VAN TIP DERGİSİ Medical Journal

DERLEME / *REVIEW ARTICLE*

Van Tıp Derg 25(3): 437-440, 2018
DOI: 10.5505/vtd.2018.16056

Yararsız Tedavi ve Yoğun Bakım Hemşireleri Üzerindeki Etkileri

Futıle Treatment and Effects on Intensıve Care Nursing

Mahinur Durmuş Iskender*

Kastamonu Üniversitesi Taşköprü Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

ÖZET

Yüksek teknolojinin tıbbın içine girmesi, ilerleyici ya da ölümcül hastalıklarda hastalığın iyileşmesini değil, ölümün ertelenmesini sağlamakta ve yaşam sonuna ilişkin başka sorunları da beraberinde getirmektedir. Özellikle kritik bakımın verildiği yoğun bakım ünitelerinde teknolojinin ulaşılabilir olması teknolojik müdahale yöntemlerinin kullanımının artmasına neden olmaktadır. Bu durum, hem hastalar ve yakınları hem de sağlık hizmetini sunanlar açısından hastaya yapılan girişimlerin yararsız olarak algılanmasını ve yaşamın sonuna ilişkin kararlarda önemli bir sorun olan "yararsız tedavi" kavramını ortaya çıkarmaktadır. Yararsız tedavi kavramı, hastaların içinde bulunduğu durumu düzeltme olasılığı olmayan ya da çok düşük olan veya halen uygulanmakta olan tedaviden daha yararlı olması beklenmediği halde daha pahalı ya da daha riskli olan tedaviler için kullanılmaktadır. Hastalığın seyrinin olumlu yönde ilerlemesi hemşireler için ödül iken, hastanın sadece ölüm sürelerini uzatmaya yönelik bakım, stres ve hayal kırıklığına neden olabilmektedir. Hemşirelerin yararsız olduğunu düşündüğü tedaviyi sürdürmeleri zamanla hemşirelerde ahlaki sıkıntı, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğe neden olabilmektedir. Makalede yararsız tedavinin hemşireler üzerindeki etkisine literatür eşliğinde yer verilecektir.

Anahtar Kelimeler: Yararsız Tedavi, Ahlaki Sıkıntı, Merhamet Yorgunluğu, Tükenmişlik

ABSTRACT

Entering high technology involves not only the recovery of the disease in progressive or terminal illness, but also the provision of postponement of death and other options for the end of life. Especially in critical care units where critical care is provided, the availability of technology leads to increased use of technological intervention methods. This situation reveals useless perception of the attempts made to the patient in terms of patients and their relatives as well as healthcare providers and the concept of futile treatment, which is an important problem in the decisions regarding the end of life. The concept of futile treatment is used for treatments that are more expensive or more risky if the patients are unlikely to be able to correct the situation or are less likely to be more beneficial than currently available treatment. While the progress of the disease progression is a reward for the nurses, it can cause the care, stress and frustration to extend the life of the patient only. Continuing the treatment that nurses think is useless can cause moral distress, compassion fatigue and burnout in nurses over time. The effect of the futile treatment on the nurses will be included in the literature.

Key Words: Futile Treatment, Moral Distress, Compassion Fatigue, Burnout

Giriş

Değişen toplumsal yapılar, biyoteknolojik gelişmeler, ileri uygulamalar ve yeni tedavilerdeki hızlı artış, ilerleyici ya da ölümcül hastalıklarda, tedavi mümkün olmasa da yaşam süresini uzatarak kaçınılmaz olan ölümü geciktirebilmeyi olanaklı kılmaktadır. Diğer bir deyişle, yüksek teknolojinin tıbbın içerisine girmesi, hastalığın iyileşmesini değil sadece ölümün ertelenmesini sağlamakta, kişilerin ölümünün evde değil, özellikle hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmesine neden olmaktadır [1,2,3].

Yoğun bakım üniteleri, yüksek beceri ve eğitimli hekim ve hemşireler tarafından kritik hastaların sürekli izlenmesi ve agresif (girişimsel ve rahatsız eden) tedavisi için tasarlanmış özel ünitelerdir (Haugh 2014). Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin rolü hastalar için en uygun tedavi ve hemşirelik bakımını savunmak, yaşam kalitelerini korumak, ihtiyaç duydukları konularda eğitim ve danışmanlık yapmak, hasta yararına olan karar ve girişimleri etik ilkeler doğrultusunda belirlemektir. Yoğun bakım üniteleri yaşamın sonuna ilişkin kararlar verilirken etik sorunların en sık yaşandığı, yaşanan sorunlar arasında önemli başlıklardan biri

***Sorumlu Yazar:** Mahinur Durmuş Iskender, Sümer Mah. Şehit Mehmet Sözen Cad. No: 20, Taşköprü/KASTAMONU
E-mail: mahinurdurmus@gmail.com, Tel: 0(551) 625 74 61
Geliş Tarihi: 28.02.2018, **Kabul Tarihi:** 24.05.2018

olan yararsız tedavi kavramının da tartışıldığı ünitelerdir [4].

Yararsız tedavi, tanımlanması ve sınırlarının çizilmesi zor olan bir kavramdır. Yabancı literatürde "futile medical care", "medical futility", "futile treatment", "futile care" ve "futility care" olarak ifade edilmektedir [5,6,7,8]. Türkçe'de ise "boşuna tedavi", "yararsız sağaltım", "tıbbi yararsızlık" ve çoğunlukla "yararsız tedavi" terimleri kullanılmaktadır. Yararsız tedavi, hastaların içinde bulunduğu durumu düzeltme olasılığı olmayan ya da çok düşük olan veya halen uygulanmakta olan tedaviden daha yararlı olması beklenmediği halde daha pahalı ya da daha riskli olan tedavilere verilen addır (Biyoetik Terimleri Sözlüğü 2005).

Sağlık çalışanlarının yararsız tedaviyi tanımlaması, hastanın durumuna ve bakım vericinin kişisel bakış açısına göre değişmektedir. Bu kavramı tanımlayan ölçütlerin çeşitliliği ve bakım verenin bu konudaki farklı düşünceleri, yaşamın kalitesini ya da niceliğini nasıl algıladığına, başarılı ya da başarısız tedavi yargısına, kişinin duygularına, değerlerine, inançlarına, etik inançlarına ve kültürüne dayanan kişisel yargılarına bağlıdır. Bazı sağlık çalışanları yararsız tedaviyi yalnızca hastanın hayatta kalma süresi ile açıklarken bazıları hayatta kaldığı sürece yaşam kalitesini göz önüne alarak açıklamaktadır [1,6].

Hanson (2008) yoğun bakım ünitelerinde kaynakların önemli bir kısmının yararsız tedaviye ayrıldığını, bu bakımın hasta, aile ve sağlık sistemleri üzerinde önemli maliyetleri olduğunu ve dolaylı olarak hemşireleri olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Yararsız tedavinin her bir hasta için 23.000 dolar olduğu tahmin edilmektedir [9]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, sadece kendi yoğun bakımlarında yatan terminal dönem hastalarının ülkeye toplam maliyeti 581353,2 TL olarak belirlenmiştir [10].Ülkemizde yetişkin yoğun bakımda çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin %60'ı hastalara yararsız tedavi ve uygulama yapıldığını ifade etmiştir [27]. Başka bir çalışmada ise %61,5'i kaynakların yetersizliği nedeni ile hastalar arasında "bazen" tercih yapmak zorunda olduklarını belirtmiştir [11].

Uygulamaların yararsızlığı ekip ile birlikte verilmesi gereken tartışmalı bir karardır. Ülkemizde yararsız tedavi ile ilgili yasal politikalar bulunmamaktadır. Yasal politikaların olmaması, yoğun bakım ünitelerinde primer karar vericinin hekim olması gibi nedenlerden dolayı ekip içinde çatışmalara neden olabileceği düşünülmektedir. Hemşirenin bakım verdiği hastaya ilişkin karar verme sürecinde yer almaması, hemşireyi hemfikir olmadığı kararları yapmak durumunda bırakabilmektedir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin uzun süre yararsız olduğunu düşündükleri tedavi ve uygulamaları sürdürmeleri hemşirelerin hastalara karşı duyarsızlaşmasına, semptomlarına ilgisiz kalmasına, tedavi masraflarının artmasına, zaman ve enerjinin boşa gitmesine [12] ve hemşirelerde ahlaki sıkıntı, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğe neden olabilmektedir [13, 14].

Ahlaki Sıkıntı: Ahlaki sıkıntı (moral distress), hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının, etik değerleri, ilkeleri veya sorumlulukları ile tutarsız şekilde hareket ettiklerinde yaşadığı psikolojik, duygusal ve fizyolojik acıyı tanımlamak için kullanılmaktadır [15]. Uluslararası literatüre bakıldığında, ahlaki sıkıntı ve yararsız tedavi arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir [14, 19]. Ahlaki sıkıntı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde, tedavi uygulamasının yararsız olduğunu bildikleri halde yasal açıklamaların yetersizliği nedeniyle tedaviye devam edilmesi sonucu gözlemlenir. Genel olarak ahlaki sıkıntı iş doyumunun azalmasına neden olabilir [14]. Hemşirelerin yetersizliğinden bağımsız olarak, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde ahlaki sıkıntıya neden olan nedenler arasında agresif tedavi, ölümle karşı karşıya kalan hastalar, personelin eksik ve yetersiz tedavisi, meslektaşları arasında gücün haksız dağılımı ve organizasyonel destek eksikliği olarak belirtilmiştir [15].

Merhamet Yorgunluğu: Merhamet yorgunluğu, travmatik stresi doğrudan yaşayan insanlarla yakın temasta olan meslek gruplarında, travma yaşayan hastalara yardım ederken bakım veren kişinin yaşadığı duygusal stres ve bakımın bedeli şeklinde açıklanmaktadır. Hemşirelerde, özellikle yoğun bakım gibi kritik hastalara bakım veren kliniklerde, hemşirelerin uzun süre ağrı ve acı çeken hastalarla etkileşimde bulunmaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Merhamet yorgunluğu bakım veren kişilerde tükenmişliğe neden olmaktadır [16, 17].

Tükenmişlik: Tükenmişlik kavramı Maslach ve Jackson tarafından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve algılanan kişisel başarının azalması olarak bilinmekte ve tanımlanmaktadır (Maslach ve ark. 2001). Mesleki tükenmişlik, uzun süre ağır iş yükü ile çalışan ve işinde herhangi bir anlam bulamayan kişilerde gerçekleşir sonrasında duygusal tükenmeye, kronik yorgunluğa, işten ayrılmalara neden olur. Sağlık çalışanlarında özellikle hemşirelerde görülme oranı yüksektir. Tükenmişlik hemşirelik bakımının kalitesinde

önemli rol oynamaktadır [21, 22, 31]. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık çalışanları arasında mesleki tükenmişliğin esas sonuçlarından biri olan duygusal tükenmişlik ile yararsız tedavi sonucu oluşan stresli durumların sıklığı arasında önemli bir ilişki vardır. Ayrıca, bu stresli durumlar özellikle hemşireler arasında işten ayrılma isteğini yoğunlaştırmaktadır [12].

Yararsız Tedavinin Hemşireler Üzerine Etkisini İnceleyen İlgili Çalışmalar: Hemşirelik literatüründe, yararsız tedavinin hemşireler üzerindeki etkilerini inceleyen farklı çalışmalar vardır. Meltzer (2004)'in yoğun bakım ünitesinde (n=60) çalışan hemşireler ile gerçekleştirdiği çalışmasında; yoğun bakım hemşirelerinde hemşirelerin yararsız tedavi algısı ve tükenmişlik üzerine etkisi incelenmiş, yoğun bakım hemşirelerinde yararsız tedavi, ahlaki sıkıntı, duygusal tükenme ve sonrasında tükenmişlik ile ilişkilendirmiştir.

Ferrell (2006) yararsız tedaviyi deneyimleyen hemşirelerin (n=108) ahlaki sıkıntı düzeyini incelemiş, hemşireler de yararsız tedavinin ahlaki sıkıntıya neden olduğu belirlenmiştir. Sibbald (2007)'in yoğun bakım ünitesindeki sağlık çalışanları (n=60) arasında yararsız tedavi algısını belirlemek için karşılaştırmalı çalışma yapmış, ekip içinde iletişimin arttırılmasının gerekli olduğunu ve yararsız tedavi ile ilgili kararlarda ekip içinde bir anlaşmaya varılamadığını bildirmiştir. Yekefallah (2015)'ın yoğun bakım da çalışan hemşirelerde (n=25) yararsız tedavi algısını belirlemek için gözlem ve görüşme yaparak gerçekleştirdiği çalışmasında; yararsız tedavi yönetiminde hemşirelerin anahtar rol oynadığı, hemşirelik deneyiminin önemli olduğuna dikkat çekmiş, yoğun bakım ünitelerinde uygun teröpatik ve araştırma programlarının dizayn edilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.

Mohammadi (2015)'nin farklı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerle (n=170) karşılaştırmalı olarak gerçekleştirdiği çalışmasında, hemşirelerin yararsız tedavi ile ilgili farkındalık düzeyinin orta düzey olduğu, yararsız tedavi hakkında bilgi edinmeye ihtiyaçları olduğu ve güçlendirme mekanizmasına ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Aghabarary ve Nayeri (2017)' nin hekim ve hemşirelerin yararsız tedavi sağlama nedenlerini incelediği nitel çalışmasında, hasta ve ailesinin yaşamı sürdüren tedaviler talep etmesi, sağlık profesyonellerinin kişisel değerleri, örgütsel atmosfer ve yapının neden olduğunu belirlemişlerdir.

Ülkemizde yararsız tedavi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; Özden ve arkadaşlarının (2012) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin (n=63) yararsız tedavi ve uygulamaya ilişkin görüşlerini incelediği tanımlayıcı çalışmasında, hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamaların sıklıkla yapıldığını düşündüklerini ve bu noktada etik ikilem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Özden ve arkadaşları (2013) bir başka tanımlayıcı çalışmasında, yoğun bakım hemşirelerinde (n=138) yararsız uygulamaların sağlık profesyonellerini demoralize ettiğini düşünen hemşirelerde, iş doyum düzeylerinin düşük, duyarsızlaşma düzeylerinin de yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yararsız tedavi ve uygulamalar ile çok sık karşılaştığı ve bunu dile getirmedikleri ya da farkında olmadıkları bilinmektedir Sorunların belirlenmesi ve anlaşılmasıyla hemşireler yaşadıkları sorunlarla ilgili farkındalıkları artar, sorunların üstesinden gelebilir ve hasta yönetimi için plan yapabilirler. Genel olarak hemşireler yararsız tedavinin verilmemesinde ve geri çekilmesinde anahtar rol oynamakta ve hemşirelerin, bu gibi durumların üstesinden gelmek için bilgi ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir, eğer bilgi ve deneyim sahibi olurlarsa hastaları ve ailelerini olumlu yönde etkileyebilirler [6, 29].Tedavinin olumsuz etkilerini önlemek, hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak, yararsız tedavi ve uygulamalar hakkında karar almak için öncelikle konu ile ilgili kurum içi eğitimler düzenlenerek, konferans, seminer vs. ekinliklere hemşireler yönlendirilerek farkındalığı arttırmak gerekmektedir. Bu makale konunun önemine dikkat çekmek amacıyla yazılmıştır.

Kaynaklar

1. Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. Australian Critical Care 2006; 19(1): 25-31.
2. Bradley C, Weaver J, Brasel K. Addressing access to palliative care services in the surgical intensive care unit. Surgery 2010; 147(6): 871-877.
3. Karlıkaya E. "Resüsite Etmeyin" Talimatının etik boyutu. Turkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2016; 2(3): 51-58.
4. Wilkinson DJ. Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the intensive care unit. Current opinion in anaesthesiology 2011; 24(2):160-165.
5. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: response to critiques. Ann Internatıonal Medıcıne 2016; 125(8): 669-674.
6. Yekefallah L, Ashktorab T. Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' Experiences of Futile Care at Intensive Care Units: A Phenomenological Study.

Global journal of health science 2015; 7(4): 235-242.
7. Neville HB, Wiley JF, Yamamota MC, Flitcraft M, Anderson B, Curtis JR, Wenger NS. Concordance of nurses and physıcıans on whether crıtıcal care patıents are receıvıng futıle treatment. Amerıcan Journal of Crıtıcal Care 2015; 24(5): 403-411.
8. Rostami S, Jafari H. Nurses' perceptions of futile medical care. Mater Sociomed 2016; 28(2): 151-155.
9. Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. J Pain Symptom Manage 2009; 38(1): 32-44.
10. Aygencel G, Türkoğlu M. Bir dahili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. Yoğun Bakım Dergisi 2014; 5: 1-4.
11. Akpınar A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaştırmakla ilgili tutum ve görüsler ile çagdas adalet kuramlarının ilişkisi. Yükseklisans Tezi. Kocaeli.
12. Piers RD(1), Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA 2011; 306(24): 2694-2703.
13. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. American Journal of Critical Care 2004; 13(3): 202-208.
14. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Critical Care Nursing 2007; 23(5): 256-263.
15. McCarthy P. Burnout in psychiatric nursing. Journal Adv Nurs 1985; 10(4): 305-310.
16. Figley CR. (Ed.).Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/ Mazel psychological stress series, No. 23. Philadelphia, PA, US 1995:Brunner/Mazel.
17. Leibowitz RQ, Jeffreys MD, Copeland LA & Noël PH. Veterans' disclosure of trauma to healthcare providers. General Hospital Psychiatry 2008; 30(2): 100-103.
18. 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.
19. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2015; 8: 2.
20. Maslach C, Jackson, SE. (1981). Manuel Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press. p.1-17.
21. Spence Laschinger HK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. Journal of Nursing Administration 2006; 36(5): 259-267.
22. Bragard I, Dupuis G, Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. European Journal Emergency Medicine 2015; 22(4): 227-234.
23. Ferrell BR, editor Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. Oncology Nursing Forum 2006; 33(5): 922-930.
24. Mohammadi S, Roshanzadeh M. Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care. Education & Ethic In Nursing 2015; 3(2): 65-72.
25. Aghabarary M, Nayeri D. Reasons behind providing futile medical treatments in Iran: A qualitative study. Nursing Ethics 2017; 24(1): 33-45.
26. Karagözoğlu Ş, Özden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. Nursing Ethics 2015; 1-6.
27. Özden D, Karagözoğlu Ş, Tel H, Tabak H. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yararsız Tedavi ve Uygulamaya İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012-1.
28. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yıldırım G. Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions. Nursing Ethics 2013; 20(4): 436-447.
29. Palda VA, Bowman 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(3): 207-213.
30. Hanson LC, Usher B, Spragens L, Bernard S. Clinical and economic impact of palliative care consultation. J Pain Symptom Manage 2008; 35(4): 340-346.
31. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. BMC Public Health 2012; 12: 457.