

Türkiye’de yoğun bakım yatakları akılcı kullanımı: Nokta prevalans anket çalışması

Rational use of intensive care beds in Turkey: Point prevalence survey study

Tuğhan Utku¹, Oktay Demirkıran², Kubilay Demirağ³, Güldem Turan⁴, Yavuz Demiraran⁵, Fethi Gül⁶, Beliz Bilgili⁶, Derya Tatlısuluoğlu⁷

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Koşuyolu Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Ege Üniversitesi, Ege Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik SUAM Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Yoğun Bakım Yandal Kliniği, İzmir, Türkiye

⁵Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Düzce, Türkiye

⁶Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁷Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Yoğun Bakım (YB) endikasyonu kalmayan hastaların ilgili servislere sevkinde yaşanan sorunlar nedeniyle bu hastaların YB’de gereksiz yatak işgal etmesi ve terminal hastalarda faydasız tedavi uygulamaları yoğun bakım ve tıp etiği literatüründe sıklıkla tartışılan konulardır. Çalışmanın amacı; ülkemizdeki YB yataklarında endikasyon dışı yatış ve tedavi durumunu ve doktorların bu duruma yaklaşımlarını anlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 18 Ocak 2024 tarihinde gerçekleştirilmek üzere bir günlük nokta prevalans olarak planlanmış 35 sorudan oluşan (Google Survey formu) anket çalışmasıdır. Çalışma iki temel konu temelinde; yoğun bakımda endikasyon dışı yatan hasta oranı ve nedenleri ile yoğun bakımda faydasız tedavi uygulanan hasta oranı ve yoğun bakım doktorlarının bu konudaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi olarak kurgulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya YB’de çalışan, 127 hekim katılmıştır. Hekimlerden 58’i hastalarının %10’unun, 27’si ise; %20’sinin YB endikasyonu sonlanmasına rağmen servislere verilemediğini belirtmiştir. İlgili kliniklerde boş yatak olmaması nedeniyle, 92 hekim hasta yatışlarının 1-5 gün süreyle, 21 hekim ise; 6-10 gün süreyle uzadığını belirtmişlerdir. 50 hekiminin hastalarının %10’u, 26 hekimin hastalarının %20’si, 21 hekiminin ise; hastalarının %30’u palyatif servislere devir edilemediği için YB’de yatışı devam etmektedir. 40 hekim, palyatif servis için bekleme süresinin; 20 günden fazla olduğunu belirtmiştir. Tüm hekimler YB’de faydasız tedaviler yapıldığı şeklinde görüş bildirmişlerdir. Hekimlerin sadece %8.7’si terminal dönem hastası olmadığını bildirmiştir.

Sonuç: Yoğun bakımlarda akılcı yatak kullanımına engel olan faydasız tedavi; sorunların doğru analizi ışığında çözüm yolları ile önenebilir bir durumdur.

Anahtar kelimeler: faydasız tedavi, yoğun bakım yatış endikasyonu, yoğun bakım yatış süresi, palyatif bakım, yoğun bakım

ABSTRACT

Objective: The limitation or withdrawal of futile treatment is widely accepted in the intensive care and medical ethics literature. However, implementing this in clinical practice is often difficult. The aim of the study is to understand the situation of non-indicated admissions and treatments in ICU beds in our country, as well as the doctors’ approaches to this issue.

Materials and Methods: The study is planned as a one-day point prevalence survey consisting of 35 questions (Google Survey form) to be conducted on January 18, 2024. The study is based on two main topics: the proportion of patients admitted to intensive care unit (ICU) without indication and the reasons for it, and the proportion of patients who receive futile treatment in the ICU, as well as identifying the views and recommendations of ICU doctors on these issues.

Results: A total of 127 doctors working in the ICU participated in the study. Among the participants, 58 reported that 10% of their patients, and 27 reported that 20% of their patients could not be transferred to the wards despite no longer needing ICU care. Due to the lack of available beds in the relevant clinics, 92 physicians stated that patient stays were extended by 1-5 days, and 21 physicians reported an extension of 6-10 days. In cases where transfer to palliative care services was not possible, 50 physicians indicated that 10% of their patients, 26 physicians indicated that 20%, and 21 physicians indicated that 30% of their patients remained in the ICU. Forty physicians reported a waiting time of more than 20 days for palliative care service. All physicians stated that futile treatments were being administered in the intensive care unit. Only 8.7% of the physicians reported that the patient was not in the terminal stage.

Conclusion: Useless treatment that prevents rational bed use in intensive care units; It is a preventable situation with solutions in the light of correct analysis of the problems.

Keywords: futility, indication of ICU, LOS in ICU, palliative care, intensive care

✉ Güldem Turan • gturandm@yahoo.com

Geliş tarihi / Received: 02.11.2024 **Kabul tarihi / Accepted:** 07.03.2025 **Yayın tarihi / Published:** 16.06.2025

Telif hakkı © 2025 Yazar(lar). Türk Yoğun Bakım Derneği tarafından yayımlanmıştır. Açık erişimli bu makale, orijinal çalışmaya uygun şekilde atıfta bulunulması koşuluyla, herhangi bir ortamda veya formatta sınırsız kullanım, dağıtım ve çoğaltmaya izin veren [Creative Commons Atıf Lisansı \(CC BY\)](#) ile dağıtılmıştır.

Copyright © 2025 The Author(s). Published by Turkish Society of Intensive Care. This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium or format, provided the original work is properly cited.

Giriş

Sağlık alanındaki teknolojik ilerlemeler altta yatan patolojinin başarılı bir şekilde tedavi edilmesi için hiçbir umut olmadığında bile ölümcül hastaların yaşamlarını uzatmalarına olanak sağlamakta; ancak bu tür tedaviler beraberinde sağlık maliyetlerinde artışa yol açmaktadır. Bunun yanında ülkemizdeki gibi yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkelerde kronik hastalıkları olan yaşlı yoğun hasta popülasyonunun yoğun bakım ünitelerine olan ihtiyaçları artmıştır (1). Özellikle yoğun bakım ünitelerinde gerek sayı, gerekse maliyet açısından sınırlı tıbbi ekipman ve kaynaklara ilişkin endişeler, tıbbi faydasızlık ve YB'lerin verimli kullanılması konularını gündeme getirmiştir. Gerçekten YB yatış endikasyonu olan hastaların boş yatak olmadığı için yatırılmaması, YB'da boşuna tedaviler konusundaki tartışmalara daha fazla dikkat edilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır (2-4).

Yararlı olmayan tıbbi tedavinin sınırlandırılması veya geri çekilmesi, yoğun bakım ve tıp etiği literatürünün çoğunda etik açıdan kabul görmektedir. Ancak pratikte tedaviye sınır koymak çoğu zaman zordur. Aynı şekilde yoğun bakım hasta yatış kararlarında pek çok etken yer almakta ve fayda görmesi beklenmeyen hastalara çeşitli nedenlerle yoğun bakım yatışı gerçekleştirilmektedir. Çalışmamızda amacımız; ülkemizdeki yoğun bakım yataklarında endikasyon dışı yatış ve faydasız tedavi durumunun belirlenmesi, yoğun bakımda çalışan hekimlerin bu duruma yaklaşımlarını anlamak ve çözüm önerilerinde bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma için, çok merkezli olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. (KAEK/11.10.2023.488) Bu çalışma 18 Ocak 2024 tarihinde bir günlük nokta prevalans olarak gerçekleştirilmiştir. Özel, devlet, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hekimlere (Prof, Doç, Uzman

Hekim) yönelik 35 sorudan oluşan Google Survey formu hazırlanmıştır. (Ek 1) Çalışma; Türk Yoğun Bakım Derneği resmi web sitesinde duyurularak anket formu üyelere 18 Ocak 2024 tarihinde ulaştırılmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanarak gerçekleştirilmiştir. 18 Ocak 2024 tarihinde hekimlerin çalıştıkları yoğun bakım kliniğinde halen yatmakta olan hastaları değerlendirerek ve konu ile ilgili soruları cevaplandırmaları istenmiştir. Çalışmaya 127 uzman hekim katılmıştır.

Anket formunun başlangıcında katılımcılar için bilgilendirme ve katılım onamı sonrasında ankete devam edilmesi ile ilgili bilgi yer almaktaydı.

Anket sorularındaki iki temel konu; nokta prevalans olarak yoğun bakımda endikasyon dışı yatan hasta oranı ve nedenleri ile yoğun bakımda faydasız tedavi uygulanan hasta oranının belirlenmesi ve yoğun bakım doktorlarının bu konudaki görüş ve önerilerinin alınması olarak planlanmıştır.

İstatistiksel yöntemler

Anketlere verilen cevapların değerlendirilmesi için; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Bulgular

Bu çalışmaya özel, devlet, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin YB'lerinde görev yapmakta olan 127 hekim katılmıştır. Ankete katılan doktorların %56,7'si kadın olup, %43,3'ünün yaş aralığı 36-45 idi. Tablo 1'de hekimlerin demografik verileri özetlenmiştir.

Hekimlerin 38'i üniversite, 59'u ise; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmakta idi. %31,5'i 11-16 yataklı yoğun bakımda; %30,7'si ise; yatak sayısı 25'den fazla olan YB'lerde çalışmakta idi. Hekimlerin %85,8'inin çalıştığı yoğun bakımlarda doluluk oranı; %91-100'dü. Hekimlerin %88,2'si kapalı yoğun bakımda çalışmaktaydı. %86,6'sının çalıştığı YB'ler cerrahi-dahili yoğun bakım şeklindeydi (Tablo 2).

Tablo 3'de hekimlerin hasta yatırırken kararlarını etkileyen kriterler özetlenmiştir. Buna göre standart

Tablo 1. YB'de çalışan hekimlerin demografik verileri

	n=127
Cinsiyet	
Kadın	72(%56.7)
Erkek	55 (% 43.3)
Yaş	26-65
Yoğun Bakım yan dal uzmanlığı durumu	
Evet	85(%68)
Hayır	42(%32)
Yoğun Bakım Yan Dal uzmanlığı olanların anadal dağılımları	
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	64(%70.3)
Dahiliye	9(%9.9)
Göğüs	7(%7.7)
Nöroloji	7(%7.7)
Genel Cerrahi	2(%2.2)
Enfeksiyon	2(%2.2)
Ünvan	
Dr. Öğretim üyesi	10(% 7.8)
Doç. Dr.	14(%11)
Uz. Dr.	67(%52.7)
Prof. Dr.	36(%28.5)
YB'de çalışma süresi	
0-1 yıl	1(%0.8)
2-5 yıl	19(%14.9)
6-10 yıl	36(%28.4)
11-15 yıl	20 (%15.7)
16-20 yıl	22 (%17.3)
>21 yıl	29(%22,9)
YB'de nöbet tutuyor musunuz?	
Evet	55 (%43.3)
Hayır	72 (%56.7)
Çalışma biçimi	
5 gün/8 sa sürekli	94 (%74)
Aynı gün içinde mesainin bir kısmında başka alanlarda çalışmak (ameliyathane, poliklinik vs.)	11 (%8.7)
Haftanın bazı günleri yoğun bakımda	8 (%6.3)
Sadece nöbet saatlerinde	4 (%3.1)
Diğer	10 (%7.9)

yoğun bakım yatış endikasyon kriterleri hekimlerin %99,2'si için geçerliydi. Bu durum beklenen doğal bir sonuçtur. Ancak bu soruda katılımcıların birden fazla şıkla işaretleyebilmesine imkan tanınmıştır. Bu nedenle diğer şıkların sonuçlarını irdelemek daha yol gösterici

Tablo 2. YB'lerin demografik verileri

Çalışılan hastane türü	
Üniversite Hastanesi	38(%29.9)
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	59(%46.5)
Devlet hastanesi (asistan eğitimi olmayan)	18(%14.2)
Diğerleri (özel ve devlet hastaneleri)	12(%9.4)
Yoğun bakım yatak sayısı	
≤10	23(%18.1)
11-16	40 (%31.5)
17-20	14(%11.1)
21-25	11(%8.6)
>25	39(%30.7)
Anket günü yatak doluluk oranı	
≤60	1(%0.8)
%61-80	4 (%3.1)
%81-90	13 (%10.3)
%91-100	109(%85,8)
Yoğun Bakım Türü	
Kapalı Yoğun Bakım ¹	112 (%88.2)
Açık Yoğun Bakım ²	15(%11.8)
Yoğun Bakım Türü	
Cerrahi Yoğun Bakım	6(%4.7)
Dahili Yoğun Bakım	8(%6.3)
Cerrahi-Dahili Yoğun Bakım birlikte	110(%86.6)
Özel hasta grubu (Yanık,Transplantasyon vb)	3(%2.4)

Kapalı Yoğun Bakım¹: Hasta Takip ve Tedavisi Yoğun Bakım Klinik sorumluluğunda Yandal/Anadal)

Açık Yoğun Bakım²: Her Branşın Hastasını Yatırıp Hasta Takip ve Tedavisi Kendi Sorumluluğunda

olabilir. Hekimlerin %48'i için sosyal endikasyonlar, %42,5'i için kronik hastalığın mevcut durumu, %41,7'si için beklenen yaşam süresi en önemli yatış endikasyonlarını oluşturmaktaydı. Bununla birlikte; hastanın anamnezinde daha önce alınan tedaviye yanıt %25,2, beklenen yaşam kalitesi %22,8, hastanın (ifade edebiliyor ise) yatış onamı %22, yaş %2,2, kronik hastalık varlığı %17,3, hastane başvuru öncesi yaşam kalitesi %16,5 oranlarıyla diğer endikasyonlar olarak yer almaktadır.

Tablo 4'de YB'de endikasyon dışı yatan hasta oranları özetlenmiştir. 58 hekimin hastalarının %10'nu; 27 hekimin ise; hastalarının %20'sinin YB' de takip endikasyonu kalkmasına rağmen servislere verilemediği anlaşılmıştır. Ayrıca %72,5 hekim 1-5 gün,

Tablo 3. Yoğun bakım ünitesine hasta yatış kararlarını etkileyen faktörler ? (*)

Standart yoğun bakım yatış endikasyon kriterleri	126(%99.2)
Sosyal endikasyonlar	61(%48)
Yaş	27(%21.2)
Kronik hastalık varlığı	22(%17.3)
Kronik hastalığın mevcut durumu	54(%42.5)
Hastanın anamnezinde daha önce alınan tedaviye yanıt	32(%25.2)
Hastane başvuru öncesi yaşam kalitesi	21(%16.5)
Beklenen yaşam süresi	53(%41.7)
Beklenen yaşam kalitesi	29 (%22.8)
Hastanın (ifade edebiliyor ise) yatış onamı	28(%22)
Hastanın ileri direktifleri (tıbbi vasiyetnamesi)	10 (%7.8)

(*) Bu soruda bir hekim için birden çok şık seçim imkanı vardır.

%16,5 hekim ise; 6-10 gün süreyle ilgili klinikte boş yatak olmaması nedeniyle hastalarının YB yatışlarının devam etmekte olduğunu bildirildi. Yine benzer şekilde 50 hekimin hastalarının %10'u, 26 hekimin hastalarının %20'si, 21 hekimin ise; hastalarının %30'u YB'de yatış endikasyonunu tamamlanarak palyatif servislere devir edilemediği için YB yatışı devam etmekteydi. Ayrıca hekimlerin %31,5'i palyatif bakım servisi için hastaların bekleme sürelerini; 20 günden fazla olarak belirtmiştir. Bunun yanında hekimlerin %66,9'u uygun koşullar sağlandığında YB yatış endikasyonu kalmayan, servise veya palyatif merkezlere gönderilmesine karar verilmiş olan hastalarının YB' den eve taburculuğunu uygun görmekteydiler.

Tablo 5'de YB'de 30 günden daha fazla yatışı olan hastalar, düzey uyumsuzluğu olan yatışlar ve acil servislerdeki sevk durumları özetlenmiştir. Görülmüştür ki; 25 hekimin hastalarının %10'u, 33 hekimin ise; hastalarının %20'si, 30 günden daha fazla süreyle YB'de yatmaktaydı. 36 hekim hastalarının %10'unun, 26 hekim ise; hastalarının %20'sinin uygun düzeyde yatmadığını belirtmiştir. Son 10 saatte, YB'de yer olmadığı için, YB endikasyonu nedeni ile acil ve/veya servisten sevk edilen hasta sayısı sırasıyla hekim değerlendirmelerinde %68,5'de 4 hastadan az, %22'sinde; 4-8 hasta arasında idi. Son 10 saatte sevk beklemesine rağmen sevk olamayan hastalar ise sırasıyla; %75,6 hekim cevabında 4 hastadan

Tablo 4. Endikasyon dışı YB'de yatan hastalar

Bugün için Yoğun Bakım yatış endikasyonu tamamlanarak servise devir olması gereken ancak yoğun bakımda yatışı devam etmek durumunda olan hasta oranınız nedir?

Endikasyon dışı yatan hasta yok	17(%13.3)
%10	58 (%45.7)
%20	27(% 21.3)
%30	8(%6.3)
%40	8(%6.3)
%50	7(%5.5)
>%50	2(%1.6)

İlgili klinikte boş yatak olmaması nedeniyle YB yatışı devam eden hastanın bu andan itibaren yoğun bakımda uzayan yatış süresi (gün)

1-5	92(%72.5)
6-10	21(%16.5)
11-15	6(%4.7)
16-20	2(%1.6)
>20	6(%4.7)

Anket günü, Yoğun Bakım yatış endikasyonu tamamlanarak palyatif servise devir olması gereken ancak Yoğun Bakımda yatışı devam etmek durumunda olan hasta oranınız nedir?

Endikasyon dışı hastam yok	19(%15.3)
%10	50(%39.4)
%20	26(%20.1)
%30	21(%16.5)
%40	6(%4.7)
≥%50	5(%4)

Palyatif bakım kliniğinde boş yatak olmaması nedeniyle yoğun bakım yatışı devam eden hastanın bu andan itibaren yoğun bakımda yatış süresi

1-5	35(%27.5)
6-10	23(%18.2)
11-15	21(%16.5)
16-20	8(%6.3)
>20	40(%31.5)

YB'de yatışı endikasyon dışı uzayan hastalarda hasta için uygun koşulları sağlayarak eve taburculuğunu uygun buluyor musunuz

Evet	85(%66.9)
Hayır	40(%31.5)
Fikrim yok	2(%1.6)

az, %17,3 hekim cevabında ise; 4-8 hasta idi; son 10 saatte çeşitli nedenlerle sevki iptal edilen hasta sayıları ise; hekim cevaplarının %89,8'de 4 hastadan az, %17,3'ünde 4-8 hasta idi.

Tablo 5. YB’da uzamış yatışlar, düzey uyumsuzluğu, acilde/serviste yer bekleyen hastalar

Yoğun bakımınızda bugün için güncel 30 gün üzerinde yatan hasta oranınız nedir?	
30 gün üstü yatan hasta yok	18(%14.2)
%10	25(%19.7)
%20	33(%26)
%30	22(%17.3)
%40	12(%9.5)
%50	3(%2.3)
%60	6(%4.7)
≥%70	8(%6.3)
Yoğun bakımınızda bugün için güncel uygun düzeyde (seviye) yatmayan hasta oranı	
Uygun düzeyde olmayan hasta yok	20(%15.6)
%10	36(%28.3)
%20	26(%20.4)
%30	25(%19.6)
%40	7(%5.5)
%50	3(%2.4)
%60	6(%4.7)
≥%70	4(%3.5)
Anket günü, güncel son 10 saatte hastaninizde (servis/acil) sevk beklediği halde gidemeyen hasta sayısı	
<4 (0-3)	96(%75.6)
4-8	22(%17.3)
8-12	6(%4.7)
12-15	1(%0.8)
>15	2(%1.6)
Anket günü, güncel son 10 saatte hastaninizde (servis/acil) sevk beklediği halde çeşitli nedenlerle sevki iptal edilen hasta sayısı	
<4 (0-3)	114(%89.8)
4-8	9(%7.1)
8-12	4(%3.1)
12-15	0
>15	0

Tablo 6’da hasta yakınları bilgilendirme, terminal dönem/palyatif hasta, tedaviyi geri çekme ile ilgili sonuçlar verilmiştir. Terminal dönem kanser hastası ve/veya palyatif bakım kliniğinden YB yatışı için konsülte edilen hastalar için YB hekiminin görüşleri şu şekilde idi: %24,4 “yoğun bakım yatış endikasyonu varsa hastanın fayda göreceğini düşünerek yatış sağlarım” şeklinde görüş bildirirken; hekimlerin %33.9’u ise;

“yoğun bakım yatış endikasyonu varsa hastanın fayda görmeyeceğini düşünsem de hasta yakınının şikayet etme olasılığı nedeniyle yatış sağlarım” şeklinde görüş bildirmiştir. Hekimlerin %26,8’si aile ile bu konuda görüşme yapmak istemiştir. Çalışma günü, terminal dönem kanser ve/veya palyatif bakım hasta oranları 45 hekim cevabında %20-30, 11 hekimde %31-40 ve yine 11 hekimde %41-50 oranındaydı.

Doğru endikasyonla yatış olduğunda hekimlerin %88,2’si yoğun bakım yatak sayılarının yeterli olduğu kanaatindeyken; %72,4’ü palyatif bakım yataklarının yetersiz olduğu görüşündeydi. Ülkemizde tedaviyi geri çekme/tedaviyi durdurma ile ilgili yasal düzenlemenin olmadığı hekimlerin %89,8’u tarafından ifade edildi; hekimlerin %98.4’i ise; YB’de faydasız tedavi yapıldığı şeklinde görüş bildirdi.

Tablo 7’de yoğun bakımdaki faydasız tedavi ve bununla ilgili görüşler özetlenmiştir Faydasız tedavinin en sık nedenleri: yasal düzenlemelerin yetersizliği (%88,2), aile beklentisi (%59) ve farklı uzmanlık dallarının tedavi ile ilgili farklı görüşlerinin olmasından (%55,9) kaynaklandığı şeklinde bildirilmişti. Tedavi durdurma/sonlandırma kararının nasıl alınacağı ile ilgili görüşler ise; hastayı takip eden hekim karar verebilir (%52), aile mutlaka karara katılmalıdır (%49,6), karar için her hastanede bir kurul bulunmalıdır (%49,6), bu durum için yasal düzenleme yapılmalıdır (%86,6) şeklindeydi.

Tartışma

Yoğun bakım yataklarının daha verimli kullanılması ve YB’deki faydasız tedavi durumunun belirlenmesi amacıyla ile yapmış olduğumuz bu anket çalışmasında majör iki sorun tespit edilmiştir. Bunlardan birincisi YB’de önemli oranlarda servise ve/veya palyatif servislere devredilemeyen hastaların olması ve düzey uyumsuz yatış oranlarının fazla olmasıdır. İkinci sorun ise; özellikle terminal hastaların yatış oranlarının fazla olması nedeniyle uygulanan faydasız tedavilerdir.

Tıbbi faydasızlığın doğru anlaşılabilmesi için öncelikle tıbbın amacına vurgu yapmak gerekir. Tıbbın en

Tablo 6. Hasta yakınları bilgilendirme, terminal dönem/palyatif hasta, tedaviyi geri çekme ile ilgili sonuçlar

Hasta yakınlarıyla görüşme sıklığı	
Her gün	99(%78)
İki günde bir	21(%16.5)
Haftada bir	1(%0.8)
Aile ya da hekim görüşmek istediğinde	6(%4.7)
Hasta yakınlarıyla görüşme konusunda aşağıdakilerden hangisi/hangilerine katılıyorsunuz? (Birden çok seçenek seçilebilir)	
Hasta yakınlarıyla görüşmeye vaktim kalmıyor	13(%10.2)
Hasta yakınlarıyla hasta ile ilgili önemli bir gelişme olmadıkça görüşmeye gerek olmadığını düşünüyorum	16(%12.6)
Hasta yakınlarıyla görüşmenin günlük değişimler için önemli olduğunu düşünüyorum	97(%76.4)
Hasta yakınlarıyla görüşmenin hastanın uzun yatış süresindeki öngörülerini ve tedavi planları için önemli olduğunu düşünüyorum	79(%62.2)
Terminal dönem kanser hastası ve/veya palyatif bakım kliniğinden YB yatışı için konsülte edilen hasta için YB hekiminin görüşleri;	
Yoğun bakım yatış endikasyonu varsa hastanın fayda göreceğini düşünerek yatış sağlıyorum	31(%24.4)
Yoğun bakım yatış endikasyonu varsa hastanın fayda görmeyeceğini düşünsem de hasta yakınının şikâyet etme olasılığı nedeniyle yatış sağlıyorum	43(%33.9)
Aile ile bu konuda görüşme yapmak isterim	34(%26.8)
Tanımlanan hasta için yoğun bakım yatış endikasyonu yoktur, bunu belirterek konsültasyon notunu kapatırım	12(%9.4)
Terminal dönem kanser hastası ve/veya palyatif bakım kliniğinden yatışların diğer hasta gruplarından bir farkı yoktur	7(%5.5)
Anket günü, Terminal dönem kanser ve/veya palyatif bakım hasta oranları	
Terminal dönem ve kanser hastam yok	11 (%8.7)
<% 10	31 (%24.4)
% 20-30	45 (%35.4)
% 31-40	11 (%8.7)
% 41-50	11 (%8.7)
% 51-60	8 (%6.3)
>%60	10 (%7.8)
Doğru endikasyonla yatış olduğunda ülkemizdeki mevcut yoğun bakım yatak sayısı yeterli mi?	
Evet	112 (%88.3)
Hayır	10 (%7.8)
Fikrim yok	5 (%3.9)
Doğru endikasyonla yatış olduğunda ülkemizdeki mevcut palyatif yatak sayısı yeterli mi?	
Evet	20(%15.7)
Hayır	92(%72.5)
Fikrim yok	15(%11.8)
Ülkemizde tedaviyi geri çekme/tedaviyi durdurma ile ilgili yasal düzenleme var mı?	
Evet	5 (%3.9)
Hayır	114(%89.8)
Fikrim yok	8(%6.3)

temel amacı, hastaya zarar vermemek ve olabilecek maksimum faydayı sağlayabilmektir.

Bir tedavinin faydalı ya da faydasız olup olmadığının belirlenmesi, tedavinin amaçlanan hedeflerle

karşılaştırılması ile olasıdır (5-10). Belirli bir tedavinin hastaya faydası hakkında ancak o tedavinin hedeflerini bildiğimizde öngörü sahibi olabiliriz. Amaçlanan hedeflere ulaşma olasılığının imkânsız veya çok zayıf

Tablo 7. Yoğun bakımda faydasız tedavi (faydasız)

Yoğun bakımda faydasız tedavi (Faydasız) uygulanan hastalar olduğunu düşünüyor musunuz?	
Evet	125 (%98.4)
Hayır	2 (%1.6)
Fikrim yok	0
Tedaviyi geri çekme/tedaviyi durdurma ile ilgili görüşler (*)	
Hastayı takip eden doktor karar verebilir	66(%52)
Aile mutlaka karara katılmalıdır	63(%49.6)
Karar için her hastanede bir kurul bulunmalıdır	63(%49.6)
Yasal düzenleme olmalı	110(%86.6)
Bu durum için yasal düzenlemeye gerek yoktur.	1(%0.8)
Tedaviyi geri çekme/tedaviyi durdurma kararı hiçbir hasta için alınmamalı, her hasta sonuna kadar tedavi alma hakkına sahiptir.	2(%1.6)
Yoğun bakımda faydasız tedavinin uygulanması için aşağıdakilerden hangisi/hangilerine katılırsınız? (*)	
Doktor için ölüm bir tedavi başarısızlığıdır	8 (%6.3)
İletişim sorunları (hasta ve/veya hasta yakınları ile tedavinin yaşam süresi üzerine etki hakkında konuşma becerisinde yetersizlik)	49(%38.6)
Aile beklentileri	75(%59)
Ailenin hastanın isteklerine ilişkin önceden bilgi eksikliği	45(%35.4)
Prognostik belirsizliği	50(%39.4)
Yasal düzenlemelerin yetersizliği	112(%88.2)
Doktorun diğer doktorlar tarafından başlatılan tedaviyi bırakmakta güçlük çekmesi	56(%44.1)
Farklı uzmanlık dallarının tedavi ile ilgili farklı görüşlerinin olması	71(%55.9)

(*) Bu soruda bir hekim için birden çok şık seçim imkanı vardır.

olması, tıbbi faydasızlık kavramının en temel özellikleri arasındadır. Ancak tıbbi faydasızlık esas olarak son dönem hastalarda yaşamı sürdürmek için uygulanan tedavilerle ilgilidir. Son dönem kanser hastalarına özellikle kardiyopulmoner resüsitasyon yapılması bu duruma örnek olabilir (11-15).

Ülkemizden yapılan bir çalışmada Öztaş ve ark.(16) 3. Basamak yoğun bakımda takip ettikleri; malignite tanılı, onkologlar tarafından palyatif tedavi önerilen, inoperable, terminal evre, metastatik malignitesi olan Evre-4 hastaları dokümanete etmişlerdir. Çalışmaya dahil edilen ve Karnofsky Skoru 10-30 olan toplam 98 hastanın %33,6'sı entübe ve bu hastaların da %45'i kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası olarak yatışı yapılmıştır. %30,6 hastada yoğun bakım yatışının ilk 24 saati içinde invaziv mekanik ventilasyona başlanmıştır. Mortalite sonuçlarına bakıldığında; hastaların %86'sının vefat ettiği, %13 hastanın servis veya palyatife transfer edildiği görülmektedir. Aynı çalışmada 1 Mayıs 2022

tarihinde geçerli olan resmi maliyetler üzerinden yapılan dokümantasyonda toplam maliyet 2.818.00 YTL olarak belirtilmiştir. Yaşam sonu karar konusunda yasal düzenleme, bu konuda etik komisyon kararı ve standart tedavi protokollerine ihtiyaç olduğu ve sağlık harcamalarında faydasız tedavinin maliyetinin azaltılması gerekliliğini vurgulamışlardır.

Sungurtekin ve ark. (17); çalışmalarında; yoğun bakımda yatan terminal dönem kanser ve komorbid son dönem 61 hastada mortalite oranını %78,6 olarak belirtmişlerdir. Yoğun bakım ünitelerinin üst düzey teknolojik donanıma sahip, akut ihtiyacı olan organ yetmezlikli hastalar yerine palyatif bakım endikasyonu olan terminal hastaların yatırılmasının kaynakların yerinde kullanımı ve maliyet açısından da önemli olduğunu vurgulamışlardır. Terminal dönem hastaların yoğun bakım yerine palyatif bakım ve ülkemizde henüz yer alması da hospis alanlarında bakımının sağlanması gerektiğini bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızın nokta prevalans özelliğinde olup, her hekimin de kendi kliniğini değerlendirmiş olduğu göz önünde tutularak, çalışma günü YB’da yatan terminal dönem hastanız var mı? sorusuna verilen yanıt oranları değerlendirildiğinde; YB’lerde takip edilen hastaların yaklaşık %10’u dışında kalan hastaların terminal dönem kanser ve/veya palyatif bakım hastalarından oluştuğu şeklinde yorum yapılabilir. Zira hekimlerin sadece %8,7’si terminal dönem hastam yok yanıtını vermiştir. Diğer hekimler değişen oranlarda olmakla birlikte terminal dönem hastası olduğunu belirtmiştir.

Ankete katılan hekimlerin %98,4’ü yani neredeyse tamamına yakını yoğun bakımlarda faydasız tedaviler uygulanan hastalar olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %33,9’u “yoğun bakım yatış endikasyonu varsa, hastanın fayda görmeyeceğini düşünsem de hasta yakınının şikayet etme olasılığı nedeniyle yatış sağlarım” derken; %9,4’ü ise; “tanımlanan hasta için yoğun bakım yatış endikasyonu yoktur, bunu belirterek konsültasyon notunu kapatırım” şeklinde görüş bildirmiştir. Yani ülkemizde de; hekimler terminal hastaları yoğun bakıma yatırıp faydasız tedaviler uygulamakta ya da uygulamak durumunda kalmaktadır. Özellikle hasta yakınlarının şikayet etme olasılığı nedeniyle yatış sağlarım cevabını veren hekim oranının %33.9 olması, bu konuda da yasal düzenleme gerekliliğini göstermektedir.

Jukic ve ark. (18); 3 yıllık hasta verilerini taradıkları retrospektif çalışmalarında; hastalarının %25’nin faydasız tedavi uygulanan grupta olduğunu vurgulamışlardır. Bu bizim oranlarımızdan düşük de olsa; yoğun bakım yatak kapasitelerinin sınırlı sayıda olmasına da değinerek çözüm önerilerine değinmişlerdir.

Faydasız tıbbi tedaviler uygulamanın ardındaki en önemli nedenler;

- Hasta/aile üyelerinin isteği ve ısrarı
- Sağlık çalışanlarının kişisel duyguları, inançları ve tutumları
- Organizasyonel faktörler ve medikolegal süreçler yaşama endişesi

- Sosyal, kültürel ve dini faktörler şeklinde gruplandırılabilir (19-20).

Bizim çalışmamız sonuçlarında faydasız tedavilerin gerekçeleri şu şekilde özetlenebilir; cevapların %88,2’si yasal düzenlemelerin yetersizliği; %59’u aile beklentisi; %55,9’u ise; farklı uzmanlık dallarının tedavi ile ilgili farklı görüşlerinin olmasından kaynaklandığı şeklindedir. Ayrıca hekimlerin %33,9’u terminal dönem kanser hastası ve/veya palyatif bakım kliniğinden YB’ye yatış için konsülte edilen hastalarda yoğun bakım yatış endikasyonu varsa; hastanın fayda görmeyeceğini düşünse bile hasta yakınlarının şikâyet etme olasılığı nedeniyle yatış endikasyonu koyma durumunda olduklarını belirtmişlerdir. Yani yoğun bakım doktorları faydasız tedavilerin farkında olsalar bile aile beklentisi ve yasal düzenlemelerin yetersizliği nedeni ile YB’lerde faydasız tedaviye devam etmektedirler.

Hedefler, faydalar ve bunlara ulaşmanın değeri her zaman hastaların ve aile üyelerinin ve sağlık çalışanlarının kişisel, kültürel, sosyoekonomik ve dini değerlerinden etkilenebilir. Ayrıca hastaların koşulları, kişisel tercihleri, öncelikleri ve değerleri tedavinin yararsızlığına ilişkin yargıları da etkileyebilir. Hastaların değerlerinin göz önünde bulundurulması, gerçekçi olmayan ve hatta subjektif faydalara dayalı kararların alınmasına neden olabilir. Örneğin, beyin ölümü gerçekleşen bir hastanın aile üyeleri, tamamen etkisiz bir geleneksel ilacın uygulanmasını isteyebilir. İlacın bilinen etkisizliğine rağmen uygulanması hastanın aile üyelerinin, hastanın hayatını kurtarmak için ellerinden gelenin en iyisini yaptıklarını hissetmelerine yardımcı olur (21-24).

Faydasız tıbbi tedaviler sağlamanın en önemli sonuçları:

- Hasta için acı çekmek;
- Hemşireler ve doktorlar arasında, etik açıdan soru işaretleri, iş tükenmişliği, iş tatminsizliği ve artan personel değişimi ve dolayısıyla bakım kalitesinin düşmesi;
- Aileler, sağlık sistemleri ve toplumlar üzerindeki ağır mali yükler;
- Diğer hastaları riske atmak şeklinde özetlenebilir (25-28).

Bu çalışma ile, yaklaşık %70 oranında hastanın yoğun bakım takip endikasyonu kalkmasına rağmen servislere verilemediği ve bu hastaların ortalama olarak 1-10 gün arası endikasyon dışı yoğun bakım yatışlarının uzamış olduğu gösterilmiştir. Bu durum da yoğun bakımda hastanın enfeksiyon ve deliryum riskini arttırmaktadır. Yine benzer olarak hastaların %70'inin yoğun bakımlardan palyatif servislere devredilemediği ve palyatif servis için bekleme sürelerinin 20 günden fazla olduğu görülmüştür. Tüm bu nedenlerden dolayı; hekimlerin uygun koşullar sağlandığında hastalarının YB'den eve taburculuğunu uygun gördükleri anlaşılmıştır. YB'lerdeki doluluk oranı, hastanın ilgili kliniğe devir olamama sorunları beraberinde acil serviste bekleyen ve yoğun bakım tedavi endikasyonu olan hasta sayısında ve bekleme süresinde artışa da neden olmaktadır.

Faydasız tedaviler alan hastaları doğru bir şekilde belirlemek için bir laboratuvar testi veya klinik kriter yoktur. Ayrıca tıbbi yararsızlık kavramının özneliği, karmaşıklığı ve belirsizliği nedeniyle bireyler tarafından farklı algılanmaktavetanımlanmaktadır. Tıbbi tedavilerin türü, sağlanan fayda oranı ve sonuçları, hastaların ve aile üyelerinin değerlerine, tercihlerine, önceliklerine ve isteklerine göre değerlendirilmelidir. Önemli bir etik soru şudur: "tedavi ve bakım hizmetlerinin yararlılığını ve verimliliğini belirleme yetkisi kimdedir" Bu sorunun cevabını bulmak çok zordur. Çünkü kişisel, kültürel ve dini değer ve inançların yanı sıra sosyoekonomik faktörler de algı ve yorumlamada etkili olmaktadır (12,13,21,24,29).

Çalışmamızda tedaviyi durdurma/sonlandırma kararının nasıl alınacağı ile ilgili görüşler ise; hastayı takip eden doktor karar verebilir, aile mutlaka karara katılmalı, karar için her hastanede bir kurul bulunmalı ve en önemlisi de; yasal düzenleme olması gerekliliği şeklinde öne çıkmıştır (%86,6).

Benzer çalışmalarda tedaviyi durdurma/sonlandırma kararı için komplike değerlendirmelere gerek var gibi görülse de; bu konuda protokollerin oluşturulması, etik komitelerin kurulup, aktif çalışması ve aileye gerekli

açıklamaların yapılarak kararların nedenleri ile birlikte paylaşılması çözüm önerileri olarak sunulmaktadır (4,18).

Birleşik Krallık'ta doktorlar, resüsitasyonun başarılı olma ihtimalinin düşük olduğu durumlarda, hastaların ve hasta yasal vekillerin istekleri dışında bir "Resüstasyon Uygulamama (Do Not Resuscitate/DNR)" kararını imzalamaya yasal olarak yetkilidir (30). Teorik olarak, faydasız tedavi uygulanmamasını kabul edebiliriz; ancak pratikte bu yargılar, toplumsal değerler ve diğer önyargılar tarafından gölgelenmektedir. Amerika'da hasta veya yasal vekili tarafından resüsitasyonun yapılmaması açıkça talep edilmediği veya onaylanmadığı sürece çoğu hastanede kardiyopulmoner resüsitasyon yapılmaktadır (31). Yani farklı ülkelerde farklı uygulamalar mevcuttur. YB'de çalışan hekimler, 'başarısızlıklardan' kaçınma zorunluluğu hissedebilir veya kurumsal politikalara bağlı olarak, sonuçların raporlanması ve yasal sorumluluk endişesi, yaşamı sürdüren bakımı geri çekmekte tereddüte yol açabilir (32). Biz de; bu çalışmamızda gördük ki; ülkemizdeki faydasız tedaviye yaklaşım konusunda en büyük çekince yasal boşluklardan kaynaklanmaktadır.

Yoğun bakımda faydasız tedavinin önüne geçilmesi için çözüm yollarından biri de palyatif bakım ünitelerinden bağımsız olarak, pek çok ülkede bulunan hospis merkezleridir. Bu alanlar; terminal dönem hastaların ve yakınlarının hemşire desteği ile hayatın sonunu uygun koşullarda yaşayabilmeleri amacına yönelik kurumlardır. Örneğin Çin'de nüfus fazlalığı dolayısıyla bu hastalar için artan ihtiyaç sonucunda 2017 yılında Ulusal Sağlık ve Aile komisyonu tarafından "Hospis Bakımında Hedefler" için kılavuz yayınlanmıştır. Hospis uygulamasıyla terminal dönem hastaların YB'de takibinden ziyade ailelerine de destek olunarak; beslenme desteği, ağrı tedavisi, uyku konforu gibi alanlarda ideal yaşam sonu koşullarının sağlanabilmektedir (33,34). Ülkemizde de gerekli düzenlemelerle benzer kurumlar kurgulanarak, YB'de yatmak durumunda olan terminal dönem hastalar buralara yönlendirilebilir.

Sonuç olarak; yoğun bakımlardaki faydasız tedavi; hastaların beklentisiz yaşam sürelerinin uzaması, akılcı yoğun bakım yatak kullanımına engel olan bir durumdur. Sorunların doğru analizi ile yoğun bakım yatış endikasyonu tamamlanan hastaların; servise veya palyatif bakıma geçişinin zamanında olması, terminal dönem hastaları için yasal düzenlemeler gibi çözümler ile akılcı yoğun bakım yatak kullanımı sağlanabilir.

Etik kurul onayı

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (onay tarihi: 11.10.2023, numarası: KAEK/11.10.2023.488). Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazarlık katkısı

Çalışma konsepti ve tasarımı: TU, GT, DT; veri toplama: GT, DT, OD; YD; sonuçların analizi ve yorumlanması: DT, GT, BB, FG; makaleyi hazırlama: DT, GT, KD. Yazar(lar) sonuçları gözden geçirmiş ve makalenin son halini onaylamıştır.

Finansman

Yazar(lar), çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazar(lar) herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Kaynakça

1. Niederman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med*. 2010;38:S518-22. [\[Crossref\]](#)
2. Bagheri A, Asai A, Ida R. Experts' attitudes towards medical futility: an empirical survey from Japan. *BMC Med Ethics*. 2006;7:E8. [\[Crossref\]](#)
3. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *CMAJ*. 2007;177:1201-8. [\[Crossref\]](#)
4. Wilkinson DJC, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24:160-5. [\[Crossref\]](#)
5. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13:202-8. [\[Crossref\]](#)
6. Clarke CM. Do parents or surrogates have the right to demand treatment deemed futile? An analysis of the case of Baby L. *J Adv Nurs*. 2000;32:757-63. [\[Crossref\]](#)
7. Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *J Gen Intern Med*. 2004;19:1053-6. [\[Crossref\]](#)
8. Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics*. 2012;38:647-51. [\[Crossref\]](#)
9. Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics*. 2012;38:540-5. [\[Crossref\]](#)
10. Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioeth Inq*. 2011;8:123-31. [\[Crossref\]](#)
11. Kadooka Y, Asai A, Fukuyama M, Bito S. A comparative survey on potentially futile treatments between Japanese nurses and laypeople. *Nurs Ethics*. 2014;21:64-75. [\[Crossref\]](#)
12. Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33:922-30. [\[Crossref\]](#)
13. Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care*. 2006;19:25-31. [\[Crossref\]](#)
14. Whitmer M, Hurst S, Prins M, Shepard K, McVey D. Medical futility: a paradigm as old as Hippocrates. *Dimens Crit Care Nurs*. 2009;28:67-71. [\[Crossref\]](#)
15. de Carvalho KK, Lunardi VL. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17:308-13. [\[Crossref\]](#)
16. Öztaş A, İleri Fikri B, Aslanç Z, Turan G. Malignant Futility in the Intensive Care Unit. *Turk J Intensive Care*. 2024;22:281-8. [\[Crossref\]](#)
17. Sungurtekin H, Yalçın S. Evaluation of the End-stage Patients in Intensive Care. *Turk J Intensive Care*. 2023;21:248-53. [\[Crossref\]](#)

18. Jukić M, Šarić L, Prkić I, Puljak L. Medical futility treatment in intensive care units. *Acta Med Acad.* 2016;45:135-44. [\[Crossref\]](#)
19. Aghabarary M, Nayeri ND. Reasons behind providing futile medical treatments in Iran. *Nurs Ethics.* 2017;24:33-45. [\[Crossref\]](#)
20. Bahramnezhad F, Cheraghi MA, Salsali M, et al. Futile care; concept analysis based on a hybrid model. *Glob J Health Sci.* 2014;6:301-7. [\[Crossref\]](#)
21. Bagheri A. Regulating medical futility: neither excessive patient's autonomy nor physician's paternalism. *Eur J Health Law.* 2008;15:45-53. [\[Crossref\]](#)
22. Mobasher M, Nakhaee N, Tahmasebi M, Zahedi F, Larijani B. Ethical issues in the end of life care for cancer patients in Iran. *Iran J Public Health.* 2013;42:188-96.
23. Aghabarary M, Nayeri ND. Nurses' Perceptions of Futile Care: A Qualitative Study. *Holist Nurs Pract.* 2016;30:25-32. [\[Crossref\]](#)
24. Aghabarary M, Dehghan Nayeri N. Medical futility and its challenges: a review study. *J Med Ethics Hist Med.* 2016;9:11.
25. Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' experiences of futile care at intensive care units: a phenomenological study. *Glob J Health Sci.* 2015;7:235-42. [\[Crossref\]](#)
26. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nurs Ethics.* 2012;19:464-78. [\[Crossref\]](#)
27. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23:256-63. [\[Crossref\]](#)
28. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yildirim G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics.* 2013;20:436-47. [\[Crossref\]](#)
29. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care.* 2005;20:207-13. [\[Crossref\]](#)
30. Bishop JP, Brothers KB, Perry JE, Ahmad A. Reviving the conversation around CPR/DNR. *Am J Bioeth.* 2010;10:61-7. [\[Crossref\]](#)
31. Kopar PK, Visani A, Squirrell K, Brown DE. Addressing Futility: A Practical Approach. *Crit Care Explor.* 2022;4:e0706. [\[Crossref\]](#)
32. Anstey MH, Adams JL, McGlynn EA. Perceptions of the appropriateness of care in California adult intensive care units. *Crit Care.* 2015;19:51. [\[Crossref\]](#)
33. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* 2018;18:106. [\[Crossref\]](#)
34. Wang QL, Liu CR, Yue P, Han BR. Construction of Hospice Care Evaluation System for Terminally Ill Patients in ICU. Patient Prefer Adherence. 2024;18:29-37. [\[Crossref\]](#)