlık çalışanındadır. İletişim becerileri sadece hasta ile gerçekleşen iletişimle sınırlı olmamaktadır. Aynı ya da paralel meslek gruplarına mensup sağlık profesyonellerinin kendi aralarındaki iletişime dayanak oluşturmak için de etik kodlar yol gösterici olabilmektedir.

Her meslek sahibinin mesleğini icra ederken karşılaşması olası bir takım değer sorunları vardır. Meslek sahiplerinin bir yandan bu sorunlarla ilgili düşünme yöntemleri geliştirmesi, diğer yandan sınırlarını ve olanaklarını irdelemesi söz konusudur[84]. Etik kodlar çoğunlukla bu yöntem geliştirme ve irdeleme süreçlerinin ürünüdür. Etik kodlar aynı zamanda, meslektaşlar arasında ortak kimlik inşa etme çabasının da ürünüdür. Kodlar, mesleğin topluma vaat ettiklerinin ve toplumdan beklentilerin dile getirildiği metinler olmanın ötesinde, toplumda o mesleğin varlığına ve duruşuna yönelik olumlu bir bakış açısı sağlama çabasıdır.

2.1.2.5. Kavram ve Olgu Olarak Hasta Hakları

Sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki tıbbi ilişki için iki temel düzenleyici mevcuttur. Bunlardan birisi etik, diğeri ise hukuktur[76]. Bu temel düzenleyicilerden etikten önceki bölümlerde bahsedilmişti. Çalışmamızda tıbbi ilişkinin diğer temel düzenleyicisi olan hukuk hasta hakları bağlamında ele alınmıştır. Hasta hakları temel insan hakları içinde değerlendirilmektedir. Kişilerin; hastalıkları dolayısıyla dahil oldukları tıbbi süreçteki tanı, tedavi, rehabilitasyon ve tıbbi takip gibi aşamalarda sahip oldukları haklardır[85].

Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi olan kişilerin sırf insan olmaları nedeniyle sahip oldukları yaşama hakkı ve sağlık hakkı gibi temel hakların üstüne "hasta" olmaktan kaynaklanan ve çeşitli ulusal ve uluslararası mevzuatla teminat altına alınmış olan haklardır[58,86]. Hasta haklarını, insan haklarının sağlık alanındaki yansıması olarak düşünmek olanaklıdır. İnsan hakları kavramı, insan olmaya bağlı özel haklar olarak nitelenen üçüncü kuşak haklar adı altında sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık hale gelmesi, teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımının artması ve sağlık alanında insani değerlere ilişkin ihlallerin gündeme gelmesi ile hasta hakları kavramı güncelliğini korumaya devam etmektedir.

Hasta hakları ile ilgili gelişmelerin Amerika Birleşik Devletleri'nde başladığı kabul edilmektedir[87]. Bu ülkede hasta hakları daha çok hukuki temel üzerine gelişmiştir. Ancak dünya genelinde hekimler tarafından yürütülen hasta haklarıyla ilgili çalışmaların ilki Dünya Hekimler Birliği'nin (WMA) 1981 yılında Portekiz'in başkenti Lizbon'da düzenlediği toplantıdır. Bu toplantıda alınan kararlar Lizbon Bildirgesi olarak ilan edilmiştir[88]. Sağlık sisteminin hastalara sağlaması gereken altı temel haktan söz edilmiştir. Bu haklar bildirgede şu şekilde ifade edilmiştir:

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.

2. Hasta; hiçbir dış etki altında kalmadan, özgürce klinik ve etik kararlar veren bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.

3. Hastanın yeterince bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı vardır.

4. Hastanın tıbbi durumuna ve özel hayatına ilişkin bilgilerinin gizliliğine saygı duyulmasını hekimden bekleme hakkı vardır.

5. Her hasta, onuru ile ölme hakkına sahiptir.

6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere ruhsal veya manevi teselliyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.

Lizbon Bildirgesi, 1995 yılında Endonezya'nın Bali Adası'nda yapılan toplantıda gözden geçirilmiştir[89]. Bali Bildirgesi'nde 11 temel ilke belirlenmiştir. Temel ilkelerin her birinin alt başlıkları mevcuttur. Bu ilkeler şu konularla ilgilidir: (1) kaliteli tıbbi bakım alma hakkı, (2) tedaviyi ve hekimi seçme özgürlüğü, (3) kendi yazgısını saptama hakkı, (4) bilinci kapalı hastanın durumu, (5) yasal olarak yeterliği olmayan hastanın durumu, (6) hastanın istemine karşı uygulamalar, (7) bilgilenme hakkı, (8) gizlilik hakkı, (9) sağlık eğitimi hakkı, (10) onurunu koruma hakkı ve (11) dini yardım alma hakkıdır.

Dünya Hekimler Birliği'nin hasta haklarını konu alan bildirgesi üçüncü kez güncellenmiş, Lizbon (1981) ve Bali (1995) Bildirgeleri'nin ardından, 2005 yılında Santiago Bildirgesi yayınlanmıştır[90].

Hasta hakları olgusu ile ilgili metinlerden biri de Avrupa Konseyi müktesebatı çerçevesinde 1997 yılında oluşturulan, kısa adıyla İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi olarak da bilinen, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi'dir[91]. Bu metinde sadece hasta hakları değil, tıp etiği ve insan hakları ile ilgili farklı düzenlemeler de yer almaktadır.

Hasta hakları ile ilgili bir başka bildirge ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bürosu'nun hazırladığı Amsterdam Bildirgesi'dir[92]. Hastaya geniş haklar tanıyan ve sağlık profesyonellerinin sorumluluklarına vurgu yapan bu bildirge, Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi olarak bilinmektedir. Bu bildirgede sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili altı ana konu başlığı belirlenmiştir. Bu konu başlıkları: (1) sağlık hizmetlerinde insan hakları ve kişilerin değerleri, (2) bilgilendirme, (3) onam, (4) mahremiyet ve özel hayat, (5) bakım ve tedavi ve (6) başvurudur.

Hasta hakları konusunda Türkiye'de yaşanan gelişmelerin en önemlisi, 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'dir[86]. Bu yönetmelik o güne değin hasta hakları alanında kabul görmüş konuları Türkiye'de hukuki bir zemine oturtmuştur. Söz konusu yönetmelik hasta hakları alanında daha önceki metinleri aşan ve konuyu

doğrudan ele alan bir özelliğe sahiptir[93]. Hasta hakları konusu tek bir yasal metinde toplanmıştır. Uluslararası bildirgelerdeki ana kriterler metnin içeriğinde yer almıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği, dokuz ana bölümden meydana gelmiştir. Birinci bölümde amaç, kapsam, dayanak, tanımlar ve ilkeler yer almaktadır. İkinci bölüm sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkından ve onunla ilintili süreçlerdeki haklardan bahsetmektedir. Üçüncü bölüm hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkını anlatmaktadır. Dördüncü bölüm mahremiyete saygı ve onam olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama gibi hasta haklarının korunmasına yönelik esaslar hakkındadır. Beşinci bölüm rıza, rızanın kapsamı, tedavi reddi ya da tedaviyi durdurma, yaşı küçüklerin durumu, aile planlanması gibi konulardan bahsetmektedir. Altıncı bölüm tıbbi araştırmalar hakkındadır. Yedinci bölümün konuları güvenlik, dini vecibeler, insani değerler, refakatçilik durumu ve sağlık kurumları dışında hizmet verilmesidir. Sekizinci bölüm sorumluluk ve hukuki konulardan bahsetmektedir. Dokuzuncu bölümde ise görev tanımları ve diğer hükümler vardır.

2.1.3. Medikal, Etik, Sosyal Boyutlarıyla Tedavinin Reddi

Giriş bölümünde de belirtildiği gibi, çalışma kapsamında tedavi reddi kavramı geniş bir anlam yüküyle kullanılmıştır. Tıp literatüründe kullanımı nispeten daha az olan müdahale reddi yerine kullanılan tedavi reddi, tüm tıbbi süreçlerde karşılaşılan tedavi, girişim, müdahale, takip, korunma ve nakil gibi süreçleri kapsayan bir anlam bütünlüğü içinde kullanılmıştır. Tedavi reddinin genel hatlarından ve özel durumlardan bahsedilen bu bölüm beş alt bölümden oluşmaktadır. Birbiriyle bağlantılı bu alt bölümler; aydınlatma ve onam alma, karar verme yeterliği, tedavi reddi, aydınlatılmış red ve tedavinin reddedilmesi ile ilgili özel durumlar olarak sıralanmıştır.

2.2.3.1. Aydınlatma ve Onam Alma

Hastayı kendisine uygulanacak tıbbi işlemler konusunda aydınlatma ve hastanın onamını alma, işlemin üzerinde yapıldığı kişinin tıbbi süreç hakkında nihai kararı

vererek özerkliğini ortaya koyduğu bir uygulamadır[94,95]. Belirtmekte fayda var ki bu konu tez çalışması boyunca tek bir kavramla ifade edilmemiştir. Tıp etiği camiasında kullanılırlığı yüksek olan "aydınlatılmış onam" sıfat tamlaması yanında yer yer, "aydınlatma ve onam alma" ifadeleri de kullanılmıştır. Zaman zaman da her iki isimlendirme birbiriyle iç içe geçmiş şekilde kullanılmıştır.

Klinik uygulama ve araştırmaların etiğe uygunluğunun değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olan aydınlatılmış onam, klinik etiğin temel konularından biridir[96]. 1970'li yıllardan itibaren tıp etiğinin radikal bir biçimde yeniden kurgulanması söz konusudur. Günümüzden 40-50 yıl öncesine kadar, tıbbi uygulamalarda hekimler tek karar vericiydi. Hekimler, hasta için hangi tıbbi işlemin uygun olduğuna hasta adına karar veriyorlardı. Bu paternalist yaklaşım, günümüzde yerini hasta özerkliğini öne alan bir yaklaşıma bırakmıştır[97].

Aydınlatılmış onam; tıbbi müdahalenin nasıl bir işlem olduğunun, sonucunun, risklerinin ve uygulanmamasının ne gibi sonuçları olabileceğinin sağlık profesyoneli tarafından yeterince açıklanması sonrası, hastanın bu müdahaleyi gönüllü kabulü olarak tanımlanmaktadır[32,95]. Aydınlatılmış onam kişiye; özerkliğini, kendi hakkında karar verme ve kendi yazgısını tayin hakkını vermektedir.

Etkili bir aydınlatılmış onam, genel olarak şu üç esas özelliği içermelidir[94]:

-Kişinin zihinsel yeterliği

-Kişinin hastalığı ya da durumu hakkında bilgi sahibi olması / bilgilendirilmesi

-Onamın kişinin kendi iradesi ve gönüllülüğü ile olması

Yeterlik konusunu genel bir sınıflandırma ve tanımlamaya bağlamaktan ziyade, yeterliğin özel durumlar ve koşullar için yeniden tanımlanması son yıllarda sıklıkla benimsenen bir yöntemdir. Bir başka deyişle yeterlik, farklı tıp dallarının konusu olan farklı klinik durumlarda farklı biçimlerde tanımlanmakta; çocuk hastanın yeterliği, cerrahi hastasının yeterliği, yoğun bakım hastasının yeterliği, psikiyatri hastasının yeterliği gibi duruma özgü yeterlik kavramları ortaya çıkmakta ve önem kazanmaktadır[98].

Bu noktada, aydınlatılmış onam öğretisinin anlamı ve uygulanması üzerinde çeşitli eleştirilerin[99] mevcut olduğunu hatırlatmak yerinde olacaktır. Sağlık alanındaki bilgisi doğal olarak sınırlı olan kişilerin sınırlı sürede, kendilerine uygulanması planlanan tıbbi işlemleri anlamaları ne kadar mümkün olmaktadır? Kendilerine anlatılan

bilginin ne kadarını anlayıp, ne kadarının uygulanmasına onay verebilmektedirler? Bu ve benzeri sorular, aydınlatılmış onam öğretisinin felsefi boyutu ile uygulanma şekline yönelik eleştirel yaklaşımlardan bazılarını oluşturmaktadır.

Tıbbi tedavide onam ve red konularının, birbiriyle bağlantılı oldukları için birlikte ele alınması gerekmektedir[16]. Tıbbi işlem için hastanın onamını ön şart kabul edip, hastanın özerkliğine vurgu yapan herhangi bir sağlık sistemi, hastanın olası bir tedavi reddini de aynı soğukkanlılıkla kabul etmelidir. Aynı şekilde hekimlerin, bazı hastaların karar verme kapasitelerinin yetersiz olabileceğini göz önünde tutması ve bu ihtimali değerlendirebilecek yetenekle donatılmış bulunması gerekmektedir[100].

Özerkliğe saygı ilkesinden beslenen aydınlatılmış onam, hemen bütün tıbbi süreçlerde kendine yer bulabilmektedir[101]. Tıbbi uygulamalarda hastadan onam alınması genel bir uygulama olmakla birlikte bu durumun bazı istisnaları da vardır. Acil tıpta aydınlatılmış onam, mutlak değildir[102]. Acil tıbbi durumlar bu konu için bir istisnadır. Bu istisna, o kişinin yeterli zamanı ve onam verebilecek hali olsa idi; sağlığını kazanmak ya da hayatını kurtarmak için söz konusu tedaviyi kabul edeceği varsayımı üzerine kuruludur[103,104]. Çoğu zaman, hasta hakkında yeterli bilgi olmasa bile hızlı müdahale acil tıbbın en önemli özelliklerinden biridir[105]. Ayrıca hasta ve hasta yakınları da acil tıp sisteminden büyük beklenti içindedir. Tedaviye yönelik bu beklentinin ve acil tıbbın doğası gereği çoğu acil tıp hekimi, doğal olarak, acil hastalara tedavi uygulamamayı çok zor görmektedirler[105].

Genel kabule göre, hastanın ölmesini ya da ciddi zararlar görmesini önlemek için acil tıbbi tedavi gerekiyor ise bu tedavi, hastanın aydınlatılmış onamı olmadan da uygulanabilir[103,106]. Tıp biliminin temel felsefesi olan insanın esenliği için kişinin yaşamı her şeyden daha üstün tutulmuştur. Bu bağlamda aydınlatılmış onamın ihmal edilmesine bir açık kapı bırakılmış olduğu söylenebilir. Acil sağlık ekibinin, makul bir kişinin böyle bir durumda tedaviyi kabul edeceğini varsayarak, kişinin onamını almaya gerek duymadan uygun tedaviye başlayabileceği söylenmektedir[12,104,107].

2.1.3.2. Karar Verme Yeterliği

Karar verme yeterliği; hastanın kendisine verilen bilgiyi anlayabilmesi, durumuyla ilgili değerlendirme yapabilmesi, kendi değerleriyle karar verebilmesi ve tercihlerinin sonucunu fark edebilmesi sonrası sağlık bakımını yapan kişiye kendini ifade edebilmesi kabiliyetidir[108]. Karar verme yeterliğine sahip kişilerin kendi tedavi kararlarını vermesi, yasal ve etik bir haktır[109,110]. Özellikle acil durumlarda hasta adına bu kararı verenler genellikle sağlık profesyonelleridir[111]. Sağlık profesyonellerinin hasta için onun değerlerine göre karar vermesi beklenmektedir[112]. İçinde bulunulan koşulda hasta için en iyisinin hangi seçenek olduğuna karar verilmektedir. Çoğu tıbbi uygulamalarda yeterlik tespiti hastanın klinik durumuna göre kendiliğinden yapılabilmektedir[102]. Oysa acil tıbbi süreçlerde yeterlik, hastanın acil tıbbi tedavi konusunda karar verebilir ya da imada bulunabilir durumda olup olmamasıyla ilgilidir. Burada kastedilen yeterlik, acil tıbbi tedaviye karar verebilme yeterliğidir.

Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde genel olarak üç ölçütün sağlanmış olması beklenmektedir. Hastanın, ne olup bittiğinin yani durumun farkında olması, önündeki seçeneklerin sonuçlarını biliyor olması ve kendi değerleri ve yararı konusunda uygun bir tercih belirtebiliyor olması[5]. Bu özellikler nispeten birbiriyle bağlantılıdır. Tek başlarına olmasından ziyade, genellikle birlikte anlam bulan kriterlerdir. Yeterliğin değerlendirilmesinde birbirini tamamlayan ve destekleyen öğelerdir.

Günümüzde hastanın yeterliğini değerlendirmek için profesyonel meslek örgütlerince hazırlanmış herhangi bir resmi yönerge, mevcut değildir[100]. Ancak hastane acil servisinde tedavi reddi durumunda hastanın karar verme yeterliği konusunda, Amerikan Hastaneler Birliği'nce (AHA) 2007 yılında yayınlanan ve esas olarak konunun hukuki yönünün ön planda olduğu 7 maddelik bir kılavuz mevcuttur[113]. Bu kılavuzda uygulamadan ziyade genel prensiplere yönelik hatırlatmalar yer almaktadır.

Klinik uygulamalarda hastanın tedaviye karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde kullanılan ve her birinin kendine göre güçlü ve zayıf olduğu alanlar bulunan üç potansiyel tayin edici vardır. Bunlar: hekimler, yeterlik ölçme testleri ve kişinin aile bireyleridir[114]. Belirtmek gerekir ki, bu konuda bir görüş birliği yoktur.

Ancak, karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde etkinlik ve sorunun çözümü bakımından bu üç parametreden daha etkin öneri de olanaklı görülmemektedir.

Hastanın planlanan tedaviye onam vermesi konusunda, kişinin yeterliğini ölçmek için pek çok test geliştirilmiştir[115,116]. Ancak bu testlerin, başarıları konusundaki şüpheler giderilememiştir. Hastanın onam verme yeterliğini ölçmek için kullanılan özel yöntemlerin (Silberfeld Questionaire Ölçeği, MacCAT-T Skalası gibi) duyarlılığı ve başarısı, çeşitli disiplinlerden oluşmuş uzmanlar grubunun değerlendirmelerinden daha düşük bulunmuştur[117]. Öte yandan bir çalışmada, acil servislerde görev yapan hekimlerin, hastaların onam konusundaki yeterliklerini tespitte nerdeyse yarı yarıya başarısız olduğu bulunmuştur[118]. Hangi taraftan bakılırsa bakılsın, hastanın yeterliğini tespit etme konusunda etkin ve yetkin yöntemin ne olduğu konusunda bir netlik olmadığı açıktır.

Hastanın yeterlik değerlendirmesi, bu değerlendirmeyi yapan kişiye fazlasıyla bağlıdır. Hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde görev alan hekimlerin, aynı hasta üzerinde farklı yeterlik değerlendirmelerinde bulundukları görülmüştür[114]. Dolayısıyla karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinin pek çok mesleki ve kişisel durumdan ve ortamdan etkilendiği gözden kaçırılmamalıdır. Aynı şekilde, hastanın karar verme yeterliği de durağan değildir[119]. Zaman içinde olumlu ya da olumsuz yönde değişim gösterebilmektedir. Karar verme kapasitesinin belirlenmesi tıbbi klinik uygulamalarda önemli bir konu olmakla beraber, tıp camiasının bu konu üzerine henüz yeterince eğilmediği görülmektedir.

Hastayı tedavi etmekte olan hekim, hastanın karar verme yeterliliğini değerlendirmesi beklenen kişidir[120]. Hastanın, tedavi reddinin sonuçları ve olası riskleri hakkında bilgisi olup olmadığı büyük önem taşımaktadır. Hekim, bu değerlendirme için şu değerlere ve özelliklere bakmalıdır: hastanın iletişim kurabilmesi, verilen bilgiyi anlayabilmesi, düşüncesinde tutarlılık ve tercihi hakkında sebep-sonuç ilişkisi kurabilme[121].

Günlük tıp uygulamalarında, hasta tedaviyi reddetmediği sürece hastanın karar verme yeterliği sorgulanmaksızın mevcut kabul edilmektedir[118,122]. Hasta yeterliğini değerlendirmenin gündeme gelmesi ancak hastanın tıbbi tedaviyi reddetmesi halinde ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle hekimler, çoğunlukla hastanın karar verme yetersizliğinin farkına varamamaktadır.[100].

Öte yandan, karar verme yeterliği belirleme bakımından psikiyatristlerin hastada varlığını en çok değerlendirdikleri durumlar, önem derecesine göre şunlardır: bilinç durumu, yönelim, gerçeği değerlendirme yetisi, yargılama yetisi, önerilen tıbbi tedaviyi reddetmeden doğabilecek sonuçları değerlendirebilme, algılama bozukluğu, hastalığa ilişkin bilgileri anlayabilme ve önerilen tıbbi müdahalenin gerekçelerini anlayabilme[108]. Görüldüğü gibi bu özelliklerin tamamının değerlendirilmesi, geniş bir zaman varlığında mümkün olabilecektir. Zaman konusunda sıkıntılı olan durumlarda yeterlik değerlendirmesi psikiyatristler için de sıkıntılı olacaktır. Acil sağlık hizmetlerinde yeterlik değerlendirmesinin zorluk derecesini artıran önemli sebeplerden birisi de söz konusu zaman sınırlılığıdır.

2.1.3.3. Tedavi Reddi

Tedavi reddi, sağlık profesyonellerinin günlük tıp uygulamalarında ciddi oranda karşılaştıkları etik ikilemlerden biridir. Tedavi reddi vakaları, ilk başlarda psikiyatrinin bir sorunu olarak değerlendirilmiştir[108,120]. Bu nedenle de belli bir süre klinisyenlerin ilgisini çekmemiştir. Ancak günümüzde tıp anlayışının değişmesi, tıbbi süreçlere hukuki müdahalelerin artması ve etik tartışmaların tıp gündemini meşgul etmesi gibi nedenlerden dolayı tedavi reddi vakaları her branşın ilgisini çekmektedir. Yapılan bir çalışmada, hekimlerin % 19'u günlük uygulamalarında karşılaştıkları etik sorunlar içinde tedavi reddini belirtmişlerdir[123]. Tedavi reddi, diğer etik sorunlar arasında önemli bir yerde durmaktadır. Bu esaslı konumlanma, etik çalışmaları yapanlar açısından konu üzerinde düşünmeyi ve söz söylemeyi önemli kılmaktadır.

Tedavi reddi konusunda dört temel yaklaşımdan bahsedilebilir[124]. Bu yaklaşımlar, haklar teorisi, değerler teorisi, ahlaki sağduyu ve yararcılıktır. Bu yaklaşımları kısaca açıklamak gerekirse, her kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olduğu gibi herhangi bir sağlık hizmetini reddetme hakkı da vardır. Değerler bir kişiyi kendisi yapan öğelerdir. Dolayısıyla kişiler hayatlarının her aşamasında olduğu gibi sağlık hizmetinden faydalanırken de değerleriyle var olmak istemektedir. Ahlaki sağduyu konumuz bağlamında hasta için değil sağlık profesyonelleri için geçerli bir durumdur. Yaşadığı etik ikilemin farkında olmak ve bu konuda çözüm gayreti içinde

bulunmak anlamında kullanılabilir. Yararcılık ise sağlık hizmetlerinin temel yaklaşımlarından birini oluşturmaktadır.

Akli melekeleri yerinde olan herhangi bir kişinin, hasta olarak nitelendirilmiş olup olmamasından bağımsız olarak, kendisini zarardan koruyacağına dair bir varsayım vardır. Yaşamın genel kabulleri çerçevesinde hiç kimse, bilerek ve isteyerek kendi beden bütünlüğüne zarar verecek bir eylemde bulunmaz ya da bulunmayacağı varsayılır. Dolayısıyla bir kimse, kültürel öğelerden ve psikiyatrik sebeplerden kaynaklanmayan ve başka herhangi bir gerekçeyle açıklanamayan kendine zarar verme davranışı nedeniyle, acil tıbbi tedavi sürecine dahil olmuş ise karar verme kapasitesi açısından yetersiz olarak değerlendirilmektedir.

Herhangi bir tıbbi süreçte, hastanın tedaviyi reddetmesi sağlık çalışanlarının, hasta özerkliğine saygı ile hastayı tedavi etme yükümlülüğü arasında ikileme düşmelerine neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin hasta için en iyisini yapacakları yönünde bir genel kanı mevcuttur. Sağlık profesyonellerinin hasta için yapılması gerekenler konusunda en iyi seçeneği belirleyeceklerine dair çalışmalar da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada ambulansta görev yapan hemşireler, karmaşık unsurlar barındıran vakalarda, benzer durumlarda kendileri ne şekilde tedavi olmayı istiyorlarsa, hastalara da o şekilde davrandıklarını belirtmişlerdir[123].

Hasta için en iyi seçeneğin ne olduğunun tespiti önemli bir sorundur. Tedavi reddi durumlarında hasta için en iyisinin ne olduğunun tespiti ya da en temel konu olarak tedavi reddinin altında yatan nedenlerin irdelenmesi adına sağlık profesyonellerinin, hasta ile sözel iletişime geçmeleri görevleri arasında yer almaktadır[109]. Tedavi reddi durumlarında etkili bir iletişim[125], hastanın yeterliğini değerlendirme çabalarından daha önce ortaya konmalıdır[123]. Yeterlik değerlendirmesi, etkili bir iletişimin sonunda ortaya çıkacaktır.

Hastanın yeterliğinin değerlendirilmesi aşaması, etkili bir iletişim çabasının başarısızlığından sonra devreye girmelidir. Hastanın, tedavi reddiyle alakalı herhangi bir diyaloğu kabul etmemesi veya sözel iletişimi reddetmesi, sağlık profesyonelini hastanın yeterliği konusunda negatif bir tutum takınmaya yöneltmektedir. Ancak bu negatif tutum hastayı anlama yönünde bir engel oluşturmamalıdır. Hasta, sağlık profesyonellerinin anlamakta zorluk çekiyor olabilecekleri bir düşünme, sentez ve eylemde bulunmama sürecinden geçiyor olabilir. İletişime geçmeyi istememe ve açıkça

bir engel olmayan bir ortamda diyalogdan kaçınma, başlı başına bilinçli bir eylem olarak değerlendirilebilir. Tam bu noktada önemli olan konulardan biri de hastanın söz konusu bütün reddetmelerinin nedeni olarak korkuları, şüpheleri ya da mental durumuna ait belirsizlikleri olup olmadığıdır. Aynı şekilde, kişinin psikiyatrik durumu da tedavi reddi vakalarındaki önemli sorunlardan biridir.

Sağlık camiasının hastanın yararı yönünde bir davranış refleksine sahip olması olası görünmektedir. Örneğin tekil olarak Yehova Şahitleri örneği üzerinden konu irdelendiğinde; söz konusu kişilerin dinsel inançları nedeniyle acil tıbbi durumlarda kendilerine kan ve kan ürünleri verilmesini istemedikleri, kan transfüzyonunu reddettikleri bilinmektedir[126]. Bu kişilerin üzerlerinde taşıdıkları ve kan transfüzyonunu reddettiklerini bildirir bilgi kartı bile eğer geçerliliğinden şüphe duyuluyorsa dikkate alınmayabilmekte ve yaşamı korumak için kan transfüzyonu yapılmaktadır[126]. Yani herhangi bir şüphe durumunda kişinin özerkliği, kişinin yararına göre geri planda düşünülebilmektedir. Hastanın karar verme yeterliği konusunda çelişkide kalındığı durumlarda hekimlerin önemli bir bölümü, hastanın sağlıklı yaşam hakkından yana tavır almaktadır[108].

Sağlık profesyonellerinin tavsiyesine rağmen ortaya konan tedavi reddi iradesini, belirleyen ya da ortaya çıkaran ana unsurlardan bazıları şunlardır: hastanın etnik kimliği, erkek olması, sağlık sigortası olmaması ve alkol ve diğer madde kötü kullanımının olmasıdır[127]. Bu özelliklere sahip hastaların, tedavi reddi vakalarında başı çekiyor oldukları görülmektedir.

Sağlık profesyonellerinin konuya yaklaşımının paternalizme meyilli olduğu belirtilmişti. Tedavi reddi durumlarında acil tıp hekimleri, hastanın onamı olmadan tedaviye başlamak konusunda, hastalığın ve mental yetersizliğin şiddetine göre karar vermek eğilimindedirler[128]. Hastalığın şiddeti arttıkça ya da mental yetersizlik durumu ağırlaştıkça hekimlerin de tedaviye eğilimi artmaktadır.

Hasta özerkliğine saygı tedavi reddi vakaları için ciddi bir ikilem oluşturmaktadır. Bazı hastaların kendi başlarına aldıkları rasyonel kararların tedavi reddi durumlarında geçerliği konusunda çeşitli tartışmalar mevcuttur. Kişi olarak hastanın kendi bedeni üzerinde her türlü hakkı olmasına rağmen, hayatını ilgilendiren bir konuda gerçeğe uymayan düşünce yapısı içinde bulunmasının sağlık profesyonellerince tespiti önemlidir[129]. Bu türden durumlarda düşüncenin gerçeğe

yakınlaştırılması, hastanın hayatı adına, ona rağmen gerçekleştirilen bir girişimdir. Öte yandan bu durumun hasta özerkliğine saygı konusunda şüpheler barındırdığı düşünülebilir.

Tekrar belirtmekte fayda var ki sağlık alanındaki etkileşimlerde her hasta farklıdır. Her iletişim sürecinin kendine has dinamikleri mevcuttur. Bu türden süreçler, hem sağlık profesyonelleri hem de hastalar açısından önceden kestirilebilen özellikler içermemektedir. İletişimin genel gidişatı, dış faktörler, ağrı ve acının şiddeti gibi değişken belirleyiciler sağlık süreçlerini geniş bir yelpazede etkilemektedir.

2.1.3.4. Aydınlatılmış Red

Karar verme yeterliği olan hastalar, ölümlerine neden olacak bile olsa her türlü tıbbi müdahaleyi reddetme hakkına sahiptirler[4,130]. Sağlık durumu konusunda yeterince bilgilendirilmiş ve tedavi reddinin sonuçları kendisine anlatılmış kişinin, kendi iradesi ile tıbbi müdahaleyi reddetmesi aydınlatılmış red olarak tanımlanabilir.

Hukuk, çoğu durumda karar verme yeterliğine sahip bir kişinin verdiği tedavi reddi kararını; bu karar duyarlı, rasyonel ve iyi yapılandırılmış olmasa ve hatta kararın sonucu kişiyi ölüme götürüyor ya da ciddi yaşamsal sorunlar doğruyor da olsa, geçerli saymaktadır[86,131]. Tedavi reddi durumlarında, hastanın yeterliği konusunda değerlendirmede bulunurken acil tıp ekibinin dikkat edeceği konu, kişinin verilen bilgiyi alıp alamadığı ve bu bilgiyi kullanarak bir karara ulaşıp ulaşamadığıdır. Bu durumun sağlanması halinde kişinin vereceği her karar bilgi dahilinde verilmiş olacaktır. Bedeni hakkında kendi kararlarını verme hakkına sahip kişinin aydınlatma işleminden sonra, tedaviyi reddetmesi de bir tercihtir.

Acil tıbbi ortamlarda karşılaşılan tedavi reddi durumlarında acil tıp ekibi, hastanın isteğini kabul etmek ile hastanın istemediği tedaviye devam etmek konusunda ikilemde kalmaktadırlar. Bu ikilemin her bir tarafı da kendi içinde sorun barındırmaktadır. Açıktır ki bu konuya önceden çözüm önerileri sunmak olanaklı değildir[132]. Tedavi reddi konusu her hasta açısından farklı olduğu gibi sağlık profesyonelleri açısından da farklıdır. Sağlık profesyonellerinin etik konularda karar verirken kendi kültürel özelliklerinden oldukça etkilendikleri belirtilmektedir[133]. Tedavi

reddi ve aydınlatılmış red sürecinin neticesi olaya müdahil olan sağlık profesyonelinin kültürel yapısından etkilenmektedir.

Öte yandan, tedavi reddinin kaynağı olarak kullanılan gerekçelerin kişinin dini özelliklerinden kaynaklanıyor olması, konuya dini bir boyut da eklemektedir[134]. Örneğin, Yehova Şahitleri'nin salt dinsel nedenlerden dolayı acil durumları da içine alan tüm tıbbi durumlar için kan transfüzyonunu reddetmesi[135] bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Hayati tehdit içermesine rağmen oruçlu olduğu için kendisine serum takılmasını reddeden Müslüman hasta[132] ile yeterince yaşadığını düşünüp Tanrı'nın kendisini çağırmasını bekleyen ve başka herhangi bir tıbbi müdahaleyi kabul etmeyen hasta[136] da konunun bu boyutuna örnek olarak gösterilebilir. Kişiler, yaşamlarının sonuna ait kararları kendileri vermek istemektedirler[137]. Bu kararlarında referans olarak neyi alacakları konusunda da özgürdürler.

Acil yardım yapan kişiler, hastanın yeterliği konusunda emin değiller ise ya da kişinin tedavi reddinin geçerli olup olmadığı hakkında şüpheleri var ise hayat kurtarmaya yönelik acil tıbbi tedaviye başlamaları uygun bir karar olabilecektir. Daha önce de belirtildiği gibi sağlık profesyonelleri şüpheli durumlarda hastanın yararını ön plana alan bir yaklaşım benimsemeye meyillidirler.

Acil tıbbi durumlarda karşılaşılan tedavi reddi vakalarında, konunun çözümünde sorumluluğun paylaşımı ve kararlar için bir ekip görüşünün alınmasını öneren çalışmalar[138] olmakla birlikte ambulans tıbbının, kendine özgü koşulları nedeniyle etik çatışmaları içeren vakalarda böyle bir dış yardım mümkün olmamaktadır. Bu yardımın mümkün olmaması, acil sağlık profesyonellerinin etik konusunda yeterince donanımlı olmalarını gerektirmektedir. Donanımı ne kadar yeterli olursa olsun, sınırlı süre içinde verilmesi gereken etik kararlar, profesyonellerin mesleki kaygılarını artıracaktır.

Tedavi reddi konusunda hastalara, aldıkları kararların sorumluluğu hatırlatılmalıdır. Bu sorumluluk, klasik hekim–hasta ilişkisindeki sorumluluk noktasında hasta tarafına doğru bir kaymaya işaret etmektedir[139]. Öte yandan, tedaviyi reddeden bir hasta karşısında, sağlık profesyonelinin görevi tamamıyla sona ermemiştir. Hastanın, bundan sonrasında da durumu hakkında bilgi alma hakkı vardır[130]. Ancak bu acil sağlık hizmeti şartlarında çok da kolay bir uygulama olmayacaktır. Çünkü acil sağlık sistemi içerisinde tedaviyi reddeden hastalar, çoğunlukla sağlık profesyoneliyle iletişimden uzak durma eğilimindedirler. Kendi durumları ve gelecekte başına

gelebilecek kötü son hakkında bile bilgilendirilmeye sıcak bakmamaktadırlar[130]. Hekimlerin tavsiyeleri, tedavi reddi sonrası onlar için bir anlam ifade etmeyecektir. Bütün bunların ötesinde belirtmekte yarar var ki sağlık profesyonelleri, etik açıdan zorluklar içeren bu tür durumlarda da profesyonelliklerini muhafaza etmek durumundadırlar.

Sağlık hizmetlerinde tedaviyi reddetme konusunda üzerinde durulması gereken bir başka konu da bu hizmetin sunucusu konumunda olan sağlık profesyonelidir. Sağlık profesyonelinin hastayı reddetmesi konunun farklı bir yönünü oluşturmaktadır. Tedavi reddinin sağlık hizmetinden yararlanan hastalar açısından değerlendirilip, bu hizmetin verilmesi sırasında aktif görev alan sağlık profesyoneli açısından ele alınmaması konunun bir kısmını eksik bırakacaktır. Hastaya tedavi hizmeti vermeyi reddetmek öncelikle hasanın alternatif bir hizmet sunucusuna ulaşılabilmesi, tıbbi ilişkide sürekliliği ve devamlılığı koruyabilmesi koşuluyla olmalı ve güven ilişkisini zedeleyecek öğeler barındırmamalıdır[140]. Bu bağlamda hastaya tıbbi hizmet verebilecek başka sağlık profesyoneli, teknik aletler ve tıbbi ortam varlığında, sağlık profesyoneli hastayı reddetme ve terk etme haklarını kullanabilir. Özellikle acil tıbbi durumlarda ve çalışmanın ana konusunu teşkil eden hastane öncesi acil sağlık alanında böyle bir alternatif durum ve ulaşılabilirlik neredeyse mümkün olmadığı için, bu alanda bu türden bir hak gündeme gelmemektedir.

2.1.3.5. Tedavinin Reddedilmesi ile İlgili Özel Durumlar

Tıbbi müdahalenin hasta tarafından reddedilmesiyle ilgili durumlar hasta olan kişinin, tıbbi ortamın, klinik tablonun niteliklerine göre farklı değerlendirmelere konu edilebilirler. Sağlık profesyoneli ile hastanın etkileşimde olduğu bütün süreçler, planlanan tedavinin hasta ya da onun adına karar veren kişi-yakını tarafından reddedilmesi potansiyeli taşımaktadır. Tedavi reddi vakalarının yaşamın başı ve sonu ile ilgili tıbbi süreçlerde yaşandığına dair yaygın bir kanaat mevcuttur. Bununla birlikte gündelik tıbbi süreçlerde de benzer türden red vakaları sıklıkla görülmekte, kuşkusuz bunlar her zaman yaşamsal önem taşımamaktadır. Hasta, tedavi planının bir basamağını

reddedip diğer tıbbi uygulamaları kabul edebilmekte ya da bir tedavi planını tümüyle reddederken diğerini kabul edebilmektedir.

Müdahalenin reddi, zihinsel yeterliği olan hastanın bizzat kendisi tarafından, olmayan hasta için ise onun adına söz söyleme yetkisine sahip olan kişi tarafından gerçekleştirilmektedir. Yeterliği bulunmayan hastalar olarak değerlendirilebilecek hastalar arasında çocukları, bilinci bulanık ya da kapalı hastaları ve bazı psikiyatri hastalarını saymak olanaklıdır.

Tedaviyi red vakalarının büyük bir kısmını kanser hastaları oluşturmaktadır[141]. Kanser tanısı alan hastanın bu durumu kabullenmesi, tedavi süreçlerini anlaması, tedaviyi benimsemesi, tedaviye katılımı, hastalığın ilerlemesine karşısı tepkisi ve çektiği acılar psikolojik dalgalanmalara yol açmakta, kişiyi bir süre sonra tıbbi süreçten umudunu kesmeye ve tedaviyi reddetmeye yöneltebilmektedir[142]. Bu hastaların bilinci açık ve karar verme yeterliği mevcut olup, kendilerini bekleyen acı sonu görmeleri ve hastalıklarıyla ilgili herhangi bir tıbbi müdahaleyi kabul etmemeleri söz konusudur.

Tıbbi süreçle ilgili bir başka red alanı olarak da sezaryen reddi sayılabilir. Gebeliğin belli aşamalarını tamamlamış kadına doğum hekimi tarafından sezaryen endikasyonu konmuştur. Ancak kadın sezaryen müdahaleli doğumu kabul etmemekte, doğumunu normal şekilde yapmak istemektedir. Kadının kisisel hakları, özerkliği ve vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı ile fetüsün özelliği ve hakları arasında bir çatısma söz konusudur[143]. Burada annenin yeterliği, fetüsün yaşam hakkı ve hekimin buna yönelik tutumu gündeme gelmektedir. Çatışma alanının bir tarafında kadının kendi bedeni üzerindeki hakları ve beden dokunulmazlığına saygı, diğer tarafta ise doğmamış bir bebeğin yaşamı vardır.

Bilinci kapalı hastalarda ya da karar verme yeterliği bulunmayan hastalar için, onlar adına karar veren vekil karar vericiler söz konusu olmaktadır[74,98]. Ancak bu karar vericilerin kendi arasında meydana gelen görüş ayrılıkları hastaya ne şekilde müdahale edileceği konusunda belirsizlik oluşturmaktadır. Karar verici konumunda birden çok kişinin bulunduğu durumlarda, karar vericilerden bir kısmının tıbbi müdahalenin reddedilmesi yönünde görüş bildirmesi olasıdır. Tedavi reddi sadece hasta kaynaklı değildir. Vekil karar vericilerin tercihi ya da görüş ayrılığı bağlamında da gündeme gelebilmektedir.

Bazı hastalar ise tıbbi müdahale ile ilgili bütün girişimsel işlemleri kabul ederken, müdahale sonrası bazı yükümlülüklerinden kaçma eğiliminde olabilmektedirler. Örneğin travma geçirmiş bir hastanın tıbbi tahlil ve tedavilerinin ardından bir süre acil serviste müşehade altında tutulması planlanmaktadır. Ancak hasta bu müşahade sürecine itiraz etmektedir. Hastaya gerçek anlamda bir tıbbi bakım gerekmemekte, ancak tıbbi müdahale ihtimali dolayısıyla acil servisten ayrılmaması istenmektedir. Müdahale reddi bağlamında doğrudan olmasa da dolaylı bir red vakasından bahsedilebilir.

Tedavi reddinin bir başka yönü ise sınırlı kaynakların adil dağıtılması ile ilgilidir. Bir tedavi seçeneğini reddetmek, ona alternatif tedavi seçeneklerinin mevcudiyetini ve bu seçeneklere ulaşılabilirliği akla getirmektedir. Ancak bu tedavi seçeneklerinin maliyeti, sorunu başka bir boyuta taşımaktadır. Enfeksiyonu sebebiyle kendisine kas içi enjeksiyonla antibiyotik başlanması planlanan hastanın, enjeksiyonu reddedip daha pahalı bir seçenek olan oral antibiyotik tedavisinde ısrar etmesi, konunun bu kısmına örnek olarak verilebilir[144]. Yine benzer şekilde gangren olmuş bir ayağı için amputasyon endikasyonu bulunan hastanın, bunu reddedip çok daha pahalı palyatif tedavilerde ısrar etmesi de bu türden örneklerdendir[144].

Müdahaleyi reddetmenin kendine özgü durumlarından bazıları arasında intihar teşebbüsünde bulunan kişiyi ve ölüm oruçlarını saymak olanaklıdır. İntihar girişiminde bulunan kişinin yeterliği ayrıca tartışma konusudur. Kişinin intiharı düşünmesini, psikiyatrik bir rahatsızlığın varlığına delil olarak sunmak olanaklıdır. Böyle bir çıkarımdan kişinin yeterliği konusunda şüphe duyulmasına giden bir yol açılabilir. Ölüm oruçları ise tek başına tıbbi bir konu olmayıp sosyo-politik özellikler de barındırmaktadır. Bu konuya yönelik sağlık camiasının başı çektiği bazı uluslararası bildirgeler bulunmaktadır[145].

Tıbbi müdahale bağlamıda çocukların durumu da gündeme gelmektedir. Gerek çocuğun ebeveyninden gerekse çocuğun bizzat kendisinden kaynaklanan red durumları olabilmektedir. Örneğin çocuğun aşılanması konusunda ebeveynin, yetersiz bilgiden kaynaklanan aşılanmayı reddetmesi söz konusu olabilmektedir. Çocukların üstündeki toplumsal sorumluluk çocuğun aşılanmasını gerektirmektedir. Oysa çocuğun karar vericileri aşılanmaya itiraz etmektedir. Genel yaklaşım olarak çocuğun yararı ön plana

alınarak, aileyi ikna metodlarının uygulandığı örnekler mevcuttur. Çocuk hastalarla ilgili yaşanan red durumları tedavi reddi bölümünde tartışılmıştır.

Müdahale reddiyle ilgili bir başka sorun potansiyeli olarak iğne korkusundan ve inanç boyutuyla belli tıbbi uygulamaları reddetme konusundan tedavi reddi bölümünde bahsedilmişti.

2.2. Acil Tıp Etiği ve Acil Tıp Etiği Çerçevesinde Tedaviyi Red Hakkı

Çalışmanın altyapısını oluşturan kuramsal bilgilerin yer aldığı bu bölüm dört başlık altında toplanmaktadır. Bunların hepsi de bir yandan tıp etiği diğer yandan acil tıp nosyonuna sahip okura hitap etmektedir. İlk olarak genel anlamda acil tıp etiğinden bahsedilmektedir. İkinci olarak ise özel olarak acil durumlarda aydınlatmanın, onamın ve tedavi reddinin etik boyutu üzerinde durulmaktadır. Üçüncü olarak etik kodlar ve yasal düzenlemeler çerçevesinde tedavi reddi konusu ele alınmaktadır. Dördüncü olarak ise konuyla ilgili güncel literatür özetlenmektedir.

Tıp etiğinin tematik tartışma alanlarından birisini tedavi reddi ve bununla bağlantılı konular oluşturmaktadır. Hastanın önerilen tıbbi tedaviyi reddetmesi sağlık profesyonelleri için çeşitli etik çatışmalar barındırmaktadır. Bu konunun acil tıbbi durumlara yansıması ise konuya farklı ve çarpıcı bir boyut daha eklemektedir. Konunun diğer tıp alanlarından farklı olarak, acil tıbba ilişkin iki önemli temel farkı belirgin hale gelmektedir. Her ikisi de karar verme süreciyle alakalı olan bu farklardan ilki sağlık profesyonelinin ne şekilde eyleyeceğine karar verirken sınırlı zamanın baskısı altına bulunmasıdır. Diğer fark ise acil hastasının, hastalığı nedeniyle içinde bulunduğu tıbbi durumda karar verme yeterliğinin belirsiz olmasıdır.

Bu alt bölümde çalışmanın kuramsal altyapısını oluşturmak için acil tıp etiği, tedavi reddi ve onunla bağlantılı konular ele alınmıştır. Çalışmanın bu bölümü, acil tıp ve tıp etiği camiası başta olmak üzere, ilgili bütün okur gruplarına hitap etmektedir. Konu genel hatlarıyla dört alt bölümde ele alınmıştır. İlk alt bölümde acil tıp etiği ve hastane öncesi acil tıp etiği ayrıntılı olarak ele alınmıştır. İkinci alt bölümde acil durumlarda aydınlatma, onam ve tedavi reddi konuları işlenmiştir. Üçüncü alt bölümde

ise konu etik kodlar ve yasal düzenlemeler bağlamında incelenmiştir. Son alt bölümde ise acil tıpta tedavi reddi konusuyla ilgili çalışmalar ele alınmıştır.

2.2.1. Tıp Etiğinin Bir Versiyonu Olarak Acil Tıp Etiği ve Acil Tıp Etiğinin Bir Alt Kümesi Olarak Hastane Öncesi Acil Tıp Etiği

Tıbbın bütün alanlarına özgü uzmanlık dalı etiklerinden bahsetmek olanaklıdır. Ancak acil tıp ve etik kelimelerinin yan yana ve birbiriyle anlam örüntüsü içinde kullanımı henüz yeni sayılabilecek bir durumdur[146]. Bu gecikmedeki en önemli sebeplerden biri, bir disiplin olarak acil tıbbın öneminin geç anlaşılmış olmasıdır. Acil tıp sisteminde zamanla birtakım yeniliklerin ve düzenlemelerin yapılması kaçınılmaz olmuştur. Bu düzenlemelerden en önemlilerinden biri de şüphesiz, hastane öncesi acil tıp sistemleridir. Acil hastaya hastaneye ulaşmadan önce ve hatta mümkünse olay yerinde profesyonel acil sağlık yardımı yapılması, can kayıplarının azaltılmasında ve donanımlı sağlık hizmeti verilmesinde önemli bir aşama olarak kabul edilmektedir.

Öte yandan; tıbbi eylem kişiler arasında ne kadar yoğun, derin ve doğrudan ilişki içeriyor ise etik boyutu o kadar belirgin olmaktadır. Benzer şekilde, yaşamın başı ve sonuyla, bedenin bütünlüğüyle ve yaşam biçiminin dramatik bir değişimiyle ilgili tıbbi eylemler de önemli etik unsurlar barındırmaktadır[80]. Bütün bu özellikleri bünyesinde barındıran acil tıp hizmetlerinin içerdiği etik unsurlar üzerinde durulmasını hak etmektedir.

Hastaneyle entegre ve kurumsal olarak hastanenin bir parçası olan acil servisin, hastane içinde hizmet veren diğer tıp disiplinleri gibi kendine ait birtakım etik sorunlarla meşgul olması olağandır. Özellikle yaşamın sonu ile ilgili durumlarda her biri kendine özgü vaka örnekleri görmek mümkündür. Sağlık profesyonellerinin yaşadıkları etik çatışmalarda başa çıkmak zorunda kaldıkları en önemli kısıtlayıcı faktör, zaman yetersizliğidir. Yaşamsal fonksiyonların devamı için dakikaların önemli olduğu durumlarda, iveğen biçimde verilmesi gereken kararlar, çoğunlukla etik ikilemleri de barındıran koşullar altında alınmaktadır. Ancak yine de belirtmekte fayda var ki acil servis sistemi içinde yaşanan etik sorunlarda sağlık profesyonelleri, genellikle tek başlarına değildir. Etik ikilem durumlarında danışmanlık alabilecekleri, konu hakkında

fikirlerini sorabilecekleri başka sağlık profesyonellerine ulaşmaları nispeten daha kolaydır. Oysa hastane öncesi acil sağlık sistemi bu türden danışma ve fikir alışverişi ortamlarından neredeyse tümüyle yoksundur.

Profesyonelleşme temelinde tıbbın en özellikli alanlarından birisi, hiç şüphe yok ki hastane öncesi acil sağlık hizmetleridir. Gerek o alanda görev yapan personelin taşıması beklenen profesyonel ve fiziki özelliklerden, gerekse kendine has çalışma disiplini ve teknik donanımından dolayı tıbbın özellikli alanlarından biridir. Bu farklılığına ek olarak, sağlık hizmeti verilen hastanın bulunduğu konum da konuya başka bir boyut kazandırmaktadır. Hasta, kendisi sağlık sistemine ulaşmamakta acil sağlık sistemi belli olanaklarıyla hastaya gelmektedir. Salt bu durum, bünyesinde pek çok etik sorun barındırma potansiyeline sahiptir. Bütünsel anlamda bakıldığında hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde karşılaşılan etik sorunları, kişiler arası iletişim temelinde dokuz farklı grupta incelemek olanaklıdır[147]. Bu gruplar, (1) hasta için en iyi seçeneği belirleme, (2) hastanın kendisi hakkında karar verme hakkı, (3) profesyonel gereklilikler, (4) profesyonel kimlik, (5) kurumsal yapı ve kaynakların yönetimi, (6) sosyal yükümlülükler, (7) hasta yakınları ile etkileşim, (8) diğer sağlık çalışanları ile iletişim ve (9) diğer görevlilerle iletişim şeklinde sıralanmaktadır.

Hasta için en iyi seçeneği belirleme: Acil sağlık profesyonelleri hasta için en iyi seçeneği belirlerken karşılaştıkları en önemli etik ikilem, uygulanılan tıbbi müdahaleden hastanın yarar sağlayıp sağlamayacağı konusudur. Özellikle bilinci kapalı hastalar için en iyi tedavi seçeneğinin ne olduğu ya da temel acil tıbbi tedaviden fayda görmeyeceği açık olan hasta için hangi seçeneğin öncelikli olduğu konusu etik ikilemleri de beraberinde getirmektedir.

Hastanın kendisi hakkında karar verme hakkı: Kişinin kendisini ilgilendiren tıbbi kararları, kendisinin alması en temel hasta haklarından biridir. Tıbbi sürecin olağan işlemesi halinde sorun potansiyeli içermeyen bu konu, hasta planlanan tedaviyi reddettiği durumda etik sorun haline gelmektedir.

Profesyonel gereklilikler: Eğitim sürecinin başlamasından, bir hasta için uygulanan acil tıbbi sürecin son aşamasına kadar pek çok profesyonel gereklilik mevcuttur. Acil tıp bölümünde tartışılan bu gereklilikler, aynı zamanda etik çatışmaları da içinde barındırmaktadır.

Profesyonel kimlik: Hastane öncesi acil sağlık ekibi içinde bulunmak, sağlık profesyoneline farklı bir kimlik daha kazandırmaktadır. Mesleğini profesyonel standartlar ve gereklilikler içinde yerine getirme çabası, etik ikilemlerle uğraşmayı da gerektirmektedir.

Kurumsal yapı ve kaynakların yönetimi: Kişi, sadece bireysel bir acil sağlık profesyoneli olarak değil aynı zamanda görev aldığı kurumsal yapının varoluş amacı doğrultusunda da hareket etmek durumundadır. Görev alınan kurumsal yapının görünür kılınmayı arzu ettiği davranış kalıpları, sağlık profesyonellerinde etik çatışmaları artıran bir etki meydana getirebilmektedir.

Sosyal yükümlülükler: Toplumun acil sağlık sisteminden beklentileri ve bu beklentilerin gerçekleştirilmesi adına yapılan felsefi çalışmalar ve günlük mesleki uygulamalar pek çok etik ikilem içermektedir.

Hasta yakınları ile etkileşim: Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kendine has yapısı, hasta yakınlarının tıbbi süreçlere daha etkin katılımına ve müdahalesine açık bir ortam sunmaktadır. Bu ortam, iletişim bakımından sağlık profesyoneli ile hasta yakınları arasında pek çok etik soruna zemin oluşturma potansiyeline sahiptir.

Diğer sağlık çalışanları ile etkileşim: Hastane öncesi acil tıp sistemindeki sağlık profesyonelleri, bu sistemin haricindeki sağlıkçılarla mesleki iletişimde ciddi sorunlar yaşayabilmektedir. Alanın kendine has yapısından uzak olan diğer sağlık profesyonelleri, etik çatışma içeren pek çok duruma müdahil olabilmektedir.

Diğer görevlilerle etkileşim: Özellikle yangın, sel gibi afet durumlarında itfaiye görevlileri ile ve adli olaylarda emniyet güçleri ile iletişim kaynaklı etik çatışmalara yol açabilecek kaygan bir zemin mevcuttur.

Hastane öncesi acil tıp hizmetlerinin etiği de tıbbın diğer alanlarınınkiler gibi temel tıp etiği ilkelerinden beslenmelidir[148]. Etik prensiplere yönelik farkındalık, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde karar verme yöntemlerinin etkinliğini artırmaktadır. Tıp uygulamalarında ve sağlık profesyonelleri ile hasta ilişkisinde yaşanan tıbbi süreçlerde, yalnızca bir ilkenin geçerliliğinden söz edilemez. Konu hakkında aynı anda birkaç ilkenin devreye girmesi ve bazen de bunların çatışması söz konusu olabilmektedir[74]. Vakanın kendi özel şartlarına göre ilkelerden biri diğerlerinden daha önemli ya da korunması daha değerli bir hale gelebilmektedir.

Acil tıp ekipleri, özellikle yaşamı tehdit eden hastalıklar ve acil tıbbi durumlar konusunda ciddi eğitim almışlardır; ancak acil tıbbi durumun saha koşulları söz konusu olduğunda aynı şeyi söylemek olanaklı değildir[24]. Acil tıbbın saha koşulları, öngörülemez öğeler barındırmaktadır. Fiziki, teknik ve sosyal bakımdan olduğu gibi etik açıdan da kaygan bir zemin söz konusudur. Hastane öncesi acil tıbba özgü çeşitli etik çatışmalara yönelik yapılan bir çalışmada, paramediklerin % 15'i, aydınlatılmış onam ve tedavi reddi gibi konuları da içeren, çeşitli etik sorunları gündeme taşımıştır[149]. Bu alanda, hastayla ilgili durumun kısa sürede bir sonuca bağlanması ve hangi tıbbi müdahalede bulunulacağı ya da bulunulmayacağının kararlaştırılması gerekmektedir[150]. Yaşanan değer çatışması ve etik ikilemlerden bazıları: kalp masajına başlanması[148], kalp masajının sonlandırılması[77,151], ambulans sisteminin uygunsuz kullanımı[152], acil tıpta aydınlatılmış onam[149], tedavi reddi[132,149], çocukların acil tıbbi tedavisi[153] ve hasta mahremiyeti[49] gibi konulardadır.

Hastane öncesi acil tıpta etik sorunlarla karşılaşan ambulans çalışanlarının hangi karar verme süreçlerinden geçerek bir sonuca vardıklarının belirlenmesi önemlidir. Etik sorunların nasıl tanımlandığı ve sağlık profesyonellerinin bu sorunların çözüme ulaşması sürecinde hangi değerleri kullandıkları, önemli bir etik çalışma alanını oluşturmaktadır[154]. Ambulans tıbbının kendine özgü koşullarının, sağlık profesyonellerinin karar verme süreçlerini etkileyen boyutları vardır[154,155,156].

Bazı profesyonel yükümlülüklerin yer aldığı mesleki yeminlerden ve etik kodlardan bu çalışma kapsamında bir önceki bölümde bahsedilmişti. Ancak söz konusu etik prensipler[13], etik bir sorun algılandığında ya da etik duyarlılığın varlığında anlam kazanmaktadır. Profesyonellerin, görev yaptıkları sistem içinde karşılaştıkları birtakım sorunların etik boyutunu fark etme konusundaki becerileri önem arz etmektedir. Özellikle acil tıp sistemi içinde görev yapanların, etik duyarlılığını artıran pek çok etken mevcuttur. Örneğin iki ve üç yıldır görev yapmakta olan acil tıp asistanları, bir yıldır görev yapmakta olanlara göre etik sorunlar konusunda daha iyi performans göstermişlerdir[157]. Bu durum, meslek yaşı ve etik sorunlarla karşılaşmalar arttıkça çözüm bulma becerisi artışı olduğunu ve profesyonel davranışların öğrenildiğini göstermektedir.

Aslında asıl sorulması gereken soru, hastane öncesi acil tıp sistemi için belirlenmesi gereken etik ilkelerin olup olmadığıdır. Ya da başka bir açıdan bir etik

ilkeler dizgesi belirlemenin gerekli olup olmadığıdır. Acil tıp ve oradaki hasta-sağlık profesyoneli ilişkisi, tıbbın herhangi bir alanında yaşanan süreçlerden çok daha farklı gelişmektedir[150,153]. Elbette ki bu farklılık, gelecekte kendine has bir etik anlayışının gelişimine yol gösterecek bir özellik olacaktır.

Etik karara ulaşmada, vakanın bilimsel ve teknik yönüyle ilgili bilgi ve verilerin tüm ayrıntılarıyla toplanmış olması gereklidir[70]. Oysa ambulans tıbbında sağlık hizmeti verilen hastaya ait tüm tıbbi verilerin elde olması, neredeyse hiçbir vaka için mümkün görünmemektedir. Bu eksiklik ambulans tıbbında etik bir karara ulaşmanın önündeki en büyük engellerden birini teşkil etmektedir. Tıbbi müdahalede bulunulan kişi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamak, kişinin değerleri konusunda çevrede bulunanlardan bilgi ve yardım almayı gerekli kılmaktadır.

Hemen bütün tıbbi süreçlerdeki etik çatışmalarda olduğu gibi hastane öncesi acil tıpta da yaşanan bir etik çatışmaya bağlı olarak gelişen ve tamamlanan süreçlerin sonunda, etik kararın haklılığı ortaya konabilmelidir. Konu hakkında okumalar, düşünmeler ve farklı senaryolarla kurgulanmış vaka örnekleri üzerinden yapılan etik çıkarımlar benzer vakayla tekrar karşılaşılması durumunda, söz konusu kişinin etik yetkinliğinin daha güçlü olmasını sağlayacaktır.

Hastane öncesi acil tıp etiğinin kendine has ikliminin ortaya çıkardığı etik tartışma konularından birisi de triajdır. Kelimenin Türkçe karşılığı olarak "öncelendirme" kelimesinin kullanımını öneren otoriteler mevcutsa da tez kapsamında tıbbi terminolojide geniş kabul görmüş kullanımı olan "triaj" tercih edilmiştir. Triaj, sınırlı kaynakların dağılımı ve dolayısıyla da adalet ilkesi ile ilgili olduğu için, tıp etiğinin konu alanındadır. Triajın amacı, acil tıbbi bakımın kalitesini artırmak ve hastaları doğru tanımlar üzerinden öncelendirmektir[158]. Triaj kararları, yalnızca sosyal ve tıbbi yönden değil, etik açıdan da zor kararlardır. Triaj kararları etik değerlendirme açısından geniş bir yelpazeye sahiptir[159]. Kendi içinde gerekçelendirilebilen çeşitli triaj modelleri yanında, triaj fikrinin kişilere değer biçme aracı olarak kullanılması riskine dikkat çeken görüşler de mevcuttur. Öte yandan, aynı somut olayı yaşayan acil yardım ekibi bile triaj konusunda kendi içinde görüş ayrılıklarına düşebilmektedir[160].

Triaj, esas olarak hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin konusudur[161]. Hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin, genel tıp bilgisi kadar isabetli triaj kararları da önem taşımaktadır. Çeşitli triaj tipleri olmakla birlikte[158,162] hastane öncesi acil sağlık

hizmetleri özelinde triaj, çok sayıda hastanın mevcut olduğu her türlü akut travma durumlarında uygulanan değerlendirme, derecelendirme ve önceleme işlemidir. Hatalı ve eksik triaj kararları, acil tıbbi müdahalelerin etik boyutu açısından sorunlu bir alan oluşturmaktadır[45,163].

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonellerinin kararlarını etkileyen çok çeşitli faktörler mevcuttur[156]. Vakanın ciddiyeti ve zorluk derecesi, hastane öncesi ortamın belirsizliği, hastanın beklentileri, çevrede acil tıbbi müdahaleyi izleyenlerin baskısı ve hasta hakkında güvenilir olmayan bilgiler, acil sağlık profesyonellerinin karar verme mekanizmalarını etkileyen başlıca faktörlerdir. Mesleki deneyim, bu tür kararlarda çok önemli rol oynamaktadır[156]. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde yaşanan tıbbi ve etik süreçlerde, doğru davranış şekilleri için önceden reçeteler vermek olanaksızdır[24]. Çünkü bu alanda, her hasta ve her durum biriciktir.

2.2.2. Acil Durumlarda Aydınlatma, Onam ve Tedavi Reddi

Kişilerin, hastalandıklarında iyileştirilmeyi talep etmeleri ya da ölümün kaçınılmaz olduğu bir durum söz konusu ise en azından hayatta kalacakları süreyi biraz daha uzatmak istemeleri makuldür. Öte yandan yeterlik sahibi kişilerin başkalarına zarar vermedikleri sürece, sağlık bakımı konusunda kendi kararlarını alırken özgür olmaları da önemlidir. Bu kişiler, tıbbi tedaviyi kabul etme ya da reddetme konusunda özgür olduğu konusunda etik otoriteleri arasında uzlaşı mevcuttur[109]. Özgürlük bağlamında sorun olması olası durum, hastanın kendisi için yararlı olduğu açıkça ortada olan bir tıbbi tedaviyi reddetmesi ve bunun uzantısı olarak söz konu kişinin yeterliğinin belirlenmesidir[134]. Genel kabul, karar verme yeterliği olmayan hastaların tıbbi tedavi reddi yönündeki kararlarının, sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilebilirliğinin olmadığı yönündedir[164]. Ancak bu tür durumlarda esas sorun hastanın yeterliğinin tespit edilmesi ve bu tespiti kimin, nasıl yapacağıdır.

Acil sağlık profesyonellerinin etik yönü ağır basan klinik kararlar alırken danışmanlık almak ve bir yol bulmak için sınırlı zamanları vardır[112]. Temel etik yaklaşımlardan yararlanarak geliştirilmiş ve acil durumlarda karar vermek için kullanılması önerilen çeşitli modeller mevcuttur[112]. Bu modellerde asıl konu, hastanın

yeterliğinin tespiti ve yasalar özelinde bu konuda sağlık profesyonelini belli bir şekilde hareket etmeye zorlayan bir durumun varlığıdır.

Günümüzden otuz kırk yıl öncesine kadar, acil hallerdeki aydınlatılmış onam konusunda paternalist bir yaklaşık söz konusu olmuştur[165]. Hasta özerkliği kavramının önemi arttıkça, aydınlatılmış onam konusunda paternalizmden uzaklaşma ve hastanın özerk kararlarına saygı gösterme daha öne çıkan bir tutumdur[166].

Karar verme yeterliğine sahip kişilerin kendi tedavi kararlarını vermesi, yasal ve etik bir haktır[109,110]. Özellikle acil durumlarda hasta adına bu kararı verenler genellikle sağlık profesyonelleridir[111]. İçinde bulunulan koşulda hasta için en iyisinin hangi seçenek olduğuna karar verilmektedir. Acil tıbbi süreçlerde yeterlik, hastanın acil tıbbi tedavi konusunda karar verebilir ya da imada bulunabilir durumda olup olmamasıyla ilgilidir. Burada kastedilen yeterlik, acil tıbbi tedaviye karar verebilme yeterliğidir.

Acil durumlarda sıklıkla uygulanan onam şekli, varsayılan onamdır[22,105]. Bu onam, hasta ne yapılacağını bilseydi mutlaka onam verirdi anlayışına dayanmaktadır[5,167]. Bu anlayış, özellikle bilinci kapalı hastalar için geçerli olmaktadır. Ancak bazı tıp etiği uzmanları, paternalizme dayanan bu türden uygulamaların bir kandırmaca olduğunu düşünmektedirler[168]. Bu anlayışın savunucuları ise hastanın acil servise gelmiş olmasını bu türden bir onamın varlığına delil olarak kabul etmektedir.

Acil durumlarda geçerli olan bir başka onam çeşidi ise ima edilen onamdır. Kendisine kas içi enjeksiyon yapılacak kişinin bunun için ilgili bölgesini açması, tansiyonu ölçülecek kişinin kolunu uzatması gibi çeşitli davranışlar kişinin onamın göstergeleri kabul edilmektedir. Acil sağlık sistemine dahil olduğu andan itibaren hastanın, bilinç durumundan bağımsız olarak örtülü onamından bahsetmek de olanaklıdır. Buna göre, hastanın öngörülen tedavi ihtiyacı doğrultusunda elde edilen aydınlatılmış onamın, yapılabilecek her türlü tıbbi müdahaleyi kapsadığı düşünülmektedir[167]. Hastanın bildiği ve bilmediği bütün tıbbi işlemlere, örtülü olarak onam verdiği yargısına dayanmaktadır.

Hem etikten hem de hukuktan beslenen aydınlatılmış onam öğretisinin[103] özellikle acil tıbbi durumlarda uygulanıp uygulanmaması, uygulanacaksa nasıl ve ne şekilde uygulanması gerektiği konusunda belli bir görüş birliği mevcut değildir. Acil tıp çalışanlarını çeşitli etik çatışmalara sürükleyen hastanın özerkliğine saygı ile hastaya yarar sağlama arasında ciddi bir çatışma söz konusudur. Bu türden durumlarda hangi

temel ilkenin daha ağırlıklı olarak ele alınması gerektiği konusunda net bir cevap yoktur[169]. Hastanın yararı, ilk çağlardan beri tıp uygulamalarında en önemli ilkelerden birisidir. Son yıllarda önemini belirgin şekilde artıran hasta özerkliği ise aydınlatılmış onam öğretisinin ya da uygulamasının altında yatan temel ilkedir.

Hastadan onam alınamadığı bazı acil hallerde, özellikle de saldırganlık boyutu olan psikiyatrik hastalarda sedasyon için Haloperidol türevi ilaçlar kullanılmakta ve onam bu işlem sonrasında alınabilmektedir[16]. Diğer taraftan psikiyatrik boyutu olmayan akut ağrı durumlarında da narkotik analjeziklerle ağrının hafifletilmesi hastanın dikkatini toplamasına ve tedavi sürecini anlamasına yardımcı olabilmektedir[103]. Ancak, bu şekilde elde edilen ilaç etkili bir onamın geçerliliği ve kişinin kendi kararını temsil edip etmediği tartışmalıdır. Benzer bir durumun tersi söz konusu olduğunda da aynı endişelere yol açacak farklı bir süreç gelişmektedir. Psikiyatrik durumu nedeniyle karar verme kapasitesine sahip olmayan, bu kapasitesi düşük ya da şüpheli olan kişilerin acil tıbbi tedavi de dahil olmak üzere, herhangi bir tıbbi tedaviye verdikleri onam da geçerlilik konusunda benzer endişeleri barındırmaktadır. Acil sağlık profesyonelleri günlük uygulamalarından aşina oldukları üzere; kafa travması geçiren, ilaç ya da alkol entoksikasyonu olan, metabolik dengesizlik ve mental hastalık geçiren bazı hastalar, makul bir sebep olmaksızın tıbbi tedaviyi reddedebilmektedirler.

Bazı kritik durumlar, kişinin yeterliği konusunda olumsuz bir izlenim veriyor olsa da tek başına bir anlam ifade etmemektedir. Örneğin kişinin intihara teşebbüs etmesi, tek başına söz konusu kişinin karar verme yeterliğine sahip olmadığı anlamına gelmez[131]. Kişi, kendisi için olumsuz sonuçlar doğurabilecek bile olsa bir karar verebilmiştir. Esas irdelenmesi gereken boyut, kişinin bu süreçteki düşünsel süreçleridir. Her halükarda kişinin bu kararı, (kişinin kendisine zarar vereceği açık olan bir durum olması nedeniyle) sağlık profesyonellerinin etik ikilem yaşamasına neden olacaktır. Tıbbi tedaviye yönelik bu olumsuz kararın hayata geçirilmesine engel olma çabasına esas gerekçe, sağlık profesyonellerinin tıp etiği temel ilkelerinden yarar sağlamaya uygun hareket etmek istemesi olacaktır[170].

Acil tıp hizmetlerinde aydınlatılmış onam konusunu, acil hastasının durumuna göre, (1) bilinci yerinde olan hasta, (2) bilinci yerinde olmayan hasta ve (3) çocuk hasta ile ilgili olan şekilde üç grupta incelemek olanaklıdır[167]. Üçüncü grubu genişleterek

karar verme yeterliği olmayan-sınırlı olanlar şeklinde tanımlamak; demans, mental retardasyon ve psikoz gibi sorunları olanları da bu gruba yerleştirmek olanıklıdır.

Bu hasta gruplarının her biri için ayrı değerlendirme gerekse de bilinci açık olmayan hasta için onamdan söz etmek mümkün değildir. Genel kabul, bu hastalar için hayat kurtarıcı tıbbi müdahalenin derhal başlamasıdır. Acil yardım hizmetlerinin işleyişini sekteye uğratacak konu, hastanın o esnadaki durumu hakkında önceden bir görüş ya da niyet beyan etmiş olmasıdır. Acil sağlık profesyonelinin, hastanın söz konusu niyeti ya da görüşü hakkında bilgilenmesiyle etik açıdan sıkıntılı bir durum ortaya çıkmaktadır. Bilinci kapalı olan ve tedavi reddi yönünde beyanı olan bu hasta için kararı kim verecektir?

Bilinci kapalı hastalar için vekil karar vericiler gündeme gelmektedir[171]. Vekil karar verici konumu için ilk adaylar hastanın değerlerini, isteklerini ve inançlarını en iyi bildikleri varsayılan aile fertleridir. Söz konusu ilk olma durumu, aile fertlerinin böyle bir durumda kişinin nasıl düşüneceği ya da davranacağı konusundaki öngörüsünün, aynı durumu değerlendiren acil sağlık ekibinden daha kuvvetli olmasından kaynaklanmaktadır. Bu varsayımın temelinde de yine kişinin özerkliğine saygı ilkesi yatmaktadır. Ancak göz ardı edilmemesi gereken nokta, aile fertlerinin değerleriyle hastanın değerlerinin her zaman örtüşmeyebileceğidir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ideal bir aydınlatma ve onam alma sürecini başarmak oldukça zordur[47]. Bu zorluğun en önemli bileşenlerinden biri, müdahale için gereken zamanın sınırlı oluşudur[103]. Bir diğer önemli bileşen ise sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki iletişim engelleri ve sosyokültürel farklılıklardır. Bilinci yerinde olmasına rağmen acil tıp ekibiyle aynı dili konuşmayan ya da tıbbi tedavi reddine dinsel inançlarını gerekçe gösteren kişilerden onam alma konusunda da benzer etik sorunlar ortaya çıkmaktadır[102]. Bu türden durumlarda etkili bir iletişimin ve her bakımdan donanımlı acil sağlık profesyonelinin önemi, bir kez daha gündeme gelmektedir.

Hastane öncesi acil tıpta tedavi reddi, yalın halde içerdiği anlamdan farklı anlamları da içerebilmektedir. Tedavi reddine, herhangi bir gerekçe gösterilmese de acil tıbbi durumun kendine has umut yönetimi yapısı çok değişik vaka örneklerini barındırmaktadır. Örneğin bir çalışmada[37] katılımcılara "bir kazada ciddi şekilde yaralanmış ve ölmek üzere olsanız tıbbi yardım ekibinden ne beklersiniz?" sorusu

sorulmuş. İçinde sağlık profesyonellerinin de yer aldığı katılımcılara iki cevap seçeneği sunulmuştur. Bunlardan birisi "beni hayatta tutmak için ne gerekiyorsa yapın" diğer cevap ise "beni rahat ettirecek şekilde davranın" seçenekleridir. İkinci seçeneğin üstü kapalı da olsa bir tedavi reddi içerdiğini söylemek olanaklıdır. Katılımcılardan, sağlık profesyoneli olanların % 72'si ve sağlık çalışanı olmayanların % 57'si aynı tercihte bulunmuşlardır. Çoğunluğun tercihi, kendilerini son nefeste rahat ettirecek seçenekten yana olmuştur. Öte yandan, yapılması gereken her şeyin yapılmasını talep edenlerin oranı, sağlıkçılar arasında % 23 ve diğer grupta % 34 olmuştur. Ölümleri neredeyse kaçınılmaz olduğunda, kişilerin sağlık profesyonellerinden beklentileri, tıbbi yardımdan ziyade son nefeslerini rahat ve huzur içinde geçirmelerinin sağlanmasıdır. Bu istek, açıktan bir tedavi reddi olmasa da dolaylı yoldan herhangi bir tıbbi müdahaleden uzak durulması isteği olarak değerlendirilebilir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında ele alınan vakaların yaklaşık % 12'sini alkol intoksikasyonu, ajitasyon ve intihar girişimi gibi psikiyatrik aciller oluşturmaktadır[172]. Psikiyatri hastaları da diğer kişiler gibi tedavi reddi konusunda aynı haklara sahiptir. Üstelik bu hakların kullanımı konusunda kendilerini anlayan ve düşüncelerine değer veren bir tıbbi ortam içinde bulunmalıdırlar. Bu noktada şu örneği gündeme almak konuyu izahta önemli rol oynayacaktır. Psikiyatri hastalarının, gerek olduğunda kendilerine uygulanacak acil tıbbi tedaviyi reddetme durumları hakkında yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin acil tedaviyi reddeden psikiyatrik hastanın bu tercihini kabul edilemez bulmadıkları, sadece bu tercihe götüren sebebe göre tavır değişikliği gerektiğini düşündükleri ve hastanın özerkliğine saygı gösteren bir yaklaşımı benimsedikleri ortaya konmuştur[173]. Sağlık profesyonellerinin genel anlamda hasta özerkliğini önemsedikleri gibi[174] psikiyatri alanında görev yapan sağlık profesyonellerinin de hastanın özerkliği konusunda hassas olduklarını söylemek mümkündür.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonellerinin karşılaştığı tedavi reddi durumları çoğunlukla belli bazı konular çevresinde gerçekleşmektedir. Bu konuları ve bunların herbirinde tedavi reddinin nasıl gerçekleştiğini incelemek uygun olacaktır:

Temel yaşam desteği protokollerinin uygulanması: Temel yaşam desteği protokollerinin reddedilmesi daha çok terminal dönemdeki hastalar, özellikle de bilinci

kapalı olanlar, için söz konusu olmaktadır. Bilinci kapalı hasta için, yakınlarının temel yaşam desteğini reddetmesi durumu sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bu durum bir tür pasif ötanazi uygulamasıdır. Hastaya tıbbi müdahale yapılmaması talep edilmekte ve hastalığın doğal seyri içinde ölümün gerçekleşmesi beklenmektedir.

Damar yolu açma: Damar yolu açma vücuda etken maddelerin seri şekilde verilmesi dolayısıyla tıbbi müdahaleden daha hızlı sonuç alınması bakımından gerekli bir uygulamadır. Ambulans ortamında açılan çoğunlukla üst ekstremitelerin toplardamarlarıdır. Ancak bazı durumlarda kişiler bu uygulamadan ürkmekte-çekinmektedir. Özellikle "iğne korkusu" olan kişiler bu müdahaleyi reddetmeye meyillidirler[175]. Benzer şekilde intravenöz girişime yönelik müdahale reddine dini inançlarını gerekçe gösteren hastalar da görülmektedir[132].

Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçların ve sıvıların kullanılması: Hastaların bazıları belli türden ilaçların ya da sıvıların kullanılmasını istememektedir. Gerek iğne korkusundan, gerekse yanlış tıbbi bilgiden kaynaklanan bu türden tedavi reddi, damar yolu açılmasının reddinden ayrı olarak pek sık rastlanmamakla birlikte, ambulans çalışanlarını zor durumda bırakabilmektedir.

Oksijen uygulaması: Bu uygulamaya yönelik reddin görülme olasılığı yetişkinlerde düşüktür. Genellikle çocuk yaş grubunda bilinci açık hastalarda, oksijen maskesiyle uygulanan tedaviye korkuyla karışık bir red söz konusu olabilmektedir.

Travma stabilizasyonu: Travma hastalarının uygun stabilizasyonu çok önemlidir. Damar-sinir yapısının zarar görmemesi ve mevcut hasarın derinleşmemesi için önemli olan stabilizasyon, özellikle bilinç durumu şüpheli hastalarda sıkıntılı olmaktadır. Hastanın sabitlenmeye karşı olan direnci bazı durumlarda tıbbi müdahalenin etkinliğini azaltmaktadır.

Oksijen uygulamasını ve travma stabilizasyonunu engelleyici davranışlar fiilen müdahalenin reddi esprisini taşımakla birlikte, bunların bilinçli reddedişler olmadıklarını daha çok refleksif karakter taşıdıklarını söylemek olanaklıdır.

Monitörizasyon: Monitörizasyona karşı özellikle kadın hastalarda bir direnç görmek olasıdır. Bu dirence yol açan sebep, göğüs bölgesinin kadınlar için mahrem sayılmasıdır. Kardiyak verileri görmek adına yapılması gerekli olan monitörizasyona yönelik, başka sebeplere dayalı bir red durumu görülmemektedir.

Kemik-eklem sorunlarında stabilizasyonun sağlanması: Özellikle aşırı ağrının eşlik ettiği vakalarda bu uygulamaya yönelik bir itiraz gelişse de etkili iletişim metodlarıyla bu reddi bertaraf etmek mümkündür. Stabilizasyona yönelik bu reddedişin reflektif olduğunu söylemek olanaklıdır.

Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapılması: Ambulans hizmetlerinden yararlanma konumunda olan kişilerin en basit ve temel tıbbi müdahalelerden olan yara kapatma ve kanama kontrolünü reddetmesi sık karşılaşılmayan bir durumdur. Nadiren rastlanan örnekler kimi alt kültür gruplarının yaralanmayı onurlandırıcı kabul etmesi; yaralının yarasını mağduriyetin delili olarak saklamayı istemesi gibi çerçevelerde gerçekleşmektedir.

2.2.3. Genel Olarak ve Hastane Öncesi Acil Tıpta Tedaviyi Red Hakkı ile İlgili Etik Kodlar ve Yasal Düzenlemeler

Bu bölümde tedavi reddi ve bununla bağlantılı haklar konusu, etik kodlar ve yasal düzenlemeler boyutuyla ele alınmıştır. Konuyla ilgili önerilerde bulunan ulusal ve uluslararası etik kodlar ile konunun hukuki boyutunu oluşturan yasal düzenlemeler incelenmiştir. Söz konusu incelemede, öncelikle Türkiye'deki metinler dikkate alınmışsa da genel bir bakış açısı sunması açısından, herhangi bir metne öncelik verilmeden bahsedilmesi benimsenmiştir. Tedavi reddiyle ilgili; kanun koyucu irade, ulusal ve uluslararası kurumlar ve meslek örgütlerinin ortaya koydukları metinler konuyla ilgili bölümleri dikkate alınarak derlenmiştir. Bölümün genel bütünlüğü çerçevesinde; sonraki üç alt bölümde, hastane öncesi alanda görev yapan sağlık profesyonellerinin mesleki aidiyetlerine vurgu yapan etik kodlar incelenmiştir. Bu bağlamda yazılı etik kodlara sahip üç sağlık profesyonu incelenmiştir.

Hastane öncesi alanda tedavi reddi çok farklı boyutları olan bir konudur. Özellikle helikopter destekli hastane öncesi acil tıpta hastanın tedavi reddine nadir rastlanırken, bizim çalışmamızın ana eksenini oluşturan kara ambulanslarıyla müdahalede tedavi reddi, diğer ambulans alanlarına göre daha sık görülmektedir[176]. Bir çalışmaya göre, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde tedavi reddi oranı % 9,9'dur[177]. Bir başka çalışmaya göre ise bu oran % 8'dir[178]. Bahsi geçen her iki çalışma da hastane

öncesi acil sağlık sisteminin kara ambulanslarını içeren kısmıyla ilgili sonuçları içermektedir.

Karar verme kapasitesine sahip herkesin, kararının sonucu kendisinin zararı ya da ölümüyle sonuçlanıyor olsa bile kişisel sağlık bakımı konusunda karar verme hakkı vardır[16]. Bu hak çerçevesindeki tartışmalar genelde etik bir tartışma olsa da konunun hukuki boyutu zamanla daha ön plan geçmiş görünmektedir. Tedavi reddi ve hasta hakları konusundaki kadim tartışmaya bazen mahkemeler de verdikleri kararlarla ortak olmuşlardır. İçinden çıkılamaz etik ikilemlerin oluştuğu bazı durumlarda, hukuk mekanizması da devreye girmiş ve bazı özel durumlar için yalnızca o vakayı ilgilendiren kararlar verebilmişlerdir[179].

Öte yandan tedavi reddi konusunda bir başka boyut da tedavi reddinin sürekliliği konusudur. Tıbbi tavsiyeye rağmen tedaviyi reddeden hastaların önemli bir kısmı, on beş gün içinde aynı servise benzer tıbbi sorunlarla yeniden başvurmaktadır[180]. Hasta hakları bağlamında tedavi reddi, değişimi sürekli içinde barındıran ve belli bir zaman sonra ya da değişen tıbbi şartlara göre kişilerin geri dönüş yapabildiği dinamik bir süreçtir.

Kişilerin, kendi değerlerine göre yaşamaları ve tercihlerini ona göre belirlemeleri en temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir. Kişinin yaşamına yön veren değerlerden biri olan dini inançları, tedavi reddi durumlarında rastlanılan gerekçelerden birini teşkil etmektedir. Dini inançların tedavi reddi ile olan bağlantısının incelendiği bir çalışmada "ciddi şekilde yaralanmış olsanız kararlarınızda dini inancınız ne kadar önemli rol oynar?" sorusuna katılımcıların % 41'i "çok rol oynar" cevabını vermiştir[37]. Tedavi reddi, nihayetinde bir karar verme süreci sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kişinin kararı, hekimin ya da ailesinin kararından farklılık arz etse bile bilinci yerinde olan ve durumu hakkında yeterli bilgiyle donanmış kişi, karar verme sürecine dinsel / mistik öğeleri de dahil edebilir[136].

Tedavi reddinin temel bir hasta hakkı olduğu, ulusal ve uluslararası pek çok metinde kabul edilmiştir. Bu metinlerde konunun etik yönünden ziyade hukuki yönünün ön planda olduğu görülmektedir. Tedavi reddi konusunu içeren metinlerden bazıları şunlardır:

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 25. maddesinde tedaviyi reddetme ve durdurma konusundan bahsedilmektedir[86]. "*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" denilmektedir. Burada "kanunen zorunlu haller" in içeriği ve hangi durumları kapsadığı konusunda net bir hüküm bulunmamaktadır. Eğer acil tıbbi durumlar, söz konusu "haller" in kapsamı içindeyse ambulans hizmetlerinde gerçekleşen bütün tıbbi süreçler, bu çerçevede değerlendirilebilir mi? Konunun bir diğer boyutu, tedavi reddinin yazılı kayıt altına alınmasıdır. Ambulans kayıt defterlerinde tedavi reddiyle ilgili matbu bir bölüm bulunmaktadır. Bu bölümde, acil tıbbi tedaviyi ya da nakli reddeden hastadan ya da hasta yakınından imza alınmaktadır. Ancak bu matbu evrakın ve sadece imza ile sınırlı tedavi reddi bildiriminin hukuki geçerliği, her zaman tartışmaya açık olacaktır. Görülüyor ki, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde tedavi reddi konusu; hastane öncesi acil sağlık hizmetleri bakımından eksik, yeterince açık olmayan ve sorunlu öğeler barındırmaktadır.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde hastanın onamından bahsedilmektedir[91]. "*Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir. İlgili kişi, muvafakatını her zaman, serbestçe geri alabilir"* denilmektedir. Bu sözleşmenin, klasik hastane odaklı sağlık sistemlerine yönelik olarak hazırlanmış olduğunu söylemek olanaklıdır. Kişinin tedavi sürecine onamını vurgulamaktadır. Bu onamın geri alınabilir olması, tedavi reddi şeklinde değerlendirilebilir.

Lizbon Bildirgesi, hasta hakları alanında ilk uluslararası belge olarak, 1981 yılında yayınlanmıştır[88]. Lizbon Bildirgesi'nin üçüncü maddesinde tedaviyi reddetme hakkından bahsedilmektedir. "*Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir"* denilmektedir. Lizbon Bildirgesi'nde tedaviyi reddetme hakkı açık şekilde belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu Hasta Hakları Bildirgesi, 1994 yılında yayınlanmış olup Amsterdam Bildirgesi olarak da bilinmektedir[92]. Herhangi bir tıbbi müdahalenin, hastanın aydınlatılmış onamının alınması şartıyla gerçekleştirilebileceği

ve bir tıbbi müdahalenin reddedilmesi veya durdurulmasının sonuçlarının hastaya dikkatli bir şekilde açıklanmasının gerekliliğinden bahsedilmiştir. Acil sağlık hizmetleri bakımından önemli bir görüş belirtmektedir. "*Hastanın önceden, yapılacak girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı acil durumlarda, hastanın onam verdiği varsayılarak müdahale yapılabilir"* denilmektedir. Bu bildirgede, acil sağlık hizmetlerindeki hasta onamı bakımından, önemli bir yaklaşım ortaya konmuştur.

Bali Bildirgesi, Lizbon Bildirgesi gözden geçirilerek 1995 yılında hazırlanmıştır. Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi olarak bilinmektedir[89]. Bildirgede; hastanın kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilinci kapalı hastanın yaşam hakkı, yasal ehliyeti olmayan hastanın durumu, hastanın isteğine karşı yapılan müdahalenin istisna halleri, bilgilendirilme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini destek hakkı gibi çeşitli hasta hakları üzerinde durulmuştur. Tedavi reddi konusunda *"Hasta kendi kaderinin belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları konusunda bilgilendirmekle yükümlüdür. Zihinsel yeterliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir"* denilmektedir. Bu bildirgede, tedavi reddi hakkından bahsedilmiştir.

Santiago Bildirgesi, hasta hakları konusunda, Lizbon (1981) ve Bali (1995) Bildirgeleri silsilesinin en son ve güncel halkasıdır. 2005 yılında Şili'nin Santiago şehrinde deklare edilmiştir[90]. Hastanın seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme özgürlüğü ile acil hallerde bilinci kapalı hastaya müdahale şekli ve hastanın onurunu koruma ve hastanın bilgilenme hakkı gibi konulardan bahsetmektedir.

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü[181], 2002 yılı kasım ayında Roma'da kabul edilmiştir. Hastalara ait on dört hak belirtilmiştir. Bu haklardan dördüncüsü tedaviye rıza ya da tedavi reddiyle ilgilidir. Buna göre, hastanın tedavi veya tıbbi müdahaleye itiraz etme hakkı ve tedavi sürecinde kararını değiştirip devam edilmesine karşı itiraz etme hakkı vardır.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları: 1999 yılında yayınlanmıştır[182]. Acil tıbbi durumlar ve tedavi reddiyle ilgili konular 26. maddesinde ele alınmıştır. Hekimin tıbbi uygulamalarında aydınlatılmış onamdan bahsetmekte ve

şöyle devam etmektedir: *"... (hekim) hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir"* Acil durumlarda hayat kurtarmaya yönelik müdahalenin başlatılmasından bahsedilmektedir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin, hekimin takdirine bırakılmış olması muğlak bir tutum olarak eleştirilebilir.

Konunun hukuki yönü doğrudan bu tez çalışmasının konusu olmamakla beraber, Türk Hukuk Sistemi'ne göre genellikle ceza hukukçuları; tedaviyi reddetmeye yönelik kararları, ölüme neden olacak ise tanımamaktadır[137]. Bu konuda hekimin hareketsiz kalmasını suç olarak görmektedirler.

Bir hastanın tıbbi tedaviyi istemesi, o kişinin sağlığına kavuşturulmasının yani tıbbın icra edilmesinin temel koşuludur[183]. Bu konu hakkında birtakım radikal örnekler olsa da tıbbi sürecin başlaması, kişinin talebine bağlıdır. İlke olarak, kişinin onamı olmadan ona fayda verecek bile olsa bir tıbbi müdahale başlayamaz. Sağlık hizmetinin bir boyutu kişiye yardım etmekse, bir diğer önemli boyutu da kişiye uygun davranmaktır. Uygun davranma; kişinin değerlerine, özerkliğine, yazgısını belirleme hakkına ve kararlarına saygı duymayı gerektirmektedir. Zorla tedavi ve tıbbi müdahale gibi konular etik yönden gerekçelendirilmesi zor konulardır.

Bazen hastalar, sağlık profesyonellerinden birtakım uygunsuz isteklerde bulunabilmektedirler. Örneğin şiddetli baş ağrısı çeken bir hasta, bu durumun dişlerinden kaynaklandığını ve dişlerinin tümü çekilirse ağrısının geçeceğini düşünmektedir. Elbette ki böyle bir durumun tıbbi açıdan gerçek değerlendirmesini ancak bir diş hekimi yapabilir. Baş ağrısının giderilmesi için tüm dişlerinin çekilmesini talep eden hastaya, diş hekimlerinin vereceği cevabı tahmin etmek zor değildir. Hastaya

bu isteğinin makul olmadığı, baş ağrısı ile dişleri arasında kurduğu sebep-sonuç ilişkisinin yanlış bir ilişki olduğu anlatılabilir. Ancak hasta bunu istiyor diye hastanın tüm dişlerinin sökülmesi, o işlemi uygulayan diş hekimini de hem hukuki hem de etik yönden zor durumda bırakacaktır. Burada önemli olan nokta, hastanın istemesinin kendisine uygulanacak her tıbbi eylemin doğru ve geçerli olacağı anlamını taşımadığıdır.

Öte yandan, hastanın belli bir tıbbi uygulamayı istememesi de hastanın bu kararının mutlak karar olduğu anlamını taşımamaktadır. Tıbbi süreçlerin herhangi bir aşamasında hastanın bir şeyi istemesi ile istememesi arasındaki temel fark, sağlık profesyonelleri açısından söz konusu eylemin uygulanır olup olmadığıdır. Sağlık profesyonelleri için uygulanma olanağı bulunan bir eylemin yapılması ile -örneğin diş çekilmesi- uygulanmama olanağı bulunan bir isteğin yerine getirilmemesi -örneğin ambulansta tedavi reddi- aynı etik süreçleri içermemektedir. Her iki eylem de belirli bir etik süreci gerektirse de ilkinde bizzat yapılan bir eylem söz konusudur. Eylemde bulunmak bir tercihtir. İkincisinde ise hiçbir eylemde bulunmamak bir tercihtir.

Diğer yandan, karar verme yeterliğine sahip olup acil tıbbi tedaviyi reddeden hastaların, kendilerine göre makul gerekçeleri de olabilmektedir. Örneğin tıbbi tedaviyi reddeden kişi, iğne korkusu yaşıyor olabilir. Kişi kendisine uygulanacak damar içi ya da kas içi bir tedaviyi sırf iğne korkusu nedeniyle reddetmekte; ancak bu reddini başka bir sebebe bağlamakta ya da ifade etmekten çekinmektedir. Ya da bir başka vaka örneğinde olduğu gibi genç bir kadının acil apandisit ameliyatı olması gerekmektedir. Bu hasta mankendir ve estetik sebeplerden ötürü apandisit ameliyatı olmayı reddetmektedir.

Diğer örnekte ise kendisine yapılacak endoskopi ile sindirim sistemindeki kanama odağının tespit edilmesi planlanan hastanın, yaşlılığını gerekçe gösterip bu girişimsel tedaviyi reddettiği[81] görülmüştür. Özellikle acil tıp sistemi içinde bu tür hastalarla etkili bir iletişim, tedavi reddi sorununu çözmede etkili bir yöntem olmaktadır. Etkili iletişimin en önemli bileşenlerinden biri, tıbbi sürecin sonunda kişiyi neyin beklediği bilgisinin verilmesidir. Tedavi alternatiflerinin anlatılması, hastanın bahsetmekten çekindiği endişelerinin açığa çıkmasına olanak sağlayabilecektir.

Acil tıbbi sürecin, özellikle hayatın sonu ile ilgili kısımları hukuken de sorunludur. Özellikle mesleki kötü uygulamaya yönelik cezai düzenlemelerin gündeme gelmesi ile meselenin hukuki yönü de sağlık profesyonellerinin ilgi alanına girmiştir.

Acil sağlık hizmetleri alanında hastaların yaşamsal durumlarına etki edecek önemli konulardan birisi de kalp akciğer canlandırmasıdır (CPR). Kalp akciğer canlandırma süreçleri, acil sağlık hizmetlerinde profesyonelliğin en çok gerektiği uygulamalardandır. Bu uygulamalarda teknik donanım, bilgi ve beceri, olay yeri yönetimi ve hasta yakınlarıyla iletişim gibi her biri kendi içinde profesyonellik gerektiren boyutlar mevcuttur. Özellikle sürece dahil olan üçüncü kişilerin müdahaleleri, profesyonel sağlık ekiplerine sıkıntı yaşatmaktadır. Kalp akciğer canlandırması gibi acil tıbbi durumlarda kanun ve yönetmelikler ne şekilde öngörüyorsa ona göre hareket edilmesi; hasta yakınlarının, ailenin ya da üçüncü şahısların acil tıbbi tedavi ve süreç konusundaki caydırma girişimlerinin dikkate alınmaması gerektiği belirtilmektedir[24].

Acil tıbbi durumlarda, kişinin tıbbi tedavi için onamı alınmadan müdahale edilmesinin, kabul edilebilir bir uygulama olduğu daha önce belirtilmişti. Bu istisnai durum; kişinin karar verme kapasitesini tekrar kazandığında, söz konusu uygulama için onam vereceği ön kabulünden kaynaklanmaktadır. Meseleye diğer bir açıdan bakarsak; karar verme kapasitesi olmayan vakalarda hastanın onamını var farz edip acil tıbbi müdahaleye başlanması uygun olmayabilmektedir. Örneğin acil müdahale sistemine dahil olmuş kafası kopmuş bir kişi, terminal dönem kanser hastası, aşırı derece elektrik akımına maruz kalmış hasta vb. Bu örneklerin ortak özelliği, hayatta kalmak ve daha sağlıklı yaşamak adına acil tıbbi müdahaleden bir fayda elde edemeyecek hastalar olmalarıdır. Hastalara bir yararı olmayacağı öngörülen uygulamalar için hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinin bir anlamı olmayacaktır. Hastaya zarar vermemek de en önemli etik ilkelerden birisidir.

Her türlü tercihle birlikte özgürce verilen tedaviyi red kararı, elbette ki kişinin kendini ve yaşamını anlamlandırdığı süreçlerin bir ürünüdür. Sonucu büyük olasılıkla kişinin ölümüyle neticelenecek bir acil tıbbi tedavi reddindeki ana nokta, kişide ölüme karşı beliren istek ve iradedir. Bu istek ve iradenin sebebi (dinsel ya da başka herhangi bir şey) ne olursa olsun, bu kararın tıbbi süreç nedeniyle konuya dahil olan acil tıp personelinin bakış açısına ve mesleki etik algılarına göre ne şekilde karşılık bulacağıdır. Zira sağlık profesyonellerinin etik konulardaki düşünceleri kültürel özelliklerinden etkilenebilmektedir[133].

Etik bir ikilemle karşılaşan sağlık çalışanları, bu konuda yardım aramaya ve bu durumdan kaçınmaya ya da kendilerini vicdani ve mesleki yönden korumaya almaya

meyilli görünmektedirler[123]. Yapılan bir çalışmada, ülkemizde klinisyenlerin etik danışmanlığa gereksinim duydukları ortaya konmuştur[184]. Hastane şartlarında görev yapan sağlık profesyonelleri için etik danışmanlık alabilme olanağı mevcuttur. Oysa ambulans hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanları, etik bir ikilemle karşılaştıklarında o sorunu ancak orada, yani yerinde ve derhal bir çözüme ulaştırmak durumundadırlar. Etik danışmanlık alabilecekleri kimselere ulaşmaları ya da etik ikilemi bir süre ertelemeleri çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Çünkü durumu acil olan bir hasta için yapılması gerekenler, tıbbi olarak bellidir ve ertelenmesi hastanın yarar görmesini geciktirecektir.

Diğer yandan, intihar girişimi gibi yaşamı tehdit edici durumlara müdahale eden ambulans ekiplerinin, kişinin tedaviyi reddetme hakkı sebebiyle müdahaleden kaçınması; kamu açısından intiharı özendirici bir rol de oynayabilir. Bu bakımdan kamu otoritesinin bazı özel durumlarda acil sağlık profesyonellerinin kişilere zorla tedavi uygulaması konusunda baskı uyguladığı görülmüştür[145]. Son derece hassas ve kötüye kullanıma açık bir uygulama olması nedeniyle hemen hemen her ülkede kurallara bağlanmış olan zorla tedavi, hukuksal anlamda, doğru biçimde gerçekleştirilme olanağına sahiptir. Ancak etik açıdan tartışmalı olmayı her zaman sürdürecektir[145]. Başkalarına zarar vermediği sürece, karar verme yeterliğine sahip herkesin tıbbi süreçleri hakkında nihai kararı kendisinin verme hakkı vardır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde karşılaşılan tedavi reddi durumlarında hasta ya da hastanın birinci derece yakınının reddettiği konu, hastaneye nakil ya da tıbbi tedavidir. Böyle durumlarda, hasta ya da yakınının imzasının alınmış olması, ambulans personelini hukuki olarak sorumluluktan kurtarmaz[185]. Konunun hukuki yönünü etik boyutundan farklı düşünmek gerekmektedir. Kişilerin hayatı söz konusu olduğu durumlarda, mantığa uygun olmayan isteklerin ifadesi kurallara uygun olsa da bu ifadeye yönelik uygulamalar, resmi görevlileri adli ve idari soruşturmadan kurtarmamaktadır.

Hastane öncesi acil tıpta karşılaşılan tedavi reddi vakaları, daha çok hukuki yönüyle değerlendirilmektedir[186]. Bir hastanın acil tıbbi tedaviyi reddetmesi durumunda uygulanacak prosedür üzerinden yürüyen tartışma, hukuki yönden herhangi bir açık alan bırakmama konusu üzerinden incelenmektedir. Oysa bu konu, hukuki yönü inkar edilmemekle birlikte esas olarak etik bir konudur.

Hastane öncesi acil tıpta bir hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda, sağlık personelinin karşısına her üçü de kendi içinde ciddi etik çatışmalar barındıran üç yol çıkmaktadır. Bunlardan ilki hastayı tedaviye ikna etmeye çalışmaktır. Diğer yol, zor kullanarak tedavi etmektir. Bu yollardan ilki hastanın özerkliğini değersiz kılma gibi algılanma potansiyeline sahiptir. İkna yöntemi, acil sağlık profesyonelinin kişisel ikna yeteneğine bağlıdır. İkinci yol olan zorla tedavi ise hastanın özerkliğine fiili bir müdahaledir. Zor kullanarak tıbbi müdahaleyi etik açıdan sağlam temellere dayandırmak güçtür. Tedavi reddi durumunda sağlık personelinin tercih listesindeki üçüncü yol ise hastanın tedavi reddi kararına saygı duymaktır. Bu tercihin uygulanması durumunda ise sağlık profesyonelleri büyük ihtimalle görevlerini ihmal etmiş sayılacaklardır[187].

Hastane öncesi acil tıpta tedavi reddi konusunu, yapısal hastane öncesi acil sağlık sistemi boyutundan incelemek de olanaklıdır. Burada esasında söz konusu olan, ambulans hizmetinin uygunsuz (uygun olmayan) kullanımıdır. Uygunsuz ambulans kullanımında kastedilen durum, acil sağlık profesyonellerinin hastanın sağlık durumunun ivediliği konusunda hasta ile hemfikir olmamalarıdır. Acil sağlık profesyonelleri hastanın hastaneye ambulansla naklini uygun görmemektedirler. Burada bahsi geçen konu, tedavi reddinden çok nakil reddi sınıfına girmektedir. Ancak belirtmekte fayda var ki bu türden sağlık profesyonellerinden kaynaklanan nakil reddi vakaları nadirdir[188].

Hastane öncesi acil tıp sistemi içinde hastalar tedavi reddini çok çeşitli şekillerde ortaya koyabilmektedir[47]. Hasta, tedaviyi ya da hastaneye nakli reddediyor olabilir. Söz konusu bu iki grup tedavi reddinin diğer versiyonları da bu listeye eklenebilir. Örneğin hasta, tedavinin bazı kısımlarını reddediyor olabilir. Hastaneye nakli kabul ediyordur; ama tıbbi müdahaleyi kabul etmiyordur. Ya da hasta, bulunduğu yerde müdahaleyi kabul ediyor ancak nakli kabul etmiyordur.

Yapılan bir çalışmada hastaneye nakil ile sonuçlanmayan acil ambulans talepleri incelendiğinde, vakaların % 47'sinde naklin gerçekleşmeme nedeni, hastaneye nakli hastanın reddetmesi olduğu belirtilmiştir[43]. Ambulans hizmetlerinde tedavi reddi, hasta için sonradan tıbbi yardım aramanın ilk basamağı da olabilmektedir. Örneğin bir çalışmaya göre, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında hastaneye nakli reddeden hastaların neredeyse yarısı bir hafta içinde, aynı sağlık sorunlarıyla bir

hastaneye başvurmuşlardır[189]. Bir başka çalışmaya göre de hastaneye nakli reddeden hastaların % 47'si merkezdeki hekimin devreye girmesiyle hastaneye nakil olmaya ikna edilmiştir[190].

Hastane öncesi acil tıpta yaşanan tedavi reddi vakalarında iki temel etik değer olan hasta özerkliği ve yarar sağlama çatışma içindedir. Bazı yazarlar, hasta özerkliğinin "her zaman" önemli bir etik değer olduğunu; yarar sağlamanın ise "bazen" önemli bir tıbbi kavram olduğunu belirtmektedir[191]. Burada fazla belirgin olmamakla birlikte, özerkliğin daha değerli bir etik ilke olduğu düşüncesi mevcuttur. Etik ilkeler arasındaki çatışma, acil sağlık hizmetlerinde etik üzerine düşünmenin başlangıç noktasıdır.

Bundan sonraki üç alt bölümde, ambulans sistemi içinde görev yapan sağlık profesyonellerinin mesleki aidiyetlerine vurgu yapan etik kodlar incelenmiştir.

2.2.3.1. Acil Hekimliği Etik Kodları

Tıbbın temel branşlarından biri olan acil hekimliği, kendine özgü etik sorunları olan bir alandır. Acil tıbba yönelik etik kodlardan bahsetmeden önce, uzmanlık alanları için genel anlamda etik kodlardan bahsetmek yerinde olacaktır. Türkiye Acil Tıp Derneği'nin (TATD) de destek verdiği "Uzmanlık Dernekleri İçin Etik Kılavuzlar" kitapçığı bu konuda genel bir bakış açısı sunması bakımından önemlidir[192].

Söz konusu kılavuzun ana başlıkları: aydınlatılmış onam, hasta hakları, etik kurullar ve hekim-endüstri ilişkileridir. Bu kılavuzda aydınlatılmış onam; bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, yetkilendirme, onamın gönüllü olması, hastanın onam vermeye yeterli olması ve anladığının bilgilendirmeyi yapan tarafından denetlenmesi olarak detaylı bir şekilde açıklanmaktadır. Hasta haklarından bahsedilen kısımda ise dünyada hasta haklarının gelişimi ve mevzuattan bahsedilmektedir. Gerek aydınlatılmış onam konusunda gerekse hasta hakları konusunda etik öneriler belirtilmektedir.

Ülkemizde acil tıp konusunda faaliyet gösteren iki uzmanlık derneği mevcuttur: TATD ve Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER). Bu derneklerin alana ait etik kodları mevcut değildir. Bu nedenle acil hekimliği etik kodları, ülkemiz dışındaki dernek ve kuruluşlar üzerinden incelenmiştir.

Acil hekimliğinde önemli etik kodlardan biri Amerikan Acil Hekimleri Birliği (ACEP) etik kodlarıdır[13]. Yaklaşık 22 bin üyesi bulunan birliğin etik kodu, 1991 yılında yayınlandıktan sonra 2011 yılına kadar çeşitli düzenleme, değiştirme ve güncellemeler geçirmiştir. Üç bölümden oluşmaktadır. İlk iki bölüm ana bölümlerdir. Üçüncü bölüm ise daha çok alana özgü güncel etik sorunların irdelendiği bölümdür. İlk bölümde acil tıp hekimi için genel etik ilkelerden bahsedilmektedir. Meslek yeminine atıfta bulunularak, acil hekimliği için insanlığın iyiliği ve sağlığının birincil görev olduğu belirtilmektedir. Hızlı ve profesyonel ilkyardımın, önyargı ve ayrım olmadan herkesin hakkı olduğundan bahsedilmektedir. Hasta haklarına saygı ve özellikle de incinebilir hasta gruplarıyla, karar verme kapasitesinden şüphe duyulan bireyler için onların iyiliği yönünde davranılmasından söz edilmektedir. Etkili bir iletişim ve aydınlatılmış onamın önemi vurgulanmaktadır. Hasta mahremiyeti ve hasta bilgilerinin paylaşımının özelliklerinden söz edilmektedir. Tıp mesleğinin diğer mensupları ve hasta yakınlarıyla yapıcı ve etkin bir iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Sağlık camiasının bütün fertleri gibi genel sağlıkla birlikte halk sağlığını ilgilendiren konulara hassasiyet gösterilmesi gereği belirtilmektedir.

İkinci bölümde ise genel konulardan ziyade, acil tıp hekimliği alanına ait etik konulardan bahsedilmektedir. Acil tıp hekimlerinin değer yargılarının ve etik duyarlılıklarının çeşitli kaynaklardan beslenen çoğul bir süreç olduğu anlatılmaktadır. Biyoetiğin acil tıp hekimliği için gerekçelendirilebilir önermelerde bulunduğu belirtilmektedir. Acil tıp hekimliğinin kendine özgü yapısı ele alınmaktadır. Hastanın sağlık gereksiniminin acil olması, bazı hastalarda karar verme kapasitesini belirlemenin zorluğu, zaman sınırlılığı, hasta-hekim ilişkisinin evveliyatının olmaması ve benzerleri gibi acil tıbba özgü pek çok konudan bahsedilmektedir. Acil tıp hekiminin diğer meslektaşlarıyla, paramediklerle, araştırma endüstrisiyle ve diğer alanlarla ilişkilerine değinilmektedir.

Etik kodun devamı hasta-hekim ilişkisinin kendine özgü yapısı içinde yarar sağlama–zarar vermeme, hastanın özerkliğine saygı, acil sağlık sisteminde adalet, hastanın mahremiyetine saygı ve hastanın sorumluluğu gibi alt başlıkları içermektedir. Özellikle hasta özerkliği konusunda; aydınlatılmış onamdan, hastayı bilgilendirmeden, alternatif tedavi seçeneklerinden, karar verme kapasitesinden ve son dönem hastalardan uzunca bahsedilmektedir. Ciddi yaralanma ya da ölüm riski durumlarında acil tıp

hekiminin hastanın onamını almadan da tedaviye başlayabileceği belirtilmektedir. Ancak hemen ardından bu durumun sınırlı bir istisna olduğu da ifade edilmektedir. Acil tıbbi tedaviyi reddeden, karar verme yeterliğine sahip hastanın söz konusu reddine muhalif davranılmaması gerektiği belirtilmiştir. Hastaların bazı durumlarda karar süreçlerine kendi belirledikleri başka kişileri de dahil edebilecekleri ifade edilmektedir. Yaşamın son dönemindeki hastaların önceden belirttikleri tıbbi vasiyetlerine uygun davranılması yönünde görüş belirtilmektedir.

Acil hekimliği etik kodları kapsamında Avrupa Acil Tıp Müfredatı'ndan (European Curriculum for Emergency Medicine) bahsedilmesi de uygun olacaktır[193]. Avrupa ülkeleri arasında acil tıp eğitimi programını ortak bir yapıya kavuşturmak amacıyla hazırlanan programda, acil tıbbın kendine özgü yapısına vurgu yapılmaktadır. Acil tıbbın çeşitli bileşenlerinden bahsedilen metinde profesyonellik ile etik ve yasal konular hakkında bir bölüm bulunmaktadır. Karar verme yeterliğine sahip hastanın, tıbbi bakımla ilgili her türlü kararına acil tıp hekiminin saygılı davranmasından bahsedilmektedir. Hastanın tedavi reddi kararlarının da saygıyı hak ettiği belirtilmektedir. Hastanın özerkliği ve aydınlatılmış onamının acil hekimini nasıl etkilediğinin anlaşılması gerektiği belirtilmektedir. Acil hekiminin hastanın karar verme yeterliğine sahip olup olmadığının tespitinde sorumluluğundan bahsedilmektedir. Acil hekiminin "kalp akciğer canlandırması yapma" (DNR) ya da kısaca "canlandırma!" talimatı gibi etik ve yasal konular hakkında bilgi sahibi olması ve böyle bir durumla karşılaştığında nasıl davranacağını bilmesi gerektiği anlatılmaktadır. Etik bir sorunla karşılaştığında onu çözmek için gerekli etik donanımdan söz edilmektedir. Ayrıca metinde hasta özerkliği, yaşam sonu kararları ve hekim-hasta ilişkisi gibi etik boyutu olan konulara duyarlı bir acil tıp eğitiminden bahsedilmektedir.

Bir etik kod sistematiği içinde hazırlanmış olmasa da bir acil tıp etiği eğitim rehberi olma özelliğiyle Akademik Acil Tıp Cemiyeti' nin (SAEM) etik rehberini de bu kapsamda ele almak olanaklıdır[194]. Rehber, 2005 yılında yayınlanmıştır. Genel çerçevesi bakımından, rehber metin olma iddiasından dolayı diğer metinlerden daha uzun ve kapsamlıdır. Acil tıp etiğinin yukarıda bahsi geçen konularına ait değerlendirmeler içermektedir.

Acil hekimliği için uluslararası ölçekte en önemli kodlardan bir diğeri Amerikan Acil Tıp Akademisi'nin (AAEM) 2010 yılında güncellenen ve ağırlıklı olarak ekonomik

konularla ilgili olan etik kodlarıdır[195]. Kanuna ve yürürlükteki mevzuata uygun olma temelinde acil tıp sistemlerinin ekonomik modelleri üzerinden konuya yaklaşılmıştır. Burada hasta ile ilişkiler ve bu konunun etik boyutu geri planda kalmıştır. Asıl itibariyle klasik anlamda bir etik kod olma özelliğinden ziyade, piyasa koşullarına çekidüzen verme niyeti ön plandadır. Ayrıca acil tıp hekimleri arasındaki mesleki ilişkilere yönelik tavsiyeler bulunmaktadır.

2.2.3.2. Acil Hemşireliği Etik Kodları

Hemşireler için yol gösterici bir rehber niteliğinde olan, Türk Hemşireler Derneği'nin (THD) 2009 yılında yayımladığı "Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar" metni bulunmaktadır[19]. Metin kısaca, kaliteli bir bakım hizmeti için hemşirelerin hizmet verdiği bireyi, işbirliği yaptığı ekip üyelerini ve toplumu sağlık bakımı konusunda bilgilendirmesinden bahsetmektedir. İki bölümden oluşan metinde ilk bölümde temel etik ilkelerden, ikinci bölümde ise hemşirenin sorumluluklardan bahsedilmektedir. Birinci bölümde bahsedilen etik ilkeler: zarar vermeme – yararlılık, özerklik – bireye saygı, adalet ve eşitlik ile mahremiyet ve sır saklamadır. Bu bölümde genel etik yaklaşımlar sunulmaktadır. Tedavi reddiyle ilgili olarak, özerklik ilkesinin irdelendiği bölümün altıncı maddesinde: *"Hemşire; bireyin bakımı, tıbbi uygulamaları ve tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterir"* denilmektedir. Hemen bir sonraki maddesinde de kişinin bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren hemşirelik uygulamaları öncesinde kişinin rızasının alınmasından bahsedilmektedir. Dokuzuncu maddesinde ise hemşirenin acil durumlarda bireyin yaşamını korumak üzere gerekli hemşirelik bakımını rıza almaksızın uygulayacağı belirtilmektedir.

Hemşirenin sorumluluklarından bahsedilen ikinci kısımda ise kişilere, topluma, meslek örgütüne ve sağlık ekibine karşı olan sorumlulukları üzerinde durulmaktadır. Hemşirenin, meslektaşları ve tüm sağlık meslekleri üyeleriyle; yapıcı, etkin ve sürekli işbirliği içerisinde çalışması vurgulanmaktadır.

Hemşirelik alanındaki etik kodlardan bahseden uluslararası metin ise Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (ICN) yayınladığı Hemşireler İçin Etik Kodlar kılavuzudur[196]. Kılavuzda hemşireliğin dört temel sorumluluğundan bahsedilmektedir.

Bunlar: sağlığı geliştirmek, hastalıklardan korunmak, sağlığı düzeltmek ve acıyı hafifletmektir. Hasta onuruna saygılı, herhangi bir ayrım gözetmeyen, hasta hakları ve kültürel haklar konusunda duyarlı, yaşama ve hastanın tercihine saygılı bir hemşirelik hizmetinden bahsedilmektedir. Hemşirelik mesleğinin dört temel alanı üzerine etik yaklaşımlar ortaya konmuştur. Bu alanlar: hemşire ve toplum, hemşire ve uygulama, hemşire ve profesyon ve hemşire ve beraber çalıştığı kişilerdir. Hemşirenin topluma karşı olan sorumluluklarından bahsedilmiş, mesleki uygulamalarının hesap verilebilirliği gündeme getirilmiştir. Hemşireliğin çağdaş standartlarda uygulanması ve ekip içi iletişimin öneminden bahsedilmektedir.

Bu kılavuzda, özellikle hemşire ve hasta arasında gerçekleşen iletişime yönelik tavsiyeler önemli yer tutmaktadır. Hasta haklarına saygılı, kişilerin değerlerine, inançlarına ve geleneklerine karşı hassas bir hemşirelikten bahsedilmektedir. Hastaya yeterli bilginin sunulması, aydınlatılmış onamının alınması ve sonucunda tedavi kabul etmesine ya da reddetmesine fırsat verilmesinden söz edilmektedir. Hasta bilgilerinin gizliliği ve kayıt güvenliği konularına değinilmektedir.

2.2.3.3. Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenleri Etik Kodları

Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yapılanması devam etmektedir. Kurumsal yapılanma henüz yeni olduğu için alanda görev yapan profesyonellerin isimlendirmeleri ve görev tanımları da değişmektedir. Nitekim Nisan 2012'de yayımlanan son yönetmelikle, bu alanda beş yıl içinde üçüncü değişiklik yapılmıştır[197]. Hastane öncesi acil sağlık sisteminde görev alan sağlık profesyonellerine, eğitim durumuna göre paramedik ve ATT gibi değişik isimler verilmektedir. Etik kodlar incelenirken bu iki meslek grubu birlikte ele alınmıştır. Bu anlamda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonelleri için ülkemizde bir etik kod örneği bulunmamaktadır. Bu nedenle Amerikan Acil Tıp Teknisyenleri Birliği'nin (NAEMT) Paramedik Etik Kodu değerlendirmeye alınmıştır[198].

Bu kod, genel hatlarıyla incelendiğinde acil sağlık profesyonelinin bilgi ve becerisini, insanlara zarar verebilecek girişimlerde kullanmamasından bahsedilmektedir. Etik açıdan sorunlu uygulamalara katılmayı reddetmekten ve etik ilkelere sahip

çıkılmasından bahsedilmektedir. Ancak bu standartların neleri kapsadığı net olarak belirtilmemiştir. Amerikan Paramedik Kodu ve yemininin, sorunlu konularda referans olarak yasaları göstermeleri ve etik kodları kurala indirgeme özelliği etik açıdan tartışmaya açıktır[17]. Söz konusu kodun ve yeminin, kutsal değerlere yaslanma refleksi ise konunun dikkate değer bir başka boyutunu teşkil etmektedir.

2.2.4. (Hastane Öncesi) Acil Tıpta Tedavinin Reddedilmesi Hakkında Çalışmalar

Acil tıpta tedavi reddiyle ilgili çalışmaları üç grup altında toplamak mümkündür. İlk grup, doğrudan konuyla ilgili olan çalışmalardır. İkinci grup acil tıp ve etik konusunu ele alan çalışmalardır. Üçüncü grup ise tedavi reddiyle bağlantılı konuların acil tıpla ilgisi dolayısıyla ele alındığı çalışmalardır.

İlk grupta ele alınabilecek çalışmalardan ilki Erbay ve ark. [132] nın çalışmasıdır. Hem tez çalışmasının ilham kaynağı hem de bir ön ürünü olan çalışmada, ambulansta yapılması planlanan tıbbi müdahaleyi dinsel sebeplerden ötürü reddeden bir hasta üzerinden vaka tartışılmıştır. Ryan and Callaghan[131] ın çalışmasında intihar girişiminde bulunan ve arkasında kendisine hayat kurtarıcı herhangi bir acil tıbbi müdahalede bulunulmamasını isteyen bir hasta üzerinden konu tartışılmaktadır. Benzer şekilde, kendine zarar verme, acil tıpta yeterlik ve tedavi reddi bağlamında konuyla ilgili bir çalışma da Jacob et al.[119] ın çalışmasıdır. Tedavi reddi bağlamında acil tıpta karar verme yeterliği üzerinden konuyu tartışmaktadır.

İkinci grupta ise ilk bahsedilmesi gereken acil tıpta yaşanan etik sorunları tartışıldığı, Iserson and Sanders'ın Ethics in Emergency Medicine[5] kitabıdır. Tedavi reddi konusu için ayrı bir bölüm ayrılmamış olsa da kitapta acil tıbbi süreçlerde yaşanması muhtemel çoğu etik sorun ele alınmaktadır. Tedavi reddi konusunu acil tıp özeline indirgemeden inceleyen çalışmalardan biri de Savulescu'nun çalışmasıdır[144]. Konu sınırlı kaynakların adil dağıtımı-dağılımı üzerine kurulmuş, hasta özerkliği bağlamında tartışılmıştır. Yine benzer şekilde Iserson makalesinde[112] tedavi reddi de dahil olmak üzere acil tıp alanına tıp etiği açısından yaklaşımlar sunmuştur. Franklin

and Iserson[105] ın makalesi ile Mohr and Kettler[148] in makalesi de yine acil tıpta karşılaşılan etik sorunlarla ilgilidir.

Hastane öncesi alanla ilişkin etik konulara yönelik çalışmalardan biri Sandman and Nordmark[147] ın çalışmasıdır. Dokuz ana konu üzerinden çalışılmıştır. Doğrudan tedavi reddini temel konular içine dahil etmemişlerdir. Ancak tedavi reddi durumunda ortaya çıkabilecek etik çatışmalar da gündeme gelmiştir. Hastane öncesi acil tıbbın etik yönüyle ilgili sorunların konu edildiği bir başka çalışma Adams et al.[149] ın çalışmasıdır. Yaylacı ve ark.[35] nın makalesinde de acil tıp ve etik konuları acil hekimi bakış açısından ele alınmıştır.

Üçüncü grup çalışmalardan ise aydınlatma ve onam alma bağlamında; Ersoy ve ark.[167] nın çalışması ile Moskop'un çalışması[94] konunun acil tıbbi durumlara yansımasından ve yeterlik tespitinin öneminden bahsetmektedir. Derse'nin çalışmasında[130] da benzer konular irdelenmiş ve konuya yönelik bir algoritma önerilmiştir. Hartman and Liang[199] ın çalışması aydınlatılmış onamın acil tıptaki istisnalarından bahsetmektedir. Konuyu hukuk açısından da ele almakta, hastanın bilinç durumu, tedavi reddi, karar verme yeterliği, çocuk hastaların durumu gibi konuları işlemektedir. Carrese'nin makalesinde[200] hastanın özerkliğine saygı ile hekimin onu tedavi görevi arasındaki çatışma bağlamında konu işlenmektedir. Ataç ve ark.[201] nın çalışmasında ise aydınlatılmış onam ve tedavi reddi konusunda hekimlerin görüşleri tartışılmaktadır.

Acil tıp ve karar verme yeterliği ile ilgili bir makale de Magauran'ın çalışmasıdır[102]. Aydınlatma ve onam alma, yeterlik ve tedavi reddi konuları acil tıp özelinde tartışılmıştır. Fassassi et al.[117] ın makaesinde yeterlik tespiti için çeşitli modellerin karşılaştırmasını yapmaktadırlar. Withers et al.[128] ın çalışması ise acil hekimlerinin bu konudaki başarısı üzerinedir. Gunnarsson and Stomberg[156] ın çalışmasında ise ambulansta görev yapan hemşirelerin acil tıbbi durumlardaki kararlarını etkileyen faktörler tartışılmaktadır. Steer'in çalışmasında[191] onam ve tedavi reddi paramedikler üzerinden değerlendirilmektedir.

Tedavi reddinin kuramsal yönü üzerine tartışmalar konusunda ise Wear and Brahams[124] ın makalesi ile özerklik ve özerkliğe saygı konusunda Walker'in makalesinden[129] bahsetmek uygun olacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının hastanın tedaviyi reddetmesi konusuna yönelik tutumlarını saptamaktır. Bu saptamayla hem tedavi reddi konusunda tıp etiği literatürüne özgün bir bilgi kazandırılmış hem de acil sağlık hizmetleri pratiğinde tedavi reddiyle alakalı uygulamaların kişisel özelliklerden etkilenebilirliği gösterilmiştir.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın tasarlanması aşamasında, genel gözlemlere ve literatürde yer alan benzer çalışmalara dayalı olarak öngörülen sonuç, hastane öncesi acil sağlık profesyonelerinin uygun gördükleri müdahalenin reddedilmesi durumunda, red kararına dolayısıyla hastanın özerkliğine saygı göstererek müdahaleden vazgeçmek yerine, hasta yararını, gerekirse ona rağmen kollama kaygısıyla müdahaleyi gerçekleştirme yönünde hareket edeceklerdir.

3.3. Araştırmanın Özgünlüğü

Klinik etik açısından, etik sorun niteliğindeki durumların sağlık profesyonelleri tarafından nasıl algılandığı ve bu durumlara yönelik yaklaşımın ne olduğu, irdelenmesi gereken konulardır. Çalışmamız bu konular çerçevesinde ele alınan tedavi reddi konusunda yürütülmüş özgün bir araştırmayı içermektedir. Çalışmamız, bir yöntemin farklı bir alana uygulanması niteliği taşımaktadır.

3.4. Araştırmanın Modeli ve Veri Toplama Gereci

Tanımlayıcı araştırma türünde planlanan çalışmamızın veri toplama formu tez sahibi ve danışmanı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerini tespite yönelik dört soru, ikinci bölümde tedavi reddi konusuyla ilgili on ifade yer almaktadır. Katılımcılardan bu ifadelerden her birini benimseme derecelerine göre 0-10 arasında puanlandırmaları istenmektedir. Üçüncü bölümde ise öykülenen bir müdahaleyi red vakasında katılımcıların nasıl davranacaklarının sorulduğu bir adet açık uçlu soru vardır. Bu üçüncü bölüm tez çalışmasının bir ön ürünü olarak sözlü bildiri olarak düzenlenmiş ve Türkiye Biyoetik Derneği VI. Kongresi'nde sunulmuştur[202].

Veri toplama formunun pilot çalışması Kahramanmaraş 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görev yapan 20 sağlık profesyoneli üzerinde yapılmıştır. Veri toplama formu üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra asıl form katılımcılara uygulanmıştır. Veri formu her ilde farklı bir kişi tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na sunulmuş ve 30.06.2009 tarih ve 28 numaralı kararla onaylanmıştır.

3.5. Araştırmanın Katılımcıları

Çalışmanın evreni; Adana, Antakya, Kahramanmaraş ve Mersin illerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, sahada aktif görev yapan 982 sağlık profesyonelidir. Araştırmanın örneklemini anket formunu doldurmayı kabul eden 385 hastane öncesi acil sağlık profesyoneli oluşturmaktadır. Veri toplama formlarından 29 tanesi eksik ya da hatalı doldurulmuş olunmasından dolayı değerlendirmeye alınmamıştır. Geriye kalan 356 formdan elde edilen bulgular işlenmiş ve yorumlanmıştır. Katılımcı sayısının istatistik çalışması için yeterli olduğu görülmüştür[203].

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

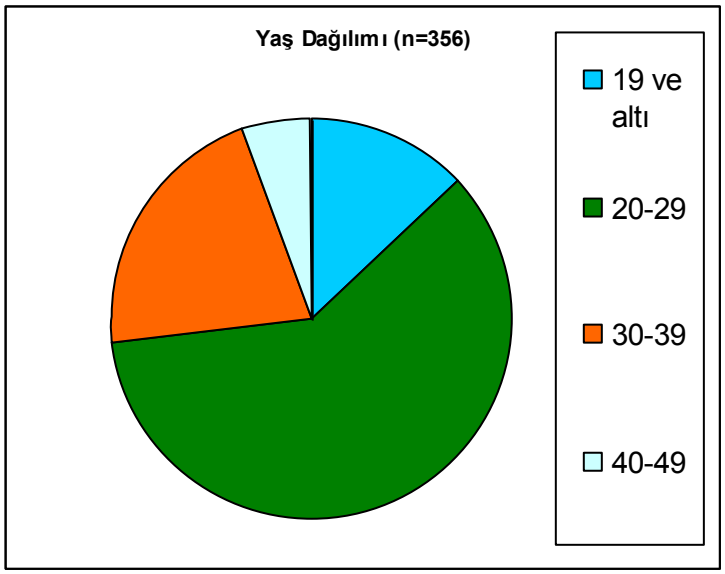
Katılımcıların kişisel bilgileri, frekans ve yüzde dağılımları göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların görüşlerinin belirlenmesinde tanımlayıcı değerlendirme yapılmış, frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 19.0 paket programı[204] ve Excel 2007[205] kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlenmiştir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanılmıştır. Sayısal ölçümlerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov Smirnov testi ile belirlenmiştir. Sayısal ölçümlerin iki grup arasında (cinsiyete göre) karşılaştırmada Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal ölçümlerin ikiden fazla grup içinde karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bu analizlerde istatistik olarak anlamlı bulunan karşılaştırmalar için ikili alt grup karşılaştırmaları Bonferroni düzeltmesi yapılmış Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Yaş ve meslek yaşı ile ifadelere verilen yanıtlar arasındaki korelasyon Spearman Rank korelasyonu ile incelenmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Ambulans hizmetlerinde aktif olarak görev yapan sağlık profesyonellerinin hastanın tedaviyi reddetme hakkı konusundaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla düzenlenen bu araştırmada, tüm sorulara eksiksiz yanıt veren 356 katılımcının sonuçları değerlendirilmiştir.

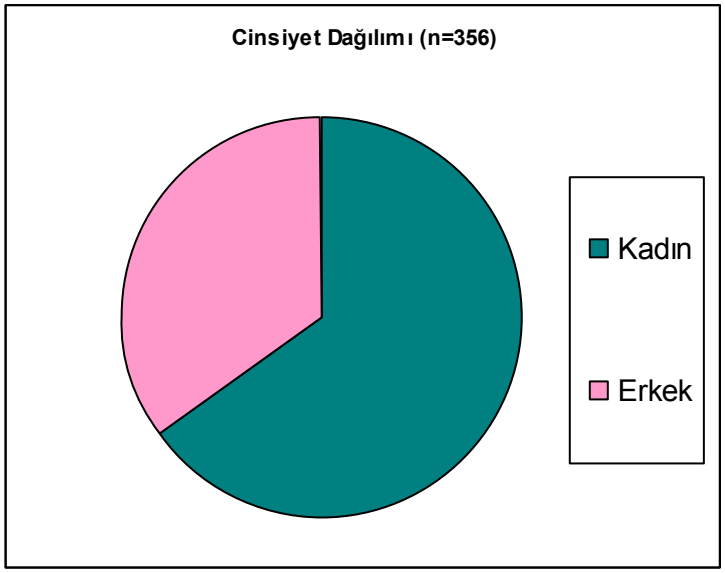
4.1. Demografik Özellikler

Katılımcıların yaş ortalaması 27,2±6,4 yıl olarak elde edilmiştir. Yaş gruplarına göre katılımcıların dağılımları incelendiğinde; 20 yaş altında 46 (% 13), 20-29 yaş arasında 214 (% 60), 30-39 yaş arasında 76 (% 21), 40-49 yaş arasında 20 (% 6) katılımcı olduğu görülmektedir. Yaşı 50 ve üzerinde olan katılımcı yoktur. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.



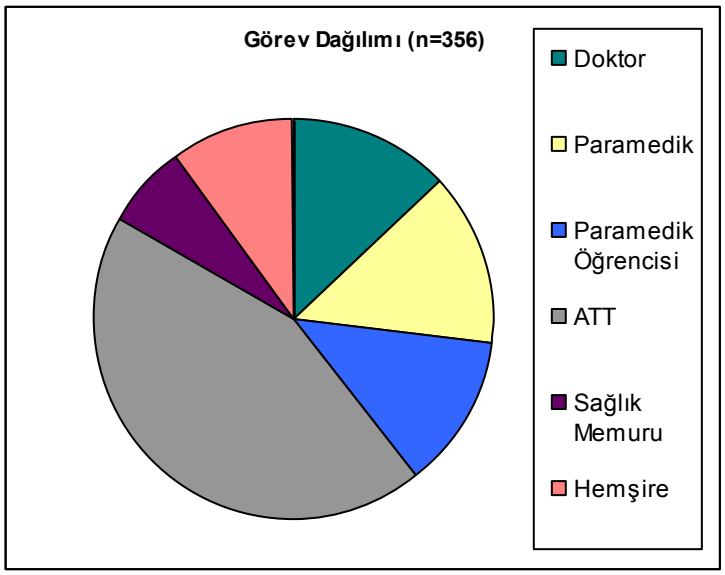
Şekil 1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Katılımcıların 231'i (% 65) kadın, 125'i (% 35) erkektir. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı Şekil 2'de verilmiştir.



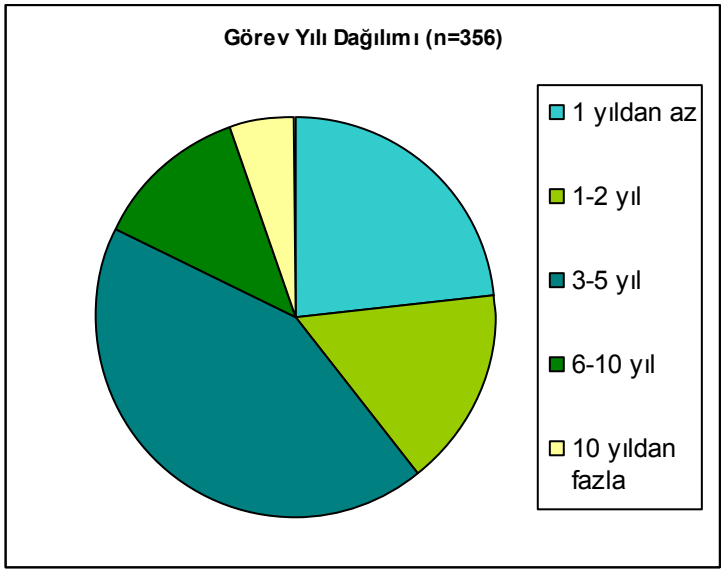
Şekil 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Ambulanstaki görevlerine göre; 46 (% 13) katılımcı doktor, 50 (% 14) katılımcı paramedik, 44 (% 12) katılımcı paramedik öğrencisi, 157 (% 44) katılımcı ATT, 23 (% 7) katılımcı sağlık memuru, 36 (% 10) katılımcı hemşiredir. Katılımcıların mesleki dağılımı Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların Ambulanstaki Görevine Göre Dağılımı

Katılımcılar görev süreleri bakımından; 83 kişi (% 23) 1 yıldan az, 57 kişi (% 16) 1-2 yıl, 153 kişi (% 43) 3-5 yıl, 44 kişi (% 12) 6-10 yıl ve 19 kişi (% 6) de 10 yıl üzeri olarak elde edilmiştir. Katılımcıların meslek yaşı dağılımı Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların Meslek Yaşına Göre Dağılımı

4.2. İfadeler Üzerinden Bildirilen Görüşler

Araştırmanın bulguları iki alt bölümde incelenmiştir: İlk alt bölümde bulgular her bir ifade üzerinden verilmiştir. İkinci alt bölümde ise ifadelerin geneline ve alt gruplar itibariyle katılımcı görüşlerine ait bulgular verilmiştir.

4.2.1. Tek Tek İfadelere Ait Veriler

Katılımcıların ifadelere verdikleri 0 ile 10 arasındaki puanların aritmetik ortalama, standart sapma, mod ve dağılım aralığına ilişkin veriler Tablo 3'te sunulmuştur. Araştırmanın önemli bulgularından birini teşkil eden bu bulguların belirgin olması amacıyla, tabloda yer alan aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri koyu renkle belirtilmiştir. Katılımcılar üçüncü, altıncı, yedinci ve dokuzuncu ifadelere en düşük puanı verirken, en yüksek puanı beşinci ifadeye vermişlerdir. Diğer

bir söyleyişle 3, 6, 7 ve 9 numaralı ifadeler katılımcılar tarafından en az benimsenenlerdir. Bu ifadeler içinde en fazla sıfır puanı (kesinlikle benimsemediğini) % 46 ile İfade 7'ye verilmiştir. Ayrıca katılımcılar İfade 5'e % 92 oranında 7 ve üzerinde puan verirken, bu katılımcılar içinde % 82'si İfade 5'i kesinlikle benimsediğini belirtmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Tedavi Reddiyle İlgili İfadelere Verdikleri Puanlar

İfadeler		**Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Mod ve Dağılım Aralığı**
1	Hastaların kendisi için öngörülen tedavileri ve diğer tıbbi uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır.	**7,9±3,2** 10 (0-10)
2	Tedaviyi reddedebilme, temel bir hasta hakkı olarak yasal düzenlemeyle güvence altına alınmalıdır.	**7,9±3,2** 10 (0-10)
3	İlke olarak, hayati tehlikenin bulunduğu kritik durumlarda dahi hastaların tedaviyi reddetme hakkı vardır.	**3,3±3,8** 0 (0-10)
4	Ambulans çağırmış olması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelmez.	**5,8±3,8** 10 (0-10)
5	Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastaya bu kararının olası sonuçları hakkında açık, geniş, ayrıntılı bilgi vermelidir.	**9,3±1,9** 10 (0-10)
6	Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastayı bu kararını değiştirmesi için ikna etmeye çalışmamalıdır.	**3,8±3,9** 0 (0-10)
7	Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda bile tedaviyi reddettiğini söyleyen hastaya müdahale edilmemelidir.	**3,0±3,6** 0 (0-10)
8	Durumu hakkında yeterince bilgisi olmayan veya bilinç durumu sağlıklı değerlendirme yapmasına olanak tanımayan hasta, tedaviyi reddetme hakkını kullanamaz.	**8,0±3,2** 10 (0-10)
9	Zihnen yetersiz veya bilinci kapalı hastalar adına yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	**4,1±4,0** 0 (0-10)
10	Hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi, sağlık profesyonelinin onu izlemeyi bırakmasını gerektirmez.	**7,4±3,5** 10 (0-10)

Katılımcıların ifadeleri benimsenme derecesi açısından verdikleri puanlarların yer aldığı aralıklara göre üç grup halinde dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. İfadeyi benimsemeyenler 0-3 puan grubunda, kararsızlar 4-6 puan grubunda ve ifadeyi benimseyenler 7-10 grubunda yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Tedaviyi Reddiyle İlgili İfadelere Verdikleri Puanlar (Üçlü Grup)

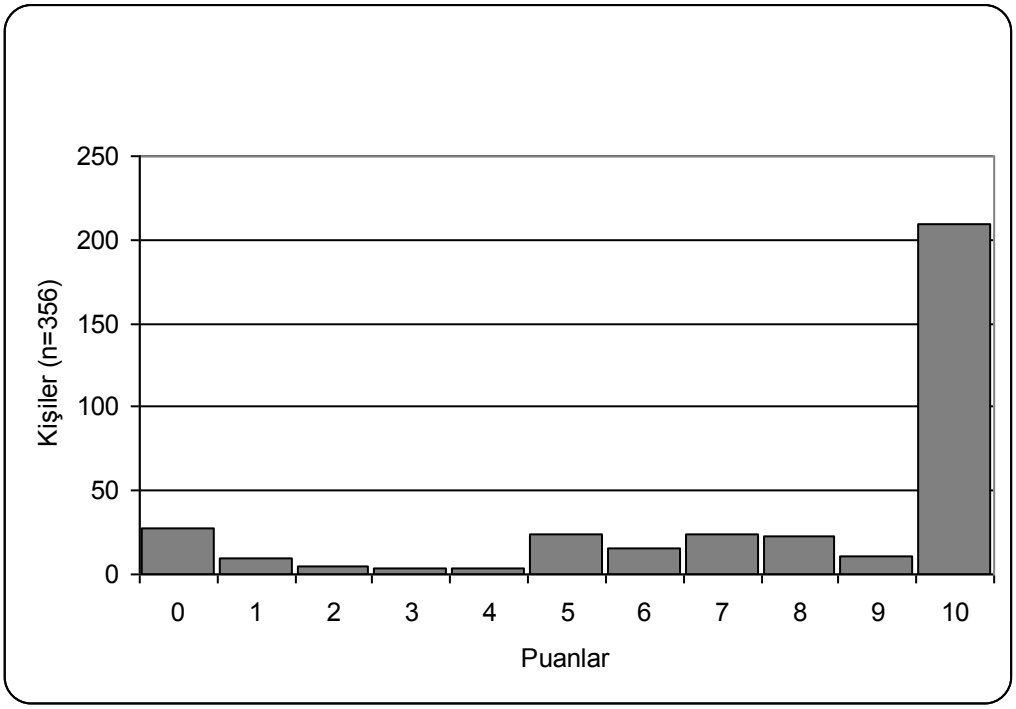
İfadeler		Puanlar % (n)		
		0-3	4-6	7-10
1	Hastaların kendisi için öngörülen tedavileri ve diğer tıbbi uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır.	% 13 (46)	% 12 (43)	% 75 (267)
2	Tedaviyi reddedebilme, temel bir hasta hakkı olarak yasal düzenlemeyle güvence altına alınmalıdır.	% 13 (47)	% 11 (38)	% 76 (271)
3	İlke olarak, hayati tehlikenin bulunduğu kritik durumlarda dahi hastaların tedaviyi reddetme hakkı vardır.	% 60 (216)	% 15 (52)	% 25 (88)
4	Ambulans çağırmış olması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelmez.	% 31 (109)	% 28 (78)	% 41 (169)
5	Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastaya bu kararının olası sonuçları hakkında açık, geniş, ayrıntılı bilgi vermelidir.	% 5 (16)	% 3 (9)	% 92 (331)
6	Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastayı bu kararını değiştirmesi için ikna etmeye çalışmamalıdır.	% 58 (205)	% 16 (52)	% 26 (99)
7	Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda bile tedaviyi reddettiğini söyleyen hastaya müdahale edilmemelidir.	% 62 (222)	% 19 (61)	% 19 (73)
8	Durumu hakkında yeterince bilgisi olmayan veya bilinç durumu sağlıklı değerlendirme yapmasına olanak tanımayan hasta, tedaviyi reddetme hakkını kullanamaz.	% 18 (51)	% 7 (28)	% 75 (277)
9	Zihnen yetersiz veya bilinci kapalı hastalar adına yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	% 50 (178)	% 15 (53)	% 35 (125)
10	Hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi, sağlık profesyonelinin onu izlemeyi bırakmasını gerektirmez.	% 17 (62)	% 15 (53)	% 67 (241)

4.2.1.1. Katılımcıların Bir Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Hastaların kendisi için öngörülen tedavileri ve diğer tıbbi uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerler Tablo 5'te, cevapların puan dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Bir Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
7,9	±3,2	10	0-10



Şekil 5. Bir Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

Bir numaralı ifadeye verilen cevaplar bakımından demografik alt gruplar arası şu farklar bulunmuştur:

Yaş ile 1.ifade arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,163 ve p=0,002) hareketle, yaş arttıkça 1. ifadenin daha az benimsendiği bulunmuştur.

Birinci ifadeyi paramedik öğrencilerinin (p=0,003) ve ATT'lerin (p=0,005) doktorlara göre daha çok benimsediği, paramedik öğrencilerinin hemşirelere göre daha çok benimsediği (p=0,009) bulunmuştur.

Görev süresi ile 1. ifade arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,117 ve p=0,027) görev süresi arttıkça 1. ifadenin daha az benimsendiği bulunmuştur.

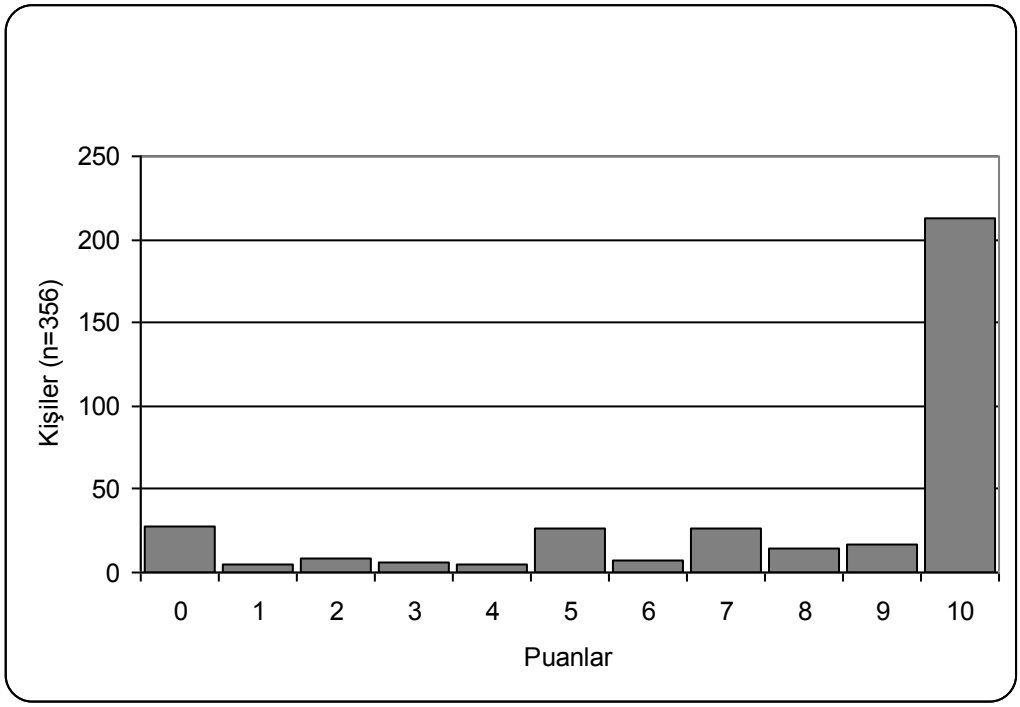
"Hastaların kendisi için öngörülen tedavileri ve diğer tıbbi uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında başka anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.2. Katılımcıların İki Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Tedaviyi reddedebilme, temel bir hasta hakkı olarak yasal düzenlemeyle güvence altına alınmalıdır" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 6'da gösterilmiştir. İki numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. İki Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
7,9	±3,2	10	0-10



Şekil 6. İki Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

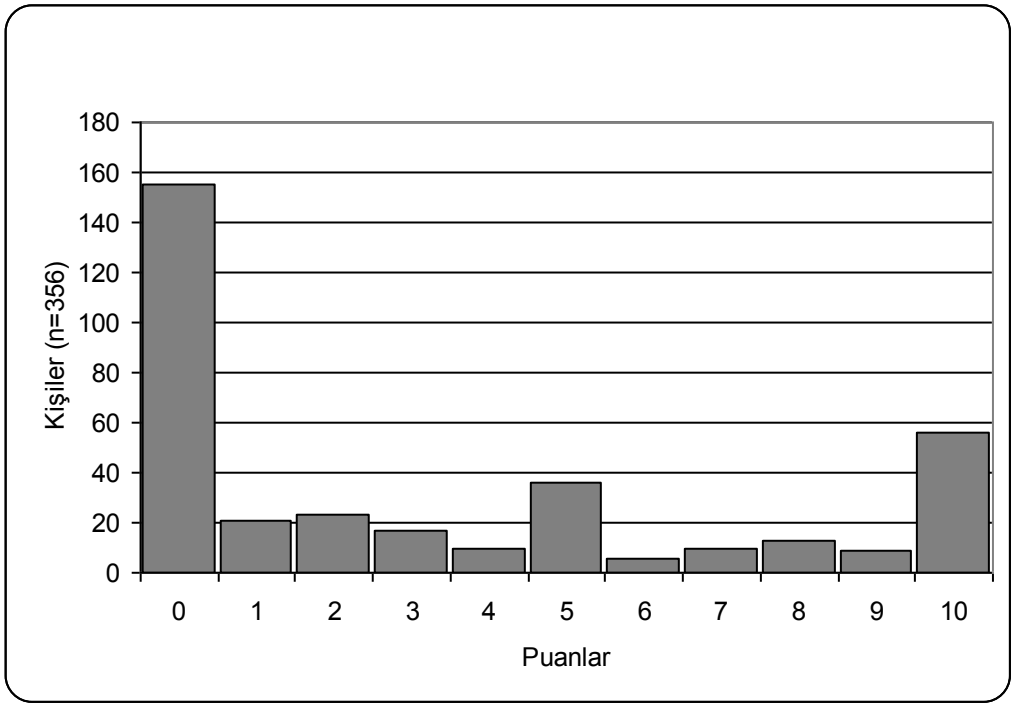
"Tedaviyi reddedebilme, temel bir hasta hakkı olarak yasal düzenlemeyle güvence altına alınmalıdır" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.3. Katılımcıların Üç Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"İlke olarak, hayati tehlikenin bulunduğu kritik durumlarda dahi hastanın tedaviyi reddetme hakkı vardır" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 7'de gösterilmiştir. Üç numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Üç Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
3,3	±3,8	0	0-10



Şekil 7. Üç Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

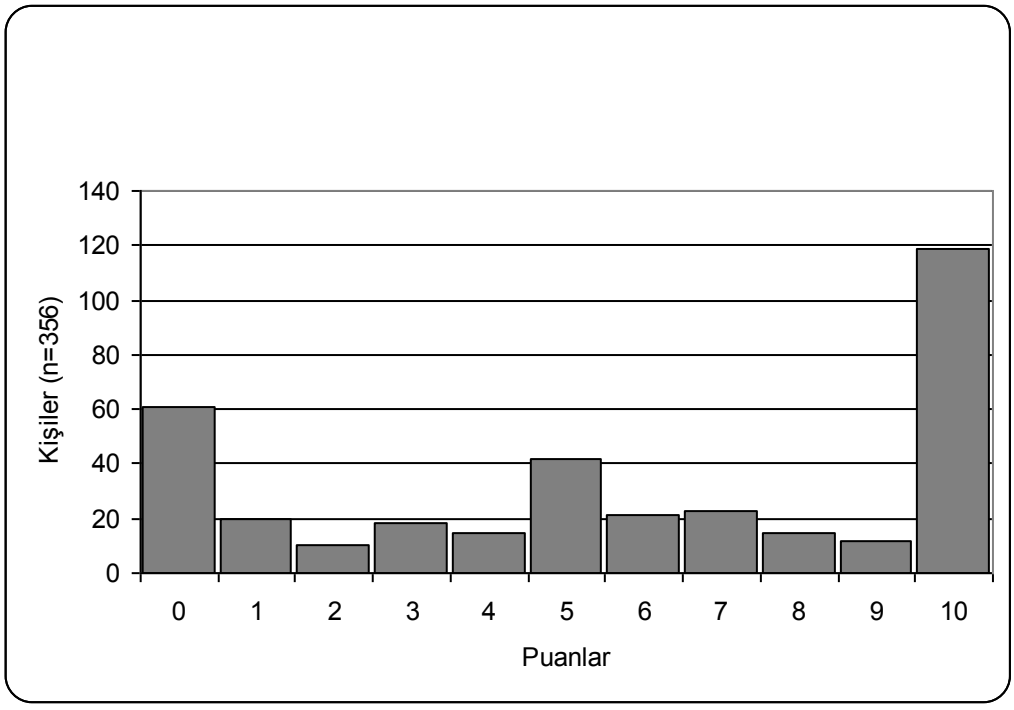
"İlke olarak, hayati tehlikenin bulunduğu kritik durumlarda dahi hastanın tedaviyi reddetme hakkı vardır" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.4. Katılımcıların Dört Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Ambulans çağırmış olması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelmez" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Dört numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Dört Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
5,8	±3,8	10	0-10



Şekil 8. Dört Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

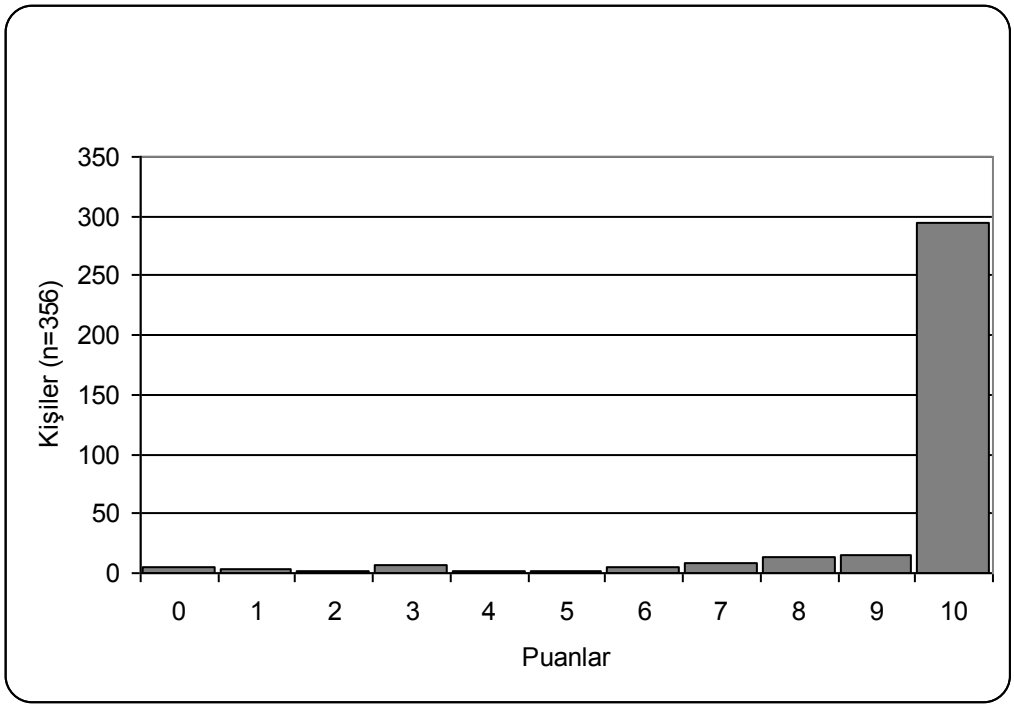
"Ambulans çağırmış olması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelmez" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.5. Katılımcıların Beş Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastaya bu kararının olası sonuçları hakkında açık, geniş, ayrıntılı bilgi vermelidir" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 9'da gösterilmiştir. Beş numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Beş Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
9,3	±1,9	10	0-10



Şekil 9. Beş Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

Beş numaralı ifadeye verilen cevaplar bakımından demografik alt gruplar arası şu fark bulunmuştur:

Bu ifadeyi kadınlar, erkeklere göre daha çok benimsemiştir. (p=0,002)

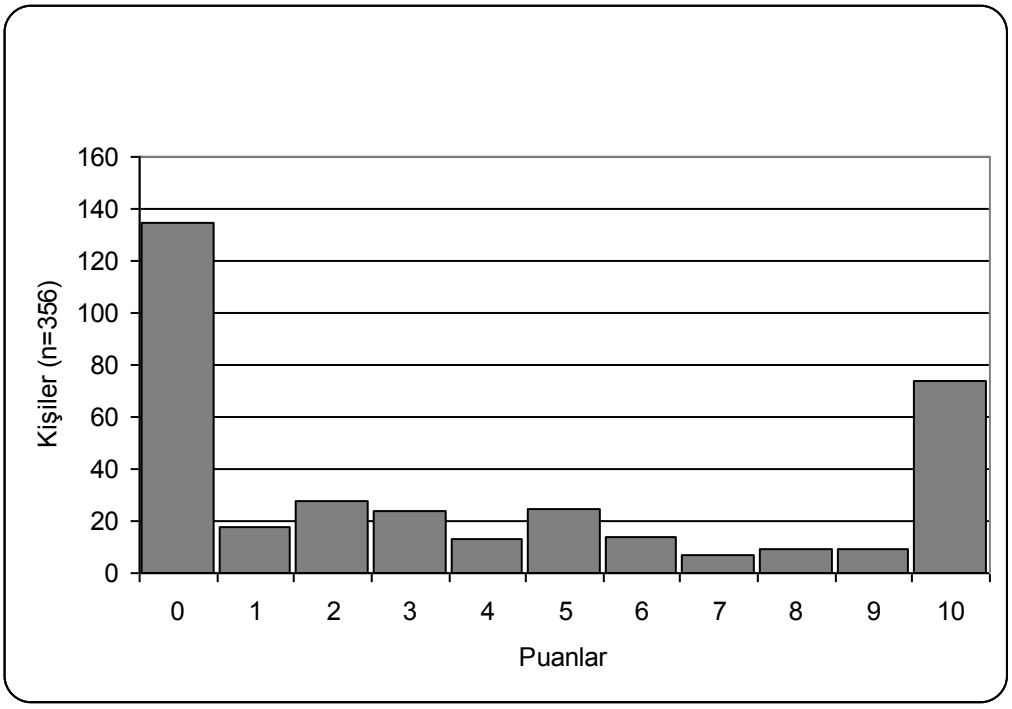
"Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastaya bu kararının olası sonuçları hakkında açık, geniş, ayrıntılı bilgi vermelidir" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında başka anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.6. Katılımcıların Altı Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastayı bu kararını değiştirmesi için ikna etmeye çalışmamalıdır" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 10'da gösterilmiştir. Altı numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Altı Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
3,8	±3,9	0	0-10



Şekil 10. Altı Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

Altı numaralı ifadeye verilen cevaplar bakımından demografik alt gruplar arası şu farklar bulunmuştur:

Bu ifadeyi erkekler daha çok benimsemiştir. (p=0,013)

Altıncı ifadeyi hemşireler (p=0,011) ve sağlık memurları (p=0,008) ATT'lere göre, doktorlar (p=0,030), hemşireler (p=0,002) ve sağlık memurları (p=0,001) paramedik öğrencilerine göre daha çok benimsemiştir.

Yaş ile İfade 6 arasında saptanan zayıf pozitif korelasyondan (r=0,179 ve p=0,001) hareketle, yaş arttıkça İfade 6' nın daha çok benimsendiği bulunmuştur.

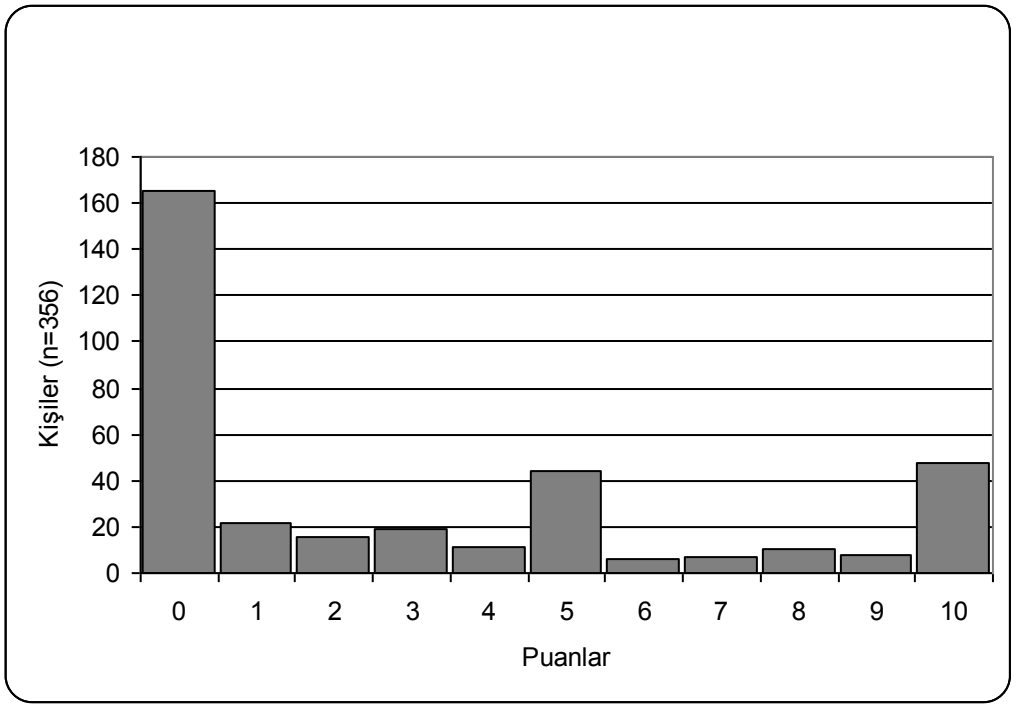
"Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastayı bu kararını değiştirmesi için ikna etmeye çalışmamalıdır" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında başka anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.7. Katılımcıların Yedi Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda bile tedaviyi reddettiğini söyleyen hastaya müdahale edilmemelidir" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 11'de gösterilmiştir. Yedi numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Yedi Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
3,0	±3,6	0	0-10



Şekil 11. Yedi Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

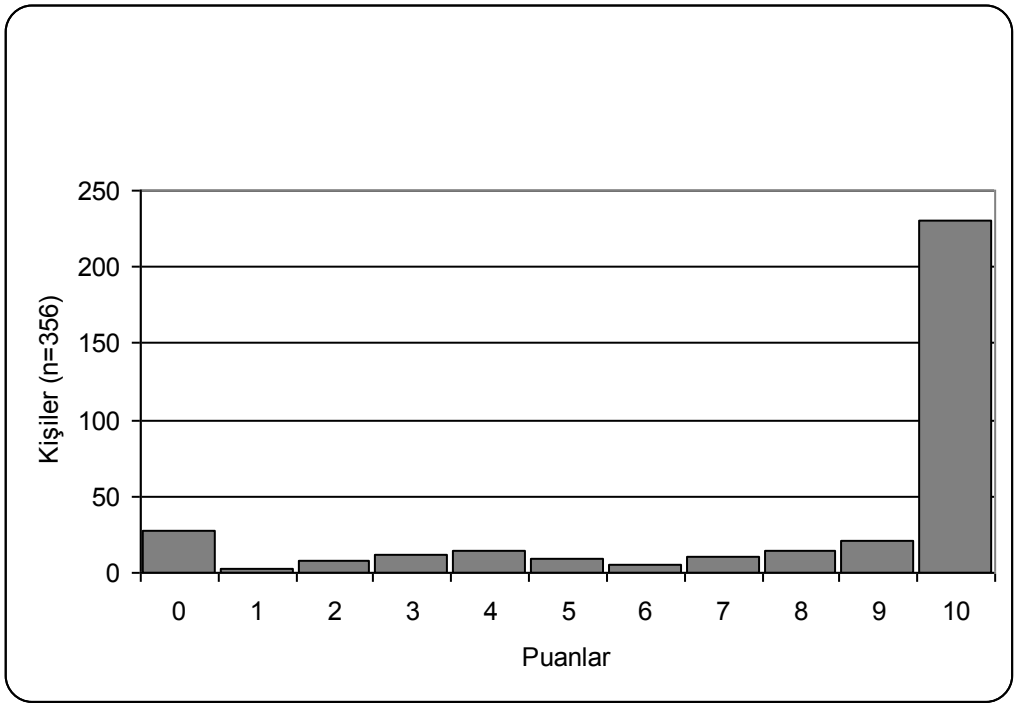
"Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda bile tedaviyi reddettiğini söyleyen hastaya müdahale edilmemelidir" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.8. Katılımcıların Sekiz Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Durumu hakkında yeterince bilgisi olmayan veya bilinç durumu sağlıklı değerlendirme yapmasına olanak tanımayan hasta, tedaviyi reddetme hakkını kullanamaz" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 12'de gösterilmiştir. Sekiz numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Sekiz Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
8,0	±3,2	10	0-10



Şekil 12. Sekiz Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

Sekiz numaralı ifadeye verilen cevaplar bakımından demografik alt gruplar arası şu fark bulunmuştur:

Bu ifadeyi kadınlar, erkeklere göre daha çok benimsemiştir. (p=0,027)

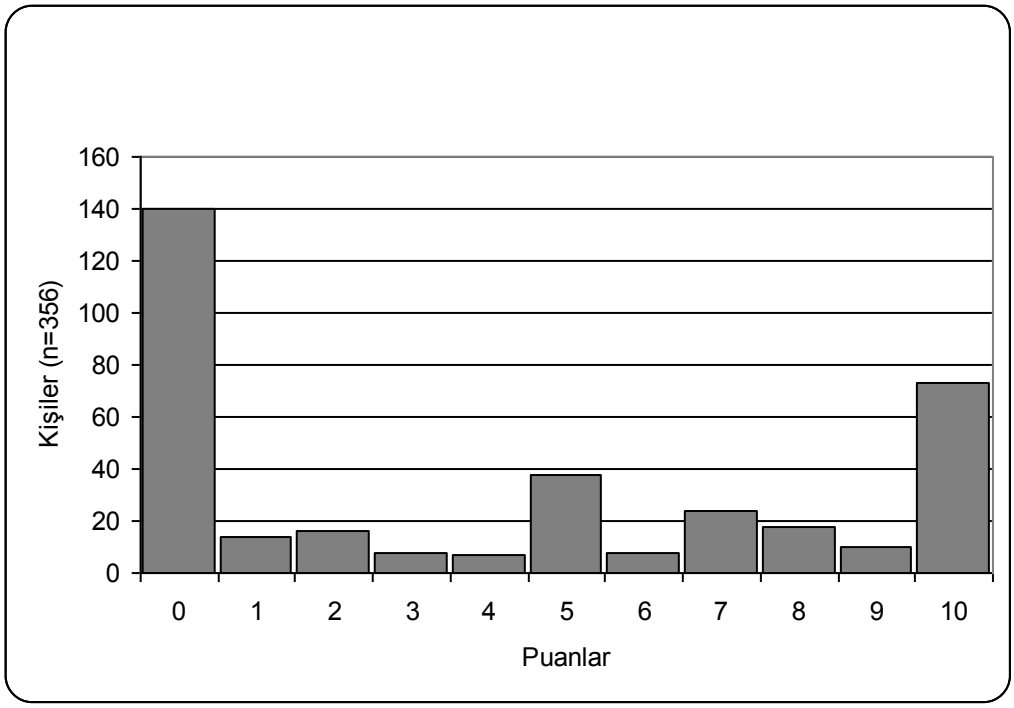
"Durumu hakkında yeterince bilgisi olmayan veya bilinç durumu sağlıklı değerlendirme yapmasına olanak tanımayan hasta, tedaviyi reddetme hakkını kullanamaz" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında başka anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.1.9. Katılımcıların Dokuz Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Zihnen yetersiz veya bilinci kapalı hastalar adına yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik değerleri Tablo 13'te gösterilmiştir. Dokuz numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Dokuz Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
4,1	±4,0	0	0-10



Şekil 13. Dokuz Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

Dokuz numaralı ifadeye verilen cevaplar bakımından demografik alt gruplar arası şu farklar bulunmuştur:

Paramedik öğrencileri (p=0,017), hemşireler (p=0,030) ve paramedikler (p=0,035) bu ifadeyi doktorlara göre daha çok benimsemiştir.

Yaş ile İfade 9 arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,137 ve p=0,010) hareketle, yaş arttıkça İfade 9' un daha az benimsendiği bulunmuştur.

Görev süresi ile İfade 9 arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,123 ve p=0,021) görev süresi arttıkça İfade 1'in daha az benimsendiği bulunmuştur.

"Zihnen yetersiz veya bilinci kapalı hastalar adına yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında başka anlamlı fark bulunmamıştır.

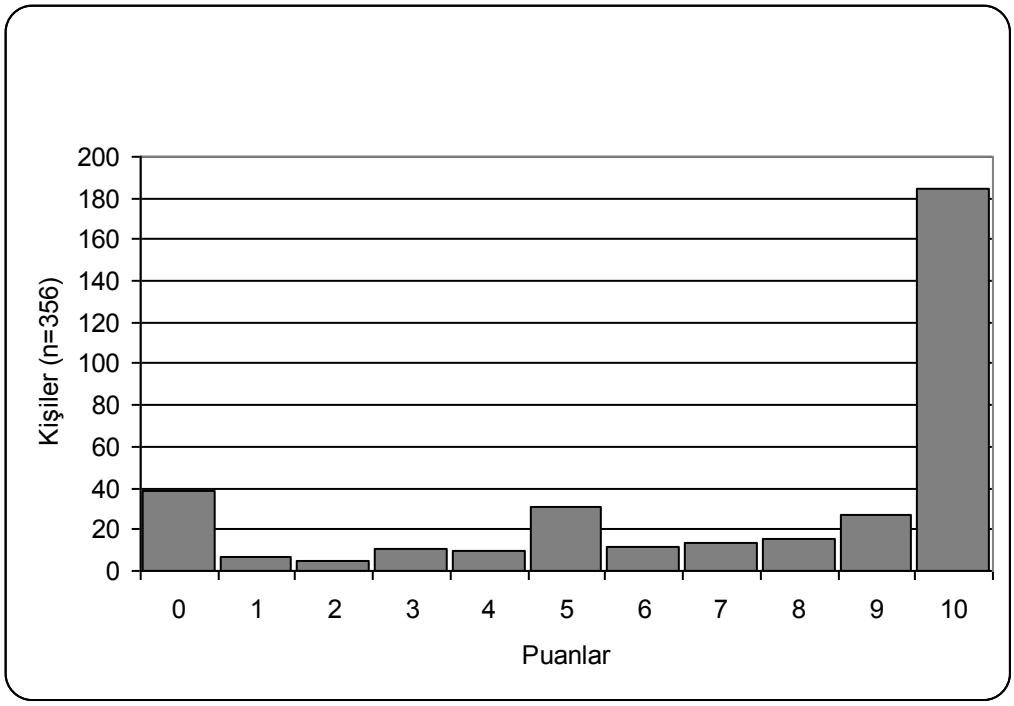
4.2.1.10. Katılımcıların On Numaralı İfade ile İlgili Görüşleri

"Hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi, sağlık profesyonelinin onu izlemeyi bırakmasını gerektirmez" şeklindeki ifadeye katılımcıların verdiği puanlara ait istatistik

değerleri Tablo 14'te gösterilmiştir. On numaralı ifadeye verilen cevapların puan dağılımı Şekil 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. On Numaralı İfadeye İlişkin Değerler

Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Mod	Dağılım Aralığı
7,4	±3,5	10	0-10



Şekil 14. On Numaralı İfadeye Verilen Cevapların Puan Dağılımı

On numaralı ifadeye verilen cevaplar bakımından demografik alt gruplar arası şu farklar bulunmuştur:

Bu ifadeyi, kadınlar erkeklere göre daha fazla benimsemiştir. (p=0,009)

Paramedik öğrencileri, paramediklere (p=0,020) ve ATT'lere (p=0,014) göre bu ifadeyi daha fazla benimsemiştir. Hemşireler paramediklere göre bu ifadeyi daha çok benimsemiştir. (p=0,011)

"Hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi, sağlık profesyonelinin onu izlemeyi bırakmasını gerektirmez" şeklindeki ifadeye ilişkin demografik alt gruplar arasında başka anlamlı fark bulunmamıştır.

4.2.2. İfadelerin Toplu Değerlendirilmesi ve Alt Gruplar İtibariyle Katılımcı Görüşleri

4.2.2.1. İfadelerin Toplu Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan ifadeler, içerdikleri görüşe göre dört kategoride değerlendirilmiştir: Buna göre; ilk iki ifade kuramsal olarak tedavi reddi hakkındadır. Bu görüşü dile getiren ifadelere ilişkin değerler Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Kuramsal Olarak Tedavi Reddi Hakkında Olan İfadelerin Puanları

İfadeler	Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Mod ve Dağılım Aralığı
1- Hastaların kendisi için öngörülen tedavileri ve diğer tıbbi uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır.	**7,9±3,2** 10 (0-10)
2- Tedaviyi reddedebilme, temel bir hasta hakkı olarak yasal düzenlemeyle güvence altına alınmalıdır.	**7,9±3,2** 10 (0-10)

Üçüncü, dördüncü ve yedinci ifade, acil durumlarda tedavi reddi hakkındadır. Bu görüşü dile getiren ifadelere ilişkin değerler Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Acil Durumlarda Tedavi Reddi Hakkında Olan İfadelerin Puanları

İfadeler	Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Mod ve Dağılım Aralığı
3- İlke olarak, hayati tehlikenin bulunduğu kritik durumlarda dahi hastaların tedaviyi reddetme hakkı vardır.	**3,3±3,8** 0 (0-10)
4- Ambulans çağırmış olması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelmez.	**5,8±3,8** 0 (0-10)
7- Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda bile tedaviyi reddettiğini söyleyen hastaya müdahale edilmemelidir.	**3,0±3,6** 0 (0-10)

Beş, altı ve onuncu ifade, tedavi reddiyle karşılaşan sağlık profesyonelinin tutumu hakkındadır. Bu görüşü dile getiren ifadelere ilişkin değerler Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Tedavi Reddiyle Karşılaşan Sağlık Profesyonelinin Tutumu Hakkında Olan İfadelerin Puanları

İfadeler	**Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Mod ve Dağılım Aralığı**
5- Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastaya bu kararının olası sonuçları hakkında açık, geniş, ayrıntılı bilgi vermelidir.	**9,3±1,9** 10 (0-10)
6- Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastayı bu kararını değiştirmesi için ikna etmeye çalışmamalıdır.	**3,8±3,9** 0 (0-10)
10- Hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi, sağlık profesyonelinin onu izlemeyi bırakmasını gerektirmez.	**7,4±3,5** 10 (0-10)

Sekizinci ve dokuzuncu ifadeler ise sağlık profesyonelinin paternalizme yatkınlığı hakkındadır. Bu görüşü dile getiren ifadelere ilişkin değerler Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Sağlık Profeyonelinin Paternalizme Yatkınlığını Dile Getiren İfadelerin Puanları

İfadeler	**Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Mod ve Dağılım Aralığı**
8- Durumu hakkında yeterince bilgisi olmayan veya bilinç durumu sağlıklı değerlendirme yapmasına olanak tanımayan hasta, tedaviyi reddetme hakkını kullanamaz.	**8,0±3,2** 10 (0-10)
9- Zihnen yetersiz veya bilinci kapalı hastalar adına yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	**4,1±4,0** 0 (0-10)

İfadeler genel olarak incelendiğinde; katılımcıların tercihlerine göre en yüksek puan 9,3 ± 1,9 ile beşinci ifadeye aittir. Onu sırasıyla 8,0 ± 3,2 ile sekizinci ifade ve 7,9 ± 3,2 ile ikinci ifade izlemektedir. En düşük 3 puan ise sırasıyla 3,0 ± 3,6 ile yedinci ifadeye, 3,3 ± 3,8 ile üçüncü ifadeye ve 3,8 ± 3,9 ile altıncı ifadeye aittir.

4.2.2.2. Alt Gruplar İtibariyle Katılımcı Görüşleri

Araştırmanın amacı, katılımcıların demografik özellikleri üzerinden bir değerlendirme yapmak değildi. Kullandığımız aracın bir ürünü olarak ortaya çıkan alt gruplara yönelik bulgularda, yaş ve meslek yaşı kategorileri genel hatlarıyla değerlendirmeye alınmıştır. Yaş ve meslek yaşı bulgularından kısaca bahsedilmiş, bu veriler sadece korelasyon puanları üzerinden değerlendirilmiştir. Esas olarak, katılımcıların cinsiyet ve görev dağılımları üzerinden alt grup değerlendirilmesi yapılmıştır.

4.2.2.2.1. Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırma

Yaş gruplarına göre katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ilerledikçe kadın oranında azalma, erkek oranında artma görülmektedir. Ayrıca yaş grubuna göre meslekler incelendiğinde; 30 yaş altında çoğunlukla ATT ve paramedik öğrencisi olduğu, 30-39 yaş arasında doktor, sağlık memuru ve hemşirenin çoğunlukta olduğu, daha ileri yaşlarda ise şoförlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Meslekte görev süresi ortalamaları incelendiğinde, beklendiği üzere genç yaş grubunun görev süresinin daha kısa olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşları ile ifadeleri benimseme dereceleri arasındaki korelasyon incelendiğinde, birinci, altıncı ve dokuzuncu ifadeler ile yaş arasında zayıf korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre;

Yaş ile İfade 1 arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,1163 ve p=0,002) hareketle, yaş arttıkça İfade 1'in daha az benimsendiği,

yaş ile İfade 6 arasında saptanan zayıf pozitif korelasyondan (r=0,179 ve p=0,001) hareketle, yaş arttıkça İfade 6'nın daha çok benimsendiği,

yaş ile İfade 9 arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,137 ve p=0,01) hareketle, yaş arttıkça İfade 9'un daha az benimsendiği söylenebilir.

Katılımcıların yaşı ile ifadelerde dile getirdikleri görüşler arasındaki korelasyon Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Yaşı ile İfadelerde Dile Getirdikleri Görüşler Arasındaki Korelasyon

Yaş	Korelasyonlar	
	Korelasyon Katsayısı	**p**
1-Tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	**-0,163**	**0,002**
2-Tedavi reddi yasal güvence altında olmalıdır.	-0,081	0,128
3-Hayati tehlike durumunda bile red hakkı olmalıdır.	0,035	0,514
4-Ambulans çağırmışsa tedaviyi red hakkı yoktur.	0,038	0,471
5-Reddeden hastaya, reddin sonuçları iyice anlatılmalıdır.	-0,016	0,758
6-Hasta tedaviyi reddediyorsa, ikna etmeye çalışılmamalıdır.	**0,179**	**0,001**
7-Hayati risk varsa bile, hasta istemiyorsa müdahale edilmemelidir.	<0,001	0,993
8-Yeterliği olmayan hastanın tedavi red hakkı yoktur.	0,003	0,949
9-Yeterliği olmayan hastalar adına, yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	**-0,173**	**0,010**
10-Tedavi reddi varsa bile, sağlıkçılar hastayı izlemeye devam etmelidir.	0,012	0,825

4.2.2.2.2. Görev Süresine Göre Karşılaştırma

Katılımcıların görev süreleri ile ifadeleri benimseme dereceleri arasındaki korelasyon incelendiğinde, birinci ve dokuzuncu ifadeler ile görev süresi arasında zayıf korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre,

Görev süresi ile İfade 1 arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,117 ve p=0,027) görev süresi arttıkça İfade 1'in daha az benimsendiği,

Görev süresi ile İfade 9 arasında saptanan zayıf negatif korelasyondan (r=-0,123 ve p=0,021) görev yılı arttıkça İfade 9'un daha az benimsendiği söylenebilir.

Katılımcıların görev süresi ile ifadelerde dile getirdikleri görüşler arasındaki korelasyon Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Görev Süresi ile İfadelerde Dile Getirdikleri Görüşler Arasındaki Korelasyon

Görev Süresi	Korelasyonlar	
	Korelasyon Katsayısı	**p**
1-Tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	**-0,117**	**0,027**
2-Tedavi reddi yasal güvence altında olmalıdır.	-0,090	0,091
3-Hayati tehlike durumunda bile red hakkı olmalıdır.	-0,001	0,985
4-Ambulans çağırmışsa tedaviyi red hakkı yoktur.	0,019	0,722
5-Reddeden hastaya, reddin sonuçları iyice anlatılmalıdır.	-0,030	0,572
6-Hasta tedaviyi reddediyorsa, ikna etmeye çalışılmamalıdır.	0,076	0,154
7-Hayati risk varsa bile, hasta istemiyorsa müdahale edilmemelidir.	-0,065	0,219
8-Yeterliği olmayan hastanın tedavi red hakkı yoktur.	0,007	0,895
9-Yeterliği olmayan hastalar adına, yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	**-0,123**	**0,021**
10-Tedavi reddi varsa bile, sağlıkçılar hastayı izlemeye devam etmelidir.	-0,023	0,668

4.2.2.2.3. Cinsiyete Göre Karşılaştırma

Katılımcıların cinsiyete demografik özellikleri incelendiğinde, erkek yaş ortalamasının kadın yaş ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca meslekler incelendiğinde kadınların çoğunluğunun ATT, paramedik veya hemşire olduğu; erkeklerinse çoğunlukla şoför, ATT ve doktor olduğu görülmektedir. Meslekte görev süresi ortalamaları incelendiğinde, her iki cinsin de çoğunlukla 3-5 yıl arasında çalıştığı; ancak erkeklerde görev süresi uzun olan katılımcı sayısının, kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların ifadelere verdikleri yanıtlar cinsiyete göre incelendiğinde; beşinci, altıncı ve onuncu ifadeler dışındaki tüm ifadelerde cinsiyetlerin ifade puanları benzer bulunmuştur. Anlamlı farklılık bulunan bu ifadelerde ise İfade 5, İfade 6 ve İfade 10'u kadınların erkeklere göre daha çok benimsediği saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyete göre ifadelerde dile getirdikleri görüşler Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Cinsiyete Göre İfadelerde Dile Getirdikleri Görüşler

Görüşler	Cinsiyet		p
	Kadın	Erkek	
1-Tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.	7,9±3,2 10 (0-10)	7,6±3,1 10 (0-10)	0,067
2-Tedavi reddi yasal güvence altında olmalıdır.	8,0±3,2 10 (0-10)	7,7±3,2 10 (0-10)	0,356
3-Hayati tehlike durumunda bile red hakkı olmalıdır.	3,3±3,8 0 (0-10)	3,2±3,8 0 (0-10)	0,759
4-Ambulans çağırmışsa tedaviyi red hakkı yoktur.	5,8±3,8 10 (0-10)	5,7±3,8 10 (0-10)	0,784
5-Reddeden hastaya, reddin sonuçları iyice anlatılmalıdır.	9,5±1,4 10 (0-10)	8,8±2,5 10 (0-10)	**0,002**
6-Hasta tedaviyi reddediyorsa, ikna etmeye çalışılmamalıdır.	3,6±4,0 0 (0-10)	4,0±3,8 0 (0-10)	0,102
7-Hayati risk varsa bile, hasta istemiyorsa müdahale edilmemelidir.	3,1±3,7 0 (0-10)	2,8±3,6 0 (0-10)	0,500
8-Yeterliği olmayan hastanın tedavi red hakkı yoktur.	8,2±3,1 10 (0-10)	7,6±3,4 10 (0-10)	**0,027**
9-Yeterliği olmayan hastalar adına, yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır	4,4±4,1 0 (0-10)	3,5±3,9 0 (0-10)	0,068
10-Tedavi reddi varsa bile, sağlıkçılar hastayı izlemeye devam etmelidir.	7,6±3,4 10 (0-10)	6,8±3,7 10 (0-10)	**0,009**

4.2.2.2.4. Ambulanstaki Görevine Göre Karşılaştırma

Ambulanstaki görevine göre katılımcıların ifadelere verdiği puanlar karşılaştırıldığında; birinci, altıncı, dokuzuncu ve onuncu ifadelere verilen puanlar, katılımcıların görevlerine göre değişkenlik göstermektedir.

Bu değişimler, ikili alt grup analizleri ile incelendiğinde; paramedik öğrencilerinin, İfade 1'i doktorlara (p=0,003), İfade 1'i hemşirelere (p=0,009), İfade 9'u doktorlara (p=0,017), İfade 10'u ATT'lere (p=0,014) paramediklere (p=0,020) göre daha fazla benimsediği görülmüştür.

Hemşireler İfade 6'yı ATT'lere (p=0,011) ve paramedik öğrencilerine (p=0,002) göre, İfade 9'u doktorlara (p=0,030) göre, İfade 10'u paramediklere (p=0,011) göre daha fazla benimsemiştir.

Sağlık memurları İfade 6'yı paramedik öğrencilerine (p=0,001), paramediklere (p=0,045) ve ATT'lere (p=0,008) göre daha fazla benimsemiştir.

Paramedikler İfade 9'u doktorlara göre (p=0,035) daha fazla benimsemiştir. ATT'ler İfade 1'i doktorlara göre (p=0,005) daha fazla benimsemiştir.

Katılımcıların ambulanstaki görevine göre ifadelere verdikleri yanıtlar Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Ambulanstaki Görevine Göre İfadelere Verdikleri Yanıtlar

	Doktor	**Paramedik**	**Paramedik öğrencisi**	**ATT**	**Sağlık memuru**	**Hemşire**	**p**
İfade 1	6,9±3,2 10 (0-10)	7,7±3,5 10 (0-10)	8,9±2,4 10 (0-10)	8,0±3,1 10 (0-10)	8,0±2,5 9 (0-10)	6,8±4,0 10 (0-10)	**0,006**
İfade 2	7,3±3,4 10 (0-10)	7,3±3,7 10 (0-10)	8,6±2,3 10 (0-10)	8,0±3,2 10 (0-10)	7,9±2,7 10 (2-10)	7,8±3,3 10 (0-10)	0,391
İfade 3	3,1±3,6 0 (0-10)	2,2±3,2 0 (0-10)	2,5±3,3 0 (0-10)	3,7±4,0 0 (0-10)	3,4±4,0 0 (0-10)	4,1±3,9 0 (0-10)	0,098
İfade 4	6,1±4,1 10 (0-10)	4,9±4,1 10 (0-10)	6,3±3,3 10 (0-10)	5,8±3,8 10 (0-10)	5,3±3,5 10 (0-10)	6,1±3,6 10 (0-10)	0,521
İfade 5	9,3±1,8 10 (1-10)	8,9±2,6 10 (0-10)	9,8±0,6 10 (6-10)	9,3±1,9 10 (0-10)	9,0±2,2 10 (0-10)	9,4±1,5 10 (3-10)	0,303
İfade 6	3,8±3,9 0 (0-10)	3,7±3,9 0 (0-10)	2,5±3,8 0 (0-10)	3,4±3,8 0 (0-10)	5,8±4,0 10 (0-10)	5,4±4,0 10 (0-10)	**0,003**
İfade 7	3,0±3,4 0 (0-10)	2,6±3,4 0 (0-10)	2,8±3,3 0 (0-10)	3,1±3,7 0 (0-10)	3,1±3,9 0 (0-10)	3,7±4,3 0 (0-10)	0,914
İfade 8	8,7±2,5 10 (0-10)	7,3±3,8 10 (0-10)	9,0±2,5 10 (0-10)	7,6±3,5 10 (0-10)	8,4±2,7 10 (0-10)	8,5±2,8 10 (0-10)	0,179
İfade 9	2,7±3,4 0 (0-10)	4,5±4,1 0 (0-10)	5,7±4,0 10 (0-10)	3,8±3,9 0 (0-10)	4,2±4,1 0 (0-10)	4,5±4,3 0 (0-10)	**0,015**
İfade 10	7,5±3,4 10 (0-10)	6,1±4,0 10 (0-10)	8,3±3,1 10 (0-10)	7,2±3,4 10 (0-10)	7,5±3,3 10 (0-10)	8,1±3,3 10 (0-10)	**0,017**

4.3. Açık Uçlu Soru Üzerinden Bildirilen Görüşler

Çalışmamızda bir vaka öyküsü özet halinde aktarılmıştır. Böyle bir durumda ne yapacakları açık uçlu sorusu katılımcılara yöneltilmiştir. Araştırma kapsamında cevap formları değerlendirilen 356 katılımcıdan 339'u açık uçlu soruya cevap vermiştir.

Katılımcılardan 19'u (% 5,6) hasta istemediği için müdahale etmeyeceğini, 25'i (% 7,4) hastayı ikna etmeye çalıştıktan sonra hasta istemediği için müdahale etmeyeceğini, 66'sı (% 19,5) hastayı sadece ikna etmeye çalışacağını, 98'i (% 28,9) ikna etmeye çalıştıktan sonra istemediği halde hastaya müdahale edeceğini, 87'si (% 25,7) istemediği halde hastaya müdahale edeceğini, 10'u (% 2,9) hastayı ikna edebilecek kişileri telefonla arayacağını, 25'i (% 7,4) sınıflamaya tabi tutulamayan yaklaşımlarda bulunacağını, 9'u ise (% 2,6) olayı gerçekten yaşamadan karar veremeyeceğini belirtmiştir. Açık vaka öyküsündeki durumda benimseyecekleri yaklaşımların dağılımı Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Vaka Öyküsündeki Durumda Benimseyecekleri Yaklaşımların Dağılımı

Yaklaşımlar	Kişi	Yüzde
İstemediği için hastaya müdahale etmeme	19	5,6
İkna etmeye çalıştıktan sonra istemediği için hastaya müdahale etmeme	25	7,4
Sadece ikna etmeye çalışma	66	19,5
İkna etmeye çalıştıktan sonra istemediği halde hastaya müdahale etme	98	28,9
İstemediği halde hastaya müdahale etme	87	25,7
Hastayı ikna etmesi olası kişileri telefon aracılığıyla devreye sokma	10	2,9
Farklı yaklaşımlarda bulunma	25	7,4
Olayı gerçekten yaşamadıkça karar verememe	9	2,6
Toplam	**339**	**100**

Katılımcılardan "hastaya müdahale ederim" diyenlerin 185 kişinin alt grup dağılımları Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Kazazedeye Müdahale Edeceğini Bildiren Katılımcıların Yaklaşımlarının Dağılımı

Yaklaşımlar	Kişi	Yüzde
Zorla da olsa mutlaka müdahale etme	36	19,5
Müdahale etme	95	51,3
Hastaya serum seti takıp ancak bilinci kapandıktan sonra serum verme	12	6,5
Ancak hastanın bilinci kapandıktan sonra müdahale etme	42	22,7
Toplam	**185**	**100**

Kazazedeye müdahale edeceğinin bildiren katılımcıların müdahale şekli; katılımcılardan 36 kişi (% 19,5) zorla da olsa müdahalede bulunacağını, 95 kişi (% 51,3) müdahale edeceğini, 12 kişi (% 6,5) hastaya serum seti takacağını ve ancak hastanın bilinci kapandıktan sonra müdahale edeceğini, 42 kişi (% 22,7) ise ancak hastanın bilinci kapandıktan sonra müdahale edeceğini belirtmiştir.

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümünde zaman zaman genel ve geniş bir çerçeveye taşılmakla birlikte daha çok araştırma sonuçlarına odaklanan bir yaklaşım benimsenmiş, hastane öncesi acil tıpta tedavinin reddi olgusu hem kuramsal tıp etiği hem de yasal düzenlemeler açısından irdelenmiştir. Konunun medikal ve sosyal yönleri üzerinde de durulmuş, önerdiği tedavi reddedilen sağlık profesyonelinin kaygıları ve yaklaşımları üzerinde özelikle mercek altına alınmıştır. Araştırma bulgularının kendi içinde ve konuya ilişkin literatürle karşılaştırılarak tartışılmasının yanı sıra konuyla ilgili otör görüşlerine de yer verilmiştir.

Tedavi reddi, kişinin özerkliğini yansıtması bakımından[3] en temel hasta haklarından biri olarak kabul edilmektedir[4,86]. Tıbbi ilişkinin olası ama istenemeyen bir parçası olan tedavi reddi, etik boyutu yönünden de önemli bir sorundur. Kişinin kendi yapacakları üzerinde olduğu gibi kendine yapılacaklar üzerinde de karar verme hakkı vardır. Hastanın özerkliğine saygı gösterme ile ona yarar sağlama ilkesi arasında etik ikilemin çarpıcı örnekleri tedavinin reddi vakalarında ortaya çıkmaktadır. Tıbbi uygulamalarda, hastanın özerkliği önemli bir etik değer olmakla birlikte acil tıbbi durumlarda, bu değerin ne şekilde hayata geçirileceğine dair açık ve net değerlendirmeler mevcut değildir. Bu bağlamda, gerek acil tıpla ilgili mesleki etik kodlarda[13,19,193,194,198] gerekse yasal metinlerde[86,88,91] bu iki etik değerden birine yönelik açık bir tercih söz konusu değildir.

Hasta özerkliğinin "her zaman" önemli bir etik değer olduğu, yarar sağlamanın ise "bazen" önemli bir tıbbi kavram olduğunu belirten yazarlara[189] rağmen, bu iki değerin herhangi birinin diğerine feda edilebileceğini söylemek oldukça zordur. Burada önemli olan nokta, hastanın yeterliğine yönelik vurgudur. Ancak hastanın yeterliğini belirlemenin, özellikle acil tıbbi süreçlerde ne derece başarılı yapılacağı konusunda çekincelerimizi belirtmek yerinde olacaktır. Çünkü yeterlik değerlendirmesi, profesyonellik gerektiren başlı başına farklı bir konudur.

Acil tıbbın özellikle hastane öncesi kısmında tedavi reddi vakalarının % 8 -10 arasında olduğu[177,178] göz önüne alındığında, sağlık profesyonellerinin bu konuya yönelik yaklaşımları önemli hale gelmektedir. Genel bilgilerde de bahsedildiği gibi

hastane öncesi acil tıpta tedaviyi reddeden bir hasta karşısında, sağlık personelinin önünde üç yol bulunmaktadır. İlk yol, hastayı tedaviye ikna etmeye çalışmaktır. Bu tür durumlarda, sağlık profesyonelinin ikna çabasına, özerkliğe saygı ile bağdaşmadığı değerlendirmesiyle kimi eleştiriler yöneltilmektedir[206]. Gerçekten de ikna çabası, hastanın özerkliğini değersiz kılma gibi algılanma potansiyeline sahiptir. Bu çaba, hastanın özerkliğine saygı gösterme ile göstermeme arasında gidip gelen ve sınırları kesin olmayan bir uygulamadır. Üstelik bu yolun başarısı, sağlık profesyonelinin kişisel yeteneklerine fazlasıyla bağlıdır. Ataç ve ark.[201] nın çalışmasında hekimlerin hasta ile etkili iletişiminin ikna konsundaki başarılarını desteklediği bulunmuştur. Çalışmanın açık uçlu sorusuna verilen yanıtlara göre de katılımcıların önemli bir kısmı bu türden durumlarda bir şekilde ikna yöntemine başvuracaklarını belirtmişlerdir.

İkinci yol, zorla tıbbi tedavi uygulamaktır. Bu yol, açıkça hastanın özerkliğinin ihlalidir. Zor kullanma yoluyla tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmeyi, pratikte anlaşılır olsa bile etik açıdan sağlam temellere dayandırmak güçtür. Açık uçlu soruya cevap veren katılımcılardan müdahale etme yönünde yaklaşımı olanların yaklaşık % 20'si zorla müdahaleyi benimsemiştir. Hastaya, istemese de yarar sağlama yaklaşımı söz konusudur. Hayati tehlike durumunda sağlık profesyonelleri açısından, hasta özerkliğinin ve hasta özerkliğine saygının geri plana atılabildiği söylenebilir. Üçüncü yol ise, hastanın tedavi reddine saygı duymak ve tıbbi müdahaleyi uygulamamaktır. Bu durumda ise sağlık profesyoneli, mesleğin bir değerine karşı yeterince duyarlı olmamakla itham edilecektir.

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonelleri, tedavi reddinin bir hasta hakkı olduğu konusunda, en azından kuramsal değerlendirme bağlamında, güçlü bir görüş birliği içindedir. Anket formundaki birinci ve ikinci ifadelerin aritmetik ortalamalarının yüksekliği, acil sağlık profesyonellerinin tedavi reddinin bir hasta hakkı olduğu konusunda, diğer görüşlere göre daha kuvvetli bir benimseme içinde olduklarını ortaya koymuştur.

Tedavi reddinin yasal güvence altına alınmasının gerekip gerekmediğinin sorulduğu ikinci ifadede alt gruplar arasında anlamlı fark çıkmamasından, bu konunun tüm katılımcılar tarafından benimsenen bir görüş olduğu ortaya çıkmıştır. Oysa birinci ifadede, alt gruplar arasında yaş ve meslek bakımından görüş farkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların, yaş ilerledikçe birinci ifadeyi daha az benimsediği bulunmuştur. Her iki

ifadenin de benzer görüşleri dile getirmesine rağmen yaşla bağlantılı bu farklılığın ortaya çıkmasında, ikinci ifadede konuya yasal bir boyutun da eklenmesi, etkili olmuş olabilir.

Mesleğin henüz başında olan profesyonellerle birkaç kuşak öncekiler arasında görüş ve mesleki doyum farkı bulunması anlaşılabilir bir durumdur. Nitekim genç hemşirelerin nispeten yaşlı hemşirelere göre mesleki doyumlarının daha çok olduğunu[207] ve hasta hakları ile özerklik konusunda daha duyarlı olduklarını gösteren çalışmalar[208] mevcuttur.

Birinci ifadede dile getirilen görüşleri paramedik öğrencilerinin doktorlara göre daha fazla benimsemesi konunun eğitim boyutuna dikkat çekmektedir. Paramedik öğrencileri, tedavi reddi hakkına doktorlardan daha yatkın bulunmuştur. Bu farkı açıklamak adına üç sebep ortaya konulabilir:

İlk olarak, öğrenim aşamasındaki kişilerin bu türden etik konular hakkında yorum yapması ve tutarlı bir yaklaşım geliştirmesi zor bir durumdur. Bu konular, onlar tarafından henüz yeterince deneyimlenmemiştir. Meslek pratiğine yönelik tutumların gelişmesi hem zaman alan hem de deneyim gerektiren bir durumdur. Öğrenim sürecindeki bireyler için mesleğin etik sorunları farklı algılanabilmektedir. Profesyonel sorumlulukları ve yetkileri konusunda bilgi düzeyi yeterli olmayan kişilerin, bu türden etik çatışma durumlarında hasta özerkliğini öne alan bir yaklaşım benimsemeleri olağandır. Profesyonelliğin en önemli öğelerinden biri, mesleğin uygulama alanında karşılaşılan etik sorunların farkındalığıdır. Bu bağlamda, etik sorunun farkındalığı açısından Hurst et al.[123] in yaptığı çalışmada, hekimlerin % 19'u günlük uygulamalarında karşılaştıkları etik sorunlar içinde tedavi reddini de saymışlardır.

Paramedik öğrencilerinin doktorlara nazaran özerkliğe daha yatkın bir tutum sergilemelerinin ikinci sebebi ise sağlık profesyoneline yüklenen sorumluluk olabilir. Karar verme konumunda bulunma ve sistemin işleyişine muhalif bir tavırla karşılaşma, özellikle yönetici konumunda bulunan kişinin olumlu bakacağı bir durum değildir. Ambulans hizmetlerinde doktorlar, acil yardım ekibinin başı olmaları dolayısıyla ana karar verici konumundadırlar.

Paramedik öğrencilerinin doktorlardan farklı bir tutum benimsemelerinin bir başka sebebi de eğitim sistemi olabilir. Eğitiminin süresi ve içeriğinin, konuya farklı yaklaşımlar katıyor olabileceği göz ardı edilmemelidir. Doktorların eğitim aldığı

dönemdeki tedavi reddi algısı ile günümüzdeki algı farklı olabilir. Eğitim süresi olarak ise doktorların daha uzun bir eğitim sürecinden geçmeleri, bu sonucun ortaya çıkmasında diğer bir etken olabilir. Nitekim Gunnarsson and Stomberg[156] in çalışmasında, acil servis hemşirelerinin kararlarının eğitim seviyelerine göre değiştiği, eğitimin doğru kararlar vermek için ön koşul gibi görüldüğü belirtilmiştir.

Deneyim ve eğitim, etik sorunlar karşısındaki tavırları etkileyebilmektedir. Ancak eğitimin anlamlı fark yaratmadığı durumlar da vardır. Örneğin Riley et al.[209] in çalışmasında, belli bir eğitim modülünden geçen acil yardım çalışanlarının, hastanın karar verme yeterliğinin belgelenmesi ve transport reddinin hastalara imzalatılması konusunda, eğitim öncesi ve sonrası arasında fark bulunmadığı belirtilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin, hastanın tedavi reddi hakkı yönünde tutumları Alan'ın çalışmasında[174] da ortaya konmuştur. Alan'ın çalışmasında tıbbi uygulamayı reddetme konusunda hastalar daha az reddetme yanlısıdır. Oysa sağlık profesyonelleri, hastanın uygulamayı reddetme hakkı olduğu yönünde görüş belirtmişlerdir. Öte yandan Ersoy ve ark.[210] nın hekimin etik duyarlılığı ile ilgili çalışmasında, bizim çalışmamızdan farklı bir sonuç ortaya çıkmıştır. Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında yarar sağlama ilkesinin özerkliğe saygı ilkesinden daha fazla benimsendiği bulunmuştur. Bunun sebeplerinden birisi bizim çalışmamızın farklı meslek gruplarını da kapsayan heterojen bir grup üzerinde yapılmış olması olabilir. Her iki çalışmanın coğrafi olarak farklı bölgelerde yapılmış olduğunu da belirtmek yerinde olacaktır. Farklı kültürel bölgelerin etik konulardaki düşünme ve değerlendirme süreçlerinin farklı olabileceğinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Her iki çalışmanın da birbirine yakın zaman dilimleri içerisinde yapılmış olması da sonuçlarının karşılaştırılması yönünden değerli bulunmuştur.

Acil sağlık sistemlerinin temel var oluş amacı, acil tıbbi durumlarda hastalara en ivedi şekilde müdahale edilmesidir. Buradaki en temel noktalardan biri, müdahaledir. Acil tıbbi süreçte hasta konumunda olan kişinin, her türlü acil tıbbi müdahaleye gereksinimi olduğu yönünde bir ön kabul mevcuttur. Bu ön kabul, hastaya acil tıbbi müdahale yapılmasının olağan bir neden-sonuç ilişkisi biçiminde yorumlanmasından kaynaklanmaktadır. Acil tıbbi sürece dahil olan hasta da hasta hakları bağlamında birtakım haklara sahiptir. Tedavi reddini de kişi özerkliği bağlamında, bu hak kapsamında değerlendirmek olanaklıdır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin karakteristik özelliği, hastanın sağlık hizmetinin sunulduğu yere değil sağlık hizmetinin hastanın bulunduğu yere erişmesidir. Kendine özgü bu konumlanma özellikle tıbbi müdahaleye onam verme konusunda bir akıl karışıklığı yaratmaktadır. Ambulansı çağırmış olmanın onun bünyesinde yapılacak müdahaleleri kabul etme anlamına geldiği öne sürülebilmektedir. Böyle bir değerlendirme altta yatan paternalist anlayışla bir araya geldiğinde, hastaya her ne pahasına olursa olsun yarar sağlamaya yönelik bir yaklaşım şekillenmektedir.

Acil tıbbi durumlarda tedavi reddi hakkının kullanılmasının önündeki en büyük engel, acil sağlık yardımı gereksinimi olan hastanın bilinç durumudur. Bilincin açık olması yeterliğin iki unsurundan biridir. Diğeri ise zihinsel gelişimin tamamlanmış ve kaybedilmemiş olmasıdır. Yeterlik en genel tanımıyla; kişinin verilen bilgiyi anlayabilmesi, durumuyla ilgili değerlendirme yapabilmesi, kendi değerleriyle karar verebilmesi ve tercihlerinin sonucunu fark edebilmesi sonrası sağlık bakımını yapan kişiye kendini ifade edebilmesi kabiliyetidir[120]. Ancak acil tıbbi durumlarda bütün bu bileşenlerin elde edilmesi zor olmaktadır. Bu nedenle acil durumlarda hastanın yeterliği, acil sağlık profesyonelinin öznel değerlendirmesinden fazlasıyla etkilenmektedir.

Araştırmamızda, acil tıbbi durumlarda tedavinin reddedilmesine yönelik ifadelere verilen düşük puanlar, sağlık profesyonellerinin yarar sağlamaya yönelik yaklaşımlarının bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Üçüncü ifade ve yedinci ifade, açık bir biçimde sağlık profesyonellerinin yarar sağlamaya yönelik güçlü eğilimlerini göstermektedir.

Acil durumlarda tedavi reddi konusunda dört numaralı ifade, sonuçları itibariyle farklı bir yerde durmaktadır. İfadenin puan ortalamasını, katılımcıların bu konudaki kararsızlığına yönelik bir işaret olarak değerlendirmek olanaklıdır. Bir başka yorum ise bir olumsuzluk eki ile biten cümlenin katılımcıların kararsızlığına katkıda bulunmuş olabileceğidir. Ancak bu kararsızlığa rağmen alt gruplar arası anlamlı fark, yalnızca meslek yaşı grubunda ortaya çıkmıştır.

Meslek yaşı arttıkça mesleğe yönelik bilgi düzeyi artmasına paralel olarak[211] mesleki deneyim derinleşmektedir. Bu deneyimin sağlık profesyonellerini profesyonel değerlere yaklaştırması gerekmektedir. Mesleki anlamda birtakım sıkıntıların yaşanması, kişileri mesleğin profesyonel değerlerinden uzaklaştırmaması beklenmektedir. Uzun zamandır görev yapmakta olanların hasta özerkliğine saygıdan

uzaklaşmasında, mesleki memnuniyetsizlik de etken olmuş olabilir. Güneri ve ark.[212] nın çalışmasında, ambulans hizmetlerindeki meslek sürelerine göre mesleki memnuniyet bakımından en memnun grup, bir ile üç yıl arası çalışanlar iken en az memnun grup, on yıl ve üzeri çalışanlardır. Uzun süredir çalışanların tükenmişlik yaşamaları, mesleğin profesyonel değerlerini ötelemelerini de beraberinde getiriyor olabilir.

Tükenmişlik, mesleki kararları da etkilemektedir. Gunnarsson and Stomberg[156] in yaptıkları çalışmada, ambulans hemşirelerinin mesleki deneyimlerinin karar verme mekanizmalarında önemli bir fark oluşturduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde, Gisondi et al.[157] in çalışması da bu görüşü desteklemektedir. Bu çalışmaya göre iki ve üç yıldır görev yapmakta olan acil tıp asistanları, bir yıldır görev yapmakta olanlara göre etik sorunlar konusunda daha iyi performans göstermişlerdir. Mesleki kıdem arttıkça, profesyonellik ve etik duyarlılığın da arttığı belirtilmiştir.

Katılımcılarımız tedavi red hakkına genel olarak olumlu bakmaktadır. Yaş ve meslek yaşı artışına bağlı olarak bu olumlu bakışta nispeten bir zayıflama olmaktadır. Hastayı ikna çabasına yönelik olumsuz yaklaşım ise yaş ve meslek yaşı arttıkça kuvvetlenmektedir. Görev süresinin artışına göre tutumlar incelendiğinde, görev süresi arttıkça hastanın tedavi reddi hakkına yönelik olumsuz bir görüş ortaya çıkmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinde meslek yaşı artışının hasta özerkliğine saygıdan uzaklaşma yönünde bir eğilime dönüşmesi, dikkatimizi çeken bir durumdur. Oysa mesleki deneyim arttıkça, meslek profesyonellerinin kendilerine güvenlerinin artması ve hasta özerkliği yönünden daha fazla saygı göstermelerini beklemekteydik.

Tedaviyi reddeden hastayı ikna etmeye çalışmamanın ön planda olduğu bu yaklaşımın ilk bakışta hasta özerkliğine saygıdan kaynaklandığı izlenimi oluşmaktadır. Ancak açık uçlu soruda katılımcıların önemli bir kısmı ikna çabasını dile getirmişlerdir. Acil sağlık profesyonellerinin, ikna çabasına yönelik bir yaklaşıma sahip oldukları ancak bu çabanın belli sınırlar içinde olması gerektiğini düşündükleri söylenebilir. Bu durum hasta özerkliğine saygıdan kaynaklanıyor gibi görünse de hasta özerkliğinden çok sağlık profesyonelinin kendini koruma refleksiyle ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Hasta haklarının, özerkliğin ve görevi kötüye kullanma ithamlarının arttığı günümüzde, sağlık profesyonellerinin defansif bir sağlık hizmeti benimsemeleri olağan görülmektedir.

Hastayı iknaya yönelik müdahaleler, sağlık profesyonelinin hastanın acil tıbbi tedaviye gereksinimi olduğu yönündeki düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Oysa ki Hjälte et al.[42] in çalışmasına göre ambulans çalışanları, abdominal ya da üriner sorunu nedeniyle hastane öncesi acil yardım sistemine dahil olan hastaların, % 42'sinin aslında ambulans servisine ihtiyacı olmadığını belirtmişlerdir. Acil tıp çalışanlarının, tıbbi yardıma ihtiyacı olmadığını düşündükleri bir hastanın, tedaviyi kabul etmesi için ikna yollarına başvurmaları beklenen bir sonuç olmayacaktır.

Kendisi için ambulans çağrılmış kişinin tedavi reddi hakkı konusundaki yaklaşım meslek yaşı arttıkça azalmaktadır. Bu ifade, hastanın özerkliğini önemseyen bir ifadedir. Hastanın ambulans çağırmış olmasının, her türlü tıbbi tedavi ve müdahaleye baştan onam verdiği anlamına gelmediğini belirtmektedir. Acil tıbbi durumlar için ambulans çağrılmasının, tedavi reddi hakkının kullanılmayacağının bir belirtisi olduğu düşünülmektedir. Bu düşüncenin irdelendiği ifadede kararsızlık hali belirginleşmektedir. Söz konusu ifadenin uzun olması ve olumsuz bir ekle bitmesi anlaşılmasını zorlaştırmış olabilir. Tedavi reddi vakalarını bizzat yaşayan kişiler olarak sağlık profesyonellerinin, bu konudaki kararsız duruşları dikkate değerdir. Diğer taraftan; ambulansın çağrılmış olmasının, hastanın dolaylı da olsa tıbbi tedaviye onam verdiğine dair bir belirti olduğu yönünde görüşler de mevcuttur[191].

Acil durumlardaki tedavi reddi hakkıyla ilgili ifadenin benimsenme oranı düşük olmuştur. Bu ifadeye verilen puanlarda da yararcılık ilkesinin etkisi, kuvvetli bir şekilde görülmektedir. Hayati tehlike söz konusu olduğunda acil sağlık profesyonelleri, hastanın tedavi reddi hakkı konusunda olumsuz düşünmektedir. Nitekim Withers et al.[128] in çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Hastalığın şiddeti ya da mental yetersizlik durumu arttıkça hekimlerin de tedaviye eğilimi artmaktadır. Bu gibi durumlarda hastanın özerkliği geri planda kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerine yönelik eğitim müfredatlarındaki ortak kaygılardan biri, eğitim gören kişilerin hastaya yarar sağlamaya yönelik bir refleks geliştirmelerinin sağlanmasıdır. Tıp etiğinde yarar sağlama ilkesi, temel ilkelerden biridir. Bu ilke, mesleğinin profesyonel gerekliliklerini yerine getirmeye çalışan sağlık profesyonelleri için en temel ilkedir. Acil tıp çalışanları için de temel ilkelerden olan yarar sağlama; hasta, önerilen tedaviyi kabul etmediğinde özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi ile çatışma halini almaktadır.

Bir tedavi reddi vakası karşısında sağlık profesyonelinin üç farklı yaklaşım biçimi, daha önceki bölümlerde tartışılmıştı. Söz konusu yaklaşımlardan birisi, hastayı ikna etmeye çalışmaktır. Sağlık profesyonelinin, hastayı tedaviye ikna etmeye çalışmasını irdeleyen ifadede kararsızlık şeklinde değerlendirilebilecek bir sonuç ortaya çıkmıştır. Alt gruplar incelendiğinde erkeklerin, hastayı ikna etmeye yönelik gayretlere kadınlardan daha az önem verdiği görülmektedir. Öte yandan tedaviyi reddeden hastaya, bu durumun ve olası sonuçların açık ve net bir şekilde anlatılmasını dile getiren görüş de kadınlar tarafından daha çok benimsenmiştir. Bu iki görüşün ortaya koyduğu bulgular doğrultusunda, sağlık hizmetleri ve cinsiyet bağlamında birkaç saptama yapmak yerinde olacaktır.

Kadınların erkeklere göre daha çok benimsediği ifadelerin, hastanın yararı ve mesleğin profesyonel yönlerine vurgu yapan ifadeler olduğunu söylemek mümkündür. Tedavi reddi durumunda, bunun olası sonuçlarının anlaşılır bir şekilde hastaya anlatılması, önemli bir etik gereklilik ve profesyonellik özelliğidir. Kadınların mesleğin profesyonel özelliklerini benimseme konusunda, duyarlılıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Hasta tedaviyi reddettiğinde, kişinin tıbbi hizmet alımıyla ilgili tüm süreçler sona ermiş değildir. Kadınlar, tedavi reddinin olası sonucu hakkında açık ve detaylı bilgi vermeyi benimsemişlerdir. Bu durum, kadınlardaki şefkat duygusunun özellikle tıbbi bakım sürecinde, erkeklere göre daha yoğun yaşanmasıyla açıklanabilir[48]. Aynı şekilde bir kişinin acil tıbbi tedaviyi reddetmesi, ona uygulanacak diğer tıbbi işlemlerin uygulanmamasını gerektirmemektedir. Bu konuda da kadınların, daha profesyonel bir tutum içinde oldukları söylenebilir.

Tedavi reddi durumunda hastayı tedaviye ikna etme yönündeki tutum, erkekler tarafından daha az benimsenmiştir. Cinsiyete göre genel değerlendirme yapıldığında erkekler, kişi tedaviyi reddediyorsa bu durumu somut veri olarak değerlendirmekte ve doğrudan hastanın özerkliğine saygı yönünde tavır almaktadırlar. Kadınlar ise yarar sağlama yönünde bir tutuma sahiptirler. İkna konusunda, kadınlar ve erkekler aynı görüşü paylaşmamaktadır.

Wilder et al.[173] in çalışmasında, psikiyatri hastalarının tedavi reddi durumları ve hakları konusunda sağlık profesyonellerinin, cinsiyetleri bakımından fark bulunmamıştır. Söz konusu çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların

genel tavrının, hastanın onuruna ve özerkliğine saygı göstermek yönünde olduğu belirtilmiştir.

Waldron et al.[213] in çalışmasında ise hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, erkek acil sağlık görevlilerin günlük pratiğinde, daha fazla tedavi reddi vakaları yaşandığı belirtilmektedir. Söz konusu çalışmanın sonuçları, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında önemli bir etken, tedavi reddi durumlarında erkek sağlık profesyonellerinin; hastanın özerkliğini, hastanın yararından daha yüksek bir değer olarak görmeleri olabilir. Dolayısıyla tedaviyi reddeden bir hastaya, özerkliğine saygı ilkesi gereği erkek sağlık profesyonellerinin, ikna etme yönünde bir girişimde bulunmaya meyilli olmadıkları söylenebilir.

Öte yandan French et al.[150] in çalışmasında, ambulans çalışanlarının etik konulara yaklaşımı konusunda cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Ancak belirtmekte fayda var ki söz konusu çalışmada, genel etik konular ele alınmış, tedavi reddi konusu doğrudan ele alınmamıştır. Genel etik yaklaşımlar konusunda cinsiyetler arası fark olmaması, tedavi reddi konusunda da fark olmayacağı anlamına gelmemektedir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara benzer şekilde, Alan'ın çalışmasında da sağlık hizmeti veren erkeklerin, hastanın yapılacak işlemi reddetme hakkı olduğunu, kadınlardan daha fazla benimsedikleri ortaya konmuştur[174].

Katılımcıların ifadelere verdikleri cevaplara göre en yüksek puanın, sağlık profesyonellerinin hastayı bilgilendirmelerine yönelik olduğu görülmektedir. Tedavi reddi durumunda hastaya bu tercihin olası sonuçları hakkında yeterli bilgi verilmesi, sağlık profesyonelleri tarafından en çok benimsenen tutum olmuştur. Bu ifadenin çoğunlukla benimsenmesi, sağlık profesyonellerinin tedavi reddi durumunda, hastaya reddin sonuçları hakkında bilgi vermek konusunda duyarlı olduklarını göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun bu ifadeye yüksek puanlar vermesi, hastayı aydınlatma ve özerkliğine saygı gösterme konusundaki duyarlılığın bir yansıması olarak düşünülebilir. Sağlık profesyonellerinin, hasta haklarını ve hastanın özerkliğini önemsemediklerini gösteren pek çok çalışma vardır[83,174,201,208].

Sağlık profesyonellerince pek benimsenmediği görülen bir başka ifade ise hastayı ikna etmeye yönelik girişimlerde bulunulmamasını dile getiren ifadedir. Burada tedaviyi reddeden hastaya yönelik, sağlık profesyonelinin ikna çabası sorgulanmaktadır.

Yarar sağlamayı geri plana atan bir tutumdan bahsedilmektedir. Ancak bu görüş, katılımcılar tarafından benimsenmemiştir. Yine bu ifade de sağlık profesyonellerindeki yarar sağlama ilkesine göre eylemde bulunma refleksini göstermektedir. Hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin, tedaviyi reddeden hastaya yönelik ikna çabalarını gereksiz bulan yayınlar da vardır[206]. Sağlık profesyonellerinin, hastayı tedavi reddine götüren düşünceyi sorgulama ve bu düşünceyi gerçeğe çekmek için çaba harcama gibi bir görevlerinin olmadığı belirtilmektedir.

Katılımcıların, hayati tehlike söz konusu olduğunda tedavi reddine olumlu bakmadıkları görülmektedir. Söz konusu ifadeye verilen düşük puan, hayatı tehdit eden durumlarda sağlık profesyonellerinin, hastanın özerkliğini hastanın yararından geri planda tutmaya meyilli olduklarını göstermektedir. Ancak günlük uygulamalarda, bu çalışmanın ortaya koyduğu sonucun tam tersi sonuçlar da ortaya çıkabilmektedir. Stark et al. [177] in çalışmasında, hastane öncesi tedavi reddi vakalarının % 53'ünde hastaya müdahalede bulunulmadığı belirtilmiştir.

Yarar sağlama ilkesini kendine rehber edinen bir sağlık profesyonelinin bunu temellendirebileceği geçmişten bir referans bulması zor olmayacaktır. Zira insanlığın sağlık, sağlık bakımı ve tıp gibi konulara ilgisinin başlamasından son otuz-kırk yıla kadar tıpta paternalist bir yaklaşım hakimdi[165]. Acil tıp, kişinin çoğunlukla kendi iradesi dışında dahil olduğu sağlık sistemidir. Dolayısıyla sağlık profesyonellerinin, tıbbi gereksinim içinde bulunan hastaya, paternalist bir yaklaşım sergilemeleri olağan karşılanabilir. Burada önemli olan, bu paternalizmin sınırıdır.

Araştırmamızda, bilinç durumu yetersiz olan kişiler için tedavi reddinin söz konusu olamayacağına yönelik görüş, yüksek bir puan ortalaması elde etmiştir. Acil sağlık profesyonelleri, tedavi reddi hakkını kullanamayacağını düşündükleri hastalar için paternalist bir yaklaşım sergilemişlerdir. Benimsenen bu yaklaşımda alt gruplar arasında da anlamlı bir fark çıkmamıştır. Bu sonuç, Wilder et al.[173] in çalışmasının sonuçlarıyla da uyumludur. Söz konusu çalışmaya göre, psikiyatri hastalarının tedavi reddi durumları ve hakları konusunda psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet çalışanları ve acil tıp çalışanları arasında fark bulunmamıştır. Alan'ın çalışmasında ise tedavi reddi konusunda hekimler, hemşirelerden daha duyarlı bulunmuştur[174].

Açık uçlu soruya verilen cevaplarda ortaya çıkan yaklaşımlardan biri de hastaya bilinci kapandıktan sonra müdahalede bulunmaktır. Katılımcıların yaklaşık % 10'unun

tercih ettiği bu yaklaşım, kişilerin yarar sağlama ilkesine kuvvetle bağlı olduğunu, ancak özerkliğe saygı göstermek konusunda daha hassas olduğunu göstermektedir. Acil ve kritik durumlarda bilinci kapalı hastaya müdahale etme konusunda sağlık profesyonellerinin hasta adına karar alabilmesi kabul görmektedir. Bununla birlikte hastanın bilinci açıkken verdiği müdahale yapılmaması isteğinin, hastanın bilinci kapandıktan sonraki geçerliliği konusu tartışmaya açıktır. Kapanan bilincin karar değiştirebilme olanağını ortadan kaldırmış olması, müdahalede bulunulabileceği görüşünün temel gerekçesidir. Bu görüşe gelen esas itiraz ise reddetme beyanınındeğişen koşullarda geçerliliğini koruyan bir direktif olduğudur. Hastanın bilinci açıkken verdiği ve bilinci kapandıktan sonraki süreci de içine alan direktifler konusu Türk tıp etiği ve hukuku camiasında henüz yeterince tartışmaya açılmamıştır.

Bilinci kapalı hastalar konusunda paternalizme yatkın olan acil sağlık profesyonelleri açısından, konunun yasal yönü de önemli görülmektedir. Konunun önemli belirleyicilerinden birisi de ambulans ekibinde karar verme konumunda olan meslek grubunun durumudur. Kımaz ve ark.[211] nın çalışmasına göre doktorların çoğu, bilinci açık bir hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda ne yapılacağını bilmektedir. Oysa bizim çalışmamızda hekimlerin, bu konularda diğer meslek gruplarından farklı bir tutuma sahip olduklarına yönelik bir sonuç çıkmamıştır. Ambulans ekibinde, başta tıbbi süreçle ilgili kararlar olmak üzere pek çok kararı veren kişi konumunda olan hekimlerin, hukuki konularda ekipteki diğer meslek grubu üyelerinden farklı düşünmeleri beklenebilir. Çalışmamızda böyle bir farklılık görülmemiştir.

Ambulans çalışanlarının, sonucunun olumsuz olduğunu düşünseler bile birtakım acil tıbbi müdahalelere devam etme eğiliminde olduğu söylenebilir. Marco and Schears[77] ın çalışmasında, ambulans çalışanlarının % 40'ı kişisel olarak hastaya bir yararının olmayacağını düşündükleri halde kalp masajına devam ettiklerini belirtmişlerdir. Yasal sorumluluğun olduğu bir durumda elbette ki sağlık profesyonelinin kişisel kanaatinin önemi geri planda kalmaktadır. Yapılan müdahalenin hastaya yararı olmayacağı öngörülse bile yasal olarak müdahaleye devam edilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızdaki ilgili ifadenin yüksek benimsenme oranı sağlık profesyonellerinin, paternalizme yatkınlıklarını göstermektedir. Sağlık profesyonellerine göre, korunması gereken ve kendi hakkında karar veremeyecek

hastalar için tedavi reddi bir hak değildir. Katılımcılar, karar verme kapasitesi açısından yeterli olmayan hastaların tedavi reddi haklarının olmadığı yönünde bir tutum ortaya koymuşlardır. Bu durumda, hastanın yararı ön plana alınmış olmaktadır. Withers et al. ve ark.[128] nın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Söz konusu çalışmada, karar verme yeterliği konusunda sorun olan acil hastalarında, hekimlerin tedaviye yönelik bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur.

Yaşamı ve hastaya yarar sağlamayı öne çıkaran bir başka çalışma da Mohr and Kettler[151] in çalışmasıdır. CPR'ın yararı konusunda şüphe varsa bile canlandırmanın başlaması gerektiğini savunmuşlardır. Bu yazarlar, hastaya yarar sağlamada en küçük bir fırsatın ve şansın bile kullanılmasından yana olduklarını belirtmektedirler. Bizim çalışmamızda da yarar sağlama özelinde paternalizme yatkınlık, belirgin bir şekilde kendini göstermiştir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Temel sonuç olarak şunu söyleyebiliriz ki hastane öncesi acil sağlık profesyonelleri, genel anlamda hastanın tedaviyi reddetme hakkını benimsemekte; ancak hayati tehlikenin varlığında ve kişinin yeterliği olmadığı durumlarda, bu hakkın kullanımını benimsememektedir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları şu başlıklar altında sıralamak olanaklıdır:

- Tedavi reddi temel hasta haklarından biridir.
- Acil tıbbi durumlarda karşılaşılan tedavi reddi konusunda yasal, mesleki ve tıp etiği ile ilgili metinlerde açık hükümler bulunmamaktadır.
- Tedavi reddi durumlarında en önemli sorunlardan biri, kişinin yeterliğinin tespitidir.
- Hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin, hastanın tedaviyi reddetme hakkını benimsedikleri ortaya konmuştur. Katılımcılar, genel anlamda hastanın tedavi reddi hakkını benimsemektedirler. Bu konuda yaş, cinsiyet, meslek ve meslek yaşı açısından bir fark tespit edilmemiştir.
- Hayati tehlikenin olduğu durumlarda iki farklı yaklaşım ortaya çıkmıştır:

  1. Meslek yaşı daha genç olan sağlık profesyonellerinin, yarar sağlamaya yönelik tutumları ön planda görünmektedir.

  2. Kadın acil sağlık profesyonellerinin, hastanın yararını önceleyen bir tutuma sahip oldukları görülmüştür.

- Katılımcılar, genel anlamda hastanın tedaviyi red hakkını benimsemekle beraber hayati tehlike söz konusu olduğunda, tedavi reddine olumlu bakmamaktadır.
- Yeterliği konusunda şüphe olan ve kendi kararlarını veremeyecek kişiler için katılımcıların, tedavi reddinin bir hak olmadığını düşündükleri bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin bu tutumunun, paternalizme yatkın olduğu ve hastanın yararını esas aldığı düşünülmüştür.

- Katılımcılarda hastayı ikna etme eğilimi yüksektir. Sağlık profesyonelleri tedaviyi reddeden hastanın bu isteğine ilk başta saygı gösterseler de sonradan hastayı ikna etme yönünde bir eğilim göstermektedirler.
- Hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinde, ambulans çağrılmış olması halinde tedavi reddi hakkının kullanımına yönelik bir kararsızlık olduğu bulunmuştur. Benzer türden bir kararsızlık, karar verme kapasitesi sınırlı olan hastalar adına hasta yakınlarının karar vermesi durumu için de geçerlidir. Hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin olumsuz tutuma sahip olduğu durum ise tedaviyi reddeden hastaya yönelik ikna girişimlerinde bulunulmamasıdır. Sağlık profesyonelleri, acil tıbbi tedaviyi reddeden hastaya yönelik ikna çabalarını olumlu bulmaktadır.
- Çalışmamızın genç katılımcıları, hastanın özerkliğine saygıya yatkın bir tutuma sahiptir. Ancak paradoksal gibi görünmekle beraber genç katılımcılar, tedavi reddinde ikna çabalarına değer vermekte ve özerkliğe karşı yararcılığı öne çıkarmaktadırlar.
- Kadınların, erkeklere göre yararcı bir tutuma sahip oldukları görülmüştür. Özerklik konusunda her iki cins de benzer tutumlara sahiptir. Tedavi reddi durumunda sağlık profesyonelinin, hastayı ikna çabalarını erkeklerin daha az desteklediği bulunmuştur.
- Meslek grupları arasında temel bir görüş farkı bulunmamıştır. Ancak paramedik öğrencileri, diğer meslek gruplarına göre farklı bir konumdadır. Öğrenciler, mesleği henüz uygulama konumunda olmayan ve konunun daha çok teorik kısmıyla ilgili olan bir gruptur. Dolayısıyla bu grubun; mesleği bizzat uygulayan, mesleğin risklerini göğüsleyen ve zorluklarını birebir yaşayan diğer gruplardan farklı bir tutuma sahip olmaları olağan karşılanmıştır. Ambulans koşulları, temel eğitim formasyonunun önüne geçmektedir.
- Meslek yaşı arttıkça, hastanın tedavi reddi hakkına yönelik olumsuz bir tutum oluşmaktadır. Benzer şekilde, tedaviyi reddeden hastayı ikna etmeye yönelik çabalara ilişkin olarak da meslek yaşı arttıkça, olumsuz bir tutum gelişmektedir. Bu durum, çalışmanın önemli sonuçlarından birisidir. Meslek yaşının artmasıyla birlikte mesleğin profesyonel özelliklerine yönelik saygının ve uygulamanın artacağı yönündeki beklentiye, ters bir sonuç ortaya çıkmıştır.

- Hastane öncesi acil sağlık alanı kültürel boyutları da olan kendine özgü bir alan olduğu için, bu alana yönelik memlekete özgü bir tıp etiği modeli geliştirmek gerekebilir.

6.2. Öneriler

Acil tıp ve etik, üzerinde söylenecek sözün çok olduğu bir alandır. Gerek ülkemizde gerekse dünyada tıbbın bu özellikli alanına yönelik etik çalışmalar, oldukça azdır. Bu bağlamda, konu hakkında çalışma yapmayı düşünen araştırmacıların, en azından yakın gelecek için bakir bir alanda çalışma yaptıklarının farkında olmaları gerekmektedir. Tıp etiğinin başka alanlarda ortaya konulma şeklinin ve söz söyleme biçiminin, bu özellikli alana da uyarlanması gerekmektedir.

Acil tıp camiasının etik konularda bilgi gereksinimin karşılanması için tıp etiği camiasının daha çok çaba göstermesi ve acil tıp camiasıyla işbirliği içinde olması gerekmektedir. Bu bağlamda, saha çalışmaları ve alanı bizzat yaşayan kişilerin gözlemleri önemlidir. Saha çalışması yapacak olan araştırmacıların, homojen bir meslek grubundan ziyade ekip ruhunun önemli olduğu bu alanda, meslek çeşitliliği yönünden heterojen grupları ele almalarının kendilerini daha verimli sonuçlara götüreceğini öngörülmektedir.

Türkiye'de hastane öncesi acil tıp camiası, anket çalışmaları başta olmak üzere bilimsel faaliyetlere katılma konusunda hevesli bir profesyoneller topluluğudur. Bu hevesin, tıp etiğine yönelik saha çalışmalarıyla uygun mecraya yönlendirilebileceğini düşünülmektedir. Sadece tedavi reddi konusu değil, aynı zamanda DNR talimatı, mahremiyete saygı, hasta özerkliği, adalet, aydınlatma ve onam alma gibi tıp etiğiyle ilgili pek çok konu başlığı altında çeşitli çalışmalara uygun bir zemin mevcuttur. Türkiye'nin başka bölgelerinde, acil tıp etiğiyle ilgili başka alanlarda da çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Acil sağlık hizmeti sunan resmi kurum olması sebebiyle Sağlık Bakanlığı'nın, konuya yönelik çeşitli hizmet içi eğitim faaliyetleri yapması uygun olacaktır. Yeterli mesleki beceriye sahip sağlık profesyonelleri ve onları destekleyen teknik donanımın yanında, kurumsal bir yaklaşım için düzenli eğitim faaliyetleri çok önemlidir.

Hastane öncesi acil sağlık profesyonellerinin, mesleğe başlamadan önceki eğitim-öğretim süreçlerinde alana yönelik etik duyarlılık ve yaklaşımlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda üniversiteler başta olmak üzere, eğitim-öğretim kurumlarına önemli görevler düşmektedir. Alana özgü konulara yönelik etik donanımı güçlü bireylerden oluşan bir acil tıp sisteminin, daha etkin ve "iyi" olacağını öngörmekteyiz

6.3. Son Değerlendirme

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, acil sağlık sisteminin önemli ayaklarından biridir. Acil sağlık hizmetini zamanında almak yaşamsal açıdan çok önemlidir. Bu öneminden dolayı acil sağlık hizmetlerinde organizasyonun etkili şekilde yapılması gerekmektedir. Acil sağlık hizmetlerinde etkili bir sağlık sunumu, hastaya olay yerinde müdahale etmekle başlamaktadır. Hastaya yerinde müdahale, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin diğer tıp sistemlerinden en önemli ayrım noktasıdır.

Kendine has yapılanması, organizasyon şeması ve personel çeşitliliği olan hastane öncesi acil sağlık sistemi, içerdiği değer çatışmaları yönünden de farklı bir konumda bulunmaktadır. Bu süreçte yaşanan tedavi reddi, etik boyutu da öne çıkan bir sorundur. En temel hasta haklarından biri olarak kabul edilen tedavi reddi, özellikle hayati tehlikenin söz konusu olduğu hallerde ciddi sorun oluşturmaktadır. Hastanın özerkliğine saygı ile sağlık profesyonelinin hastaya yarar sağlaması arasında ciddi bir etik çatışma yaşanmaktadır.

İki farklı disiplin olan acil tıp ve etik camiasının; tedavi reddi özelinde acil tıbbi süreçlerin etik boyutuna yönelik kapsamlı, ufuk açıcı, sürekli ve etkin bir çalışma içinde olması gerekmektedir. Böyle bir yapının öncelikle ülkemiz özelinde, ardından küresel ölçekte bir acil tıp etiği modeli sunacağı günlerin uzak olmadığını düşünüyoruz.

7. KAYNAKLAR

1. **WHO** Declaration of Alma-Ata, **1978.**
Erişim: (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) 2012.
Erişim Tarihi: 12.04.2012.

2. *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği.* Resmi Gazete, **11.05.2000;** sayı 24046.

3. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of Biomedical Ethics. 4th Edition. New York: Oxford University Press, **1994.**

4. Dünya Hekimler Birliği, Tıp *Etiği El Kitabı.* Çev: Murat Civaner. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, **2006:** 43.

5. **Iserson KV, Sanders AB, Mathieu DR, Buchanan AE.** *Ethics in Emergency Medicine.* Baltimore: Williams & Wilkins, **1987.**

6. **TDK** Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük. 11. Baskı, Ankara: Türk Dil Kurumu, **2011:** 2350.

7. **Pellegrino ED.** Professionalism, profession and the virtues of the good physician.
The Mount Sinai Journal of Medicine, **2002;** 69(6):378-384.

8. **Güven T.** Tıp etiği açısından meslek ve profesyonellik kavramlarının incelenmesi.
Hacettepe Tıp Dergisi, **2009;** 40:84-88.

9. **Thomas L.** *Bir Tıp Gözlemcisinin Notları.* Çev: F. Baytok. Ankara: TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları, **2010.**

10. **Demirhan Erdemir A.** *Acil Tedavi ve Bakımda Tıp Etiği Sorunları.* İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2006.**

11. **Adams J, Schmidt, Sanders A, Larkin GL, Knopp R.** Professionalism in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine,* **1998;** 5(12):1193-1199.

12. **Sarı N.** Acil tıp etiği, hasta hakları-hekim sorumluluğu ve hatalı tıp uygulamaları çerçevesinde. Uzel İ, Büken NÖ, Kadıoğlu S, Şahinoğlu P, Aksoy Ş. *Yaman Örs Armağanı.* Adana: Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları, **2005:** 346-374.

13. American College of Emergency Physicians. Code of ethics for emergency physicians. (Reaffirmed October 2001) *Annals of Emergency Medicine,* **2008;** 52:581-590.

14. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Resmi Gazete, **19.02.1960**; sayı 10436.

15. American College of Emergency Physicians. Emergency physician rights and responsibilities. *Annals of Emergency Medicine,* **2008;** 52(2):187-188.

16. **Geiderman JM.** Ethics seminars: Consent and refusal in urban American emergency department: Two case studies. *Academic Emergency Medicine,* **2001;** 8:278-281.

17. **Halidi G, Kutbay G, Kadıoğlu S.** Amerikan ulusal paramedikler birliği andı ve etik kodu özelinde sağlık mesleklerinde yeminler ve etik kodlar hakkında eleştirel bir değerlendirme. Demirhan Erdemir A, Erer S, Öncel Ö. *21. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri, etik ve hukuksal yönler: II. Uluslararası tıp etiği ve hukuku kongresi bildiri kitabı.* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2009:** 763-772.

18. **Kılınçlı T, Kaptanoğlu YA, Bektaş G.** Acil sağlık hizmetlerinde paramediklerin rolü ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yönetimi. Söyük S, Yarar O. *9. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildiri Kitabı.* Kıbrıs: **2011:** 136-145.

19. Türk Hemşireler Derneği. *Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar.* **2009.** Erişim: (http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/hemsire% 20brosur.pdf) 2012. Erişim Tarihi: 21.04.2012.

20. **Taylan S.** Acil servis hemşireliği ve etik. Kekeç Z. *Tüm Yönleriyle Acil Tıp.* Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2008:175-178.

21. **Robertson-Steel I, Edwards S, Gough M.** Clinical governance in pre-hospital care. *Journal of The Royal Society of Medicine,* **2001;** 94(39):38-42.

22. **Klugman CM.** Why EMS needs its own ethics. *EMS Mag,* **2007;** 36(10):114-122.

23. **Tippett VC, Watt K, Raven SG, Kelly HA, Coory M, Archer F, Jamrozik K.** Anticipated behaviors of emergency prehospital medical care providers during an influenza pandemic. *Prehospital and Disaster Medicine,* **2010;** 25(1):20-25.

24. **Larkin Gl, Fowler RL.** Essential ethics for EMS: cardinal virtues and core principles. *Emergency Medicine Clinics of North America,* **2002;** 20:887-911.

25. **Demirhan N.** *Türkiye'de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü.* İstanbul: Acar Matbaacılık, **2003.**

26. **Sofuoğlu MT, Erol RO, Topaçoğlu H.** *Ambulans Ekipleri Standardizasyonu.* İzmir: Neşa Ofset, **2009.**

27. **Stone CK, Humphries RL.** *Current Essentials of Emergency Medicine.* New York: McGraw-Hill, **2005.**

28. **Cline DM, Ma OJ, Cydulka RK, Meckler GD, Handel DA, Thomas SH.** *Tintinalli'nin Acil Tıp El Kitabı 7. Baskı,* Çev Ed: Özmen MM. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, **2012.**

29. **Kekeç Z.** *Tüm Yönleriyle Acil Tıp tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı.* Adana: Nobel Tıp Yayınevi, **2010.**

30. *Karayolları Trafik Kanunu, Madde: 71.* Resmi Gazete, **18.10.1983;** sayı 18195.

31. **Özdoğan M, Ağalar F, Eryılmaz M, Özel G, Taviloğlu K.** Travma olgularına hastane öncesi yaşam desteği seçimi: Temel ya da ileri travma yaşam desteği. *Ulus Travma Derg,* **2006;** 12(2):87-94.

32. **Aydın E.** Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi, **2006.**

33. *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği.* Resmi Gazete, **07.12.2006;** sayı 26369.

34. **Mohr M, Busch M, Bahr J, Kettler D.** To resuscitate or not? The emergency physicians's decision in the prehospital setting. *Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther,* **2003;** 38(5):318-348.

35. **Yaylacı S, Yılmaz S, Karcıoğlu Ö.** Acil tıp ve etik. *Türkiye Acil Tıp Dergisi,* **2007;** 7(4):183-190.

36. **Reynolds WJ.** Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing,* **2000;** 31(1):226-234.

37. **Jacobs LM, Burns K, Jacobs BB.** Trauma Death. *Arch Surg,* **2008;** 143(8):730-735.

38. **Erbay H, Alan S.** Türkiye'de ambulans hizmetlerinde tıp etiği. Ülman YI, Gül TB, Kadıoğlu FG, Yıldırım G, Edisan Z. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe.* Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği, **2009**:451-461.

39. **Ozcan CT, Oflaz F, Cicek HS.** Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review,* **2010; 57**:493-499.

40. **Mercer SW, Reynolds WJ.** Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice,* **2002;** 52:9-13.

41. **Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD, The MedTeams Research Consortium.** The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med,* **1999;** 34:373-383.

42. **Hjälte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I.** Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *European Journal of Emergency Medicine,* **2007;** 14:151-156.

43. **Marks PJ, Daniel TD, Afolabi O, Spiers G, Nguyen-Van-Tam JS.** Emergency (999) calls to the ambulance service that do not result in the patient being transported to hospital: an epidemiological study. *Emerg Med J,* **2002;**19:449-452.

44. **Gardner GJ.** The use and abuse of the emergency ambulance service: some of the factors affecting the decicon whether to call an emergency ambulance. *Archieves of Emergency Medicine,* **1990;** 7:81-89.

45. **Ersoy N, Akpınar A.** Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice. *Turkish journal of Trauma & Emergency Surgery,* **2010;** 16(3):203-209.

46. **Aksoy Ş.** Yaşamın ve varlığın değerini bilmek. Uzel İ, Büken NÖ, Kadıoğlu S, Şahinoğlu P, Aksoy Ş. *Yaman Örs Armağanı.* Adana: Türkiye Biyoetik Derneği, **2005:**401-407.

47. National Association of Emergency Medical Services Physicians Ethics Committee. Ethical challenges in emergency medical services. (http://www.naemsp.org/documents/EthicalChallengesinEmergencyMedicalServices.pdf) Erişim tarihi: 13.03.2012.

48. **Achterberg J.** *Kadın Şifacılar.* Çev: Bilgi Altınok. İstanbul: Everest Yayınları, **2009.**

49. **Alan S, Erbay H.** Tıp etiği açısından ambulans hizmetlerinde hasta mahremiyeti. *JAEM,* **2011;** 10:33-38.

50. **Savulescu J.** Conscientious objection in medicine. *BMJ,* **2006;** 332:294-297.

51. **Hunt RC, Brown LH, Cabinum ES, Whitley TW, Prasad NH, Owens CF Jr, Mayo CE Jr.** Is ambulance transport time with lights and siren faster than that without? *Ann Emerg Med,* **1995;** 25(4):507-511.

52. **Brown LH, Whitney CL, Hunt RC, Addario M, Hoque T.** Do warning lights and sirens reduce ambulance response times? *Prehosp Emerg Care,* **2000;** 4(1):70-74.

53. **Marco CA, Lu DW, Stettner E, Sokolove PE, Ufberg JW, Noeller TP.** Ethics curriculum for emergency medicine graduate medical education. *J Emerg Med,* **2011;** 40(5):550-556.

54. **Larkin GL.** Evaluating professionalism in emergency medicine: clinical ethical competence. *Acad Emerg Med,* **1999;** 6:302-311.

55. **Akarsu B.** Felsefe Terimleri Sözlüğü. Ankara: İnkılap Kitabevi, **1998:**74.

56. **Çobanoğlu N.** *Tıp Etiği.* Ankara: İlke Yayınevi, **2007.**

57. **Çotuksöken B.** Etik nedir? Çotuksöken B. *Felsefe Söyleşiler III-IV*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları, 2006:13-17.

58. *Biyoetik Terimleri Sözlüğü.* Oğuz NY, Tepe H, Örnek Büken N, Kırımsoy Kucur D. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, **2005.**

59. **Pieper A.** Etiğe Giriş. Çev: Veysel Atayman-Gönül Sezer. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1999:**30.

60. **Aristotle.** *Nicomachean Ethics.* New York: Dover Publications, **1998.**

61. **Akarsu B.** *Felsefe Terimleri Sözlüğü.* İstanbul: İnkılap Kitabevi, **1998.**

62. **Ketenci T.** Aristoteles ve Wittgenstein: Etikte iki yol. *flsl Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi,* **2006;** 2:91-99.
Erişim: (http://www.flsfdergisi.com/sayi2/91-99.pdf) 2012. Erişim tarihi: 28.03.2012.

63. **Kuçuradi İ.** Felsefi etik ve "meslek etikleri" Tepe H. *Etik ve Meslek Etikleri.* Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, **2000**:17-32.

64. **Tepe H.** Bir felsefe dalı olarak etik. *Doğu Batı,* **1998;**4:9-24.

65. **Kuçuradi İ.** Etik ve etikler. *Sivil Toplum Kuruluşları ve Yasalar – Etik – Deprem.* İstanbul: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını, **2000.**

66. **Görkey Ş.** Günümüzde tıp etiğinin gelişimi. Çotuksöken B. *Felsefe Söyleşiler III-IV*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları, 2006:29-35.

67. **Yıldırım G, Kadıoğlu S.** Etik ve tıp etiği temel kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **2007;** 29(2):75-83.

68. **Kadıoğlu S. "**Etik, Etik…" Dedikleri. *III. Çukurova Koloproktoloji ve Stomaterapi Sempozyumu Özet Kitabı,* Adana: **2007:**86-88.

69. **Engelhardt D.** Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik. Çev: Arın Namal. Nobel Tıp Kitabevi, **2000.**

70. **Aydın E, Ersoy N.** Klinikte etik karar verme süreci. *T Klin Tıbbi Etik,* **1995;** 1:12-16.

71. **Elçioğlu Ö, Kırımlıoğlu N.** Tıp Etiği İlkeleri. Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2003:** 26-40.

72. **Smith R, Hiatt H, Berwick D.** Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group. *BMJ,* **1999;** 318:248-251.

73. **Berwick D, Davidoff F, Hiatt H, Smith R.** Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care. *BMJ,* **2001;** 323:616-620.

74. **Kadıoğlu F, Kadıoğlu S.** Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001:**44-64.

75. **Örnek Büken N.** Etik ve bir meslek etiği olarak tıp etiği. Uzel İ, Büken NÖ, Kadıoğlu S, Şahinoğlu P, Aksoy Ş. *Yaman Örs Armağanı.* Adana: Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları, **2005:** 322-333.

76. **Aydın E.** Tıp Etiğine Giriş. Ankara: Pegem A Yayınevi, **2001.**

77. **Marco CA, Schears RM.** Prehospital resuscitation practices: a survey of prehospital providers. *The Journal of Emergency Medicine,* **2003;** 24(1):101-106.

78. **Pellegrino ED.** Toward a reconstruction of medical morality. *Am J Bioeth,* **2006;** 6(2):65-71.

79. **Özçakır A.** Hekim-hasta ilişkisi: Karar verme sürecinde hastanın yeri. *T Klin J Med Sci,* **2004;** 24:411-415.

80. **Kadıoğlu S.** Tıp Etiği. Karaböcüoğlu M, Uzel N, Yılmaz L. *Çocuk Acil Tıp Kitabı III. Cilt.* İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2005:**729-733.

81. **Konishi E.** Case study. *Nursing Ethics,* **2010;** 17(4):523-526.

82. **Lantos J, Matlock AM, Wendler D.** Clinician integrity and limits to patient autonomy. *JAMA,* **2011;** 305(5):495-499.

83. **Korkmaz F, Görgülü S.** Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* **2010;** 17(1):1-17.

84. **Yetişken H.** Meslek normlarının etik imkan ve sınırları. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi,* **2005;** 22(1):73-78.

85. **Arda B.** Tıp Etiği Açısından İnsan Hakları. Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2003:** 41-53.

86. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, **01.08.1998;** sayı 23420.

87. **Görkey Ş.** Hasta Hakları. *Medikal Etik,* (Ed. Hatemi H, Doğan H.) **2003;** 4:100-126.

88. **WMA** Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, Lisbon, **1981.**
Erişim: (http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/) 2012.
Erişim Tarihi: 21.04.2012.

89. **TTB.** DTB Bildirgeleri ve Ulusal Mevzuat Derlemesi. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, **2009:** 18-23.

90. Santiago Bildirgesi.
Erişim: (http://www.wma.net/en/40news/20archives/1999/1999_14/index. html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]) 2012.
Erişim Tarihi: 22.08.2012.

91. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (Kanun No:5013; Resmi Gazete**, 09.12.2003;** sayı 25311.)
Erişim: (http://www.biyoetik.org.tr/mevzuat/Uluslararasi/Biyotip.htm) 2012.
Erişim tarihi: 15.05.2012.

92. **WHO** A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, Amsterdam, **1994.**
Erişim: (http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf) 2012.
Erişim Tarihi: 21.04.2012.

93. **Güvercin CH, Arda B.** The perception of the concept of patient rights in Turkey. Examples from the press. *Romanian Journal of Bioethics,* **2010;** 8(3):149-159.

94. **Moskop JC.** Informed consent and refusal of treatment: Challenges for emergency physicians. *Emerg Med Clin N Am,* **2006;** 24:605-618.

95. **Beauchamp TL.** İnformed consent. Ed. Veatch RM. *Medical Ethics.* Boston: Jones and Bartlett Publishers, **1997:** 185-208.

96. **Elçioğlu Ö, Demirhan Erdemir A.** Aydınlatılmış Onam. Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001:**121-144.

97. **Quill TE, Brody H.** Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician and patient choice. *Ann Intern Med,* **1996;** 125:763-769.

98. **Aydın Er R, Şehiraltı M.** Karar verme yeterliği ve değerlendirilmesi. *Hacettepe Tıp Dergisi,* **2009;** 40:96-101.

99. **O'Neill O.** Some limits of informed consent. *J Med Ethics,* **2003;** 29:4-7.

100. **Appelbaum PS.** Assessment of patients' competence to consent ot treatment. *The New England Journal of Medicine,* **2007;** 357:1834-1840.

101. **Ataç A, Güven T, Uçar M, Kır T.** A study of the opinions and behaviors of physicians with regard to informed consent and refusing treatment. *Military Medicine,* **2005;** 170(7):566-571.

102. **Magauran BG.** Risk management for the emergency physician: Competency and decision-making capacity, informed consent, and refusal of care against medical advice. *Emerg Med Clin N Am,* **2009;** 27:605-614.

103. **Moskop JC.** Informed consent in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America,* **1999;** 17(2):327-340.

104. **Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker L.** *Informed consent: legal theory and clinical practice.* New York: Oxford University Press, **2001**.

105. **Franklin JS, Iserson KV.** Ethical dilemmas in emergency medicine.
Erişim: (http://www.touchbriefings.com/pdf/3195/iserson.pdf) 2012. Erişim tarihi: 13.03.2012.

106. **Değer M.** Tıbbi Deontoloji ve Tıbbi Etik Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, **2004:**39.

107. **Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA.** Bioethics for clinicians: 1. Consent. *Can Med Assoc J,* **1996;** 155(2):177-180.

108. **Kalaca Ç.** *Tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi, Ankara: 1994.
Erişim: (http://www.ttb.org.tr/eweb/aclik_grevleri/tez.pdf) 2012. Erişim tarihi: 14.04.2012.

109. **Hurst SA.** When patients refuse assessment of decision-making capacity. *Arch Intern Med,* **2004;** 164:1757-1760.

110. **Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, Katz M, Guyatt GH, Molloy W, Strang D.** Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med,* **1999;** 14:27-34.

111. **Simpson O.** Consent and assessment of capacity to decide or refuse treatment. *British Journal of Nursing,* **2011;** 20(8):510-513.

112. **Iserson KV.** Ethical principles-Emergency medicine. *Emerg Med Clin N Am,* **2006;** 24:513-545.

113. *Risk management pearls for the emergency department* (2nd ed.). American Society for Healthcare Risk Management of the American Hospital Association, **2007.**

114. **Vellinga A, Smit JH, Leeuwen EV, Tilburg WV, Jonker C.** Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. *Int J Geriatr Psychiatry,* **2004;** 19:645-654.

115. **Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL.** Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA,* **2011;** 306(4):420-427.

116. **Kaufman DM, Zun L.** A quantifiable, Brief Mental Status Examination for emergency patients. *J Emergency Med,* **1995;** 13(4):449-456.

117. **Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F, Waeber G.** Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. *BMC Medical Ethics,* **2009;** 10:15.
Erişim: (http://www.biomedcentral.com/1472-6939/10/15) 2012. Erişim tarihi: 14.03.2012.

118. **Raymont V, Bingley W, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely S, Hotopf M.** Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet,* **2004;** 364:1421-1427.

119. **Jacob R, Clare ICH, Holland A, Watson PC, Maimaris C, Gunn M.** Self-harm, capacity, and refusal of trearment: implications for emergency medical practice. A prospective observational study. *Emerg Med J,* **2005;** 22:799-802.

120. **Mogg A, Bartlett A.** Refusal of treatment in a patient with fluctuating capacity – theory and practice. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, **2005;** 16(1):60-69.

121. *Making Health Care Decisions.* President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Volume 1 Report, Washington: US Goverment Printing Office, **1982:**55-69.

122. **Ranjith G, Hotopf M.** 'Refusing treatment—please see': an analysis of capacity assessment carried out by a liaison psychiatry service. *J R Soc Med,* **2004;** 97(10):480-482.

123. **Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M.** How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *J Med Ethics,* **2005;** 31:7-14.

124. **Wear AN, Brahams D.** To treat or not to treat: the legal, ethical and therapeutic implications of treatment refusal. *JME,* **1991;** 17:131-135.

125. **Ataç A.** İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarında yansıması. *Hacettepe Tıp Dergisi,* **2009;** 40:89-95.

126. **Woolley S.** Jehovah's Witnesses in the emergency department: what are their rights? *Emerg Med J,* **2005;** 22:869-871.

127. **Aliyu ZY.** Discharge against medical advice: sociodemographic, clinical and financial perspectives. *Int J Clin Pract,* **2002;** 56(5):325-327.

128. **Withers E, Sklar DP, Crandall CS.** İmpairment and severity: how ED physicians decide to override an impaired patient's refusal. *Am J Emerg Med,* **2008;** 26:803-807.

129. **Walker RL.** Respect for rational autonomy. *Kennedy Institute of Ethics Journal,* **2009;** 19(4):339-366.

130. **Derse AR.** What part of "No" don't you understand? *The Mount Sinai Journal of Medicine,* **2005;** 72(4):221-227.

131. **Ryan CJ, Callaghan S.** Legal and ethical aspects of refusing medical treatment after a suicide attempt: the Wooltorton case in the Australian context. *Med J Aust,* **2010;** 193(4):239-242.

132. **Erbay H, Alan S, Kadıoğlu S.** A case study from the perspective of medical ethics: refusal of treatment in an ambulance. *J Med Ethics,* **2010;** 36(11):652-655.

133. **Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R.** Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics,* **2007;** 33:51-57.

134. **Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ.** *Clinical Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine 6th ed,* New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, **2006:** 73-88.

135. **Kee PT.** Refusal to consent to treatment on religious grounds. *Murdoch University Electronic Journal of Law,* **1995;** 2(2).
Erişim: (http://www.murdoch.edu.au/elaw/issues/v2n2/kee221.html) 2012.
Erişim tarihi: 14.03.2012.

136. **Tarpley M, Tarpley J.** The patient who says he is ready to die. *American Medical association Journal of ethics,* **2009;** 11(10):761-765.

137. **İnceoğlu S.** *Ölme Hakkı.* İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1999:** 80-250.

138. **Güneysel Ö, Onur Ö, Eroğlu S, Denizbaşı A.** Tıbbi gereklilikler ve etik: öncelik nasıl belirlenmeli? *Adli Bilimler Dergisi,* **2007;** 6(4):32-35.

139. **Cooke M, Hurley C.** A case study exploring the ethical and policy dimensions of allocating acute care resources to a dying patient. *Journal of Clinical Nursing,* **2008;** 17:1371-1379.

140. **Sert G, Güven T.** Hekimin tedavi etmeyi reddetme(me) ödevi. Ed. Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadıoğlu FG, Yıldırım G, Edisan Z. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe.* Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği, **2009:** 295-300.

141. **Özkan S.** *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Novartis Onkology, **2007.**

142. **Elbi Mete H, Önen Ö.** Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi,* **2001;** 1(4): 184-191.

143. **Ataç A, Güven T, Gülsoy R.** Sezaryen reddine etik açıdan bakış. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics,* **2004;** 12:270-273.

144**.** **Savulescu J**. The cost of refusing treatment and equality of outcome. *JME,* **1998; 24**:231-236.

145. Dünya Tabipler Birliği, Açlık Grevleri Konusunda Malta Bildirgesi. Marbella, **1992.**
Erişim: (http://www.ttb.org.tr/aclik_grevleri/malta_bildirge.html) 2012.
Erişim Tarihi: 15.04.2012.

146. **Stichter WE.** Medical staffing of emergency rooms; legal and ethical considerations. *Ohion State Med J,* **1966;** 62(6):600-604.

147. **Sandman L, Nordmark A.** Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nursing Ethics,* **2006;** 13(6):592-607.

148. **Mohr M, Kettler D.** Ethical challenges in preclinical emergency medicine. *Zentralbl Chir,* **1998;** 123(1):58-65.

149. **Adams JG, Arnold R, Siminoff L, Wolfson AB.** Ethical conflicts in the prehospital setting. *Annals of Emergency Medicine,* **1992;** 21(10):1259-1265.

150. **French E, Casali GL.** Ethics in emergency medical services – who cares? An exploratory analysis from Australia. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies,* **2008;** 13(2).
Erişim: (http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol13_no2_pages_44-53.pdf) 2012.
Erişim tarihi: 15.03.2012.

151. **Mohr M, Kettler D.** Ethics in preclinical emergency medicine-on the topic of medical futility and resuscitationefforts. *Anaesthesiol Reanim,* **1998;** 23(1):20-26.

152. **Brown E, Sindelar J.** The emergent problem of ambulance misuse. *Annals of Emergency Medicine,* **1993;** 22(4):646-650.

153. **Schears RM, Marco CA.** *Ethical Issues in Emergency Medicine,* Emergency Medicine Clinics of North America. New York, W.B Saunders Company, **2006.**

154. **Sine MD, Northcutt N.** A qualitative analysis of the central values of professional paramedics. *Am J Disaster Med,* **2008;** 3(6):335-343.

155. **Brown JF.** Ethics, emergency medical services, and patient rights: System and patient considerations. *Topics in Emergency Medicine,* **1999;** 21(1):49-57.

156. **Gunnarsson BM, Stomberg MW.** Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing,* **2009;** 17:83-89.

157. **Gisondi MA, Smith-Coggins R, Harter PM, Soltysik RC, Yarnold PR.** Assessment of resident professionalism using high-fidelity simulation of ethical dilemmas. *Acad Emerg Med,* **2004;** 11:931-937.

158. **Iserson KV, Moskop JC.** Triage in medicine, part I: consent, history and types. *Ann Emerg Med,* **2007;** 49(3):275-281.

159. **Sztajnkrycer MD, Madsen BE, Báez AA.** Unstable ethical plateaus and disaster triage. *Emerg Med Clin N Am,* **2006;** 24:749-768.

160. **Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S, Lindenmeyer E, Olivier P, Hidoux MA, Sambuc R.** Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emergency Medicine,* **2011;** 11:19.

161. **Aacharya RP, Gastmans C, Denier Y.** Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine,* **2011;** 11:16.

162. **Funderburke P.** Exploring best practice for triage. *Journal of Emergency Nursing,* **2008;** 34:180-182.

163. **Ersoy N, Bağdaçiçek S, Akpınar A.** Kocaeli 112 acil çalışanlarının bir çoklu yaralanma senaryosu için triyaj kararları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi,* **2006;** 6(2):69-75.

164. **Katz M, Abbey S, Rydall A, Lowy F.** Psychiatric consultation for competency to refuse medical treatment. *Psychosomatics,* **1995;** 36:33-41.

165. **Tait K, Winslow G.** Beyond consent-The ethics of decision-making in emergency medicine. *West J Med,* **1977;** 126:156-159.

166. **Oppenheim D, Dauchy S, Hartmann O.** Refusing treatment: patient responsibility and autonomy. About a French National Colsultative Ethics Committee statement(no 87, April 2005). *Bull Cancer,* **2006;** 93(1):133-137.

167. **Ersoy N, Özcan Şenses M, Aydın Er R.** Acil tıp'ta aydınlatılmış onam. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg,* **2010;** 16(1):1-8.

168. **Childress JF.** *Consents. Who should decide? Paternalism in health care.* New York: Oxford University Press, **1982:** 77-101.

169. **Landry LY.** Multi-disciplinary competence assessment: a case study in consensus and culture. *Theoretical Medicine and Bioethics,* **1999;** 20:423-437.

170. **Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA.** Bioethics for clinicians: 3. Capacity. *Can Med Assoc J,* **1996;** 155(6):657-661.

171. **Lazar NM, Greiner GG, Robertson G, Singer PA.** Bioethics for clinicians: substitute decision-making. *Can Med Assoc J,* **1996;** 155(10):1435-1437.

172. **F-G, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, Madler C.** Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *General Hospital Psychiatry,* **2008;** 30:360-366.

173. **Wilder CM, Elbogen EB, Swartz MS, Swanson JF, Vandorn RA.** Effect of patients' reason for refusing treatment on implementing psychiatric advance directives. *Psychiatric Services,* **2007;** 58(10):1348-1350.

174. **Alan S, Uzel İ.** Adana'da eğitim hastanelerinde sağlık hizmeti alanlar ile verenlerin özerkliğe saygı ve paternalizme yatkınlıkları. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana. **2005.**

175. **Sokolowski CJ, Giovannitti JA, Boynes SG.** Needle phobia: etiology, adverse consequences, and patient management.

176. **Ross DW, Wichman C.** A chest pain patient refuses transport: conclusion. *Air Medical Journal,* **2007;** 26(3):122-124.

177. **Stark G, Hedges JR, Neely K, Norton R.** Patients who initially refuse prehospital evaluation and/or therapy. *Am J Emerg Med,* **1990;** 8(6):509-511.

178. **Shaw D, Dyas JV, Middlemass J, Spaight A, Briggs M, Christopher S, Siriwardena AN.** Are they really refusing to travel? A qualitative study of prehospital records. *BMC Emergency Medicine,* **2006;** 6:8-14.

179. **Dyer C.** Court says doctors were right to treat Jehovah's Witness. *BMJ,* **1992;** 305:272.

180. **Reinke DA, Walker M, Boslaugh S, Hodge D.** Predictors of pediatric emergency patients discharged against medical advice. *Clinical Pediatrics,* **2009;** 48(3):263-270.

181. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü. **2002.**
Erişim: (http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm) 2012. Erişim Tarihi: 13.05.2012.

182. **TTB.** Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. **1999.**
Erişim:(http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31) 2012. Erişim Tarihi: 21.04.2012.

183. **Koslovski P.** Etik ve hekimlik sanatı. Tepe H. *Etik ve Meslek Etikleri.* Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, **2000**:35-51.

184. **Kadıoğlu FG, Can R, Okuyaz S, Öner Yalçın S, Kadıoğlu NS.** Physicians' attitudes toward clinical ethics consultation: a research study from Turkey. *Turk J Med Sci,* **2011;** 41(6):1081-1090.

185. **Eryılmaz M, Yılmaz S.** Acil sağlık çalışanlarının hakları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi,* **2005;** 5(3):145-155.

186. **Weaver J, Brinsfield KH, Dalphond D.** Prehospital refusal-of-transport policies: adequate legal protection? *Prehospital Emergency Care,* **2000;** 4:53-56.

187. **Siegel DM.** Consent and refusal of treatment. *Emerg Med Clin North Am,* **1993;** 11(4):833-840.

188. **Knapp B, Kerns BL, Riley I, Powers J.** Ems-initiated refusal of transport: the current state of affairs. *The Journal of Emergency Medicine,* **2009;** 36(2):157-131.

189. **Burstein JL, Henry MC, Alicandro J, Gentile D, Thode HC, Hollander JE.** Outcome of patients who refused out-of-hospital medical assistance. *Am J Emerg Med,* **1996;** 14(1):23-26.

190. **Burstein JL, Hollander JE, Delagi R, Gold M, Henry MC, Alicandro JM.** Refusal of out-of-hospital medical care: effect of medical-control physician assertiveness on transport rate. *Acad Emerg Med,* **1998;** 5(1):4-8.

191. **Steer B.** Paramedics, consent and refusal – are we competent? *Journal of Emergency Primary Health Care,* **2007;** 5(1):1-10.
Erişim: (http://www.jephc.com/full_article.cfm?content_id=416) 2012.
Erişim tarihi: 18.03.2012.

192. TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, *Uzmanlık Dernekleri İçin Etik Kılavuzlar.* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, **2010.**

193. UEMS Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine & European Society for Emergency Medicine. *European Curriculum for Emergency Medicine.* **2009.**
Erişim: (http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf)
Erişim Tarihi: 21.04.2012.

194. SAEM Ethics Committe. *Guide to Teaching Ethics in Emergency Medicine Residency Programs.***2005.**
Erişim: (http://www.saem.org/sites/default/files/Ethics-guide.pdf) 2012.
Erişim Tarihi: 24.04.2012.

195. American Academy of Emergency Medicine, Code of Ethics. **2010.**
Erişim: (http://www.aaem.org/aboutaaem/codeofethics.php) 2012. Erişim Tarihi: 21.04.2012.

196. The ICN Code of Ethics for Nurses. 2006.
Erişim: (http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/) 2012.
Erişim Tarihi: 19.05.2012.

197. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, **10.04.2012; s**ayı 28260.

198. EMT Oath and Code of Ethics. **1978.**
Erişim: (http://www.naemt.org/about_us/emtoath.aspx) 2012. Erişim Tarihi: 21.04.2012.

199. **Hartman KM, Liang BA.** Exceptions to informed consent in emergency medicine. *Hospital Physician,* **1999;** 53-59.

200. **Carrese JA.** Refusal of care: patients' well-being and physicians' ethical obligations. *JAMA,* **2006;** 296:691-695.

201. **Çetin M, Uçar M, Güven T, Ataç A, Özer M.** What do patients expect from their physicians? Qualitative research on the ethical aspects of patient statements. *J Med Ethics,***2011.**
doi: 10.1136/jme.2010.038026

202. **Kadıoğlu S, Erbay H, Alan S, Taylan S, Nazik S, Okuyaz S, Can R.** Ambulansta görev yapan bir grup sağlık profesyonelinin hastanın tedaviyi reddetme hakkı konusundaki görüşleri**.** Ülman YI, Genç SV. *Biyoetik Araştırmaları.* İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, **2012:** 203-209.

203. **Hayran O.** *Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2012.**

204. **SPSS Inc.** SPSS for Windows. Version 19.0, Chicago: SPSS Inc. **2010.**

205. Microsoft Corporation. Microsoft Office 2007. Seattle.

206. **McMahon-Parkers K.** Rationality, religion and refusal of treatment in an ambulance revisited. *J Med Ethics.* Online May 16, **2012.**
Erişim: (http://jme.bmj.com/content/early/2012/05/15/medethics-2011-1000079.full.html) 2012. Erişim Tarihi: 25.05.2012.

207. **Wilson B, Squires M, Widger K, Cranley L, Tourangeau A.** Job satisfaction among a multigenerational nursing workface. *Journal of Nursing Management,* **2008;** 16:716-723.

208. **Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C.** Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing,* **2010;** 66(11):2510-2519.

209. **Riley J, Burgess R, Schwartz B.** Evaluating the impact of an educational intervention on documentation of decision-making capacity in an emergency medical service system. *Acad Emerg Med,* **2004;** 11(7):790-793.

210. **Ersoy N, Gündoğmuş ÜN.** A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. *Nursing Ethics,* **2003;** 10(5):472-484.

211. **Kımaz S, Soysal S, Çımrın AH, Günay T.** 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görevli doktorların temel yaşam desteği, ileri kardiyak yaşam desteği ve doktorun adli sorumlulukları konularındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ulus Travma Derg.* **2006;** 12(1):59-67.

212. **Güneri S, İlhan MN, Avcı E.** Ankara 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının çalışma koşulları ve iş memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Gazi Med J,* **2011;** 22:1-5.

213. **Waldron R, Finalle C, Tsang J, Lesser M, Mogelof D.** Effects of gender on prehospital refusal of medical aid. *The Journal of Emergency Medicine.*
Erişim: (http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(11)01315-1/pdf) 2012.
Erişim tarihi: 15.05.2012.

8. EKLER

8.1. Etik Kurul Kararı

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
7		30.06.2009

KARAR No 28- Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan yönetiminde, Dr. Hasan Erbay tarafından doktora tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Ambulans Çalışanlarının Etik Sorunlara Yönelik Yaklaşımları" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. İlter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanur Kılınç
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Uşal
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Mete Korkut Gülmen
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Yar. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Evren Tümkaya
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhemşire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Öğrenci Temsilcisi Veysel Avcı
Etik Kurulu Üyesi

01330 Balcalı-ADANA Telefon: 0-322 338 60 60/3465 Fax: 0-322 338 65 72

8.2. Veri Toplama Formundaki İfadeler

İFADELER
İfade 1: Hastaların kendisi için öngörülen tedavileri ve diğer tıbbi uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır.
İfade 2: Tedaviyi reddedebilme, temel bir hasta hakkı olarak yasal düzenlemeyle güvence altına alınmalıdır.
İfade 3: İlke olarak, hayati tehlikenin bulunduğu kritik durumlarda dahi hastaların tedaviyi reddetme hakkı vardır.
İfade 4: Ambulans çağırmış olması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelmez.
İfade 5: Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastaya bu kararının olası sonuçları hakkında açık, geniş, ayrıntılı bilgi vermelidir.
İfade 6: Sağlık profesyonelleri, tedaviyi reddeden hastayı bu kararını değiştirmesi için ikna etmeye çalışmamalıdır.
İfade 7: Hayati tehlikenin bulunduğu acil durumlarda bile tedaviyi reddettiğini söyleyen hastaya müdahale edilmemelidir.
İfade 8: Durumu hakkında yeterince bilgisi olmayan veya bilinç durumu sağlıklı değerlendirme yapmasına olanak tanımayan hasta, tedaviyi reddetme hakkını kullanamaz.
İfade 9: Zihnen yetersiz veya bilinci kapalı hastalar adına yakınlarının tedaviyi reddetme hakkı olmalıdır.
İfade 10: Hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi, sağlık profesyonelinin onu izlemeyi bırakmasını gerektirmez.

8.3. Veri Toplama Formundaki Açık Uçlu Soru

Bir Ramazan günü, 112 ekibi bir trafik kazasına müdahale eder. Elli yaşında bir erkek olan kazazededede küçük sıyrıklar ve ekimozlar dışında görünür lezyon yoktur. Bilinci açık, şiddetli karın ağrısı mevcut, tansiyonu düşük ve nabzı hızlıdır. Ambulans hastaneye doğru hareket halindeyken karın içi kanaması olabileceği düşüncesiyle kazazedeye serum takılması öngörülür. Ancak kazazede oruçlu olduğunu belirterek buna itiraz eder. 112 ekibi, durumun ciddiyetini kavrayamadığını düşünerek ona "hayati tehlike" altında olduğunu, serumun mutlaka takılması gerektiğini söyler. Kazazede durumu kavradıktan sonra da itiraz eder. Aylardan Ramazan, günlerden Cuma olduğunu hatırlatarak orucunu bozmaktansa inancı uğruna ölümü göze almayı tercih ettiğini bildirir. Yol uzundur ve tıbbi tedavisinin en önemli kısmı olan serum takılmasını reddeden kazazedenin tansiyonu giderek düşmektedir.

Söz konusu 112 ekibinin elemanı olmanız halinde nasıl bir durum değerlendirmesi yapacağınızı ve hastaya yönelik nasıl bir yaklaşım benimseyeceğinizi kısaca yazınız.

9. ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Güney / Denizli'de doğdu.

İlkokul eğitimini Güney'de, ortaokul ve lise eğitimini Denizli'de tamamladı.

Üniversite eğitimini İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aldı. 2004 yılında mezun oldu.

Aynı yıl Kahramanmaraş 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde doktor olarak göreve başladı.

Askerlik hizmetini 2005-2006 yılları arasında Hakkari'de yedek subay olarak yaptı.

Askerlik dönüşü, 2006 yılından 2011 yılına kadar Kahramanmaraş'ta hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya devam etti.

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Tıp Tarihi ve Etik doktora eğitimine 2007 yılı güz döneminde başladı. Acil tıp ve tıp etiği konusunda çalışmalar yaptı.

Eylül 2011'den beri, Denizli'nin Çal İlçesi İsabey Beldesi'nde Aile Hekimi olarak görev yapmaktadır.

Evli ve bir çocuk babasıdır.