

YOĞUN BAKIM BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YARARSIZ TEDAVİ VE UYGULAMALARA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

INTENSIVE CARE NURSES' OPINIONS OF FUTILE TREATMENT AND ITS ADMINISTRATION

Prof.Dr.İsmet EŞER* **Perihan ÇETİN**** **Ar.Gör.Nilay ORKUN***

*E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

**Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Araştırma, yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin tıbbi olarak etkisiz girişimlere ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, 15 Mart- 15 Mayıs 2015 tarihlerinde İzmir'deki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yoğun Bakım birimlerinde görev yapan toplam 123 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve ulaşılabilen 75 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri, Veri Toplama Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzdelik ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin çoğu (%49.3) yararsız tedaviyi 'Zararı yararından fazla olan tedavi' olarak tanımlamışlar ve %77.3'ünün yararsız tedavi uyguladıkları saptanmıştır. Yararsız tedavi hemşirelerin %44'ü tarafından 'inotrop ilaçların hasta eksitus olmasının diye en yüksek dozda verilmesi' olarak örneklendirilmiştir. Yaşlı hastalara uygulanan tedavilerin yararsız olduğunu düşündüren nedenlere bakıldığında hemşirelerin %38.7'sinin 'Tedavilerin beklentilere cevap verme olasılığının olmaması' şeklinde belirtilmiştir. Hemşirelerin %65.3'ü tarafından yararsız tedavi uygulamasına doktorun karar verdiği, %41.4'ünün bu kararı sağlık ekibinin vermesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %68'i yararsız tedavi uygulamasının yapılmasını uygun bulmadıklarını, %64'ünün uygulamaları sırasında etik ikilem yaşadıklarını ve etik ikilem yaşayan hemşirelerin %70.8'inin yaşadıkları etik ikilem sorununu çözemediklerini belirtmişlerdir. **Sonuç:** Hemşirelerin çoğu tarafından yoğun bakım ünitelerinde hastalara yararsız tedavi uygulandığını ve uygulanan bu tedavinin yapılmaması gerektiğini belirtilmiştir. Hemşirelerin Doktorun karar verdiği yararsız tedavi uygulamalarının yapılması hemşirelerin etik ikilem yaşamalarına neden olmaktadır. Ülkemizde yararsız tedavinin uygulanmasına karar verilmesi ve tedavinin uygulanması sürecine yönelik kurumsal ve yasal politikaların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: yararsız tedavi, yoğun bakım birimleri, hemşirelik girişimleri.

ABSTRACT

Objective: *This descriptive study was conducted to determine the intensive care nurses' opinions of futile treatment and its administration to elderly patients.*

Material and Methods: *The study population comprised 123 nurses working in the Intensive Care units of a Training and Research Hospital in İzmir between March 15, 2015 and May 15, 2015. Of these nurses, 75 who were contacted and volunteered to participate in the study included in the study sample. The study data were collected using the Data Collection Form. Statistical analysis of the data was performed using the SPSS 16.0 program. In the statistical analysis of the data, frequency, percentage, mean, standard deviation were calculated.*

Results: *Most of the nurses (%49.3) considered futile treatment as 'treatment that causes more harm than good. The majority (%77.3) of nurses were determined to have administered futile treatment. When asked why treatments administered to elderly patients were futile, most of the nurses (%38.7) stated that "the treatment is unlikely to meet expectations". %65.3 the nurses stated that the decision to administer futile treatment was given by physicians. %64 of the nurses considered the administration of futile treatment as inappropriate. They stated that they experienced an ethical dilemma during their practices and that they could not solve the ethical dilemma they experienced.*

Conclusion: *Most of the nurses considered futile treatment as 'treatment that causes more harm than good. The majority of nurses were determined to have administered futile treatment. When asked why treatments administered to elderly patients were futile, most of the nurses stated that "the treatment is unlikely to meet expectations". Most of the nurses stated that the decision to administer futile treatment was given by physicians. Many of the nurses considered the administration of futile treatment as inappropriate. They stated that they experienced an ethical dilemma during their practices and that they could not solve the ethical dilemma they experienced.*

Key words: *Futile Treatment, intensive care, nursing.*

GİRİŞ

Teknolojik ilerlemelerle birlikte günümüzde ölümcül olarak düşünülen birçok hastalığın yönetilebilmesi ve iyileştirilebilir olması, hastalarda olduğu kadar sağlık çalışanlarında da ölümün önlenebilir olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu durumda yaşanan bir ikilem ise hastaya uygulanan tedavinin yararsız olarak algılanması durumudur. Sağlık çalışanlarının, hastanın ya da yakınının tıbbi müdahalenin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşam kalitesine herhangi bir fayda sağlamadığı, hastanın beklentilerine cevap vermediği ve yaşam şansı tanımadığını düşündüğü tedavi ya da uygulamalar yararsız olarak tanımlanmaktadır (Türk Tabipleri Birliği 2008, Özden ve ark. 2012).

Yararsız (nafile) tedavi yapılan uygulama herhangi bir iyileşme ya da gelişme umudu sağlamıyorsa ya da hastanın herhangi bir yarar görme şansı kesin yoksa ve hekimin uygulamayı tıbbi acıdan boşuna veya yararsız olarak karar vermesi şeklinde tanımlanmaktadır (William 2005, Ersoy 2009).

Yoğun bakımdaki hastaların durumlarının karmaşık ve değişken olması ve bakımları için fazla kaynak gerektirmesi nedeniyle yoğun bakım hastalarına verilen

yaşamı devam ettirme tedavisini sürdürme ya da kesme kararı günlük olarak değerlendirilmelidir. Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların bakımını ise hastalar için yararlı ya da agresif olarak kabul edilen tedaviler belirlemelidir. Yaşlılarda yoğun tedavinin nitelik ve niceliği konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tanı ve tedavi uygulamalarının maliyetinin oldukça fazla olduğu da bilinen bir gerçektir (Neville ve ark 2015).

Yoğun bakım üniteleri tedavi gören hastaların sonrasında uzun dönem morbidite ve mortaliteleri, fonksiyonel kapasiteleri ve yaşam kaliteleri konusunda da ayrıca belirsizlikler de yaşanmaktadır. Somogyi-Zalud ve arkadaşlarının; 80yaş ve üzeri hasta grubunda yaptıkları bir çalışmada, hastaların üçte ikisinin yaşamlarının son 6 ayında sadece rahatlamak amacıyla tedavi istediklerini ve bu hastaların birçoğunun arrest yaşadıkları zaman kendilerine müdahale edilmesini istemediklerini belirtmişlerdir. Hastaların en çok yaşadığı semptomun ağrı olduğu, üç hastadan birinde de şiddetli ağrı semptomunun varlığı rapor edilmiştir. Yine bu hasta grubunda en çok kardiyolojik sorunlar yaşandığı ve hastaların çoğunun fonksiyonel yetersizliğe sahip olduğu saptanmıştır. Saptanan durumlar sonucunda hastaların yaşamlarının son dönemlerinde yaşamı desteklemek için uygulanan tedavinin diğer bir tanımla yararsız tedavinin gerekli olup olmadığı konusunu gündeme getirmektedir (2000).

Hastalar ve ailelerinin kendileri için uygun olmayan tedavileri gün geçtikçe daha fazla talep etmelerinin başında sağlık hizmetinin bir mal ve hastaların da birer müşteri olarak gören anlayışın giderek yaygınlaşması gelmektedir. Yoğun bakımda beyin ölümü gerçekleşen bir hastaya hastane enfeksiyonları önleme amacı ile kullanılan antibiyotik uygulamasına benzer tedaviler bu tür tedavilere örnek gösterilebilir (Uzuncu 2013). Hekimler hastalar tarafından talep edilen tedavi hizmetinin hastaya uygun olmadığından emin dahi olsa hastaların her hizmeti almaya hakları olduğunu ileri sürmesi sonucunda sıklıkla bu tür istemleri kabul etmektedirler. Sıklıkla karşılaşılan bu sorun özellikle yetersiz kaynakların olduğu yerlerde, bazı hastalara uygulanacak boşuna ya da yararsız tedavilerin sonucunda diğer hastalara kaynak ayırlanamaması anlamına gelmektedir (William 2005, Neville ve ark 2015).

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaya yönelik uygulanacak tedavilere yönelik ülkemizde ulusal politikalarımız bulunmamaktadır. Ancak Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin yaşamın sonuyla ilgili düzenlediği bir bildirge mevcuttur. Bildirgeye göre hastanın mevcut durumunu düzeltme şansı olmayan ve fizyolojik bir yarar sağlamayan; tam tersine hastanın ağrı ve acı çekmesine, sıkıntı yaşamasına neden olan durumlarda tedavi ve uygulamaların yapılmamasının etik olarak savunulabilir olduğunu belirtmektedir (Türk Tabipleri Birliği 2014). Bunun sonucunda da hekim tarafından elde edilen veriler doğrultusunda bir tedavinin yararsız olduğuna karar verildiğinde, bu tedavinin uygulanmaması veya tedaviye son verilmesi etik açıdan uygundur. Hatta bu tedavilere devam etmek kaynakların adil paylaşılması ödevini ihlal ettiğinden profesyonel bütünlüğe aykırı bir davranış olarak değerlendirilmektedir (Akpınar ve Ersoy 2012).

Yapılan çalışmalarda, 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 edilmesinin gerektiğini belirtmişlerdir (Akpınar ve Senses 2009, Özden ve ark. 2012). Susana ve Huckabay'ın araştırmasına göre, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler şiddetli ağrılar yaşayan ve uzun süredir külfetli bir tedavi alan hastaların aldıkları bu tedavilerin yararsız olduğu görüşündedirler (2004). Hemşireler genellikle hasta bakımını yönetirken etik ikilem ile yüz yüze gelmektedirler. Çünkü ileri teknoloji ve sağlıkta olan değişimlerin giderek artması, hemşireye bakım ve hasta hakları savunuculuğu konularında yeni sorumluluklar yüklemektedir.

Etik kararlar hastaların sadece ailesini değil aynı zamanda bakım verenleri de duygusal düzeyde etkiler. Tedavisi olmayan bir tanı konulduğunda hastaya uygulanan tedavinin yararsız olmaması konusunda en iyi kararı sağlık ekibinin aldığı görüşü benimsenmektedir (Susana ve Huckabay 2004). Birçok araştırmacı tarafından da negatif etkileri dile getirilen Yararsız tedavi konusunda ortaya çıkan zorluklar genellikle profesyonel bakım verenleri etkilemektedir. Kritik Bakım Hemşireleri Derneği (ACCN)'nin 1991 yılında yaptığı yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşadığı en önemli sorunlarından birinin etik ikilem olduğu saptanmıştır. İkinci önemli konu yaşam desteğini geri çekme konusudur. Bu konuda hastalar için otorite olmakta ayrıca önemli bir konudur (Susana ve Huckabay 2004).

Özden ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yürüttükleri bir çalışmada; tedavisi mümkün olmayan hastalıklara, beyin ölümü gerçekleşmiş ve terminal dönem kanser hastalığı bulunan hastalara uygulanan tedaviler yararsız tedavi olarak tanımlanmıştır. Hemşireler ise yararsız tedaviyi; hastanın tedaviye yanıt vermemesi, tedavinin hastanın yaşam kalitesine herhangi bir yarar sağlaması, sadece yaşam süresini uzatan, hastalık seyrini değiştirmeyen, hastanın ağrı ve acı çekmesine neden olan tedavi ve uygulamalar olarak tanımlamışlardır (2012).

Yaşam süresini uzatmak için kullanılan, etkin yöntemlere sahip modern tıp aynı zamanda ölmek üzere olan hastaya ağrı ve acı vermektedir. Teknolojinin ilerlemesi, sağlık bakım sisteminde değişikliklerin yapılması sonucunda hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya yapılacak tedavi ve bakıma karar verme aşamasında hastaya karşı hasta savunuculuğu ve bakım verici rollerini yerine getirme yükümlülüğü vardır. Ülkemiz literatüründe yoğun bakım birimlerinde yararsız tedaviye yönelik az sayıda çalışma (Akpınar ve Senses 2009; Özden ve ark. 2012) olmasına karşın yaşlı bireylere yönelik yararsız uygulamalar konusunda hemşirelerin görüşü incelenmemiştir. Sağlık profesyonelleri içinde hemşireler bakım verme rolleri nedeniyle bu hastalarla en fazla zaman geçiren gruptur. Bu nedenle hastalara uygulanacak tedaviler sırasında tedavinin 'tıbbi olarak yararsızdır' kararının verilmesinde ve uygulanmasında hemşirelerin görüşlerinin alınması gereklidir. Ancak hemşirelerin bu yöndeki görüşleri bilinmemektedir. Bu araştırma sonuçlarının hemşirelerin yaşadıkları etik ikilemlerle baş etmeleri konusunda yapılacak planlama ve çalışmalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Hemşirelerin bağımlı rollerinden birisi hekimin istem ettiği tedaviyi uygulama sorumluluğudur. Yoğun bakım ortamlarında yararsız tedavi olarak değerlendirilen tedavilerin sürdürülmesinde hemşirelerin sıklıkla etik ikilem yaşadıkları ancak yaşadıkları bu etik ikilemi rahatlıkla dile getiremedikleri düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma, yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin tıbbi olarak etkisiz girişimlere ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin tıbbi olarak etkisiz girişimlere ilişkin görüşlerini incelemek amacı ile tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesi'nin nöroloji, beyin cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, dâhiliye, koroner ve kardiyoloji ve anestezi yoğun bakım birimlerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, 15 Mart 2015-15 Mayıs 2015 tarihleri arasında bir hastanenin nöroloji (n:26), beyin cerrahisi (n:13), kalp ve damar cerrahisi (n:16), dâhiliye (n:16) koroner ve kardiyoloji (n:12) ve anestezi (n:40) yoğun bakım birimlerinde görev yapan toplam 123 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, araştırmaya gönüllü olarak katılan 75 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Örneklemin büyüklüğü istatistiksel olarak güç analizi (power analysis) ile belirlenmiştir. Güç analizi sonuçlarına göre uygulama gruplarının grup içi analizinde çalışmanın gücü %90 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın belirtilen hastanede ve belirtilen birimlerde yapılabilmesi için bilimsel etik kuruldan izin alınmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından bilimsel literatür doğrultusunda hazırlanan (Özden ve arkadaşları, 2012; Akpınar ve Ersoy, 2012; Huynh 2013, Neville 2015) iki bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formunun I. bölümünde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 9 soru ve II. bölümünde ise yoğun bakım birimlerinde yaşlı hastalara yararsız tedavi ve uygulamalar yapılmasına ve bu konudaki hemşire görüşlerine ilişkin 10 soru yer almaktadır. Anket formu uygulanan hemşirelere araştırmanın içeriği ile ilgili bilgi verildikten sonra, hemşirelerin etik kurallara uygun bir şekilde yazılı onamları alınmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri Statistical Package of Social Science (SPSS) 16.0 programında yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizlerinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma hesaplanmış, sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA**Tablo 1.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri

Çalışılan Birim	Sayı	%
Nöroloji	6	8.0
Kalp Damar Cerrahi	18	24.0
Dahiliye	5	6.7
Koroner-Kardiyoloji	5	6.7
Anestezi	41	54.7
Hemşirelerin yaş ortalamaları 25.63 ± 3.85'dir.		
Cinsiyet		
Kadın	63	84.0
Erkek	12	16.0
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	26	34.7
Lisans	43	57.3
Lisansüstü	6	8.0
Hemşirelerin toplam hizmet süreleri ortalaması 4.32 ± 2.75'dir.		
Hemşirelerin yoğun bakım hizmet süreleri ortalaması 2.85 ± 2.01'dir.		
Çalışma Şekli		
Vardiya	40	53.3
Nöbet	24	32.0
Sadece Gündüz	7	9.3
Sadece Gece	4	5.3
Bir hemşirenin bakım verdiği ortalama hasta sayısı 3.23 ± 0.65'dir.		
Ailede Yaşlı Birey Varlığı		
Evet	21	28.0
Hayır	54	72.0
Toplam	75	100

Hemşirelerin %54.7'sinin anestezi yoğun bakım servisinde çalıştığı, araştırma grubunun yaş ortalamasının 25.63 ± 3.85 yıl olduğu, saptanmıştır (Tablo 1). Hemşirelerin %84'ünün kadın olduğu, %57.3'ünün lisans mezunu olduğu ve toplam hizmet süresi ortalamasının 4.32 ± 2.75 yıl, yoğun bakım toplam hizmet süresi ortalamalarının 2.85 ± 2.01 yıl olduğu, saptanmıştır (Tablo 1). Hemşirelerin %53.3'ünün vardiya usulü çalıştığı, %72'sinin ailesinde yaşlı birey bulunmadığı ve bakım verdikleri hasta sayısının ortalama 3.23 ± 0.65 olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Birimlerinde Yaşlı Hastalara Yararsız Tedavi Ve Uygulamalar Yapılmasına İlişkin Görüşleri

Yararsız Tedavi Tanımı	Sayı	%
Zararı yararından fazla olan tedavi	37	49.3
Tedavisi olmayan hastalıklarda destek tedavi	9	12.0
Beyin ölümü gerçekleşen hastalara yapılan tedaviler	18	24.0
Terminal dönem hastalarına uygulan tedaviler	11	14.7
Yararsız tedavi uygulama durumu		
Uygulayan	58	77.3
Uygulamayan	17	22.7
Hastalara Uygulanan Tedavilerin Yararsız Olduğunu Düşündüren Nedenler		
Tedavilerin beklentilere cevap verme olasılığının olmaması	29	38.7
Yaşam kalitesine herhangi bir yarar sağlamaması	9	12.0
Hastanın yaşam süresini uzatması	7	9.3
Bireyin ağrı ve acı çekme süresinin uzaması	25	33.3
Diğer	5	6.7
Yararsız Tedaviye Karar veren		
Doktor	49	65.3
Sağlık Ekibi	12	16.0
Yaşlı Bireyin Kendisi	5	6.7
Yaşlı Bireyin Ailesi	9	12.0
Yararsız Tedaviye Karar vermesi gereken		
Doktor	22	29.3
Sağlık Ekibi	31	41.4
Yaşlı Bireyin Kendisi	10	13.3
Yaşlı Bireyin Ailesi	12	16.0
Yararsız tedaviyi sürdürme nedenleri		
Doktor istemi	47	62.7
Kişisel değerler	8	10.6
Yaşlı bireyin ve ailesinin isteği	6	8.0
Dini inançlar	4	5.4
Hastaya bir şans tanımak	8	10.6
Bir mucize olacağına inanmak	2	2.7
Yararsız tedavi yapılmasını uygun bulma		
Yapılmasını uygun buluyorum	24	32.0
Yapılmasını uygun bulmuyorum	51	68.0
Yararsız tedavi uygulamalarında hemşirelerin etik ikilem yaşama durumları		
Yaşayan	48	64.0
Yaşamayan	27	36.0
Toplam	75	100

Hemşirelerin çoğu (%49.3) yararsız tedaviyi 'zararı yararından fazla olan tedavi' olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin %77.3'ünün yararsız tedavi uyguladıkları saptanmıştır. Yaşlı hastalara uygulanan tedavilerin yararsız olduğunu düşündüren nedenleri; hemşirelerin %38.7'si "tedavilerin beklentilere cevap verme olasılığının olmaması", %33.3'ü ise "bireyin ağrı acı çekmesine ya da sıkıntı çekme süresinin uzaması" şeklinde belirtmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelerin %65.3'ü yararsız tedavi uygulamasına doktorun karar verdiğini, %41.4'ü yararsız tedavi uygulamasına sağlık ekibinin karar vermesi gerektiğini, %62.7'si doktor istemi olduğu için yararsız tedaviyi sürdürdüklerini, %68'i yararsız tedavi uygulamasını uygun bulmadıklarını, %64'ü yararsız tedavi uygulamaları sırasında etik ikilem yaşadıklarını ve etik ikilem yaşayan hemşirelerin (n=48) %70,8'i yaşadıkları etik ikilemi çözemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2). Yararsız tedavinin genel bir tanımı olmamasına rağmen hemşireler sıklıkla bu durumla karşılaşmaktadır.

Amerikan Toraks Derneği, yararsız tedaviyi anlamlı bir sağ kalımla sonlanma olasılığı çok düşük olan (highly unlikely) tedaviyi, tıbbi olarak yararsız (medically futile) olarak tanımlamaktadır. Yoğun Bakım Tıbbi Derneği (Society for Critical Care Medicine) ise uygulanan girişimin tıbbi olarak yararsız olduğu kanısına varılmadan önce, hedeflenen amacı yerine getirmede başarısız olunacağından emin olunması koşulunu öne sürmektedir (Acar 2016).

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde yararsız tedavi uygulamalarına yönelik yasal bir politikamız olmamakla birlikte Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin yaşamın sonuyla ilgili düzenlediği bir bildirge mevcuttur. Bildirgeye göre hastanın mevcut durumunu düzeltme şansı olmayan ve fizyolojik bir yarar sağlamayan; tam tersine hastanın ağrı ve acı çekmesine, sıkıntı yaşamasına neden olan durumlarda tedavi ve uygulamaların yapılmamasının etik olarak savunulabilir olduğunu belirtmektedir (Türk Tabipleri Birliği 2008).

Yararsız tedavi kavramını araştırmamıza katılan hemşirelerin yarısı "zararı yararından fazla olan tedavi", dördte biri ise "beyin ölümü gerçekleşmiş hastalara yapılan tedavi ve uygulamalar" olarak tanımlamışlardır (Tablo 2). Çalışmamıza katılan hemşirelerin hiç biri bu soruyu cevapsız bırakmamışlardır.

Özden ve arkadaşları (2012)'nin yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %35'inin yararsız tedavi ve uygulama tanımını yapamadıkları bulunmuştur. Özden'nin çalışmasının çalışmamızdan daha eski tarihli olması günümüzde hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamalar konusundaki farkındalığının arttığını düşündürmektedir. Ayrıca Susana ve Huckabay (2004) ile Carvalho ve Lunardi (2009) araştırmalarına göre yararsız uygulamalar hemşireler tarafından "hastaların acı ve ağrı sürecini uzatan tedaviler" olarak tanımlanmıştır.

Araştırmamızda yararsız tedavi uygulayan hemşirelerin oranı (%77.3) diğer ülkelerde yürütülen araştırma sonuçlarına (% 85.4- %95) benzer şekilde yüksektir (Palda ve ark. 2005; Sibbald ve ark 2007 ; Piers ve ark. 2011; Kadooka ve ark.2014).

Piers ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin %25'inin ve hekimlerin %32'sinin yararsız tedavi uyguladıkları saptanmıştır. Kadooka ve

arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hemşirelerin %85.4'ünün yararsız tedavi uyguladıkları rapor edilmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %87'si, hemşirelerin %95'i bir yıllık süreçte en az bir kez yararsız tedavi uyguladıklarını belirtmişlerdir (Sibbald ve ark. 2007).

Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların, özellikle yaşlıların durumlarının karmaşık ve değişken olması, ölüm ve yaşamın devam ettirilmesinin belirsizliği nedeniyle hemşireler arasında, ölümle yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği nedeniyle yaşlılarda yararsız tedaviyi uygulayıp uygulamama konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır (Vincent 1999). Bununda birlikte resüsitasyon, yaşam desteğini başlatma ve sürdürme, sınırlı kaynakların adil dağıtımı, ötenazi, yararsızlık gibi konularda etik ikilemler sıkça yaşanmaktadır (Palda ve ark. 2005, Neville ve ark. 2015). Çalışmamızda hemşirelerin %77.3'ü yoğun bakım ünitesindeki yaşlı bireylere yararsız tedavi uyguladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Palda ve arkadaşları (2005)'nin Kanada'da yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %95'inin yetişkin bireylere yararsız tedavi uyguladıkları belirlenmiştir (Palda ve ark. 2005). Palda ve arkadaşlarının çalışma sonucu ile karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki hasta grubunun yaşlı olması nedeniyle yararsız tedavi uygulama oranının azaldığı düşünülmektedir. Nitekim literatürde yararsız tedavi kullanımının yaş ile birlikte arttığı saptanmıştır (Uzuncu ve ark. 2013; Palda ve ark. 2005).

Çalışmamızda hemşirelere, yaşlı hastalara uygulanan tedavilerin yararsız olduğunu düşündüren nedenler sorulduğunda; "tedavilerin beklentilere cevap verme olasılığının olmaması", "bireyin ağrı, acı ya da sıkıntı çekme süresinin uzaması" ve "yaşam kalitesine çok az yarar sağlaması" şeklinde ifade etmişlerdir (Tablo 2). Nitekim, literatürde (Vincent 1999, Özden ve ark. 2012)'de belirtildiği gibi yoğun bakım hemşireleri yararsız tedavi uygulamalarının hastalarda ağrı ve acıya neden olduğunu düşünmektedirler. Bu durum zarar vermeme ve yararlılık etik ilkelerine (Mobley ve ark. 2007), hemşirelerin temel sorumluluklarından olan sağlığı iyileştirmek, acıları (ızdırabı) hafifletmek ve dindirme (International Council of Nurses, 2012) sorumlulukları ile ters düşmektedir.

Yararsız tedavi sürecinde doktorlar temel karar mercileridir (Sibbald ve ark. 2007). Çalışmamızda yararsız tedavi uygulanmasına çoğunlukla (%65.3) hekimlerin karar verdiği saptanmıştır (Tablo 2). Kanada'da yapılan bir çalışmada da yararsız tedavi uygulamalarının çoğunlukla (%84) hekim isteminde olduğu belirtilmiştir (Palda ve ark. 2005). Yine ülkemizde yapılan çalışmalarda da yararsız tedavi uygulamalarının hekim istemi ile uygulandığı belirtilmektedir (Özden ve ark. 2012, Akpınar ve Ersoy 2012, Uzuncu ve ark. 2013). Çalışma sonuçları hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin kararlarının yararsız tedavi uygulamalarında dikkate alınmadığını göstermektedir.

Ayrıca hemşirelerin %64'ünün yararsız tedavi uygulamaları sırasında etik ikilem yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 2). Ayrıca hemşirelerin %70,8'i yaşadıkları etik ikilemleri çözemediklerini belirtmişlerdir. Özden ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada da, etik ikilem yaşayan hemşirelerin oranı ile yaşadıkları etik ikilemleri çözemeyen hemşirelerin oranı çalışmamıza benzerdir. Ayrıca yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin yararsız tedavi uygulamaları sırasında etik ikilem yaşadıklarını,

yaşadıklarını bu etik ikilem sorununu çözemedikleri ve bunun sonucunda da tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir (Meltzer ve Huckabay 2004, Mobley ve ark. 2007).

Hemşirelerin hekim istemindeki tedaviyi uygulama sorumluluğu vardır. Hemşirelerin karar verme sürecinde yer almadıkları yararsız tedavileri uygulayan sağlık mensubu olmalarından dolayı etik ikilem yaşadıkları düşünülmektedir. Yararsız tedavi uygulamaları sırasında hastaların acı ve ağrı çekmesi, yararsız tedavi uygulamaları kapsamında ulusal ya da uluslararası rehberlerin bulunmaması (Mobley ve ark. 2007) etik ikilem yaşamalarına neden olan bir diğer etken olduğu düşünülebilir.

Yararsız tedavi hastaya yarar sağlamayan tedavidir. Bu tedaviler yaşam boyu bakım sona erdiğinde uygulanan tedavilerdir. Diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda, ölmekte olan hastaların hukuki sorumlulukları başta olmak üzere diğer çeşitli nedenlerden dolayı doktorların hastalara yararsız tedavi uyguladıkları ve aktif tedavinin devam edip etmeyeceği konusunda hasta, aile ile doktor arasında uyuşmazlıkların olduğunu göstermektedir. Yararsız tedavi problemleri bir kavramdır. Hastalara yararı olmayan ve "rahat ölüm" sürecinde hastaların acı çekmesine neden olan bir süreçtir. Ayrıca bu tedavi süreci aileler ve profesyonel sağlık çalışanları açısından da stresli bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Yararsız tedavi sürecinde doktorlar temel karar mercileridir ve doktorlar bu kararları verirken genellikle kanun ve politikaların çerçevesinde karar verirler (Sibbald ve ark. 2007).

Yaşlı hastalara yararsız tedavi uygulanmasına kimin karar vermesi gerekir, sorusuna hemşireler sırasıyla; sağlık ekibi, doktor, yaşlı bireyin ailesi, yaşlı bireyin kendisi yanıtını vermişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğunun yaşlılara yararsız tedavi uygulama kararlarının sağlık ekibi tarafından verilmesi gerektiğini belirtmeleri kararda diğer sağlık disiplini üyeleri ile birlikte kendilerinin de yer almak istediklerini göstermektedir. Bu sonuç aynı zamanda hemşirelerin ekip kavramını içselleştirdikleri ve önemsediklerini göstermektedir. Hemşirelerin kararlarda söz hakkının olmaması hasta hakları savunucu rollerini yerine getirmeleri konusunda engel oluşturmaktadır.

Yararsız tedavi hastalara yararı olmayan ve "rahat ölüm" sürecinde hastaların acı çekmesine neden olan bir süreçtir. Ayrıca bu tedavi süreci aileler ve profesyonel sağlık çalışanları açısından da stresli bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Sibbald ve ark. 2007). Yaşlılarda yararsız tedavinin uygulanması konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır (Vincent 1999). Bu nedenle resüsitasyon, yaşam desteğini başlatma ve sürdürme, sınırlı kaynakların adil dağıtımı, ötenazi, yararsızlık gibi konularda etik ikilemler sıkça yaşanmaktadır (Palda ve ark. 2005, Neville ve ark. 2015).

Nitekim, çalışmamızda hemşirelerin %64'nün yararsız tedavi uygulamaları nedeniyle etik ikilem yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 2). Özden ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da, etik ikilem yaşayan hemşirelerin oranı çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kritik Bakım Hemşireleri Derneği (1991)'nin yaptığı anket çalışmasında hemşirelerin yaşadığı en zor sorunlardan birinin etik ikilem olduğu saptanmıştır (Susana ve Huckabay 2004).

ICN (2012) hemşirelerin temel sorumluluklarından ikisini sağlığı iyileştirmek ve acıları hafifletmek, dindirmek olarak tanımlamaktadır. Araştırma bulguları incelendiğinde; hemşirelerin yararsız tedavi uygulamalarında görüşlerinin alınmaması, kararında yer almadıkları ve onaylamadıkları tedavileri yasal nedenlerle uygulamak zorunda kalmalarının hemşirelerin etik ikilem yaşamalarına neden olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda, hemşirelerin çoğunluğu (%70,8) yaşadıkları etik ikilemleri çözemediklerini belirtmişlerdir. Özden ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ise yaşadıkları etik ikilemleri çözemeyen hemşirelerin oranı (%92,5) araştırmamızdan daha yüksektir. Her iki araştırmada da etik ikilem yaşayan hemşirelerin oranının yüksek olması etik karar verme konusunda yetersiz olmaları, yasa ve yönetmeliklerden kaynaklanan yetki sınırlılıklarına bağlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi uyguladıkları ve yararsız tedaviyi "Zararı yararından fazla olan tedavi" olarak tanımladıkları saptanmıştır. Hemşireler yararsız tedavi uygulamalarının kararının sağlık ekibi tarafından verilmesi gerektiği görüşündedirler. Bu sonuç bize, hemşirelerin bu süreçte söz sahibi olmalarının uygulanan yararsız tedavi sırasında etik ikilem yaşama durumlarını azaltabileceğini düşündürdü. Hemşireler yararsız tedavi uygulamaları sırasında yaşadıkları etik ikilem sorununu çözemediklerini de belirtmişlerdir. Hemşirelerin etik ikilem yaşama nedenlerini ayrıntılı bir şekilde inceleyen çalışmaların yapılması ve çözüm yolları konusunda eğitimlerin verilmesi önerilmektedir. Ayrıca yaşlılara yararsız tedavi uygulanması konusunda ulusal ya da uluslararası rehberlerin oluşturulması hemşirelerin etik ikilem yaşamamaları için çözüm olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar HV. Yararsız Tedavi. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2016; 3(2): 74-84.
- Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı?. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012; 27(1): 37-45.
- Akpınar A, Senses M, Er RA. Attitudesto end-of life Decisions in Pediatric Intensive Care. *Nursing Ethics* 2009; 16(1): 83-91.
- Carvalho KK, Lunardi VL. Therapeutic Futility as an Ethical Issue: Intensive Care Unit Nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009; 17(3): 308-313.
- Ersoy N. Etiğe Uygun Kanser Bakım Sistemi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009; 40(2): 102-7.
- Huynh TN, Klerup EC, Wiley JF & et al. The frequency and cost of futile treatment in critical care. *JAMA Intern Med.* 2013; 173(20): 1887-94.
- Kadooka Y, Asai A, Fukuyama M & et al. A Comparative Survey on Potentially Futile Treatments Between Japanese Nurses and Lay People. *Nursing Ethics* 2014; 21(1): 64-75.
- 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.

- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL & et al. The Relationship Between Moral Distress and Perception of Futile Care in the Critical Care Unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23: 256-63.
- Neville TH, Wiley JF, Yamamoto MC & et al. Concordance of Nurses And Physicians On Whether Critical Care Patients Are Receiving Futile Treatment. *American Journal of Critical Care* 2015; 24(5): 403-410.
- Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H & et al. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012; 1: 1-10.
- Palda VA, Bowmna KW, Mclean RF & et al. "Futile" Care: Do We Provide It? Why? a Semi Structured, Canada-Widesurvey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care*. 2005; 20: 207-213.
- Piers RD, Azoulay E, Kanz FD & et al. Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *JAMA* 2011; 36(24): 2694-2703.
- Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "Futile Care" Among Care Givers in intensive Care Units. *Canadian Medical Association Journal*. 2007; 177(10): 1201-1208.
- Susana L, Huckabay ML. Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care* 2004; 13(3): 202-7.
- The International Council of Nurses, Revised 2012, Code of Ethics for Nurses, Erişim:05.05.2017
- TÜİK. Sağlık Araştırması. Ankara:Bilgi Yayıncılık; 2012.
- Türk Tabipleri Birliği. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları. Ankara:Türk Tabipler Birliği yayınları; 2008.
- Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanseri Terminal Dönem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2013; 35: 143-151.
- Vincent JL. Withdrawing May Be Preferable to Withholding. *Critical Care Medicine* 2005; 9(3): 226-229.
- William JR. (2005) Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Kitabı. Çeviren: Civaner M. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2006.