

# YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SIK KARŞILAŞILAN ETİK SORUNLAR

## *Ethical Problems Frequently Encountered in the Intensive Care Units*

Hatice TEL<sup>1</sup>

### ÖZET

Bilim ve sağlık teknolojisindeki gelişmeler ölümle sonuçlanan birçok hastalıkta yaşam şansını arttıran, ileri teknolojiye dayalı bakım ve tedavi uygulamalarının sunumunu mümkün kılmaktadır. Bu durum bir yandan yaşam süresini uzatırken diğer yandan yaşam kalitesi, bakım maliyeti, yararsız bakım gibi etik tartışmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ve hekimler karar verme, aydınlatılmış onam, yaşam destek tedavilerinin kısıtlanması ya da sonlandırılması, kaynakların eşit dağılımı ve yaşamın kalitesinin sorgulanması gibi etik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan etik durumların çözüme ulaştırmasında iyi bir ekip çalışması, etkin bir iletişim, ekip üyelerinin hasta hakları ve etik ilkelerle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları önemlidir. Makalede yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin sıklıkla karşılaştıkları etik sorunlara, bu etik sorunların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik yaklaşımlara ve çözüm önerilerine yer verilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Yoğun bakım, hemşirelik, etik ilkeler, etik sorun

### ABSTRACT

Advancements in science and health technology have made the supply of the care and treatments based on advanced technology increasing chance to live possible for many fatal diseases; which -on the one hand- provides longer life time and causes such ethical discussions as quality of life, cost of the care and futile care on the other hand. Nurses and doctors who work at the intensive care units face ethical problems such as decisions, informed consent, withholding or withdrawing of life sustaining treatments, equal distribution of the resources and questioning of the quality of life. It is highly important for the team members to have a successful team work, an effective communication, sufficient level of information about patient rights and ethical principles in order to solve ethical problems encountered at the intensive care units. The present article provided solution-offers to the ethical problems often faced by the health care professionals who worked at the intensive care units and to the ethical problems emphasized here and the approaches to prevent these problems.

**Key Words:** Intensive care, nursing, ethical principles, ethical problem

<sup>1</sup> Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü-SİVAS

### Yazışma Adresi

Doç.Dr. Hatice TEL

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü-SİVAS

e-mail: haticetel@yahoo.com

Tel: 03462191010/1776 ve 2055

**Geliş tarihi/Received:09/02/2012 ; Kabul tarihi/Accepted:07/05/2012**

**GİRİŞ**

Yoğun bakım üniteleri ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, kritik hastaları destekleyerek iyileşmesini amaçlayan, hastaların sürekli izlem ve gözlemlerinin yapıldığı, hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan ve multidisipliner ekiple hizmet sunulan özel birimlerdir (Mani 2003; Nelson ve Danis 2001). Günümüzde, gelişmiş tıbbi uygulamalar ve yoğun bakım hizmetleriyle önceden ölümle sonuçlanan birçok ciddi hastalığın iyileşmesi mümkün olabilmektedir. Ancak bazı durumlarda en gelişmiş teknoloji bile sınırlı kalabilmekte, aynı girişim bazı hastalar için hayatta kalmayı sağlarken, bazı hastalar için yalnızca ölümü geciktirebilmektedir. Bazı durumlarda da hasta veya aile bireyleri yaşamı destekleyen bu girişimleri yararlı bulmamaktadır (Kane ve ark. 2004). Hastaların sağlık sorunlarının özelliği, teknoloji destekli hizmet sunumu, acil kararlar verme ve acil müdahalede bulunma zorunluluğu gibi nedenlerle yoğun bakım ünitelerinde etik sorunlarla sık karşılaşmaktadır (Çobanoğlu 2009; Luce ve Lemiaire 2001; Sibbald ve Lazar 2005).

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ETİK SORUNLAR**

Yoğun bakım ünitelerinde temel etik ilkelerin uygulanmasını hastanenin diğer servislerine göre daha güç hale getiren bazı faktörler bulunmaktadır. Bu ünitelerde gelişmiş teknolojik ve tıbbi uygulamalarla bir yandan yaşam süresi uzatılırken diğer yandan “kaynakların adil dağılımı sağlanabilir mi”, “ölümün geciktirilmesi hastanın daha fazla süre ağrı ve acı çekme durumunda kalmasına neden olmakta mıdır?” gibi sorular gündeme gelmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla terminal dönemde, bilinç düzeyi değişikliği sebebiyle iletişim kurulamayacak durumda olan hastalara bakım verilmesi nedeniyle otonomi ilkesini uygulamada zorluklar yaşanmaktadır. Birçok durumda; acil müdahalede bulunma zorunluluğu, tıbbi kaynakların adil şekilde paylaşılması gerekliliği, belli bir grup hastada yaşam desteğinin ne şekilde devam ettirileceği konusu gündeme gelmekte, bu durum hasta hakları ve sosyal adalet ilkelerinin çatışmasına neden olabilmektedir (Demirhan ve Karakaya 2001; Luce 1990). Yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan etik sorunların çoklu/karmaşık nedenlere bağlı olarak ortaya çıkması ve kısa sürede çözüme ulaştırılması gerekliliği durumu daha da önemli bir noktaya taşımaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde etik sorunların; karar verme, aydınlatılmış onam, kardi-

yopulmoner canlandırma yapmama, beyin ölümü ve organ nakli, yaşam desteğinin kısıtlanması veya sonlandırılması, yararsız tıbbi tedavi, tıbbi kaynakların adil paylaşımı konularıyla bağlantılı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin en önemli sorumluluğu ortaya çıkan etik sorunları, temel etik ilkeleri rehber alarak çözüme ulaştırmak olmalıdır. Ortaya çıkan etik sorunlar insan hakları, hasta hakları, sınırlı kaynakların paylaşılması ve yaşamı uzatan girişimlerin yaşam kalitesine etkileri konularıyla birlikte ele alınmalıdır (Çobanoğlu 2009; Luce ve Lemiaire 2001; Sibbald ve Lazar 2005). Etik sorunların çözümünde etik ilkelere dayalı karar verme süreçlerinin kullanılması gerekmektedir. Bu bağlamda “yarar sağlama”, “zarar vermeme”, “otonomi”, “aydınlatılmış onam” ve “sosyal adalet” gibi etik ilkeler öne çıkmaktadır (Büyükkoçak ve Çakırca 2007; Luce 1990).

**Karar Verme:** Karar verme, bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargıdır. Etik karar verme ise birbiriyle çatışan seçeneklerin olduğu durumda sistematik bir düşünme biçimiyle ahlaki açıdan en doğru eyleme karar verilmesini içeren mantıksal bir süreci ifade etmektedir (Berggren ve ark. 2002; Hughes ve Ahmed 2009). Etik karar verme sürecinde; etik problemin varlığı belirlenmeli, etik ilkelere ve gerçeklere dayalı daha kapsamlı bilgi edinilmeli, olası seçenekler arasında bir değerlendirme yapılarak etik ilkelerle tutarlılık gösteren seçeneğin tercih edilmesi yoluna gidilmelidir (Raper ve Fisher 2009). Hasta hakları ve etik ilkeler doğrultusunda her hastanın kendine yapacağı tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır. İstendik olan bireyin kendisi hakkındaki karara katılması, karar vermede rol almasıdır. Bu noktada, karar veren kişinin mevcut seçenekleri, yaptığı seçimin, verdiği kararın sonuçlarını anlayabilecek yeterlilikte olması gerekmektedir.

Karar verme kapasitesi bulunan ve bilgilendirilmiş olan kişi önerilen tedaviyi reddedebilir (TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008). Karar verme sürecine sağlık bakım ekibinin tüm üyelerinin, hastanın ve uygun koşullarda hastanın yasal vekilinin ve aile üyelerinin katılımı sağlanmalıdır (Curtis 2004; Latimer 1998). Ancak, yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla hastaların aydınlatılmış onamlarını alacak zaman ve koşullar olmadığından, hastaların çok azı bilinçli ve tam olarak iletişim kurulabilecek durumda olduklarından, hasta yerine karar verme durumu ortaya çıkmaktadır (Demirhan ve Karakaya 2001; Erkeköl ve ark. 2002; TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008). Bu durumda, yetişkin kişilerin kendi-

lerine yasal bir temsilci seçme, aile bireylerinden biri veya tümünü karar verme süreci dışında tutma haklarının bulunduğu gerçeği dikkate alınarak hareket edilmelidir (TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008). Yoğun bakım hekim ve hemşireleri hastanın karar verme kapasitesini kaybetmeden önce kendisi için yasal bir vekil belirlemesini sağlamakta sorumluluk almalıdır. Bunun mümkün olmadığı durumlarda, hasta adına karar verebilecek kişinin kim olacağı hasta yakınları arasından belirlenmelidir (Kane ve ark. 2004; Kellum ve Dacey 2009; Lo ve Steinbrook 1991; Sert ve ark. 2007). Hasta adına karar verecek kişinin belirlenmesinde çok özenli davranılmalı ve hastanın istekleri doğrultusunda karar verilmeye çalışılmalıdır (Demirhan ve Karakaya 2001; Erkeköl ve ark. 2002; TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008).

Yoğun bakım ünitesindeki hastanın karar verme kapasitesinin olup olmadığına karar vermek için; hastanın durumu tam olarak anlaşılmalı, önerilen tedavinin reddedilmesi ya da kabul edilmesinin sonuçları bilinmeli, gerçekçi karar verilmeli ve tercih açık bir şekilde ifade edilmelidir (Gilligan ve ark. 2010). Hastanın karar verme kapasitesi belirlenirken; (i) hastanın tıbbi durumu, prognozu, tedavi seçenekleri ve tedavi olmanın sonuçları hakkında verilen bilgiyi anlayabilecek durumda olması, (ii) hastanın almakta olduğu tıbbi bilgiyi kişisel değerleri, yaşam amaçlarıyla karşılaştırması ve seçeneklerini belirleyebilmesi, (iii) hastanın kararlarını yazılı ve sözlü olarak anlamlı ve tutarlı şekilde bildirebilmesi gibi yeterlilikler üç klinik standart olarak kabul edilmektedir (Kane ve ark. 2004). Yoğun bakım ünitesindeki hastanın karar verme kapasitesinin olmadığını varsayarak hareket edilmemeli, hastanın karar verme kapasitesi sürekli ve tekrarlı olarak değerlendirilmelidir (Appelbaum 2007). Hastaların karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi bilinç düzeyinde değişim olmadan önce kişinin kendisi için bir yasal vekil belirlemesine ve onam almaya fırsat verecektir. Bu yaklaşım yoğun bakım ünitelerinde hasta özerkliğinin korunmasına ve konuyla ilgili etik sorunların oluşmasını önlenmeye de katkı sağlayacaktır.

**Aydınlatılmış Onam:** Aydınlatılmış onam süreci, hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir (Appelbaum 2007; Kellum ve Dacey 2009; TTB-UDEK 2008). Birey vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alma hakkına sahiptir (TTB Etik Bildir-

geler Çalıştay Sonuç Raporu 2008). Anayasamızın 17. maddesinde “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluk ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” hükmü yer almaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982). Aydınlatılmış onam kavramı 1998 yılında yayımlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nde de belirtilmiştir. Aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı ilkesiyle yakından ilişkilidir. Yapılacak müdahaleler kişilik hakkını (yaşam ve beden bütünlüğünü) ilgilendirdiğinden karar verme yetkisi sağlık profesyonellerinde değil hastadadır (Çobanoğlu 2009; Elçioğlu ve Demirhan 2001). Hasta yerine karar vermek hastanın özerkliğini dikkate almamaktır. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin hasta için her zaman doğru kararı veremeyecekleri de bilinmelidir.

Karar verme sürecinde bir hasta hakkı olan bilgilendirme temel kavramdır. Yeterince bilgilendirilmeyen hastanın zihninde “sağlık ekibi ne yapmak istiyor?” sorusu olacak, bilgilendirme sağlanmadığı sürece bu soru sıklıkla “hiçbir şey yapmıyorlar” şeklinde cevap bulacaktır (Kellum ve Dacey 2009). Hastaya veya yasal vekiline bilgi sağlarken hastanın ne kadar bilmeye ihtiyacı olduğunu belirlenmesi önemlidir. Hastanın özerkliğini kullanma yeterliliğinin olmadığı durumlarda hasta yakınları bilgilendirilmelidir (Aydın ve Ersoy 1995). Durumu tam olarak açıklayan, tıbbi terminolojiden arındırılmış, aşırı detaydan uzak, sürekliliği olan bir bilgilendirme hasta/ailenin sorularını ortadan kaldırılabılır (Ackermann 2000, Kellum ve Dacey 2009). Hastanın durumu, uygulanan tedavi planı ve sonuçları hakkında bilgi vermek hastanın veya yasal vekilinin sağlık ekibine güvenini artırarak, işbirliğini destekleyecektir (Kellum ve Dacey 2009). Yoğun bakım ünitelerinde acil karar alma ve acil girişimlerde bulunma zorunluluğunun olduğu acil durumlar dışında hastanın veya yasal vekilinin bilgilendirilme ve karar verme hakkı korunmalıdır (Erkeköl ve ark. 2002; Raper ve Fisher 2009).

**Kardiyopulmoner Canlandırma Yapılması:** Kardiyopulmoner canlandırma (KPR) kardiyak ve respiratuar arrest olan hastalara yapılan, yaşam kurtarıcı bir müdahaledir. KPR, “canlandırma yapılmasını/Do Not Resuscitate (DNR)” istemi olmayan tüm hastalar için uygulanan bir tıbbi işlem haline gelmiştir (Kellum ve Dacey 2009). KPR’un başarı şansı hastanın yaşı, hastalığı ve diğer komplikasyonların varlığına göre değişiklik gösterdiğinden, yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalarda KPR’un sağlık bakım amaç-

larına olası katkısının iyi değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kane ve ark. 2004; Kellum ve Dacey 2009). Genel yaklaşım olarak, KPR uygulama kararı sadece arrest gelişimine göre değil, altta yatan hastalığın ve hastanın bireysel olarak değerlendirilmesine göre verilmelidir. Bu noktada “canlandırma yapılmasın” istemi gündeme gelmektedir (Ackermann 2000; Erkekol ve ark. 2002; Kutlay ve Yılmazlar 2001). ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde “Canlandırma yapılmasın” talimatlarının hazırlanmasında hastaların bu karara aktif katılımının sağlanması, isteminin mutlaka yazılı olması, hasta tarafından imzalanması ve bu bilginin hasta dosyasına eklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Ackermann 2000; Hall ve Rocker 2000; Kane ve ark. 2004; Mani 2003). Canlandırma yapılmayacak hastalara KPR dışında gereksinim duydukları tüm bakımın sağlanacağı ve insan onuruna yakışır bir ölüm yaşayacakları açıklanmalı, bu konuda hasta /ailenin endişeleri giderilmelidir (Ackermann 2000; Gillick 2012; Hall ve Rocker 2000; Kane ve ark. 2004). Bu konu sadece “canlandırma yapılmasın” istemiyle ilgili yazılı süreç oluşturmayla sınırlı görülmemeli, bir bütün olarak yaşamı tehdit eden hastalıklarda tıbbi tedavi uygulanacak/ uygulanmayacak sorularının gündeme geldiği durumlar için hastanın karar verme yeterliliğini kaybetmeden önce kendisine yapılmasını istediği/istemedikleri hakkında yazılı bilgi bırakması şeklinde ele alınmalıdır.

KPR uygulamak veya uygulamamak hastanın hayata dönmesi ile yaşamının sona ermesi arasında yapılması gereken bir tercih olduğundan karmaşık etik ve hukuki sorunlara zemin hazırlayabilir (Baştürk 2003). Bazı Avrupa ülkelerinde ve ABD’de yasal düzenlemelerle sağlık kurumları, hekimler, aileler ve diğer ilgili kişiler “canlandırma yapılmasın” uygulaması hakkında daha kolay, belirsizlikten uzak ve bilinçli hareket edebilmektedirler (Baştürk 2003; Sert ve ark. 2007). Ülkemizde bu kararı kim vermelidir, hekimin bu kararı verme yetkisi var mıdır sorusu cevaplanmamıştır (Erkekol ve ark. 2002; Kutlay ve Yılmazlar 2001). Ülkemizde anesteziyoloji, cerrahi, nöroloji, kardiyoloji, dahiliye gibi çeşitli ana bilim dallarından görüş alınarak (Baştürk 2003; Sert ve ark. 2007) veya hasta yakınlarının isteği, tıbbi cihazların yetersizliği gerekçe gösterilerek canlandırma yapılmadığı yönünde gözlemlerin olduğu (Aksoy ve ark. 2002) bildirilmektedir. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporu’nda (2008) hastanın yaşam kalitesi düşük ise ve yaşamsal destek sağlandığında bu yaşam kalitesi yükseltilemeyecekse hastaya canlandırılma yapılmamalıdır ilkesine vurgu yapıldığı görülmekte-

dir. Hukuk sistemimizde canlandırma yapılmaması ile ilgili düzenleme olmamakla birlikte ötenazi konusunda geçen ve hastanın tedaviyi reddetme, yaşamı destekleyen tedavileri kabul etmeme hakkı olarak kullanılan tanımlamaların KPR uygulanmasının kapsamında ele alınabileceği, konuyla ilgili muhtemel cezai uygulamaların da bu kapsamda olacağı yönünde görüş bulunmaktadır (Baştürk 2003). Bu konunun sağlık ve hukuk otoriteleri tarafından çok yönlü ele alınmasına, toplumsal değerlerimizi göz önüne alan yasal düzenlemelerin yapılmasına ve etik ilkelerin ortaya konulmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Baştürk 2003; Sert ve ark. 2007).

**Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması:** Günümüzdeki tıbbi teknoloji ve tedavi imkanları dikkate alındığında, ölüm neredeyse tedavinin kesilmesi/ uygulanmaması durumunda söz konusu olmaktadır. Yaşamı koruyan tedaviler tıbbi, yasal ve etik açıdan özel durumlardır. Ancak bu kategoride ele alınan girişimler her zaman açıkça ortaya konulamamaktadır (Ackermann 2000; Kellum ve Dacey 2009; Troug ve ark. 2008). Teknolojik ve farmakolojik girişimlerle yaşamı desteklemenin, hasta bireyin bulgularının azaltılmasına ya da iyileşmesine katkıda bulunmadığına karar vermek sağlık profesyonelleri için en güç kararlardan biridir. Bu tür kararlar, sağlık profesyonellerini özerkliğe ve yaşama saygı gibi değerlerini, mesleki sorumluluklarını, sağlık bakımının hedefleri ve öncelikleriyle ilgili inançlarını gözden geçirmeye zorlamaktadır (Çobanoğlu 2009; Mani 2003). Yaşam desteğinin kısıtlanması, bazı tıbbi tedavilerin hastaya başlanmaması, yaşam desteğinin sonlandırılması ise hastaya uygulanan çeşitli tıbbi tedavilerin durdurulmasıdır (Levin ve Sprung 2005; Uysal 2004). KPR, mekanik ventilasyon, beslenme ve sıvı desteği, diyaliz ve transfüzyonlar gibi yaşamı destekleyen tedavilerin tam bir yarar sağlayamadığı durumda bu tedavilerin kısıtlanması ya da uygulanmaması yoluna gidilebilmektedir (Derse 2005; Levin ve Sprung 2005). Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması kararı verilirken temel prensip hastaya fayda sağlayacak tedavilerin uygulanması, hastaya faydası olmayacak tedavilerin başlatılmaması ya da sonlandırılmasıdır (Uysal 2004).

Tedaviye başlamama/sonlandırma durumuyla ilgili olarak, “hastaların tedaviyi kabul etme, reddetme ya da sonlandırılmasını isteme hakları” vardır (Çobanoğlu 2009; TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporu 2008). Yaşam desteğini kısıtlamak ya da başlatmamak kararı; (i) hasta ya da yasal vekili daha ileri veya daha başka tedavi uy-

gulanmasını kabul etmediğinde, (ii) hekim, daha ileri tedavi uygulamalarının tıbbi sonuçlar açısından yararsız/etkisiz olduğunu ya da hasta için uygun olmadığını rapor ettiğinde söz konusu olmaktadır (Christakis ve Asch 1995; Cook ve ark. 1995; Hanson ve ark. 1996). Hastanın yaşamı destekleyici tedavilerden yararlanma ya da iyileşme ümidi varsa yaşam korunmalıdır. Bu süreçte hastaya veya vekiline girişimler ve sonuçları hakkında gerçekçi bilgiler verilmeli, verilen bilginin kişi tarafından anlaşıldığından emin olunmalı, son karar hasta birey/vekilinin isteklerini yansıtmalıdır. Hasta bireyin karar verebilme yeterliliği varsa, kararının sonuçlarını tam olarak anlıyorsa ve kendisine yük getirdiğini ya da daha fazla acı çekmesine neden olduğunu düşündüğü bir tedavinin daha fazla sürmesini istemiyorsa tedavinin sonlandırılması uygun olacaktır (Çobanoğlu 2009). Tedavi sonlandırılırken hastanın geri kalan ömrünü rahat ve ağrısız bir şekilde geçirmesi hedefi korunmalıdır (Uysal 2004; Troug ve ark. 2001; Troug ve ark. 2008). Yoğun bakım ünitesinde tedavinin sonlandırılması kişinin gereksinimi olan bakımın sonlandırılması anlamına gelmez (Raper ve Fisher 2009).

Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması konusuyla bağlantılı olarak ele alınabilecek bir diğer durum ötenazi konusudur. "Yaşam desteğinin kesilmesi" ile "ötenazi" arasında fark olup olmadığı tartışılmaktadır (Ackermann 2000). "Bir hastayı mekanik ventilatörden ayırmakla mekanik ventilatörde iken sedatif dozunu artırmak arasında fark var mıdır?" Her iki durumda da hasta açısından son nokta farklı mıdır? sorusu bu konudaki tartışmaların merkezinde yer almaktadır. ABD'de yaşam desteğini kesmek ya da başlamamak için kararlar öncelikle bölgesel mahkemelerde verilmektedir (Gilligan ve ark. 2010; Lo ve Steinbrook 1991). Ülkemizde terminal evredeki hastalarda yaşam desteğinin kesilmesi, yaşamı destekleyici tedavilere başlanılmaması konuları net olarak aydınlatılmamıştır. Ancak ötenazi kesin olarak yasaklanmıştır (Erkeköl ve ark. 2002; Hasta Hakları Yönetmeliği 1998; Kutlay ve Yılmazlar 2001). Ülkemizde özellikle yoğun bakım çalışanlarının karşılaştıkları etik ikilemlerle başatmalarına yardımcı olacak "yaşamı destekleyen tedavilerin başlatılmaması ya da sonlandırılmasına ilişkin ulusal kriterlerin" belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008).

**Yararsız (boşuna) tedavi:** Bir tedavinin hasta bireyin iyileşmesine, bulgularının giderilmesine ya da işlevsel durumunu düzeltmeye katkısı yoksa yani hasta için bilinen ve

beklenen yararı oluşturmuyorsa o tedavi boşuna, etkisiz ya da yararsız tedavi olarak değerlendirilmektedir (Çobanoğlu 2009; Luce ve Lemiaire 2001; TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008; Whitmer ve ark. 2009). Kavram tanımlanmasına karşın, tıbbi yönden etkisizliğin nasıl tanımlanacağı, kritik durumdaki bir hastanın tedavisinin sürdürülmesi ya da sonlandırılması kararında bu tanımın nasıl kullanılabileceği, gereksiz yere uygulanan tedavilerin zaman ve maliyet açısından yarattığı kayıplar tartışma konusudur (Mani 2003; Luce ve Lemiaire 2001; Luce ve Ruberfield 2002). Özellikle terminal dönemde agresif yaşam destek tedavilerinin hastanın durumunu düzeltme şansı tanımadığı, fizyolojik bir yarar sağlamadığı, aksine ilave ağrı, acı çekmesine ya da sıkıntı çekme süresinin uzamasına neden olduğu durumda öngörülen tedavinin yapılması etik açıdan savunulmaktadır (TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008). Hastanın tedaviyi reddetme hakkıyla bağlantılı olarak, tedavi konusunda bilgilendirilmiş bir hasta veya vekilinin yararsız tedaviyi sonlandırma istekleri saygıyla karşılanmalı, sağlık profesyonelleri bu isteği sağlık bakım amaçlarına göre irdelemelidir (Cimete 2002; Çobanoğlu 2009).

**Tıbbi kaynakların adil paylaşımı:** Günümüzde yoğun bakım ünitelerinde uygulanan invaziv yaklaşımların her zaman hastalığın sonucunu etkilemediği gösterilmiş ve bu durum yoğun bakım ünitelerinde "maliyet etkinlik" tartışmalarını gündeme getirmiştir (The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee 1994). Aynı anda başvuran ve canlandırma yapılması gereken iki hastanın hangisinden başlanacak? Yoğun bakım ünitesindeki sınırlı kaynaklardan, önce hangi hastalar, hangi oranda, ne kadar süreyle yararlanacak? (Akdur 2000). Bu sorulara bütçe yetersizliği, hemşire ve sağlık personelinin azlığı, yoğun bakım yatak sayısının azlığı gibi nedenlerin eklenmesiyle yoğun bakım ünitelerinde hasta triajı yapmak durumunda kalınmaktadır. Kaynakların dağılımında yaş bir etken olarak kabul edilirken, hastanın tercihlerinin ve iyileşme olasılığının da önemli faktörler olduğuna vurgu yapılmaktadır (The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee 1994). Bu konuda yoğun bakım ünitesi politikalarının geliştirilmesi ve bu doğrultuda hasta seçiminde önceliklerin belirlenmesi gerekmektedir. Öncelikler belirlenirken hizmet olanakları, hasta kabul ve taburculuk ölçütleri ve kurumun triaj politikaları göz önüne alınmalıdır (Erkeköl ve ark. 2002).

## YOĞUN BAKIMDA ETİK SORUNLARA YAKLAŞIM

Kritik durumdaki hastalara ileri teknolojiye dayalı komplike hizmetlerin sunulduğu yoğun bakım ünitelerinde, teknolojinin sunduğu olanaklara gerçekte ne kadar gereksinim duyulduğu, artan hizmet maliyeti, yoğun bakım ünitesine daha ciddi sağlık sorunu olan hastaların kabul edilmesi gerçeği, hasta yeterlik ve özerkliğinin tartışmalı olması, kaynakların etkin ve adil kullanılması ve artan hasta beklentilerinin karşılanması sorumluluğu gibi konular bir çok etik sorunun ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Çobanoğlu 2009; Koh ve ark. 2004; Luce ve Lemiaire 2001; Luce ve Ruberfield 2002; Sibbald ve Lazar 2005; TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008).

Yoğun bakım ortamları son derece özelleşmiş ve stres düzeyi yüksek çalışma ortamlarıdır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleri alternatifler arasından bir seçim yapma durumuyla sıklıkla karşılaşmaktadır. Eşit etkiye/yarara sahip görünen iki seçenektan birine karar vermek zorunda kalmak etik ikilemlerin ve çatışmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Gilliland 2010). Bununla birlikte karar vermeyi destekleyen bilginin ve kullanılacak kaynakların sınırlı olması durumu daha stresli ve zor hale sokmaktadır. Breen ve ark. (2001) yoğun bakım hastaları hakkında karar verme konusunda sağlık profesyonellerinin büyük bir kısmının etik ikilem yaşadıklarını, Azoulay ve ark. (2009) yoğun bakım ünitelerinde sağlık profesyonelleri arasında çatışma yaşama oranının yüksek olduğunu, en fazla çatışmanın hekim-hemşire arasında yaşandığını saptamıştır. Yoğun bakım ünitelerinde genellikle primer karar vericinin hekim olması, yoğun bakım hemşirelerinin karar verme sürecine katılmalarının sınırlı olması hastaya bakım veren hemşireyi aynı fikirde olmasa da hekimin istemini uygulamak durumunda bırakabilmektedir. Bu durum hemşirede strese, moral sıkıntının artmasına neden olmaktadır (Melia 2001; Oberle ve Hughes 2001, Viney 1996). Etik problemlerin farklı algılanması yanlış anlaşılma ve çatışmalara yol açmakta ve bu durum ekip üyelerinde ciddi bir gerilim yaratmaktadır (Oberle ve Hughes 2001).

Yoğun bakım ünitelerinde etik sorunların önlenmesi, etik ikilemlerin azaltılması ve sağlıklı çözümler üretilebilmesi ekip yaklaşımının benimsenmesi ve hemşirelerin kararlara daha fazla katılımlarının sağlanmasıyla mümkün olacaktır. Sağlık profesyonellerinin yoğun bakım ünitelerinde ortaya çıkabilecek etik sorunlar ve onların olası nedenleri hak-

kinda yeterli bilgiye ve etik duyarlılığa sahip olmaları etik sorunların önlenmesinde ilk adım olacaktır. Sağlık profesyonellerinin mesleki yeterlilikleri, hasta ve aile üyeleriyle etkin iletişim sürecinin işletilmesi etik sorunların önlenmesinde ve ortaya çıkan etik sorunlarla başetmede önemlidir (Koh ve ark. 2004). Yoğun bakım ünitelerinde, her hasta kendine özgü bir birey olarak kabul edilmeli, hasta ve aile üyelerinin gereksinimlerini dikkate alan, profesyonel ve etik ilkelere uygun tedavi ve bakım sunulmalıdır (Williams 2007). Sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları her etik durumu profesyonel ve etik değerlerle ele alarak değerlendirmesi ve etik değerlerle açıklanabilir çözümler geliştirmesi gerekir (Başak ve ark. 2010; Vincent 2001). Yoğun bakım ünitesindeki tüm uygulamalarda hastaların karar verme hakkını kullanmasını sağlamak ve aydınlatılmış onam, yaşamın korunması ve önemli fizyolojik fonksiyonlardaki sapmaların önlenmesi adına acil bir tedavi uygulanmasını gerektiren durumlar dışında ertelenmemelidir (Erkekol ve ark. 2002; Raper ve Fisher 2009). Hasta özerkliği ile ilgili etik sorunların önlenmesi için hastaların karar verme kapasitesini kaybetmeden önce kendisi için yasal bir vekil belirlenmesi sağlanmalı, bunun mümkün olmadığı durumda hasta yakınları arasından hasta adına karar verebilecek uygun bir kişi belirlenmelidir (Kane ve ark. 2004; Kellum ve Dacey 2009; Lo ve Steinbrook 1991; Sert ve ark. 2007). Yasal vekilden hastanın ne istediğine, neyi tercih ettiğine dayanan bir karar vermesi beklenmektedir. Hasta için vekil, yasal hiyerarşiye uygun olarak eş, ebeveyn, yetişkin çocuk gibi yakın akrabalarından seçilmektedir. Yasal vekil olarak belirlenen kişinin hastaya yakın, yasal vekil olmaya istekli, hastanın değerlerini ve yaşam hedeflerini bilen biri olması gerekir. Hasta için yasal vekil olacak birinin bulunmadığı durumda ise kurum politikalarına uygun olarak etik komitenin görüşü alınarak seçim yapılmalıdır (Kane ve ark. 2004).

Yoğun bakım ortamlarında karşılaşılan etik sorunlara çözüm oluştururken; otonomi, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet/kaynakların adil dağılımı gibi temel etik ilkeler ön plana çıkartılmalıdır. Etik sorunların bu temel etik ilkelere göre ele alınması durumunda sağlıklı şekilde analiz edilmesine, etik problemler karşısında uygun süreçlerin işletilmesine rehberlik edecektir (Gilligan ve ark. 2010; Raper ve Fisher 2009). Etik ilkelerin yanısıra etik sorunların çözümünde mevcut yasalar da dikkate alınmalı, kurumdaki etik komiteden danışmanlık istenmelidir. Kurumdaki etik komiteler ve kurumsal rehberler yoğun bakım hastası ve ailesine bakım veren profesyonellerin danışmanlık almaları-

nı, etik ilkelere uygun kararlar verdiklerinden emin olmalarını sağlayacaktır (Cimete 2002; Gilligan ve ark. 2010; Raper ve Fisher 2009). Etik sorunların çözümünde iyi bir iletişim becerisi en güçlü araçtır. Terminal dönemdeki hasta ile yaşam ve ölüm hakkında konuşmak, hastayı yargılamadan ve duyarlı davranarak hasta gereksinimlerinin belirlenmesini, etik sorunların önceden görülerek kontrol edilmesini sağlayacaktır. Hasta, ailesi/yakın çevresi ve sağlık bakım ekibinin karşılaştıkları zor durumlarla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, deneyimlerini paylaşması etik sorunlarla ilgili farkındalığın artmasına, sorunların önlenmesine ve çözümüne önemli katkı sağlayacaktır (Gilligan ve ark. 2010; Raper ve Fisher 2009).

### SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleri, bakım verdiği hasta grubunun, verilen hizmetin ve hizmet sunulan ortamın özellikleriyle bağlantılı olarak etik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde çalışanların karşılaştıkları bu sorunları önceden görebilecek bilgi ve duyarlılığa sahip olmaları gerekir. Sağlık ve teknoloji alanındaki ilerleme ve gelişmelere paralel olarak sağlık bakım ortamlarında ortaya çıkan etik sorunlar da sürekli değişim gösterecektir. Sürekli değişim ve gelişimin olduğu yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin mesleki yeterlilikleri, temel etik ilkeler ve yasal düzenlemeler konusunda bilinçli olmaları, ekip çalışması anlayışının benimsenmiş olması etik sorunların önlenmesine ve etkin çözümlerin oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Yasal düzenlemelerin olmadığı durumlarda etik çatışmalar çok ciddi sonuçlar doğurabilir. Yasal düzenlemeler yanı sıra kurumsal düzeyde etik komitelerin oluşturulması ve etik rehberlerin hazırlanması gibi düzenlemeler yoğun bakım ünitelerinde profesyonel ve etik ilkelere dayalı, daha nitelikli karar vermeyi ve nitelikli hizmet sunumunu sağlayarak hasta/aile memnuniyetini destekleyecektir.

### KAYNAKLAR

- Ackermann RJ (2000) Withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Am Fam Physician*, 62(7):1555-60.
- Akdur R (2000) Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği*, 8(1):38-45.
- Aksoy Ş, Çevik E, Edisan Z (2002) Yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik tartışma. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 10(4):263-68.
- Appelbaum PS (2007) Assessment of patient's competence to consent to treatment. *N Engl J Med*, 357(18):1834-1840.
- Aydın E, Ersoy N (1995) Klinikte etik karar verme süreci. *T Klin Tıbbi Etik*, 3(1):12-6.
- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL (2009) Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. *Am J Respir Clin Care Med*, 180(9):853-60.
- Başak T, Uzun Ş, Arslan F (2010) Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2):76-81.
- Baştürk E(2003) Do-Not-Resuscitate (DNR) talimatının temel etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. *T Klinik Tıp Etiği Hukuku Tarihi*, 11(1):12-21.
- Berggren I, Begat I, Severinsson E (2002) Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. *Nursing and Health Sciences*, 4(1-2):15-23.
- Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH et al. (2001) Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Ger Intern Med*, 16(5):283-89.
- Büyükköçak Ü, Çakırca M (2007) Anestezi ve yoğun bakım ile ilgili etik konular. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*, 5(1):19-30.
- Christakis NA, Asch DA (1995) Physician characteristics associated with decisions to withdraw life support. *Am J Public Health*, 85(3):367-372.
- Cimete G (2002) Yaşam Sonu Bakım Ölümcül Hastalarda Bütüncü Bakım. *Nobel Tıp Kitapevleri*, ss: 93-123.
- Cook DJ, Guyatt GH, Jaeschke R et al. (1995) Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. *Canadian Critical Care Trials Group. JAMA*, 273(9):703-8.
- Curtis JR (2004) Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Crit Care Clin*, 20(3):363-80.
- Çobanoğlu N (2009) Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. *Eflatun Yayınevi*.
- Demirhan EA, Karakaya H (2001) Klinik Uygulamalarda Hemşire-Hasta İlişkileri. İçinde; *Klinik Etik* (Editörler: Demirhan E A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H) Nobel Tıp Kitapevleri. ss: 85-98.
- Derse AR (2005) Limitation of treatment at the end-of-life: withholding and withdrawal. *Clin Geriatr Med*, 21(1):223-238.
- Elçioğlu Ö, Demirhan EA (2001) Klinik Uygulamalarda Her Durumda Ortaya Çıkan Etik Yükümlülükler. İçinde; *Klinik Etik* (Editörler: Demirhan EA, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H) Nobel Tıp Kitapevleri. ss: 104-148.
- Erkekol FÖ, Numanoğlu N, Gürkan ÖU ve ark. (2002)Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi*, 3(3):307-316.

- Gillick MR (2012) Ethical issues near the end of life. <http://www.uptodate.com/contentsethical-issues-near-the-end-of-lifeview> (erişim 15 Ocak 2012).
- Gilligan T, Smith ML, Raffin TA (2010) Ethical issues of care in the cardiac intensive care unit. In *Cardiac Intensive Care*. (Editors Jeremias A, Brown DL) Second Edition, Saunders Elsevier Inc. p:9-24.
- Gilliland M (2010) A systematic approach to ethical decision-making for nurses confronted with ethical problems involving elder abuse. *Health Careers Today* [www.mySA.com](http://www.mySA.com) (erişim 1 Mart 2011).
- Hall RI, Rocker GM (2000) End-of-Life support care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest*, 118(5):1424-30.
- Hanson LC, Danis M, Garrett JM et al. (1996) Who decides? Physicians' willingness to use life-sustaining treatment. *Arc Intern Med*, 156(7):785-789.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html> (erişim 15 Ocak 2011).
- Hughes M, Ahmed S (2009) Medical and nursing intensive care delivery-team dynamics and stressors. In *Intensive Care Units: Stres, Procedures and Mortality Rates*. (Editor Le Claire SE) Nova Sciences Publishers, Inc. p:111-124.
- Kane G, Jeffery ME, Lancken PN et al. (2004) Ethical issues in the intensive care unit. *Pulmonary Disease*, 11(3):1-12.
- Kellum JA, Dacey MJ (2009) Ethics in the intensive care unit: Informed consent; withholding and withdrawal of life support; and requests for futile therapies. <http://www.uptodate.com/contents/ethics-in-the-intensive-care-unit-informed-consent-withholding-and-withdrawal-of-life-support-and-requests-for-futile-therapies> (erişim 20 Mayıs 2010)
- Koh Y, Ku EY, Koo YM et al. (2004) Ethical issues identified in intensive care units of a university hospital. <http://www.eubios.info/ABC4/abc4108.htm> (erişim 10 Mayıs 2011).
- Kutlay O, Yılmazlar A (2001) Anestezi ve yoğun bakımda etik. İçinde; *Klinik Etik* (Editörler: Demirhan E A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H) Nobel Tıp Kitapevleri. ss: 532-548.
- Latimer EJ (1998) Ethical care at the end of life. *CMAJ*, 158(13):1741-1747.
- Levin PD, Sprung CL (2005) Withdrawing and withholding life- sustaining therapies are not the same. *Critical Care*, (9):230-232.
- Lo B, Steinbrook R (1991) Beyond the Cruzan case: The US supreme court and medical practice. *Ann Intern Med*, 114(10):895-901.
- Luce JM, Lemaire F (2001) Two transatlantic view points on an critical quandry. *Am J Respir Crit Care Med*, 163(4):818-21.
- Luce JM, Ruberfield GD (2002) Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life? *Am J Respir Crit Care Med*, 165(6):750-4.
- Luce JM (1990) Ethical principles in critical care. *JAMA*, 263(5): 696-700.
- Mani RK (2003) Limitation of life support in the ICU: Ethical issues relating to end of life care. *Indian J Crit Care Med*, 7(11): 2-7.
- Melia KM (2001) Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team. *Soc Sci Med*, 53(6):707-19.
- Nelson JE, Danis M (2001) End-of-life care in intensive care unit: where are we now? *Crit Care Med*, 29(2):N2-9.
- Oberle K, Hughes D (2001) Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end of life decisions. *J Adv Nurs*, 33(6):707-15.
- Raper RF, Fisher MMCD (2009) Ethics in intensive care. In *OH's Intensive Care Manual*. (Editors Bertsen AD, Soni N) Sixth Edition, Butterworth Heineman Elsevier, Elsevier Limited. p:61-66.
- Sert H, Gözdemir M, Işık B (2007) Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması etik mi? *Yeni Tıp Dergisi*, 24(2):85-9.
- Sibbald RW, Lazar NM (2005) Bench-to-bedside review: Ethical challenges for those in directing roles in critical care units. *Critical Care*, 9(1):76-80.
- The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee (1994) Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Crit Care Med*, 22(2): 358-62.
- Troug R, Cist AF, Brackett SE et al. (2001) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 29(12):2332-348.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR et al. (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 36(3):953-63.
- Aydınlatılmış Onam Kılavuzu. TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu Aydınlatılmış Onam Kılavuzu 2008. [www.biyoeetik.org.tr/etkinlikler/UDEK/UDEK-ECG-AO-Kilavuzu.pdf](http://www.biyoeetik.org.tr/etkinlikler/UDEK/UDEK-ECG-AO-Kilavuzu.pdf) (erişim 20 Mayıs 2010)
- Türk Tabipler Birliği, Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları, 2008 Birinci Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982). (<http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>; (erişim 5 Ocak 2011).



- Uysal N (2004) Yoğun bakımda yaşam desteğinin sonlandırılması. Yoğun Bakım Dergisi, 4(4):211-214.
- Vincent JL (2001) Cultural differences in end-of life care. Crit Care Med, 29 (Suppl 2): 52-5.
- Viney C (1996) A phenomenological study of ethical decision-making experiences among senior intensive care nurses and doctors concerning withdrawal of treatment. Nurs Crit Care, 1(4):182-87.
- Whitmer M, Hurst S, Prins M et al. (2009) Medical Futility: a paradigm as old as Hippocrates. Dimensions of Critical Care Nursing, 28(2):67-71.
- Williams C (2007)(Editorial) Unpopular patients in intensive care unit: is holistic care achievable? Nursing in Critical Care, 12(2):59-60.