

Yenidoğan Hemşireliğinde Etik Ethics in Newborn Nursing

ÖZNUR TOSUN*
TÜRKAN KADİROĐLU**

Geliş Tarihi: 16.09.2014, Kabul Tarihi: 22.11.2016

ÖZ

Sağlık alanında bilim ve teknolojinin gelişmesiyle, prematüre, düşük doğum ağırlıklı gibi yüksek riskli yenidoğanların yaşatılabilme olanakları artmaktadır. Teknolojik olarak son derece karmaşık olan, dikkatli değerlendirme ve hızla karar vermeyi gerektiren yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşireler sıklıkla etik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte yenidoğan en iyi şekilde canlandırılma hakkı, yaşama hakkı gibi birtakım haklara sahip olsa da, kendisi hakkında karar verme yetisinin olmaması etik sorunların daha da karmaşık olarak yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda ebeveynlerin ve ilgili birim çalışanlarının yenidoğan adına karar vermeleri gerekmekte ve etik ikilemler yaşanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Etik; hemşirelik; yenidoğan.

ABSTRACT

The survival rates of premature and low-weight newborns have increased because of improving science and technology in healthcare. The nurses who work in newborn units, which are often complicated due to the required knowledge of advanced technology, careful observation and quick decision-making, often face ethical problems. While newborns ideally have the right to be resuscitated and the right to live, complicated ethical problems can arise because newborns do not have any judgement about themselves. As a result, parents and healthcare professionals could face ethical dilemmas when they have to make decisions on behalf of the newborn.

Keywords: Ethic; nursing; newborn.

Etik, insan davranışlarında neyin iyi, kötü, doğru ve yanlış olduğunu belirlemeye çalışan bir felsefe dalıdır.^[1,2] Değerler felsefesi olarak da bilinen etik, toplum için temel değer olan sağlıkla ilgili mesleklerde önemli bir yere sahiptir. Günümüzde artan bilimsel bilgiler, teknolojik gelişmeler ve değişen sosyokültürel durum, sağlık personelinin egemen olduğu geleneksel düzenin değişmesi, hasta ve yakınlarının tıbbi uygulamalar konusunda daha fazla söz sahibi olması ile sonuçlanmıştır. Sağlık alanında ve toplumda meydana gelen bu değişim, tıbbın etik boyutunun daha karmaşık hale gelmesine yol açmıştır.^[3,4]

Geçmişte yenidoğan bebeğin bakımından aileler ve doktorlar sorumluydu. Yüksek riskli yenidoğanlara yapılabilecek bir şey olmadığı için herhangi bir girişimde bulunulmuyordu. Sağlık ekibi de bu durumun verdiği rahatlık içinde çalışıyor ve sonuçta yenidoğanlar kaderlerine terk ediliyorlardı. Yaşayanlara ise

sadece enfeksiyonlardan koruma amaçlı bakım veriliyordu. Daha sonraları sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte, yüksek riskli yenidoğanın bakımı ileri düzeyde modern teknolojiye dayalı aktif canlandırma girişimlerinin yapıldığı bir şekilde dönüşmüştür.^[7] Bunun sonucunda hemşireler, teknolojik olarak son derece karmaşık olan, dikkatli değerlendirme ve hızla karar vermeyi gerektiren yenidoğan ünitelerinde etik sorunlarla sıklıkla karşı karşıya kalmışlardır. Öyle ki son 20 yılda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde olan ilerlemeler, merkezin gelişmeler doğrultusunda yapılandırılma durumuna göre değişmekle birlikte 23 haftalık immatür bir bebeğin hayatta kalma oranını %0'dan %65'lere yükseltmiştir.^[8] Ancak bunun yanında ileri teknoloji ve yeni bilgiler zaman zaman sadece ölümlü geciktirmekte, hastalığın gerçek tedavisini sağlamada yetersiz kalmaktadır.^[9] Bir zamanlar "kader" olarak düşünülen ölüm, yaşamı kurtarıldığında kaliteli bir yaşam sürmesini olumsuz yönde et-

* Ö Tosun, Yrd. Doç. Dr.
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Talas Yolu, Melikgazi / Kayseri
Tel.: 0 352 437 92 82
Faks: 0352 437 92 81
e-posta: basdas@erciyes.edu.tr

** T Kadıroğlu, Araş. Gör.,
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

kileyebilecek, geri dönüşsüz fiziksel ya da mental yetersizlik riski olabilen defektli yenidoğanlar için bir karar, bir seçim konusu olabilmektedir.^[9,10] Sonuçlar belirsiz olduğunda ve sağaltım acı verici olabildiğinde ya da acı çekmenin uzamasına yol açabildiğinde, etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu bebeklerde beklenen yaşam kalitesi düşünüldüğünde, bazen yaşam desteğinin sürdürülüp sürdürülmemesi kararı ile karşı karşıya kalınmaktadır.^[11]

Yenidoğanlar; güvenli doğum hakkı, doğum sırasında en iyi şekilde canlandırılma hakkı, yaşama hakkı ya da prematüre, ağır hastalığı olan veya özürlü bir yenidoğan ise morbiditenin en düşük, gelişiminin en yüksek derecede olması için her imkanı kullanma hakkı gibi birtakım haklara sahiptirler.^[7,11] Bununla birlikte kendisi hakkında karar verme yetisi bulunmayan yenidoğan birtakım haklara sahip olsa da, ebeveynlerin ve ilgili birim çalışanlarının yenidoğan adına karar verme durumunda kalmaları etik sorunların daha karmaşık olarak yaşanmasına neden olmaktadır.^[9] Burada cevaplanması zor olan sorular karşımıza çıkmaktadır. “İleri teknoloji bu yenidoğanların yaşatılması için kullanılmalı mıdır, yoksa ölmelerine izin mi verilmelidir? Buna kim cevap verecektir? Kimin yaşayacağına, kimin öleceğine, kime kaliteli bakım verileceğine, kime verilmeyeceğine nasıl karar verilecektir? Bu yenidoğanların yaşamında nitelik mi, nicelik mi önemli olmalıdır?” gibi etik sorunlar yenidoğanın tedavi ve bakımından sorumlu olan tüm sağlık ekibi üyelerini ilgilendirdiği gibi yenidoğanın kanuni koruyucusu durumunda olan ailesini de ilgilendirir. Ebeveynler normal, sağlıklı bir bebek beklerken trizomi 18, nöral tüp defekti, down sendromu gibi ciddi mental ve fiziksel anomalili ya da 25. gestasyon haftasından küçük ve doğum ağırlığı 750 gr’dan az olan bir bebeğe sahip olabilirler.^[7,12] Böyle durumlarda kriz yaşayan ebeveynler, ileri derecede özürlü doğan bebeğin tedavisini reddedebilirler. Peki, sağlık ekibi üyeleri bu durumda ne yapmalıdır? Ebeveynlerin hakkı olan tedaviyi reddetme isteğini kabul mü etmelidir, yoksa bebeğin yaşama hakkını mı savunmalıdır?^[11]

Tıbbi kararlar açısından aile, hasta ve sağlık ekibi üyeleri farklı fikirlerde olduğu zaman etik ikilemler ortaya çıkmaktadır.^[13] Tarihte “yaşama hakkı” ile ilgili olarak ilk adli vaka olan “Baby Doe” vakası, pediatrik ötenazi ile ilgili olarak bugün gelinen noktayı ve kuralları belirlemiştir. Baby Doe 1982’de İndiana’da doğmuş, down sendromu ve özefagus atrezisi tanısı almış bir bebektir. Hekimler bebeğin beslenebilmesi için acil bir ameliyata gerek olduğunu saptamış ve aileye ameliyat izni için başvurmuşlar; ancak, ebeveynler down sendromlu bir bebek istemediklerini belirterek ameliyat iznini vermemişlerdir. Bu durumda hekimler mahkemeye başvurarak gerekli izni almaya çalışmışlardır. Hem ilk başvuru mahkeme, hem de ilk mahkemenin kararına itiraz edilmesi üzerine davayı yeniden ele alan üst mahkeme, bebeğin sağlığı ile ilgili kararlarda ailenin tam yetkili olduğu kararını vermiştir. Baby Doe’nun açıklık nedeni ile ölmesi, Amerika Birleşik Devletinde Pro-Life (kürtaj karşıtı) gruplarının yoğun tepkisine neden olmuş, bunun üzerine Başkanlık Komisyonu tarafından bir yönetmelik

hazırlanarak tüm sağlık kuruluşlarına gönderilmiştir. Bu yönetmelik uyarınca, hekimler ve sağlık kuruluşları, konjenital bozuklukları ne kadar ağır ve yaşama olasılıkları ne kadar düşük olursa olsun, tüm yenidoğanların yaşamını sürdürmek için ellerinden geleni yapmakla yükümlü tutulmuşlardır. Daha sonra bazı sağlık kuruluşlarının başvurusu üzerine, bu yönetmelik anayasa mahkemesi tarafından usulden bozulmuş ve komisyon tarafından düzenlenerek yeniden uygulamaya konulmuştur. Benzer konularında yer aldığı “Çocuk İstismarı ve Korunması Yasası (Child Abuse and Treatment Act)” 1984’de çıkarılmış ve bu yasa ile daha yaygın bir uygulama olanağı sağlanmıştır. Ancak bu yasada Baby Doe Kuralı’na “bazı durumlarda uyulmayabileceği” vurgulamasının yapılması bugünkü tartışmaların başlangıcı olmuştur. Kesinleşen kurala göre; süregelen ve geri dönüşsüz koma durumlarında, uygulanacak girişimin yaşamı değil, ölüm sürecini uzatacak bir girişim olduğu durumlarda ve yapılacak tedavinin “yararsız tedavi (futile treatment)” kavramı kapsamına girdiği durumlarda Baby Doe Kuralı’na uyma yükümlülüğünün bulunmadığı belirtilmiştir.^[14-17]

Yenidoğanlar hakkında nasıl hüküm verileceğini ebeveynlerin dini inançları ve kültürel alt yapıları, ülke yasaları ve ulusal rehberler belirlemektedir. Bu tür kararların alınması hem aile hem de sağlık ekibi açısından sıkıntılıdır ve üzerinde fikir birliğine varılmış bir karar verilmesi gerekir.^[17] Tıbbi tedaviye başlanmaması ya da sürdürülmemesini destekleyen çeşitli kuramlar vardır. Bu kuramlardan bazıları sağlık ekibi üyelerinin yenidoğanın gelecekteki yaşamının niteliğini düşünmeleri gerektiğini vurgularken, bazıları da araç-gereç, ekonomik yük, personel gibi sınırlı kaynakların paylaşımını içine alan temelleri vurgulamaktadır. Geçerli olan görüş ise, sağlık ekibi üyelerinin, yenidoğanların ebeveynlerinin istekleri doğrultusunda davranmaları gerektiğidir.^[9] Yaşam kurtarıcı tedavi verilmemesi ya da kesilmesi kararı verildiğinde de semptomaya yönelik palyatif tedavi çözümleri ve psikososyal destek verilmeye devam edilmelidir.^[17]

Prematürelerin yaşatılması çabasında ortaya çıkan etik sorunlardan biri de sekellerdir. Sekeller değerlendirildiğinde oranların çok da yüksek olmadığı görülmektedir. Total sekel oluşma olasılığı %20’dir ve sekellerin %50’sini serebral palsi, geriye kalan %50’sini ise miyopi, okul başarısızlığı, iştihamsızlık gibi sorunlar oluşturmaktadır.^[18] Yapılan çalışmalarda ileri derece prematüre (27. gestasyon haftasından önce) doğan bebekler okul çağına geldiğinde; %22’sinde ağır, %24’sinde orta ve %34’ünde hafif düzeyde sakatlık geliştiği, ancak %20’sinin normal olduğu ve %45’inde ciddi kongnitif yetersizlik görüldüğü belirtilmektedir.^[19,20] Bu konuda, istatistik rakamlar verilmesinin güçlüğünün ayrı bir etik sorun olmasına karşın, verilen değerler prematüre yenidoğanın yaşatılmaya çalışılmasını gerektirecek oranda düşüktür.^[18] Diğer taraftan bu bebeklerde yaşam süresinin mi yoksa yaşam kalitesinin mi önemli olduğu ikilemi gibi birçok etik sorunlar yaşanmaktadır.^[21] Bu konuda “Baby K” vakası literatüre geçmiştir. Burada “Baby K”nın annesinin kararı sağlık ekibi üyelerini sıkıntı içerisine düşürmüştür. “Baby K”

anensefali ile doğmuş, solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine ventilasyona alınmış ve bu arada teşhisi kesinleşmiş bir bebektir. "Baby K" sık tekrarlayan solunum sıkıntısı atakları geçirmesi nedeniyle, yaşayabilmek için ventilasyona ihtiyaç duymuştur. Sağlık ekibi üyeleri, bu atakların tedavisini yapmada çok büyük sıkıntılar yaşadıklarını, anensefali yenidoğanların korteksleri ve normal hislerinin olmadığını, yaşam kalitelerinin çok kötü olduğunu belirtmiş, sadece beslenme ve hidrasyon sağlanmasını, diğer tıbbi girişimlerin yapılmamasını istediklerini ifade etmişlerdir. Sağlık ekibi üyelerinin bu isteği tıbbi bakım standardı olarak tanımlanmaktadır. Annenin dini inanışının, "nasıl olursa olsun yaşamak yaşamaktan daha iyidir" şeklinde olması sağlık ekibi üyelerinin aksine, bebeğinin yaşaması için gereken her türlü tıbbi müdahalenin yapılmasını sağlamıştır. 1993 yılında hastane federal mahkemeye başvurarak bebek ve aileyi kendilerine eziyet verdikleri gerekçesiyle suçlamıştır. Burada bebek için "en iyisi" ilkesinin işlevini kaybettiği çünkü bebek anensefali olduğu için mekanik ventilasyon, kan testleri ve bunun gibi girişimleri hissetmediği ve yine bu müdahalelerin uzun süreli prognozda bir iyileştirme yapmasının da söz konusu olmadığı ifade edilmektedir. Mahkeme, 1973 Federal Rehabilitasyon Yasası (Federal Rehabilitation Act) ilkelerine göre, "Baby K"yı özürle bir bebek olarak kabul edilerek her türlü tıbbi müdahalenin yapılması, acil tıbbi tedaviden istediği kadar faydalanabilmesi gerektiğini belirtmiştir.^[22]

Literatüre geçen vakalarda da görüldüğü gibi yüksek riskli yenidoğana bakım ve tedavi veren sağlık ekibi üyeleri maddi kaynak ayırma, yaşamın sürdürülmesi, ötenazi, genetik sıkıntılar, abortuslar ve fetal yaşamı içeren sorunları kapsayan oldukça geniş etik konularla karşılaşmaktadırlar. Bu konuda ülkemizde uygulamalarda ve yasal düzenlemelerde eksiklikler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığının Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. maddesine göre ötenazinin yasak olmasına karşın, pasif ötenazinin uygulandığı, ancak adlandırılmadığı bilinmektedir. Ayrıca hemşirelerin hem görevlerinin farkında olmadığı hem de etik karar verme konusunda yeteri kadar yetkiye sahip olmadıkları söylenebilir.^[15,21,22]

Hemşireler, hasta ve ailesi ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları, savunuculuk, danışmanlık ve eğiticilik rolleri gereği, sağlık alanında moral değerlerin gelişmesinde rol alan anahtar kişilerdir.^[4,23,24] Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık personelleri için doğru düşünüp karar verme yetisi büyük önem taşımaktadır.^[5,6] Hemşirelik bakımının değer sorunlarını da kapsadığı unutulmamalıdır. Bakım verilen birey ve hemşire ilişkisinde verilecek kararlar ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların olası sonuçlarını ve karar ya da eylemlerin sonuçlarının üstlenilmesini gerektirmektedir.^[25] Bu doğrultuda; bebeğin tedavisinin kesilmesine karar verildiği durumlarda da bakım verici olan hemşire; küçük, savunmasız, tedavisi reddedilen ve ölmekte olan yenidoğanın en üst düzeyde rahatlığını sağlamalıdır. Bebeğe yaşamının sonuna kadar en uygun bakımı vermek ve bakım işlemlerine ebeveynlerin katılmalarını sağlamak; ebeveynlerin bebeğin öleceği düşüncesine alışmalarına, sevdiklerini yitirme duygusunu kabullenmelerine, vedalaşmaları için za-

man kazanmalarına ve yaşadıkları suçluluk duygusunun azalmasına yardımcı olabilir.^[12]

Sonuç

Yenidoğanın durumunun değerlendirilmesinde, yenidoğan hemşiresinin özel bir rolü vardır. Yenidoğanın fonksiyonlarının yeterliliği ve yetersizliğinin hemşire tarafından sistematik olarak değerlendirilmesi, yenidoğanın tedavi alıp almaması, ailenin yanında ya da bir sağlık merkezinde kalması gibi konularda karar verilmesinde yararlı bilgiler sağlar. Yenidoğana bakım veren hemşirenin topladığı bilgiler, son kararı belirlemede yaşamsal bir değer taşır. Hemşirenin ebeveynlerle etkileşimi, onların kendilerini nasıl algıladıklarını ve sorunla baş etmede istekli olup olmadıklarını ortaya koyar. Ebeveynler derin umutsuzluk, suçluluk, öfke duyabilirler ve ne yapacaklarına karar veremeyebilirler. Ahlaki açıdan bir çatışma yaşıyor olabilirler. Karar vermede zorlandıklarında, hemşirenin önerisini, desteğini ve yardımını isteyebilirler.^[26] Nitelikli hemşirelik uygulamaları ebeveynler, bebeğin durumuyla ilgili tüm bilgileri anlayıp değerlendirerek, baskı altında kalmadan uygun kararı verebilirler.^[9] Kilit durumda anahtar rol alan hemşireler, aile çocuk ve diğer sağlık ekibi arasında etkili iletişim sağlanmasına, yenidoğanın üstün yararı için yapılması gerekenler konusunda düşünce birliğinin geliştirilmesine katkıda bulunabilirler.

KAYNAKLAR

1. Ay F, Ertem ÜT, Özcan NK, Güneş B, Işık RD, Savran S. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2007. s. 51-5.
2. Terakye G, Ocakçı FA. Etik konulardan seçmeler. 1. bs. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. s. 3-20.
3. Uzel İ. Tıp etiği eğitimi. T Klin Tıbbi Etik 1994; 2(3):121-6.
4. Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(1):1-8.
5. Şentürk ES. Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2013. s. 87-93.
6. Potts LN, Mandelco BL. Pediatric nursing caring for children and their families. NY: Delmar. Clinton Park; 2012. p. 42-9.
7. Yıldız S. Yenidoğan hemşireliğinde etik. İçinde: Dağoğlu T, Görak G, eds., Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s. 31-40.
8. Ward RM, Beachy JC. Neonatal complications following preterm birth. BJOG 2003; 110(20):8-16. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-0328\(03\)00012-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-0328(03)00012-0).
9. Alger L, Yağmurlu A, Gökçora İH. Yenidoğan cerrahisinde yaşanan etik sorunlar. Tıbbi Etik 1998; 6(2):89-93.
10. Caniano D. End of life decisions for surgical neonates: Experience in the Netherlands and USA. J Pediatr Surg 1995; 30:1420-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468\(95\)90396-8](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468(95)90396-8).
11. Ersoy N, Özcan M. Yenidoğan etiği. 1. bs. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. s. 20-45.
12. Yiğit R, Fetüs, Yenidoğan hakları ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6(2):50-6.
13. Jacobs HH. Ethics in pediatric end-of-life care: A nursing perspective. J Pediatr Nurs 2005; 20(5):360-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2005.04.016>.

14. Akşit MA, Tekin N. Çocuk hekimliği ve etik. İçinde: Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H (eds), Klinik etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. s. 165-225.
15. Oğuz Y. Pediatrik ötenazi. İçinde: Özalp İ, Yurdakök M, Coşkun T eds., Pediatrik gelişmeler. Ankara: Sinem Ofset Matbaacılık; 1999. s. 18-27.
16. Oğuz YN. Pediatrik ötenazi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1996; 39:767-76.
17. Lissauer T, Fanaroff AA. Bir bakışta neonatoloji. Çeviri, N. Okumuş, A. Zenciroğlu. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2013. s. 275-7.
18. Çobanoğlu N, Tanır G. Yenidoğan alanı özelinde, pediatrik etik sorunlar. T Klin Tıbbi Etik 1996; 4:71-3.
19. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. New England Journal of Medicine 2005; 352(1):9-19. <http://dx.doi.10.1056/NEJMoa041367>.
20. Johnson S, Hennessy E, Smith R, Trikic R, Wolke D, Marlow N. Academic attainment and special educational needs in extremely preterm children at 11 years of age: The epicure study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2009; 94(4):283-289. <http://dx.doi.10.1136/adc.2008.152793>.
21. Kurt AS, Canbulat N, Yıldız S, Aydın D. Yenidoğan Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin karar verme sürecine katılımı. İçinde: Ülman YI, Gül TB, Kadioğlu FG, Yıldırım FG, Edisan Z, eds. Tıp etiğinden biyoetiğe. Ankara: Rulo Matbaacılık; 2009. s. 482-7.
22. Satılmış ME. Yenidoğanda karşılaşılan etik sorunlar. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003; 11:30-40.
23. Bilgen Sivri B, Yıldız S. Yenidoğanda etik sorunlar ve hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2014; 22(2):75-80.
24. Akça SÖ, Gözen D. Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. F N Hem Derg 2013; 21(3): 213-8.
25. Dinç L. Hemşirelik ve etik. İçinde: Ülman YI, Gül TB, Kadioğlu FG, Yıldırım FG, Edisan Z eds. Tıp etiğinden biyoetiğe. Ankara: Rulo Matbaacılık; 2009. s. 45-52.
26. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infant and children. 10th ed. USA: Mosby Inc; 2015. p. 14-24.