

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN ÜNİTELERİNİN İŞLEYİŞİNDE ORTAYA ÇIKAN ETİK İLE İLGİLİ DURUMLAR

Gülvin Kutbay

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doçent Doktor Sultan Alan

ADANA-2015

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

YENİDOĞAN ÜNİTELERİNİN İŞLEYİŞİNDE ORTAYA ÇIKAN ETİK İLE İLGİLİ DURUMLAR

Gülvin Kutbay

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Doçent Doktor Sultan Alan

Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından
ASYO 2010 YL 1 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

ADANA-2015

KABUL ve ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan

“Yenidoğan Ünitelerinin İşleyişinde Ortaya Çıkan Etik ile İlgili Durumlar”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 04 / 09 / 2015

TEZ SINAV JÜRİSİ



Doç. Dr. Sultan Alan
Çukurova Üniversitesi
Başkan



Doç. Dr. Selim Kadioğlu
Çukurova Üniversitesi
Üye



Yarı. Doç. Dr. Rana Can
Mustafa Kemal Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yaşamın neredeyse en saf ve savunmasız hali olan yenidoğanlar ile son on üç yıldır mesleki olarak oldukça yoğun bir zaman geçirdim. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin yoğun ve yorucu temposuna rağmen çok da keyifle çalıştım. Daima gülümseyerek çalışmamı sağlayan bebeklere olan özel ilgimi bir süre aktif eğitimini de almış olduğum diğer bir ilgi alanım olan tıbbi etikle yeniden yorumlamak adına bu gün sonuna geldiğim uzun bir yolculuğa başladım.

Bu yolculuk boyunca bana desteğini ve yardımını esirgemeyenlere teşekkürlerimi sunma fırsatı ile;

Araştırmamın her aşamasında değerli görüşleriyle birlikte yakın ilgisini, sevecenliğini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sultan Alan’a, tezime bilgi ve görüşleriyle katkısını esirgemeyen, etiğe olan ilgimi daha güçlü ve daha anlamlı kılan aynı zamanda kişisel gelişimime büyük katkıda bulunan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Selim Kadioğlu’na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bana kendimi daima değerli hissettiren ve desteklerini esirgemeyen mesai arkadaşlarıma-yenidoğan yoğun bakım ünitesi çalışanlarına, araştırma katılımcılarına, Özel Metro Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü değerli hocam Zülfiye Tekin Taparlı’ya, veri toplama konusunda benden yardımını esirgemeyen Sibel Gümüş’e ve esin kaynağım tüm yenidoğanlara teşekkür ederim.

Her yorulduğumda beni cesaretlendiren sevgili arkadaşlarım Lema Çapar Abacı’ya, Rana Can’a, Filiz Atış’a, Şule Gökyıldız’a, Burcu Avcıbay Vurgeç’e, cesaretlendirmekten de fazlası olarak tezime katkısını ve emeğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Melike Öztürk’e çok teşekkür ederim.

Araştırma boyunca çeviri konusunda benden desteğini hiç esirgemeyen sevgili kız kardeşim Fatma Mizgîn Kutbay’a, beni sabırla motive eden ve varlığını hep yanımda hissettiğim, sevgili kız kardeşim Gülşen Kutbay’a, canım kardeşlerim Mesut ve Mervan’a, değerli anneme ve babama, sabrı ve desteğiyle bana güç veren sevgili yol

arkadaşım-“eş”im Baran Ber’e, ikinci ailem olarak desteklerini daima hissettiğim Halidi ailesinin her bir ferdine, varlığıyla beni daima güçlü kılan canım-eskimeyen dostum Yeliz Tör’e çok çok teşekkür ederim.

Uzun bir yolu yorulmadan beraber yürüdüğüm, varlığıyla hayatıma renk ve değer katan, engin bilgisi ve değerli görüşleriyle hem tezime hem de yaşantıma katkısını hiç esirgemeyen, canım dostum Gülay Halidi’ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım çünkü Küçük Kara Balık misali yüzdüğümüz bu nehir, tek başıma bu kadar keyif vermezdi.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ	4
2.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi, Yapısı, İşlevi	4
2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik	7
2.2.1. Özerklik ve Aydınlatılmış Onam	8
2.2.2. Yarar-Zarar Dengesinin Oluşturulması	10
2.2.3. Adil Olma	11
2.2.4. Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlalleri	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Amacı	15
3.2. Evren ve Örneklem	15
3.3. Veri Toplama Aracı	15
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.5. Verilerin Analizi	16
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	16
3.7. Etik Kurul Onayı ve İdari İzinler	17
4. BULGULAR	18
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	18

4.2. Etik Sorunların Karşılaşılma Sıklıkları ve Önem Puanları	19
4.2.1. Özerklik ve Aydınlatılmış Onam ile İlgili Sorunlar	20
4.2.2. Yarar - Zarar Dengesi ile İlgili Sorunlar	28
4.2.3. Adil Olma ile İlgili Sorunlar	32
4.2.4. Yönetimsel Süreçler ile İlgili Sorunlar ve Kural İhlali	36
4.3. Etik Sorunların Karşılaşılma Sıklıklarının ve Önem Puanlarının Toplu Olarak Karşılaştırılması	46
4.4. Alt Gruplar Özelinde Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumu ve Önem Puanlarının Karşılaştırılması	49
4.5. Veri Toplama Formundaki Soru-Eleştiri-Görüş Bölümü	55
5. TARTIŞMA	56
5.1. Yenidoğan Etiğinde Özerklik ve Aydınlatılmış Onam	56
5.2. Yenidoğan Etiğinde Yarar-Zarar Dengesinin Oluşturulması	59
5.3. Yenidoğan Etiğinde Adil Olma	62
5.4. Yenidoğan Etiğinde Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlalleri	64
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	67
7. KAYNAKLAR	69
EKLER	79
EK-1	79
EK-2	83
EK-3	84
ÖZGEÇMİŞ	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	“Aydınlatılmış Onam Formlarına İmza Alınmaması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	22
Şekil 2.	“Yenidoğan Kliniğinde Yatan Bebeğin Durumu ve Öngörülen Tıbbi İşlemler Hakkında Aileye Açık ve Ayrıntılı Bilgi Verilmemesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	23
Şekil 3.	“Ailenin Bebek Hakkındaki Klinik Karar Alma Süreçlerin Dışında Bırakılması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	24
Şekil 4.	“Klinikte Takip Sürecinde Yapılabilecek Her Türlü İşlem İçin, Aileden Yatış İşlemleri Sırasında Tek Seferde Onam Alınması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	25
Şekil 5.	“Ancak Yatarak Tedavi ve Bakım Alırsa Kurtulma Şansı Olan Bebeğin Ailesi Tarafından Hastaneden Çıkarılmak İstenmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	26
Şekil 6.	“Kurtulma Şansı Kalmayan Ancak Yaşam Desteği Sürdürülmekte Olan Bebeğin Ailesi Tarafından Hastaneden Çıkarılmak İstenmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	27
Şekil 7.	“Yarar Sağlama Adına Yüksek Riskli Tıbbi İşlemleri Uygulamanın Göze Alınması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	29
Şekil 8.	“Yaşamla Bağdaşmayan Ağır Anomalisi Olan Bebeğe Sadece Palyatif Tedavi Uygulanması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	30
Şekil 9.	“Yaşamla Bağdaşmayan Ağır Anomalisi Olan Bebeğe Yoğun Yaşam Desteği Verilerek Ölme Sürecinin Uzatılması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	31
Şekil 10.	“Kuvöz ve Ventilator Kullanımında İşleyiş Standartlarına Aykırı Olarak Kimi ‘Özel’ Kişilerin Bebeklerine Ayrıcalık Tanınması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	33

Şekil 11. “Kuvözden ve Ventilatörden Yararlanma Önceliğini Belirlemede Tek Kriterin Kliniğe Geliş Sırası Olması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	34
Şekil 12. “Taburcu Edilmesine Karar Verilen Bebeğin Ailesinin Yatış Süresinin Uzatılmasını Talep Etmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	35
Şekil 13. “Yenidoğanın Tedavisi ve Bakımıyla İlgili Standart Prosedürlere Kimi Zaman Tam Olarak Uyulmaması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	38
Şekil 14. “Tedavi ve Bakım Süreçlerinde Yapılan Hataların Kayda Geçirilmeden ve Sorgulanmaya Açılmadan Telafi Yoluna Gidilmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	39
Şekil 15. “Yenidoğan Servisi Ekibi Arasında Yetkilerle veya İşbölümüyle İlgili Çatışmalar Yaşanması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	40
Şekil 16. “Hekim Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Uygulamaların Hemşirelere Devredilmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	41
Şekil 17. “Çalışma Düzeninin Uzun Vardiyalar Şeklinde Olması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	42
Şekil 18. “Mesleki Hiyerarşide Alt Basamakta Yer Alanlara Fazla İş ‘Angarya’ Yüklenmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	43
Şekil 19. “Kimi Eksiklikler ve Hatalarla Gerçekleştirilen Klinik Uygulamaların Kayıtlara Olduğu Gibi Değil, Olması Gerektiği Gibi Geçirilmesi” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	44
Şekil 20. “Devir ve Konsültasyon İşlemlerine İkinci Derecede Önem Verilmesi; Bunlarda Yavaşlık ve Aksama Yaşanması” Sorununun Önem Puanlarının Dağılımı	45

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	18
Çizelge 2. Katılımcıların Özerklik ve Aydınlatılmış Onam İle İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı	20
Çizelge 3. Katılımcıların Yarar Zarar Dengesi ile İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı	28
Çizelge 4. Katılımcıların Adil Olma ile İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı	32
Çizelge 5. Katılımcıların Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlali İle İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı	36
Çizelge 6. Katılımcıların Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumları	46
Çizelge 7. Katılımcıların Önem Puanı Ortalamaları	48
Çizelge 8. Katılımcılardan Etik Sorunlarla Karşılaşanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	50
Çizelge 9. Katılımcıların Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumlarının Çalışılan Hastanelere Göre Dağılımı	51
Çizelge 10. Katılımcıların Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumlarının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı	53
Çizelge 11. Katılımcıların Önem Puanı Ortalamalarının Hastanelere Göre Dağılımı	54
Çizelge 12. Katılımcıların Önem Puanı Ortalamalarının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı	55

KISALTMALAR DİZİNİ

ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
Balcalı Hastanesi	: Çukurova Üniversitesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Metro Hastanesi	: Özel Metro Hastanesi
SBTHGM	: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
YDYB	: Yenidoğan Yoğun Bakım

ÖZET

YENİDOĞAN ÜNİTELERİNİN İŞLEYİŞİNDE ORTAYA ÇIKAN ETİK İLE İLGİLİ DURUMLAR

Kesintisiz gözlem-bakım-tedavi uygulamaları yapılan hassas birimler olan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kalabalık bir ekip tarafından karmaşık donanım kullanılarak multidisipliner sağlık hizmeti sunumu sırasında zaman zaman tıp etiği ile ilgili-bağlantılı durumlar-sorunlar gündeme gelmektedir. Tez çalışması çerçevesinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerine özgü bu durumlar-sorunlar kuramsal bazda tanıtılmış ve birim çalışanlarının bunlarla ilgili deneyimlerini ve değerlendirmelerini saptamaya yönelik bir araştırma yürütülmüştür.

Araştırmamız çerçevesinde Adana il merkezindeki iki yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi ve Özel Metro Hastanesi) sürekli görev yapan hekim dışı sağlık profesyoneli 91 kişiye Eylül 2014'te altı tanımlayıcı bilgi sorusunun ve değerlendirilmesi istenen 20 ifadenin bulunduğu tarafımızdan hazırlanmış veri toplama formu uygulanmıştır. Etik ile ilgili-bağlantılı sorunların dile getirildiği ifadelerin her biri için katılımcılardan onunla karşılaşma durumlarını ve onu önemseme derecelerini bildirmeleri istenmiştir.

Bulgular katılımcıları etik ile ilgili-bağlantılı sorunlarla sık karşılaştıklarını ve bunları genel anlamda önemsediklerini göstermektedir. En sık karşılaşılan sorunlar hekim görevlerinin hemşirelere devredilmesi, kıdemsiz çalışanlara “angarya” yüklenmesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılmasıdır. En fazla önemsenen sorunlar ise aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması, ailelere açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılmasıdır. Karşılaşma sıklığı ve önem puanı sıralamaları arasında büyük ölçüde paralellik söz konusudur. Hem karşılaşma sıklığı hem de önemseme derecesi bakımından kural ihlalleri, değer çatışmalarının önüne geçmektedir.

Sonuç olarak katılımcıların etik duyarlılık sahibi olduklarını ancak pür etik sorunlardan çok etik boyutu da olan pratik sorunlarla sık karşılaşp onları önemsediklerini ifade etmek mümkündür.

Anahtar Sözcükler: Tıp Etiği, Neonatoloji, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ABSTRACT

ETHICAL ISSUES WHICH ARISE DURING THE RUNNING OF NEONATAL UNITS

Neonatal intensive care units are sensitive units where continuous observation-care-treatment practices are applied with complicated equipment by a crowded team. Sometimes, situations-problems regarding medical ethics come up while providing multidisciplinary health service in these units. Within this thesis study, particular situations-problems associated with the neonatal intensive care units are defined on a theoretical basis and a research has been carried out to determine related experiences and evaluations of unit staff members.

Within the framework of our research, we prepared a data collecting form including six descriptive information questions and 20 statements to be evaluated. It was applied to 91 health professionals working permanently except physicians in two neonatal intensive care units (Çukurova University Balcalı Hospital and Private Metro Hospital) in Adana city center in September, 2014. For each statement on ethics related problems, participants were asked to state the situations they met the problem in and the level of importance they attached to it.

Results show that the participants often encounter related problems and they generally consider them important. Most frequently encountered problems are assigning physician's duties to nurses, loading junior workers with "drudgery" and working long shifts. Most important problems are not getting informed consent forms signed, not providing families with clear and detailed information and working long shifts. There is a substantial parallelism between the encountering frequency and the order of points of importance. Rule violations both in terms of encountering frequency and the level of importance take precedence over value conflicts of dilemmas.

In conclusion, it is possible to state that the participants have ethic sensitivity and that they encounter and care about not only full ethic problems and also even the practice problems which also have an ethical dimension.

Key Words: Medical Ethics, Neonatology, Neonatal Intensive Care Units

1. GİRİŞ

Kadınlar için gebelik ve doğum eylemi risk faktörleri gerçekleşmediği sürece doğal olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın başka bir bedende yeniden üretilmesi olarak düşünüldüğünde ise bu eylemler bir o kadar da mucizevîdir. Gebelik süreci anne için ne kadar özel ve kutsal ise, bebek açısından da en az anne için olduğu kadar değer ve önem atfedilen bir evredir. Anne bedeninde saklı bir şekilde geçen bu süreç, doğum eylemine kadar türlü varsayımlar, umutlar, beklentiler ve zaman zaman endişeler içerir. Beklenti sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesi üzeredir ve hazırlıklar bunun etrafında şekillenir, ancak gebelik her zaman beklentilere uygun şekilde sonuçlanmamaktadır.

Tarihe kısaca bakıldığında, eski Roma ve Yunan uygarlıklarında doğumsal anomalisi olan bebeklerin gömüldüğü ya da Taigetos Dağı'nda bir çukura atıldığı bilgisine rastlanmaktadır. Platon zihinsel ve fiziksel kapasitesi yeterli olmayan bireylerin topluma yük olacağını savunmuştur (1). Aristoteles de ağır doğumsal anomalisi olan bebeklerin zorunlu olarak yok edilmesi yönündeki ilgili yasayı desteklemiştir (1). Romalı hekim Soranus ise hasta ve sağlıklı yenidoğanın birbirinden ayrılması gerektiğini belirtmiş ve bu yönde klinik veriler tespit etmiştir (1-3). Sağlıklı olanın yaşam hakkını korumayı esas alan kadim zaman pratikleri yerini yaşam hakkının kutsallığından söz eden, evrensel değer yargılarının ve tıbbi etik değerlerin hakim olduğu günümüzün modern tıp uygulamalarına bırakmıştır (1-3).

Teknolojik gelişmeler ve devamlı güncellenen bilimsel bilgiyle beslenen modern tıp, hizmet alanını genişletmiş ayrıca niteliğini de yükseltmiştir. Modern teknoloji, bilimsel çalışmalarla üretilen yeni bilgilerin daha hızlı paylaşılmasına ve yaygınlaşmasına olanak sağlamaktadır. Bilgi ve teknoloji çağının pozitif etkileri olarak dünyanın en uzak noktasında üretilen bilginin ulaşılabilir hale gelmesi ve yaygın bir uygulama alanı bulması, sağlık hizmetlerinin ilerlemesinde önemli bir katkı sağlamaktadır. Bu ilerlemelerden yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YDYB) de nasibini almış ve yenidoğanların sağ kalım oranlarını önemli ölçüde artırmıştır.

Teknoloji sayesinde, hizmet kalitesi artan tıp, bu gelişimin yanı sıra tıp etiği yönünden değerlendirilecek bir dizi konuyu gündeme getirmektedir. Sağ kalım oranlarının artması olumlu bir sonuç yaratmış olsa da çeşitli uygulamalardan

kaynaklanan olumsuzluklardan söz etmek mümkündür (4). Yaşam kalitesini göz ardı ederek, sadece yaşamı sürdürmeyi amaçlayan ve sağ kalım oranlarını önceleyen pratikler kimi zaman mortalitesi yüksek bebeklerin de yaşam süresini uzatmakta, fakat kalitesiz bir yaşam sürmelerine de neden olabilmektedir. Kimi otoriteler yüksek riskli yenidoğanların, yaşam kalitesine olumlu bir katkısı olmayan palyatif tedavi yöntemlerinin sorgulanması gerektiğine işaret etmektedirler (5-8). Yaşamla bağdaşmayan anomaliler ve sağ kalım oranı düşük prematüreler gibi yüksek riskli yenidoğanlar için kimi standartlar söz konusu olmakta yarar sağlama ilkesi bağlamında da “yenidoğanın en iyi yararı”na değinilmektedir (1,9,10). Söz konusu standartlar çok geniş bir skalayı içermenin yanında, ülkelerin kültürel ve hukuki yaklaşımlarından da beslenmektedir. Standartlar ülkelere göre şekillenmiş olsa bile temel amaç olan yenidoğanın üstün yararına hizmet etmede birleşmektedir (1,6,9).

Yararsız tedaviler, acılı ve ağırlı geçen süreci uzatırken, yaşam kalitesine de olumlu bir katkıda bulunmamaktadır. Yaşam kalitesine bir katkı sağlayamamak pahasına yapılan yararsız, agresif uygulamalar sadece sağ kalım oranını artırmaya hizmet eder hale gelebilmektedir(6,8,9-11). Öte yandan sağlık politikaları nedeniyle, pahalı olan yoğun bakım hizmetlerinin tümünü karşılamayan ülkelerde, aileler ortaya çıkan ekonomik yüklerle baş etme sorunları yaşayabilmektedir. Yoğun bakım hizmetleri, sağlık hizmetleri arasında maliyeti yüksek hizmetleri içermektedir bu durum sınırlı kaynakların adil dağıtımıyla ilgili etik tartışmaları da gündeme getirmektedir. Suiistimale açık bir alan yaratan piyasalaşmış sağlık hizmetleri, hasta yararını merkeze koymuş gibi bir izlenim yaratmış olsa da bütün işletmelerde olduğu gibi kar etme mantığı ile hizmet üretmektedirler. Bu durum tıp etiği açısından değerlendirmelere ihtiyaç duyan başka konuları karşımıza çıkarmaktadır. (6,9-11).

Ebelik yenidoğanı ve dolayısıyla yenidoğan etiğini ilgi alanında bulunduran bir sağlık mesleğidir. Çağdaş ebeliğin görev tanımından yola çıkarak, ebelerin prenatal dönemden postnatal dönemin sonuna kadar olan tüm gebelik sürecinden ve bu genel çerçevede yenidoğan dönemi boyunca bebeğe yönelik bakım ve tedavi uygulamalarının tümünden sorumlu olduğunu ifade etmek olanaklıdır. Ebelerin yenidoğan üzerinde gerçekleştirdikleri tıbbi uygulamaların etik boyutu doğal ve kaçınılmaz olarak “ebelik etiği”nin bir parçasıdır. Bu değerlendirmeye göre farklı sağlık profesyonellerinin

birlikte çalıştıkları yenidoğan yoğun bakım (YDYB) ünitelerinde yaşanan etik ile ilgili-bağlantılı durumlar ebelik etiğinin ve dolayısıyla ebeliğin ilgi alanına girmektedir.

Bu genel değerlendirmeler bağlamında tez çalışması, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde işleyiş esnasında ortaya çıkan etik ile ilgili-bağlantılı durumlar hakkında araştırma yürüterek saptamalar yapmaya ve konuyu bunların ışığında irdelemeye yönelik olarak şekillendirilmiştir. Tez çalışmasının genel bilgiler kısmı iki bölüm halinde düzenlenmiş bunların ilkinde YDYB ünitelerinin tarihçesinden, yapısından ve işleyişinden bahsedilmiştir. İkinci bölümünde ise yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tıbbi etik konusu dört tematik başlık altında irdelenmiştir. Bu başlıklar özerklik ve aydınlatılmış onam, yarar-zarar dengesinin oluşturulması, adil olma, yönetsel süreçler ve kural ihlalleri şeklindedir. Gereç ve yöntem hakkındaki ikinci kısımda araştırmanın amacına, evren ve örnekleme, veri toplama aracına, verilerin toplanmasına, verilerin analizine, araştırmanın sınırlılıklarına, etik kurul onayına ve idari izinlere dair bilgiler sunulmuştur. Bulgularının aktarıldığı üçüncü kısımda beş alt bölüm bulunmakta bunların ilkinde katılımcıların kişisel özellikleri; ikincisinde verilerin tematik gruplar halinde takdimi; üçüncüsünde verilerin toplu halde karşılaştırılması; dördüncüsünde katılımcı alt grupları arasında saptanan farklılıklar; beşincisinde açık uçlu soru hakkında bir bilgi notu yer almaktadır. Sözlü anlatım toplam 20 grafik ve 12 çizelge ile desteklenmiştir. Son iki kısımda ise sırasıyla araştırma bulgularının temel kaynaklarla ve güncel yayınlarla ilişkilendirilerek tartışmaya açılması ve bu tartışmalardan çıkan sonuçlar ile geliştirilen öneriler bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi, Yapısı, İşlevi

İlk 28- 30 günlük en hassas dönemini içeren “yenidoğan” dönemi, hayatın en kırılgan dönemine tekabül etmektedir (12). Gebelik sürecinin sona ermesi ile beraber, bebeğin dış koşullarla ilk temasını takiben veya bebeğin dış koşullara adaptasyon süreci esnasında bazı patolojik durumlar gelişebilmektedir. Söz konusu patolojik durumlar, profesyonel-tıbbi destek ihtiyacını doğurmaktadır. Yenidoğanlar bazen dış yaşam koşullarına adaptasyon süreci haricinde de tıbbi destek ihtiyacı duymaktadırlar. Örneğin; kongenital anomalisi olan bebekler tıbbi tedavi ve izlem amacıyla YDYB ünitesine alınabilmektedir. Kongenital anomalilere, çoğu zaman medikal ve cerrahi tedaviden fayda görmeleri adına bazen de yaşam kalitelerine olumlu bir katkı sağlamak ve ailenin sürece adaptasyonunu sağlamak amacıyla tıbbi destek verilmektedir.

Bunların dışında prematürite ve postmatürite nedeniyle de yenidoğanlara tıbbi destek verilebilmektedir. Gestasyon yaşı 37 hafta ve altında doğan bebekler prematüre olarak tanımlanır (12). Prematürelilik kendisi bir hastalık olmamakla birlikte yaşamsal organların immatüritesi sebebiyle yakın gözlem, bakım ve yaşam desteğine ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır. Gebelik yaşı 42 haftadan büyük olan bebekler ise, Postmatür olarak tanımlanır (12,13). Postmatür bebeklerde, yaşamsal organların immatürasyonu sorunu olmasa da, fetal distres, mekonyum aspirasyonu, hipoglisemi, hipoksik-iskemik ensefalopati gibi farklı patolojiler yaşanabilmektedir. Bu nedenle onlar da gözlem, bakım ve tedavi amacıyla tıbbi destek alabilmektedirler (1,7).

Tedavi ve bakım ihtiyacı duyan yenidoğanların çeşitliliğine bakıldığında tıbbi destek ihtiyacı olabilecek bebek sayısının da azımsanmayacak düzeyde olacağını söylemek mümkündür. Türkiye’de nüfus kayıtlarından ve alan çalışmalarından elde edilen bilgiler bir yaşını görmeden ölen çocukların yaklaşık yarısının henüz yenidoğan dönemindeyken, bunların neredeyse yarısının ise erken yenidoğan dönemde (ilk hafta içinde) kaybedildiğini göstermektedir (14). Bu durum YDYB ünitesine duyulan ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır (7,15).

YDYB ünitelerinin tarihine kısaca bakıldığında, yenidoğanın özel bakımına yönelik yaklaşımların, ilk olarak XIX. yüzyılda Fransa’da yenilikçi bir ebe ve kadın

doğum uzmanı grubu tarafından başlatılmış ve Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Kuvözün 1898 yılında keşfedilmesi ile başlayan süreçte 1939 yılında prematüre doğan ve prognozu kötü olan yenidoğanların bakımına yönelik standartlar oluşturulmuştur (9,16-19). Ülkemizde kuvöz ilk kez 1957 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye'nin ilk YDYB ünitesi ise 1960 yılında Dr. Şule Bilir tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde kurulmuş, YDYB ünitesinde işlevsel anlamda önemli bir gereci olan yenidoğana özgü ventilatör ise ilk olarak yine aynı merkezde 1971 yılında kullanılmıştır (21) .

Yenidoğan ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelerin özel eğitime sahip olmaları gerektiğinin kabul edilmesi de ünitelerin gelişimine paralel olarak gerçekleşmiştir. Dr. İhsan Hilmi Alantar 1928 yılında yenidoğanın fizyolojisinin ve hastalıklarının farklı olduğu fikrini ortaya atmış olsa da yenidoğanlar uzun yıllar çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından takip edilmiştir (17,19). Yenidoğan uzmanlığı 1992 yılında pediatriye bir yan dal olarak kabul edilmiştir. (7,17,19). Yan dal olarak kabulden sonra dernekleşme yoluna gidilmiş ve 12 Aralık 1998 tarihinde Türk Neonatoloji Derneğini kurulmuştur. Derneğin mesleki eğitimin standardizasyonu konusunda önemli katkıları olmuştur. Öte yandan Sağlık Bakanlığı hemşireler, ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri için 2003 yılı itibariyle YDYB ünitesini de kapsayan, yoğun bakım eğitim programları hazırlamıştır (20). Yine Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu eğitimin kapsamında sürdürülen yenidoğan canlandırma kursları 2003-2008 döneminde 10.000'nin üzerinde hekime ve hemşireye ulaşmış olup bu eğitimler sürekli güncellenerek devam ettirilmektedir (21). Eğitim programlarının sürdürülmesine paralel olarak son 20 yılda YDYB ünitelerinde sağlanan tıbbi tedavi ve hemşirelik bakım hizmetlerinin düzeyi yükselmiş, böylelikle riskli yenidoğanların hayatta kalma oranlarında önemli artışlar kaydedilmiştir. (20,21,24).

Yoğun bakım hizmeti, bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür. Yoğun bakım ünitesi ise, bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin takibi ve hasta tedavisinin

yapıldığı kliniklerdir (25,26). YDYB üniteleri de Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (SBTHGM) belirlediği bu genel çerçevede hizmet veren birimlerdir.

SBTHGM tarafından 13 Ağustos 2007 tarihli ve 17086 sayılı “*yoğun bakım ünitelerinin standartları*” konulu bir genelge yayımlanmış, kimi maddeleri yenilenerek günümüze kadar varlığını sürdürmüştür (25, 26). Genelge çerçevesinde YDYB üniteleri alana özgü bir bölümlendirme ile birinci, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti veren kurumlar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Birinci basamak YDYB üniteleri durumu daha hafif olan vakalara hizmet sunmakta ve her beş hasta için bir hemşire bulundurmaları gerekmektedir. İkinci basamak YDYB üniteleri ise tek organ yetmezliği olan, daha yoğun gözlem ve tedavi ihtiyacı olan bebekler içindir. Tedavisine üçüncü basamakta başlanan düzelme yoluna girmiş hastalara da hizmet veren ikinci basamak birimlerinde her dört hasta için bir hemşire görev yapmaktadır. Üçüncü basamak YDYB üniteleri çoklu organ işlev bozukluğu gibi komplike vakaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferes gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabilirdiği, en üst düzeyde bakım ve tedavi yapılabilen birimlerdir. Her üç hasta için en az bir hemşire olacak şekilde tanımlanmıştır (25,26).

SBTHGM anılan genelgede birimlerin tanımına ek olarak “hasta özellikleri”, “yatak sayısı”, “hastanenin ve birimin personel durumu”, “tıbbi cihaz ve donanım standartları”, “yoğun bakımda asgari olarak yapılması gereken işlemler” ve “diğer özellikler” başlıkları altında ayrıntılı düzenlemeler içermektedir (20,24-27). Öte yandan standart hizmetin devamlılığı esası ile SBTHGM'nin 3 Nisan 2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı genelgesi kapsamında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin alana özgü sertifika almış olması zorunlu hale getirilmiştir. Ancak yasada belirtilen standartlarda yoğun bakım hizmetlerinin sunumu için ihtiyaç duyulan yenidoğana özgü sağlık profesyoneli sayısı henüz yeterli düzeyde değildir (25-27).

Yenidoğan ünitesine getirilen bebeğin, birime alınması ile başlayan süreç onun yaşamını ailenin desteği ile sürdürülebilir düzeye gelmesine kadar devam eder. Dezavantajlı-incinebilir grupların başında gelen çocuklar, özellikle de bebekler, destek olmaksızın yaşamlarını sürdüremezler (28). Sağlıklı bir yenidoğanın beslenme ve bakım ihtiyaçları anne-baba ve yakın çevresinin desteğiyle giderilebilir düzeydedir, bunun için basit beceri ve deneyimler yeterli olabilmektedir ancak hasta yenidoğan için

profesyonel tedavi ve bakım hizmetleri gerekmektedir. YDYB üniteleri bebeğin sağlık sorununu giderirken, eşgüdümlü bir ekip çalışması ile bunu sağlamaktadır. YDYB ekibinde, yenidoğan yan dal uzmanının yanında sertifikalı-deneyimli sağlık profesyonelleri (ebe, hemşire, sağlık memuru) ve yeterli temizlik personeli olmalıdır. İnsan unsurunun yanı sıra yeterli teknik donanım, özellikleri yasal olarak belirtilmiş şekilde fiziksel ortam, sarf malzemesi, ilaç gibi bileşenler birimi tamamlamaktadır (25-27).

Dinamik bir süreç olarak yenidoğanın tedavisi ve bakımı, bir yandan sürekli güncel bilimsel bilgilerle yenilenirken diğer yandan ekibin deneyimsel katkısıyla da beslenmektedir. Yenidoğanın kendini ifade edemez ve incinebilir durumda oluşu, onun adına etik ve hukuki düzeyde sürdürülen hasta savunuculuğu etkinliklerinin duygusal bir boyut da kazanmasını gündeme getirmektedir. Duygusal etkilenme ailenin yanı sıra belli ölçüde sağlık profesyonelleri için de söz konusu olmaktadır (28,29). Bebek ile ayrılık süreci yaşayan ailenin bebekle ilişkilerinin devamının sağlanması, onlara taburculuk sonrası bebeğin bakım ihtiyacını karşılayacak bilgi-beceri eğitimi verilerek geri bildirim alınması ise YDYB ünitesinin medikososyal görevleri arasında yer almaktadır (30).

2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik

Modern tıp, geniş bir alanda ve karmaşık formda hizmet sunarken çeşitli değerlendirmelere konu olmaktadır. Sağlık hizmetleri bilimsel, teknolojik, ekonomik, yönetsel ve hukuki değerlendirmelerin yanı sıra hizmet süreci içerisinde gelişen etik sorunlarla da gündeme gelebilmektedir. Bu genel çerçevede YDYB ünitesi özelinde yaşanan ve yaşanması olası etik sorunlar, bu başlık altında etik ilkeler doğrultusunda irdelenecektir.

2.2.1. Özerklik ve Aydınlatılmış Onam

Özerklik ve aydınlatılmış onam, tıp etiğinin temel ilkelerindendir. Bu ilkeler hukuki olarak da çeşitli yasalar ve bildirgeler ile güvence altına alınmıştır (29,31-33,35). Özerklik ve ya özerk olma hali genelde kişinin kendiyle ilgili konularda karar süreçlerine dahil olmasını ve tıbbi ilişki çerçevesinde ise hastanın kendisine yönelik uygulamalar üzerinde söz sahibi olabilmesini ifade etmektedir (33). Özerk birey kendisine uygulanacak tıbbi işlemlerle ilgili, kabul etme veya reddetme yönünde irade beyan edebilmektedir (34-36). Bunun için öncelikle karar oluşturma konusunda zihinsel yeterliliği ve hakkı olması; velayet-vesayet altında bulunmaması gerekmektedir (31,37).

Yenidoğan döneminde gelişmemiş benlik, muhakeme etme ve yargılama yetisinde eksiklik, seçme eylemine temel oluşturan bilgide yetersizlik ve tercihte bulunmaya yönelik karar yetisinin yokluğu nedeniyle özerklik söz konusu değildir (38, 39). Öte yandan çoğu zaman hızla yapılması gereken uygulamalar dolayısıyla kısa süre içinde alınması gereken kararlar bulunması da hasta adına yakınlarının özerk yaklaşımlarda bulunmasına engel olmaktadır. Bu gibi olumsuzluklara rağmen yenidoğan, birey olarak haklarının güvence altına alınmasını ve saygı görmeyi hak etmekte (37,40-43); onunla ilgili durumlarda onun yerine-adına karar veren tıbbi ekibin veya ailenin hasta yararını gözetmesi, yaşam kalitesini öncelikle değerlendirmeye alması gerekmektedir (1,33,43).

YDYB ünitelerinde yaşanması olası etik sorun kategorilerinden biri, takip tedavi süreci konusunda tıbbi ekip ile aile arasında görüş ayrılığı yaşanmasıdır. Tıbbi ekibin daha fazla bilgi aktarması ve önerisini daha net biçimde gerekçelendirmesi; ailenin koşullarını, olanaklarını, kaygılarını açıkça ifade etmesi tarafların uzlaşması yolunda ilk olarak başvurulacak yaklaşımlardır. Görüş ayrılığının sürmesi durumunda ise farklı tıbbi veya toplumsal otoritelerin devreye sokulması, nihayet konunun yargıya taşınması gündeme gelebilmektedir (34,37,42,44,45).

Yenidoğan ekibi idealde en iyi kararı verme konusunda hasta adına görüş bildirenleri yeterince bilgilendirmeli-aydınlatmalı ve onamlarını alarak onlarla mutabakat halinde karar vermelidir. Ancak koşullar zaman zaman bu hareket tarzına olanak vermemekte; kimi klinik uygulamalar bağlamında paternalist yaklaşımlar gündeme gelmektedir (33,37). Paternalizm tıbbi etik çerçevesinde çok takdir gören bir yaklaşım olmamakla birlikte sınırları yasa ve bildirgeler ile de güvence altına alındığı üzere acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın yararını gözetmek adına zorunlu

olarak tercih edilebilmektedir (34,46,48). Yasalar ve bildirgeler ile de güvence altına alınan özerkliğe saygı göstermenin paternalizmin karşıtı bir yaklaşım olması nedeniyle özerklik ilkesinin klinikteki işlevselliği arttıkça paternalist yaklaşımların işlevselliği ise zayıflatmaktadır (37,40,47,49,50).

Paternalizm kuramsal düzeyde şiddetle reddedilmekle birlikte sağlık profesyonellerinin özellikle hekimlerin davranışları bağlamında varlığını-etkisini sürdürmektedir (37, 51). Tıbbi ilişkinin asimetrik doğası ve meslek geleneği bu davranış tarzını desteklemektedir. Toplumun bir kesiminin bu davranış tarzına muhatap olmaktan memnuniyet duyması diğer bir kesiminin ise özerkliğine saygı beklemesi paternalizmin kimi zaman işlevsel olmasına kimi zaman ise çatışma yaratmasına yol açmaktadır (31,33,40,42,51).

Aydınlatılmış onam mevcut klinik durumun ve yapılacak tıbbi uygulamaların tam olarak anlatılmasını; beklenen yararlar ve olası riskler, seçenekler, önerilen işlemi reddetme-terk etme durumunda olabilecekler hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp geri bildirim almayı kapsamalıdır (33,35,52,53). Bu şartı sağlamamış bir onamın, aydınlatılmış onam olarak adlandırılması mümkün değildir. Aydınlatılmış onamın her bir tıbbi işlem için ayrı alınması, özellikle invaziv uygulamalar söz konusu olduğunda yazılı olması gerekmektedir (11). Kliniğe yatış sırasında yapılacak uygulamalar henüz netleşmeden genel-toplu onam alınması, etik ve hukuki açıdan anlam taşımamaktadır (34,45,52,54,55).

Aydınlatılmış onamın düşünsel arka planından koparılarak basit bir formalite düzeyine indirgenmesi; onama odaklanarak aydınlatmanın ihmal edilmesi, aydınlatılmış onamla ilgili-bağlantılı sorunların genel çerçevesini çizmektedir. Aydınlatılmış onam sürecinin tıp etiğinin konusu olmasının yanında sağlık hukukunun da konusu olması bakımından içeriğinin yanı sıra biçimsel yönüne de önem verilmesi gerekmekte; aydınlatma metninin dili, tarih atma ve imzalama gibi konular sorun yaratabilmektedir (11,33,47,52-57).

2.2.2. Yarar-Zarar Dengesinin Oluşturulması

Temel tıp etiği ilkelerinin en önemlilerinden olan yarar sağlama ve zarar vermeme çoğu zaman birbiriyle çatışmakta; tıbbi eylemi belirleyen karar sürecinde bu ikisinin dengelenmesi hemen hemen daima gündemde bulunmakta, hangi seçenekte hastanın en fazla çıkarı olduğunu belirleme çabası süreklilik göstermektedir. Kimi zaman bu iki ilkedен birine bağlı kalmakla hastanın özerkliğine saygı gösterme arasında da ikilemler ortaya çıkabilmektedir. Güçlü etkiye sahip tıbbi uygulamaların hem yarar sağlama hem de zarar verme potansiyelinin yüksek olması, gereksinim duyulan durumlarda bunların kullanılması-kullanılmaması konusunda tereddüt uyandırmaktadır. Eski tıbbın zarar vermemeyi öncelemesine (*primum non nocere*) karşılık günümüzde yarar sağlama eğilimi ağır basmakta (*primum utilis esse*), telafi etme olanakları göz önünde tutularak sıklıkla yüksek riskli uygulamalar yapılmaktadır (31,33,35,47).

Yenidoğan özelinde, bir yandan sağlık sorunlarının atlatılabilmesi halinde beklenen yaşam süresinin uzun olması diğer yandan sorunlarla mücadele şeklinin gelecekteki olası uzun yaşamın kalitesini derinden etkilemesi söz konusudur (47,58,59). Bu nedenle yarar-zarar dengesini kurma çabası diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha kritik bir öneme sahiptir. Nitekim bu dengenin hasta çıkarı gözetilerek kurulmasını sağlamaya yönelik olarak uluslar arası bildirgeler ve mesleki etik kodlar bunmakta; en az zararı göze alarak en fazla yararı sağlama çabası ahlaki bir zorunluluk olarak klinik uygulamalarda yaşam bulmaktadır (29,58-52).

Yaşamla bağdaşmayan ağır kongenital anomaliler yenidoğan tıbbı özelinde yarar sağlama ve zarar vermeme arayışlarını büsbütün karmaşık hale getirmektedir. Böyle kökten çözümü olmayan ağır sorunlarla sürdürülecek kısa ve kalitesiz bir yaşamın sağlanmasına yönelik uygulamaların ne ölçüde yarar sağlama ne ölçüde zarar verme esprisi taşıdığını değerlendirmek kolay değildir (47,63,64). Çağdaş tıpta yarar sağlama temel referans edilmiş olsa bile, zarar vermeme kaygısının da en az onun kadar önemli olduğunu hatırdа tutmak bu bağlamda özellikle önemlidir. Kimi sağlık sorunlarını gidermeye çalışırken doğası gereği hasara yol açan uygulamalar, sağladıkları yararın yanı sıra yaşam kalitesini düşüren ciddi zarara da yol açabilmektedirler (63-66).

Klinik tablo bakımından yarar sağlamanın olanaklı olmadığı durumlarda zarar vermeme ilkesine bağlılık yol gösterici olarak önem kazanmaktadır (10,67,68). Bu tür vakalarda palyatif bakımın derecesinin belirlenmesi, ileri incelemelerin yapılması-

yapılmaması, ikincil sorunlarla etkili mücadele edilmesi-edilmemesi, değerlendirilirken öncelikle göz önüne alınan zarar vermeme ilkesi olmaktadır (28,58,66-72).

2.2.3. Adil Olma

Tıp etiği temel ilkesi olarak adil olma sadece sağlık alanında değil genel olarak etikte evrensel ölçekte değer taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde adalet herkese eşit, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmayı esas almakta, sağlık hizmeti sunumunda imtiyazlı grup veya kişilerin olamayacağını ifade etmektedir (31,44,47,58). Bu ilkenin ön plana geçişi özellikle tıbbi olanakların-kaynakların sınırlı ve bunlara yönelik talebin yüksek olduğu durumlarda gerçekleşmektedir. Adalet ilkesi çerçevesinde dezavantajlı-incinebilir grupların negatif ayrımcılığa uğrama konusunda risk altında olması, sağlık profesyonellerine hem hasta savunuculuğu rolü hem de daha adil ve eşit davranış geliştirme sorumluluğu yüklemektedir (1,7,10,28,29,62,73,74).

Adalet ilkesinin temel konusu olan sınırlı kaynakların adil paylaşımı, ülkelerin benimsediği sağlık politikalarından doğrudan etkilenmekte, sağlık politikaları da sağlık hizmetlerinin sunum kültürünü şekillendirmektedir. Kaynakların adil paylaşımı konusundaki modellere bakıldığında, bunların ülkelerin sosyoekonomik ve politik koşullarına göre şekillendiği görülmektedir (47,75). Birçok ülkede benimsenen model, kaynakların en fazla kişi için en fazla yararı sağlayacak şekilde dağıtılmasını öngören yararçı (utilitarian) anlayışa dayanmaktadır. İsveç'te gereksinime göre ve eşitlikçi bir politika (egalitarian) uygulanırken, Güney Afrika Cumhuriyeti'nin, gerektiği zaman haksızlığa uğramış olanların lehine olan onarıcı (restorative) kaynak paylaşımının benimsediği görülmektedir. Sağlık hizmetinin alım gücüne göre şekillendiği, alım gücü yeterli olmayanların ise yardımseverlerin etkinliklerine yönlendirildiği özgürlükçü (libertarian) yaklaşım ise kaynakların pazar ilkelerine göre dağıtılması gerektiğini savunan Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanmaktadır (75,76). Bunların dışında, her topluma uygulanabilecek tek bir adalet kuramı olamayacağını savunan ve her ahlaki toplumun farklı "iyi" anlayışından şekillenen çoğul adalet ilkelerini içeren toplulukçu (communitarian) kuramdan söz etmek mümkündür (75,76). Bu modellere bakıldığında, Türkiye'de sağlık politikası olarak daha çok "yararçı" yaklaşımın benimsendiğini, ancak son yıllarda reform olarak ifade edilen "sağlıkta dönüşüm programı" ile

“özgürlükçü” yaklaşımın etkileri daha fazla görülmektedir. Ülkede yaşayanların sosyoekonomik düzeyi düşünüldüğünde bu yönetime karşı çıkararak dezavantajlı grupların lehine düzenlemeler yapılması için sosyal devlet ihtiyacını vurgulamak yerinde olacaktır (75-77).

YDYB ünitesi özelinde klinik dinamiklerini düzenlerken her bebeğin sağlık hizmetinden faydalanma konusunda eşit haklara sahip olduğu, imtiyazlı grupların olamayacağı bilinmelidir. Kuvöz ve ventilatör gibi özellikli cihazların ihtiyacı olan hastaya ulaştırılması sağlık profesyonelinin sorumluluğundadır. Dolayısıyla sağlık profesyonelinin, süreci yönetirken adil olma konusunda sorumluluk alması gerekmektedir; birimde yürütülen bakım-tedavi sürecinin her aşamasında hastaların lehinde ve mağduriyet yaratmayan düzenlemeler yapılması önem kazanmaktadır (76). Hizmetten faydalanan hastanın hakları korunurken hizmetten faydalanma ihtiyacı hasıl olabilecek yenidoğanların da gözetilmesi önem taşımaktadır (59,73,75,78,79).

Sağlık hizmetlerinin adil sunumu sadece ihtiyacı olana hizmeti ulaştırmaktan ibaret olmayıp ihtiyacın bittiği anda başkalarına tahsis edilmek üzere hizmetin kesilmesini de kapsamaktadır (35,47). Aksi halde kuvöz gibi hayati araçların tek hastaya gereğinden fazla süre tahsis edilmesi, ihtiyacı olan başka bir hastanın ondan yoksun kalmasına; taburcu olabilecek durumda olan hastanın lüzumundan uzun süre yatak işgal etmesi, ihtiyacı olan yenidoğanın klinikte yer olmaması gerekçesiyle reddedilmesine neden olabilmektedir. YDYB ekibinin çeşitli bildirgelerde de ifade edilen “herkes sağlık bakımı hakkından eşit düzeyde faydalanma hakkına sahiptir” ilkesini rehber edinmesi doğru olacaktır (28,52,55,60,75,80,81). Yenidoğanın doğal savunmasızlığı ve incinebilirliği, adalet ilkesinin uygulanması konusunda sağlık profesyonellerine ayrıca bir sorumluluk yüklemektedir (50,59,81,82).

2.2.4. Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlalleri

Klinik işleyiş esnasında ortaya çıkan kural ihlalleri her zaman etik sorun niteliği taşımamakla birlikte etik ile ilgili çağrışımlar uyandırabilmekte ve etik sorunların doğmasına yatkın ortamlar yaratabilmektedir. Hem uygun olmayan kurallar hem de kural ihlalleri malpraktis gibi hastaya yansıyan sonuçların yanı sıra mobbing ve angarya gibi çalışanlar arası ilişkileri zedeleyen durumlara da yol açabilmektedir. Ayrıca iş

barışını olumsuz yönde etkilemeleri nedeniyle ekip çalışmasının ciddi önem taşıdığı yoğun bakım kliniklerinde yarattıkları olumsuzluklar ileri düzeyde olabilmektedir. Görev tanımlarının yeterince açık olmayışı veya görev tanımlarının açık olmasına rağmen, pratikte angarya olarak tanımlanabilecek nitelikteki işlerin, hiyerarşinin alta basamaklarına daha fazla yansması, klinikte türlü sorunlara yol açmaktadır (51,61,83-85). Görevi dışındaki sorumlulukları yüklenmeme konusunda direnç gösteren kimi ekip üyelerine, açık veya dolaylı mobbing uygulamaları söz konusu olabilmektedir. Öte yandan görevi dışındaki sorumlulukları yüklenmek zorunda bırakılan sağlık profesyonelinin asli görevlerini aksatması, malpraktis riskini gündeme getirmektedir (83). Malpraktis davalarının güncelliği, tıbbi aksaklık ve hataların, kayıtlara olduğu hali ile yansıtılmaması gibi bir risk yaratabilmektedir. Bunlara ek olarak tükenmişlik sendromu, mesleki otonomi kaybı gibi bir dizi sorun da gündeme gelebilmektedir (51,85).

YDYB ünitelerinde kimi zaman hekim tarafından yapılması gereken işlerin diğer sağlık profesyonellerine devredilmesi; tıbbi bakım ve tedavi ile ilgili dikkat edilmesi gereken inceliklerin yoğun bakım kliniklerinin iş yükü arasında kimi zaman aksaması; multidisipliner tedavi ve teşhis ihtiyacı olan hastaya gereken özenin gösterilmeyişi; mesai ve nöbet sürelerinin uzun olması söz konusudur. Tüm bunlara bağlı olarak ortaya çıkan diğer aksaklıklar, hem kendi adlarına hem de yol açabilecekleri etik sorunlar üzerinden tıp etiğinin ilgi alanına girmektedir. Yoğun bakım birimleri, doğaları gereği daima yoğun ve dikkatli çalışma düzeni içinde olmayı gerektirmektedir (86). Sağlıkta dönüşüm programının bir parçası olarak uygulanmaya başlanan performans sisteminin olumsuz yansımaları olarak, hekimin “performans” odaklı hizmet üretme kaygısı, gereksiz uygulamalar ortaya çıkararak ekipteki diğer sağlık profesyonellerinin iş yükünü artırabilmektedir (87-89). Oysa yoğun bakım kliniklerinde etkin sonuçlar ancak ekibin verimli çalışması ile gerçekleştirilebilir; ekibin herhangi bir üyesinin kendi temel görevlerini bir diğerine yükleyerek onu asli görevlerinden alıkoymaması gerekir. En sağlıklı yaklaşımın eşgüdümlü ve hasta merkezli ekip çalışması, olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır (85,86,88,89).

Etik karar verme süreçlerinin layıkıyla gerçekleştirilmemesine neden olan yoğun sirkülasyon ve diğer olumsuz etkenler, etik farkındalık düzeyinde azalma veya körleşme gibi sıkıntılar ortaya çıkarabilmektedir. Aşırı iş yükü ve zaman sıkıntısı sağlık

profesyonellerinin bireysel algoritmalar üreterek standart uygulamaları terk etmesi riskini yaratmaktadır. Bu durum, yasal sorumluluk bakımından ilk olarak sorgulanmaya tabi olan hekimlerin, hukuki sorun yaşama olasılığını artırmaktadır. Hekimin malpraktis davaları ile ilgili endişeleri ise çoğu zaman diğer ekip üyelerine baskı ve stres olarak yansıyabilmektedir. Yine hekimin sorumluluk ve yetkisinin daha geniş olması, hasta ile teması daha fazla olan diğer ekip üyelerinin söz hakkını kısıtlayabilmektedir (50,90). Bu durum sağlık profesyonellerini katılımcı olmaktan uzaklaştırdığı gibi sessizleştirebilmekte ve kendilerini tıbbi ekibin bir üyesi olarak hissetmelerine engel olabilmektedir (85). Benzer sorunlar ve ekip içi iletişimin zayıflaması hasta ile ilgili süreçlere aksama riskini de taşımaktadır (50,68,84).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma ile yerel ölçekte YDYB ünitesi özelinde yaşanan ve tıp etiğiyle ilgili-bağlantılı konular hakkında iki tür bilgi derlenmesi; hem bunlarla karşılaşma sıklığının hem de birim çalışanlarının bunları önemseme derecelerinin belirlenmesi ve benzer çalışmalarla karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Çukurova Üniversitesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (kısaca Balcalı Hastanesi) ile Özel Metro Hastanesi (kısaca Metro Hastanesi) YDYB ünitelerinde görev yapan, birimde en az bir yıl çalışmış bulunan ve yönetici konumunda olmayan ebeler, hemşireler, sağlık memurları ve acil tıp teknisyenleri (ATT) oluşturmaktadır. Örneklemen evrene eşit olması öngörülmüş ancak 102 kişilik evrenden 11 kişiye ulaşılamamış; araştırma 91 katılımcıyla (9 ebe, 72 hemşire, 10 sağlık memuru ve ATT) gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Kullanılan veri toplama formu, araştırmacı tarafından yenidoğan etiğiyle ilgili-bağlantılı konulara ilişkin Türkçe ve İngilizce kaynakların taranıp değerlendirilmesi, yenidoğan biriminde görev yapan-yapmış sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması ve araştırmacının konuyla ilgili kişisel gözlemlerinin-deneyimlerinin yansıtılması çerçevesinde hazırlanmıştır. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi YDYB ünitesinde çalışan 22 kişi üzerinde yapılan ön uygulamayı takiben son şekli oluşturulmuştur.

Üç bölüm halinde düzenlenen formun birinci bölümünde katılımcıların demografik özellikleri hakkında altı soru; ikinci bölümünde yenidoğan yoğun bakım üniteleri özelinde yaşanması olası etikle ilgili-bağlantılı durumları betimleyen 20 ifade; üçüncü bölümünde ise soru-eleştiri-görüş niteliğinde açık uçlu ifadeler için ayrılmış bir bölüm bulunmaktadır.

Katılımcılardan 20 ifadenin her biri için karşılaşma sıklıklarını “hiç”, “ara-sıra”, “çoğu zaman” seçenekleri üzerinden belirtmeleri ve önemseme derecelerini, en az önemsenen “0” ve en fazla önemsenen “10” olacak şekilde, “0-10” arasında bir puan vererek göstermeleri istenmiştir. Tez metni boyunca bu puanlardan söz etme bağlamında, katılımcı açısından bakışı yansıtan “önemseme puanı” veya sorun açısından bakışı yansıtan “önemsenme puanı” yerine tarafsız bir bakışı yansıtan “önem puanı” terimi kullanılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları Adana il merkezinde bulunan iki hastanenin YDYB ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerine Eylül 2014’te yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. Uygulama Balcalı Hastanesinde bizzat tez yazarı, Metro Hastanesinde ise uygulama konusunda tez yazarı tarafından bilgilendirilmiş birim çalışanı tarafından yapılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma verileri değerlendirilirken kavramsal analizin yanı sıra istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Bu amaçla SPSS for Windows 19,0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır (91). Çalışma verileri ifade edilirken tanımlayıcı istatistiksel göstergeler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testine, ölçümle belirlenen değişkenler için bağımlı ve bağımsız t-testleri ve anova testine başvurulmuştur. Araştırma kapsamında yapılan analizlerde kritik anlamlılık seviyesi 0,05 olarak alınmış; $p \leq 0,05$ değerleri istatistik açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri ve bunlardan çıkarılan sonuçlar Balcalı ve Metro Hastaneleri YDYB ünitelerinde çalışan katılımcılardan elde edilen verilerle sınırlıdır.

3.7. Etik Kurul Onayı ve İdari İzinler

Araştırma proje aşamasında etik kurul onayı için, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'na iletilmiş ve kurulun 30.06.2009 tarihli, 7 sayılı toplantısında alınan 40 numaralı kararla araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur.

Araştırmanın yürütüldüğü merkezlerden Balcalı Hastanesi Başhekimliği'nden 30.04.2013 tarihli ve 387 sayılı yazıyla, Metro Hastanesi Başhekimliği'nden ise 14.05.2013 tarihli ve 367 sayılı yazıyla izin alınmıştır.

Proje aşamasında araştırmanın Adana il merkezindeki bünyesinde YDYG ünitesi bulunan dört hastanede yürütölmesi öngörölmüş ancak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı iki hastanede (Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi) araştırma yapma izni gerekçesiz olarak verilmemiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları, ifadelerle ilgili alt bölümde tematik gruplandırmalar esas alınarak 12 çizelge ve 20 grafik halinde sıralanmıştır.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Çizelge 1’de verilmiştir.

Çizelge 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n: 91)			
		n	%
Katılımcıların yaşlara göre dağılımı (n=91)			
18-22		22	24,2
23-27		41	45,1
28 ve üstü		28	30,7
Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımı (n=91)			
Erkek		22	24,2
Kadın		69	75,8
Katılımcıların mesleklere göre dağılımı (n=91)			
Ebe		9	9,9
Hemşire		72	79,1
Sağlık Memuru-ATT		10	11,0
Katılımcıların meslek yaşlarına göre dağılımı (n=91)			
0-4yıl		50	54,9
5 ve üstü		41	45,1
Katılımcıların çalışılan hastanelere göre dağılımı (n=91)			
Balcalı Hastanesi		38	41,8
Metro Hastanesi		53	58,2
Katılımcıların mesleklerine göre eğitim düzeylerinin dağılımı (n=91)			
Ebe	Lisans	9	9,9
	Sağlık Meslek Lisesi	25	27,5
Hemşire	Lisans	47	51,6
	Sağlık Meslek Lisesi	5	5,5
Sağlık Memuru-ATT	Lisans	5	5,5
	Sağlık Meslek Lisesi	5	5,5

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında, % 24,2'sinin (22 kişi) 18-22 yaş, % 45,1'inin (41 kişi) 23-27 yaş, % 30,7'sinin (28 kişi) ise 28 yaş ve üzeri grubunda olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması $25,69 \pm 4,62$ ve yaş dağılım aralığı ise 18-40 yaş arasındadır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında, % 75,8'inin (69 kişi) kadın ve % 24,2'sinin (22 kişi) erkek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımına bakıldığında, % 9,9'unun (9 kişi) ebe, % 79,1'inin (72 kişi) hemşire, % 11'inin (10 kişi) sağlık memuru-ATT olduğu görülmektedir.

Katılımcıların meslek yaşı dağılımına bakıldığında, % 54,9'unun (50 kişi) 0-4 yıl, % 45,1'inin (41 kişi) 5 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslek yaşı ortalaması $4,70 \pm 3,19$ yıl, dağılım aralığı ise 1-16 yıl arasındadır.

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre dağılımına bakıldığında, katılımcıların % 41,8'inin (38 kişi) Balcalı Hastanesi'nde, % 58,2'sinin (53 kişi) Metro Hastane'sinde çalıştıkları görülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımına bakıldığında, % 67,1'inin (61 kişi) lisans, % 33'ünün (30 kişi) sağlık meslek lisesi (SML) mezunu olduğu görülmektedir. Ebelerin tümü lisans mezunu iken; hemşirelerin % 51,6'sı (47 kişi) lisans mezunu ve % 27,5'i (25 kişi) ise sağlık meslek lisesi mezunu; sağlık memuru-ATT'lerin ise % 5,5'inin (5 kişi) lisans mezunu, % 5,5'inin (5 kişi) ise SML mezunu olduğu görülmektedir.

4.2. Etik Sorunların Karşılaşılma Sıklıkları ve Önem Puanları

Katılımcıların ifadeler hakkındaki değerlendirmeleri dört tematik alt bölüm halinde düzenlenmiş olup bunlar sırasıyla özerklik ve aydınlatılmış onam- (4.2.1), yarar-zarar dengesinin sağlanması (4.2.2), adil olma(4.2.3), yönetsel süreçler ve kural ihlalleri (4.2.4) hakkındadır. Her bir alt bölümde ilk olarak katılımcıların ilgili temaya ait ifadelerdeki durumlarla karşılaşma sıklıkları çizelge halinde toplu olarak verilmiş, ifadeler veri toplama formundaki yerlerine göre sıralanmıştır. Önem puanları ise her bir

ifade için ayrı bir sütunlu grafik şeklinde sunulmuş, bunların sıralanmasında da veri toplama formundaki ifade sırasına bağlı kalmıştır.

4.2.1. Özerklik ve Aydınlatılmış Onam ile İlgili Sorunlar

Veri toplama formundaki 1, 2, 3, 10, 11, 12 numaralı ifadeler hasta özerkliği ve aydınlatılmış onam hakkındadır. Katılımcıların bu sorunlar ile karşılaşma sıklıkları Çizelge 2’de yer almaktadır.

Çizelge 2. Katılımcıların Özerklik ve Aydınlatılmış Onam ile İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı						
Sorun	Karşılaşma Sıklığı					
	Hiç		Ara-Sıra		Çoğu Zaman	
	n	%	n	%	n	%
Aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması	81	89,0	9	9,9	1	1,1
Yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi	72	79,1	15	16,5	4	4,4
Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması	65	71,4	20	22,0	6	6,6
Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması	39	42,8	20	22,0	32	35,2
Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa iyileşme şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi	37	40,6	42	46,2	12	13,2
Kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi	44	48,3	39	42,9	8	8,8

Katılımcıların “aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 89’unun (81 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 9,9’unun (9 kişi) ara-sıra, % 1,1’inin (1 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 79,1’inin (72 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 16,5’inin (15 kişi) ara-sıra, % 4,4’ünün (4 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

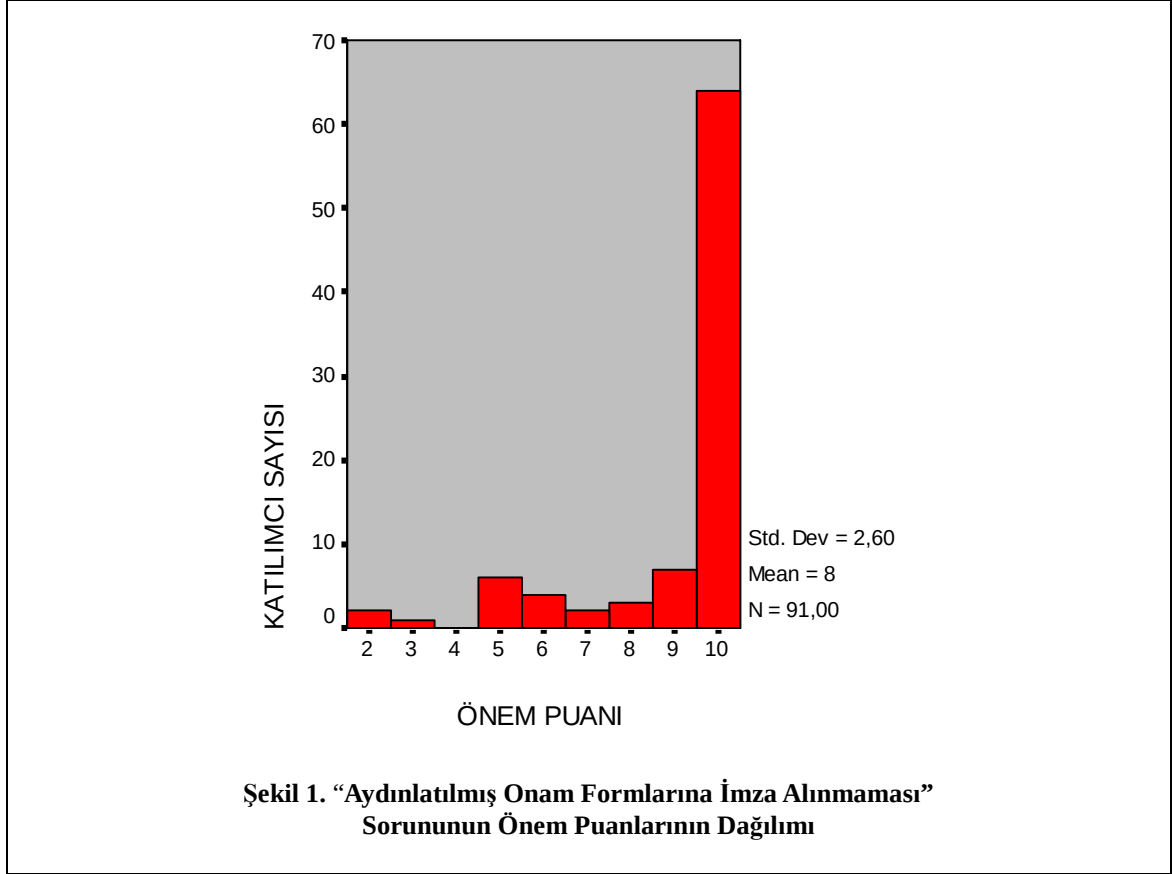
Katılımcıların “ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerinin dışında bırakılması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 71,4’ünün (65 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 22’sinin (20 kişi) ara-sıra, % 6,6’sının (6 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 42,8’inin (39 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 22’sinin (20 kişi) ara-sıra, % 35,2’sinin (32 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa iyileşme şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 40,6’sının (37 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 46,2’sinin (42 kişi) ara-sıra, % 13,2’sinin (12 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

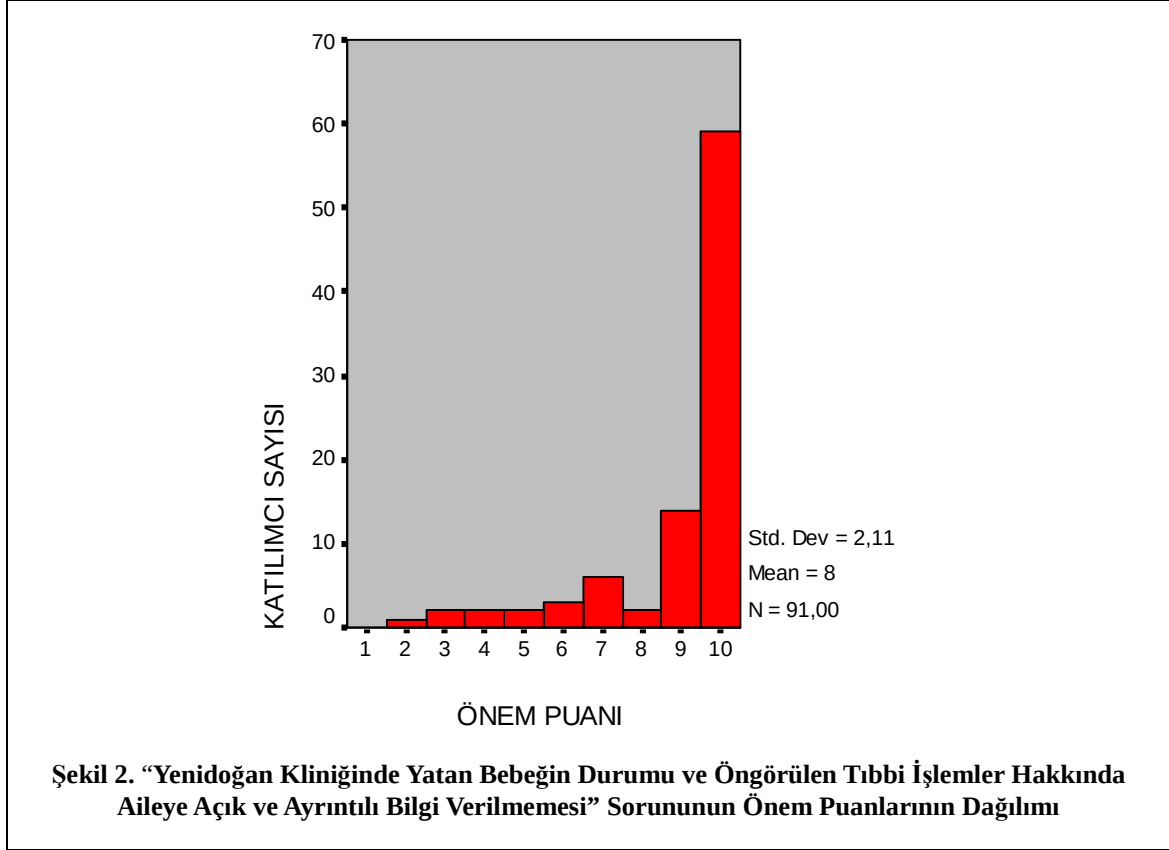
Katılımcıların “kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 48,3’ünün (44 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 42,9’unun (39 kişi) ara-sıra, % 8,8’inin (8 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.



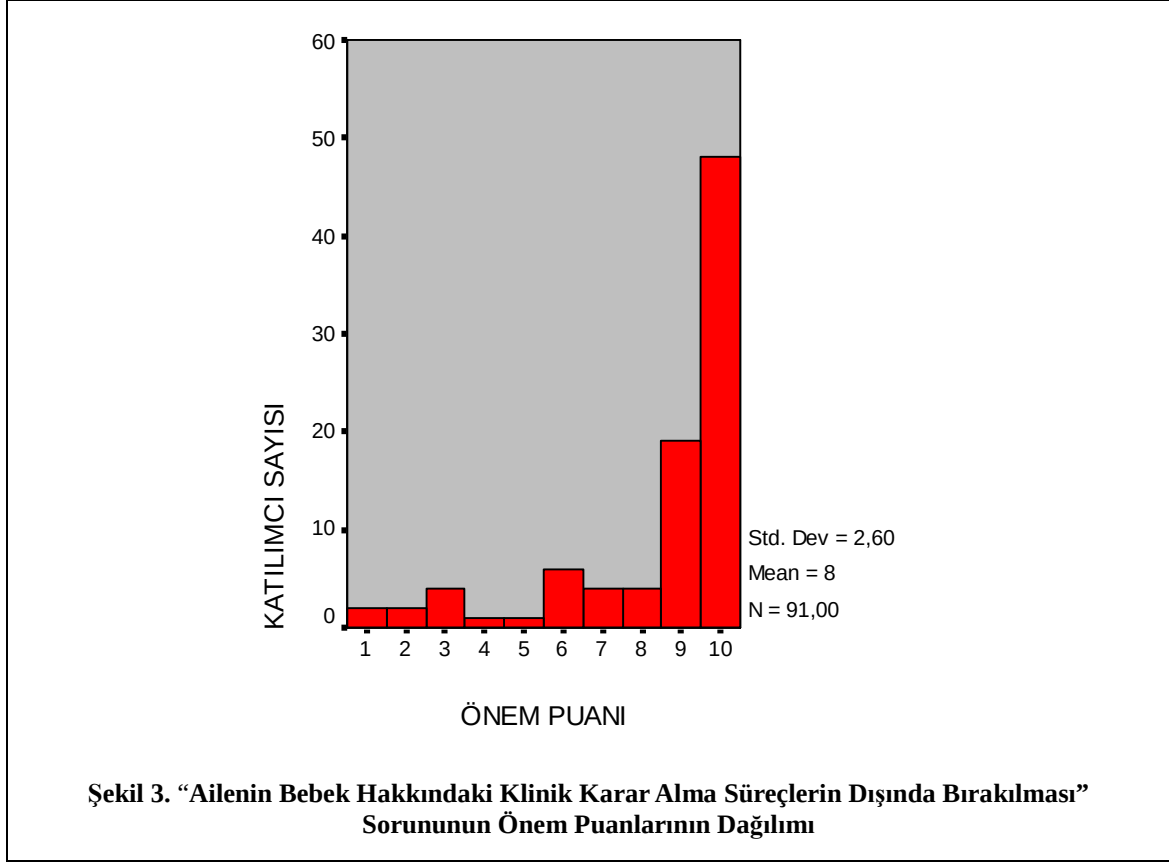
Katılımcıların “aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 52 kişi “10” puan, 12 kişi “9” puan, yedi kişi “8” puan, üç kişi “7” puan, iki kişi “6” puan, dört kişi “5” puan, altı kişi “4” puan, bir kişi “2” puan, iki kişi “1” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 78’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $8,41 \pm 2,60$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 2’de verilmiştir.



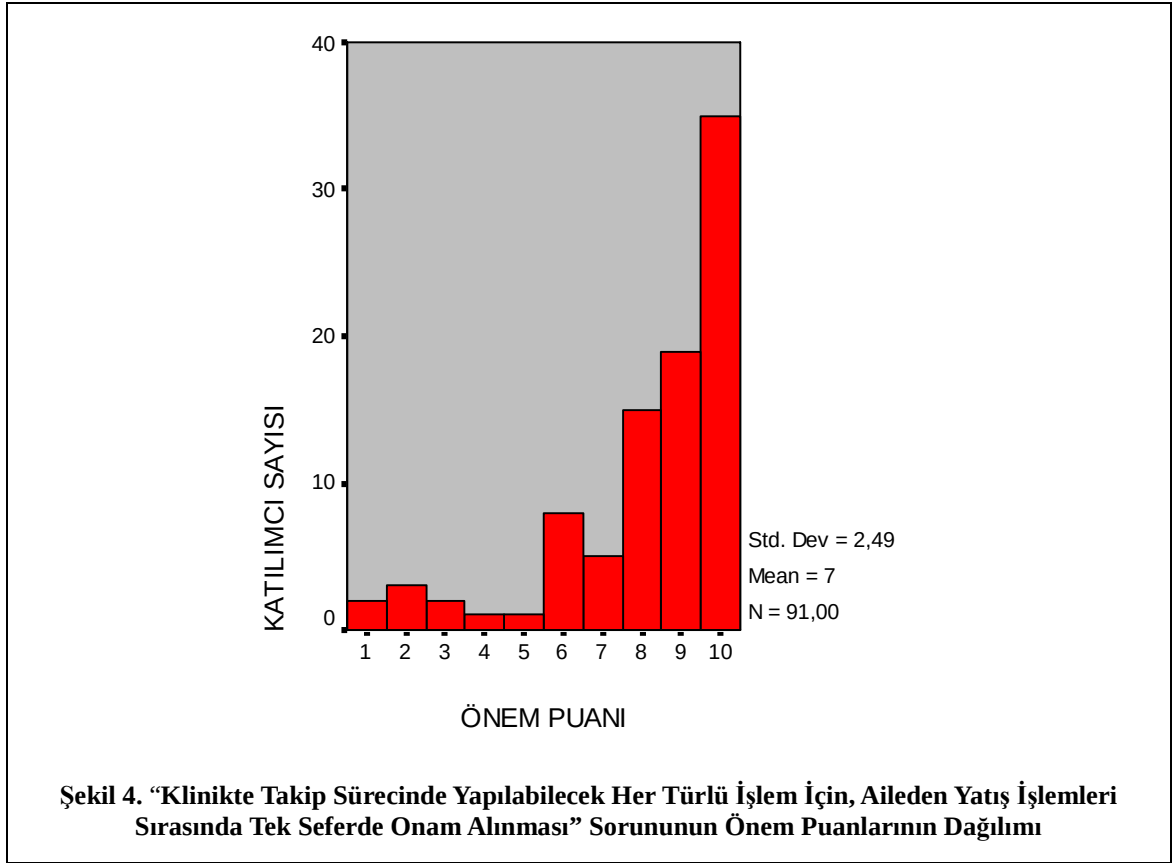
Katılımcıların “yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 32 kişi “10” puan, 27 kişi “9” puan, 14 kişi “8” puan, iki kişi “7” puan, altı kişi “6” puan, üç kişi “5” puan, iki kişi “4” puan, iki kişi “3” puan, iki kişi “2” puan, bir kişi “1” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 84’tür. Sorunun önem puanı ortalaması $8,34 \pm 2,10$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 3’te verilmiştir.



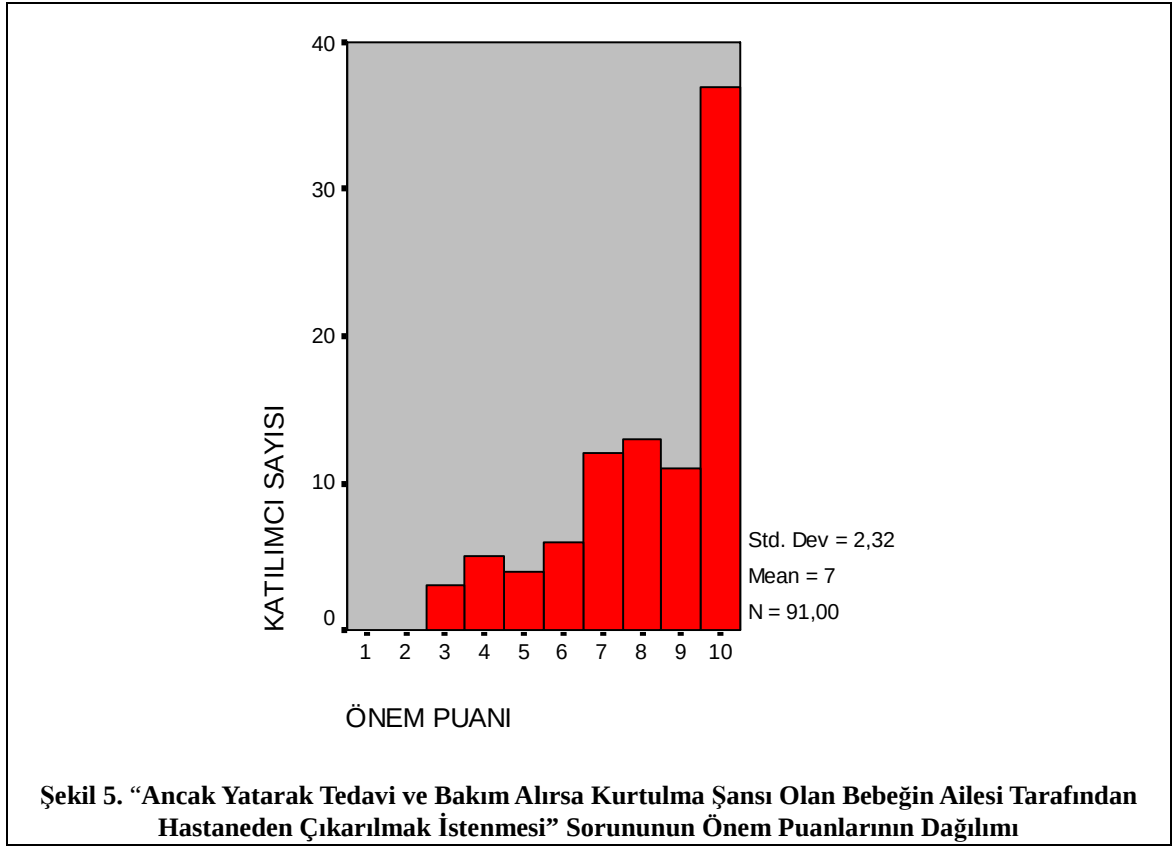
Katılımcıların “ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 26 kişi “10” puan, 22 kişi “9” puan, 19 kişi “8” puan, dört kişi “7” puan, dört kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, bir kişi “4” puan, bir kişi “3” puan, dört kişi “2” puan, iki kişi “1” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 81’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,79 \pm 2,59$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 4’te verilmiştir.



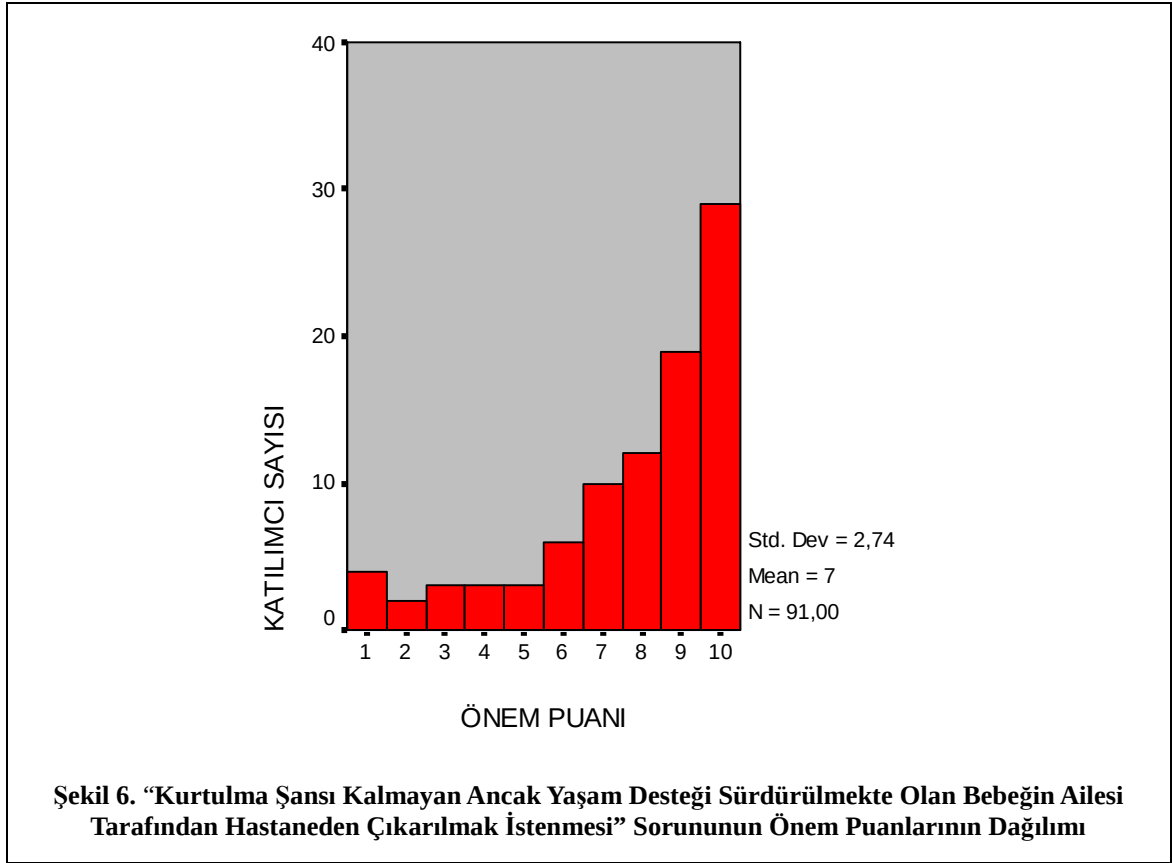
Katılımcıların “klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 19 kişi “10” puan, 16 kişi “9” puan, 19 kişi “8” puan, 15 kişi “7” puan, beş kişi “6” puan, sekiz kişi “5” puan, bir kişi “4” puan, bir kişi “3” puan, iki kişi “2” puan, üç kişi “1” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 82’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,42 \pm 2,48$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa iyileşme şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 5’te verilmiştir.



Katılımcıların “ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa iyileşme şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 23 kişi “10” puan, 14 kişi “9” puan, 11 kişi “8” puan, 13 kişi “7” puan, 12 kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, dört kişi “4” puan, beş kişi “3” puan, üç kişi “2” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 79’dur. Sorunun önem puanı ortalaması $7,41 \pm 2,32$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 6’da verilmiştir.



Katılımcıların “kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 18 kişi “10” puan, 11 kişi “9” puan, 19 kişi “8” puan, 12 kişi “7” puan, 10 kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, üç kişi “4” puan, üç kişi “3” puan, üç kişi “2” puan, iki kişi “1” puan, dört kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 76’dır. Sorunun önem puanı ortalaması $6,97 \pm 2,74$ olarak bulunmuştur.

4.2.2. Yarar - Zarar Dengesi ile İlgili Sorunlar

Veri toplama formundaki 4, 5 ve 6 numaralı ifadeler yarar zarar dengesinin sağlanması hakkındadır. Katılımcıların bu sorunlar ile karşılaşma sıklıkları Çizelge 3'te yer almaktadır.

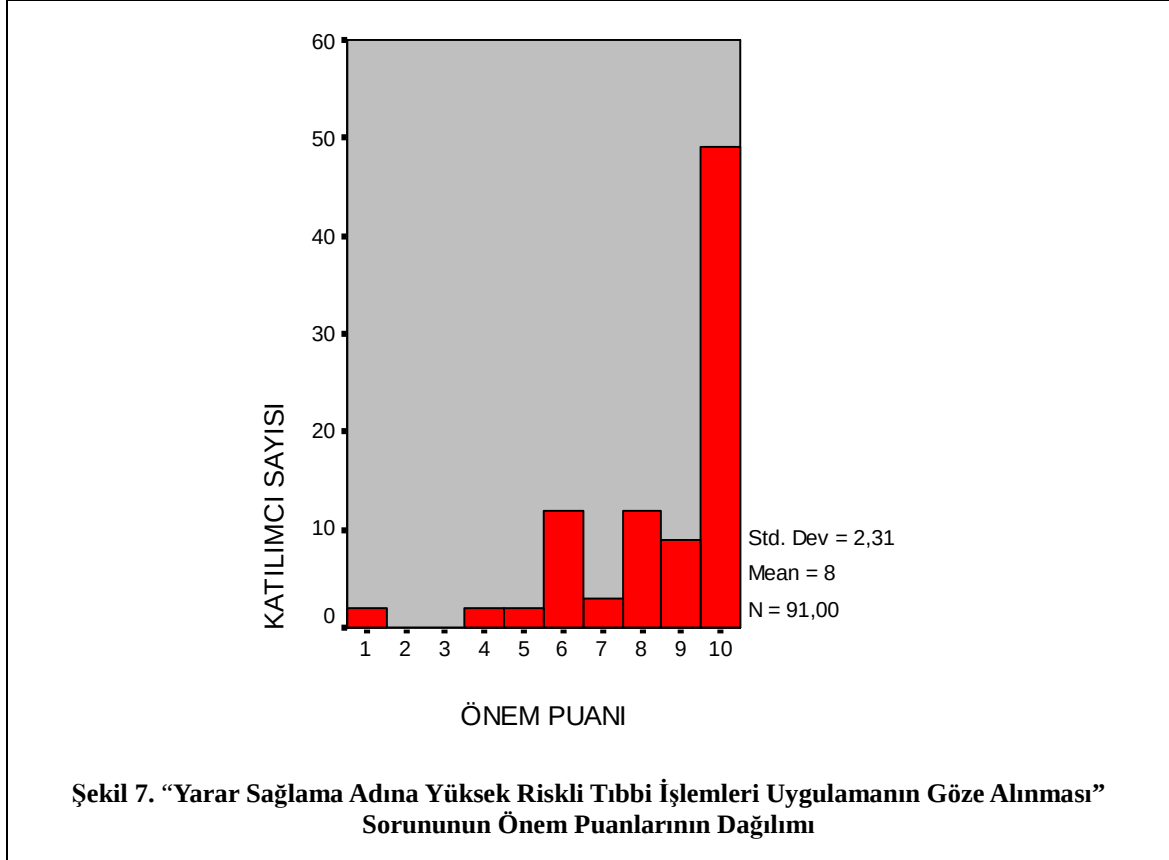
Çizelge 3. Katılımcıların Yarar Zarar Dengesi ile İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı						
Sorun	Karşılaşma Sıklığı					
	Hiç		Ara-Sıra		Çoğu Zaman	
	n	%	N	%	n	%
Yarar sağlama adına yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması	10	11,0	42	46,2	39	42,8
Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması	57	62,6	24	26,4	10	11,0
Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması	26	28,6	20	22,1	45	49,5

Katılımcıların “yarar sağlama adına (umbilikal ven kateterizasyonu gibi) yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 11’inin (10 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 46,2’sinin (42 kişi) ara-sıra, % 42,8’inin (39 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 62,6’sının (57 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 26,4’ünün (24 kişi) ara-sıra, % 11’inin (10 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

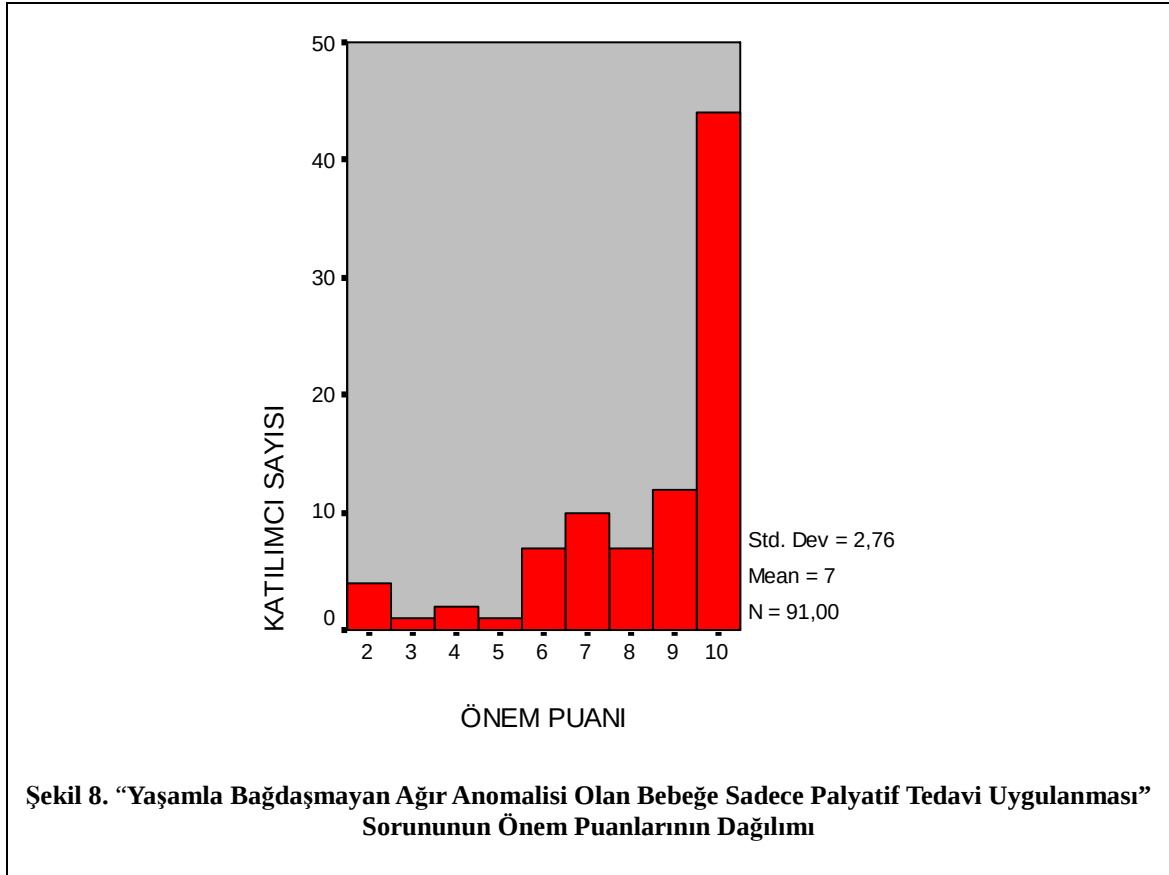
Katılımcıların “yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 28,6’sının (26 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 22,1’inin (20 kişi) ara-sıra, % 49,5’inin (45 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “yarar sağlama adına yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 7’de verilmiştir.



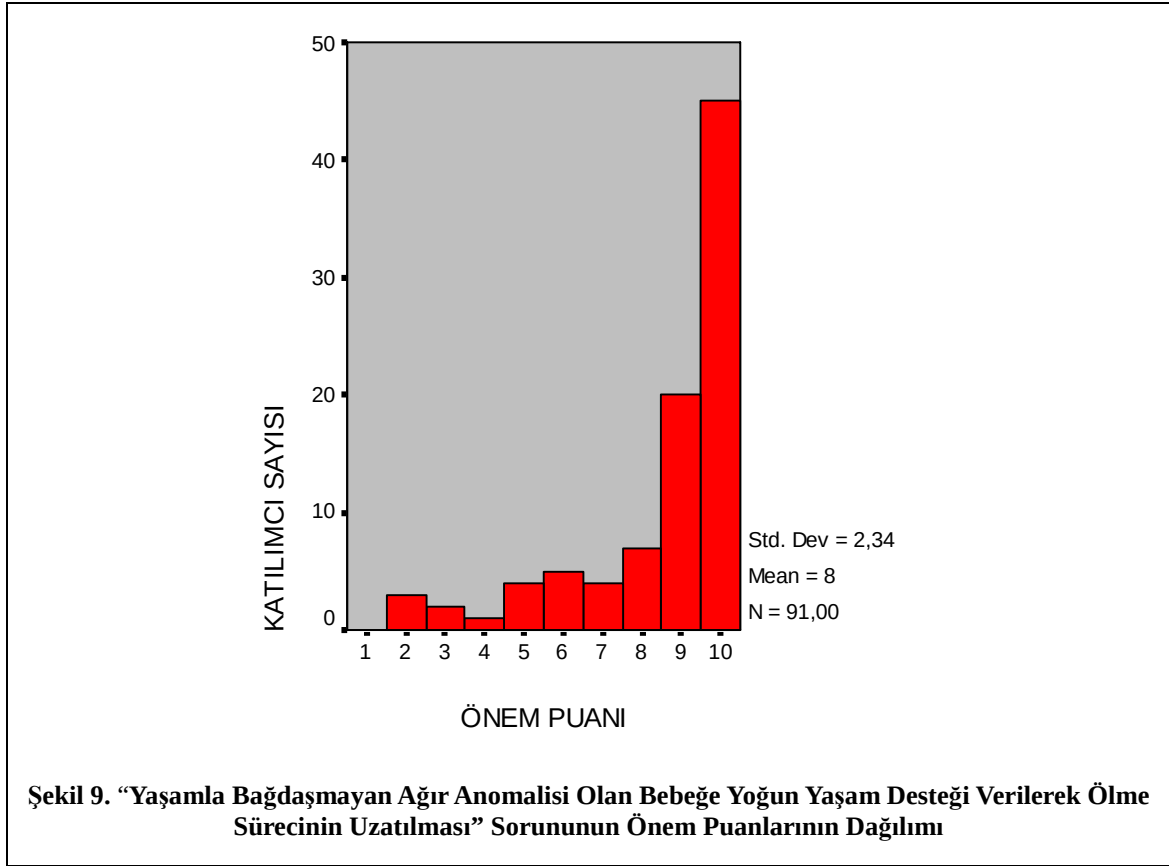
Katılımcıların “yarar sağlama adına (umbilikal ven kateterizasyonu gibi) yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 30 kişi “10” puan, 19 kişi “9” puan, dokuz kişi “8” puan, 12 kişi “7” puan, üç kişi “6” puan, 12 kişi “5” puan, iki kişi “4” puan, iki kişi “3” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 85’tir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,90 \pm 2,31$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 8’de verilmiştir.



Katılımcıların “yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 24 kişi “10” puan, 20 kişi “9” puan, 12 kişi “8” puan, yedi kişi “7” puan, 10 kişi “6” puan, yedi kişi “5” puan, bir kişi “4” puan, iki kişi “3” puan, bir kişi “2” puan, dört kişi “1” puan, üç kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 80’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,43 \pm 2,76$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 9’da verilmiştir.



Katılımcıların “yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 25 kişi “10” puan, 20 kişi “9” puan, 20 kişi “8” puan, yedi kişi “7” puan, dört kişi “6” puan, beş kişi “5” puan, dört kişi “4” puan, bir kişi “3” puan, iki kişi “2” puan, üç kişi “1” puan, şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 81’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,85 \pm 2,34$ olarak bulunmuştur.

4.2.3. Adil Olma ile İlgili Sorunlar

Veri toplama formunda 9, 17 ve 18 numara ile yer alan ifadeler adil olma ile ilgilidir. Katılımcıların bu sorunlar ile karşılaşma sıklıkları Çizelge 4’te yer almaktadır.

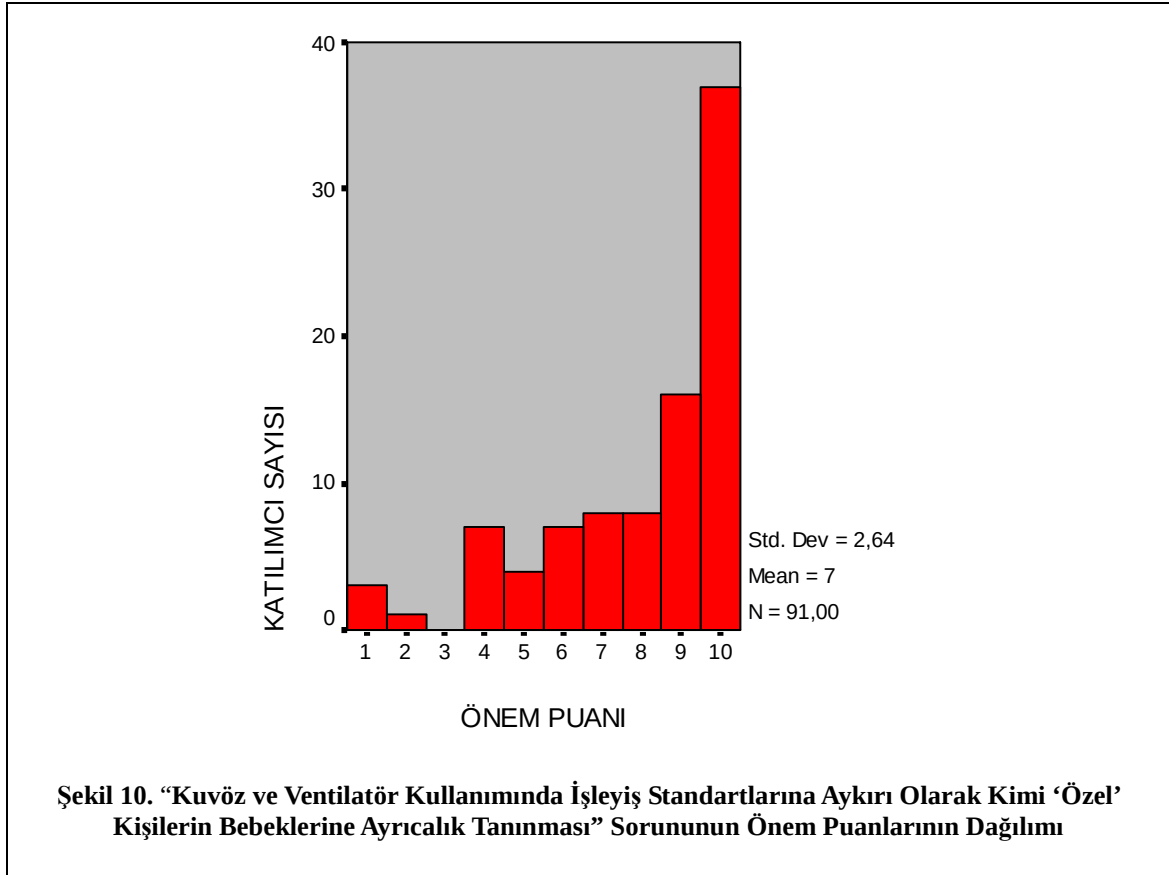
Çizelge 4. Katılımcıların Adil Olma ile İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı						
Sorun	Karşılaşma Sıklığı					
	Hiç		Ara-Sıra		Çoğu Zaman	
	n	%	n	%	n	%
Kuvöz ve ventilatör kullanımında, işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi “özel” kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması	42	46,2	28	30,8	21	23,0
Kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması	34	37,4	26	28,6	31	34,0
Taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi	36	39,6	44	48,4	11	12,0

Katılımcıların “kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi ‘özel’ kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 46,2’sinin (42 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 30,8’inin (28 kişi) ara-sıra, % 23’ünün (21 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 37,4’ünün (34 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 28,6’sının (26 kişi) ara-sıra, % 34’ünün (31 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

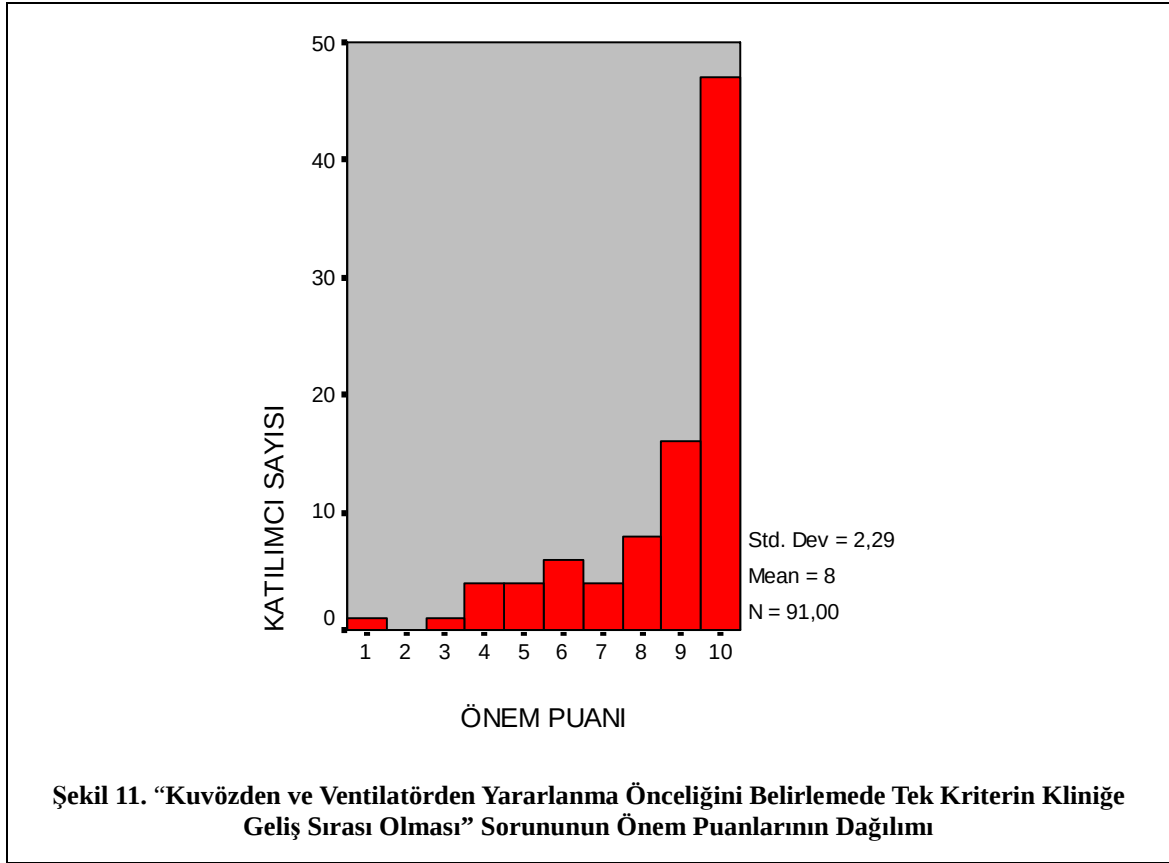
Katılımcıların “taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 39,6’sının (36 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 48,4’ünün (44 kişi) ara-sıra, % 12’sinin (11 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi ‘özel’ kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 10’da verilmiştir.



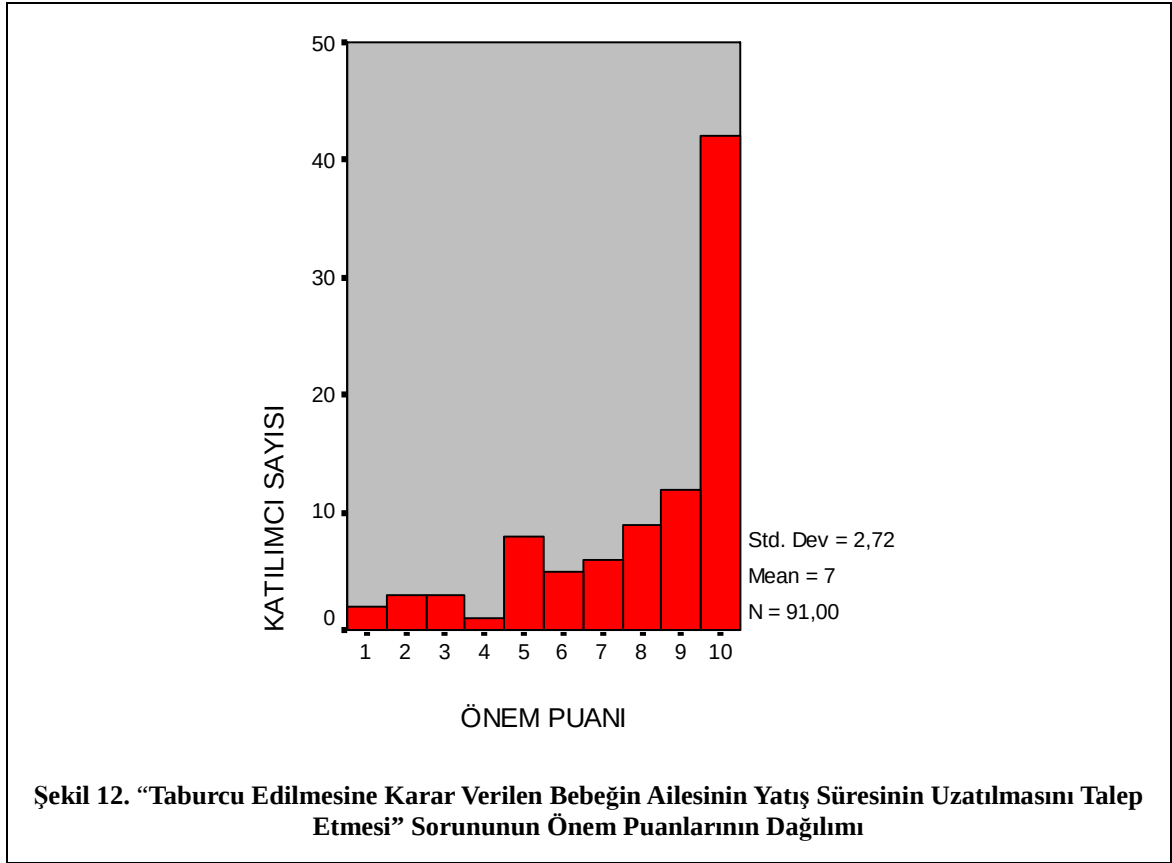
Katılımcıların “kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi ‘özel’ kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 20 kişi “10” puan, 17 kişi “9” puan, 16 kişi “8” puan, sekiz kişi “7” puan, sekiz kişi “6” puan, yedi kişi “5” puan, dört kişi “4” puan, yedi kişi “3” puan, bir kişi “1” puan, üç kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 76’dır. Sorunun önem puanı ortalaması $7,23 \pm 2,63$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 11’de verilmiştir.



Katılımcıların “kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 28 kişi “10” puan, 19 kişi “9” puan, 16 kişi “8” puan, sekiz kişi “7” puan, dört kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, dört kişi “4” puan, dört kişi “3” puan, bir kişi “2” puan, bir kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 81’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,90 \pm 2,29$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 12’de verilmiştir.



Katılımcıların “taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 20 kişi “10” puan, 22 kişi “9” puan, 12 kişi “8” puan, dokuz kişi “7” puan, altı kişi “6” puan, beş kişi “5” puan, sekiz kişi “4” puan, bir kişi “3” puan, üç kişi “2” puan, üç kişi “1” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 74’tür. Sorunun önem puanı ortalaması $7,27 \pm 2,72$ olarak bulunmuştur.

4.2.4. Yönetimsel Süreçler ile İlgili Sorunlar ve Kural İhlali

Veri toplama formundaki 7, 8, 13, 14, 15, 16, 19 ve 20 numaralı ifadeler yönetimsel süreçler ve kural ihlalleri hakkındadır. Katılımcıların bu sorunlar ile karşılaşma sıklıkları Çizelge 5’te yer almaktadır.

Çizelge 5. Katılımcıların Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlali İle İlgili Sorunlarla Karşılaşma Sıklıklarının Dağılımı						
Sorun	Karşılaşma Sıklığı					
	Hiç		Ara-Sıra		Çoğu Zaman	
	n	%	n	%	n	%
Yenidoğanın tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması	39	42,9	46	50,5	6	6,6
Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi	40	44,0	41	45,0	10	11,0
Yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması	22	24,2	42	46,1	27	29,7
Hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi	5	5,5	10	11,0	76	83,5
Çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması	8	8,8	17	18,7	66	72,5
Mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş “angarya” yüklenmesi	7	7,7	28	30,8	56	61,5
Kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi	35	38,5	46	50,5	10	11,0
Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması	18	19,8	55	60,4	18	19,8

Katılımcıların “yenidoğanın tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 42,9’unun (39 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 50,5’inin (46 kişi) ara-sıra, % 6,6’sının (6 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 44’ünün (40 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 45’inin (41 kişi) ara-sıra, % 11’inin (10 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görülmektedir.

Katılımcıların “yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, %

24,2'sinin (22 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 46,1'inin (42 kişi) ara-sıra, % 29,6'sının (27 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görölmektedir.

Katılımcıların “hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 5,5'inin (5 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 11'inin (10 kişi) ara-sıra, % 83,5'inin (76 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görölmektedir.

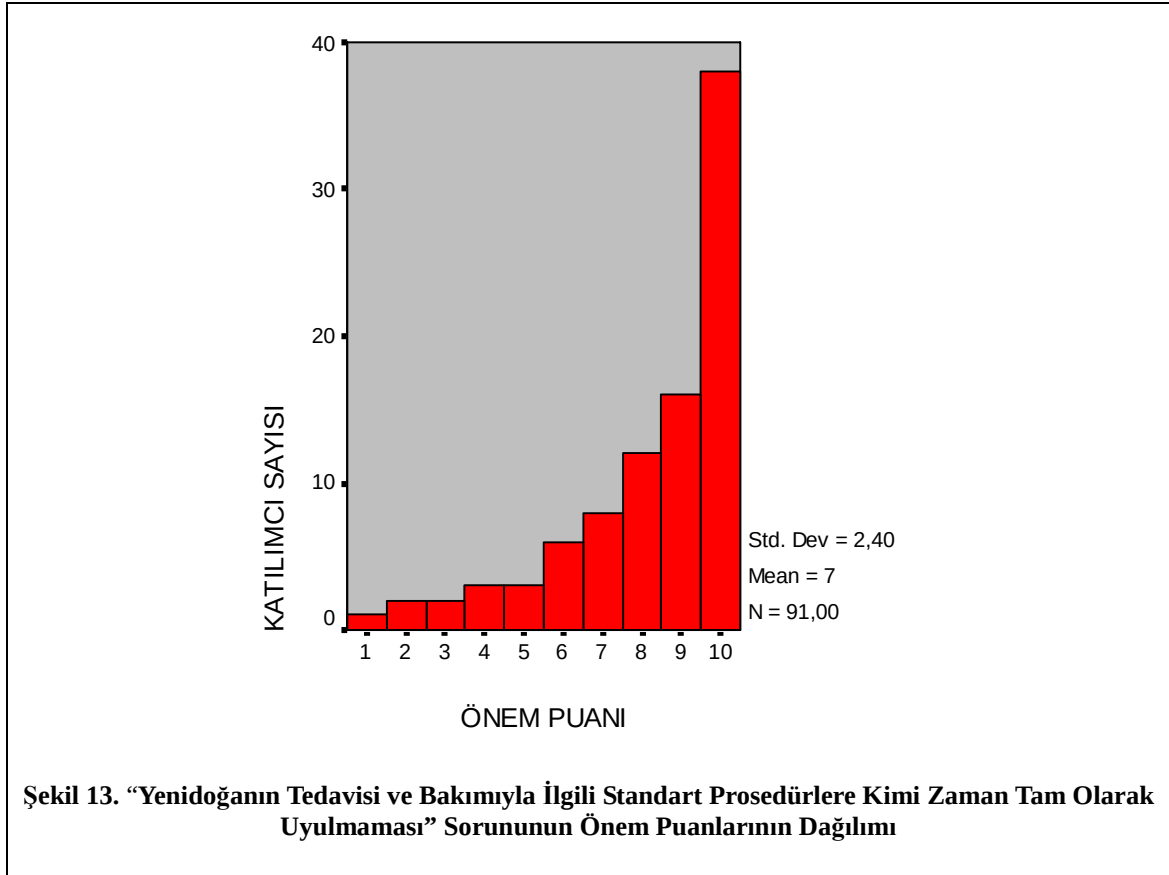
Katılımcıların “çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 8,8'inin (8 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 18,7'sinin (17 kişi) ara-sıra, % 72,5'inin (66 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görölmektedir.

Katılımcıların “mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş ‘angarya’ yüklenmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 7,7'sinin (7 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 30,8'inin (28 kişi) ara-sıra, % 61,5'inin (56 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görölmektedir.

Katılımcıların “kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekteştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 38,5'inin (35 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 50,5'inin (46 kişi) ara-sıra, % 11'inin (10 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görölmektedir.

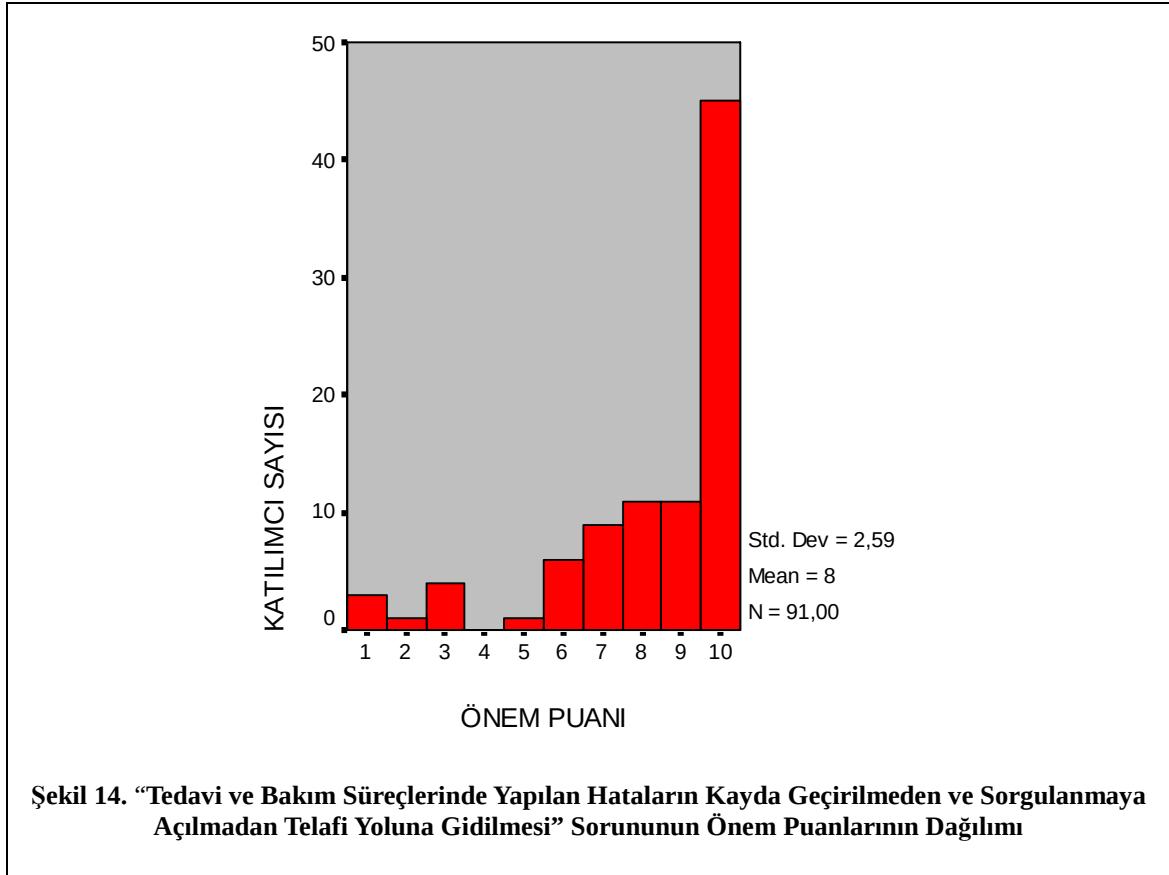
Katılımcıların “devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması” sorunu ile karşılaşma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, % 19,8'inin (18 kişi) hiç karşılaşmadığı, % 60,4'ünün (55 kişi) ara-sıra, % 19,8'inin (18 kişi) ise çoğu zaman karşılaştığı görölmektedir.

Katılımcıların “yenidoğanın tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 13’te verilmiştir.



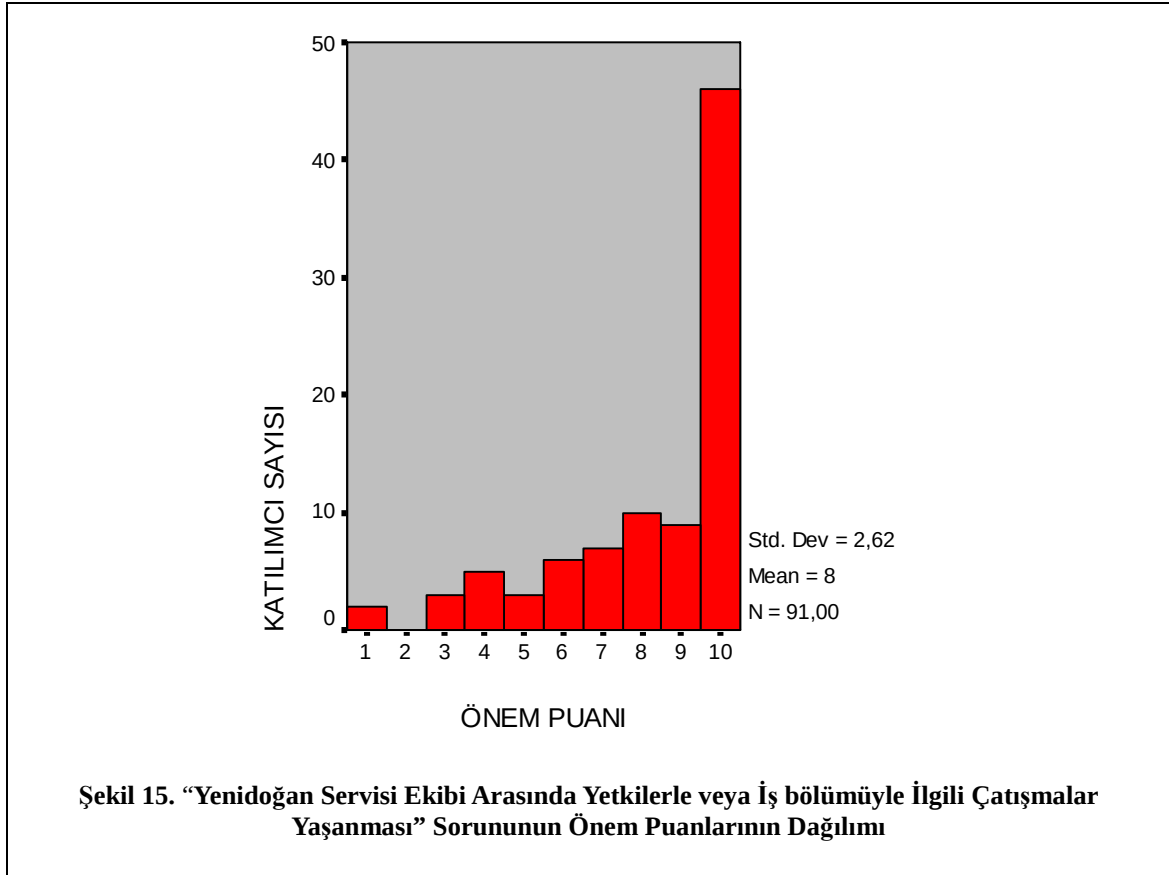
Katılımcıların “yenidoğanın tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 18 kişi “10” puan, 20 kişi “9” puan, 16 kişi “8” puan, 12 kişi “7” puan, sekiz kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, üç kişi “4” puan, üç kişi “3” puan, iki kişi “2” puan, iki kişi “1” puan, bir kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 80’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,44 \pm 2,4$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 14’te verilmiştir.



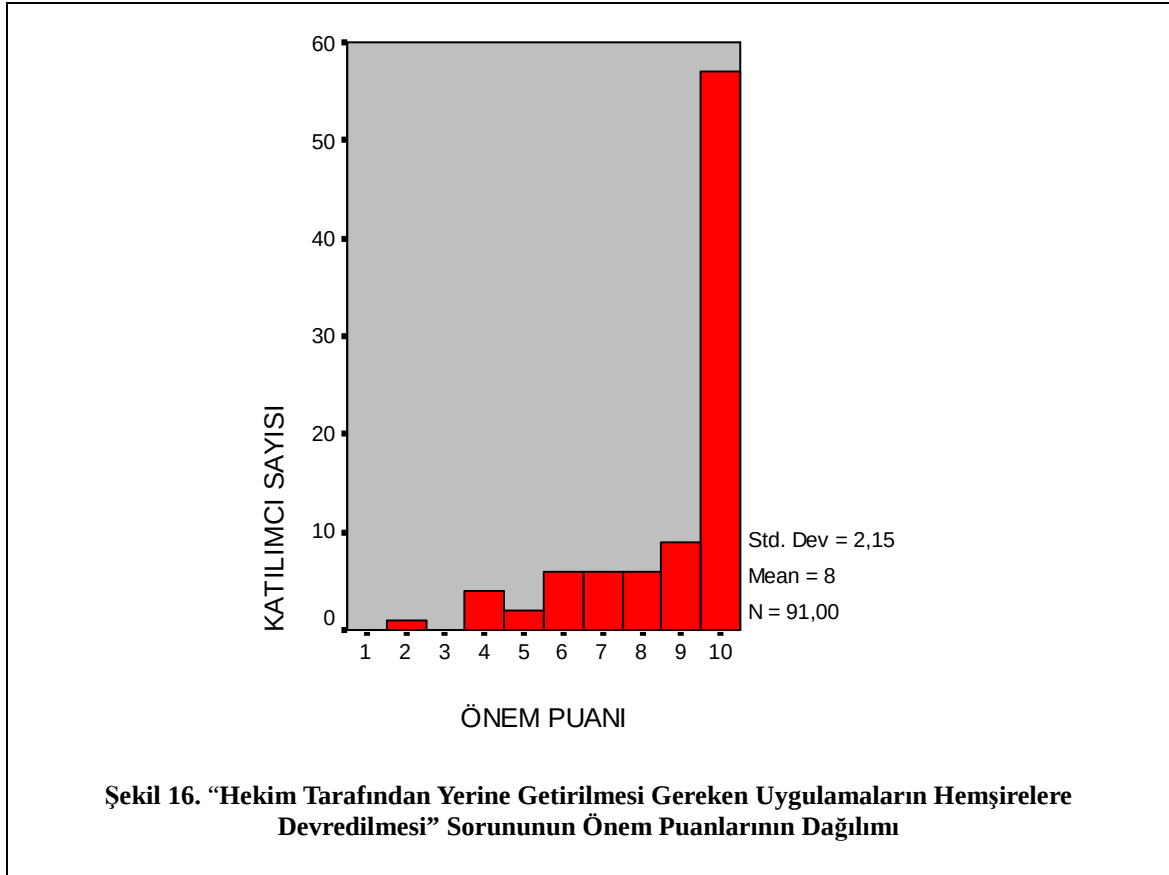
Katılımcıların “tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 24 kişi “10” puan, 21 kişi “9” puan, 11 kişi “8” puan, 11 kişi “7” puan, dokuz kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, bir kişi “4” puan, dört kişi “2” puan, bir kişi “1” puan, üç kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 82’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,59 \pm 2,59$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 15’te verilmiştir.



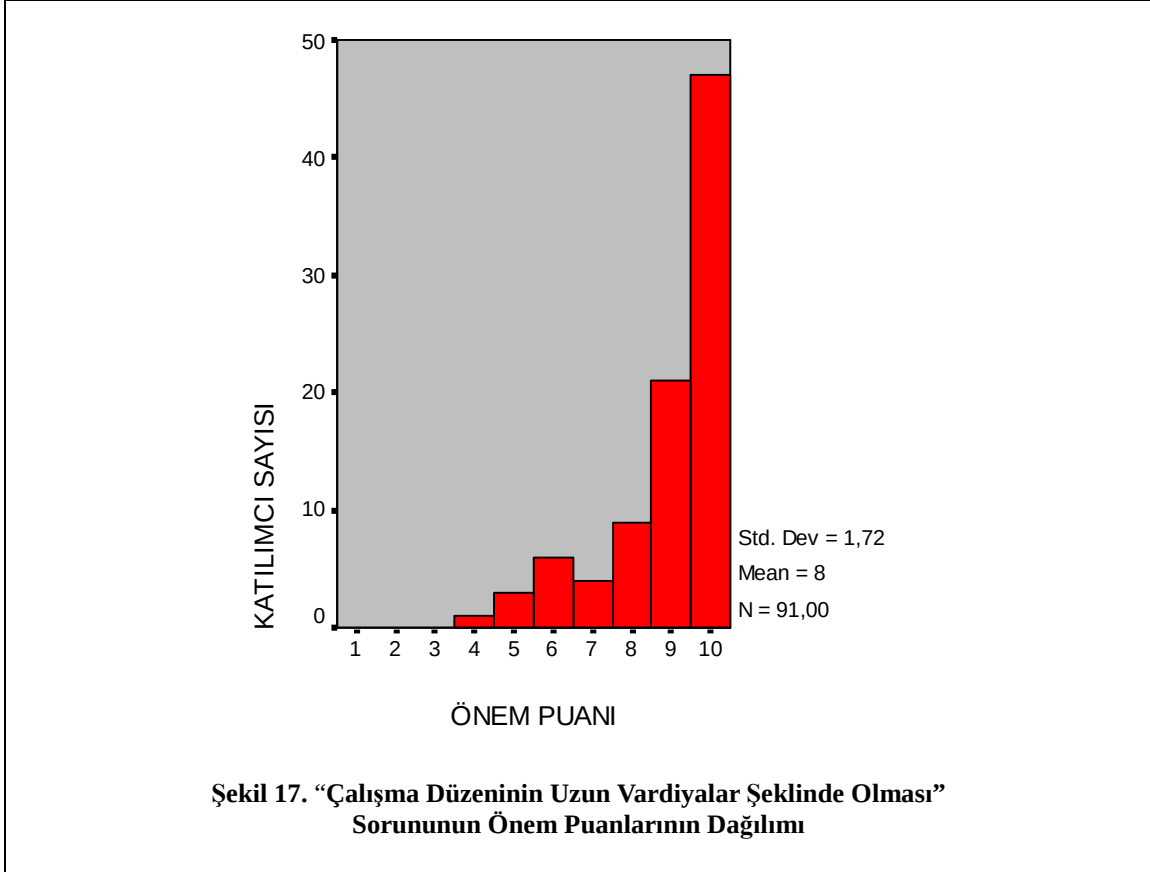
Katılımcıların “yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 29 kişi “10” puan, 17 kişi “9” puan, dokuz kişi “8” puan, 10 kişi “7” puan, yedi kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, üç kişi “4” puan, beş kişi “3” puan, üç kişi “2” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 78’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,58 \pm 2,62$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 16’da verilmiştir.



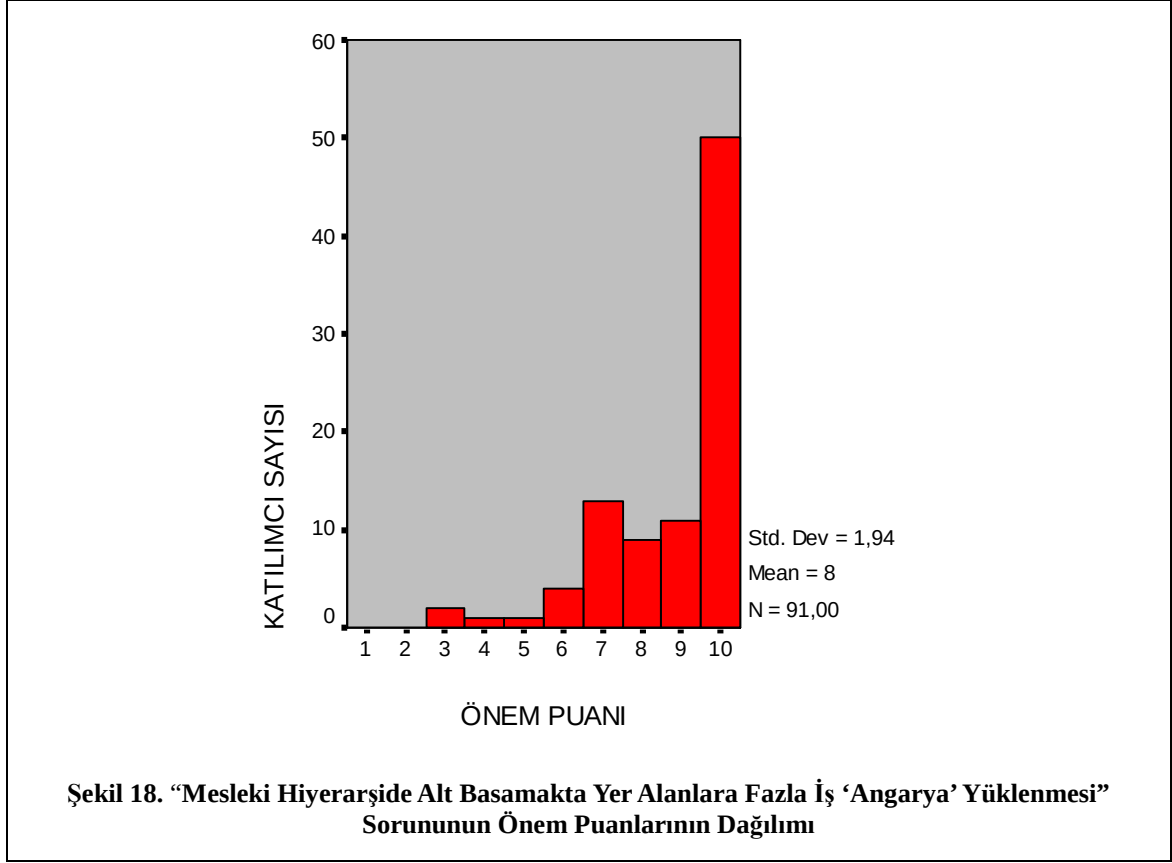
Katılımcıların “hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 32 kişi “10” puan, 25 kişi “9” puan, dokuz kişi “8” puan, altı kişi “7” puan, altı kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, iki kişi “4” puan, dört kişi “3” puan, bir kişi “1” puan, şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 84’tür. Sorunun önem puanı ortalaması $8,20 \pm 2,14$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 17’de verilmiştir.



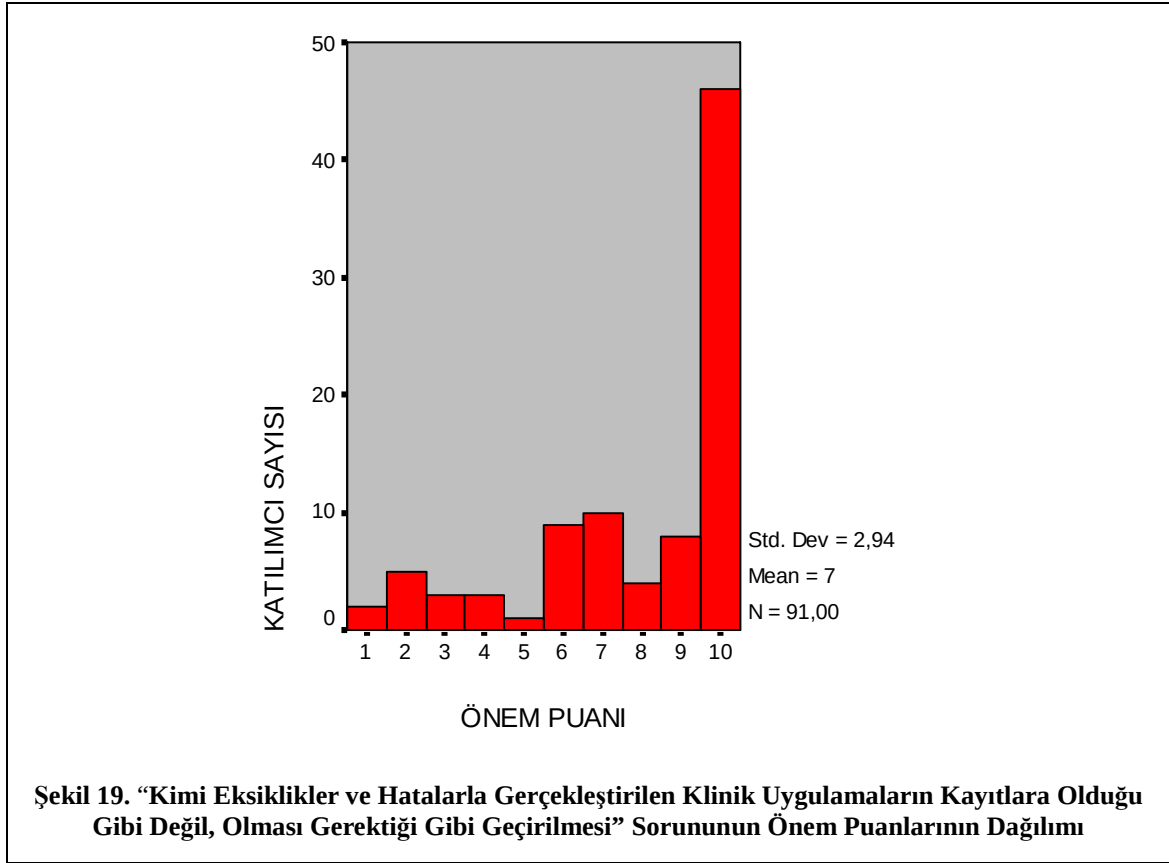
Katılımcıların “çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 24 kişi “10” puan, 23 kişi “9” puan, 21 kişi “8” puan, dokuz kişi “7” puan, dört kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, üç kişi “4” puan, bir kişi “3” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 87’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $8,21 \pm 1,72$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş ‘angarya’ yüklenmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 18’de verilmiştir.



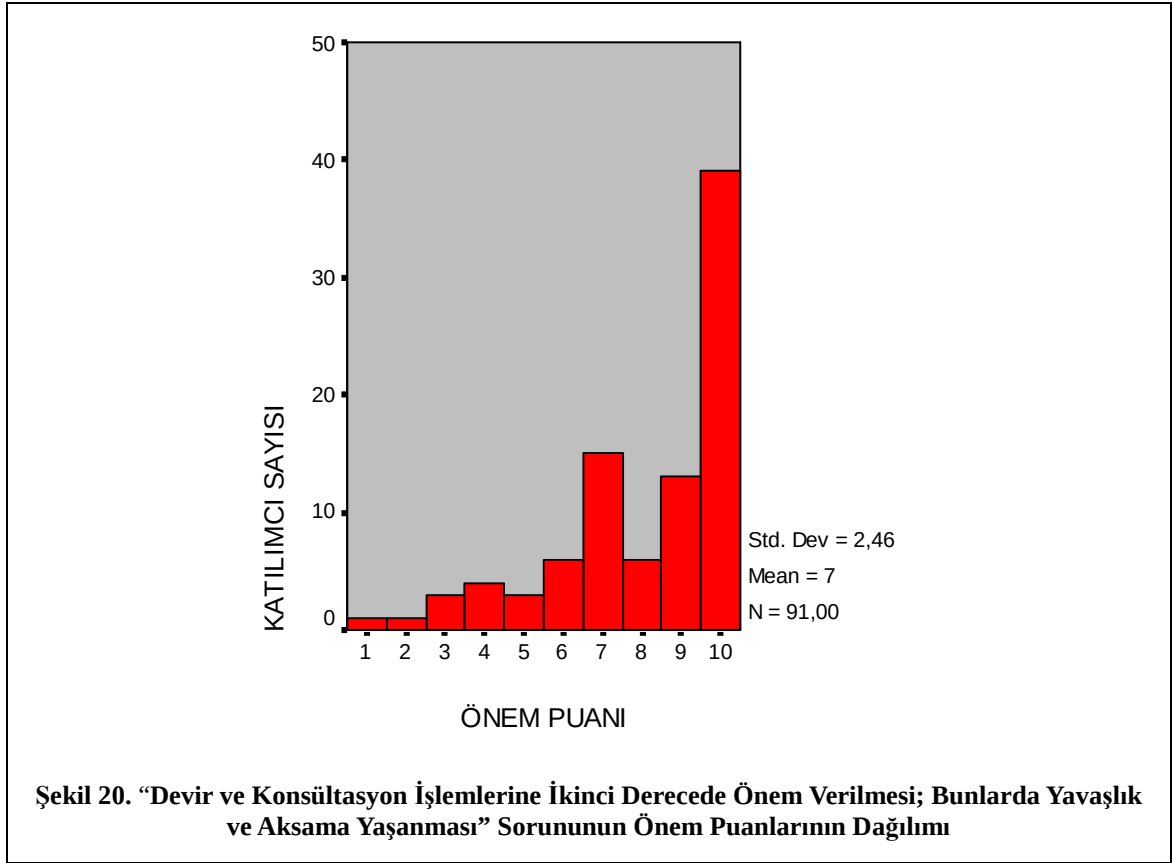
Katılımcıların “mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş ‘angarya’ yüklenmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 26 kişi “10” puan, 24 kişi “9” puan, 11 kişi “8” puan, dokuz kişi “7” puan, 13 kişi “6” puan, dört kişi “5” puan, bir kişi “4” puan, bir kişi “3” puan, iki kişi “2” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 87’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $8,09 \pm 1,93$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 19’de verilmiştir.



Katılımcıların “kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 27 kişi “10” puan, 19 kişi “9” puan, sekiz kişi “8” puan, dört kişi “7” puan, 10 kişi “6” puan, dokuz kişi “5” puan, bir kişi “4” puan, üç kişi “3” puan, üç kişi “2” puan, beş kişi “1” puan, iki kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 77’dir. Sorunun önem puanı ortalaması $7,27 \pm 2,94$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların “devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması” sorununa verdikleri önem puanlarının dağılımı Şekil 20’de verilmiştir.



Katılımcıların “devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması” sorununa verdiği önem puanlarının dağılımı; 19 kişi “10” puan, 20 kişi “9” puan, 13 kişi “8” puan, altı kişi “7” puan, 15 kişi “6” puan, altı kişi “5” puan, üç kişi “4” puan, dört kişi “3” puan, üç kişi “2” puan, bir kişi “1” puan, bir kişi “0” puan şeklindedir. Önem puanı “5” ve üzeri olan katılımcı sayısı 79’dur. Sorunun önem puanı ortalaması $7,33 \pm 2,45$ olarak bulunmuştur.

4.3. Etik Sorunların Karşılaşılma Sıklıklarının ve Önem Puanlarının Toplu Olarak Karşılaştırılması

Bu bölümde, veri toplama formunda ifade edilen 20 durum ile katılımcıların karşılaşma sıklıkları ve bunlara verdikleri önem puanı ortalamaları yer almaktadır. Katılımcıların etik sorunlarla karşılaşma durumlarının dağılımı, karşılaşan ve karşılaşmayan olarak iki başlık altında gruplanmıştır. En sık rastlanan ifadeden, en nadir rastlanan ifadeye doğru ilerleyen bir sıra içinde Çizelge 6’da gösterilmiştir.

Çizelge 6. Katılımcıların Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumları (n:91)					
Sıra	Sorun	Karşılaşan		Karşılaşmayan	
		n	%	N	%
1.	Hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi	86	94,5	5	5,5
2.	Mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş “angarya” yüklenmesi	84	92,3	7	7,7
3.	Çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması	83	91,2	8	8,8
4.	Yarar sağlama adına (umbilikal ven kateterizasyonu gibi) yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması	81	89,0	10	11,0
5.	Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması	73	80,2	18	19,8
6.	Yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması	69	75,8	22	24,2
7.	Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması	65	71,4	26	28,6
8.	Kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması	57	62,6	34	37,4
9.	Kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi	56	61,5	35	38,5
10.	Taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi	55	60,4	36	39,6
11.	Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi	54	59,3	37	40,7
12.	Bebeğin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması	52	57,1	39	42,9
13.	Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması	52	57,1	39	42,9
14.	Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi	51	56,0	40	44,0
15.	Kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi “özel” kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması	49	53,8	42	46,2
16.	Kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi	47	51,6	44	48,4
17.	Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması	34	37,4	57	62,6
18.	Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması	26	28,6	65	71,4
19.	Yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi	19	20,9	72	79,1
20.	Aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması	10	11,0	81	89,0

Katılımcıların etik sorunlarla karşılaşma durumlarının dağılımlarına bakıldığında % 94,5'inin "hekim tarafından yerine getirilmesi gereken uygulamaların hemşirelere devredilmesi", % 92,3'ünün "mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş 'angarya' yüklenmesi", % 91,2'sinin "çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması", % 89'unun yarar sağlama adına yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması", % 80,2'sinin "devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması" sorunu ile karşılaştıkları görülmektedir.

Yukarıda sıralanmış olan en sık rastlanan beş soruna karşılık en seyrek rastlanan beş sorun ise, % 53,8 ile "kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi 'özel' kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması", % 51,6 ile "kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi", % 37,4 ile "yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması", % 28,6 ile "ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması", % 20,9 ile "yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi" şeklindedir.

Katılımcıların sorunlara verdikleri önem puanı ortalamaları, en yüksek puandan en düşüğe doğru ilerleyen bir sıra halinde Çizelge 7’de yer almaktadır.

Çizelge 7. Katılımcıların Önem Puanı Ortalamaları		
Sıra	Sorun	Ortalama $\pm$ SD
1.	Aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması	8,41 $\pm$ 2,60
2.	Yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi	8,34 $\pm$ 2,10
3.	Çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması	8,21 $\pm$ 1,72
4.	Hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi	8,20 $\pm$ 2,14
5.	Mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş “angarya” yüklenmesi.	8,09 $\pm$ 1,93
6.	Yarar sağlama adına (umbilikal ven kateterizasyonu gibi) yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması	7,90 $\pm$ 2,31
7.	Kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması	7,90 $\pm$ 2,29
8.	Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması	7,85 $\pm$ 2,34
9.	Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması	7,79 $\pm$ 2,59
10.	Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi	7,59 $\pm$ 2,59
11.	Yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması	7,58 $\pm$ 2,62
12.	Bebeğin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması	7,44 $\pm$ 2,40
13.	Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması	7,43 $\pm$ 2,76
14.	Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması	7,42 $\pm$ 2,48
15.	Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi	7,41 $\pm$ 2,32
16.	Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması	7,33 $\pm$ 2,45
17.	Kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi	7,27 $\pm$ 2,93
18.	Taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi	7,27 $\pm$ 2,72
19.	Kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi “özel” kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması	7,23 $\pm$ 2,63
20.	Kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi	6,97 $\pm$ 2,74

Katılımcıların etik sorunlara verdikleri önem puanı ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek ilk beş sorun ve önem puanı ortalamaları; “aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması” için 8,41 $\pm$ 2,60; “yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi” için 8,34 $\pm$ 2,10; “çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması”

sorusu için $8,21 \pm 1,72$; “hekim tarafından yerine getirilmesi gereken uygulamaların hemşirelere devredilmesi” sorunu için $8,20 \pm 2,14$; “mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş ‘angarya’ yüklenmesi” için $8,09 \pm 1,93$ şeklinde sıralanmıştır. Puan ortalaması en düşük beş sorun ise, $7,33 \pm 2,45$ ile “devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması” $7,27 \pm 2,93$ ile “kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi”, $7,27 \pm 2,72$ ile “taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi”, $7,23 \pm 2,63$ ile “kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi ‘özel’ kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması” ve $6,97 \pm 2,74$ “kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” şeklinde sıralanmıştır.

4.4. Alt Gruplar Özelinde Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumu ve Önem

Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların cinsiyetlerine, çalıştıkları hastanelere, mezuniyet düzeylerine göre ayrıldıkları alt gruplar karşılaştırıldığında, grupların sorunlarla karşılaşma sıklıkları ve sorunlara verdikleri önem puanları arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunan ifadeler tablolar halinde sunulmuştur

Farklı cinsiyetten katılımcıların karşılaşma sıklıkları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunan durumlar Çizelge 8’de verilmiştir.

Çizelge 8. Katılımcılardan Etik Sorunlarla Karşılaşanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (istatistik anlam değeri $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.)						
Sorun	Erkek		Kadın		χ^2	p
	(22)	%	(69)	%		
Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması.	21	95,5	44	63,8	8,207	0,002
Bebegin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması.	5	22,7	34	49,3	4,801	0,024
Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması.	14	63,6	25	36,2	5,116	0,022
Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi.	14	63,6	23	33,3	6,349	0,012
Taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi.	15	68,2	21	30,4	9,941	0,002

Farklı cinsiyetten katılımcıların karşılaşma oranları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunan beş sorun vardır.

“Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerinin dışında bırakılması” sorunuyla karşılaşan erkek katılımcıların oranı % 95,5 (21 kişi), kadın katılımcıların oranı % 63,8’dir (44 kişi). Farklı cinsiyetten katılımcıların bu sorunla karşılaşma oranları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,002$).

“Bebegin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması” sorunuyla karşılaşan erkek katılımcıların oranı % 22,7 (5 kişi), kadın katılımcıların oranı % 49,3’tür (34 kişi). Farklı cinsiyetten katılımcıların bu sorunla karşılaşma oranları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,024$).

“Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması” sorunuyla karşılaşan erkek katılımcıların oranı % 63,6 (14 kişi), kadın katılımcıların oranı % 36,2’dir (25 kişi). Farklı cinsiyetten katılımcıların bu sorunla karşılaşma oranları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,012$).

“Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorunuyla karşılaşan erkek katılımcıların oranı % 63,6 (14 kişi), kadın katılımcıların oranı % 33,3’tür (23 kişi). Farklı cinsiyetten katılımcıların bu sorunla karşılaşma oranları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,012).

“Taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi” sorunuyla karşılaşan erkek katılımcıların oranı % 68,2 (15 kişi), kadın katılımcıların oranı % 30,4’tür (21 kişi). Farklı cinsiyetten katılımcıların bu sorunla karşılaşma oranları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,002).

Katılımcıların etik sorunlarla karşılaşma durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı Çizelge 9’da verilmiştir.

Çizelge 9. Katılımcıların Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumlarının Çalışılan Hastanelere Göre Dağılımı (istatistik anlam değeri $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.)						
Sorunlar	Balçalı Hastanesi		Metro Hastanesi		χ^2	p
	n	%	n	%		
Yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi.	26	68,4	46	86,8	4,522	0,032
Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerinin dışında bırakılması.	14	36,8	51	96,2	38,243	0,000
Bebeğin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması.	21	55,3	18	34,0	4,100	0,035
Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi	26	68,4	14	26,4	15,852	0,000
Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması.	8	21,1	31	58,5	12,667	0,000
Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi.	7	18,4	30	56,6	13,373	0,000
Kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi.	21	55,3	14	26,4	7,782	0,005
Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması.	14	36,8	4	7,5	11,970	0,001

Katılımcıların etik sorunlarla karşılaşma durumlarından, çalışılan hastanelere göre dağılımında istatistik açıdan anlamlı fark gösterenlere bakıldığında Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 68,4'ü (26 kişi), Metro Hastanesi'nde çalışanların % 86,8'i (46 kişi) “yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi” sorunu ile karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir ($p<0,032$).

“Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 36,8'i (14), Metro Hastanesi'nde çalışanların % 96,2'i (51 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir ($p=0,000$).

“Bebeğin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 55,3'ü (21 kişi), Metro Hastanesi'nde çalışanların % 34,0'ı (18 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir ($p=0,035$).

“Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 68,4'ü (26 kişi), Metro Hastanesi'nde çalışanların % 26,4'ü (14 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir ($p=0,000$).

“Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 21,1'i (8 kişi), Metro Hastanesi'nde çalışanların % 26,4'ü (14 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir ($p=0,000$).

“Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 18,4'ü (7 kişi), Metro Hastanesi'nde çalışanların % 56,6'sı (14 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir ($p=0,000$).

“Kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi'nde çalışanların % 55,3'ü (21 kişi),

Metro hastanesinde çalışanların % 26,4'ü (14 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir (p=0,005).

“Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi’nde çalışanların % 36,8’i (14 kişi), Metro Hastanesi’nde çalışanların % 7,5’i (4 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir (p=0,001).

Katılımcıların etik sorunlarla karşılaşma durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı Çizelge 10’da verilmiştir.

Çizelge 10. Katılımcıların Etik Sorunlarla Karşılaşma Durumlarının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı (istatistik anlam değeri $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.)						
Sorunlar	SML		Lisans		χ^2	p
	n	%	n	%		
Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması.	26	86,7	39	63,9	5,092	0,019
Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması.	23	76,7	34	55,7	3,764	0,042

Etik sorunlarla karşılaşma durumlarının mezun olunan okullara göre dağılımında istatistik açıdan anlamlı fark gösterenlere bakıldığında, SML mezunlarının % 86,7’si (26 kişi), lisans mezunlarının % 63,9’u (39 kişi) “ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması” sorunu ile karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir (p=0,019).

“Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması” sorununa verilen cevapların dağılımına bakıldığında, SML mezunlarının % 76,7’si (23 kişi), lisans mezunlarının % 55,7’si (34 kişi) karşılaştıkları yönünde görüş belirtmiştir (p=0,042).

Katılımcıların etik sorunlar için verdiği önem puanlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı Çizelge 11’de verilmiştir.

Çizelge 11. Katılımcıların Önem Puanı Ortalamalarının Hastanelere Göre Dağılımı (istatistik anlam değeri $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.)				
Sorunlar	Balcalı Hastanesi	Metro Hastanesi	T	p
	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD		
Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi.	8,26 $\pm$ 2,27	6,79 $\pm$ 2,18	3,119	0,002
Kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemeden tek kriterin kliniğe geliş sırası olması.	8,95 $\pm$ 1,31	7,15 $\pm$ 2,55	3,983	0,000
Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması.	8,32 $\pm$ 2,18	6,62 $\pm$ 2,42	3,428	0,001

Etik sorunlara verilen önem puanlarından hastanelere göre dağılımında istatistik açıdan anlamlı fark gösterenlere bakıldığında; “Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin, ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi” sorunu için Balcalı Hastanesi ortalamasının 8,66 $\pm$ 2,08 puan, Metro Hastanesi ortalamasının 7,36 $\pm$ 2,330 puan olduğu görülmektedir ($p=0,002$).

“Kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemeden tek kriterin kliniğe geliş sırası olması” sorununun önem puanı ortalamalarının hastanelere göre dağılımına bakıldığında ise, Balcalı Hastanesi için 8,95 $\pm$ 1,31 puan, Metro Hastanesi için 7,15 $\pm$ 2,55 puan olduğu görülmektedir ($p=0,000$).

“Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması” sorununun önem puanı ortalamalarının hastanelere göre dağılımına bakıldığında ise; Balcalı Hastanesi için 8,32 $\pm$ 2,18 puan, Metro Hastanesi için 6,62 $\pm$ 2,42 puan olduğu görülmektedir ($p=0,001$).

Katılımcıların etik sorunlar için verdiği önem puanlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı Çizelge 12’de verilmiştir.

Çizelge 12. Katılımcıların Önem Puanı Ortalamalarının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı (istatistik anlam değeri $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.)				
	SML	Lisans	t	p
	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD		
Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması.	8,63 $\pm$ 1,71	7,38 $\pm$ 2,86	2,216	0,029
Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması.	8,23 $\pm$ 2,03	7,03 $\pm$ 2,99	1,981	0,050
Aydınlatılmış onam formlarına imza alınması.	9,30 $\pm$ 1,58	7,97 $\pm$ 2,89	2,353	0,021

Etik sorunlara verilen önem puanlarından mezun olunan okula göre dağılımında istatistik açıdan anlamlı fark gösterenlere bakıldığında “ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması” sorunu için SML mezunları ortalamasının 8,63 $\pm$ 1,71 puan, lisans mezunları ortalamasının 7,38 $\pm$ 2,86 puan olduğu görülmektedir. ($p=0,029$).

“Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması” sorununun önem puanı ortalamalarının mezun oldukları okullara göre dağılımına bakıldığında ise, SML mezunları için 8,23 $\pm$ 2,03 puan, lisans mezunları için 7,03 $\pm$ 2,99 puan olduğu görülmektedir ($p=0,050$).

“Aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması” sorununun önem puanı ortalamalarının mezun oldukları okullara göre dağılımına bakıldığında ise, SML mezunları için 9,30 $\pm$ 1,58 puan, lisans mezunları için 7,97 $\pm$ 2,89 puan olduğu görülmektedir ($p=0,021$).

4.5. Veri Toplama Formundaki Soru-Eleştiri-Görüş Bölümü

Veri toplama formunun üçüncü bölümü olarak düzenlenen, katılımcıların soru-eleştiri-görüş niteliğinde açık uçlu ifadeleri için ayrılmış kısım hiçbir katılımcı tarafından doldurulmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu ana bölümde, araştırmanın bulguları özerklik ve aydınlatılmış onam, yarar – zarar dengesi, adil olma ilkesi ile yönetsel süreçler ve kural ihlalleri şeklinde dört tematik grup halinde tartışmaya açılmıştır.

5.1. Yenidoğan Etiğinde Özerklik ve Aydınlatılmış Onam

Çağdaş tıbbın kuvvetle benimsediği bir temel ilke olan özerlik ve özerkliğe saygı gösterme, tıbbın ve dolayısıyla tıp etiğinin gündemine görece yakın geçmişte girmiştir. Çağdaş toplum yapısının ve birey anlayışının bir ürünü olan bu ilkenin tıp pratiklerindeki karşılığı aydınlatılmış onam olarak karşımıza çıkmaktadır (31,33,35). Yenidoğan tıbbi özelinde hastanın yeterliliğinin bulunmaması nedeniyle onun adına karar veren ailesinin özerkliği, aydınlatılması, onam vermesi söz konusu olmaktadır. Yürütülen tıbbi etkinliklerin doğası gereği izole ortamlar olan YDYB ünitelerinde çoğu zaman kritik kararların süratle alınması gerekmekte, aileye ulaşma, aileyle görüşme zorluğu ekibin inisiyatif kullanması sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Öte yandan yenidoğan dönemi tıbbi sorunlarının karmaşıklığı ve yapılan müdahalelerin uzun vadede pek çok etkisinin olması ailelerin bilgilenmesini zorlaştırmakta ve karar sorumluluğunu yüklenmekten kaçınmasına yol açmaktadır. Yoğun ve gerilimli çalışma düzeni güçlü bir entegrasyon-koordinasyon gerektirmekte bunu sağlamak için hiyerarşik yapılanmanın pekiştirilmesi ekip üyelerinin mesleki özerkliğiyle ilgili sorunların yaşanmasına uygun bir zemin hazırlamaktadır (51).

Aydınlatılmış onam kavramı ve uygulaması özerklik ve özerkliğe saygı ilkesinin ve hatta genel olarak tıp etiğinin ve tıbbın gündelik yaşamındaki en görünür yansımasıdır (31,44,47). Klinik süreçlerin rutin işleyişine böylesine kuvvetle nüfuz etmesi, tıp çevrelerinde yaygın biçimde bilinmesi ve benimsenmesi, aydınlatılmış onamın sağlık hukukunun da önemli bir unsuru olmasından kaynaklanmaktadır. Bir yandan aydınlatılmış onamın sağlık hukukundaki daha açık bir ifadeyle tıbbi süreçlerin yargıya taşınması durumlarındaki kritik öneminden dolayı tıp çevreleri tarafından bilinip benimsenmesi diğer yandan aynı çevrelerde tıp etiğini aydınlatılmış onama

indirgeyen bir anlayışın yaygın kabul görmesi paradoksal veya ironik olarak nitelendirilebilir. Vahim olarak nitelenebilecek diğer bir durum ise aydınlatılmış onamın benimsenmişliğinin tıp çevreleri tarafından neredeyse sadece uygulamasının yapmasıyla sınırlı tutulması; zihni benimsenmişlik bağlamında içselleştirmenin-kendine mal etmenin ise ihmal edilmiş olmasıdır. Bu durumda uygulama da düşünsel alt yapısından uzaklaşıp basit bir formalite haline gelmekte; aydınlatılmış onam “aydınlatılmış onam formu”ndan ibaret kalmaktadır (33,92).

Araştırmamızın katılımcılarının hem aydınlatılmış onam formlarının imzalatılmasının unutulması gibi bir sorunu çok önemli bulması hem de bu sorunla çok az karşılaşması bu formlar konusunda gösterilen titizliği açıkça göstermektedir. Aydınlatılmış onam formlarının imzalatılması, klinik tıp çevreleri tarafından çok önemsenmekle ve dikkate değer bir etik sorun kabul edilmekle birlikte kuramsal tıp etiği açısından sorun olduğu tartışmaya açık bir konudur. Nitekim literatürde yer alan formlarla ilgili araştırmalarda ve kuramsal çalışmalarda “imza sorunu”na değinilmemekte; formlar dil, bilgi içeriği, geri bildirim mekanizması, bilginin kalıcılığı gibi yönlerden değerlendirilmektedir (31,37,93,94). Perinatolojide aydınlatılmış onamın önemini vurgulayan çalışmalarda formların imzalanmasının tıbbi bürokrasinin bir gereğinden ibaret sayılması dikkate değerdir (94,95).

Hem düşünsel temelleri hem de pratik gerçekleştirilebilirliği açısından aydınlatılmış onamın tek-özel-somut bir tıbbi müdahale için olması ve o müdahalenin hemen öncesinde alınması esastır. Klinik sürecin farklı aşamalarında gerçekleştirilmesi öngörülen farklı müdahaleler için başlangıçta genel-toplu bir aydınlatılmış onam alınması bilgi ve olasılık fazlalığı nedeniyle pratik açıdan çok zor olmanın ötesinde hukuk ve etik çerçevelerinde de anlamsızdır (34,96). Araştırmamızın katılımcılarının yapılabilecek tüm işlemler için tek seferde onam alınmasını önemli bir sorun olarak nitelemeleri ve bu durumla oldukça sık karşılaşmaları söz konusudur. Bu tablo aydınlatılmış onamın yaygın biçimde yürütülen bir uygulama ancak üzerinde fazla düşünülmeyen bir konu olduğu yönündeki tespitimizi kuvvetlendirmektedir.

Aydınlatılmış onam, kavram olarak aydınlatma ve onam alma gibi birleşmiş-bütünleşmiş iki unsurdan oluşmakta; uygulama olarak ise bilgi aktarılması ve karar oluşturulması gibi iki aşamada gerçekleşmektedir. Söz konusu iki unsurun birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi de olanaklıdır. Bu bağlamda aydınlatma başka bir

deyişle bilgilendirme başlı başına bir tıp etiği ilkesi olarak nitelendirilebilir (34,47,96). Çağdaş tıp etiği çerçevesinde uygun görülen yaklaşım, karar almanın söz konusu olmadığı durumlarda da klinisyenlerin var olan tıbbi tablo ve öngörülen ilerleyiş konusunda hastalarla ve hasta yakınlarıyla bilgi paylaşımında bulunmasıdır. Onam alma ise tıbbi uygulamalara meşruiyet kazandıran temel uygulama olup alınmaması ya da aydınlatma yapılmaksızın alınması ise günümüz tıbbında kabul görmemektedir (34,42,47).

Araştırmanın katılımcılarının aydınlatma ve onam alma konularındaki iki ifadeye yönelik değerlendirmeleri aydınlatmaya daha fazla önem verdiklerini ve bu konuda daha az sorun yaşandığını göstermektedir. Koşulları ve doğası gereği paternalizme yatkın bir alan olan yenidoğan tıbbında aydınlatma aşamasının daha önemli kabul edilmesi, ön plana çekilmesi birçok otorite tarafından da benimsenmiş bir yaklaşımdır (79,97-106,127). Aydınlatma hastanın veya yakınının onam vererek ya da seçim yaparak katılacağı karar süreçlerinden ayrı-bağımsız olarak da anlamlı-önemli bir uygulamadır. Sadece öngörülen işlemler değil mevcut durum, bu duruma nasıl gelindiği ve ileride ne gibi gelişmelerin beklendiği de aydınlatma kapsamında yer almaktadır.

Veri toplama formunda, özerkliğe saygı-aydınlatılmış onam grubunda yer alan ifadelerden ikisi yenidoğanın ailesi ile YDYB ekibi arasında hastanede kalmanın sürmesi-sürmemesi konusunda yaşanabilecek görüş ayrılıkları hakkındadır. Araştırmamızın katılımcılarının ailelerin tıbben uygun olmayan taburculuk talepleri ile sık karşılaşmaları bu konudaki genel gözlemlerimizi doğrulamaktadır. Söz konusu taleplerin etik sorun olarak görülmemesi ise sık karşılaşmanın yarattığı bir duyarlılık körelmesi olarak değerlendirilebileceği gibi taleplerin genel olarak reddedilmesine de bağlanabilir. Önem puanları karşılaştırıldığında Ailelerin YDYB ünitesinin işlevini ve işleyişini tam olarak anlayamamaları, bebekle ilgili karmaşık duygulara ve kaygılara kapılmaları, tedavi sürecinin aktif bir parçası olamamaktan ötürü çaresizliğe ve ümitsizliğe düşmeleri ekiple çatışmalarına zemin hazırlamaktadır (42).

Tıbbın biyomedikal boyutu kadar önemli bir de medikososyal boyutu olduğunu göz önüne alarak YDYB ekibinin hasta yakınlarını bilgilendirmek ve bunun ötesinde onların duygu durumunu yönetmek, onlarla sağlam bir güven ilişkisi kurmak gibi ikincil görevleri de bulunduğunu söylemek olanaklıdır. Bilgi aktarımı bu olumlu yaklaşımlar silsilesinin ilk ve en önemli unsurudur. Araştırmalar da ailelerin bilgi alma ve sürece

dahil olma beklentilerini vurgulamakta ve YDYB ekibi ile kuracakları güven ilişkisinin bu beklentinin karşılanmasına bağlı olduğunu belirtmektedir (30,107).

5.2. Yenidoğan Etiğinde Yarar-Zarar Dengesinin Oluşturulması

Genellikle birlikte gündeme gelen yarar sağlama-zarar vermeme ilkeleri kadim zamanlardan günümüze kadar tıp etiğinin adeta omurgasını oluşturmuştur. Tıbbi uygulamaların esas amacı ihtiyacı olan hasta bireye sağlığını geri kazandırmak ve herkesin sağlığını sürdürmesini sağlamaktır (31,44,47). Günümüzün tıp sistemi yarar sağlamaya odaklanmış ve bunu gerçekleştirirken olabildiğince ergonomik düzenekler kurmayı ve yüksek teknolojik donanımları kullanmayı benimsemiştir. Biyomedikal teknoloji, çeşitli müdahaleler için özel araç-gereç üreterek tıbbın ilerlemesine ciddi bir katkı sağlamanın yanı sıra piyasa ekonomisinin etkisiyle de türlü kalitelerde ve geniş yelpazede bir ürün pazarı oluşturmuştur.

YDYB ünitelerinde yüksek teknoloji ürünü donanım orta düzeyde kullanılmakta, gerek bu donanımın kullanımı gerekse birim işleyişi ile ilgili diğer uygulamaların gerçekleştirilmesi nitelikli personelin dikkatle-özenle çalışmasını gerektirmektedir. Kullanıcı hatalarının yanı sıra bizatihi kullanılan donanım da kimi zaman doğası gereği kimi zaman ise yeterince kaliteli olmamaktan dolayı zarara yol açabilmektedir. Öte yandan yenidoğan döneminde biyolojik dengelerin çok hassas ve farklı yönlerde kolaylıkla bozulabilir olması söz konusudur. Yenidoğana yönelik yoğun bakım uygulamalarının çoğu invaziv karakter taşımakta düşük olasılıklı yararı sağlayabilmek adına belli bir sınıra kadar zarar göze alınmaktadır. Tüm bunların bir araya gelişi riskleri arttırmakta, komplikasyon olasılıklarını yükseltmekte ve her türlü hataya düşmeyi kolaylaştıran bir zemin oluşturmaktadır. Dolayısıyla yenidoğan tıbbında yarar-zarar dengesinin kurulması ve sürdürülmesi de kendine özgü güçlükler arz etmektedir (2).

Kimi yüksek riskli uygulamaların gerçekleştirilmesi; yarar sağlayabilmek adına zarar vermenin göze alınması araştırmamızın katılımcılarının sık karşılaştığı ve etik sorun olarak önemsedığı bir durumdur. Hipokrat geleneğinin zarar vermemeyi öncelemesi ile çağdaş tıbbın telafi edebileceğini varsayarak riskleri göze alan yaklaşımını benimsemesi arasındaki tezat sağlık profesyonellerine ister istemez

tereddüde düşme, ikilemle yüzleşme deneyimi yaşatmaktadır. Yarar-zarar bilançosunun çıkartılması-dengelenmesi, uygulamanın yanı sıra üzerinde uygulama yapılacak yenidoğanın da kendine özgü niteliklerinin göz önünde tutulmasını gerektirmekte; buradaki karar süreci düşünsel olmaktan çok medikal bir karakter arz etmektedir.

YDYB ünitelerinde yaşanan yarar sağlama-zarar vermeme ilkeleri ile bağlantılı etik sorunlar, eldeki tek ya da seçenekli müdahale olanağının yarar sağlama potansiyeli ile zarar verme riskini değerlendirme-dengeleme şeklinde olabildikleri gibi etkili müdahaleden yana olanaksızlık zemininde de ortaya çıkabilmektedir. Yaşamla bağdaşmayan ağır anomalisi olan yenidoğanlar tam da bu nitelikte sorunlara yol açmakta; bu gruba yönelik birbirine zıt yaklaşımlar farklı tereddütler uyandırmaktadır.

Söz konusu yaklaşımlardan biri kaçınılmaz sonu geciktirmemek adına asgari düzeyde bakım ve destek vermek, ikincil sorunları tedavi etmekten uzak durmak, arrest halinde canlandırma yapmamaktır (108). Bu yaklaşım yenidoğanı hem hastane koşullarında tutup hem de hastane olanaklarından yoksun bırakması bakımından tutarsız olarak nitelemek olanaklıdır (38). Giderilemeyen sağlık sorununa bağlı olarak ölmenin bir tür kurtuluş olduğu kabulünden hareketle sadece temel yaşam desteği vermekle yetinme bağlamında palyatif yaklaşım söz konusudur. Palyatif bakım için uluslararası temel prensipler belirlenmiş olmakla birlikte her ülkenin sosyokültürel, ekonomik, etik ve yasal özelliklerinin göz önünde tutularak uyarlama yapması önerilmektedir (30,109). Ölümcül hastalara palyatif bakımın verildiği kurum olan hospislerin yenidoğanlara hitap etmemesi, ağır anomali özelindeki sorunlu durumun YDYB ünitesinde yaşanmasına neden olmaktadır (39,110). Araştırmamızın katılımcıları böyle bir etik sorunu orta derecede önemli bulmakta ancak onunla çok nadir karşılaştıklarını ifade etmektedir.

İkinci yaklaşım ise gerçekçi olmayan bir iyimserlikle birimin bütün olanaklarını seferber etme geçici ve kısmi başarıları hedefleme; yaşamın kalitesini dikkate almaksızın süresini uzatmaya çalışmadır. Genel gözlemler bu ikinci yaklaşımın ülkemiz ölçeğinde belirgin biçimde daha fazla benimsendiğini göstermektedir. Nitekim araştırmamızın karşılaşma sıklıkları ile ilgili bulgusu da bu yöndedir. Nihai sonuca varma olasılığı bulunmaması bakımından ağır anomalili yenidoğana uygulanan tedavileri “nafile” şeklinde nitelemek olanaklıdır. Nafile tedaviler etik bağlamında genellikle onaylanmayan-desteklenmeyen yaklaşımlardır; tıp mesleklerinin etik kodları hastaya zarar verecek veya yarar sağlamayacak uygulamaları reddetmektedir

(62,111,112). Ancak kimi duygusal, geleneksel, yasal unsurlar (acıma, umudun tükenmemesi, çaresizliğe isyan; tıbbın şifa verme arayışından vazgeçmeme ve toplumun akla değilse de inanca dayalı olarak beklentisini sürdürme alışkanlıkları; yaşam desteğini kesmenin malpraktis isnadıyla yargıya intikal etme olasılığı) nafile tedavilere yönelmeyi desteklemektedir (6). Araştırmamızın katılımcıları bu yaklaşımı orta düzeyde önemli bir etik sorun olarak değerlendirmektedir. Bu değerlendirme nafile tedavinin tam anlamıyla içe sinmese bile yapılmasını uygun bulan bir anlayışı göstermektedir.

Kimi rutinleşmiş uygulama ve yaklaşımların tıbbi ekip tarafından işleyişin doğal akışının üzerinde düşünmeyi gerektirmeyen bir parçası olarak algılanması, bunların çok yaygın olmasıyla yakından ilgilidir. Üzerlerinde düşünme konusu edilmemeleri bu uygulamaların ve yaklaşımların zaman içinde otomatik bir hale gelmesine ve bu bağlamda etik boyutlarının ihmale uğramasına yol açmaktadır. Bu durum özellikle kliniği ağır ve prognozu kötü hastalarda ortaya çıkmakta; otomatizma çerçevesinde yapılanlar yarar sağlayamadıkları gibi zarara da yol açabilmektedir. YDYB ünitelerinde sıklıkla karşılaşılan yaşamla bağdaşmayan-ağır anomalisi olan bebeğe ileri yaşam desteği verilmesi böylesi bir durumdur. Araştırmamızın katılımcıları ölme sürecinin uzadığı, yapılan uygulamaların nafile tedavi niteliği kazandığı bu durumla sık karşılaştıklarını ancak onu fazla önemsemediklerini belirtmiştir.

Net-kesin sonuca varma olasılığı olmayan düşünme süreçlerinin özellikle pratik işlerle ilgilenen kişiler tarafından cazip bulunmadığı hatta onlarda uzak durma eğilimi uyandırdığı söylenebilir. Yenidoğana yönelik nafile tedavi konusunda da durum böyledir. Burada bir tür düşünme tembelliğinden veya korkusundan söz edilebileceği gibi düşüncesini hayata geçiremeyeceğini bilmekten kaynaklanan bir düşünmeme seçimi olduğu da öne sürülebilir. Türkiye ölçeğinde kritik tıbbi tedaviyi sonlandırma, yaşam destek ünitesinden ayırma, tedavisizlik gibi uygulamalar belli oranda akademik tartışma konusu edilmekle birlikte yaşama geçirilmeleri sağlık camiasının gündeminde yer almamakta; meşruiyet kazanmalarını talep eden bir inisiyatif bulunmamaktadır. Kuşkusuz konuyla ilgili araştırmaların akademik ortamlarla sınırlı kalmayıp ilgili makamlara ve kitlelere ulaştırılması üzerinde düşünülmüş, güncel düzenlemelerin oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

Konuyla ilgili literatür incelendiğinde yaşama saygı ilkesine mutlak bir bağlılık gösterilmesi gerektiğini savunan kuramsal çalışmaların yanı sıra yenidoğan birimi

hekimleri-hemşireleri üzerinde yürütölmüş ve katılımcıların görece yüksek oranlarda tedaviyi esirgeme ve tedaviyi sonlandırma kararlarını benimsediğini gösteren araştırmalara da rastlanmaktadır (105,113,114). Araştırmalar yaşam desteğini sınırlandırmakla ilgili genel bir uzlaşma olduğunu öne süren Veatch'i desteklemektedir (106). Klinisyenler üzerinde yürütölen ilginç bir araştırmada katılımcılardan önce mesleki sonra anne-baba bakış açısıyla tedaviyi esirgeme ve sonlandırma kararlarını değerlendirmeleri istenmiş; değerlendirmeler sonucunda bakış açısında bir değişim olduğu saptanmıştır (68). Bu kararlar bağlamında etik konsültasyon istemenin yararına işaret eden ve ayrıca sosyal, kültürel, dini, hukuki farklı etkilerin önemine dikkat çeken yayınlar da bulunmaktadır (12,52,115-117).

5.3. Yenidoğan Etiğinde Adil Olma

Adil olma hem evrensel bir değer hem de sağlık hizmetlerinin sunumu perspektifinde hassasiyetle uygulanması gereken bir tıp etiğı ilkesidir. Daha önce de söz edildiğı üzere adalet ilkesi sınırlı kaynakların paylaşımı, sağlık hizmetlerinin hem ulaşılabilir olması hem de ihtiyacı olanlara ulaştırılması ile ilgilidir (31,33,44,58). Ayrımcılıktan özellikle negatif ayrımcılıktan kaçınmayı da kapsaması bakımından dezavantajlı-incinebilir gruplar özelinde daha önemli ve hayati bir işlev kazanmaktadır (28,35).

YDYB ünitelerinde kullanılan donanım yüksek maliyetlidir ve sirkülasyon durumuna göre de zaman zaman yetersiz kalmaktadır. Sınırlı kaynak niteliğindeki bu donanımın dağıtılmasında, yalnızca an itibariyle ihtiyacı olanlar değil her an ihtiyaç duyabilecek potansiyel hastalar da dikkate alınmalıdır. Maliyeti yüksek olan yoğun bakım hizmetlerinin doğru hastalar için kullanımını sağlamak bağlamında günümüz ve ölkemiz ölçeğinde henüz yaşama geçirilememiş olan triaj uygulaması gündeme gelmektedir. Yoğun bakım kliniklerinde azımsanmayacak sayıda tıbbi tedavi düzeyinde bir beklentisi kalmamış fakat alternatif bir birimin olmaması nedeniyle sadece bakım ihtiyacı giderilmek üzere yatan hastaların bulunması çerçevesinde yaşam desteğine en fazla hangi hastanın ihtiyacı olduğu sorusu önem kazanmaktadır. Triaj uygulamalarının kaynakların daha adil paylaşımı konusunda rehberliğı, nafile tedaviler yolu ile kaynakların fayda görmeyecek hastalara aktarılmasının önüne geçme, yaşam kalitesine

daha fazla katkı sağlanabilecek hastaların yararını gözetme şeklinde gerçekleşmektedir (111,118).

Yukarıda belirtildiği gibi YDYB kliniklerinde kuvöz ve ventilatör gibi kıymetli sınırlı kaynaklar ihtiyacı olan hastaya tahsis edilirken ihtiyaç duyabilecek sonraki hastalar da düşünölmeli, ihtiyaç sona erdiğinde bu araçların işgaline müsaade edilmemelidir. Bu konu YDYB ekibinin hem emeğini doğru kullanmasıyla hem de hasta aileleri ile doğru bir iletişim kurup onların gerçekçi olmayan beklentilerini, olanakların istismarına varan taleplerini yönetmesiyle ilgilidir (30,108,119).

Araştırmamızın katılımcılarının büyük bir kısmı taburcu olabilecek durumdaki yenidoğanın bir süre daha klinikte kalması, dolayısıyla kuvöz işgal etmesi konusunda ailelerin talepte bulunmasıyla karşılaştıklarını bildirmekte ama bunu önemli bir sorun olarak değerlendirmemektedir. Önem puanlarının düşmesinin olası nedenlerinden biri yatış uzamasının sosyal endikasyon çerçevesinde gündeme gelmesi ve ciddi bir medikal sorunun bulunmamasıdır.

YDYB ünitelerinde hasta yatırma protokolü genellikle kliniğe geliş sırası esasıyla yapılmaktadır. Bunun yanında zaman zaman YDYB ünitelerinde acil vakalar veya nakledilemeyecek durumdaki hastalar için kuvöz rezerve etme yoluna gidilebilmektedir. Kuvöz rezervasyonu böyle belirli endikasyonlarla sınırlı tutulmalı; ayrıcalıklı özel kişiler için değil dezavantajlı bebekler lehine kullanılmalıdır.

Araştırmamızın katılımcıları kuvöz, ventilatör gibi olanaklardan yararlanma önceliğinde tek kriterin kliniğe geliş sırası olması sorunuyla sık karşılaşmakta ve bu sorunu önemli bulmaktadır. Bu konuda araştırmamızın yürütöldüğü hastaneler karşılaştırıldığında Balcalı Hastanesi'nin önem puanı ortalaması Metro Hastanesi'nin önem puanı ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Bunun olası nedeni üniversite hastanesinin fonksiyonu gereği, araştırma, ileri tektik ve tedavi olanaklarını prognozu daha kötü olan hasta için kullanma beklentisi içinde olmasına karşın sıra ile gelen hastaların kiminde daha hafif hastalık tablosu bulunabilmesidir. Buna karşın özel hastanede genellikle boş kuvöz bulunması bu kurumlara gelen durumu ağır-hafif her hastayı donanım sıkıntısı yaşama endişesine kapılmaksızın kolaylıkla kabul edebilmeyi sağlamaktadır.

Tüm yavru canlılar gibi korunma ve kollanma motivasyonu uyandırma potansiyeli taşımakla birlikte yenidoğanlar bir yandan da bedenine hükmedememe ve kendini ifade

etme sınırlılığı gibi dezavantajlara sahip bulunmakta ve bu bakımdan incinebilir gruplar arasında yer almaktadır. Bu durum onlarla ilgili tasarruflar esnasında adil olma yönünden özel bir dikkat göstermeyi gerektirmektedir. Sınırlı bir olanağın hangi yenidoğana tahsis edileceği konusunda ikilem yaşama bağlamında adayların aileleri arasındaki sosyal statü farkının seçime yansımaları adalet ilkesi bakımından sorun niteliğinde bir durumdur. İmtiyazlı-özel kimselerin bebeklerine ayrıcalık tanınması diğer yenidoğanların haklarından yoksun bırakılmasına ya da haklarının ellerinden alınmasına neden olmaktadır. Bu tip olumlu ayrımcılığın günümüz ve ülkemiz özelinde sağlık hizmeti sunum kültüründe neredeyse normal olarak algılanmasının sağlık sisteminde çarpıklık yarattığını ifade etmek hatalı olmayacaktır.

Araştırmamızın katılımcılarının kimi özel kişilerin bebeklerinin sınırlı olanaklardan öncelikle yararlanması durumuyla sık karşılaşması dikkat çekicidir. İlgili ifade bağlamında önem puanlarının düşük olması bunu açıkça göstermektedir. Bulgular hatalı yaklaşımın doğallaşmasının bir göstergesi olmakla birlikte önemsememeyi farklı bir biçimde açıklamak da olanaklıdır. Hekim dışı ekip üyeleri olan katılımcılar, klinik karar süreçlerine ancak dolaylı olarak ve ikinci dereceden etki edebilmekte; adalet ilkesine aykırı durumların doğrudan sorumlusu olmamaları onların bu durumları önemseme düzeylerini düşürmektedir. Genel olarak klinik ve özel olarak klinikte etik karar verme süreçlerinde hekim ağırlıklı bir mekanizmanın işlemesine; diğer sağlık profesyonellerinin ikinci planda kalmasına dikkat çeken çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (120-123).

5.4. Yenidoğan Etiğinde Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlalleri

Kamuya sağlık hizmeti sunumu, merkezinde sorun bulunması ve yoğun-yakın insan ilişkileri içermesi bakımından zor ve streslidir. Tıbbi ilişki çerçevesinde hem tarafların birbirlerinden hem de sağlık profesyonelinin bizzat kendisinden yüksek beklentileri vardır. Bir yandan stres diğer yandan yüksek beklentiler tıbbi ilişki ortamını gerilimli ve sorun çıkma potansiyelini yüksek hale getirmektedir. YDYB ünitesi özelinde iş yükünün ağır ve hasta dolayısıyla devreye giren sağlık profesyoneli çeşitliliğinin fazla olması gerilimi ve sorun potansiyelini büsbütün arttırmaktadır. Bu birimlerde hizmet süreçlerini yönetmek adına iş bölümüne dayalı bir işbirliği düzeni

içinde çalışılması, zaman zaman çalışanlar arasında görev devretmeler-devralmalar olması ve bu karmaşık çalışma düzeninin denetimli ve aksamasız sürdürülebilmesi için otoriter bir düzene, hiyerarşik bir yapılanmaya gidilmesi söz konusudur (85). Özellikle alt basamaklarda yer alanlar için çalışma yaşamını zorlaştıran angaryayı ve mobbingi gündeme getiren bu katı hiyerarşi bağlamında medikal görevlerin aksine idari yetkiler ise devredilmemektedir.

YDYB ünitelerinde işleyişin sorunsuz ve verimli biçimde gerçekleşebilmesi adına ayrıntılı kurallar konulmakta ve bu kuralları yaşama geçirmek için de etkin yönetimler oluşturulmaktadır (90). Kurallar ve yönetim ile bağlantılı olarak iki tür sorun ortaya çıkabilmektedir. Bunların ilkinde kuralların ihlal edilmesi ve ya yönetimin direktiflerine uyulmaması nedeniyle kargaşa ortaya çıkması; ikincisinde işlevsiz kurallar veya hatalı yönetim anlayışları nedeniyle bizatihi kuralların ve yönetimin sorun haline gelmesi söz konusudur. İş ortamında meydana gelmesi bakımından tüm bu sorunlar doğrudan ya da dolaylı olarak tıbbi etiğin ilgi alanına girmenin yanı sıra “çalışma etiği” bakımından da değerlendirilmeye açıktır.

Araştırmamızın katılımcıları kural ihlalleri ve yönetsel süreçlere dair sorunlarla; yetki devri ve iş bölümü çatışmalarıyla, angarya yüklenilmesiyle, hekimin yapması gereken işlerin diğer sağlık profesyonellerine aktarılmasıyla sıklıkla karşılaşmakta ve bu sorunları önemli-öncelikli bulmaktadır. Yoğun ve yorucu tempoyu daha da zorlu hale getiren uzun vardiyalı çalışma düzeni, çalışanların tükenmişlik sendromu yaşamasına neden olmakta ve maddi hataların en önemli nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamızın katılımcıları da çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması sorununu sık yaşamakta ve önemsemektedir. Yine sık karşılaşılacakla birlikte orta düzeyde önemsenen bir diğer sorun, devir ve konsültasyon işlemlerinde yavaşlık ve aksaklıktır. Daha önce de belirtildiği gibi yoğun ve aşırı tempolu çalışma tıbbi kayıtlarda ve yazışmalarda maddi hatalara neden olabilmekte, meslektaşlar arası ilişkilerle ilgili etik sorunlar doğurabilmektedir (124). Katılımcıların orta düzeyde önemsemesi bu sorunun ortaya çıkışında kendilerinden çok iş yoğunluğunun ve olumsuz koşulların rol oynamasına bağlanabilir. Tıbbi bakımın insan onuruna uygunluğuyla ilgili bir araştırmada hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle hastaları ihmal edebildikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada hekim hatalarının sorumluluğunun hemşirelere yüklendiği de ifade edilmiştir (61).

Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayıt dışı bırakılarak telafi edilmesi, kayıt tutarken yaşananların olumlu yönünde çarpıtılması, standart bakım ve tedavi prosedürlerine tam olarak uyulmaması araştırmamızın katılımcılarının sık karşılaştığı ve orta düzeyde önemli bulduğu sorunlardır. Bu sorun grubunun ortak özelliği etik ikilem değil meslek hatası karakteri taşımasıdır. Sorunla yüzleşenlerin ona yönelik analitik bir yaklaşım göstermesini; medikal-etik-hukuki-idari-sosyoekonomik boyutlarını belirleme çabasına girmesini beklemek gerçekçi değildir. Bu genel çerçevede çalışma ortamı ile ilgili olumsuz koşulların sorun olarak algılanması sırasında tıp etiğiyle bağlantıları ikinci plana itilmektedir. Bununla birlikte yoğun bakım çalışanları üzerinde yürütülen bir araştırmada katılımcıların etik duyarlılık sahibi olduğu ve karar süreçlerinde önemli çatışmalar yaşadıkları saptanmıştır (125).

YDYB ünitelerinde ekip çalışması düzenine tabi olmanın ötesinde ekip ruhunun benimsenmesi, güçlü bir bağlılık-dayanışma düzeninin tesis edilmesi kurallarla ve yönetimle ilgili tüm sorunların daha az yaşanmasını sağlayabilecek önemli bir seçenek olarak düşünülebilir (85,90). Değer çatışmalarının, hiyerarşik süreçlerin, kıt kaynakların ve iletişim kazalarının tıbbi ortamlarda-ilişkilerde sıklıkla rastlanan sorunlar olduğuna dikkat çeken bir çalışmada doktorlar ve hemşireler arasındaki etkili işbirliğinin, yüksek kalite açısından önemine vurgu yapılmakta ve sonuçta, doktorlar ile hemşireler arasında gözlenen farklılıkların etik muhakemeye veya ahlaki motivasyona bağlı değil mesleki rolleri arasındaki farkın türevi olduğu belirtilmektedir (126).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tez çalışmamızın bu son bölümünde araştırmamızda saptanan bulgular ve bunların literatür ışığında tartışılmasından yapılan çıkarımlar üzerinden genel bir değerlendirme yapıldığında kısaca söylenebilecek olanlar maddeler halinde sıralanmıştır. Önerilerimiz ayrı olarak toplu halde verilmemiş; ilgili oldukları sonuçların dile getirildiği maddelere dağıtılmıştır.

□ Katılımcılara göre YDYB ünitelerinde en sık karşılaşılan sorunlar hekim görevlerinin hemşirelere devredilmesi, kıdemsız çalışanlara “angarya” yüklenmesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılmasıdır. En fazla önemsedikleri sorunlar ise aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması, ailelere açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılmasıdır. Karşılaşma sıklığı ve önem puanı sıralamaları arasında büyük ölçüde paralellik söz konusudur. Hem bu paralellikten hem de önem puanı sıralamasının kendi içinde değerlendirilmesinden hareketle katılımcıların somut-pratik unsurlara odaklanmış bir bakış açısına sahip olduğunu; soyut-teorik unsurları ikinci plana yerleştirdiğini söylemek olanaklıdır.

□ Katılımcıların kural ihlali niteliğinde olan sorunlarla karşılaşma sıklıkları etik ikilem karakteri taşıyanlarla karşılaşma sıklıklarına göre daha yüksektir. Buna karşılık etik ikilemler önem puanı sıralamasında sıklık sıralamasındakine göre biraz daha üst basamaklarda konumlanmaktadır. Önem puanlarının genel olarak yüksek olması sorunlara karşı duyarlı ve onlarla mücadele niyetinde olmanın göstergesi şeklinde yorumlanabilir. Tıp etiği ile ilgisi-bağlantısı daha fazla olan sorunların önem puanı ile daha az olanlarındaki önem puanı arasında belirgin bir fark olmaması dikkate değerdir.

□ Aydınlatılmış onam ve özerklik ile ilgili sorunların önem puanlarının karşılaşıma sıklıklarına göre yüksek olması olumlu bir göstergedir. Ancak bu önemsemenin çağdaş tıp etiğinin öngördüğü anlayışı benimsemiş olmaktan mı, yasal-yönetimsel-bürokratik gerekçelerden mi kaynaklandığı net olarak belli değildir. Hem yaklaşımın benimsenmişliğini güçlendirmek ve uzun soluklu hale getirmek hem de aydınlatma süreçlerinin daha etkili-verimli olmasını sağlamak adına sürekli mesleki eğitim çerçevesinde özerkliğin kuramsal temelleri ve aydınlatmanın teknikleri hakkında bilgi aktarılması uygun olacaktır.

□ İlgili ifadelere verdikleri önem puanlarına dayanarak, katılımcıların klinikte etik karar süreçlerinde yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerinin referans olarak kullanılması bağlamında, yarar sağlama ilkesine güçlü bir şekilde yöneldiğini, zarar vermeme ilkesini görece ihmal ettiğini ifade edebiliriz. Yarar sağlama adına göze alınan riski kabul edilir düzeyde tutabilmek için etik konsültasyon veya hastane etik kurulu gibi danışmanlık düzeneklerinin oluşturulması faydalı olacaktır.

□ Sınırlı kaynakların dağıtımı ve ayrımcılık gibi adalet ilkesi ile ilgili konular hakkındaki ifadelere düşük önem puanı verilmiş olması, adil olmanın hem toplumsal hem de tıbbi bir değer olarak kuvvetle benimsenmesi bakımından, şaşırtıcıdır. Bu durumu katılımcıların birimin işleyişi ile ilgili kararlarda söz sahibi olmamaları; kaynakların dağıtımı, hastaların statüsünün belirlenmesi gibi konularda inisiyatif kullanamamaları ile açıklamak olanaklıdır. Bu noktada konuya özgü değil genel bir öneriyi dile getirmek; yönetim süreçlerinde açıklığı ve katılımcılığı esas almanın gereğini vurgulamak ve ekip çalışmasının güçlendirilmesi gerektiğini ifade etmek yerinde olacaktır.

□ Karşılaşılma sıklığı sıralamasında üst basamaklarda yer alan sorunların tıp etiği ile görece az, birimin yapılanması-işleyişi ile görece fazla ilgisi-bağlantısı bulunduğu görülmektedir. Bu durum YDYB ünitelerinin görev-yetki-sorumluluk tanımları, çalışan hakları, kişiler arası ilişkiler, mesai düzeni gibi konularda gözden geçirilip yeniden yapılandırılması gerektiğine işaret etmektedir. İlişkileri düzene sokmak, etkili-verimli kılmak adına etik çerçevesinde kişilerin, tıp etiği çerçevesinde sağlık profesyonellerinin davranışlarının değerlendirilmesi ve idealde nasıl olması gerektiğinin belirlenmesi söz konusudur. Davranışları istenir olmaktan uzaklaştıran olumsuz yapılanma koşullarının düzelmesinde etiğin etkili olması beklenemez, ancak böyle bir düzelmenin o yapılanmanın içinde yaşayanların-çalışanların etik duyarlılık düzeyine olumlu bir etkiye bulunacağı açıktır.

□ Son ve genel bir öneri olarak, YDYB ünitelerini konu edinen araştırmaya dayalı ve kuramsal tıp etiği çalışmalarının artırılması ve detaylandırılması alana fayda sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Ersoy N, Özcan M.** *Yenidoğan Etiği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2012**.
2. **Wyatt J.** *Neonatal Ethics*. Erişim: (<http://www.cmf.org.uk/publications/content.asp?context=article&id=143>) 2015. Erişim Tarihi: 13.01.2015.
3. **Pinter AB.** End-Of-Life Decision Before and After Birth: Changing Ethical Considerations. *Journal of Pediatric Surger*. **2008**; 43 (3): 430-436.
4. **Wyatt J.** *Matters of Life and Death*. Leicester: Inter-Varsity Press, **1998**: 119-122.
5. Gelişmekte Olan Bölgeler için En Uygun Ventilator ve Diğer Cihazların Belirlenmesindeki İlkeler ve Öneriler. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, **2013**; (25): 10-12.
6. **Singer P.** *Practical Ethics: Second Edition*. Australia: Cambridge University Press, **1993**: 175-217.
7. **Yiğit R.** Fetus-Yenidoğan Hakları ve Hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2002**; 6 (2): 50-56.
8. **Atasay B, Arslan S.** Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted)*, **2001**; 10 (12): 457-459.
9. **Spence K.** The Best Interest Principle as a Standard for Decision Making in the Care of Neonates. *Journal of Advanced Nursing*, **2000**; 31(6): 1286-1292.
10. **Ersoy N.** Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular I. Editörler Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2000**: 328-353.
11. Etik Bildirgeler Çalıştay Raporu, Türk Tabipler Birliği. Erişim: (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bildirgeler). Erişim Tarihi: 15.11.2008.
12. **Çavuşoğlu H.** *Çocuk Sağlığı Hemşireliği Ders Kitabı*. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, **2002**: 25-31.
13. **Lowdermilk DL, Lerry SE.** *Nursing Care of the Newborn*. Editors Lowdermilk DL, Lerry SE. Maternity&Women's Health Care. Ninth Edition, St Louis-Missouri: Elsevier, **2007**: 662-665.

14. Neonatal Mortalitenin Daha da Azaltılması için Geliştirilecek Stratejiler Konusunda Öneriler. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, **2013**; (25): 13-19.
15. Ülkemizde Yenidoğan Sağlığı Sorunları Çalıştayı. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, **2013**; (25): 8-10.
16. The History of Neonatology. Erişim:(<http://neonatology.org/history/history.html>) Erişim Tarihi: 10.11.2014.
17. Hacettepe Üniversitesi'nin Yarım Asırlık Neonatoloji Öyküsü. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, **2013**; (25): 43-44.
18. Origins of Neonatal Intensive Care in the UK. Erişim: (<http://neonatology.org/pdf/WellcomeVolume9NeoUK.pdf>) Erişim Tarihi: 10.03.2015
19. **Baker JP**. Historical Perspective; The Incubator and the Medical Discovery of the Premature Infant. *Journal of Perinatology*, **2000**; 5: 321-328.
20. Neonatoloji Yan-Dal Akreditasyon Standartları. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, **2006**; (13): 7-10.
21. **Arsan S**. Ülkemizde Neonatolojinin Dünü, Bugünü. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. Kayseri-Türkiye,13-17 Nisan **2005**.
22. **Zwerdling T, Hamann KC, Kon AA**. Home Pediatric Compassionate Extubation: Bridging Intensive and Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care*, **2006**; 23: 224-228.
23. **Odetola, FO, Clark SJ, Freed GL, Bratton SL, Davis MM**. A National Survey of Pediatric Critical Care Resources in the United States. *Pediatrics*, **2005**; 115: 382-386.
24. **Çobanoğlu N, Tanır G**. Yenidoğan Alanı Özelinde, Pediatri'de Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, **1996**; 4 (2): 71-73.
25. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53), Sayı: B.10.0.THG.0.10.00.15-251-18. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7063/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>). Erişim Tarihi: 5.12.2014
26. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi Genelgesi (2009/22), Sayı: B.10.0.THG.0.12.00.03-216/99/30-12286. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8345/yenidogan-yogun-bakim-unitelerinin-denetimi-genelegesi2-.html>). Erişim Tarihi: 10.05.2015

27. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 27910. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html>). Erişim Tarihi: 10.05.2015
28. İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi: UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi (IBC) Raporu. Londra: UNESCO, **2013**.
29. **Ay FA**. Mesleki Temel Kavramlar. *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. Editör Ay FA. İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2007**: 47-55.
30. **Özdoğan T**. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakım Kılavuzu. *İş Ahlakı Dergisi*. **2014**; 7(2): 161-167.
31. **Beauchamp TL, Childress JF**. *Principles of Biomedical Ethics*. Third Edition, Oxford (NY): Oxford University Press, **1989**.
32. **Günerli A**. Yoğun Bakımda Aydınlatılmış Onam, Klinik Uygulamalardan Örnekler ve Çözüm Önerileri. Editörler Erdemir A, Atıcı E, Civaner M, Erer S, Öncel Ö. *Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşım Etik ve Hukusal Boyutlar: III. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2009**: 79-88.
33. **Kara A**. Özerkliğe Saygı Prensibinin Uygulanabilirliği. Uluslararası Birleşik Biyoetik Kongresi Kültürler Arası Biyoetik: Asya ve Batı Kongre Kitabı. Şanlıurfa-Türkiye, 14-18 Kasım **2005**: 134-135.
34. **Çoltu A**. Türkiye’de Geçerli Yasal Düzenlemeler Açısından Hekim Sorumluluğu. Editörler Erdemir A, Atıcı E, Civaner M, Erer S, Öncel Ö. *Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşım Etik ve Hukusal Boyutlar: III. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2009**: 140-141.
35. **Aydın E, Ersoy N**. Tıp Etiği İlkeleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, **1995**; 3 (2): 48-52.
36. **Akan H**. Klinik Araştırmalarda Etik İhlaller. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe*. Editörler Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadioğlu F, Yıldırım G, Edisan Z. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, **2009**: 416-421.
37. **Alan S**. Adana’da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkınlıkları. Danışman Uzel İ. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2005**.
38. **Harris J**. Hayatın Değeri; Tıp Etiğine Giriş. Çeviren: Sertabipoğlu S. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1999**.

39. **Namal A.** Yaşatma Çabasının Sınırları Bağlamında Ölmeye Yardım Türleri ve Etik Açından Tartışılması. Editörler Erdemir A, Atıcı E, Civaner M, Erer S, Öncel Ö. *Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşım Etik ve Hukuksal Boyutlar: III. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2009**: 14-69.
40. **Veatch RM.** *Biyoetiğin Temelleri*. Çeviren Güven T. İstanbul: HAYAD Yayınları, **2010**: 71-75.
41. **Çobanoğlu N.** *Tıp Etiği*. Ankara: İlke Yayınevi, **2007**: 17-19.
42. **Çalışıcı E, Oğuz ŞS, Öncel MY, Erdeve Ö, Dilmən U.** Adli Karar Yetkililerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta İzlemindeki Rolü: Bir Vaka Takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2012**; 55: 35-36.
43. **Öztürk H.** Çocukların Tıbbi Kararlara Katılımı. Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu. *Yaşama Dair Etik Bir Bakış*. Ankara: Tabip Odası Yayınları, **2002**: 164-176.
44. **Aydın E.** *Tıp Etiğine Giriş*. Ankara: Pegem A, **2001**.
45. **Frenkel DA.** Focus: Current Issues in Medical Ethics. *Journal of Medical Ethics*, **1979**; 5: 53-56.
46. **Lim LS.** Medical Paternalism Serves the Patient Best. *Singapore Medical Journal*, **2002**; 43 (3): 143-147.
47. **Burkhardt MA, Nathaniel AK.** Çağdaş Hemşirelikte Etik. Çeviri Editörleri Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. Üçüncü Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2013**.
48. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Kabul Tarihi: 11.04.1928, Kanun Numarası: 1219. Erişim: (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>). Erişim Tarihi: 13.07.2014
49. **Jones SR.** *Ethics in Midwifery*. Second Edition, Toronto: Elsevier Limited, **2000**.
50. **Demirhan Erdemir A, Karakaya H.** Klinik Uygulamalarda Hemşire-Hasta İlişkileri. *Klinik Etik*. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**: 85-98.
51. **Halidi G.** Tıpta Otorite Unsuru: Otorite Figürleri ve Otoriter İlişkiler. Danışman Kadioğlu S. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2015**.
52. **İncedere A, Öztürk S, Er R.** İnsan Onuruna Saygılı Hemşirelik Bakımı: Hemşirelerin Bakış Açısıyla Bir Değerlendirme. Değişen Dünyada Biyoetik. İstanbul, **2012**: 200-205.

53. **Yıldırım G, Alan S, Kadioğlu S.** Tıbbi Bilgi Verme Bağlamında Uzun ve Kısa Metinlerin Karşılaştırılması. *TAF Prev Med Bull*, **2011**; 10 (6): 707-714.
54. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Bölüm 2, Madde 17. Erişim: (https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf). Erişim Tarihi: 16.09.2014.
55. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420. Erişim: (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>) Erişim Tarihi: 10. 04. 2015.
56. **Yıldırım G, Kadioğlu S.** Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 29 (2): 7-12.
57. **Demirhan Erdemir A.** *Tıpta Etik ve Deontoloji*. İstanbul: Nobel Tıp, **2011**.
58. **Tepe H.** *Etik ve Meslek Etikleri*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, **2000**: 40.
59. **Çavuşoğlu H.** Neonatology and Ethics: A Word from Turkey. *Journal of Clinical Ethics*, **2001**; 12 (3): 315.
60. **Akşit MA, Tekin N.** Çocuk Hekimliği ve Etik. *Klinik Etik*. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**:165-223.
61. **Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2009**; 13(2): 77-84.
62. **Demirhan Erdemir A.** Klinik Uygulamalarda Hekim-Hasta İlişkileri. *Klinik Etik*. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**: 65-83.
63. **Fletcher JC, Spencer E, Lombardo P.** Newborns, Infants and Children. *Fletcher's Introduction to Clinical Ethics*. Third Edition, Maryland: University Publication Group, **2005**: 235-261.
64. Nuffield Council on Bioethics, *Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: Ethical Issues*. London: Latimer Trend & Company Ltd, **2006**: 12-26.
65. **McCullough LB, Chervenak FA.** Informed Consent. *Clinics in Perinatology*, **2007**; 34: 275-285.
66. **Ersoy N.** Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular (I): Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi. *Çağdaş Tıp Etiği*. Editörler Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2003**: 328-357.

67. **Jacobs BB, Taylor C.** Medical Futility in the Natural Attitude. *Advances in Nursing Science*, **2005**; 28 (4): 288-305.
68. **Cerit B.** Hemşirelik Etik İkilem Testi'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması ve Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2010**; 47-67.
69. **Kadioğlu S.** Etik, Etik Dedikleri. III. Çukurova Koloproktoloji ve Stomaterapi Sempozyumu, Adana-Türkiye, 12-14 Nisan **2007**: 86-88.
70. **Kültürsay N.** Hasta Bebeklerde Sevgi ve Şefkat İster. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. Kayseri-Türkiye, 13-17 Nisan **2005**: 138-139.
71. **Kutbay G, Alan S, Atış F, Halidi G.** Uluslararası Ebelik Etik Kodları. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe*. Editörler Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadioğlu F, Yıldırım G, Edisan Z. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, **2009**: 223-231.
72. **Niebrój LT, Jadamus-Niebrój D.** Do Not Resuscitate Order in Neonatology: Authority Rules. *Journal of Physiology and Pharmacology*, **2007**; 58 (5): 485-492.
73. **Akça SA, Gözen D.** Çocuk Hemşiresinin Savunucu Rolü. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2013**; 21 (3): 213-218.
74. **Can Ş, Acaroğlu R.** Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2015**; 23 (1): 32-40.
75. **Dünya Hekimler Birliği, Tıp Etiği Elkitabı.** Çeviren Civaner M. Türk Tabipler Birliği Yayınları, **2005**.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı Etik Komisyonu, Sağlık Meslek Mensupları için Temel Etik İlkeler. Erişim: (<http://etik.saglik.gov.tr/ana-sayfa/1-43826/20150915.html>). Erişim Tarihi: 10.04.2015
77. **Hamzaoğlu O.** Sağlık Politikaları ve Etik. Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu. *Yaşama Dair Etik Bir Bakış*. Ankara: Tabip Odası Yayınları, **2002**: 49-57.
78. **Fry ST.** *Hemşirelik Uygulamalarında Etik*. Çeviren Bağ B. Erzurum: Aktif Yayınevi, **2000**.
79. **Erdem A, Ersoy N.** Tıbbi Etik'te "Adalet İlkesi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, **1994**; 2 (2): 61-63.
80. **Akpınar A, Ersoy N.** Yoğun Bakımda Adalet: Türkiye'de Yoğun Bakım Çalışanları Hangi Kabul/Taburcu Ölçütlerini Kullanıyor?. *Türk Anest Rean Der Dergisi*, **2011**; 39 (3): 115-125.

81. **Ersoy N, Altun İ.** Tıbbi Kaynakların Paylaştırılması ile İlgili Hemşirelerin Görüşleri. Ersoy N, Gündoğmuş Ü. *I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*. Kocaeli, **1999**: 119-123.
82. **Akpınar A.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Kaynaklarını Paylaştırmakla İlgili Tutum ve Görüşleri ile Çağdaş Adalet Kurumlarının İlişkisi. Danışman Ersoy N. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, **2005**.
83. **Tosun H.** Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. Danışman Babadağ K. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.
84. **Babadağ K.** Yoğun Bakım Birimlerinde Etik Sorunlar ve Yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Dergisi*, **1997**; 1 (1): 13-15.
85. **Bayın G, Yeşilaydın G, Esatoğlu AE.** Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Nedenlerinin Belirlenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, **2015**; 7(1): 248-266.
86. **Biröl L.** *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. Beşinci Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık, **2002**.
87. **Illich I.** *Sağlığın Gaspı*. Çeviren Sertabiboğlu S. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, **1995**.
88. **Arda B, Şahpaz F, Aydınтуğ YS, Başağaç Gül T, Edisan Z, Erbaş H, Özgönül L.** Tıp Etiği-Sağlık Politikaları İlişkisi Bağlamında Dönüşüm. *Sağlıkta Dönüşüm Etik Boyutu, VI. Tıp Etiği Sempozyumu*. Ankara: Türk Biyoetik Derneği Yayını, **2008**: 90-92.
89. **Ersoy N, Yetener M, Kadioğlu F, Örnek Büken N, Akpınar A.** Mesleki Bağımsızlık ve Sağlıkta Dönüşüm. *Sağlıkta Dönüşüm Etik Boyutu, VI. Tıp Etiği Sempozyumu*. Ankara: Türk Biyoetik Derneği Yayını, **2008**: 96-97.
90. **Sabancıoğulları S, Doğan S.** Profesyonel Kimlik Gelişimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15 (4): 275-282.
91. **IBM SPSS Statistics.** *SPSS for Windows*. Version 20.0, IBM SPSS Statistics, **2013**.
92. **Elçioğlu Ö, Kırımlioğlu N.** Tıp Etiği İlkeleri. *Çağdaş Tıp Etiği*. Editörler Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2003**: 34-37.
93. **Kraybill EN.** The Challenge of Informed Consent in Neonatal Research. *Journal of Perinatology*, **2004**; 24: 407-408.

94. **Ballard HO, Shook LA, Desai NS, Anand KJS.** Neonatal Research and the Validity of Informed Consent Obtained in the Perinatal Period. *Journal of Perinatology*, **2004**; 24 (7): 409-415.
95. **McCullough LB, Chervenak FA.** Informed Consent. *Clinics in Perinatology*, **2007**; 34: 275-285.
96. **Namal A.** Aydınlatılmış Onamın Belgelendirilmesinde Etik Açısından Düşündürücü Yönler. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı*. Editörler Doğan H, Mahmutoglu FS, Namal A. İstanbul: Nobel Kitabevleri, **2009**; 95-106.
97. **Hall EOC.** Being in an Alien World: Danish Parents' Lived Experiences When a Newborn or Small Child is Critically Ill. *Scand J Caring Sci*, **2005**; 19: 179-185.
98. **Çelebioğlu A.** Yenidoğanın Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2004**; 1 (1): 1-8.
99. **Fisher MD.** Identified Needs of Parents in a Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, **1994**; 14 (3): 82-90.
100. **Bialoskurski MM, Cox CL, Wiggins RD.** Issues and Innovations in Nursing Practice: The Relationship Between Maternal Needs and Priorities in a Neonatal Intensive Care Environment. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**; 37(1):62-69.
101. **Bass LS.** What Do Parents Need When Their Infant is a Patient in the NICU?. *Neonatal Network*, **1991**; 10 (4): 25-33.
102. **Franklin C.** The Neonatal Nurse's Role in Parental Attachment in the NICU. *Crit Care Nurs Q*, **2006**; 29 (1): 81-85.
103. **Miles MS, Carlson J, Funk SG.** Sources of Support Reported by Mothers and Fathers and of Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, **1996**; 15 (3): 45- 52.
104. **Bilgen H, Topuzoğlu A, Kuşçu K, Altuncu E, Ozek E.** End-of-life Decisions in the Newborn Period: Attitudes and Practices of Doctors and Nurses. *Turk J Pediatr*, **2009**; 51(3): 248-256.
105. **Kristensson-Hallström I ve Elander G.** Parents' Experience of Hospitalization: Different Strategies for Feeling Secure. *Pediatric Nursing*, **1997**; 23(4): 361-367.
106. **Veatch RM.** Limiting Life Support: a World-Wide Consensus? *Crit Care Med*, **2004**; 32(2): 597-598.
107. **McHaffie HE, Laing IA, Parker M, Mcmillan J.** Deciding for Imperilled Newborns: Medical Authority or ParentalAutonomy?. *Journal of Medical Ethics*, **2001**; 27: 104-109.

108. **Akpir K.** Yoğun Bakım Etiği Açısından Kaynakların Dağılımı ve Yaşamın Son Dönemine İlişkin Kararlar Açısından Tedavinin Kısıtlanması. Editörler Erdemir A, Atıcı E, Civaner M, Erer S, Öncel Ö. *Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşım Etik ve Hukuksal Boyutlar: III. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2009**; 105-110.
109. **Kabalak AA, Öztürk H, Çağır H.** Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2013**; 11(2): 56-70.
110. **Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M.** Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, **2010**; 1: 1-6.
111. **Akpınar A, Ersoy N.** Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı?. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2012**; 27 (1): 37-45.
112. *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*. Ankara: TTB Yayınları, **2002**.
113. **Özcan Şenses M.** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yaşam Sonu Kararlarına İlişkin Hekim ve Hemşirelerin Tutumları. Danışman Ersoy N. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, **2009**.
114. **Satılmış ME.** Yenidoğanda Karşılaşılan Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, **2003**; 11(1): 30-40.
115. **Mercurio MR.** The Role of Pediatric Ethics Committee in the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatology*, **2011**; 31 (1): 1-9.
116. **Kadıoğlu FG, Can R, Okuyaz S, Yalçın SÖ, Kadıoğlu S.** Klinisyenlerin Etik Danışmanlık Alma Konusundaki Tutumları. Editörler Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadıoğlu F, Yıldırım G, Edisan Z. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, **2009**; 53-54.
117. **Çalışır HC, Şahinoğlu S.** Tıpta Konsültasyon Olgusu. Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu. *Yaşama Dair Etik Bir Bakış*. Ankara: Tabip Odası Yayınları, **2002**; 178-186.
118. **Özışık L, Topeli A.** Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları. Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar Toplantısı Kitapçığı. Ankara, **2013**; 29-38.
119. **Demirhan Erdemir A.** Klinik Uygulamalarda Tıp Öğrencisi-Hasta İlişkileri. *Klinik Etik*. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**; 99-162.
120. **Becker PT, Grunwald PG.** Contextual Dynamics of Ethical Decision Making in The NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, **2000**; 4: 15-23.

121. **Monterosso L, Kristjanson L, Sly PD, Mulcahy M, Holland BG, Grimwood S, White K.** The Role of Neonatal Intensive Care Nurse in Decision-Making: Advocacy, Involvement in Ethical Decision and Communication. *International Journal of Nursing Practice*, **2006**; 12: 359-365.
122. **Yıldız S.** Yenidoğan Hemşireliğinde Etik. *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*. Editörler Dağoğlu T, Görak G. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2008**: 30-41.
123. **Kurt AS, Canbulat N, Yıldız S, Aydın D.** Yenidoğan Yoğun bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Karar Verme Sürecine Katılımı. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe*. Editörler Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadioğlu F, Yıldırım G, Edisan Z. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, **2009**: 482-487.
124. **Özkan Ö.** 1980 Sonrası Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. Ankara: Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği Yayını, **2005**.
125. **Yıldırım G.** Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri. Danışman Kadioğlu S. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2008**.
126. **Oberle K, Hughes D.** Doctors' and Nurses' Perceptions of Ethical Problems in End-of-Life Decisions. *Journal of Advanced Nursing*, **2001**; 33 (6): 707-715.
127. **Holze RB, Maffezzoni M, Bucher HU.** A Framework for Ethical Decision Making in Neonatal Intensive Care. *ActaPædiatrica*, **2005**; 94: 1777-1783.

EKLER

EK-1: ANKET FORMU

“YENİDOĞAN ÜNİTELERİNİN İŞLEYİŞİNDE ORTAYA ÇIKAN ETİK İLE İLGİLİ DURUMLAR” ÇALIŞMASI VERİ TOPLAMA FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda yürütülmekte olan bu araştırma çerçevesinde, yenidoğan kliniğinde çalışan ve yenidoğana bakım veren sağlık profesyonellerinin (ebe, hemşire, sağlık memuru, ATT) hangi etik sorunlarla ne sıklıkla karşılaştıklarının ve yaşadıkları/yaşayabilecekleri sorunların önem derecesiyle ilgili değerlendirmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak ve katılımcılara ait kişisel bilgiler gizli tutulacak olan bu araştırmaya katılma ya da katılmama konusundaki karar tamamen size aittir. İlginiz için teşekkür ediyorum.

Gülvin Kutbay

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

- ☐ Cinsiyetiniz: E () K ()
- ☐ Yaşınız:.....
- ☐ Mesleğiniz: Ebe () Hemşire () Sağlık Memuru/ATT ()
- ☐ Çalıştığınız Hastane:.....
- ☐ Mezun Olduğunuz Okul:.....
- ☐ Mezun Olduğunuz Yıl:

Aşağıda yenidoğan ünitesinde karşılaşılması olası tıp etiğiyle ilgili-bağlantılı 20 sorumlu durum yer almaktadır. Lütfen bu durumlarla meslek yaşamınızda karşılaşma sıklığınızı üç sütunlu ilk bölümde işaretleyiniz; bu soruların sizin açınızdan önem derecesini, karşılaşmamış olsanız dahi, hiç önem vermediğiniz 0 puan, en fazla önem verdiğiniz 10 puan olacak şekilde on bir sütunlu ikinci bölümde rakamları yuvarlak içine alarak belirtiniz.

1.Aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.Yenidoğan kliniğinde yatan bebeğin durumu ve öngörülen tıbbi işlemler hakkında aileye açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.Ailenin bebek hakkındaki klinik karar alma süreçlerin dışında bırakılması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.Yarar sağlama adına (umbilikal ven kateterizasyonu gibi) yüksek riskli tıbbi işlemleri uygulamanın göze alınması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.Yaşamla bağdaşmayan ağır anomali olan bebeğe sadece palyatif tedavi uygulanması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6.Yaşamla bağdaşmayan ağır anomali olan bebeğe yoğun yaşam desteği verilerek ölme sürecinin uzatılması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7.Bebegin tedavisi ve bakımıyla ilgili standart prosedürlere kimi zaman tam olarak uyulmaması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8.Tedavi ve bakım süreçlerinde yapılan hataların kayda geçirilmeden ve sorgulanmaya açılmadan telafi yoluna gidilmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9.Kuvöz ve ventilatör kullanımında işleyiş standartlarına aykırı olarak kimi “özel” kişilerin bebeklerine ayrıcalık tanınması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10.Klinikte takip sürecinde yapılabilecek her türlü işlem için, aileden yatış işlemleri sırasında tek seferde onam alınması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.Ancak yatarak tedavi ve bakım alırsa kurtulma şansı olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12.Kurtulma şansı kalmayan ancak yaşam desteği sürdürülmekte olan bebeğin ailesi tarafından hastaneden çıkarılmak istenmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13.Yenidoğan servisi ekibi arasında yetkilerle veya işbölümüyle ilgili çatışmalar yaşanması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14.Hekim tarafından yerine getirilmesi gereken (endotrakeal entübasyon gibi) uygulamaların hemşirelere devredilmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15.Çalışma düzeninin uzun vardiyalar şeklinde olması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16.Mesleki hiyerarşide alt basamakta yer alanlara fazla iş “angarya” yüklenmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17.Kuvözden ve ventilatörden yararlanma önceliğini belirlemede tek kriterin kliniğe geliş sırası olması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18.Taburcu edilmesine karar verilen bebeğin ailesinin yatış süresinin uzatılmasını talep etmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19.Kimi eksiklikler ve hatalarla gerçekleştirilen klinik uygulamaların kayıtlara olduğu gibi değil, olması gerektiği gibi geçirilmesi.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20.Devir ve konsültasyon işlemlerine ikinci derecede önem verilmesi; bunlarda yavaşlık ve aksama yaşanması.

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Yukarıda yer alanlara eklemek istediğiniz Yenidoğan kliniğinde yaşanan etikle ilgili durumları aşağıdaki boşluğa yazarak karşılaşma sıklığınızı ve önem notunuzu belirtebilirsiniz.

Ek-1.....
.....
.....

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ek-2.....
.....
.....

Karşılaşma Sıklığı			Önem Notu										
Hiç	Ara-Sıra	Çoğu Zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Yenidoğan kiliniğinde yaşanan etikle ilgili durumlar hakkında eklemek istediklerinizi, aşağıda belirtebilirsiniz.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

EK-2: ETİK KURUL ONAY FORMU



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 40- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik yüksek lisans programı çerçevesinde, Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan yönetiminde, Gülvin Kutbay tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Yenidoğan ünitelerinin işleyişinde ortaya çıkan etik durumlar" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. İler Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanar Kılıncı
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Usal
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

Yrd. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Evren Tümkaya
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhemsire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Öğrenci Temsilcisi Veysel Avcı
Etik Kurulu Üyesi

EK-3: KURUM ONAY FORMLARI



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ

BÜRO :
SAYI : **Başhekimlik Özel Kalem**
KONU : **B.30.2.ÇKO.0.HI.00.00.132/384**

Adana 30.04.2013

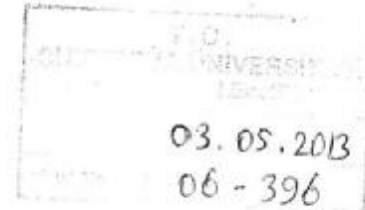
T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi: 25.04.2013 tarih ve B.30.2.ÇKO.0.42.00.00/06-476 sayılı yazınız.

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülvin KUTBAY 'ın “
Yenidoğan Ünitelerinin İşleyişinde Ortaya Çıkan Etik Durumlar “ konulu tez çalışmasını
hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Yeşim TAŞOVA
Başhekim





14.05.2013

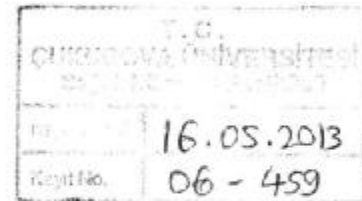
**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI :0367/ 2013
KONU :Anket Hk.

İlgi:25/04/2013 tarih,B.30.2.ÇKO.0.42.00.00/06-473 sayılı yazınız;

İlgili yazınıza istinaden Kurumumuz Özel Adana Metro Hastanesi'nde "Yenidoğan Ünitelerinin İşleyişinde Ortaya Çıkan Etik Durumlar"adlı çalışmanın gerçekleştirilmesinde herhangi bir sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederiz.



ÖZGEÇMİŞ

Gülvin Kutbay, 1979 yılında Bitlis'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini, Şems-i Bitlis İlkokulu, Kurtuluş İlkokulu ve Yüzüncü Yıl İlköğretim Okulu'nda sürdürdü. Bitlis Sağlık Meslek Lisesi'nden 1997 yılında mezun oldu. Üniversite eğitimini Çukurova Üniversitesi, Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nde 2002-2006 yılları arasında aldı. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Yüksek Lisans Programında kısa bir süre özel öğrenci statüsünde eğitim aldı daha sonra 2008 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programında eğitimine başladı.

Çalışma hayatına, 1997 yılında Bitlis Devlet Hastanesi'nde başladı, acil ve kısa süreli olarak dahiliye servislerinde çalıştı. Eğitim nedeni ile 2000 yılında tayin olduğu Ankara'da Doktor Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çocuk cerrahi kliniğinde çalıştı. Ardından yine eğitim nedeni ile 2002 yılında tayin olduğu Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde çalıştı. Meslek hayatına halen Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak devam etmektedir.