



Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım*

Ethical problems and ethical approach of the end of life patients in intensive care

Özlem İbrahimoğlu

* Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, Aydın, Türkiye (Sözel Bildiri)

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik
Bölümü, Bilecik

Anahtar Kelimeler:

Yaşam Sonu, Yoğun Bakım,
Hemşirelik, Etik

Key Words:

End of Life, Intensive Care, Nursing,
Ethic

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Özlem İbrahimoğlu,
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik
Bölümü, Bilecik
oogutlu@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

06.09.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:

19.09.2017

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

30.09.2017

DOI:

10.5455/sad.13-1504687755

ÖZET

Yoğun bakım ortamı, enfeksiyon, yaralanma ve tehlikeli maddelerle karşı karşıya gelme olasılığı nedeniyle yüksek riskli; hızlı karar vermeyi gerektirmesi, beklenmeyen bulguların ve yaşamı tehlikeye sokan durumların tehdidi nedeni ile de stresli bir ortamdır. Etik problemler hızla gelişebilir ve bu durum sıklıkla farklı disiplinleri ilgilendirebilir.

Hemşireler, hasta ve ailesi ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları, savunuculuk, danışmanlık ve eğitici rolleri gereği, sağlık alanında moral değerlerin gelişmesinde anahtar kişilerdir. Bu nedenle, hemşirelerin etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini anlamaları zorunludur. Bu makale, yaşam sonu yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunları ve etik yaklaşımı vurgulamayı amaçlayan bir literatür derlemesidir.

ABSTRACT

The intensive care environment is high risk due to the possibility of infection, injury and dangerous materials; It is a stressful environment with the necessity of making quick decisions, the unexpected findings and the threat of situations that put life in danger. Ethical problems can develop rapidly and this can often be related to different disciplines.

Nurses are the key people in the development of moral values in the field of health, which require long-term relationships with patients and their families, advocacy, counseling and training roles. For this reason, nurses need to understand the basic concepts, theories, principles, ethical problems and ethical decision-making models related to ethics. This article is a review of the literature aiming to emphasize ethical issues and ethical approach in the care of intensive care patients.

GİRİŞ

Yoğun bakım; kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ veya organ fonksiyonlarının olumsuz etki nedenleri ortadan kaldırılincaya kadar, bu fonksiyonlarının monitörize edilmesi, desteklenmesi, yerlerinin geçici olarak doldurulması ve hastalığı oluşturan temel nedenlerin tedavi edilebilmesi amacıyla ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, hastaların sürekli izlem ve gözlemlerinin yapıldığı, hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan ve multidisipliner ekiple hizmet sunulan özel birimlerdir (1-4).

Günümüzde kritik ve yoğun bakım alanlarında bakıma muhtaç olan hastalar, önceki yıllara göre daha yaşlı olmasının yanında, ek hastalığı çok fazla olan hastalardan oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde mekanik ventilasyon, ekstrakorporeal oksijenasyon, intra-aortik balon cihazları, hemodiyaliz ve organ transplantasyonu gibi gelişmiş tıbbi uygulamalar ve yoğun bakım hizmetleriyle, yaşamı eski haline getirmek, sürdürmek ve uzatmak mümkün olabilmektedir. Bazı durumlarda en gelişmiş teknoloji bile sınırlı kalabilmekte, bir girişim bazı hastalar için hayatta kalmayı sağlarken, bazı hastalar için yalnızca ölümü geciktirmektedir (3, 5). Bu gelişmeler

çoğu zaman, sağlık çalışanlarını, hastanın ölümünü geciktirmeye veya bu bilgi ve teknolojinin her hastaya uygulanması gerektiğini hissettirmeye zorlamaktadır. Bu nedenle, ölmek üzere olan hastalar, saygın ve iyi bir ölümden mahrum bırakılmakta, çoğu durumda kritik hastalığı olan hastanın bakımını yönetmek, iyileştirici değil, destekleyici bir terapi sunmaktadır (5).

Yoğun bakımların çok yönlü ve kompleks yapıları pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar, yoğun bakıma hasta kabulünden, uygulanan tedavinin sınırlarını belirlemeye ve yoğun bakımın maliyetlerine kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Yoğun bakım ortamlarının değişken yapısı, ölümlü yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği, etik sorunların yoğun bakım ünitesinde sıkça yaşanmasına yol açmaktadır (6-9).

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ETİK SORUNLAR

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.

Yoğun bakım ünitelerindeki ortak etik ikilem, “hayatın her ne pahasına olursa olsun korunması” ve “yaşamın etkisiz şekilde uzatılmasına ilişkin acıların hafifletilmesi” konularındaki karşıt tutumlarla ilgilidir. Büyük ihtimalle daha erken sürede hayatını kaybedecek olan hastalar, yaşam kalitesini yeniden kazanma şansı çok az veya hiç olsa bile, artık yaşam destek sisteminde uzun süre kalabilmektedirler (5).

Bu ünitelerde gelişmiş teknolojik ve tıbbi uygulamalarla, bir yandan yaşam süresini uzatılırken diğer yandan “kaynakların adil dağılımı sağlanabilir mi?” ve “ölümün geciktirilmesi hastanın daha fazla süre ağrı ve acı çekme durumunda kalmasına neden olur mu?” gibi sorular gündeme gelmektedir. 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 (3, 8).

Genel olarak yoğun bakımlarda özelleşen etik konuların; yoğun bakıma hasta kabulü/tıbbi kaynakların adil paylaşımı, aydınlatılmış/bilgilendirilmiş izin (hastanın kendi kaderini tayin etme hakkı), klinik araştırmalar, gerçeği söyleme/söylememe, gizlilik/mahremiyet, HIV ve AIDS, kardiyopulmoner canlandırma (KPC) yapma

ve yapmama, tedavinin verilmemesi ve sonlandırılması kararları, beyin ölümü ve organ nakli ve yaşam kalitesinin sorgulanması konuları ile bağlantılı olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Yoğun bakıma hasta kabulü/kaynakların adil paylaşımı

Çeşitli nedenlerden kaynaklı olarak zaman zaman yaşama ümidi olmayan veya çok az olan hastalar yoğun bakımlara alınmak zorunda kalmakta ve bu durum yoğun bakımları, amaçlarının dışında kullanılmaya götürerek bir takım etik sorunlara yol açabilmektedir (6). Aynı anda başvuran ve canlandırma yapılması gereken iki hastanın hangisinden başlanacağı, YBÜ’ndeki sınırlı kaynaklardan önce hangi hastaların, hangi oranda, ne kadar süreyle yararlanacağı konularındaki belirsizlikler devam etmektedir (3). Kaynakların dağılımında yaş bir etken olarak kabul edilirken, hastanın tercihlerinin ve iyileşme olasılığının da önemli faktörler olduğu vurgulanmaktadır (3, 10).

Ülkemizde yoğun bakım ünitesine kabul, triyaj ve taburcu kararlarına ilişkin politikalar bulunmamakta olup kaynaklardan uygun şekilde yararlanmayı sağlamak için triyaj ölçütleri önerilmiştir. (8). 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 triyaj politikaları göz önüne alınmalıdır (3, 11). Etiğin temel ilkelerinden biri olan sosyal adaleti korumak adına, yoğun bakıma hasta seçiminde titiz davranılmalı, müdahaleli izlem ve tedavilerden fayda görmeyecek hastalar bu ünitelere yatırılmamalıdır (12).

Aydınlatılmış/bilgilendirilmiş izin:

Hastalara kendi bedenlerini kontrol hakkı veren bilgilendirilmiş izin kavramı; hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi veya reddedebilmesi için; risk, yarar, alternatifler konusunda yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir. Birey vermiş olduğu izni dilediği zaman geri alma hakkına sahiptir (3, 11, 13).

Bilgilendirilmiş izin alma, kanuni temelleri bulunmakla birlikte etik olarak da zorunludur. Etik açıdan geçerli bilgilendirilmiş izin, karşılıklı saygı ve katılıma dayalı bir karar verme sürecidir. Bu süreç hastanın karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi ile başlayıp, bilginin anlaşılır kılınması ve hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllülükle tedaviye onay vermesi ya da reddetmesi ile sonlanır (8). Yoğun bakım ünitelerinde acil karar alma acil girişimlerde bulunma zorunluluğunun olduğu acil durumlar dışında hastanın veya yasal vekilinin bilgilendirilme ve karar verme hakkı korunmalıdır (3, 11, 14).

Klinik araştırmalar

YBÜ'lerinin bir özelliği de insanlar/hastalar üzerinde tıbbın birçok alanında olduğu gibi tıbbi bir araştırmaya konu olmak durumunda kalmasıdır. (Bununla birlikte yeni yöntemlerin, uygulama durumunda kullanılması da söz konusu olabilir.) Bu yeni yöntemler zorlamalı olarak ortaya konulmamalı ve uygulanmamalıdır.

YBÜ'lerinde sıkça uygulanan işlemler (santral yol açılması, entübasyon gibi), hasta yakınlarının izni olmaksızın, sağlık personelinin eğitmek amacıyla hastalar üzerinde öğretilmez. Ayrıca hastalar YBÜ'de oldukları için bedenlerini tıba vermiş olarak kabul edilemezler. Yeni ölen hastalarda entübasyon eğitimi ve intravasküler yol açılması eğitimi gibi uygulamalarda da hasta yakınlarından izin alınması gerekmektedir (5).

Gerçeği söyleme

Sağlık çalışanları arasında hastalara ait tıbbi gerçeklerin ne kadar olumsuz olursa olsun hastaya söylenmesi eğilimi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu bir etik yükümlülük olarak benimsenmemektedir. Gerçeği söylemenin hastaya zarar verdiğine dair bir kanıt yoktur. Yapılan çalışmalarda kötü de olsa gerçeği bilmenin hastada bir zarara yol açmadığı gösterilmiştir. Hasta ancak gerçeği bilirse geleceğe ait planlarını yapabilir (5). Ancak bazı durumlarda hastalar gerçeği öğrenmek istemeyebilirler. Örneğin, olası kanser tanısı için yapılan biyopsi sonucunu öğrenmek istemeyen hastalar olabilmektedir. Bu durumda, hastanın bu isteği dikkate alınarak durumun ve bilginin kaydedilmesi gerekir (15).

Gizlilik

Sağlık bakım alanında bilgisayarların kullanımının artması bilgiye ulaşmayı kolaylaştırdığı için gizlilik ile ilgili endişeler artmıştır. Kişisel bilgilere sadece hasta bakımını sağlamak amacı ile ulaşılmalıdır. Hastaya ilişkin bilgiler herkese açık yerlerde tartışılmamalı ve bu bilgiler bakım için gerekli bilgileri içermelidir. Hasta, kayıtların kendi bilgisi dahilinde (örn; hastanın tedavisi için) kullanılacağından, farklı amaçlar (örn; derslerde, yayınlarda) için kendisinden izin alınmadan kullanılmayacağından emin olmalıdır (15).

Anayasa'nın 20/3 maddesine göre, "Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir." hükmü; kişisel verilerin ancak kanunla

öngörülen durumlar ve kanuna dayalı düzenlemelerle işlenebileceğini ve kişisel verilerin mutlak korunmasını öngörmektedir (16).

Hastaya ilişkin bilginin gizliliği dışında fiziksel gizliliğin sağlanması da önemlidir. Hastalar yoğun bakım ortamında, tıbbi işlem ve bakım sırasında kendi mahremiyetlerini korumada yetersiz kalırlar. Hemşire yoğun bakım süreci boyunca hastanın mahremiyetinin korunması için gerekli özeni göstermelidir (15).

HIV ve AIDS

HIV (+) olan hastanın yoğun bakım ekibi tarafından bilinmesi, bazen tedavi ve bakımda ayrımcılığa neden olabilmektedir. Sağlık çalışanları HIV (+) veya AIDS hastalarına diğer hastalara olduğu gibi yüksek standartta tıbbi bakım ve destek sunmakla görevlidir. Hastanın yakınlarıyla ilgili uygun olanaklara sahip bir ekibin kendisinin kişisel bir riske maruz kalabileceği gerekçesiyle tedaviyi red etmesi etik değildir. Sağlık çalışanının herhangi bir hastadan hastanın yaşam biçim ve alışkanlıklarının hastalığa yol açtığı ya da katkıda bulunduğu şeklinde bir ahlaki değerlendirme yaparak tedaviyi esirgemesi de etik bir davranış değerildir. Amerikan Hemşireler Birliği'nin etik kodunda, gizli bilginin korunması ile ilgili maddeye göre, hastanın HIV(+) olduğunu bilen hemşire, bu bilgiyi, hastanın mahremiyetini koruma ve hastayı bakım ayrıcalığından korumak için saklamalıdır. Bu bilgiye sahip olma, verilen bakım düzeyini etkilememelidir. Çünkü bu durum adalet ilkesi ile de çelişir (5, 15).

HIV (+) sağlık çalışanlarının virüsü hastalarına bulaştırma riski çok az olup, HIV (+) sağlık çalışanları mesleki yaşamını hastalarını koruyacak bir şekilde sınırlandırmalıdır. HIV (+) bir sağlık çalışanı diğer hastalara sağlanan gizlilik (mahremiyet) hakkına aynen sahiptir. Bu durumun tek istisnası hastayı korumak için sağlık çalışanının HIV taşıyıcısı olduğunu açıklanmasını gerektiren durumlardır (5).

Hastanın HIV (+) olduğunu evrensel korunma yöntemlerinin uygulanması ve beden ürünlerinin izolasyonunun sağlanması ile; sağlık bakım ekibine söylenmesinin gerekli olmadığı belirtilmektedir (15, 17). HIV (+) veya AIDS tanısı konan bir hasta hakkında sağlık çalışanı hastanın iznini alarak hastanın eşini veya cinsel partnerini bilgilendirir. Ancak hasta böyle bir izin vermezse sağlık çalışanının bu kişileri başkalarının haklarını koruma açısından bilgilendirme hakkı vardır (5).

Kardiyopulmoner canlandırma (KPC) yapma ve yapmama kararları

Canlandırma ile ilgili ilk kural ve standart belirleme çalışmaları ilk kez 1974 yılında Amerika Tıp Birliği'nin

çalışmalarıyla rapor edilmiş olup, raporda, KPC “Ani ve beklenmeyen ölümden korumak” olarak tanımlanmıştır. Beklenen ölümlerde ise canlandırmanın endike olmadığı belirtilmektedir (6).

KPC'nın bazı komplikasyon, riskleri ve zararlı yan etkileri vardır ve uygun olarak kullanılmazsa yarardan çok zarar verir; ağır bir hastanın ölme sürecini ve ıstırabını uzatır. Böyle bir durum alçaltıcı ve insan onuruyla bağdaşmaz olarak nitelendirilebilir. Yaşamı kısaltmamak ama ölümü uzatmamak genel ilkesi her zaman anımsanmalıdır (3, 8).

KPC uygulamalarının, son dönemdeki hastalarda veya canlandırmadan sonra çok kısa bir süre hayat beklentisi olan hastalarda uygulanıp uygulanmaması tartışmaları çok yaygın ve sık olarak gündeme gelmektedir. KPC uygulama kararı sadece arrest gelişimine göre değil, altta yatan hastalığın ve hastanın bireysel olarak değerlendirilmesine göre verilmelidir. Bu noktada “Do Not Resuscitate (DNR)” “canlandırma yapılmasın” kavramı gündeme gelmektedir (8, 11, 18). ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde “canlandırma yapılmasın” kuralları belirlenmiştir ve bu kurallar çerçevesinde uygulamalar yapılmaktadır (3). Ülkemizde bu kararın tıbbi, yasal ve etik çerçevesi henüz belirlenmemiştir. Hekim çoğu kez kendi vicdanı, bilgi ve becerisi doğrultusunda resüsitasyon konusunda karar vermektedir. Günümüzde KPC, DNR istemi olmayan tüm hastalar için uygulanan bir tıbbi işlem haline gelmiştir (5).

KPC uygulamak veya uygulamamak hastaların hayata dönmesi ile yaşamının sona ermesi arasında yapılması gereken bir tercih olduğundan karmaşık etik ve hukuki sorunlara zemin hazırlayabilir (3, 19). Bu konunun sağlık ve hukuk otoriteleri tarafından çok yönlü ele alınmasına, toplumsal değerleri göz önüne alan yasal düzenlemelerin yapılmasına ve etik ilkelerin ortaya konulmasına ihtiyaç duyulmaktadır (20). Canlandırma yapılmayacak hastalara KPC dışında gereksinin duydukları tüm bakımın sağlanacağı ve insan onuruna yakışır bir ölüm yaşayacakları açıklanmalı, bu konuda hasta/ailenin endişeleri giderilmelidir (8).

Tedavinin verilmemesi ve sonlandırılması kararları

Temel olarak yaşamı destekleyen tedavileri sınırlama kararları; tedaviyi esirgemek (with-holding) ve tedaviyi sonlandırmak (geri çekmek/vazgeçmek/withdrawing) olarak iki şekilde gerçekleşir. Tedaviyi sonlandırmak; yaşamı desteklemek amacıyla başlanmış olan fakat artık ölüm sürecini uzattığı düşünülen tedavilerden vazgeçmek olarak tanımlanıp, KPC, mekanik ventilasyon, beslenme ve sıvı desteği, diyaliz, transfüzyonlar veya vazoaktif ilaçların uygulanması gibi yaşamı destekleyen tedavilerle ilgilidir. Diğer taraftan tedaviyi esirgemek bir müdahalenin yapılmaması veya tedavi edici bir arttırma yapılmaması anlamına gelir (8, 21).

Tipta ve buna paralel olarak YBÜ'de uygulanan tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi daha önceleri ölümlerle sonuçlanacak durumlarda yaşam süresini uzatmayı mümkün hale getirmiştir. Aslında günümüzdeki gelişmiş tıbbi teknoloji ve tedavi imkanları göz önüne alındığında, birinin ölümü neredeyse ancak tedavinin kesilmesi veya uygulanmaması ile mümkün olmaktadır (3, 5). Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması kararı verilirken temel prensip hastaya fayda sağlayacak tedavilerin uygulanması, hastaya faydası olmayacak tedavilerin başlatılmaması ya da sonlandırılmasıdır (8). Tıbbi yararsızlığı bilinen tedaviyi sonlandırmak ve esirgemek arasında etik ve ahlaki açıdan bir fark bulunmamakla birlikte genel olarak sağlık çalışanları ve aile üyelerinin başlanmış bir tedaviyi sonlandırmayı tedaviye başlamamaktan daha kolay kabul ettiği bildirilmiştir (21).

Tedavi ve hasta bakımının her ögesi yararları ve zararları açısından değerlendirilmelidir. Hastaya yapılan hiçbir şey yalnızca bir yüke dönüşmemelidir (5). Tedavi sonlandırılırken hastanın geri kalan ömrünü rahat ve ağrısız bir şekilde geçirmesi hedefi korunmalıdır. Yoğun bakım ünitesinde tedavinin sonlandırılması, kişinin gereksinimi olan bakımın sonlandırılması anlamına gelmez (3, 14).

Yaşam desteğinin kısıtlandırılması ya da sonlandırılması konusuyla bağlantılı olarak ele alınabilecek bir diğer durum ötenazi konusudur. Aktif ötenazi (bir hastanın yaşamını sonlandırmaya yönelik klinik karar ve davranış) farklı bir durum olup, Türkiye'de ve birçok ülkede yasadışı bir tutumdur (5).

Ülkemizde özellikle yoğun bakım üniteleri çalışanlarının karşılaşacakları etik ikilemlerle başetmelerine yardımcı olacak “yaşamı destekleyen tedavilerin başlatılmaması ya da sonlandırılmasına ilişkin ulusal kriterlerin” belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (8).

Yaşam Kalitesi

‘Kişinin yaşamsal işlevlerini bağımsızca sürdürmesi, yaşamak için herhangi bir araca ya da kimseye bağımlı olmaması’ olarak tanımlanabilen yaşam kalitesi, tıbbın temel amaçlarından biridir. Bu amacın yerine getirilmesinde tarafsız ölçütler kullanılmalı ve makul bir insanın yaşamak istemeyeceği bir hayat, hastaya dayatılmamalıdır. Her bir tıbbi uygulamanın hastanın yaşam niteliğine olası etkisi değerlendirilmeli ve yaşam niteliğinin iyileştirilmesine katkı sağlamayan tıbbi uygulamalar önerilmemelidir (12).

YOĞUN BAKIMDA ETİK SORUNLARA YAKLAŞIM

Doğanın en karmaşık varlığı olan insana yaklaşımda, hizmet sunan kişi nasıl bir tutum ve hangi değerlere

dayalı davranış biçimini benimseyeceğini bilmek durumundadır. İnsan ilişkilerinin dinamiğine ait bilinçlilik, etik çerçevede düşünmeyi bakım işlevine bağlayan ahlaki anlayışın odağını oluşturup, bakım verme ilişkisinin kurulmasını da kolaylaştırır (22).

Hemşirelik disiplini, bireyin ve toplumun esenliğini, iyiliğini sağlamak, geliştirmek için entelektüel ve teknik becerilerle, kişilerarası etkileşim sonucu oluşan karmaşık bir sağlık hizmeti olup hemşirelik bakımının her aşaması etiği içerir ya da etikten etkilenir. Hemşirelik etiği; hemşirelik sorumluluğu içinde hastaya yapılan girişimlerin, yararlı ya da zararlı olmasının ahlaki açıdan da değerlendirilmesidir (23).

Yoğun bakım ortamı, enfeksiyon, yaralanma ve tehlikeli maddelerle karşı karşıya gelme olasılığı nedeniyle yüksek riskli; hızlı karar vermeyi gerektirmesi, beklenmeyen bulguların ve yaşamı tehlikeye sokan durumların tehdidi nedeni ile de stresli bir ortamdır. Etik problemler hızla gelişebilir ve bu durum sıklıkla farklı disiplinleri ilgilendirebilir (15).

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. Etik sorunların çözümünde etik ilkelere dayalı karar verme süreçlerinin kullanılması gerekmektedir. Bu bağlamda “yarar sağlama”, “zarar vermeme”, “otonomi” ve “sosyal adalet” gibi etik ilkeler öne çıkmaktadır (3).Günümüzde artık paternalistik, iyileştirici, sonuna kadar tedavi yerini; iyileştirici ancak hasta/hasta yakını merkezli, yaşam kalitesine önem veren, palyatif tedavinin de eş zamanlı başladığı tedaviye bırakmıştır. Yoğun bakımdaki diğer uygulama alanları gibi yüksek düzeyde yeterlilik ve bilgi gerektirmektedir (12).

SONUÇ

Yoğun bakım hemşireleri hastanın durumunda ortaya çıkan değişiklikleri ilk saptayan ve acil durumlarda ekip içinde hızlı karar alması gereken sağlık profesyoneli olarak, karmaşık ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan sorunlarla daha sık karşılaşmakta ve bu durumlarda hızlı karar vermek zorunda kalmaktadırlar (8). Bu nedenle, süreç boyunca bakım verme sorumluluğu olan hemşirelerin, etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini anlamaları ve bu doğrultuda bakım vermeleri zorunludur (4). Hemşirelerin bakım vermede etik açıdan birincil değeri, inançları bakım verdiği birey ve yakınlarının değer sisteminden ne kadar farklı olursa olsun, sağlıklı ya da hasta bireyin iyiliğidir

KAYNAKLAR

1. Şahinoğlu A.H. (2011). Yoğun bakım ve yoğun bakım üniteleri. In: H. Şahinoğlu (Ed.), Yoğun bakım sorunları ve tedavileri (pp:1-3). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Eti Aslan F, Çakır M. (2016). Yoğun bakım ortamı. In: F. Eti Aslan, N. Olgun (Eds.), Yoğun bakım gelişmiş semptom ve bulguların yönetimi (pp:3-14). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
3. Tel H. (2012). Yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1(1), 30-38.
4. Başak T., Uzun Ş., & Arslan F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 52(2), 76-81.
5. Terzi C, Sayek İ. (2004). Cerrahide etik. In: İ. Sayek (Ed.), Temel cerrahi (pp: 20-28). Ankara: Güneş Kitabevi.
6. Şahinoğlu A.H. (2011). Yoğun bakım ünitesinde etik sorunlar. In: H. Şahinoğlu (Ed.), Yoğun bakım sorunları ve tedavileri (pp: 1895-1897). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
7. Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldırım G. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısı. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 16(1).
8. Özer N. (2016). Yoğun bakımda etik sorunlar. In: F. Eti Aslan, N. Olgun (Eds.), Yoğun bakım gelişmiş semptom ve bulguların yönetimi (pp:97-111). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
9. Dinç L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi, 40:113-119.
10. 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.
11. Erkeköl F.Ö., Numanoğlu N., Gürkan Ö.U ve ark. (2002) Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. Toraks Dergisi, 3(3):307-316.
12. Özışık L, Topeli A. (2014). Yoğun bakımda yaşam sonu kararları. In: N. Örnek Büken, A. Akpınar (Eds.), Klinik, etik, kültürel ve hukuki yönleriyle yaşamın sonuna ilişkin kararlar (pp:29-38). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası.
13. Aydınlatılmış Onam Kılavuzu. TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu Aydınlatılmış Onam Kılavuzu 2008. Retrieved May 20, 2010 , www.biyoeetik.org.tr/etiklikler/UDEK/UDEK-ECG-AO Kılavuzu.pdf .
14. Raper R.F., Fisher M.McD. (2009). Ethics in intensive care. In: A.D. Bertsen, N. Soni (Eds.), OH's intensive care manual (pp:61-66). Butter-worth Heineman Elsevier, Elsevier Limited.
15. Karaöz S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):1-8.
16. Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Veri Toplanması, Korunması ve Değerlendirilmesi, Kişisel Sağlık Verileri Çalışma Grubu, Retrieved June 10, 2017 <http://www.kisisselsaglikverileri.org/hakinda.php?id=32>.
17. Berlandi H.J. (1997). Ethical issues in pediatric perioperative nursing, Journal of Nursing Clinics of North America, 32(1):153-168.
18. Ackermann R.J. (2000). Withholding and with-drawing life-sustaining treatment. Journal of American Family Physician, 62(7):1555-60.
19. Baştürk E. (2003). Do-Not-Resuscitate (DNR) talimatının temel etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. Türk Klinik Tıp Etiği Hukuku Tarihi, 11(1):12-21.
20. Sert H., Gözdemir M., Işık B. (2007). Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması etik mi? Yeni Tıp Dergisi, 24(2):85-9.
21. Akpınar A., Ersoy N. (2014). Yaşamı destekleyen tedaviler