

10. BÖLÜM / CHAPTER 10

ACİL CERRAHİ VE ETİK

EMERGENCY SURGERY AND ETHICS

Esra EREN¹, Burcu ÖZKAN²

¹Dr.Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: ealver@medipol.edu.tr

²Dr.Öğr. Üyesi, İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
E-mail: burcu.ozkan@kent.edu.tr

DOI: 10.26650/B/CH17CH24.2024.002.10

ÖZ

Acil cerrahi, travmalar, akut gelişen hastalık süreçleri, kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkan ani durumlar, herhangi bir invaziv girişim sonucu görülebilen komplikasyonlar nedeniyle, yaşamın sürdürülmesi, organ/doku kaybının önlenmesi amacıyla yapılan cerrahi girişimler olarak belirtilmektedir. Acil bakımın temel ilkesi, öncelikle hastaları yaşam veya organları tehdit eden ciddi hastalıklar açısından değerlendirmektir. Acil bakım ortamlarında hastalara karşı yükümlülükler ile topluma karşı sorumluluklar arasında potansiyel etik çatışmalar yaşanabilir. Acil cerrahi girişim kararının alınmasında öncelikle, yapılacak girişimin ve tekniğinin hasta için en fazla yarar sağlayacak tedavi seçeneği olup olmadığına karar verilmelidir. Acil cerrahi girişimlerde uygulanan her türlü tıbbi müdahale sırasında hasta mahremiyetine ve tıp etiği kurallarına uyulması zorunlu olup acil cerrahi girişimlerin gerçekleşmesi sürecinde yer alan farklılıklar, bu dönemde etik karar vermeyi etkileyebilecek özel konuları içerir. Bu konular arasında; bilgilendirilmiş gönüllü olur, kardiyopulmoner resüsitasyon, yeniden canlandırma yapmama kararı (Do Not Resusuite-DNR) yararsızlık ve çift etki ilkesi yer almaktadır. Acil cerrahi girişimler plansız ve hızlı bir şekilde geliştiğinden, hem cerrahi ekibin ve ortamın hem de hastanın hazırlığı için oldukça kısa bir süre vardır. Bu süreçte ekip içi sağlıklı bir iletişimin sürdürülmesi oldukça önemli olup, ekibin etkin bir üyesi olan hemşireler üstlendikleri rol ve sorumluluklar ile kilit noktada yer almaktadırlar. Hemşireler, acil cerrahi uygulamalarında yaşam, ölüm, insanlar arasındaki ilişkiler, çevre, biyoteknoloji ve genetik gibi hem teknolojik hem de sosyal yaşamdaki önemli sorular ve değişiklikler konusunda hastaya rehberlik etmeli, klinik sahada elde ettikleri bilgilerini etik bir yaklaşımla birleştirmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Acil, cerrahi, etik, hemşirelik, acil bakım

ABSTRACT

Emergency surgery is defined as surgical interventions performed to sustain life and prevent organ/tissue loss due to traumas, acute disease processes, sudden situations arising from chronic diseases, and complications that may result from any invasive intervention. The basic principle of emergency care is to evaluate patients for serious

diseases that threaten life or organs. Potential ethical conflicts can arise between obligations to patients and responsibilities to society in emergency care settings. In deciding on emergency surgical intervention, first of all, it should be decided whether the intervention and its technique will be the treatment option that will benefit the patient most. It is obligatory to comply with patient privacy and the rules of medical ethics during all kinds of medical interventions in emergency surgical interventions, and the differences in the realization of emergency surgical interventions include special issues that may affect ethical decision-making in this period. These topics include informed consent, cardiopulmonary resuscitation, do not resuscitate (DNR), uselessness, and the double effect principle. Since emergency surgical interventions develop unplanned and rapidly, there is a very short time for preparing the surgical team, the environment, and the patient. It is very important to maintain healthy communication within the team in this process, and nurses, who are active team members, are at the key point with their roles and responsibilities. Nurses should guide patients about important questions and changes in technological and social life, such as life, death, relationships between people, environment, biotechnology, and genetics in emergency surgery practices. They should combine the knowledge they have obtained in the clinical field with an ethical approach.

Keywords: Emergency, surgery, ethics, nursing, emergency care

Extended Abstract

Emergency surgery is a process in which a patient's life/health is in acute danger and requires immediate intervention to save their life, protect their organs/limbs, or improve their quality of life. Emergency surgery patients present with problems that require rapid emergency assessment and intervention to save life, limb, or control a serious injury. Health professionals may experience difficulties in the decision-making process due to intense workload, lack of resources, urgent decision-making, insufficient information about the patient, and complex clinical scenarios. All these factors can cause ethical conflict and, in some cases, ethical dilemmas regarding the decision about a clinical issue. The basic principle of emergency care is to evaluate patients for serious diseases that threaten life or organs. There is time pressure to complete the necessary tests to eliminate life-threatening conditions in this process. Diagnosis and treatment decisions for patients in the emergency room are made quickly despite incomplete data. The most common ethical problems in operating rooms are not communicating sincerely with the patients, ignoring the patients' expectations, not complying with the sterility principles, wrong surgery, recording the materials used, not getting informed consent from the patients, and wrong surgeries. In this process, solving ethical problems requires action. Ideally, extensive discussions are held and thought through before each ethical decision. For many urgent care decisions, discussion and reflection are, of course, not possible. However, ethical responsibilities can be better fulfilled by sincerely anticipating recurring types of problems, subjecting them to ethical analysis beforehand, and conscientiously reviewing decisions after they are made. This systematic approach guides healthcare professionals under severe time pressure and must make ethically appropriate

decisions. Informed voluntary consent is key in evaluating the patient's decision-making capacity in emergency surgical care. Considering that most patients who need emergency surgical intervention are unconscious, have suffered acute trauma, and experience severe pain, the patient's consent is very important from an ethical point of view. Failure to obtain consent before the emergency intervention is also ethically acceptable in such cases, and intervention can be performed without obtaining consent as there is a possibility that the patient's life may be endangered due to not performing the life-saving intervention immediately. Cardiopulmonary resuscitation (CPR), on the other hand, is one of the few important procedures initiated unless there is a limitation in medical care, and even one-second delays significantly reduce resuscitation success, especially when cardiac arrest occurs. It is important to prevent ethical violations when the patient or his/her representative informs the healthcare team that they do not want resuscitation in the emergency process. Patients ordered not to resuscitate may also have to undergo emergency surgery. Once a decision is made about the patient's DNR status following the evaluation made in the process, the physician should document the DNR status and communicate it to other surgical team members, helping the surgical team members understand and interpret the patient's advanced care. Qualitative medical uselessness is when the operation or course of treatment will not meet the patient's care goals and lead to an acceptable quality of life. In medicine, interventions that are unlikely to benefit the patient significantly are defined as useless. A treatment is useless when the probability of benefit is very low. The double effect principle occurs when morally serious harm (harm) is a side-effect of pursuing a good cause (benefit). It is the conflict between good and evil. This principle is distinctly different from causing severe moral harm to achieve a good cause, which seeks to do good and improve the patient's well-being during the surgical procedure. Still, it can cause suffering or even death. In emergency surgical processes, due to the rapid planning and execution of the process, unlike elective surgeries, routine perioperative process management cannot be provided, ethical violations in the care of the individual being treated, and some problems that may cause harm to the patient may occur as a result. In the complex operating room, a complex environment, members of many disciplines with different specialties work together to provide optimum care for patients undergoing surgery for various reasons, mostly emergency surgical procedures. Operating room nurses may encounter various difficulties interacting with colleagues and patients during this process. They are also responsible for ensuring that nursing care should benefit patients and prevent them from harming patients, regardless of the nature of problems and deficiencies in the workplace. Therefore, it is the moral duty of operating room nurses to constantly consider ethical principles and standards while giving physical and psychological care to patients.

1. Giriş

Ahlak felsefesi olarak da adlandırılan etik, acil cerrahi hastasının tanı ve tedavi sürecinde yer alan cerrahi bakımın temel konularındandır. Acil cerrahi hastaları, ciddi bir yaralanma, yaşam ya da uzuv kurtarmak gibi acil değerlendirme ve müdahale gerektiren sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Acil cerrahi girişimlerin doğası gereği, acil hastaların hayatlarını korumak veya önceki sağlık durumlarına dönüşünü kolaylaştırmak için gerekli görülen müdahalenin hızlı yönetimi ile etkili bakımın sağlanması gerektirmektedir. Sağlık profesyonelleri yoğun iş temposu, kaynak yetersizliği, acil karar verme gerekliliği, hasta ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama ve karmaşık klinik senaryolar nedeniyle karar verme sürecinde zorluk yaşayabilmektedirler. Tüm bu faktörler, etik çatışmaya neden olabilir ve bazı durumlarda, klinik bir sorun hakkındaki kararlar ilgili etik ikilemler yaşanabilir. Örneğin, tedavi başarısının, yaşam süresinin ve kalitesinin düşük olacağı öngörülen hastalarda karmaşık süreçler ve etik ikilemlerin yaşanması beklenen bir durumdur (Clara ve ark., 2004). Acil durumlara ilişkin etik sorunların bilinmesi nitelikli hasta bakım hizmeti sunumunda önemli olup bu bölümde acil cerrahiye ilişkin sorunların tartışılması amaçlanmıştır.

2. Acil Cerrahi ve Acil Cerrahi Gerektiren Durumlar

Acil cerrahi, travmalar, akut gelişen hastalık süreçleri, kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkan ani durumlar, herhangi bir invaziv girişim sonucu görülebilen komplikasyonlar nedeniyle, yaşamın sürdürülmesi, organ/doku kaybının önlenmesi amacıyla yapılan cerrahi girişimler olarak belirtilmektedir. Travmatik beyin yaralanmaları, abdominal, vasküler, torasik ve uzuv kopması gibi yaralanmalar 24 saat içinde müdahale edilmesi gereken acil cerrahi girişimler kapsamında ele alınmaktadır. Acil cerrahi girişimler, planlı gerçekleşen cerrahilere göre optimizasyonun sağlanması ve acil girişimin yapılması için kısa bir zamanın olması nedeniyle, ameliyat sonrası görülebilecek komplikasyon ve risklerde artışla ilişkilendirilmektedir (Dolgun ve Özsoy, 2023).

Hastalar acil servise, gerçek veya algılanan akut tıbbi/cerrahi bir acil durumla başvurmaktadır. Acil bakımın temel ilkesi, öncelikle hastaları yaşam ya da organları tehdit eden ciddi hastalıklar açısından değerlendirmektir. Bu süreçte, yaşamı tehdit eden koşulları ortadan kaldırmak için, gerekli testlerin tamamlanmasında zaman baskısı mevcuttur ve acil servisteki hastalar için teşhis ve tedavi kararları, eksik veriler olmasına karşın hızlı bir şekilde alınmaktadır. Acil bakım hizmetinin sunumunda, hastaların hekim seçme haklarının olmamasının yanı sıra, acil hekimi açısından da hastayı tanımadan ve onun yaşam tarzını/değerlerini bilmeden tedavi ile ilgili etik kararların alınması da zor bir durumdur. Travma veya gelişen akut tıbbi

durum nedeniyle acil bakım hizmeti alan birçok hastanın, alkol, madde kullanımı, kafa travması, ağrı, psikiyatrik sorunlar ve sağlık durumundaki akut değişiklikler nedeniyle zihinsel süreçleri değişmiş olabileceğinden, bu durum hastanın karar verme ve onay süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Acil bakım ortamlarında, hastalara karşı yükümlülükler ile topluma karşı sorumluluklar arasında potansiyel etik sorunlar da yaşanabilmektedir. Bir motorlu araç kazasına karışan alkollü hasta veya aşırı dozda ilaç ile başvuran hasta adli vakalar açısından örnek teşkil etmekte olup, ilgili prosedür sağlanarak hastalara karşı yükümlülükler ile topluma karşı sorumluluklar arasında denge kurulmalıdır (Sanders, 2008). Bilgilendirilmiş gönüllü olunur alınmasında da sağlık sistemi içerisinde bazı özel durumlar mevcuttur. Bu istisnalar, acil durumlar, bakım ve tedavi ayrıcalıkları, belirli hastalıkların tedavisi gibi toplum sağlığı zorunluluklarıdır. Bu zorunluluklar, kişinin bireysel haklarını kullanmasının önüne geçebilmektedir. Şiddetli akut solunum yetmezliği sendromu (SARS), tüberküloz gibi bulaşıcı hastalık riskinde ya da kendilerine/başkalarına zarar verme potansiyeli taşıyan psikiyatrik hastalara yapılacak acil girişimlerde, toplum sağlığı zorunlulukları kişisel otonomiye göre daha ağır basmaktadır (Stiff ve Baskin, 2021).

3. Acil Cerrahi Süreçlerde Perioperatif Yaklaşım

Acil cerrahi girişim planlanan birçok hasta, tıbbi bir tanı yerine, bir semptom, belirti veya fizyolojik bozukluk nedeni ile de cerrahi girişime alınmaktadır. Acil cerrahi hastalarının standart bir yaklaşımla değerlendirilerek, bu hasta gruplarında ihmallerin önlenmesi, resüsitasyonun zamanında başlatılması, etkili tanılama ile cerrahi sürecin verimli bir şekilde yürütülmesi oldukça önemlidir. Acil cerrahi hastaları, direkt acil servis muayene alanından, hastanenin herhangi bir kliniğinden veya elektif cerrahi geçiren hastalarda gelişen akut komplikasyonlar nedeniyle, cerrahi ünitelerden ameliyathaneye kabul edilmektedirler (Brooks ve Simpson, 2010).

Etik problemlerin çözümünde, eylem gerekmektedir. İdeal olarak, kapsamlı tartışmalar yapılmaktadır ve her bir etik karar öncesinde derinlemesine düşünülmektedir. Pek çok acil bakım ve tedavi kararı için tartışma ve derinlemesine düşünme elbette mümkün değildir. Tekrar eden sorunların çözümünde, samimi bir çaba ile önceden alınmış etik kararlardan faydalanılması etkili olabilir (Iserson, 2006). Bu süreçte karşılaşılabilecek etik problemlere ilişkin belirlenecek standart bir yaklaşım, acil cerrahi kapsamında değerlendirilecek tüm süreçlerde uygulanabilecek kadar geniş olmalıdır (Brooks ve Simpson, 2010). Bu sistemli yaklaşım, ciddi zaman baskısı altında olan ve etik açıdan uygun kararlar vermek durumunda olan sağlık profesyonellerine rehberlik etmektedir. Bir kararın, acil bir karar olmasının onu etik değerlendirme alanından çıkarmadığını unutmamak gerekmektedir (Iserson, 2006).

Acil cerrahideki önemli süreçlerden biri, hastanın gerçekten acil cerrahi girişime gereksiniminin olup olmadığının belirlenmesidir. Rahat, oturur pozisyonda ve konuşabilen, hastalar ile hayati fonksiyonları önemli ölçüde bozulmuş ve bilinç düzeyleri değişmiş hastalar birbirinden farklıdır. Hastaya ait rahatsızlığın ciddiyeti ve aciliyetinin hızlıca belirlenmesi, bu hastaların klinik yönetimine öncelik vermeye, hızlı bir şekilde resüsitasyona başlamaya, tetkik ve incelemelere doğru bir şekilde odaklanmaya olanak tanıdığı gibi, ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri gibi spesifik alanlar ile etkili bir iletişim kurmaya da yardımcı olmaktadır.

Acil gelişen süreçlerde, ameliyat öncesi hastanın değerlendirilmesi acil serviste ya da kliniklerde resüsitasyon işlemi ile aynı zamanda yapılabilir. Travma geçiren hastanın acil cerrahi girişimi planlanıyorsa, hastanın vücudunda travmadan etkilenen bölgelerin belirlenmesi için hızlı bir fiziksel değerlendirme yapılmalıdır. Acil durumlarda, hasta ve hasta yakınları daha fazla açıklama ve desteğe gereksinim duyarken, bilinci kapalı olan hastalarda varsa bir aile üyesinden tıbbi geçmişe ilişkin veriler, alerji ve kullanılan ilaçlara yönelik bilgiler elde edilmektedir. Bilgisayarlı tomografi gibi detaylı tetkiklerin gerekli olduğu durumlarda, işlemler çok hızlı gerçekleştirilmektedir, fakat bu işlemler için bile zaman yoksa hasta hızlıca ameliyata alınmaktadır. Ameliyathaneye kabul edilen acil vakalarda standart bakım uygulamaları yapılmakla birlikte, gerekli alet, malzeme ve cihazların hazırlanması hızlı bir şekilde tamamlanmalıdır. Ayrıca cerrahi girişim süresince hastanın acil kan gereksinimi düşünülerek, hastanın ihtiyacı olan kan ve kan ürünleri de alanda hazır olarak bulundurulmalıdır (Dolgun ve Özsoy, 2023).

Acil cerrahi girişimin gerekli olduğu bir durumda ameliyat kararını veren ekip, cerrahi girişimin aciliyetinin farkında olup, hasta için optimal fayda sağlanacağını düşünerek ameliyat kararının ötesinde büyük bir sorumluluk almaktadır. Acil cerrahi girişimlerin öncesinde, zaman yetersizliği nedeniyle hasta ve hasta yakınlarına ameliyat hakkında bilgi vermek ve özellikle bilgilendirilmiş gönüllü olur almak mümkün olmayabilir. Acil cerrahi girişim ihtiyacı olan hastadan bilgilendirilmiş gönüllü olunur alınmadan hastanın ameliyat edilmesi için, yaşamı koruma amacı, çoğu hastanın yaşamının kurtarılmasını isteyeceği düşüncesi ve yararların risklerden fazla olması gibi koşulların sağlanmış olması gereklidir. Zamanın sınırlı olduğu ameliyat öncesi dönemde, hekim tarafından uygulanabilir tedavi seçenekleri ve hasta için neyin önemli olduğu belirlenmelidir. Sonraki adımda ise, her seçeneğin göreceli yararları ve riskleri, hastanın hakları ve sahip olduğu sosyokültürel değerleri, sınırlı kaynakları adalet ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda kullanma yükümlülüğü göz önünde bulundurularak, cerrahi ekibin bu hususlar çerçevesinde bir karara varması beklenmektedir (Andrews ve Zaroff, 2008).

Ameliyat öncesi hasta ile yapılan görüşmede, cerrahi ekip tarafından hastanın ameliyat konusundaki karar verme sürecine ne ölçüde katılmak istediği belirlenmelidir. Hastanın bu karar aşamasına katılma isteği değişiklik gösterebilirken, hastanın bu sürece katılımının sağlanmasının yalnızca hasta-hekim iletişimini değil, aynı zamanda tedavinin sonucunu da iyileştirdiği belirtilmiştir. Hasta bu konuda karar verme sürecine az ya da çok katılmayı seçebilir, fakat süreçteki tüm seçenekler cerrahi ekip tarafından her zaman hastaya iletilmiş olmalı ve hastanın cerrahi girişimle ilgili karar verme konusunda yetkin olup olmadığını da belirlemelidir. Bu dönemde, özellikle hastaya bilgi veren hekimin, verilen bilginin hasta tarafından anlaşılmasını sağlamak adına hem etik hem de yasal bir yükümlülüğü bulunmaktadır. Acil gelişen bu süreçte, çoğu kez bilginin neden olduğu duygusal etki, hastanın kendisine anlatılanları anlama becerisini olumsuz etkileyebileceğinden bu nedenle mümkünse bu dönemde hastanın yanında kendi belirleyeceği bir aile üyesinin veya yakın arkadaşının bulunması etkili bir görüşmenin gerçekleşmesini destekleyebilmektedir. Tıbbi terminolojinin de karmaşıklığı, hastalar açısından büyük bir kafa karışıklığına da neden olabileceğinden, cerrahi ekip tarafından etkili iletişimin sağlanması yanlış yorumlamaları önlemektedir (Andrews ve Zaroff, 2008).

Acil cerrahi girişim geçirecek hastaların önemli bir bölümü, altta yatan patolojilerin tedavi edilmesi için ameliyata alınırlar. Bu süreçte cerrahi girişime ait prosedürün seçimi, patoloji alanında uzman cerrahların ve uygun cerrahi ekipmanın varlığı gibi bir dizi faktöre bağlıdır. Ameliyat öncesi dönemde, cerrahiye ait tüm hazırlığın yapılması ve hastaya ait bilgilerin anestezi uzmanları ile paylaşılması oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde özellikle ele alınması gereken konular arasında; bilgilendirilmiş gönüllü olur, taraf cerrahisi prosedürü, ameliyathane organizasyonundan sorumlu ekip üyesi ile iletişim kurarak cerrahi girişimin detayları ve vakanın aciliyeti hakkında bilgi verilmesi, gerekli durumlarda da ameliyat sonrası için yoğun bakım ünitesi ile iletişim yer almaktadır (Brooks ve Simpson, 2010).

Acil cerrahi girişim kararının alınmasında öncelikle yapılacak girişimin hasta için en fazla yarar sağlayacak tedavi seçeneği olup olmadığına karar verilmelidir. Eğer bu süreçte mevcut tedavi seçeneklerinin hastaya bir faydası olamayacağı sonucuna varılırsa, etik yaklaşım cerrahi girişimin gerçekleştirilmemesini savunmaktadır (Andrews ve Zaroff, 2008). Acil cerrahi girişim gerektiren durumlarda, cerrahi ekip üyelerinin hızlı ve etik kararlar alması gerektiğinden cerrahi ekip önemli ölçüde baskı, aşırı stres ve zaman kısıtlaması gibi karmaşık koşullar altında tedavi ve bakımı sağlamak durumundadır. Aynı zamanda acil cerrahi gerektiren duruma ilişkin nedenin, hastanın kimliğinin, tedavi seçenekleriyle ilgili hastanın isteklerinin bilinmemesi ve beklenmeyen yaralanma riski de mevcuttur. Bu süreçte, acil karar verme gerekliliği, bir takım etik durumları da gündeme getirmektedir. Sağlık profesyonelleri etik

ikilemlerle karşı karşıya kaldıklarında, hastalar hakkında sahip oldukları sınırlı bilgilerin yanı sıra, seçimlerinin olası sonuçlarını da hızla değerlendirmelidir. Sonuç olarak, yaralı hastaların bakım ve tedavi uygulamalarında hata yapma veya etik ikilemlerle karşılaşma riski yüksektir ve bu durum özellikle hayat kurtarıcı girişimlerde erken değerlendirme ve resüsitasyon süreçlerinde görülebilmektedir. Benzer şekilde, hastayı bilgilendirmek için yeterli zaman ya da fırsat olmayabilir. Travma cerrahisi geçirecek hastaların otonom ve bilgiye dayalı karar verme becerileri geçici olarak sekteye uğramış olabileceğinden gerekli tedavi için varsayılan izin, sağlık profesyonellerinin etik karar verme süreci doğrultusunda oluşturulmaktadır (Cobianchi ve ark., 2022). Elektif cerrahinin aksine, acil cerrahi girişimler sınırlı arka plan bilgisine ve karar vermek için sınırlı süreye sahiptir. Acil cerrahi ortamındaki iletişim, yararsız tıbbi bakım ve cerrahi tedaviye yol açabilecek tuzaklarla doludur. Bunlar arasında; sınırlı zaman, yetersiz eğitim, etkisiz iletişim becerileri, prognostik belirsizlik, hasta ve ailesinin kaygı durumu, eylemsizlik korkusu ve önceden bakım planlamasındaki sınırlamalar yer almaktadır (Cocanour, 2016).

4. Acil Cerrahi ve Etik Sorunlar

Acil cerrahi, bir hastanın hayatının/sağlığının akut olarak tehlikede olduğu, hastanın hayatını kurtarmak, organlarını/uzuvlarını korumak veya hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla acil müdahale gerektiren bir süreçtir (Timofte ve ark., 2015). Acil cerrahi girişimlerde uygulanan her türlü tıbbi müdahale sırasında, hasta mahremiyetine ve etik ilkelere uyulması zorunlu olup, acil cerrahi girişimlerin gerçekleşmesi sürecinde yer alan farklılıklar, bu dönemde etik karar vermeyi etkileyebilecek özel konuları içermektedir (Sanders, 2008).

4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur İlişkin Sorunlar

Acil cerrahi girişim için hastanın bilgilendirilmiş gönüllü olur sürecine dâhil olamaması, bir başka etik konu olup, çok acil durumlarda, hekim tarafından hastanın izni olmadan cerrahi tedavinin uygulanmasına karar verilebilmektedir. Bu duruma alternatif olacak diğer bir uygulama ise, sınırlı yeterliliğe sahip hastalar veya zamanın çok kısıtlı olduğu durumlarda, bilgilendirilmiş gönüllü olur prosedürünün kısaltılmış bir versiyonunun kullanılmasıdır. İdeal şartlarda, uygun zaman sağlandığında hekim tarafından bilgilendirilmiş gönüllü olur sürecinde hastanın yerine karar verebilecek bir vekil belirlenerek, hastanın özerkliğinin korunması sağlanmaktadır (Andrews ve Zaroff, 2008).

Acil cerrahide, hastanın karar verme kapasitesinin değerlendirilmesinde, bilgilendirilmiş gönüllü olur temel unsurdur. Bu kapsamda, hastanın alkol/ madde kullanımı gibi karar verme kapasitesini etkileyebilecek bilinmeyen durumlar gözlenebilir ve karar verme kapasite-

sinin karara özgü olması nedeniyle istenmeyen olumsuz sonuçlar meydana gelebilmektedir. Örneğin, bir motorlu araç kazasından sonra travma tedavisi gerekli olan hastanın tedaviyi reddetmesi sonucunda ani ölüm görülebilmektedir. Acil cerrahide yer alan ekip üyeleri, hasta özerkliğine saygı duymak durumunda olmalarına rağmen, bilgilendirilmiş gönüllü olur sürecine ait bazı istisnalar mevcuttur. Acil bir durumda bilgilendirilmiş gönüllü olur almak için zaman yoksa hayatın korunması adına gerekli girişimler hızlıca planlanmalıdır. Ancak hayatı tehdit eden bir durum yoksa, hastanın karar verme süreci beklenirken standart tıbbi tedavi ve bakım sunulmalıdır. Halk sağlığının ve toplumsal faydanın sürdürülmesi gibi bazı özel durumlarda da bireyin tedavi için rızası geçersiz olmaktadır; örneğin, tüberküloz hastalığı olan bir hastanın tedavi ve bakım seçenekleri konusunda tercih hakkı bulunmamaktadır (Sanders, 2008).

Acil cerrahi girişim geçirmesi gereken hastaların büyük kısmının bilinçsiz, akut bir travma geçirmiş, şiddetli düzeyde ağrı yaşadığı düşünüldüğünde hastanın rızası etik açıdan oldukça önemli bir durumdur (Yaylacı ve ark., 2007). Acil müdahale öncesinde, rızanın alınmaması bu gibi durumlarda etik açıdan da kabul edilebilir olup, yaşam kurtarıcı girişimin hemen yapılması sonucunda hastanın yaşamının tehlikeye girme olasılığı olduğundan rıza alınmadan da müdahale yapılabilmektedir. Hastanın bilinçli olmadığı ve sözel iletişim kuramadığı ancak acil cerrahi girişimin yaşamsal bir öneme sahip olduğu durumlarda hastanın onayı alınamayabilir. Aynı şekilde, hastanın mental sorunlar nedeniyle rıza gösterme kapasitesine sahip olmadığı ve hasta adına vekilen rıza gösterecek bir kişinin bulunamaması/rıza gösterecek yeterliliğe sahip olamaması gibi özel durumlarda da etik açıdan onay alınmayabilir (Ersoy ve ark., 2010). Bu durumda cerrahi süreçte, görev alan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin yasal bir sorun yaşamaması için yapılan tüm girişimler gerekçeleri ve tanıkları ile kaydedilmelidir (Şimşek, 2015). Özerkliğe saygı, yasal bir zorunluluktan ziyade hastanın onuruna saygı olarak görülmelidir. Onam/rıza, bir tıbbi müdahalenin özerk yetkilendirmesidir ve hasta özerkliği ile kişilere saygı etik ilkelerine dayanmaktadır. Tıbbi ve cerrahi bakım için hastanın rızasının alınması da yasal bir zorunluluktur. İmzalı onam, hasta tarafından anlaşılır yeterli açıklamayı ve hastanın özgür karar vermesini gerekli kılan önemli bir konudur (Clara ve ark., 2004). Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili kararlara daha aktif katılımını teşvik eden bir mekanizma olarak da açıklanabilen bilgilendirilmiş gönüllü olurun etkin olabilmesi üç koşula bağlıdır. İlk olarak, hastanın elindeki seçimi yapmak için uygun kapasiteye veya yetkinliğe sahip olması gerekmektedir (Moskop, 1999). **Kapasite**, bir kişinin karar verme (sağlık hizmetlerine rıza gösterme veya vasiyet değiştirme gibi) veya belirli bir görevi yerine getirme (araba kullanmak veya bağımsız yaşamak gibi) yeteneğini tanımlamaktadır. Hasta özerkliği ilkesinin temelidir. Kapasite, bilişsel beceri gerektirdiğinden, bilişi etkileyen her-

hangi bir durum veya tedavi, karar verme kapasitesini potansiyel olarak bozabilmektedir. Bir hastanın yeterli kapasiteye sahip olup olmadığının belirlenmesi, özerkliğe saygı duyma ile hastanın çıkarları doğrultusunda hareket etme (yararlılık) arasında doğru dengenin kurulmasını gerektirmektedir (Cocanour, 2016). İkincisi, hastaya bilinçli bir seçim yapmasına izin verecek yeterli tedavi alternatifleri hakkında bilgi verilmelidir (Moskop, 1999). **Açıklama**, ilgili bilgilerin hekim tarafından sağlanması ve hasta tarafından anlaşılması anlamına gelmektedir. Açıklamanın gerekli unsurları, hastanın teşhisi hakkında net bir bilgi, cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi dahil olmak üzere süreci yönetmek için terapötik alternatifler ile her alternatifin yararları ve risklerinin detaylı bir açıklamasını içermektedir (Clara ve ark., 2004). Üçüncü olarak da hasta herhangi bir zorlama veya baskı olmaksızın gönüllü olarak tedaviye onay vermelidir (Moskop, 1999). **Gönüllülük**, hastanın zorlama veya manipülasyon olmadan özgürce karar verme hakkını ifade etmektedir. İç ve dış faktörler, hastanın bakım ve tedavi kararını etkileyebilmektedir ve hastalar, aldıkları bilgiler eksik veya yanlış olduğunda manipüle edilebilmektedir. Bu nedenle, hastalardan bilgileri anladıkları şekilde kendi sözleriyle tekrarlamalarını istemek yararlı bir stratejidir. Acil cerrahi girişimler, hastanın özgür ya da gönüllü karar verebilmesine engel olabileceğinden acil cerrahi girişim sürecinde bu konuya duyarlı bir yaklaşım göstermek önemlidir (Clara ve ark., 2004).

Hastalara bakım ve tedavi alternatifleri hakkında uygun bilgilerin iletilmesi ve böylece bilinçli bir seçim yapmalarının sağlanması sağlık profesyoneli-hasta etkileşiminin temel bir özelliğidir. Hastanın acil serviste geçireceği zaman kısıtlı olabileceğinden tedavi alternatifleri hakkında resmi bilgi verme ve tedaviye yönelik onay alma süreci, diğer muayenehane ortamlarına göre acil serviste daha farklı yürütülmektedir. Acil servis, hastalarının üniteye gelişi ve bakım vericisi seçme gibi konularda bir kontrolü olamayabilir. Bu nedenle mümkünse hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur almak, özerkliklerine saygı duymanın hali hazırda tek mevcut yolu olabilir. Ancak acil sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri, acil serviste bilgilendirilmiş gönüllü olur sorumluluklarının yerine getirilmesini diğer ortamlara göre daha karmaşık hale getirmektedir. Acil durumlarda, bir hastanın ölümünü ya da ciddi zarar görmesini önlemek için acil tedavi gerekiyorsa, bu tedavi bilgilendirilmiş gönüllü olur olmaksızın sağlanabilmektedir (Moskop, 1999). Özerklik ilkesine dayanarak, hastalar ve vekilleri, yetkin görüldükleri, yeterince bilgilendirildikleri ve karar vermeye zorlanmadıkları sürece herhangi bir tıbbi prosedürü veya tedaviyi reddetme hakkına da sahiptir. Bir hastanın tıbbi prosedürleri reddetmesi, tedavinin durdurulmasını veya geri çekilmesini içerebilmektedir. Bilgilendirilmiş gönüllü olunun gerekli olmadığı tek zaman, hastanın olur veremediği, aile üyelerinin bulunmadığı ve tedavinin ertelenemeyeceği acil durumlardır. Resmi izin sürecine ilişkin bu istisna,

hastanın mümkünse önerilen prosedür için izin vereceği varsayımıyla oluşturulmaktadır. Bu istisna, yalnızca yaşamı tehdit eden bir durum varlığında uygulanmaktadır ve acil durum yönetildikten sonra diğer girişimler için hastadan ya da bilişsel bozukluğu devam ediyorsa, bir vekilinden onay alınmalıdır.

Bir hastanın bilgilendirilmiş gönüllü olur için kapasitesinin bulunmadığına karar verildiğinde vekilen bir karar vericiye gereksinim duyulmaktadır. Vekil tayininde genel olarak sıralama; eş, yetişkin çocuklar, anne baba, kardeşler ve diğer akrabalar şeklindedir. Vekil karar verici, verdiği kararları hastanın önceki durumuna, özerkliğine ve mevcut bilgiler doğrultusunda hastanın isteklerine/çıkarlarına dayandırmakla görevlidir. Vekiller, hastanın sağlık bakımıyla ilgili kararlar verirken; kendi tercihleri, ilgi alanları, duyguları, deneyimleri ve dini inançları gibi diğer faktörleri de dikkate alabilmektedir. Bu durum, beklentiler ile acil cerrahi girişimin sonuçları arasında kopukluk, yararsız ameliyat ya da tedavide beklenen etkinin görülememesine yol açabilmektedir (Cocanour, 2016).

4.2. Kardiyopulmoner Resüsitasyona İlişkin Sorunlar

Acil cerrahi girişim sürecinde, genellikle hastalarının kimlikleri, tıbbi durumları ve istekleri hakkındaki bilgilerden yoksun olan ekip üyeleri; hayat kurtarmaya çalışmak için hızlı bir şekilde müdahale etmektedirler. Ancak daha sonra, hastanın yakınlarından veya tıbbi kayıtlardan edinilen bilgilere göre, hastanın ölümcül bir hastalığı olduğunu veya ölmek üzere olduğunu, canlandırma ve yaşatma çabalarına gereksinim duymadığını, hatta dayanılmaz ağrıları olduğunu ve ölmeyi dilediğini öğrenebilirler. Yine de hasta acil servise geldiğinde mevcut olan sınırlı bilgi nedeniyle, resüsitasyon girişiminde bulunulması ahlaki olarak doğru kabul edilmektedir (Iserson, 2006).

Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR), tıbbi bakımda bir sınırlama olmadığı sürece başlatılan birkaç önemli prosedürden biridir ve özellikle kardiyak arrest geliştiğinde yaşanan saniyelik gecikmeler bile resüsitasyon başarısını önemli ölçüde azaltmaktadır. Hastanın veya vekilinin resüsitasyon istemediğine dair bilgiyi sağlık ekibine iletmesi önemlidir. Amerikan Kalp Derneği (2005) tarafından CPR uygulamasını durdurmak için kullanılan kriterler; hastanın geçerli bir DNR kararı olması, hastada geri dönüşü olmayan ölüm belirtileri (örneğin, rigor mortis) olması ve maksimal tedaviye rağmen hayati fonksiyonlar kötüleştiğinden hiçbir fizyolojik fayda beklenmeyen (örneğin, kardiyojenik şok) durumlardır (Sanders, 2008).

4.3. Yeniden Canlandırma Yapmama Kararına (Do Not Resusuite-DNR) İlişkin Sorunlar

Etik ilkeler kapsamında hastanın yaşamı ile ilgili karar verme süreçlerinin ön planda olması ve bireylerin başkalarına bağlı olarak yaşamaktansa ani ve acısız bir ölümü tercih etmeleri yeniden canlandırma yapmama kararı (Do Not Resusuite-DNR) uygulamasını gündeme getirmiştir. DNR kararı çoğunlukla kurtulması pek mümkün görülmeyen, kalıcı sekeller olacağı öngörülen ya da ileri evre hastalığı olan bireylerde, kalp ve solunumun fonksiyonunun durması halinde, kalp ve solunuma ilişkin desteğinin verilmemesi kararı olarak tanımlanmış ve zamanla yazılı DNR talimatları da oluşturulmuştur.

DNR kararı, etik ve yasal anlamda birçok soru işaretlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Etik açıdan değerlendirildiğinde, otonomi ilkesi kapsamında, hastanın kendi bakım ve tedavi sürecine ilişkin karar verme hakkı olduğu belirtilmekte iken zarar vermeme ilkesi kapsamında da tedavi amacıyla yapılan girişimlerinin önünde bir engel olarak görülmektedir. Aynı zamanda, DNR kararının yasal bir boyutunun olması durumunda, bu uygulamaların sağlık profesyonellerinin etik bütünlüğünü zedeleyebileceği, bilinçli olarak etkisiz/sözde resüsitatif girişimlerin söz konusu olabileceği ve hasta- kurtarıcı ilişkisinin sarsılabileceği de belirtilmektedir. Bu nedenle, DNR kararı ile bireyin en temel hakkı olan yaşama hakkının elinden alınması anlamına gelebilecek uygulamalar arasındaki bu ince sınırın çok iyi korunması gerekmektedir (Kaya, 2017).

Yeniden canlandırma yapmama kararı verilen hastalar acil cerrahi girişim geçirmek durumunda kalabilmektedirler. İlerlemiş malignitesi olan bir hastada, bağırsak tıkanıklığını tedavi etmek bu sürece bir örnektir. Bu hastalar ameliyat olduklarında, potansiyel olarak düzeltilbilir kardiyopulmoner arrest riskleri ile rutin anestezi yönetiminin ayrılmaz bir parçası olarak kullanılan ilaçlar ve prosedürlere (entübasyon, vazoaaktif ilaçlar) maruz kalabilirler. Gerekli yeniden değerlendirme görüşmesini takiben hastanın DNR uygulanma durumu hakkında bir karara varıldığında, hekim DNR uygulanma durumunu belgelemeli ve ameliyat ekibinin diğer üyelerine ileterek cerrahi ekip üyelerinin hastanın ileri bakımını anlamasına ve yorumlamasına yardımcı olması gerekmektedir (Cocanour, 2016).

4.4. Yararsızlık Kapsamında Görülen Sorunlar

Yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleriyle ilgili en alakalı konulardan biri yararsızlıktır. Tıpta, hasta için önemli bir fayda sağlama olasılığı düşük olan müdahaleler yararsız olarak tanımlanır. Bir tedavi, fayda olasılığı çok düşük olduğunda yararsızdır (Clara ve ark., 2004). Acil cerrahi ekibi bazı durumlarda daha fazla müdahalenin boşuna olduğunu düşünebilir. Bu

“boşluk” terimi tıbbi müdahaleler için “yararsız”, “etkisiz”, “tıbbi açıdan uygunsuz” veya “başarı olasılığı düşük” gibi daha spesifik şekilde de ifade edilebilmektedir (Iserson, 2006). Tıbbi ya da cerrahi bakım ve tedavi, kabul edilen terapötik hedefi karşılayamıyorsa, o zaman boşuna sayılmaktadır. Niteliksel tıbbi yararsızlık, ameliyatın veya tedavi sürecinin hastanın bakım hedeflerini karşılayıp karşılamama ve kabul edilebilir bir yaşam kalitesine yol açmayacağı durumdur. Bilinen anatomik veya biyokimyasal anormalliklerin başarılı tıbbi müdahalelere izin vermediği ve klinik müdahalenin genellikle amaçlanan fizyolojik etkisini göstermediği durumlar da fizyolojik yararsız olarak kabul edilmektedir (Cocanour, 2016; Iserson, 2006).

Hastane öncesi acil bakım girişimlerinde müdahale etmeme veya hastanelere nakil sağlanamama nedenleri arasında rigor mortis, algor mortis, tanınmayacak kadar yanmış hastalar veya yaşamla bağdaşmayan yaralanmalar, başarısız olan uzun süreli normotermik resüsitatif girişimler, izoelektrik EKG ile uzun süreli “duruş süresi” veya nabızsız elektriksel aktivite yer almaktadır. Acil ekibi, tıbbi kaynakları nafile bir resüsitatif çaba için harcamak zorunda değildir (Iserson, 2006). Bu süreçte, belirli bir müdahalenin neden faydalı olmadığına dair anlaşılır bir açıklama yapılmak suretiyle hasta vekili ile tartışılmalıdır. Ayrıca yalnızca tıbbi bakımın değil bakım hedeflerine ulaşamadığında spesifik tedavilerin de yararsız olabileceği vurgulanmalıdır. Bunun yanı sıra, belirli bir tedavi ya da prosedür yararsız görülse bile, tıbbi bakımın asla yararsız olmayacağı konusunda hasta ve vekiline güvence verilmelidir (Cocanour, 2016). Yararsızlık kavramı, ölmekte olan hastaların bakımını reddetmek için kullanılmamalıdır. Ölümcül hastalar bile müdahale gerektiren tıbbi acil durumlara sahiptir. Bu hastalarda amaç acıyı azaltıp, palyatif bakım sağlamaktır (Iserson, 2006).

4.5. Çift Etki İlkesine İlişkin Sorunlar

Çift etki ilkesi, iyi bir amaç peşinde koşmanın (fayda) bir yan etkisi olarak ahlaki açıdan ciddi bir zarar (zarar) meydana geldiğinde ortaya çıkmakta ve iyilik ile kötülük arasındaki çatışma olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda klasik örnek, ölümü hızlandırma bile (zarar vermeme) ağrıyı gidermek için ilaç verilmesidir (yarar sağlama). Bu ilke, iyi bir amaca ulaşmak için ahlaki açıdan zararlı olmaktan belirgin şekilde farklı olup, cerrahi girişim sürecinde iyilik yapmaya ve hastanın refahını arttırmaya çalışmakta, ancak acıya ve hatta ölüme neden olabilmektedir. Acil cerrahi girişimler kapsamında, bir hastanın perfore kolon onarımı ameliyatı sırasında cerrahi prosedürden kaynaklanan komplikasyonların ölüme yol açabilmesi bu duruma bir örnektir. Çift etki ilkesi, cerrahın hastayı önceki işlevsel durumuna geri döndürme amacıyla bir yaralanmayı onarmasına veya bir hastalığı tedavi etmesine izin vermektedir. Ancak bu girişim sırasında, ağrı ve hatta ölümlerle sonuçlanabilecek komplikasyonlar da meydana gelebilmektedir (Cocanour, 2016).

5. Acil Cerrahi Süreçlerde Karşılaşılan Etik Durumlar

Ameliyathanelerde en sık karşılaşılan etik sorunlar; hastalarla samimi iletişim kuramama, hastaların beklentilerini göz ardı etme, sterilite ilkelerine uymama, yanlış cerrahi, eksik kayıt, hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur almama ve yanlış yapılan ameliyatlardır.

Acil cerrahi girişim planlanan hastalar arasında adli vakalar da bulunmaktadır. Acil cerrahi girişim gerektiren adli vakalar; patlayıcı maddeler, saldırılar, ateşli silah yaralanmaları ve yanıkların neden olduğu fiziksel yaralanmalar; ciddi yaralanmalara neden olan iş, trafik ya da doğal kaynaklı olmayan diğer kazalar; kendi kendini yaralama şüphesi ya da intihar girişimi ve zehirlenmeleri içerir (Erkan ve ark., 2017). Adli vakalar, hızlı bir müdahaleyi gerektirmekte olup, bu süreçte kanıt niteliği olabilecek tüm materyallerin korunması ve güvenliğinin sağlanması oldukça önemlidir (Karadayı ve ark., 2013). Acil cerrahi girişim sürecinde, elde edilen ve önemli kanıt niteliği taşıyan tüm materyallerin, adli vaka prosedürüne uygun şekilde yönetilmesi zarar vermeme ve adalet ilkeleri kapsamında değerlendirilmekte olup, bakım uygulamaları sırasında bu cerrahi kanıtların korunması oldukça önemlidir.

Acil cerrahi girişimlerde, elektif ameliyatlardan farklı olarak sürecin hızlı bir şekilde planlanması ve yürütülmesi nedeniyle, rutin perioperatif süreç yönetimi sağlanamadığı için, tedavi altına alınan bireyin bakımında etik ihlaller ve sonucunda da hastanın zarar görmesine neden olabilecek birtakım sorunlar meydana gelebilir. Bu sorunlardan bazıları; ameliyat sırasında sürecin çok hızlı ilerlemesine bağlı spesmen kaybı ve malzeme sayımlarının olması gerekenden daha hızlı ve az sayıda yapılmasına bağlı hastada yabancı cisim unutulması şeklinde sıralanabilmektedir. Acil cerrahi girişimlerde, rutin ameliyat öncesi hazırlık kapsamında yapılan uygulamalarda eksiklikler olabilmektedir. Bunlar arasında da; tedavi ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir bileşen olan laboratuvar tetkikleri ve tanısal görüntüleme yöntemleri sonuçlanmadan hastanın ameliyata alınması, hastanın üzerindeki giysi, takı vb. özel eşyaların çıkarılmaması, kan tranfüzyon ihtiyacının belirlenememesi, ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgilendirilmiş gönüllü olur formlarının uygun şartlarda alınmaması yer almaktadır. Benzer şekilde de ameliyat sırası bakım uygulamaları kapsamında; kılların tıraş edilmemesi ve cilt antisepsisini kapsayan cilt hazırlığının yapılamaması, piercing ve protez tırnak gibi materyaller hastadan çıkarılmaması söz konusu olabilmektedir. Acil ameliyatın gerçekleştiği anatomik bölgede, organ ve dokuların daha fazla zarar görmemesini sağlamak için, hızlıca alınan organın tamamen çıkarılması (histerektomi), ekstremitenin bir bölümünün kesilmesi (amputasyon) ve stoma açılması gibi kararlarda, etik yaklaşım olarak yararlılık ilkesi göz önünde tutularak gerekli girişimler planlanmaktadır. Yine yarar sağlama ve zarar ver-

meme ilkesi kapsamında ameliyathane hemşireleri, cerrahi el yıkama, ameliyatta kullanılan ekipmanların hazırlığı, ve steril ortam oluşturma süreçlerinde cerrahi asepsi ilkelerine uygun davranarak bu komplikasyonun önlenmesinde ve kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır (Aghamohammadi ve ark., 2021).

Cerrahi acil durumlarda etik ikilemin tipik bir örneği, bir Yehova Şahitleri'nin kan transfüzyonu ihtiyacıdır. Bu durumda, yararlılık ile özerkliğe saygı ilkeleri arasında bir çatışma vardır. Yehova Şahitleri, tüm tıbbi müdahalelere izin vermektedir, ancak kan ve kan ürünü naklini reddetmektedirler. Bu nedenle, günümüzde bu gibi durumlarda hastanın özerkliğine saygıyı yarar sağlamaktan daha çok tercih etme yönünde artan bir eğilim vardır. Yehova Şahitleri'nin bakım ve tedavisine ilişkin bu çelişkili durum, cerrahi ekibin acil hastayla ilgilenme görevi, kan transfüzyonuna gereksinimi olan hastanın yoğun bakım ve perioperatif süreci, yeterlilik durumu ve hastanın tercihi ile yasal yükümlülükler nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Bu nedenle, özellikle acil durumlarda multidisipliner ekip üyeleri ya da kurumlarda oluşturulan biyoetik kurullardan etik ve yasal tavsiye alınmalıdır (Clara ve ark., 2004).

6. Acil Cerrahide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Cerrahide çeşitlilik, “Bakış açılarının, sosyoekonomik geçmişlerin, cinsiyetin, cinsel yönelimin, engellilik durumunun, ırkın ve etnik kökenin geniş bir temsili” olarak tanımlanmıştır. Acil cerrahi ekip, acil cerrahi hastalarına etkin bakım sağlamak için kişilerarası becerilere gereksinim duyan, farklı uzmanlıklara ve farklı geçmişlere sahip sağlık profesyonellerini kapsadığından tanım gereği çeşitlik içerir (Cobianchi ve ark., 2022). Cerrahi ekip, ortak bir hedefe ulaşmak için birlikte çalışan, klinik durumun karmaşıklığını anlayan, uygun kararlar veren ve güvenli cerrahi gerçekleştiren farklı görevlere sahip farklı mesleklerden oluşur. Tüm bu üyelerin performansı, cerrahi çalışmanın sonuçları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Aghamohammadi ve ark., 2021; Koosha, 2021). Acil cerrahi ekipleri, anestezi, acil tıp uzmanları, cerrahlar, hemşireler ve bakım destek personeli gibi farklı uzmanlık alanlarından gelen multidisipliner bir gruptan oluşur ve ekibin tüm üyeleri acil hasta değerlendirmesi ve tedavi sürecinde aktif rol oynar. Bu nedenle, travma ve acil durumlarda ekip dinamikleri kritiktir (Cobianchi ve ark., 2022).

Acil bakım ortamları, akut gelişen hastalıklar, travma ve yaralanma durumlarında meydana gelen sağlık sorunlarının tedavisine yönelik sağlık bakım hizmetlerinin yürütüldüğü birimler olup sağlık profesyonellerinin etik yükümlülüklerini yerine getirmesi gereken öncelikli alanlardan biridir (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018; Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil cerrahi girişimler plansız ve hızlı bir şekilde geliştiğinden hem cerrahi ekibin ve ortamın hem de hastanın hazırlığı

için oldukça kısa bir süre vardır (Dolgun ve Özsoy, 2023). Bu süreçte, ekip içi sağlıklı iletişimin sürdürülmesi oldukça önemlidir. Bu ekibin etkin bir üyesi olan hemşireler, acil birimdeki sağlık ekibi içerisinde özellikle hasta ve hasta yakınlarıyla yakından ve sürekli etkileşimde olan sağlık bakım profesyonelleri olduğundan üstlendikleri rol ve sorumluluklar ile kilit noktada yer almaktadırlar (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018; Dolgun ve Özsoy, 2023). Acil birimlerde gerçekleştirilen tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumunda etik karar vermeyi gerektiren acil servise özgü farklı süreçlerde etik sorunlar görülebilmektedir (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018).

Hemşireler, acil cerrahi uygulamalarında; yaşam, ölüm, kişilerarası ilişkiler, çevre, biyo-teknoloji ve genetik gibi hem teknolojik hem de sosyal yaşamdaki önemli sorular ve değişiklikler konusunda hastaya rehberlik etmeli, klinik bilgilerini etik bir yaklaşımla sentezleyerek bakım sunmalıdır. Acil cerrahi süreçlerin yönetiminde, etik yönleri incelemek ve araştırmak hemşirelerin bu özel konular hakkında daha fazla şey öğrenmelerine ve acil bakım gereksinimi olan bireyler ile kurduğu etkileşim yoluyla gerçeği düşünmelerine yardımcı olacaktır (Jimenez-Herrera ve Axelsson, 2014). Hem hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, hem de acil kliniklerinde çalışan klinisyenler dört zorunlulukla çalışmaktadırlar. Bunlar, mümkün olduğunda hayat kurtarmak, ağrıyı azaltmak / gidermek, hastaları ve aileleri rahatlatmak ile sağlık çalışanlarını/hastaları yaralanmaya karşı korumaktır. Hayat kurtarmak, acil tıbbi ortamlarda diğer birçok ortama göre daha sık ve daha dramatik bir şekilde gerçekleşebilmektedir (Iserson, 2006).

Kitleselel yaralanma olaylarında, cerrahi ünitelere çok sayıda hastanın aynı anda başvurusu söz konusu olduğunda, kaynakların adil ve etkili kullanımının sağlanması ile eksiksiz kayıt tutulması önemli olup, adalet ilkesi doğrultusunda sağlık bakım uygulamalarına yön verecek kararlar alınmalıdır. Hemşireler tarafından kaynakların adil kullanımının sağlanması, gerek mesleğine, gerek çalıştığı kuruma, gerekse bakım verdiği hastaya karşı sorumluluk duygusundan ve meslek etiğine uygun ilkeler doğrultusunda karar almasından kaynaklanmaktadır. Bakım maliyetini de etkileyebilecek birçok sorunla karşılaşılan acil cerrahi süreçlerde kaynakların etkin kullanımının ülke ekonomisine yararını da göz ardı etmemek gerekir. Acil cerrahi süreçlerde etik ihlallerin sıkça görüldüğü durumlar arasında adli vaka olarak da değerlendirilen kırılğan gruplara yaklaşım (kadın, çocuk, yaşlı, özel gereksinimi olan bireyler, göçmen ve mülteciler, farklı etnik kökene sahip bireyler), ihmal ve istismar vakaları, darp ve şiddet olayları yer alır. Bu gibi olaylarda, aileye bilgi verme ve onam alınması sırasında yaşanan etik ikilemler konusunda sürece yönelik yol haritalarının önceden oluşturulmuş olması yaşanan sorunların azalmasına katkıda bulunacaktır. Bu gibi durumlarda bildirim yapma zorunluluğu ile bilgi gizliliğinin sağlanması ve sürdürülmesi de tüm sağlık bakım ekibinin sorumluluğundadır.

Doğası gereği karmaşık bir ortam olan ameliyathanelerde farklı uzmanlıklara sahip birçok disiplin üyesi, çoğu zaman acil cerrahi girişimler olmak üzere çeşitli nedenlerle cerrahi girişim geçirecek hastalara optimum bakım sağlamak amacıyla birlikte çalışmaktadır. Bu süreçte ameliyathane hemşireleri, meslektaşları ve hastalarla etkileşimlerinde çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Ayrıca işyerindeki sorunların ve eksikliklerin niteliği ne olursa olsun hemşireler, sunulan bakımının hastalara yarar sağlaması ve zarar vermesinin önlemesi konusunda sorumluluk sahibidirler. Bu nedenle, hastalara bakım verirken etik ilke ve standartları sürekli göz önünde bulundurmak ameliyathane hemşirelerinin ahlaki görevidir. Hasta mahremiyetinin korunması, başta perioperatif dönem hasta savunuculuğunu üstlenen ameliyathane hemşireleri olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri için önemli bir endişe kaynağıdır.

7. Sonuç

Acil bakım ortamları, akut gelişen hastalıklar, travma ve yaralanma durumlarında meydana gelen sağlık sorunlarının tedavisine yönelik sağlık bakım hizmetlerinin yürütüldüğü, hızlı müdahale ve etkili bakımın sürdürüldüğü zor ve karmaşık süreçleri içermektedir. Bakım ve tedavi girişimlerinin kimi zaman plansız ve hızlı bir şekilde uygulandığı bu bakım ortamlarında hem ortamın doğası gereği yaşanan karmaşa hem de akut gelişen yaşamı tehdit edici sağlık sorunları nedeniyle etik sorunların yaşanması olasıdır. Acil hastaların hayatlarını korumak veya önceki sağlık durumlarına dönüşü kolaylaştırmak için gerekli görülen girişimlerin yapıldığı bu tedavi alanlarında birçok sağlık disiplini bir arada çalışmaktadır. Bakım ve tedavi uygulamalarının dinamik bir şekilde sürdürüldüğü hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, acil servislerde ve acil cerrahi girişimin uygulandığı acil bakım ortamlarında verilecek etik kararlar, birey için hayati değere sahip olup, etik sorunların çözümünde sağlık profesyonellerine etik karar vermeleri konusunda ışık tutacak olan yol haritalarının oluşturulması önemlidir.

Kaynakça / References

- Aghamohammadi, F., Imani, B., & Koosha, M. M. (2021). Operating room nurses' lived experiences of ethical codes: a phenomenological study in Iran. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(3), 332-338. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.012>
- Andrews, J. & Zaroff, L. (2008). Surgical ethics. In Singer P.A. (Ed.) *The Cambridge Textbook of Bioethics* (pp. 447-453). New York: Cambridge University Press.
- Bayraktar, A. & Sivrikaya, S. (2018). Nursing ethics at emergency department, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(1), 57-62.
- Brooks, A., Alastair, J., & Simpson, D. (2010) The Initial Approach to the Emergency Surgery Patient. In Brooks, A., Cotton, B.A. Tai, N., & Mahoney, F.P. (Eds.), *Emergency surgery* (pp. 3-5). Blackwell Publishing Ltd.
- Clara, A., Roman, B., Ortiz, E., & Vidal-Barraquer, F. (2004). A practical approach to ethical problems in surgical emergencies. *Acta Chirurgica Belgica*, 104(2), 125-128. <https://doi.org/10.1080/00015458.2004.11679523>

- Cobianchi, L., Dal Mas, F., Massaro, M., Biffi, W., Catena, F., Coccolini, F., & Ansaloni, L. (2022). Diversity and ethics in trauma and acute care surgery teams: Results from an international survey. *World Journal of Emergency Surgery*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00446-8>
- Cocanour, C.S. (2016). Ethics and the emergency care of the seriously ill and injured elderly patient. *Current Geriatrics Reports*, 5, 55-61. <https://doi.org/10.1007/s13670-016-0156-y>
- Dolgun, E. ve Özsoy, H. (2023). Aşırı şişman, acil, yaşlı, çocuk hastaların cerrahi süreçte bakımı. Yavuz van Giersbergen, M. (Ed.). *Cerrahi hemşireliği kitabı içinde* (s.259-271). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Erkan, I., Yeşilyurt, A., & Kayserili, A. (2017). Analysis of awareness for healthcare professionals in forensic nursing. *Forensic Res Criminol Int J*, 5(3), 00153.
- Ersoy, N., Özcan, S.M. ve Aydın, E.R. (2010). Acil tıpta aydınlatılmış onam. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 16(1), 1-8.
- Iserson, K.V. (2006). Ethical principles-emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics*, 24(3), 513-545. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2006.05.007>
- Jiménez-Herrera, M.F., & Axelsson, C. (2014). Some ethical conflicts in emergency care. *Nursing Ethics*, 22(5), 548-560. <https://doi.org/10.1177/0969733014549880>
- Karadayı, B., Kolusayın, M.O., Kaya, A. ve Karadayı, Ş. (2013). Acil tedavi birimlerinde adli olgudan biyolojik material alınması ve gönderilmesi. *Marmara Med Journal*, 26, 111-117.
- Kaya, A. (2017). DNR. Akçiçek, F., Akbulut, G., Şenuzun Aykar, F. ve Şahin, S. (Ed.) *Tıbbi vasiyet çalıştay raporu içinde*, (s.57-60), İzmir: Tepecik Hastanesi Yayınları.
- Moskop, J.C. (1999). Informed consent in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17(2), 327-340. [https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(05\)70062-6](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(05)70062-6)
- Sanders, A.B. (2008). Emergency and trauma medicine ethics. In Singer P.A. (Ed.) *The Cambridge Textbook of Bioethics* (pp. 469-474.). New York: Cambridge University Press.
- Stiff J.E.& Baskin B.E. (2021). Acil Serviste medikolegal konular (Özaydın, V., Çev.). Tintinalli, J.E. (Ed.) *Tintinalli acil tıp kapsamlı bir çalışma kılavuzu kitabı içinde* (s. 2014-2023). Nobel Tıp Kitabevi.
- Şimsek, U. (2015). Sağlık hukukunda aydınlatılmış rıza. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 16, 3535-3556.
- Timofte, D., Ionescu, L., Danila, R., Livadariu, R.M., Barbu, S.T. & Stoica, L. (2025). The principle of informed consent in emergency surgery-equivocal situation in making life-saving decisions. *Revista Romana de Bioetica*, 13(2), 279-289.
- Yaylacı, S., Yılmaz, S., ve Karcıoğlu, Ö. (2007). Acil tıp ve etik. *Turk J Emerg Med*, 7(4), 183-90.