

Yoğun Bakım Ünitesinde Etik İkilemler

Ethical Dilemma in Intensive Care Unit

Yrd.Doç.Dr. Hülya ÜSTÜNDAĞ,^a
Prof.Dr. Fatma ETİ ASLAN^b

^aHemşirelik Bölümü,
İstanbul Bilgi Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu,
^bHemşirelik Bölümü,
Acıbadem Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 25.09.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 10.01.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Hülya ÜSTÜNDAĞ
İstanbul Bilgi Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
ustundag_hulya@yahoo.com

ÖZET Yoğun bakım üniteleri, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden en fazla etkilenen özel birimlerdir. Bu birimlerde, hayati tehlikesi olan hastalara ileri yaşam desteği sunulmaktadır. Yoğun bakım hastaları yaşamsal fonksiyonlarının bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş durumda olabilirler. Bu durum yaşamı destekleyici ya da sonlandırıcı birtakım kararların alınmasına neden olmaktadır. Ayrıca ünitenin kaynaklarını kime, ne zaman, ne kadar, ne şekilde kullanılması gerektiğini kapsayan etik sorularla sağlık çalışanlarının, birçok etik ikilem ve problem yaşamasına neden olmaktadır. Amaç; Bu makalede, yoğun bakım ünitesinde yaşanan etik sorunların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, etik, etik ikilemler

ABSTRACT Intensive care units (ICU) require the advanced knowledge, skill and technology, so they are special units of hospitals which have been more affected by science and technology. intensive care unit have developed to provide intensive monitoring and treatment with high technology equipment for critically ill patients. Intensive care units which provide advanced life-support to patients who have a risk of losing their life and a part or all of the vital functions. In this state has caused to make decisions about supporting of life or ending of life. In addition, health professionals has confronted with questions as to whom, how much, when an how the sources of ICU will be used, and they have caused to experience many ethical dilemma and problems.

Key Words: Intensive care unit, ethical, ethical dilemma

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(1):26-30

Yoğun bakım üniteleri, bilimsel ve teknolojik gelişmelerden en fazla etkilenen özel birimlerdir. Bu birimlerde, yaşamsal fonksiyonlarının bir kısmını ya da tamamını yitirmiş ve hayati tehlikesi olan hastalara ileri yaşam desteği sunulmaktadır. Bilim ve teknolojideki gelişmeler, yeni ve etkin tedavi-bakım yöntemlerinin kullanılması, yaşamı destekleyici sistemlerin kullanımının sağlanması yoluyla yaşam ve ölüm üzerindeki kontrolün artması, yoğun bakım gerektiren hastalarda yaşamla ilgili sınırlılıkları değiştirmekle beraber etik ilkelere de ikilemler yaşanmasına yol açmaktadır.¹⁻⁴

Bu makalede, yoğun bakım ünitesinde yaşanan etik sorunların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Evrensel etik ilkeler ve değerler; sağlık profesyonellerinin, kendisine, mesleğine, meslektaşlarına ve topluma karşı sorumluluklarını yerine getirirken kullandığı yol gösterici kurallardır. Bu ilkeler; “Yararlılık”, “Zarar Vermeme”, “Doğruluk”, “Güvenirlilik”, “Adalet”, “Otonomi”, “Bireye Saygı” ve “Sadakat”ten oluşmaktadır.^{1,5}

Yararlı olma ilkesi; hastayı sağlığına kavuşturma yolunda yararlı olabilme ve yaşamını koruma çabalarını kapsar. Hastanın tedavisi ve bakımı, yaşamını sürdürmesi, ağrının ortadan kaldırılması gibi durumlarda ‘yarar sağlama’ ve buna paralel olarak ‘zarar vermeme’ ilkeleri doğrultusunda hareket edilir. ‘Otonomi’ ilkesi, hastanın kendisi ile ilgili, tıbbi tedavi ve bakımı konusunda karar verme hakkıdır. Bununla ilişkili bir nokta da aydınlatılmış onam kavramıdır. Aydınlatılmış onam; bir hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamını, yararlarını, risklerini varsa tedavi seçeneklerini bilerek bir uygulamayı kabul etmesidir. Bir diğer ilke de sosyal adalettir. Sosyal adalet, tıbbi kaynakların sağlık gereksinimine göre adil paylaşımı anlamına gelir. Bu bağlamda sözü edilen ilkelerin yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) uygulanması daha zor olmaktadır. Örneğin; yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri, yoğun bakımda uygulanan tedavi amaçlı invazif yöntemlerin uygulanması arttıkça, çoğu zaman çatışır duruma gelmektedir. Otonomi ilkesi hastalığı ve tedavisi konusunda düşünceleri bilinmeyen ve iletişim kuramayacak durumda olan yoğun bakım hastaları ile sıkça karşılaşılacağından uygulanması zordur. Bilgilendirilmiş onam ilkesinin de YBÜ’de uygulanması kolay değildir. Çünkü birçok durumda acil şartlar göz önüne alınarak bu ilke uygulanamayacaktır. Ayrıca YBÜ’deki kısıtlı yer ve kapasite göz önüne alındığında, yoğun bakım olanaklarının her hastaya eşit şekilde kullanılabilmesini sağlamak gerekir. Ancak olanakların ve kaynakların kullanımında öncelik tanıma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu noktada belli bir grup hastada yaşam desteğinin ne şekilde devam ettirileceği konusu gündeme gelir ki bu da hasta hakları ve sosyal adalet ilkelerinin çatışmasına neden olur.

İnsan hakları, hasta hakları ve bireyin özerkliğinin giderek daha da önem kazandığı günü-

müzde, yaşamının son dönemlerini yoğun bakım ünitelerinde geçiren hastalar için ölme hakkı ya da saygın bir biçimde ölme kavramları gündeme gelmiştir. Yaşamı destekleyici tedaviye başlanması ya da sonlandırılması kararlarının çok boyutlu, sosyal ekonomik ve moral sonuçları vardır. Fizyolojik dengesini sürdürmede yetersiz kalan, son dönem hastaların iyileşmesine katkıda bulunmayan tedavilere başlanmaması ya da başlanmış olan tedavilerin sonlandırılması yoğun bakım ünitelerinde etik ikilemlere neden olan kararlar arasındadır.

Yoğun bakım ünitelerinde sağlık çalışanlarının karşılaştıkları etik ikilemler arasında;

- Bilgilendirilmiş onam,
- Yaşam desteğini kesmek ya da başlanmamak,
- Resisütasyon yapmama durumu,
- Boşuna tedavi (faydasız tedavi),
- Tıbbi kaynakların adil paylaşımı,
- Yapay beslenme ve hidrasyon bulunmaktadır.^{1,2,6-9}

Bilgilendirilmiş onam; Etiğin içerdiği otonomi ve açıklama yapma ilkesi bilgilendirilmiş onam kavramının içindedir. Bu risk, yarar, alternatifler konusunda doğru ve tam olarak bilgilendirilmiş ve bu noktaları kavramış hukuki açıdan ehil olan hastalar veya hasta yakınları tarafından tedavi ve bakımla ilgili önerilerin gönüllü olarak kabul edilmesi anlamına gelmektedir. Yoğun bakım üniteleri birçok acil girişimin yapıldığı yerdir ve yaşamı tehdit eden durumlarda acil kararların alınması ve uygulanması zorunluluğu oluşabilir. Sadece karar vermek için yeterli sürenin olduğu bu gibi durumlarda bilgilendirilmiş onam ilkesine tam olarak uyulmaya çalışılırsa etiğin en önemli ilkesi olan yarar sağlama ilkesi göz ardı edilmiş olur. Bu nedenle acil durum uygulamalarında verilen karar, bilgilendirmenin önüne geçebilmektedir. Yaşamı tehdit eden durumlar dışında bilgilendirilmiş onam kavramına kesinlikle uyulmalıdır.^{1,8}

Yaşam desteğini kesmek ya da başlanmamak; YBÜ’de uygulanan tedavi-bakım yöntemlerindeki gelişmeler daha önceleri ölümlü sonuçlanacak durumlarda yaşam süresini uzatmaya olanak sağla-

mıştır. Bu nedenle günümüzde terminal ve irreversible hastalığı olan bireylerde yaşam desteğinin kesilmesi veya başlanmaması (withholding or withdrawal of life support) kavramını çoğu zaman gerekli ve kabul edilebilir hale getirmiştir.¹⁰⁻¹⁶ Yapılan çalışmalarda yaşam desteğinin kesilmesi ya da başlanmamasıyla oluşan ölümlerde son yıllarda artış yaşandığı belirtilmektedir. Belçika'da %65, Kanada'da %70 oranında yaşam desteğinin kesildiği bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde YBÜ'nde gerçekleşen ölümlerin ¾'ünün terapötik kısıtlamalara bağlı olduğu ortaya konmuştur.¹⁴

Yaşam desteğinin kesilmesi ya da başlatılması arasında etik açıdan bir fark olup olmadığı tartışılması gereken bir nokta olarak düşünülebilir.^{12,13,15-19} YBÜ'nde çalışanlarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %93'ü bazı durumlarda yaşam desteği vermediğini, %77'si ise bazı durumlarda tedavi desteğini kestiğini belirtmiştir. Yine yapılan bir çalışmada yoğun bakım çalışanlarının %50'sinin yaşam desteğini kesmek ile yaşam desteğini vermemek arasında fark olduğunu düşündükleri belirtilmiştir.¹⁴

İrdelenmesi gereken diğer bir nokta tedavinin kesilmesi kararını kimin vermesi gerektiğidir. Bu konuda hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hekimlerin %61'inin hukuki açıdan onay veremeyecek durumdaki hastalarda son kararı kendilerinin verdiğini, hukuki açıdan ehil olan hastalarda bu oranın %27 olduğu, %41'inin hasta ile hekimin birlikte karar vermesi gerektiğini, hemşirelerin karar aşamasına hasta ve yakınlarının daha fazla oranda katılması gerektiğini istedikleri belirtilmiştir.²⁰

Odabaşı ve Büken'in poliklinik hastaları ve hekimlerle yaptıkları, yoğun bakım ünitesinde yaşam sonu kararları ile ilgili bir çalışmada, hastanın kararı yaşam desteğinin çekilmesi yönünde olsa bile, hastalar aileleri ve hekimlerinin yaşam desteğinin sürdürülmesi yönünde verdikleri kararın uygulanmasını istemektedirler.⁸ Bu durum, hekimin ve hasta ailesinin kararı hastanın yaşatılması yönünde hastaların bu kararı onayladıkları, ancak yaşamın sonlandırılması yönünde olduğunda ise bu kararı desteklemedikleri şeklinde olduğu görülmektedir.⁸

Resüsitasyon yapmama durumu: Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) kardiyak ve solunum fonksiyonların durduğu hemen her kişide uygulanmaktadır ve amaç klinik ölümün önlenmesidir. KPR'nin yararı arrestin gelişmesine neden olan patolojik duruma, hastanın özelliklerine, geçen zamana ve KPR'nin tekniğine bağlıdır. KPR ile ilgili iki nokta etik olarak tartışılmaktadır. Birincisi, KPR'nin kronik hastalığı ve ek sağlık sorunu olan hastalarda başarısız olduğu görülmüştür. İkinci nokta terminal dönemdeki hastalar başta olmak üzere yaşlı hastaların resüsite edilmek istenmediği görüşü yaygındır. Bu konu hasta otonomisi açısından önemlidir.^{1,17,18} Çalışmalarda ciddi hastalığı olan hastaların YBÜ'de resüsite edilmesine rağmen çok azının hayatta kaldığını ve yaşayanların prognozunun kötü olduğunu göstermektedir.¹ Bu nokta DNR (Do not resuscitate; resüsite edilmesin) talimatını gündeme getirmektedir. YBÜ maksimum destekle birleştirildiği için DNR talimatı verilmesi etik olsa bile mantık dışı bulunabilir. Ancak günümüzde DNR talimatı YBÜ'nde uygun gruplarda kullanılmaktadır. Bu grupları yoğun bakım gereksinimi olan, ancak altta yatan kanser hastalığına bağlı kardiyopulmoner arrest olan ve multi organ yetmezliği olan ve daha ileri bakımın sağkalımı anlamlı derecede etkilemeyeceği hastalar oluşturmaktadır.^{1,9,12,17,21,22}

Kardiyopulmoner resüsitasyonda hasta otonomisi oldukça önemlidir. Yoğun bakım çalışanları, hasta veya hasta yakınlarından bilgilendirilmiş onam alarak otonomi ilkesine uygun davranabilirler. Yalnız her ne kadar bu yaklaşım uygunsa olsa da, bunu kritik hastalık sürecinde gerçekleştirmek her zaman kolay olmayabilir. Hastalar gerekli olduğunda resüsite edilmeme ihtimali ortaya konulduğunda, kendilerini terk edilmiş hissedebileceğinden, hasta ile bu konunun konuşulmasında çekimser davranabilirler. Yapılan bir çalışmada KPR uygulanan hastaların ancak %19'unda hasta ve hekimin bu konuyu konuştuğu, %33'ünün aileye danışıldığı, DNR talimatlarının %77-86 oranında hasta yakınları ile konuşarak alındığı, %14-22 oranında hasta ile konuşulduğu belirtilmiştir. Kardiyopulmoner resüsitasyon konusunu hasta ve aileyle yoğun bakım sağlık çalışanlarının birlikte konuşması daha doğrudur.^{1-4,8,22-24}

Boşuna tedavi (faydasız tedavi): Bir tedavinin hasta bireyin iyileşmesine, bulguların giderilmesine ya da işlevsel durumunu düzeltmeye katkısı yoksa o tedavi değersiz ya da yararsız bir tedavidir. Sağlık profesyonelleri yaşamı desteklemek için yapılabilecek her şeyi yapma doğrultusunda eğitildiklerinden ve yaşamın kutsal olduğu, her koşulda korunması gerektiği inancı ile tedavinin sürdürülmesinin doğru olduğuna inanırlar. Birey için yaşamın hangi koşullarda değersiz olacağı doğrudan bireyin değer sistemi ile ilişkilidir ve bireyden bireye farklılık gösterir.

Tedavinin uzun süre hasta bireye hiçbir yarar sağlamadığı durumlarda sonlandırılması, hastaya zarar vermektan kaçınma, saygınlığına ve yaşam kalitesine zarar vermeme ilkeleri doğrultusunda etik yönden doğru kabul edildiği görüşü gündeme gelmektedir.^{1,5,8,11,12,18}

Tıbbi kaynakların adil paylaşımı: YBÜ'nde uygulanan invazif girişimlerin her zaman hastalığın sonucunu etkilemediği gösterilmiştir.^{1,8-10} Bütçe yetersizliği, sağlık çalışanlarının azlığı, YBÜ yatak sayısının yetersizliği gibi nedenlerle hastalarda triaj yapma zorunluluğu doğurmuştur. Triaj yaparken en önemli nokta hastada sağkalım ve/veya fonksiyon açısından beklenen sonuçtur. Genel olarak iyi prognoza sahip hastalara öncelik tanınmalıdır. Aynı prognoza sahip hastalarda karar verirken ilk gelen hastaya öncelik tanınmalıdır. YBÜ'ne alınan hastada alınmayana göre belirgin yarar sağlanması olasılığı gerekir. Çok kötü prognoza sahip olan ve-

ya YBÜ'den yarar sağlama şansı çok az olan hastalar ve YBÜ'de olduğu kadar ünite dışında da iyileşme olasılığı olan hastalar da YBÜ'ne alınmayabilir. Triaj açık, haklı ve adil olmalıdır. Etnik köken, ırk, cinsiyet, sosyal değerlilik, cinsel tercih ve ekonomik durum triajda karar verme aşamasında asla etkili olmamalıdır.

YBÜ'lerine talebin azaltılması oldukça önemlidir. Bu bağlamda alternatif ortamların yani ara bakım üniteleri kurulması, yoğun bakıma gerçekten gereksinimi olan hastaların yoğun bakımda kalmasını sağlayacaktır. YBÜ'ne kabul, YBÜ'den çıkartılma ve YBÜ'ne kabul etmeme ölçütleri kesin olarak tanımlanmış olmalıdır. YBÜ'den kesin yarar sağlayamayacak terminal dönem hastaları için ahlaki ve dinsel değerler göz önüne alındığında, tedavi gereksinimi toplum tarafından karşılanmıyorsa ve YBÜ'de kalmaları diğer hastaları engellemiyorsa bu hastalar YBÜ'de kalabilirler.^{1,8,15,17}

Yapay beslenme ve hidrasyon: Yapay beslenme ve hidrasyon tıbbi tedavilerdir. Tıbbi tedavilerde aynı koşullarda başlanmayabilir/kesilebilir. Klinik ortamda hasta birey ve ailesinin karar verme sürecinde yardım edilmelidir.¹

Sonuç olarak yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleri bu tip etik ikilemlerle sürekli karşılaşmaktadır. Bu tip önemli konularda hasta, hastanın ailesi ve sağlık çalışanları birlikte karar vermeli, yasal ve etik ilkeler öncülüğünde hareket etmelidirler.^{1,6,7,23}

KAYNAKLAR

1. Erkekol F Ö, Numanoğlu N, Ural Gürkan Ö, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi* 2002;3:307-16.
2. Aksoy Ş, Çevik E, Edisan Z. Yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik tartışma. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku Tarihi* 2002;10:263-8.
3. Algier L, Yağmurlu A, Gökçora İ H. Yenidoğan cerrahisinde yaşanan etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 1998;6:89-93.
4. Öztürk H. Yoğun Bakım Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2010;18:183-91
5. Ecker M. Ethics and values. *Fundamentals of nursing*. In: Potter PA, Perry AG. 7th ed. Mosby, St Louis; 2009. p 313-25.
6. Shannon S, Moniz D. Ethical and legal concerns. *Fundamentals of nursing: human health and function*. In: Craven RF, Hirnle CJ. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p 75-94.
7. Timby BK. Laws and ethics. *Fundamental nursing skills and concepts*, Ed:Timby BK. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2009. p.44-47.
8. Balseven Odabaşı A, Örnek Büken N. Aydınlatılmış onam ve yaşamın sonunda alınan etik kararlar- Hacettepe örneği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29:1041-54.
9. Baue AE. Ethical dilemmas in surgical critical care. In: Gullo A, Berlot G, eds. *Perioperative and Critical Care Medicine*. Springer 2005. p.227-34.
10. Dierckx de Casterlé B, Izumi Shigeko, Godfrey NS, Denhaerynck K. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *J Adv Nurs* 2008;63: 540-9.

11. Jensen HJ, Ammentorp J, Erlandsen M, Ørding H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals *Intensive Care Med* 2011;37:1696-705.
12. Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit. Care Med* 2002;30:290-6.
13. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lanset* 2001;357:9-14.
14. Vincet JL. Cultural difference in end-of life care. *Crit Care Med* 2001;29:52-55.
15. Çobanoğlu N, Algier L. A Qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics* 2004;11:444-58.
16. Melia KM. Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team. *Social Science & Medicine* 2001;53:707-19.
17. Büyükköçak Ü, Çakırca M. Anestezi ve yoğun bakımla ilgili etik konular. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2007;5:19-30.
18. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33:707-15.
19. Varcoe C, Doane CG, Pauly B, Rodney P, Storch JL, Mahoney K, et al. Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *J Adv Nurs* 2004;45:316-25.
20. Sjökvist P, Nilstun T, Svantesson M, Berggren L. Withdrawal of life support who should decide? *Intensive Care Med* 1999;25:949-54.
21. Kong BH. Levinas' ethics of caring: Implications and limits in nursing. *Asian Nursing Research* 2008;2:208-213.
22. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Nudelman O. Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship* 2011;43(1):13-21.
23. Kinoshit S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nurs Ethics* 2007;5:651-664.
24. Torjuul K, Sorlie V. Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical unit. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56:404-41.