

# Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular

Ferda Öner Erkeköl, Numan Numanöğlu, Özlem Ural Gürkan, Akın Kaya

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Ankara

### ÖZET

Son 50 yıl içerisinde teknolojideki hızlı ilerleme ve farmakolojideki çarpıcı gelişmeler daha önceleri imkansız olarak düşünülen tıbbi desteğın sağlanmasını mümkün hale getirmiştir. Ancak bu olanakların ne zaman ve ne şekilde kullanılacağı konusundaki etik yaklaşımlar tam olarak netleştirilmemiştir. Özellikle mali kaynakların sağlık politikalarını etkilediğı gelişmekte olan ülkelerde bu konuda rehberlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu yazıda yoğun bakım ünitesine ilişkin etik konular tartışılacaktır.

**Anahtar sözcükler:** yoğun bakım, etik, otonomi, yaşam desteğı, tıbbi kaynakların paylaşımı

*Toraks Dergisi, 2002;3(3): 307-316*

### ABSTRACT

#### Ethical Issues Related to Intensive Care

Within the last 50 years, technological advances and pharmacological discoveries have been dramatic and now offer the ability to provide a level of medical care, previously thought to be impossible. Unfortunately, ethical decision-making as to when and how these advances should be used has not been discussed very well. Since there is an urgent need for national ethical guidelines especially in developing countries where financial problems affect health care policy, ethical issues related to intensive care are discussed in this paper.

**Key words:** intensive care, ethics, autonomy, life support, medical sources

Günümüzde modern etik belirli ilkeler üzerine kurulmuştur. Tıbbi etiğın en önemli ilkesi *yarar sağlamak* olmuştur; hastanın yaşamını idame ettirmek, hastalığı tedavi etmek ve ağrıyı ortadan kaldırmak gibi. Buna paralel bir ilke *zarar vermemedir*. Tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir diğer ilke ise *otonomi*dir. Otonomi, hastanın kendi tıbbi bakımı konusunda daha fazla söz sahibi olma hakkıdır. Bununla ilişkili bir nokta da *bilgilendirilmiş onay* kavramıdır. Bilgilendirilmiş onay, hukuki açıdan ehil (kooperasyonu ve oriyantasyonu tam olan ve karar vermesini engelleyecek bilinçsel bir engeli olmayan) hastalara veya hasta yakınlarına tıbbi karar vermede yararlı olacak tam ve doğru bilgiyi sağlamak anlamında kullanılır. Bir diğer ilke de *sosyal adalet*dir. Sosyal adalet, tıbbi kaynakların tıbbi gereksinime göre adil paylaşımı anlamına gelir [1].

Sözü edilen ilkelerin yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hasta izleyen hekimler tarafından uygulanması diğer hekimlere göre daha zordur. Örneğın yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri, yoğun bakımda uygulanan tedavi amaçlı yöntemler invazifleştikçe çoğu zaman çatışır duruma gelir. Otonomi ilkesi, iletişim kuramayacak durumda olan, hastalığı ve tedavisi konusunda düşünceleri bilinmeyen yoğun bakım hastaları ile sıkça karşılaşılacağından uygulanması zor bir ilkedir. Bilgilendirilmiş onay ilkesinin de YBÜ'de uygulanması kolay değildir. Çünkü birçok durumda acil şartlar göz önüne alınarak bu ilke uygulanamayacaktır. Son olarak YBÜ'deki kısıtlı yer ve kapasite göz önüne alındığında tıbbi kaynakların en adil şekilde paylaşılması gerekir. Bu noktada belli bir grup hastada yaşam desteğının ne şekilde devam ettirileceğı konusu gündeme gelir ki bu da hasta hakları ve sosyal adalet ilkelerinin çatışmasına neden olur [1].

Yoğun bakım üniteleri özel merkezler olduğundan bu 5 ilkeyi buraya uyarlamak gerekebilir. Bu makale içerisinde YBÜ'de etik aşğıdaki başlıklar altında incelenecektir:

Yazılma adresi: Dr. Ferda Öner Erkeköl  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD,  
Cebeci/Ankara  
Tel: (0312) 362 30 30 / 6510  
e-posta: onerferda@hotmail.com

1. Tıbbi karar verme
2. Bilgilendirilmiş onay
3. Resüsitasyon
4. Beyin ölümü ve organ transplantasyonu
5. Yaşam desteğini kesmek veya başlamak
6. Tıbbi kaynakların adil paylaşımı

Konunun incelenmesi sırasında kullanılan veriler ne yazık ki diğer ülkelerin verileri olacaktır. Bunun nedeni yoğun bakım etiği konusunda ülkemizden bildirilen verinin olmasıdır. Bu sorunun en önemli nedenleri, yasalarımızda bu konunun tam olarak aydınlatılmamış (terminal hastalarda tedavi desteğinin kesilip kesilemeyeceği konusu gibi) veya bazı noktaların yasaklanmış (ötanazi kavramında olduğu gibi) olması ve konunun tartışmaya yeni açılmış bir konu olması olabilir.

### Tıbbi Karar Verme

Dünyada giderek yaygınlaşan bir görüş, tedavi ile ilgili kararlara hastanın katılımını sağlamaktır. Gelişmiş ülkelerde birçok karar hasta ve hekimin katılımı ile verilmektedir. Karar verme yetisi olan bir çok hasta hekimin önerilerini göz önüne alarak, tıbbi seçenekleri tartar ve hekimin teklifini kabul ya da reddeder.

Bu konudaki sorunlardan en önemlisi, toplumda hastaların tıbbi karar verme hakkına karşı oluşan eğilimin toplumun tıbbi konular hakkındaki bilgisinden daha hızlı artmasıdır. Örneğin karar verme isteğinde artışa rağmen hastaların şu konulardaki bilgileri oldukça azdır [2]:

- a. Teknik olanaklar (tedavi, yaşam kalitesi konularında),
- b. Kritik hastalık kavramı,
- c. Prognoz.

Bu noktada hasta-hekim ilişkisini tanımlayan 4 model belirlenmiştir [2,3].

**Paternal (Paternalistik) model:** Bu modelde hekim *gar diyan* olarak karakterize edilir. Hekim, hasta açısından en iyi olacağını düşündüğü karara varması için hastayı olağan şekilde bilgilendirir. Paternalistik model 'hekim en iyisini bilir' görüşünü benimser. Ciddi hastalığı olan hastaların bakımında hastaların iletişim kurmasından kaynaklanan zorluklar ve genellikle hekimlerin tercihi nedeniyle bu model baskındır.

**Bilgilendirici model:** Bu modelde hekim hastaya tıbbi konularda bilgi veren bir *teknik uzman* durumundadır. Hasta konu ile ilgili bilgi edinmiş ve kişisel değer ve tercihlerinin farkında olarak kararını verir ve hekim bu kararı uygular. Muhakkak ki birçok kritik durumdaki hastada bu model uygulanamaz.

**Yorumlamaya dayalı model:** Bu modelde hekim hastanın değerlerini anlayan ve bu değerlere uygun seçenekler için

hastaya yardımcı olmakla sorumlu bir *avukat* olarak tanımlanır. Hastaların isteklerinin anlaşılması en önemli son noktadır. Bu yöntem hekimin konuşmasından çok dinlemesini gerektirir ki bu yöntem de YBÜ hastaları için çok uygulanabilir bir yöntem değildir.

**Tartışmaya dayalı model:** 4 model içerisinde en interaktif olanıdır ve hekimi bir *öğretmen* olarak niteler. Doktorun durumu aktarması, hastanın değerlerini anlaması ve bu değerlere göre durumu tartışması esasına dayanır. Bu ilişki fikir alışverişi, tartışma, eleştiri ve çözüm içerir. Muhakkak ki bu model kullanımı en az olandır ve daha çok birinci basamak sağlık hizmetinde uygulanabilirliği olan bir modeldir.

Kolaylıkla anlaşılacağı gibi bu 4 model hasta hekim ilişkisindeki felsefenin ve dinamiklerin altını çizmektedir. Bu modellerin sadece prototip modeller olduğu ve değişken durumlara göre yorumlar yapılabileceği unutulmamalıdır. Örneğin [2];

1. Doktorların bu modellerden sadece birine dahil olma eğilimi vardır. Birçok hekim tutumunu hastaya ve onların özel durumlarına göre ayarladığından farklı modeller ortaya çıkmaktadır.
2. Hasta-hekim ilişkisi dinamiktir ve zaman içerisinde koşullara göre değişebilir. Yani aynı hasta için başlangıçtaki model, değişen koşullarda uygunluğunu kaybedebilir. Hasta ve hekim arasındaki 'tartışmaya dayalı model' akut durum değişikliğinde olayın ciddiyetine göre yerini 'paternalistik' modele bırakabilir.
3. Unutulmamalıdır ki doğru ve yanlış model diye bir şey yoktur.
4. YBÜ'de karar verme modelleri hasta-hekim ilişkisinin ötesinde olmalıdır ve çoğu zaman karar verme aşamasında yoğun bakım ekibinin üyeleri olan hemşire, solunum fizyoterapisti ve diğer sağlık çalışanlarının görüşlerinin de alınması gerektiği unutulmamalıdır.
5. Gerekli durumlarda aile üyeleri de hastanın yanı sıra karar verme aşamasına dahil edilebilir. Bu gerçek YBÜ'deki hasta hekim ilişkisi modellerine uygulanmalıdır.
6. Son olarak bu 4 modelden 3'ü karara katılmak istesin veya istemesin hastaya hastalığı ve bakımı konusunda tartışma olanağı vermektedir. Ancak YBÜ hastaları nadir olarak bilinçli ve tam olarak ilişki kurabilecek durumdadır. Bu nedenle bu 3 modelin daha çok YBÜ dışında kullanılmasının uygun olduğu unutulmamalıdır.

Yukarıda değinilen gibi hasta-hekim ilişkisinin belli aşamalarında ilişkiye dahil olan diğer gruplar mevcuttur. Bu gruplardan biri aile bireyleridir. Özellikle bilinçleri yerinde olmayan veya karar verme yeteneğine sahip olmayan hastalarda karar verme aşamasına hastanın ailesi dahil edilmelidir.

Tablo I. Hasta hakları yönetmeliği (Resmi gazete tarih: 01 08 1998)

**KANUNÇU BÖLÜM****Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı****Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma**

**Madde 13-** Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez.

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM****Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı****Genel Olarak Bilgi İsteme**

**Madde 15-** Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncalarını, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

**Bilgi Vermenin Usulü**

**Madde 18-** Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

**Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası**

**Madde 24-** Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272. ve 431. maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz. Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

**BESİNCİ BÖLÜM****Tedaviyi Reddetme ve Durdurma**

**Madde 25-** Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Aile bireylerinin en önemli rolü hastanın değer yargılarını ve daha önce belirttiği istekleri hekime iletme olacaktır. Ailelerin hastadan çok kendi isteklerini ortaya koydukları durumların olabileceği unutulmamalıdır. Doktor, eğer hasta tarafından daha önce belirlenmemiş ise, aileden kendilerini temsil edecek bir kişinin seçilmesini isteme hakkına sahiptir. Bu tip kişilerle çalışan hekimler tüm aile ile iletişimde olanlara göre daha çabuk kararlar alabilirler. İdeal hasta yakını hasta tarafından daha önce kendisi karar alamayacak durumda olduğunda karar vermek üzere seçilen kişidir [1].

Eğer hastanın yakını yoksa hekimin iki seçeneği vardır. Birincisi mahkemelerden hastanın otonomisini korumaya yönelik koruyucu kişilerin atanmasını istemektir. Bu durumun uygulanması zordur ve zaman kaybettirir ve genellikle bu kişiler kararları hekimin vermesini istemektedir. Alternatif olan ve daha sık kul-

lanılan yöntem, özellikle acil kararlar verilecek ise, hekimlerin hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı uygulamasıdır.

Eğer hekim karar verirken objektif olmadığını düşünürse kararlarını meslektaşları ile tartışmalı veya o hastanede varsa, etik komiteye sunmalıdır.

**Bilgilendirilmiş Onay**

Etiğin içerdiği otonomi ve açıklama yapma ilkesi *bilgilendirilmiş onay* kavramının içindedir. Bu, risk, yarar, alternatifler konusunda doğru ve tam olarak bilgilendirilmiş ve bu noktaları kavramış hukuki açıdan ehliyeti olan hastalar veya hasta yakınları tarafından hekimin önerilerinin gönüllü olarak kabul edilmesi anlamına gelmektedir [1].

Yoğun bakım üniteleri birçok acil girişimin yapıldığı yerdir ve hekimler acil kararlar almak zorundadırlar. Unutulma-

malıdır ki sıklıkla yalnız karar vermek için yeterli sürenin olduğu bu tip durumlarda bilgilendirilmiş onay ilkesine tam olarak uyulmaya çalışılırsa etiğin en önemli ilkesi olan yarar sağlama prensibi göz ardı edilmiş olur. Bu nedenle acil durumlarda karar bilgilendirmenin önüne geçebilir. Yaşamı tehdit edici durumlar dışında bilgilendirilmiş onay kavramını kesinlikle uyulmalıdır [1].

YBÜ'de sıkça uygulanan işlemler (santral yol açılması, entübasyon gibi), hasta yakınlarının izni olmaksızın, sağlık personelinin eğitmek amacıyla hastalar üzerinde öğretilemez. Her ne kadar aileler ve hastalar hastaneye kabulde eğitim hastanelerinin kurallarına uyacaklarını kabul etmiş olsalar da bu durum, hekimin eğitiminin işlemin nasıl yapılacağını öğrenmek olduğunu bilmedikleri için bağlayıcı değildir. Ayrıca, hastalar YBÜ'de oldukları için bedenlerini tıbbı vermiş olarak kabul edilemezler. Bu otopsi kararında olduğu gibi, yeni ölen hastalarda entübasyon eğitimi ve intravasküler yol açılması eğitimi gibi uygulamalarda da hasta yakınlarından izin alınması gerekliliği anlamına gelir [1].

TC Yasaları'nda da bilgilendirilmiş onay kavramı 1998 yılında yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"nde belirtilmiştir (Tablo I).

### Resüsitasyon

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) yaşam kurtarıcı bir tekniktir. KPR 1960 yılında Kouwehoven tarafından tanımlandıktan sonra yaygın olarak uygulanmaktadır ve bu tekniğin uygulanması ve geliştirilmesi konusunda birçok konferanslar düzenlenerek rehberler ortaya konulmuştur. Son 10 yıla kadar KPR'nin kullanımı o kadar kökleşmişti ki KPR her hastanın hakkı konumuna gelmişti. Birçok hastane her durumda KPR yapılması gerektiği görüşünü benimsemişti ve hekimlerin büyük çoğunluğu herkese KPR uygulama zorunluluğu hissetmekteydi [4].

Bununla birlikte günümüzde KPR ile ilişkili iki nokta etik olarak tartışılmaktadır. İlk olarak KPR'nin kronik hastalığı ve ek sağlık sorunu olan (ciddi pnömoni gibi) hastalarda başarısız olduğu görülmüştür. İkinci olarak hekimler terminal hastalığı olan hastalar başta olmak üzere bazı hastaların resüsite edilmek istemediği konusunun farkına varmışlardır. Bu konu hasta otonomisi açısından önemlidir. Sonuç olarak KPR politikaları yavaş yavaş genel bir görüş olmaktan çıkıp sağduyulu hale gelmektedir [4].

İlk noktaya dönecek olursak akılda tutulması gereken şudur ki; KPR'nin yararı arrestin gelişmesine neden olan patolojik duruma, hastanın özelliklerine, geçen zamana ve KPR tekniğine bağlıdır [4-7].

Bazı gruplarda, örneğin ileri yaşta, KPR'nin uygunluğu konusunda sorular vardır. Birçok yaşlının kendilerine sorulduğunda resüsite edilmek istemeyeceği düşünülmektedir [4].

Ayrıca yaşlı hastalar resüsite edildiğinde, sonuçlar genellikle başarılı değildir. Murphey ve arkadaşları [5], 70 yaş ve üzerinde kardiyak arrest gelişen hastalarda yaptıkları çalışmalarda 503 hastanın ancak 19'unun (%3.8) hastaneden ayrılabilmesini bildirmişlerdir. Bu görüşe paralel olarak, yapılan çalışmalarda DNR (Do not resuscitate; resüsite edilmesin) talimatı verilen hastalarda yaş faktörünün göz önüne alınmaya başlandığı görülmüştür [6].

KPR kararı verirken göz önüne alınması gereken bir diğer nokta da altta yatan hastalıktır. Landry ve arkadaşları [7] iki yıl süresince tıbbi veya cerrahi YBÜ'de, altta ciddi kronik hastalığı olan ve bunun üzerine akut olay gelişmesi sonucu arrest olan 114 hastayı (%25 malignite, %18 vasküler hastalıklar, %7 kronik karaciğer bozukluğu, %5 son evre böbrek yetmezliği, %5 KOAH, %40 diğer durumlar) geriye dönük olarak incelemişlerdir. Hastaların %44'ü ilk kez resüsite edilmesine rağmen sadece 6'sı (%5) düzelerek hastaneden ayrılabilmiştir. Ayrıca hastaneden ayrılmayı başaran 6 hastadan 4'ü 1 yıl içerisinde kaybedilmiştir, diğer ikisinin de ciddi sağlık sorunları devam etmektedir. Bu çalışma göstermiştir ki ciddi hastalığı olan hastaların çok azı YBÜ'de resüsite edilmesine rağmen hayatta kalmaktadır ve yaşayanların prognozu da kötüdür.

Yukarıda belirtilen nedenlerle KPR uygulanıp uygulanmayacağı sadece arrest gelişmesine göre değil, altta yatan hastalık ve hastanın bireysel olarak değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan tablo göz önüne alınarak gündeme getirilmelidir.

Bu noktada DNR talimatları gündeme gelmektedir. Aslında YBÜ'yü maksimum destekle birleştirdikleri için hekimler DNR talimatı vermeyi etik olsa bile mantık dışı bulabilir. Ancak günümüzde DNR talimatları YBÜ'lerde uygun gruplarda kullanılmaktadır. Bu gruplardan birincisini, YBÜ'ye monitörizasyon ve terapötik amaçla alınan, ancak KPR'den yarar görmeyecek hastalar oluşturur. Örneğin akut hemoptizi nedeni ile monitörizasyon ve yoğun bakım hemşire hizmetine ihtiyaç duyulan, ancak altta yatan kanser hastalığına bağlı kardiyopulmoner arrest olan vakalar. Diğer grubu ise, multi organ yetmezliği olan ve daha ileri bakımın sağkalımı anlamlı derecede etkilemeyeceği hastalar oluşturur [1].

KPR konusunda ikinci tartışılan noktanın hasta otonomisi olduğunu belirtmiştik. Günümüzde hekimlere KPR konusunda hasta veya hasta yakınlarından bilgilendirilmiş onay olarak otonomi ilkesine uygun davranmaları öğütlenmektedir. Her ne kadar bu yaklaşım uygunsuz da bunu kritik hastalık sürecinde gerçekleştirmek kolay değildir. Hastalar gerekli olduğunda resüsite edilmeme ihtimali ortaya konulduğunda kendilerini terk edilmiş hissedebileceğinden, hekimler resüsitasyon konusunun hasta ile tartışılmasında çekimser davranmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada DNR talimatı vermede hekim

**Tablo II. Organ doku nakli hizmetleri yönetmeliği (Resmi gazete, tarih: 01 06 2000)****Ek-1****Beyin Ölüm Kriterleri**

Tanım: Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır.

İrreversibl komanın temel bulguları:

- I. Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması,
  - a. Primer hipotermi,
  - b. Hipovolemik ya da hipotansif şok,
  - c. Geriye dönüşüm sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğer sedatifler, depresan ve narkotik ilaçlar) ile metabolik ve endokrin bozukluklar.
- II. Bilincin tam kaybı,
- III. Spontan hareketin bulunmaması. Aşağıda bulunan durumlar beyin ölümü tanısını ekarte ettirmez.
  - a. Derin tendon reflekslerinin alınması,
  - b. Yüzeysel reflekslerin alınması,
  - c. Babinski refleksi alınması,
  - d. Solunum benzeri hareketler alınması (omuz elevasyon ve adduksiyonu, önemli tidal volüm değişikliği olmaksızın interkostal genişleme),
  - e. Patolojik fleksiyon ve ekstansiyon cevabı dışındaki spontan ekstremite hareketleri.
- IV. Ağrılı uyaranlara serebral-motor cevap alınmaması,
- V. Spontan solunum bulunmaması,
- VI. Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması,
  - a. Beyin ölümünde pupiller parlak ışığa yanıtız ve dilatedir (4-9 mm),
  - b. Kornea refleksi yokluğu,
  - c. Vestibulo-oküler refleks yokluğu,
  - d. Okülosefalik refleks yokluğu,
  - e. Faringeal ve trakeal reflekslerin yokluğu.
- VII. Apne testi:

Apne testi uygulanabilmesi için, Arterial pO<sub>2</sub> ve pCO<sub>2</sub> değerleri normal olmalıdır (pCO<sub>2</sub> 40 mmHg ve üzerinde). Bu koşullarda hasta 10-30 dakika süre ile %100 oksijen ile ventile edilerek arteriyel oksijen basıncının 200 mmHg üzerinde olması sağlanmalıdır. Bu koşullar sağlandıktan sonra hasta mekanik solunum desteğinden ayrılarak trakea içerisine en az 8-10 dakika süre ile 6 lt/dakikada oksijen uygulanmalıdır. Bu uygulamalara rağmen spontan solunuma yoksa, apne veya kan gazlarında pCO<sub>2</sub> basıncı 60 mmHg veya üzerinde ise spontan solunuma hareketi yoksa apne testi pozitifdir.

**Beyin ölümü tanısı konan hastalarda**

\* Daha önce tanısı konulmuş bir nedenle hasta irreversibl koma tablosuna girmişse en az 12 saat, etyolojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir.

\* Klinik beyin ölümü tanısı almış hastalarda, hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümü teyid edilmelidir.

açısından en büyük kısıtlamanın, hasta ile iletişiminin yetersizliğinden kaynaklandığı ortaya konulmuştur [8].

Bedell ve arkadaşlarının çalışmasında KPR uygulanan hastaların ancak %19'unda hasta ve hekimin bu konuyu konuştuğu, %33'ünde aileye danışıldığı görülmüştür [9]. Benzer şekilde DNR talimatlarının %77-86 oranında hasta yakınları ile konuşularak alındığı, bu oranın hasta ile konuşmada %14-22 olduğu gösterilmiştir [10, 11].

Tıbbi sorumluluğu nedeni ile hasta ve/veya hasta yakınları ile KPR konusunu konuşan kişi hekim olmalıdır. YBÜ ekibinin önemli üyeleri olarak ve genellikle ölüm anında hastanın yanında ilk bulunan kişi olmaları nedeni ile YBÜ hemşirelerinin bu konu hakkında görüşü alınmalıdır ve hemşireler

hasta ve hasta yakınları ile bu konu konuşulurken hazır bulunmalıdırlar [1].

Eliasson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, YBÜ hekim ve hemşirelerinin hastalara DNR talimatı verme zamanlamasının birbirine yakın olduğunu, ancak DNR talimatı verip vermeme konusunda hemşire ve hekim arasında uyumsuzluk varsa, bu noktada hemşirelere göre hekimlerin daha fazla DNR talimatı verme taraftarı olduğu görülmüştür [12].

Yaşam desteğinin devam ettirilmesi veya kesilmesi, eğer hekim ve hemşireler DNR talimatının yazılması konusunda konuşmuş ve bu karar tıbbi kayıtlara geçmişse kolaylaşır, çünkü birçok hekim DNR kararını bir dönüm noktası olarak görmektedir [13].

**Tablo III. Beyin ölümü tanısında kullanılabilen testler**

Elektroensefalogram
Serebral anjiyografi
Radyonüklid anjiyografi
<sup>123</sup> I-IMP ve Tc-99mHMPAO
Xenon BT
Beyin sapı uyarılmış yanıtı (somatik, görsel, işitsel)
P-31 MR, PET
Doppler sonografi
İntrakraniyal basınç monitörizasyonu
Beynin endokrin fonksiyonlarının belirlenmesi
<sup>123</sup> I-IMP, N-isopropyl- ( <sup>123</sup> I) p-iodoamfetamin; Tc-99mHMPAO, teknesyum-99m hegzametil-propilamin oksim; BT, bilgisayarlı tomografi; MR, manyetik rezonans görüntüleme; PET, pozitron emisyon tomografi

### BEYİN ÖLÜMÜ VE ORGAN NAKLİ

Ölüm ilk olarak "hayat, vital sıvıların akması ile mümkündür" ilkesine dayanarak, kardiyopulmoner fonksiyonların kaybolması olarak tanımlanmıştır. Ancak KPR tekniklerinin ve resüsitasyon sonrası yaşam desteğinin gelişmesi bu geleneksel tanımları zedelemiştir. Aynı zamanda organ transplantasyonunun gelişmesi ölümün yeniden tanımlanması gereksinimini doğurmuştur [14].

Beyin ölümünün tanımlanmasının önemi, 1967'de Cape Town'daki Groote Schuur Hastanesi'nde Dr. Christian Barnard başarı ile kalp naklini gerçekleştirdiğinde açıkça ortaya çıkmıştır. Bu işlem 1954'te uygulanan yaşayan hastadan alınan böbrek veya 1960'larda ortaya konulan kadavra böbrek naklinden çok farklıdır, çünkü bu kez verici, kalbi atan bir beyin ölümü olgusudur [14].

Beyin ölümünün formal olarak saptanması genellikle iki grup hasta için önemlidir. İlk grubu yaşam desteği kesilecek hastalar oluşturur. İkinci grup ise organ nakli verici aday olan hastalardır. Beyin ölümü tayini için ailenin onayı gerekli değildir, çünkü bu tıbbi bir konudur. Ancak, organ alımı için izin gereklidir.

Beyin ölümü ile ilgili ilk ortaya konulan ölçütler 1967'de Harvard'da belirlenen ölçütlerdir [15].

Bu ölçütü diğerleri izlemiştir ve günümüzde beyin ölümü ile ilgili ulusal ölçütler belirlenmiştir. Bu ölçütler klinik olarak beyin ölümünün tanımlanması konusunda birbirine çok yakınken, beyin ölümünün belirlenmesinde kullanılabilen testler açısından farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde beyin ölümü tanısı konulması aşamasında hiçbir test kullanılmazken, bazılarında sadece testlerin pozitifliği, bazılarında ise hem klinik uyumluluk hem de testlerin pozitifliği gerekmektedir [16].

Bütün bu gelişmelerin sonucunda bu gün ölüm, total veya geri dönüşsüz olarak kardiyopulmoner fonksiyonların veya beyin fonksiyonlarının kaybı olarak tanımlanmaktadır. Beyin

fonksiyonları kaybı açısından tam olarak ölümün tanımlanması, komanın gösterilmesi (serebral hemisfer fonksiyon kaybını tanımlar) ve korneal, okülovestibüler, orofarengeal reflekslerin kaybının (beyin sapı fonksiyonlarının kaybını gösterir) belgelenmesini gerektirir. Beyin ölümü tanımlanmasında en son aşama apne testidir. Bu entübe hastaya %100 oksijen verme ve respiratuar kas eforu açısından gözleme esasına dayanır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği'nde beyin ölümü ölçütleri açık olarak tanımlanmıştır (Tablo II).

Beyin ölümü tanısının öykü, fizik muayene (yukarıda tanımlanan şartların sağlanması halinde) ve apne testi ile klinik olarak konulması oldukça doğru sonuçlar vermektedir. Flowers ve arkadaşlarının çalışmasında doğruluk yüzdesi %100 olarak belirtilmiştir [17].

Ülkemizde klinik olarak beyin ölümü tanısı konulduktan sonra tanının laboratuvar testleri ile desteklenmesi gerekmektedir. Beyin ölümünün desteklenmesi için kullanılabilen laboratuvar incelemeleri Tablo III'te belirtilmiştir [14].

Hastada beyin ölümü kararı verildiğinde, eğer hasta yakınları bu işlem için daha önceden hazırlanmış, hastanın ölmüş olabileceğini kabullenmiş ve yaşam desteğinin kesilmesini kabul etmişse ve hasta organ nakli verici adayı değilse mekanik ventilatöre tekrar bağlanması gerekli değildir. Alternatif olarak eğer hastanın solunum çabası varsa, apne testi sonucuna rağmen yaşam desteği kesilmesi konusu netleştirilmemişse hasta mekanik ventilatöre tekrar bağlanmalıdır. Mekanik ventilasyon geçici olarak, hasta yakınları saptanan beyin ölümünü kabul edene kadar sürdürülmelidir [2].

### YAFIAM DESTEĞİNİN KESMEK VEYA VERMEMEK

Tıpta ve buna paralel olarak YBÜ'de uygulanan tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi daha önceleri ölümlü sonuçlanacak durumlarda yaşam süresini uzatmayı mümkün hale getirmiştir. Bu nedenle günümüzde terminal ve irreversibl hastalığı olan hastalarda "yaşam desteğinin verilmemesi veya kesilmesi (withholding or withdrawal of life support)" kavramı çoğu zaman gerekli ve kabul edilebilir hale gelmiştir. Hastaya verilmekte olan yaşamı destekleyici tedavinin kesilmesi 'withdrawing of life support', destek tedavisine başlanmaması ise 'withholding of life support' olarak tanımlanmaktadır.

Aslında günümüzdeki gelişmiş tıbbi teknoloji ve tedavi imkanları göz önüne alındığında, birinin ölümü neredeyse ancak tedavinin kesilmesi veya uygulanmaması ile mümkün olmaktadır. Birçok çalışma bu gerçeği ortaya çıkartmıştır ve bu tip kararların uygulanmasının giderek arttığını ortaya koymuştur. Predergast ve Luce 1987'den 1988'e kadar yaşam desteğinin kesilmesi veya başlatılmamasının ölümlerin %51'ini oluşturduğunu, 1992-1993 yıllarında ise bu oranın %90'a kadar yükseldiğini ortaya koymuşlardır [18].

Yine başka bir çalışmada 1989 yılında Belçika'da terminal evredeki 258 hasta incelendiğinde vakaların %65'inde yaşam desteğinin kesildiği görülmüş. ABD'de YBÜ'lerde gerçekleşen ölümlerin 3/4'ünün terapötik kısıtlamalara bağlı olduğu ortaya konmuştur. Kanada'da Keenan ve arkadaşları bu oranı %70 olarak bildirmişlerdir. Görüldüğü gibi YBÜ'lerin bu yüzü artık kaçınılmaz hale gelmiştir [19].

Bu konuda tartışılması gereken ilk nokta tedavinin kesilmesi veya hiç başlatılmaması arasında etik açıdan fark olup olmadığıdır. Modern etikte böyle bir farkın olmadığı kabul edilmektedir. Her iki durumda da hekim o an tedavinin uygulanıp uygulanmadığından bağımsız olarak tedaviyi (örneğin mekanik ventilasyon) birkaç gün, birkaç saat, birkaç dakikalığına uygulayıp uygulamamaya karar vermektedir [19].

Her iki durum arasında etik açıdan farklılık olmadığı teoride kabul edilse de, uygulamada tedavinin kesilmesi tedaviye hiç başlanmamasına göre sıklıkla daha zordur. Bu sonuç 504 YBÜ hekiminin yanıtladığı bir ankette ortaya konulmuştur. Bu çalışmada katılımcıların %93'ü bazı durumlarda yaşam desteğini vermediğini söylerken, sadece %77'si bazı durumlarda tedavi desteğini kestiğini belirtmiştir [20]. Benzer şekilde Melltorp ve Nilstun İsveç'te hekimlerin %50'sinin yaşam desteğini kesmek ile yaşam desteği vermemek arasında fark olduğunu düşündüğünü göstermişlerdir [19].

Bir diğer önemli nokta karar aşamasında sağlık çalışanlarının dinsel inanışlarının, mesleklerinin, etnik kökenlerinin, sosyal statülerinin farklılık yaratabileceğidir. 'The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee' tarafından yapılan 600 kişinin katıldığı ankette her iki konu da ayrıntılı olarak irdelenmiştir. Sonuçlar, bazı rahatsızlıklara rağmen yoğun bakım çalışanlarının birçoğunun terminal evredeki hastalarda tedavinin kesilmesini veya başlatılmamasını desteklediğini göstermektedir. Çalışmaya katılanların çoğu tedaviyi kesmenin ve başlatmamanın benzer olduğunu söylemektedir. Ancak %43'ü tedaviyi başlatmamanın kesmekten daha kolay olduğunu, %26'sı ise tam tersini belirtmiştir. Bu da göstermektedir ki birçok hekim ve hemşire gerekli olduğunu düşündüğü halde tedaviyi kesmek konusunda zorluk çekmektedir. Bu çalışmada hemşirelere karşı hekimlerin, özel çalışan hekimlere karşı akademisyenlerin, daha fazla tedavinin kesilmesi veya verilmemesi taraftarı olduğu görülmüştür. Din, cinsiyet, medeni durum da bu kararı etkileyen durumlardır. Hasta ile ilgili hangi noktaların yaşam desteğini kesme veya yaşam desteği vermeme kararını etkileyebileceği irdelendiğinde görülmüştür ki karar konusunda en önemli noktalar hastanın yaşam kalitesi, sağkalım, hastalık tipi iken, maliyet ve daha önceki tıbbi öykü en az etkili noktalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da hekimlerin halen hastalarına toplum yararından daha çok önem verdiklerini göstermektedir [21].

Hekimler genellikle kendilerini, özel bir durum olan "katalitik bitkisel hayat" olan hastalara tedavi vermek zorunda hissetmektedir. Ancak yapılan çalışmalar bir grup hekimin bu tip durumlarda beslenme desteğinin kesilmesinin kabul edilebilir olduğu görüşünü benimsediğini göstermiştir. Bu görüş Amerika'da %89, İngiltere'de %65 ve Belçika'da %56 oranında kabul görünürken, Japonya'daki hekimlerin ancak %17'si böyle bir şeyi yapabileceğini belirtmiştir [19].

Bu aşamada belki de ölümün yeniden tanımlanması gereklidir. Yaşam terimi çevre ile hiçbir bağlantının olmadığı durumlarda kullanılabilir mi? Ölüm basit olarak kalbin durması mıdır? Örneğin multi organ yetmezliği olan, ancak tam olarak beyin ölümü ölçütlerine uymayan, bilinci kapalı bir hasta için ölüm gerçekleşmiş denilemez mi? Bazı hekimlerin kognitif yaşamın sona ermesinin beyin ölümü ile eşdeğer olduğu görüşünde olduğu bilinmektedir [19].

Yaşam desteğinin kesilmesi veya başlatılmaması kararının kimin tarafından alınacağı da irdelenmesi gereken bir ögedir. Bilgilendirilmiş onay doktrinine göre hastaların, eğer hukuki ehliyeti varsa bu konuda karar verme hakkı vardır. Yine bu konuda ailelerin de görüşü alınmalıdır.

Avrupa'da aileler ABD'dekilere göre yaşam desteği konusundaki karara daha az katılmaktadır. Asch ve arkadaşlarının 879 YBÜ hekimi üzerinde yaptıkları çalışmada, ABD'de bile hasta yakınlarının desteğinin kesilmesini istemelerine rağmen hekimlerin 1/3'ünün devam ettirdiği, %80'inin tek taraflı olarak eğer hasta ölümcül durumda ise desteği azalttığı ortaya çıkmıştır [20].

Tedavinin kesilmesi kararını kim vermeli sorusu hakkında toplumun, hekimlerin, hemşirelerin görüşünü araştıran bir araştırma Sjökvist ve arkadaşları tarafından İsveç'te yapılmıştır [22]. Bu çalışmada hekimlerin %61'inin hukuki açıdan onay veremeyecek durumdaki hastalarda mekanik ventilatör desteği konusunda kendilerinin son kararı verdiği belirtilirken, hukuki açıdan ehil olan hastalarda bu oranın %27'ye düştüğü ve %41'inin hasta ve hekimin birlikte karar vermesi gerektiğini savunduğu görülmüştür. Toplum ve hemşirelerin karar aşamasına hasta ve yakınlarının daha fazla oranda katılması gerektiğini savunmaları ilginçtir.

Sonuç olarak yaşama son verme kararı kişisel değer yargıları, inanç, kültür ve yasal zorluklarla komplikedir. Yoğun bakım çalışanları bu tip zorluklarla her gün karşılaşmaktadır ve bunlara hazırlıklı olmalıdır. Gelişmiş teknoloji yaşamı destekleyebilir, ancak bu aşamada yaşam kavramı yeniden tanımlanmalıdır. Bu önemli konuda hasta, hasta yakını ve diğer sağlık çalışanlarının görüşleri de alınmalıdır.

Bu konu ile ilişkili diğer önemli bir nokta ise ötanazi kavramıdır. Yaşam desteğinin kesilmesi ve ötanazi arasında fark olup olmadığı konusu halen tartışmalıdır. 'Bir hastayı mekanik ventilatörden ayırmak ile mekanik ventilatörde iken sedatif dozunu artırmak arasında etik açıdan fark var mıdır?' soru-

sunda olduğu gibi. Çünkü her iki durumda da hasta açısından sonnokta benzerdir. Ötanaziye karşı olan görüşlerin yanı sıra, yaşam desteğini kesmenin hasta açısından bakıldığında ötanaziye kıyasla daha acı verici olduğunu ve daha az etik olduğunu savunan gruplar da vardır [23]. Unutulmamalıdır ki bizim yasallarımızda terminal evredeki hastalara yaklaşım konusu (yaşam desteğinin kesilmesi veya yaşamı destekleyici tedavilerin başlanılmaması kavramları gibi) net olarak aydınlatılmamıştır. Ötanazi kavramı ise kesin olarak yasaklanmıştır (Tablo I).

## TIBB< KAYNAKLARIN AD<L PAYLAŞIMI

Yaşam desteğinin kesilmesi 20 yıl önce nadiren gündeme geliyordu. YBÜ'lerde çalışan birçok hekim terminal evrede hastalığı olan kişilerin tedavisinde agresif ve pahalı yöntemler kullanıyordu. Hekimler, hastaneler ve toplum sağlık hizmetlerinin hak olduğu görüşünü paylaşıyordu ve bu hastaların topluma maliyeti ile ilgili sorular nadiren gündeme geliyordu.

Ancak bugün, YBÜ'lerde uygulanan invazif yaklaşımların her zaman hastalığın sonucunu etkilemediği gösterilmiştir. Bütçe yetersizliği, hemşire ve sağlık personelinin azlığı, YBÜ yatak sayısının azlığı gibi nedenlerle bu ünitelerde çalışan doktorlar artan oranda hastada triaj yapmak zorunda kalmaktadır.

Triaj konusunda hangi noktaların önem kazandığını araştıran en kapsamlı araştırmalardan biri 'The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee' tarafından 600 kişiye uygulanmış bir anket çalışmasıdır [24]. Bu çalışmada az sayıda sağlık çalışanının kaynakların dağılımı konusunda yaşı bir etken olarak kabul ettiği görülmüştür. Çok büyük bir kısmı hastanın tercihlerinin ve iyileşme olasılığının en önemli noktalar olduğunu belirtirken çok azı hastanın sosyal açıdan önemine değeri vermektedir [24].

Yoğun bakım kaynaklarının adil paylaşımının birçok yolu vardır. Birincisi, görece stabil olmayan durumdaki hastaların yoğun bakım alanlarından normal hastane odalarına alınmasıdır, çünkü YBÜ yatakları bu tip hastalar için uygun değildir: örneğin göğüs ağrısı olan ancak akut koroner sendrom olduğu konusunda laboratuvar kanıtı olmayan hastalar. İkincisi, sınırda nefes darlığı olan hastaların erken dönemde YBÜ'den çıkartılarak yeni hastalara yer açılmasıdır. Her iki durumda da görüldüğü ki yapılması gereken şeylerden biri YBÜ'lere talebin azaltılmasıdır. Bu da, alternatif ortamların kurulması (ara bakım üniteleri), hasta ve hekimlerin yoğun bakımın yarar ve ana fikri konusunda eğitilmesi ile mümkün olur. Bir diğer çözüm yolu ise yaşam desteğinin kesilmesi konusunun daha sık gündeme getirilmesidir [1].

'The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee' bu tip durumlarda yapılacak triaj konusunda bir görüşbirliği raporu yayımlamıştır. Bu rapordaki bazı noktalar aşağıda belirtilmiştir [25].

## Genel ilkeler

Yaşam desteğinin kesilmesi veya verilmemesi konusunda rehberler geliştirilmelidir. Bu tip rehberler değişik durumlar için triaj konusunun nasıl uygulanacağını mümkün olduğunca net olarak açıklamalıdır.

Sağlık çalışanları, hastalar, politikacılar ve büyük ölçüde toplum birçok tedavinin -ki bunun içinde yaşam desteği sağlayan tedaviler de vardır- esirgenebileceğini anlamalıdır.

YBÜ politikası içinde hasta seçiminde öncelik konusu uygulanmalıdır. Öncelikler belirlenirken hizmet olanakları, hasta alınması ve çıkartılması ölçütleri ve kurumun triaj politikaları göz önüne alınmalıdır.

YBÜ'ler genel olarak "iyileşme olasılığı yüksek" hastalar içindir. Bunun bir istisnası organ verici aday olan gruptur. YBÜ'ler tanı ve tedavinin yarar sağlayacağı gruba hitap etmelidir.

Eğer YBÜ'ler yetersiz ve triaj olayı tam olarak çözemiyorsa diğer bölümlerde benzer düzeyde üniteler açılması için olanak sağlanmalıdır. Hastaneler YBÜ dışında izlenebilecek hastalar için yaşam desteği ve monitörizasyon gereksinimine yönelik çözümler bulmalıdır.

## Özgöl ilkeler [25]

Triaj yaparken en önemli nokta hastada sağkalım ve/veya fonksiyon açısından beklenen sonuçtur. Genel olarak iyi prognoza sahip hastalara öncelik tanınmalıdır. YBÜ'de kesin olmayan prognoz önemli bir sorun olduğundan yoğun bakım doktorları hastanın prognozu konusunda tahmin imkanı sağlayan ölçekleri kullanmalıdır. Aynı prognoza sahip hastalarda karar verirken ilk gelen hastaya öncelik tanınmalıdır.

Ayrıca YBÜ'ye alınan hastada YBÜ'ye alınmayana göre belirgin yarar sağlanması olasılığı gerekir. Çok kötü prognoza sahip olan veya YBÜ'den yarar sağlama şansı çok az olan hastalar YBÜ'ye alınmamalıdır. Aynı zamanda YBÜ'de olduğu kadar YBÜ dışında da iyileşme olasılığı olan hastalar da YBÜ'ye alınmamalıdır.

Triaj açık, haklı ve adil olmalıdır. Etnik köken, ırk, cinsiyet, sosyal değeri, cinsel tercih ve ekonomik durum triajda karar verme aşamasında asla göz önüne alınmamalıdır.

Triaj politikaları toplumun değeriğine uygun olmalıdır ve mümkünse hasta ve yakınlarının katılımı gerekir. Ancak triaj kararı hasta ve yakınlarının izni dahilinde olmak zorunda değildir.

Genel olarak YBÜ'de yatan ve tedavisi devam eden hastaların yükümlülüğü yeni hastaların yükümlülüğünden önce gelir. Ancak bazı durumlarda yeni bir hasta alınabilmesi için bir hastanın çıkartılması gerekir. Yeni bir hastanın alınması çıkartılan hastaya zarar verecekse, yeni hastanın alınması, ancak yeni hastaya ciddi yarar sağlayacak ve YBÜ'den çıkartılacak hasta kabul edilebilir düzeyde etkilenecekse mümkündür.



YBÜ'ye kabul, YBÜ'den çıkartılma ve YBÜ'ye kabul etmeme ölçütleri kesin olarak tanımlanmış olmalıdır. DNR talimatları olan hastaların da YBÜ'ye alınabileceği durumlar vardır ve doğrudan kabulleri reddedilmemeli ve doğrudan YBÜ'den çıkartılmamalıdır. Daha fazla YBÜ'de kalması yarar sağlamayacak hastalar YBÜ'den çıkartılabilir. Geri dönüşsüz hastalığa bağlı olarak ve yakında ölümü beklenen hastalar YBÜ'den çıkartılmalıdır.

YBÜ'den çıkartılabilecek terminal evredeki hastalar; (yatak uygun olsun veya olmasın) geri dönüşsüz beyin hasarı olanlar, geri dönüşsüz multi organ yetmezliği olanlar veya kemoterapi veya radyoterapiye yanıt vermeyen metastatik kanserli hastalardır.

YBÜ'den çıkartılması gereken hastalara, (yatak uygun olsun veya olmasın) beyin ölümü olanlar (organ vericisi değilse), bitkisel hayatta veya kesin bilinci kapalı olan hastalar örnek oluşturur.

Ancak ahlaki ve dinsel değerler göz önüne alındığında, tedavi gereksinimi toplum tarafından karşılanmıyor ve YBÜ'de kalmaları diğer hastaları engellemiyorsa bu hastalar YBÜ'de kalabilirler.

Hasta, hasta yakınları veya diğer kişiler hekimi inanmadığı tedavileri uygulamaya zorlayamaz.

Aynı görüşbirliği raporunda bu ilkelerin uygulanabilmesi için kurumlara ve kişilere düşen sorumluluklar da irdelenmiştir [25]. Aşağıda bu konunun özeti sunulmaktadır.

#### Kurumların sorumlulukları

Hastaneler triaj politikaları geliştirmekle sorumludur. Bu sorumluluk YBÜ komitesi tarafından yürütülür. Hastanenin idari yapısına bağlı olarak bu sorumluluk diğer komitelere ve kişilere verilebilir.

YBÜ'deki kompleks tıbbi, etik, yasal konular göz önüne alındığında YBÜ komitesi büyük ölçüde sağlık çalışanları ve diğer ilgili uzmanlardan oluşmalıdır. Gerekli olduğunda YBÜ komitesi hemşire ve diğer tıp çalışanlarının, hastane yönetimi, hastane etik komitesi ve yasal konuda bilgili kişilerin görüşüne başvurur.

YBÜ komitesi düzenli olarak, yoğun bakımdan gerektiğinden erken ayırma, morbidite ve mortalite ve uygun olmayan sonuçlara yol açmamak için, YBÜ'de izlenen hastalarla ilgili sonuçları gözden geçirmelidir.

Yani genel olarak YBÜ komitesi şu sorumluluklara sahiptir:

- Kapasitenin belirlenmesi
- "Ara bakım" üniteleri veya basamaklı "step-down" ünitelerin fonksiyon ve kapasitelerinin belirlenmesi
- Farklı YBÜ'ler arasındaki ve YBÜ'ler ile diğer üniteler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi
- Çok dolu olduğunda çevredeki hastanelerle ilişkiyi

sağlayacak bir programın yapılması

- YBÜ'ye kabul, çıkartma, bireysel hastaların triajı gibi konularda triaj sorumlusunun görevlerinin belirlenmesi.
- Kurum görevlilerinin triaj konusunda eğitimi

#### "Triaj sorumlusu"nun görevleri [25]

Hastanenin triaj politikasını uygulayacak bir kişiye gerek vardır. Triaj sorumlusu yoğun bakıma giren ve çıkan hastaları belirleyerek hastanenin bu konudaki politikalarının tam olarak uygulanmasından sorumludur.

Triaj sorumlusu deneyimli, güvenilir, sorumluluk sahibi bir hekim olmalıdır.

Bir hekim hem YBÜ hekimi hem de triaj sorumlusu olarak çalışırsa çelişkilerin doğması kaçınılmazdır. Bu nedenle her iki rolü de üstlenen hekimlerin bu çelişkilerin farkında olması gerekir. Eğer bu iki görevin farklı 2 kişiye verilmesi olanağı varsa sağlık kurumu bunu ayarlamalıdır.

Hastanenin triaj sorumluları tedavi edilen hastalar, tedaviler ve maliyet hakkında bilgiye sahip olmalıdır. Aynı zamanda değişik prognostik modeller ve bunların kullanımı ve kısıtlamalar hakkında da bilgileri olmalıdır.

Sonuç olarak triaj, sonuç tahmini, yararın irdelenmesi, hastaya ve sisteme getireceği yük, hasta ve sistem açısından sonucun değerlendirilmesi konularını içeren bir mantık içerisinde yapılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Luce JM. Ethical principles in critical care. JAMA 1990; 263: 696-700
2. Cook D. Patient autonomy versus paternalism. Crit Care Med 2001; 29(Suppl2): 24-25
3. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-26
4. McIntyre KM. Cardiopulmonary resuscitation in chronically ill patients in the intensive care unit. Arch Intern Med 1992; 152: 2181-83
5. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Champion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. Ann Intern Med 1989; 111: 199-205
6. Wenger NS, Pearson ML, Desmond KA, et al. Epidemiology of do-not-resuscitate orders. Disparity by age, diagnosis, gender, race, and functional impairment. Arch Intern Med 1996; 156: 2497-8
7. Laundry FJ, Parker JM, Phillips YY. Outcome of cardiopulmonary resuscitation in the intensive care setting. Arch Intern Med 1992; 152: 2305-08
8. Eliasson AH, Parker JM, Shorr AF, et al. Impediments to writing do-not-resuscitate orders. Arch Intern Med 1999; 159: 2213-8
9. Bedel SE, Delbanco TL. Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital. When do physicians talk with patients? N Engl J Med 1984; 310: 1089
10. Bedel SE, Pelle D, Maher PL, et al. Do not resuscitate orders for critically ill patients in the hospital. JAMA 1986; 256: 233
11. Jonsson PV, McNamee M, Champion EW. The do not resuscitate order. A profile of its changing use. Arch Intern Med 1988; 148: 2373
12. Eliasson AH, Howard RS, Torrington KG, et al. Do-not-resuscitate decisions in the medical ICU: comparing physician and nurse opinions. Chest 1997; 111: 1106-11
13. Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM, et al. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. JAMA 1986; 255: 351-6

14. Farrell MM, Levin DL. Brain death in the pediatric patient: Historical, sociological, medical, religious, cultural, legal and ethical considerations. *Crit Care Med* 1993; 21: 1951-65
15. A definition of irreversible coma; report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA* 1968; 205: 337
16. W. F. Haupt, Jobst Rudolf. European brain death codes: a comparison of national guidelines *J Neur* 1999; 246: 432-37
17. Flowers WM Jr, Patel BR. Accuracy of clinical evaluation in the determination of brain death. *South Med J* 2000; 93: 203-6
18. Prendegast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 55: 15-20
19. Vincent JL. Cultural differences in end-of life care. *Crit Care Med* 2001; 29 (Suppl 2): 52-55
20. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27: 1626-33
21. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med* 1992; 20: 320-6
22. Sjökvist P, Nistun T, Svantesson M, Berggren. Withdrawal of life support who should decide? *Intensive Care Med* 1999; 25: 949-54
23. Searle J. Euthanasia: the intensive care unit *British Medical Bulletin* 1996;52: 289-95
24. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Crit Care Med* 1994; 22: 358-62
25. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement on the Triage of Critically ill patients. *JAMA* 1994; 271: 1200-03