

## Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri\*

Dilek ÖZDEN\*

Şerife KARAGÖZOĞLU\*\*

Hatice TEL\*\*

Eda TABAK\*\*\*

Özgün Araştırma

\* Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet  
Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,  
Sivas.  
e-mail: dozden2002@yahoo.com

İletişim yazarı

\*\* Doç. Dr. Cumhuriyet  
Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,  
Sivas.

\*\*\* Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Esasları AD Yüksek  
Lisans Öğrencisi, Sivas.

Geliş Tarihi: 26/10/2011

Kabul Tarihi: 10/01/2012

### Özet

**Amaç:** Çalışma, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tıbbi olarak yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı özellikteki bu araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 63 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 40 hemşire oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelerle dağılım kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hemşirelerin %60.0'ı yoğun bakım ortamında bazı hastalara yararsız tedavi ve uygulama yapıldığını, %32.5'i bu tür uygulamaların her gün yaşandığını belirtti. Hemşireler tarafından; tedavisi olmayan (%20.0), beyin ölümü gerçekleşmiş (%12.5), terminal dönem kanser hastalığı olan bireylere verilen tedavi ve uygulamalar (%10.0) "yararsız" olarak tanımlandı. Hemşirelerin tedavi ve uygulamalara hastanın yanıt verme olasılığının olmamasını (%25.0), hastanın yaşam kalitesine çok az yarar sağlamasını (%15.0), tam tersine bireyin ağrı ve acı çekme süresini uzatan (%10.0) tedavi ve uygulamaları nafile yararsız olarak değerlendirdiği saptandı. Hemşirelerin %92.5'i çalıştığı yoğun bakımda yararsız tedavi ve uygulamaları engellemek için hiçbir şey yapılmadığını ifade etti.

**Sonuç:** Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaların sıklıkla yapıldığını düşündükleri ve bu noktada etik ikilem yaşadıkları söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Tıbbi yararsızlık, hemşirelik, yoğun bakım, terminal dönem bakımı.

\* Bu çalışma, Bursa'da yapılan "2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (4-7 Kasım 2009).

## Opinions of Nurses Working at Critical Care Units on Futility in Therapy and Practice

### Abstract

**Objective:** The study was conducted to determine the opinions of nurses working at intensive care units on medical futility in therapy and practice.

**Method:** The universe of the descriptive study consisted of totally 63 nurses working at intensive care units of a university hospital, and the sample consisted of 40 nurses who accepted to participate in the research. Percentage distribution was used to assess the data.

**Results:** Of the nurses participated in the study, 60.0% indicated that futile therapy and practice were provided to some patients in the intensive care environment, and 32.5% stated that such administrations were done on a daily basis. The treatment and practice provided for the patients with incurable disease (20.0%), established brain death (12.5%) and terminal-stage cancer (10.0%) were defined as “futile” by the nurses. It was determined that the nurses thought that futile therapy and practice was provided, since the patient was not likely to respond to the treatment (25.0%), the therapy and practice provided minimal benefit for the patient’s quality of life (15.0%) and only extended the patient’s period of pain and suffer (10.0%). Of the nurses, 92.5% claimed that nothing was performed in order to prevent futility in therapy and practice at the intensive care unit.

**Conclusion:** The present study suggested that the nurses working at intensive care units thought that futile therapy and practice were implemented frequently and they had ethic dilemma on that point.

**Keywords:** Medical futility, nursing, intensive care, terminal care.

### Giriş

Yoğun bakım ortamlarının değişken yapısı, ölümlü yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği nedeniyle; evrensel tıbbi etik ilkeleri, sağlık çalışanlarının yükümlülükleri, bilgilendirilmiş onam alma, resüsitasyon, beyin ölümü, organ transplantasyonu, yaşam desteğini başlatma ve sürdürme, sınırlı kaynakların adil dağıtımı, ötenazi, yararsızlık gibi konularda etik ikilemler sıkça yaşanmaktadır.<sup>1-3</sup> (Günümüzde, teknolojik ilerlemeler nedeniyle daha önceden ölümcül olarak düşünülen birçok hastalık ve sorunun, yönetilebilir ve çoğu durumda da iyileştirilebilir olması, hasta ve sağlık profesyonellerinin ölümden sakınılabiliyor olduğuna inanmalarına yol açmaktadır. Ancak bu durumda ortaya çıkan bir ikilem, hastaya yapılan girişimlerin yararsız olarak algılanmasıdır.<sup>4</sup> Sağlık profesyonelinin, hastanın ya da yakınının tıbbi müdahalenin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşam kalitesine çok az katkı ya da çok az tıbbi fayda sağladığı, hastanın beklentilerine cevap verme olasılığı taşımadığı ve kabul edilebilir yaşam şansı tanımadığını düşündüğü tedavi ya da uygulamalar yararsız olarak tanımlanmaktadır.<sup>5-8</sup> Trotter tıbbi yararsızlık kavramının alt başlıkları olarak amaç ve eylemi gündeme getirmiştir.<sup>9</sup> Bu anlamda tüm tıbbi uygulamaların bir amacı vardır, eylemler bu amacı başarmaya yöneliktir ve eğer eylem bu amacı gerçekleştirilmede başarısız ise bu durumda yararsız tedaviden söz edilebilir.

Uluslararası literatürde bu kavram “medical futility”, “futility care”, “futile care” olarak tanımlanmaktadır.<sup>3,10-13</sup> Kasman tıbbi yararsızlık kavramını, hasta için özel amaca ulaşmaya hizmet etmeyen klinik eylem olarak tanımlanmaktadır.<sup>10</sup> Ancak, tıbbi yararsız tedavi ile bakım kavramını birbirinden ayırt etmek gerekir. Tıbbi yararsız tedavi invaziv ve agresif (girişimsel ve rahatsız eden) yönüyle bireyin ağrı, acı, sıkıntı yaşamasına neden olurken, yaşam sonu bakıma yönelik uygu-

lamalar yararsız olarak düşünülmemelidir. Çünkü hemşirelerin yaptığı bakım uygulamaları yaşamın kalitesine ve bireyin rahatının sağlanmasına hizmet eder. Amaca hizmet etmeyen ve yararsız olduğu düşünülen tedavi sonlandırılrsa bile bakım yaşamın sonuna kadar devam ettirilmelidir.

Günümüzde, uluslararası literatürde giderek artan sayıda, özellikle yoğun bakım ünitelerinde yararsız tedaviye yönelik birçok çalışma bulunmaktadır.<sup>3,11-13</sup> Ülkemizde yetişkin yoğun bakım ünitelerine yönelik yararsız uygulamalar konusu ele alınmamış ancak, pediatri yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu karar verme tutumlarına ilişkin bir çalışmada bu kavrama değinilmiştir.<sup>14</sup> Bu çalışmada, hemşirelerin yarısının beyin ölümü oluşuncaya kadar tedaviye devam edilmesini savunduğu ve hemşirelerin bir kısmının ise tüm tedavilerin geri çekilmesini ve sadece palyatif (rahatlatıcı) bakıma devam edilmesini belirttiği bildirilmektedir.<sup>14</sup>

Modern tıp yaşamı uzatmak için çok etkili yöntemlere sahip olmakla birlikte bu yöntemler ölmekte olan bireylere ağrı ve acı vermektedir. Hemşirelerin ileri teknoloji ve sağlık bakımındaki değişimlerle birlikte ölmekte olan bireye yapılacak tedavi ve bakım uygulamalarında karar verme sürecinde, hem hasta savunuculuğu hem de bakım verici rolleri vardır.<sup>3, 4,11, 14</sup> Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yaşamı tehdit eden problemlerde bireyler gereksinimleri için hemşirelere bağımlıdırlar. Hemşirelerin yararsız tedavi hakkında etik duyarlılığa sahip olması ve profesyonel yetkinlikle bakım vermesi gerekir. Hemşirelerden aynı zamanda bireyin rahatlığını sağlama ve ağrıyı hafifletmesi, prognoz (hastalığın süresi, gidişi ve sonucunun tahmini) hakkında açıklama yapması ve danışmanlık vermesi yönünde kapsamlı yaşam sonu bakım sağlamada sorumluluk üstlenmesi beklenmektedir.<sup>2, 3, 8</sup>

Ancak, ülkemizde yoğun bakım uygulamalarına yönelik ulusal politikalarımız bulunmamakta-

dır. Bununla birlikte ülkemizde Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin düzenlediği yaşamın sonuyla ilgili bir bildirge vardır. Bu bildirmede hastaya durumunu düzeltme şansı tanımayan ve fizyolojik bir yarar sağlamayan; aksine daha fazla ağrı, acı çekmesine ya da sıkıntı yaşamasına neden olan durumlarda öngörülen tedavi ve uygulamaların yapılmamasının etik açıdan savunulabilir olduğunu vurgulamaktadır.<sup>8</sup>

Çalıştıkları ortamlarda hemşirelerin bağımlı rolleri gereği hekimin istem ettiği tedaviyi uygulama sorumluluğu vardır. Yoğun bakım ortamında, bu sorumlulukları yerine getiren hemşirelerin yapılan invaziv tedavi ve uygulamaları sıklıkla yararsız olarak değerlendirdikleri ve bu tedavilerin sürdürülmesine yönelik etik ikilem yaşadıkları ve ekip içinde bu durumu rahatlıkla dile getiremedikleri tahmin edilmektedir. Bundan dolayı, ülkemizde bu konuda yapılacak ve durumu ortaya koyacak çalışmalara gereksinim vardır.

Yararsız uygulama kavramı konusunda yaptığımız bu çalışma, yoğun bakım profesyonellerinin kültürümüze özgü duyarlılığını ortaya koyacak ve böylece yararsız uygulama kavramına kültürler arası farklı bakışı yansıtacak veriler sağlayacaktır.

## **Amaç**

Çalışma, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tıbbi olarak yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

## **Yöntem**

### **Araştırmanın Türü**

Araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilimizde bulunan üniversiteye bağlı araştırma ve uygulama hastanesinin anestezi-reanimasyon, nöroloji, nöroşirürji, koroner, kalp damar cerrahisi ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapıldı.

### ***Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi***

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin anestezi-reanimasyon, nöroloji, nöroşirürji, koroner, kalp damar cerrahisi ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 63 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 40 hemşire oluşturdu.

### ***Verilerin Toplanması***

Araştırmanın verileri, literatüre dayalı olarak hazırlanan 3,12,13 iki bölümlü anket formu kullanılarak toplandı. Bu form, katılımcıların tanıtıcı özelliklerini (8 soru) ve yararsız tedavi ve uygulamalar ile ilgili görüşlerini (9 soru) belirlemeye yönelik açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, medeni durum, hemşirelikte eğitim durumu, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve yoğun bakımda çalışma süresi, yoğun bakım ünitesinde kaç hastaya hizmet verildiği, çalışma şekli ve bir vardiyada bir hemşireye düşen hasta sayısını içeren sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise; yoğun bakım ortamında yararsız tedavi ve uygulamaların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği, tıbbi olarak yararsız uygulamaların kendisine göre ne olduğu, bunların hangi tedavi ve uygulama olduğu, uygulanma ve sürdürülme nedenleri, ne sıklıkta uygulandığı, engellemek için şu anda yapılan uygulamaların ne olduğu, etik ikilem yaşayıp yaşamadıklarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

### ***Araştırmanın Uygulanması***

Araştırmaya başlamadan önce üniversite hastanesinden yazılı izin, araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip sözel izin alındıktan sonra formlar uygulandı.

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, 4 hemşireye ön uygulama yapıldı; anlaşılmayan, açık olmayan ve iyi işlemeyen sorular tekrar gözden geçirildikten sonra araştırmanın uygulamasına başlandı. Ön uygulamaya alınan hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

Veriler, 24 Mart–24 Nisan 2009 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından hemşireler ile klinikte yüz yüze ve ortalama 20 dakika görüşülerek elde edildi.

### ***Verilerin Değerlendirilmesi***

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package For Social Sciences/16.0 for Windows) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplaması kullanıldı.

### ***Bulgular***

Hemşirelerin yaş dağılımı incelendiğinde; %45.0'inin 21-26, %35.0'inin 27-32 yaş grubunda bulunduğu, büyük bir çoğunluğunun (%85.0) lisans mezunu olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 1). Hemşirelerin %42.5'inin toplam hizmet süresinin ve %50.0'sinin yoğun bakımda çalışma süresinin 1-4 yıl arasında olduğu belirlendi (Tablo 1).

Hemşireler tarafından; tedavisi olmayan (%20.0), beyin ölümü gerçekleşmiş (%12.5), terminal dönem kanser hastalığı olan bireylere verilen tedavi ve uygulamalar (%10.0) yararsız olarak tanımlandı (Tablo 2). Hemşirelerin tedavi ve uygulamalara hastanın yanıt verme olasılığının olmaması (%25.0), hastanın yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması (%15.0), hastanın sadece yaşam süresini uzatması (%15.0), hastalık prognozunu iyileştirmemesi, tam tersine bireyin ağrı ve acı çekme süresini uzatan (%10.0) tedavi ve uygulamaları yararsız olarak değerlendirdikleri saptandı (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %60.0'ı yoğun bakım ortamında bazı hastalara yararsız tedavi ve uygulamalar yapıldığını, %32.5'i bu tür uygulamaların her gün yaşandığını belirtti (Tablo 3). Yararsız tedavi ve uygulamaları sürdürmenin ilk nedenini; hemşirelerin %30.0'u hastane yönetimi yine aynı oranda hekim istemi, %20.0'si mesleki ve kişisel değerler olarak belirtti. Hemşirelerin

**Tablo 1.** Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
21 – 26	18	45.0
27 - 32	14	35.0
33 ve üzeri	8	20.0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	37	92.5
Erkek	3	7.5
<b>Hemşirelikte eğitim düzeyi</b>		
Önlisans	4	10.0
Lisans	34	85.0
Lisansüstü	2	5.0
<b>Toplam hizmet süresi</b>		
1 yıldan az	6	15.0
1-4 yıl	17	42.5
5-8 yıl	9	22.5
9 yıl ve üzeri	8	20.0
<b>Yoğun bakımda çalışma süresi</b>		
1 yıldan az	9	22.5
1-4 yıl	20	50.0
5-8 yıl	7	17.5
9 yıl ve üzeri	4	10.0
<b>Çalışma şekli</b>		
Vardiya	34	85.0
Gündüz	6	15.0
<b>Yoğun bakımda ortalama hasta sayısı</b>		
5-8	13	32.5
13-16	15	37.5
17-20	7	17.5
21 ve üzeri	5	12.5
<b>Bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı</b>		
1-3	9	22.5
4-7	25	62.5
8 ve üzeri	6	32.5

%92.5'i çalıştığı yoğun bakımda yararsız tedavi ve uygulamaları engellemek için hiçbir şey yapmadığını, geleceğe yönelik bir planlama olmadığı

ğini ifade etti. Hemşirelerin %60.0'nın yararsız tedavi ve uygulamalar konusunda etik ikilem yaşadığı, etik ikilemi hangi etik ilkelere dayanarak

**Tablo 2.** Hemşirelerin Yoğun Bakım Kliniğinde Yararsız Tedavi ve Uygulamanın Ne Olduğuna İlişkin Görüşleri (n=40)

Görüşler	Sayı	%
Yararsız tedavi ve uygulamanın tanımı		
Tanımlama yapmayan	14	35.0
Zararı yararından fazla olan tedaviler	9	22.5
Tedavisi olmayan hastalıklarda destek tedaviler	8	20.0
Beyin ölümü gerçekleşmiş hastalara yapılan tüm tedavi ve uygulamalar	5	12.5
Terminal dönem kanser hastalarında yapılan tedavi ve uygulamalar	4	10.0
Hastaya yapılan tedavi ve uygulamaların yararsız olduğunu düşündüren ilk neden		
Neden belirtmeyenler	2	5.0
Tedaviden beklentilere cevap verme olasılığı taşınamaması	10	25.0
Yaşam kalitesine çok az yarar sağlama	6	15.0
Sadece yaşam süresini uzatması	6	15.0
Hastanın durumunun düzelme şansı tanınamaması	6	15.0
Fizyolojik bir yarar sağlamaması	6	15.0
Bireyin ağrı acı çekmesine ya da sıkıntı çekme süresinin uzaması	4	10.0

çözümlüyorsunuz sorusuna ise %82.5'inin yanıt vermediği, %17.5'inin "yararlılık ilkesine dayanarak hasta ölüncüye kadar tüm bakımlarını yaparım" yanıtını verdiği saptandı (Tablo 3).

## Tartışma

Günümüzde yoğun bakım ortamlarında hemşirelerin ölüm ve ölmekte olan hasta ile sıklıkla karşılaşması hemşirelikte yararsız tedavi ve uygulama kavramını gündeme getirmiştir. Özellikle yararsız tedavi ve uygulama kavramına ilişkin hemşirelerin yaşadıkları sıkıntılar konusunun incelenmesi ve dikkatin bu yöne çekilmesi önemlidir. Bu çalışmada hemşirelerin bir kısmının (%35.0) yararsız tedavi ve uygulama tanımını yapmadıkları göz önüne alındığında (Tablo 2), bunun nedeni olarak, hemşirelerin bu kavrama yabancı olmaları ve Türkiye'de çok gündeme gelen bir kavram olmayışı düşünülebilir. Tanımlama yapan hemşirelerin ise tedavisi olmayan, beyin ölümü gerçekleşmiş, terminal dönem kanser hastalığı olan bireylere verilen tedavileri, yararsız tedavi ve uygula-

lama olarak tanımladıkları saptanmıştır. Sibbald ve diğ. (13)'nin çalışmasında da bu kavramı hemşirelerin benzer şekilde tanımladıkları dikkati çekmektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin tedavi ve uygulamalara hastanın yanıt verme olasılığının olmaması, hastanın yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması, hastanın sadece yaşam süresini uzatması, hastalık prognozunu iyileştirmemesi, tam tersine bireyin ağrı ve acı çekme süresinin uzatması nedeni ile tedavi ve uygulamaları yararsız olarak değerlendirdiklerini ifade ettiler (Tablo 2). Yoğun bakım hemşirelerinin yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, hemşireler yararsız uygulamaların hastaların acısını uzattığını belirtmiştir.<sup>15</sup> Löfmark ve Nilstun literatür inceleme çalışmasında, hekimlerin %80'inden fazlasının yararsız tedavi kavramını tanımlamada yaşam kalitesini kullandığı, hekim ve hemşirelerin yarısının ise tedavi ve uygulamaların hasta ve ailesine fizyolojik yarar sağlamıyorsa yararsız olarak değerlendirdikleri bildirilmektedir.<sup>16</sup>

**Tablo 3.** Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulama Yapma Durumu, Sıklığı, Nedeni, Engellemeye İlişkin Görüşü ve Etik İki-lem Yaşama Durumları (n=40)

Tedavi ve Uygulama	Sayı	%
<b>Uygulanma durumu</b>		
Uygulanıyor	24	60.0
Uygulanmıyor	16	40.0
<b>Uygulanma sıklığı (n=24)</b>		
Cevapsız	3	7.5
Her gün	13	32.5
Haftada bir	4	10.0
Ayda bir	6	15.0
Yılda bir	3	7.5
Nadiren (Diğer)	11	27.5
<b>Sürdürülme nedenleri</b>		
Hastane yönetimi	12	30.0
Hekim istemi	12	30.0
Kişisel değerlerim	8	20.0
Hasta ve ailesi	4	10.0
Servis sorumlu hemşiresi	1	2.5
Neden belirtmeyenler	3	7.5
<b>Engellemeye yönelik uygulamalar</b>		
Var	3	7.5
Yok	37	92.5
<b>Ahlaki sıkıntı yaşama durumu</b>		
Evet	24	60.0
Hayır	16	40.0

TTB'nin etik bildireleri, Amerikan Tıp Birliği'nin etik kodları ve İngiliz Tıp Birliği'nin yaşamın sonuna ilişkin karar görüşü incelendiğinde, ölçüt olarak yaşam kalitesi ve yarar ilkelerinin göz önüne alındığı görülmektedir.<sup>8,17,18</sup>

Bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu (%60) yoğun bakım ortamında bazı hastalara tıbbi olarak yararsız tedavi ve uygulama yapıldığını belirtmiştir (Tablo 3). Kanada'da yapılan bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin %87.0'si ve hemşirelerin %95'i tıbbi olarak nafi-

le uygulamalar yapıldığını bildirmiştir.<sup>12</sup> Avrupa'da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %73'ü "birkaç haftadan daha uzun süre hayatta kalma ümidi olmayan hastaların" yoğun bakıma sıklıkla kabul edildiği ifade edilmektedir.<sup>19</sup> Bizim çalışmamızda tıbbi olarak yararsız uygulamalar ile her gün karşılaşıldığının bildirilmesi (%32.5) (Tablo 3) ise yoğun bakım ortamlarında sıklıkla yararsız tedavi ve uygulamalar ile karşılaşıldığını düşündürmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda da yararsız tedavi ve uygulama sıklığının çok yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>12,13,19</sup>

Yoğun bakımda çalışan hemşireler, nafile olarak algıladıkları uygulamalar nedeniyle hastaların uzun süre ağrı ve acı çektiğine tanık olabilmektedirler. Hemşirelerin üstlendiği hasta savunuculuğu rolü, yoğun bakım ortamında etkin iletişimin olmaması, yoğun bakımda tedaviyi başlatma ve sürdürmeye ilişkin net ulusal ve uluslararası rehberlerin olmaması, ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olabileceğini düşündürebilir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun (%60) ahlaki sıkıntı yaşadığının belirlenmesi (Tablo 3) literatür ile paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin tıbbi olarak yararsız uygulamalar yapıldığına ilişkin algılamaları, ahlaki sıkıntı ve sonuçta tükenmişliğe neden olduğu bildirilmektedir.<sup>3, 11</sup> Mobley ve diğ.'nin yaptıkları çalışmada, yoğun bakımda tıbbi olarak yararsız uygulama yapıldığını düşünen hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğunu ve yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça ahlaki sıkıntının da arttığına dikkati çekmektedir.<sup>3</sup> Bizim çalışmamızda da, hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyini belirlemeye yönelik bir ölçek kullanılmamasına ve hemşirelerin ahlaki sıkıntısını etkileyen faktörlerin belirlenmemesine karşın, hemşirelerin kendi ifadelerine göre ahlaki sıkıntı yaşadıkları dikkati çekmektedir. Bu bulgunun, ülkemizdeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntılarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmasına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yararsız uygulamaların sürdürme nedenlerini, katılımcıların bir kısmı (%30.0) hastane yönetimi, bir kısmı (%30.0) hekim istemi, bir kısmı da kişisel değerler (%20.0) olarak belirtmişlerdir (Tablo 3). Sibbald ve diğ. yoğun bakımda yaptıkları çalışmalarında, aile isteği, iletişim ve zaman yetersizliği nedeniyle yararsız tedavi ve uygulama yapıldığını belirtmiştir.<sup>13</sup> Kanada'da yapılan bir çalışmada da yararsız tedavi uygulanma nedenlerinin aile isteği (hekim %91, hemşire %91), hekim isteği (hekim %84, hemşire %91)

ve yasal zorunluluktan (hekim %75, hemşire %84) kaynaklandığı bildirilmektedir.<sup>12</sup> Bizim çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilmiş olmakla birlikte hemşirelerin çok az kısmının hasta ve aile isteği (%10.0) nedeniyle tıbbi olarak yararsız uygulamalar yapıldığını belirtmesi (Tablo 3), bize yoğun bakımlarda hasta ve aile kararının (özerkliğinin) çok önemsenmediğini gösterebilir.

Çalışmamızda, yoğun bakımda yararsız tedavi ve uygulamalar yapıldığının belirlenmesine rağmen, engellemeye yönelik herhangi bir uygulamanın da olmadığı dikkati çekmektedir (Tablo 3). Literatürde yoğun bakım ortamlarında yararsız tedavi ve uygulamalarını önlemeye yönelik klinik politikası geliştirilmesi, yoğun bakımlarda klinik etikçilerin olması, doğru tıbbi etik karar vermeye katkı sağlayacak etik eğitimlerinin planlanması, ekip işbirliği içerisinde sorumluluğun paylaşılması, etik ve hukuksal boyutları içeren ölçütlerin geliştirilmesi önerilmektedir.<sup>12,20,21</sup> Bu öneriler doğrultusunda, yararsız tedavi ve uygulamaları ve bunun getirdiği sıkıntıları engellemeye yönelik kurumsal ve yasal politikalar geliştirilmesine hizmet edecek çalışmaların yapılması gereklidir. Bu doğrultuda, hemşirelerin bakım verici ve hasta savunuculuğu rolleri gereği bu çalışmalarda etkin rol alması önemlidir.

## **Sonuç**

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tıbbi olarak yararsız tedavi ve uygulamalara ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada; hemşirelerin büyük çoğunluğu yoğun bakım ortamında nafile tedavi ve uygulamaların yapıldığını ifade etmiştir. Hemşirelerin; tedavisi olmayan, beyin ölümü gerçekleşmiş ve terminal dönem kanser hastalığı olan bireylere verilen tedavi ve uygulamaları yararsız olarak tanımladığı, bu tedavi ve uygulamaların bireyin ağrı ve acı çekme süresini uzattığını düşündükleri ve buna bağlı olarak etik ikilem yaşadıkları belirlenmiştir.



## Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: DÖ, ŞK, HT, ET

Veri toplama ve/ veya analiz: DÖ, ŞK, HT, ET

Makalenin hazırlanması: DÖ, ŞK, HT, ET

## Kaynaklar

1. Aydın E, Ersoy N. The principle of justice in medical ethics. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*. 1994; 2(2): 61-63.
2. Faber-Langendoen K, Lancken PN. Dying patients in the intensive care unit: Forgoing treatment, maintaining care. *Annals of Internal Medicine*. 2000; 133(11): 886-892.
3. Mobley MS, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futility in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007; 23: 256-263.
4. Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futility. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(5): 922-930.
5. Cosgrove JF, Nesbitt ID, Bartley C. Futility and the critically ill adult patient: A framework. *Current Anaesthesia and Critical Care*. 2006; 17: 255-262.
6. Gampel E. Does professional autonomy protect medical futility judgments? *Bioethics*. 2006; 20(2): 92-104.
7. Mohammed S, Peter E. Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nursing Ethics*. 2009; 16(3): 292-302.
8. Türk Tabipleri Birliği. Yaşamın sonuna ilişkin etik bildirge. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri. (İnternet) Ulaşım tarihi <http://www.ttb.org.tr>. (Ulaşım tarihi 2011 24 Haziran)
9. Trotter G. Mediating disputes about medical futility. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1999; 8: 527-37.
10. Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents and Physicians. *Journal of General Medicine*. 2004; 19: 1053-1056.
11. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futility and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13(3): 202- 208.
12. Palda VA, Bowmna KW, Mclean RF, Chapman MG. "Futile" care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-Wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care*. 2005; 20: 207-213.
13. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*. 2007; 177(10): 1201-1208.
14. Akpınar A, Senses M, Er RA. Attitudes to end-of life decisions in pediatric intensive care. *Nursing Ethics*. 2009; 16(1): 83-91.
15. Carvalho KK, Lunardi VL. Therapeutic futility as an ethical issue: Intensive care unit nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009; 17(3): 308-313.
16. Löfmark R, Nilstun T. Conditions and consequences of medical futility - from a literature review to a clinical model. *Journal of Medical Ethics*. 2002; 28: 115-119.
17. American Medical Association. AMA's Code of Medical Ethics. (Online) Available from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics>. (Accessed 2011 24June)
18. British Medical Association. *BMA's code of medical ethics*. Retrieved June 24, 2011 from <http://www.bma.org.uk/ethics>.
19. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Critical Care Medicine*. 1999; 27(8): 1626-1633.
20. Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: A qualitative study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2009; 53: 10-17.
21. Joseph R. Hospital policy on medical futility - does it help in conflict resolution and ensuring good end-of-life care? *Annals Academy of Medicine Singapore*. 2011; 40: 19-25.

## Ek

### “Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaya ilişkin görüşleri” çalışmasına ait veri toplama formunun ikinci bölümü

#### BÖLÜM II

Bu bölümde size yoğun bakım ortamlarında yararsız tedavi ve uygulama kavramına ilişkin önermeler verilmiştir.

1. Yoğun bakım ortamında bazı hastalara yararsız tedavi ve uygulamalar yapılabilmektedir.

( ) Katılıyorum ( ) Katılmıyorum

2. Tıbbi olarak yararsız tedavi ve uygulama nedir tanımlar mısınız?

3. En fazla yararsız tedavi ve uygulama olarak düşünülen iki durumu yazar mısınız?

4. Hasta bireye yapılan uygulamaların yararsız tedavi ve uygulama olduğunun düşünülmesinin nedenleri nelerdir?

( ) Yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması

( ) Tedaviden beklentilere cevap verme olasılığı taşımaması

( ) Sadece yaşam süresini uzatması

( ) Hastanın durumunu düzeltme şansı tanımaması

( ) Fizyolojik bir yarar sağlamaması

( ) Bireyin ağrı, acı çekmesi ya da sıkıntı çekme süresinin uzaması

( ) Diğer.....

5. Yoğun bakımda yararsız olarak düşünülen tedavi ve uygulamaların sürdürülme neden/ nedenleri nedir?\_

( ) Hastane yönetimi

( ) Hasta ailesi

( ) Hekim istemi

( ) Dini inançlarım

( ) Servis sorumlu hemşiresi

( ) Kendi kişisel değerlerim

( ) Diğer .....

6. Yoğun bakım ünitenizde yararsız tedavi ve uygulama/lar ne sıklıkta yapılmaktadır?

( ) Her gün

( ) Haftada bir

( ) Ayda bir

( ) Yılda bir

( ) Diğer .....

7. Yararsız tedavi ve uygulamaları engellemek için şu anda ünitenizde yapılan uygulamalar var mı? Varsa lütfen yazınız.

8. Yararsız tedavi ve uygulamaları engellemek için gelecekte ünitenizde yapılacak uygulama planlarınız var mı? Lütfen yazınız.

9. Hemşire olarak yararsız tedavi ve uygulama verdiğinizi düşündüğünüzde etik ikilem yaşıyor musunuz?

Evet ( )

Hayır ( )

Cevabınız “Evet” ise, etik ikilem yaşamanızın nedenlerini etik ikilemleri de göz önünde bulundurarak nasıl çözümlersiniz?