Covid-19 Salgınıyla Mücadele: Yoğun Bakım Hemşireliği Meslek ve Kişisel Etik Perspektifi

Fighting with the Covid-19 Outbreak: Intensive Care Nursing Professional and Personal Ethics Perspective

Hülya LEBLEBİCİOĞLU[a], Fatma NAİR AKTAŞ[b]

ÖZ Yoğun bakım üniteleri; gerçek ve potansiyel yaşamı tehdit eden kritik sorunları olan hastaların 24 saat izlendiği, karmaşık yapılı yüksek teknolojilerin kullanıldığı ünitelerdir. Yoğun bakım ünitelerinin merkezinde yer alan hemşirelere Covid-19 salgını sürecinde çok daha fazla görev ve sorumluluk yüklenmektedir. Hemşirelik eyleme dayalı bir meslek olduğundan her alanda ve her zaman etik ile yakın ilişki halindedir. Yoğun bakım üniteleri Covid-19 salgını nedeniyle birçok etik ve ahlaki ikilemlerin doğmasına neden olmuştur. Bu derleme makale, yoğun bakım hemşireleri gözünden Covid-19 salgını ile mücadelede yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı mesleki etik argümanlarına odaklanmayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, etik, hemşirelik, yoğun bakım

ABSTRACT Intensive care units; real and potential life threatening patients are units that are monitored 24 hours a day and enhanced technologies are used. Nurses, who are at the center of intensive care units, are assigned much more duties and responsibilities during the Covid-19 epidemic process. Since nursing is an action-based profession, it is in close contact with ethics in every field and at all times. Intensive care units caused many ethical and moral dilemmas due to Covid-19 outbreak. This review article aims to focus on the professional ethical arguments experienced by intensive care nurses in combating the Covid-19 outbreak through the eyes of intensive care nurses.

Key words: Covid-19, ethics, nursing, intensive care

GİRİŞ

Koronavirüs hastalığı 2019 (Covid-19), SARS olarak adlandırılan şiddetli akut solunum sendromu ve MERS olarak bilinen orta doğu solunum sendromundan sonra aslen Asya'da açıklanan son yirmi yılda üçüncü koronavirüs enfeksiyonudur. Koronavirüsler; insanlar, develer, sığırlar, kediler ve yarasalar da dahil olmak üzere birçok farklı türde yaygın olan büyük bir virüs ailesidir. Bu hastalığa Covid-19 veya 2019 koronavirüs hastalığı adı verilmiştir.[1,2] Covid-19 salgını hızla dünyaya yayılırken, yoğun bakım ünitesi (YBÜ) uygulayıcıları, hastane yöneticileri, hükümetler, politika yapıcılar ve araştırmacılar kritik hastalardaki artışa hazırlanmalı ve bu süreci çok iyi yönetmelidir.

Yoğun bakım üniteleri; gerçek ve potansiyel yaşamı tehdit eden kritik sorunları olan hastaların 24 saat izlendiği, karmaşık yapılı yüksek teknolojilerin kullanıldığı ünitelerdir. Yoğun bakımlar kritik olarak tanımlanan hastaların hemodinamisinin sağlanması ve sürdürülmesinde, solunum, nabız, kan basıncı, beden sıcaklığı, oksijen saturasyonu gibi yaşamsal bulgularının monitörden devamlı izlendiği, gerektiğinde yapay solunu m desteği için ventilatörlerin yer aldığı, tedaviye ilişkin hastaların sıvı, beslenme solüsyonları ve ilaç desteğinin sağlandığı, tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımı hizmetlerinin ayrıcalıklı bir öneme sahip olduğu bölümlerden biridir.[3,4] YBÜ'lerinde kritik süreçteki hastaların takip, tedavi ve bakımında çalışan ekibin, yoğun bakım teknolojilerini kullanabilen ve kanıt temelli bakım bilgisine sahip multidisipliner olması gerekmektedir. Bu ekip içinde, 7/24 hasta başında olan yoğun bakım hemşirelerinin yetkin olması önemli bir kriterdir.[5,6,7] YBÜ'leri merkezinde yer alan hemşirelere Covid-19 salgını sürecinde çok daha fazla görev ve sorumluluk yüklenmektedir. Hemşirelik eyleme dayalı bir meslek olduğundan her alanda ve her zaman etik ile yakın ilişki halindedir.

Günümüzde hasta haklarına ve özerkliğine verilen önem, Covid-19 salgını nedeniyle birçok etik ve ahlaki ikilemlerin doğmasına neden olmuştur. Bununla birlikte artan hasta ve iş yükü karşılığında hemşireler yetersiz kalmakta ve YBÜ'lerinde daha kritik durumda olan hastalara yer açabilmek için stabil durumdaki hastaların servise alınması; buna ek olarak sırasıyla, hekimlerin yapması gereken görevlerin hemşireye verilmesi, mesleki hiyerarşiye göre daha alt

Geliş Tarihi/Received: 13.05.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 01.06.2020
[a]Öğr. Gör. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Bursa, Türkiye
[b]Hemşire, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Bursa, Türkiye
Yazışma Adresi/Correspondence: Hülya LEBLEBİCİOĞLU
E-posta: hlyylmz2017@gmail.com

basamaktaki kişilere daha çok iş verilmesi, hasta veya yakınlarının tedavi reddi ve hayati risk bulunmasına karşın taburculuk talebinde bulunulması vb. birçok etik sorun ortaya çıkmaktadır.[5,6,7] Bu derleme makale, yoğun bakım hemşireleri gözünden Covid-19 salgını ile mücadelede yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı mesleki etik argümanlarına odaklanmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada, Covid-19'un ortaya çıkışı ve yayılımından, yoğun bakım hemşirelerinin meslek etiği ve yükümlülüğünün eleştirel analizinden ve yoğun bakım hemşireleri gözünden salgınla mücadele hakkında bazı pratik öneriler sunulmaya çalışılacaktır.

Yeni Koronavirüs'ün Başlangıcı ve Yayılışı

Yeni koronavirüs, Aralık 2019 yılında Çin'in Wuhan Şehrinde ortaya çıkmış ve Huanan Deniz Ürünleri Pazarı ile ilişkilendirilmiştir. Çin'in Hubei eyaleti Wuhan'da canlı hayvanların satıldığı Huanan Deniz Ürünleri Pazarında epidemiyolojik bir bağlantı ile bilinmeyen bir pnömoni salgını[8,9] 31.12.2019 tarihinde de Wuhan Sağlık Komisyonu, Çin Halk Cumhuriyeti Ulusal Sağlık Komisyonu ve Çin Halk Cumhuriyeti Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi tarafından dünyaya duyurulmuştur. Covid- 2019 salgını ilk kez virüsün genetik yapısı ile birlikte Zhu ve arkadaşları tarafından özet rapor olarak 24.01.2020 tarihinde sunulmuştur.[6] Bu çalışmada üç olgudan alınan dört solunum örneğinde virüs izole edilmiş, insan hava yolu epitel hücre kültürü yapılarak virüsün hücreler üzerindeki etkisi değerlendirilmiş, elektron mikroskopisi ile sitopatik görülen hücreler incelenmiş ve viral genom sekanslaması yapılmıştır. İki olgunun iyileştiği, bir olgunun ise solunum yetmezliği nedeniyle hayatını kaybettiği bu olgu serisinde olgulardan izole edilen ve *2019-nCoV* olarak adlandırılan bu virüsün yapılan filogenetik analizde yarasa kökenli SARS-CoV (bat-SL-CoVZC45, MG-772933.1) ile %86.9 oranında nükleotit sekans benzerliği taşıdığı gösterilmiştir.[6] Bu virüse, yakın geçmişte yüzey çıkıntıları taç görünümüne benzediği için *Koronavirüs* adı verilmiştir.[10] Koronavirüsler tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Coronaviridae ailesi Nidovirales takımı içerisinde yer almakta, Coronavirinae ve Torovirinae alt-ailelerinden oluşmakta, memeli ve kuşları infekte ederek solunumsal, enterik, nörolojik ve hepatik çeşitli hastalıklara yol açabilmektedir.[11]

Chan ve arkadaşları tarafından literatürdeki ilk aile kümelenmesi yayınlanmıştır. Kişiler arasında bulaşın gösterildiği bu çalışma salgının yayılımı açısından önemli veriler sunmaktadır.[12] Bu dönemde salgının hızla yayılımı üzerine Çin Halk Cumhuriyeti tarafından bir takım önlemler alınmıştır. Çin Halk Cumhuriyeti Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi virüsün genom sekansını dünya ile paylaşmış, yeni polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) kiti tanı için hazırlanmıştır. Vücut sıcaklığı 37.3°C'nin üzerinde olan kişilerin Wuhan'dan çıkışına kısıtlama getirilmiştir. Öncelikle Çin'in Wuhan şehrinde, sonrasında da Hubei eyaletinin genelinde DSÖ tarafından önerilmese de karantina uygulamasına başlanmıştır.[8,13] Çin dışındaki ilk vaka 13 Ocak 2020' de Tayland'daki Çinli bir turistte görülmüştür.[14]

Devam eden yeni koronavirüs salgınıyla ilgili Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)[15] 30 Ocak 2020 tarihinde, Covid-19'u uluslararası halk sağlığı sorunu kabul ederek salgın hastalık ilan etmiştir. DSÖ yetkilileri 11 Şubat 2020 tarihinde bu salgını "Covid-19" pandemisi olarak adlandırmıştır. Salgın Çin'den sonra başta Asya bölge ülkeleri olmak üzere kısa sürede birçok ülkeye yayılarak tüm dünyayı etkileyen uluslararası bir boyuta ulaşmıştır.[16] Uluslararası boyutta ele alındığında koronavirüs tespit edilen kişi sayısı 12 Mayıs 2020 itibarıyla 4,273,166' dır. Yeni koronavirüs enfeksiyonuna bağlı gerçekleşen ölüm sayısı 287,622'dir. 1,536,366 kişi iyileşerek hayatına devam etmektedir. Enfekte hastaların %98' i orta şiddette iken %2'si kritik seviyede olduğu belirtilmiştir. Dünya sırlamasına incelendiğinde birinci sırayı Amerika Birleşik Devletleri, ikinci sırayı İspanya, üçüncü sırayı Rusya ve dördüncü sırayı Birleşik Krallık izlemektedir. Ülkemiz

dokuzuncu sırada yer akmaktadır.[17] (Tablo 1).

Tablo 1. Ülkelere göre koronavirüs vaka, vefat, iyileşen hasta sayısı*

	Toplam Vaka Sayısı	Yeni Vaka Sayısı	Toplam Ölen Sayısı	Toplam İyileşen Sayısı	Aktif Hasta Sayısı	Durumu ağır, Olası/Kesin Durumda Hasta Sayısı
ABD	1.385.893	59	81.796	262.225	1.041.872	16.484
İspanya	268.143		26.744	177.846	63.553	1.650
Rusya	232.243	10.899	2.166	43.512	186.615	2.300
Birleşik Krallık	223.060		32.065		190.651	1.559
İtalya	219.814		30.739	106.587	82.488	999
Fransa	177.423		26.643	56.724	94.056	2.712
Almanya	172.576		7.661	147.200	17.715	1.576
Brezilya	169.594	451	11.653	67.384	90.557	8.318
Türkiye	139.771		3841	95.780	40.150	1.126
İran	109.286		6.685	87.422	15.179	2.703

*12 Mayıs 2020 günceli ile sayılar verilmiştir.

Salgının yayılımına yönelik çok sayıda koruyucu önlemler alınırken ve tahmin modelleri geliştirilirken, bir yandan da farmakolojik yaklaşımlar iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Günümüzde koronavirüs infeksiyonlarına yönelik etkinliği kanıtlanmış aşı protokolü bulunmamaktadır. Ülkemizde Covid-19 salgınında hastalığın ağırlığı/şiddetine göre bir tedavi planlaması yapılmakta, takipte semptom ve bulgularda ilerleme olması halinde tedavi değişikliğine gidilmektedir. Bu duruma göre tedavi verilecek hastalar hafif/ayaktan takip-tedavisi yapılacak hastalar, orta-ağır/servise yatırılarak tedavisi yapılacak hastalar ve kliniği kötüleşen çok ağır hastalar olarak gruplara ayrılmıştır. Genel durumu kötüleşen, tedaviye yanıt vermeyen olgularda immün ve kök hücre tedavisi kullanılmaya başlanmıştır.[16]

Meslek Etiği ve Yükümlülük

Yoğun bakımın gelişmesi ile birlikte tedavide yaşam destek sistemlerinin kullanımı giderek artmış ve ortaya beyin ölümü, bitkisel hayat, dissosiye kalp ölümü gibi klinik tablolar çıkmıştır. Bu klinik tabloları takiben yaşamın desteklenmesi yaşam kalitesi açısından ele alınarak,*"her şeye rağmen yaşamak mı, yoksa kaliteli bir yaşam sürmek mi daha doğru olur"* tartışmaları ortaya atılmıştır. 1960'lar da beyin ölümü vakaları, yaşayamayacak kadar ağır hastalar olarak kabul edilmiş ve sadece bu gerekçeye dayandırılarak donör olarak kullanılmıştır. Bu durum üzerine hangi hastaların yaşayamayacak kadar ağır hastalar grubuna veya tedaviden yarar sağlayamaz kararı verilecek hastalar grubuna gireceği nasıl belirlenmelidir soruları ortaya çıkmıştır. Sorunu çözme çalışmaları ile de yoğun bakım etiğini oluşturan ilk çalışmalar başlatılmıştır.[18,19]

Yoğun bakım hemşireliği etiği bilhassa salgın sürecinde önem kazanmıştır. Dünya şu anda 1918'deki İspanyol gribi salgınından bu yana görülmeyen bir halk sağlığı kriziyle karşı karşıya kalmıştır. Dünyanın dört bir yanında sağlık hizmet kurumlarına tedavi ve bakım için başvuran çok sayıda Covid-19 pozitif vaka bulunmaktadır. Yeni koronavirüs nedeniyle hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri genellikle sınırlı kaynaklar ile çok sayıda hastaya bakım verme konusunda etik ve ahlaki bakımdan güçlük yaşamaktadırlar.[20] Hemşirelerin görev yetki ve sorumluluk gibi mesleğin temelinde yer alan inançları, etik karar verme bakımından büyük önem taşır. Hemşireler sağlık hizmeti sunarken verdikleri kararlarda kendilerini, hastalarını ve meslektaşlarını koruyabilmek adına sağlam dayanaklara ihtiyaç duymaktadır. Etik yönden karmaşık durumlarda

hemşireler, doğru karar alabilmek için etik ilke ve teorileri göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.[21]

Küresel bir salgın olan ölümcül Covid-19 tüm dünyada olduğu gibi ülkemizdeki sağlık çalışanlarını korkut-makta, uyku problemlerine, yoğun strese maruz bırakmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri ise tehlikenin en ön cephesinde savaşan sağlık kahramanlarıdır. Bu süreçte hastaların gereken tedavi ve bakımın çoğu hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Pandemiye karşı, hemşireler ile ilgili pragmatik sorular ve tedavi-bakım görevi ile ilgili ahlaki sorular çok önemlidir ve görevin niteliği hakkındaki tartışmaların daha da açılması gerekmektedir.

Dolayısıyla ***buradaki ilk etik soru,*** *yoğun bakım hemşireleri hastaları kendilerine ciddi derecede zarar ve hatta ölüm riskine maruz bırakma durumunda hastalara bakmakla yükümlü müdür? Daha özel olarak, ciddi bulaşıcılığı olan Covid-19 karşısında tedavi ve bakım süreci sağlık hizmet sunucuları bakımından zorunlu mudur? Emanuel (1988), Harris ve arkadaşları (1995) son 20 yıldır, tedavi ve bakım görevi tartışması çoğu İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü / Human Immunodeficiency Virus (HIV) vakaları bağlamında meydana gelmişse de günümüzde Covid-19 ile ilişkili çok sayıda soru ve şüphe ortaya atıldığını belirtmektedir.*[22,23] *Pandemiyle karşı karşıya kalındığında sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını ve ailelerinin sağlığını riske atmayacak şekilde ne gibi sorumlulukları olacaktır? Bulaşıcı bir hastalık salgını veya pandemi durumunda sağlık çalışanlarının bu zorlukları üstlenmek ve bunlara ilişkin riskleri kendilerine katmakla yükümlü olup olmadıklarıdır.*[24,25] Önceden sıralanan bu koşullar tedavi için net bir görev durumu sağlamasına rağmen mevcut sağlık sisteminde nadiren yerine getirilmektedir. Birçok sağlık çalışanı, ciddi, bulaşıcı hastalık riskleri olmadığında ve rutin olarak kurum içi açıklamaları ve sözleşmeleri belirtilmediğinde işlerini kabul etmektedir. Biyoetik, 1970'lerde ve 1980'lerde tedavi edilemez küresel bulaşıcı hastalıklar konusunda endişe duymamaktaydı.[26] Günümüzde gelinen noktada hemşireler, risk altında çalışmak mecburiyetinde kalmışlardır. Hele de yoğun bakım hemşireleri entübasyon, aspirasyon, resüsitasyon, ağız bakımı vb. çok yakın teması zorunlu kılan solunum sistemi uygulamalarını sürdürmektedir. Özellikle yoğun bakım hemşireleri, ailelerinden, çocuklarından, ebeveynlerinden, eşlerinden sosyal izolasyon nedeniyle ayrı yaşamak zorunda kalmışlardır. Yakın geçmişe baktığımızda SARS ile ilgili olarak, bildirilen vakaların yaklaşık %30'u sağlık çalışanları arasında olup yalnızca Toronto, Kanada'da 182 vakanın yarısından biraz daha azı sağlık profesyonellerini içermektedir. Bu kişilerin üçü virüse maruz kaldıktan sonra ölmüştür.[27,28]Ayrıca, bu dönemde birçok sağlık çalışanı hastaları tedavi etmek için ellerinden geleni yaparken, diğerlerinin işe gelmeyi reddettiği ve sonuç olarak işten ayrıldığı, istifa ettiği bildirilmiştir.[29] Maryland'deki kamu sağlığı kurumlarında çalışanlarının 2005'te yaptığı bir ankette, çalışanların yarısına yakını pandemi sırasında görevde olmayacaklarını belirtmişlerdir.[30]

Mesleki etikte genel kabul gören üç temel ilke (yararlılık, adalet, bireye saygı ilkesi) pandemik etik tartışmalarının temelini oluşturmaktadır. Bu ilkeler doğrultusunda uygun koruyucu giysiler mevcut olduğunda, profesyonel bir yoğun bakım hemşiresinin Covid-19 pozitif hastalara bakım sağlamanın etik görevi olduğu düşünülmektedir. Uygun koruyucu ekipman olmadan bulaş riski göz önüne alındığında, her hemşirenin Covid-19 pozitif bir hastaya bakarken kişisel risk derecelerini değerlendirmek için bireysel muhakeme yeteneğini geliştirmesi önerilmektedir.

İkinci etik soru: *Hasta gizliliğinin önceliklendirilmesini* Covid-19 *salgını nasıl etkiler? Pozitif vakaları halka ve hastane personeline nasıl bildirmeliyiz?* Sağlık işletme yöneticileri, hali hazırda pandemiye meydan okumuş olan hemşire ve diğer sağlık sunucularını korumak adına Covid-19 pozitif vakalarını bildirmek için teşvik edilmelidir. Ayrıca, durumu riskli Covid-19 pozitif hastalara önlem doğrultusunda karantina bilgilendirme fırsatı verilmelidir.

Sonuçta, yüksek morbidite, mortalite oranları ve Covid-19'un bulaşıcılık derecesi göz önüne alındığında, gizlilik kamu sağlığı çıkarlarıyla sınırlandırılmalıdır. Hastane sistemlerinin kamu kurumlarına pozitif vakalar bildirmesi de önemlidir böylece tedavi ve bakım kararlarını ve kaynak tahsisini doğru bir şekilde tablo haline getirilmesi ve analiz edilmesi için veriler sağlanılacaktır.[24]

Üçüncü etik soru: *Mevcut testler sınırlı olduğunda, pandemi olmayan bir yoğun bakımda şüpheli popülasyonun ve şüpheli vakalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin hangi üyeleri COVID-19 için taranmalı ve test edilmelidir?* Semptomları olan hastalar test edilmelidir, çünkü erken tanı ve destekleyici tedavi en iyi şekilde cevap vermekte ve yayılmanın çoğunun aktif olarak semptomatik hastalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha iyi tespit oranlarına sahip daha fazla tanı test mevcut olduğunda, etkileşimde bulundukları yüksek riskli hastaların yanlışlıkla enfeksiyonundan kaçınmak için asemptomatik sağlık çalışanlarının taranması da önerilmektedir. Şüpheli vakalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerin muhakkak tarama testlerinin gerçekleştirilmesi zaruridir. Son olarak, testler geliştikçe ve yaygın olarak kullanılabilir hale geldikçe, potansiyel olarak enfekte olmuş bireyleri karantinaya alarak maruziyeti sınırlamak için evrensel tarama yapılması önerilmektedir.[31]

Dördüncü etik soru: *İyileşme olasılığı kalmayan hastanın solunum desteğinin kesilmesi, hasta hakkında resüsite edilmeme kararının (Do Not Resuscitate/DNR) verilmesi gibi hayati meseleleri nasıl ele almalıyız?* DNR talimatı 1980 yılından beri uygulamada olup bu talimatı kullanan ülke sayısı her geçen gün artmaktadır. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR)'nin sık uygulandığı kliniklerde DNR'nin gerekli olduğu fikrinin giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, ülkemizde DNR talimatına ilişkin gerekli yasal düzenlemelerin olmadığı görülmektedir.[32] Birincisi, hasta bakım standardına uygun olarak, hastaya resüsitasyonun olası tıbbi yararı ele alınmalı ve sadece tıbbi olarak tanımlanmış bir fayda öneriyorsa KPR yapılmalıdır. İkincisi, hemşire ve diğer sağlık hizmet sunucularda sadece yeterli koruyucu ekipman varsa KPR yapmaları istenmelidir; bununla birlikte, eğer koruyucu donanım yoksa, KPR yapma görevi kesinlikle tıbbi faydası ile belirlenmelidir. KPR'nin tıbbi açıdan faydalı olmadığı kabul edilirse, bu karar derhal hasta ve hastanın ailesine iletilmelidir.[33]

Ahlaki teori ile ilgili olarak, sağlık çalışanlarının tedavi ve bakım vermekle yükümlü olduğu görüşüne yönelik çok sayıda zemin sunulmuştur. Bu gerekçeler arasında açık rıza, zımni rıza, özel eğitim, karşılıklılık (sosyal sözleşme görüşü olarak da bilinir), profesyonel yeminler / hemşirelik andları ve etik kodlar bulunmaktadır.[34]Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise 2007 yılında pandemik influenza'ya karşı mücadele esnasında ilgili etik ve hukuki normların nasıl anlaşılıp, uygulanacağına dair özel kurallar, etik yaklaşımlar geliştirilmiştir.[35] Bu yaklaşıma göre bir influenza pandemisi sırasında çalışmaya yönelik ahlaki yükümlülükler sınırlıdır, yalnızca sağlık çalışanlarının katılımının pandeminin sonuçları üzerinde makul bir şekilde fark yaratmasının beklenmesi halinde kendilerinden risk üstlenmeleri talep edilmeli, sağlıkları nedeniyle riskli bireylerin görevlendirilmesinde meşru istisnalar belirlenip uygulanmalı, aşırı yaptırımın sağlık çalışanlarının insan haklarını ihlal edebileceği için, yaptırımlara ilişkin politikaların ***Siracusa*** ilkeleri ve diğer ilgili insan hakları standartlarına uygun olduğu güvence altına alınmıştır.[35]

SONUÇ

Salgın hastalıklarla mücadelenin en önemli boyutu hastalara tedavi ve bakım uygulayan, mesailerini hasta başında aktif geçiren yoğun bakım hemşireleridir. Salgın ile ilgili riskler hakkında daha fazla veri ortaya çıktıkça, yeni standartlar değerlendirilmeli ve uygulanmalıdır. Tüm yoğun bakım hemşireleri enfeksiyona karşı evrensel önlemler konusunda iyi eğitilmelidir. Hemşireler hala etik kaygılarını meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri (örneğin hasta hakları) ile

tartışma gereksinimlerine rağmen meslektaşları/doktorlarla çatışma ve kişiler arası zorluklar nedeniyle tam anlamıyla etik çerçeveli tartışmalar sağlanamamaktadır. Yoğun bakım hemşirelerinin uygulamalarda kararlara daha fazla katılımlarının sağlanması etik sorunların neden olduğu stresin azaltılmasına olumlu katkıda bulunabilir. Hemşirelik uygulamalarının bütünlüğünü ve hasta bakım kalitesini sağlamak için hizmet içi eğitim ve profesyonel etik konsültasyonların günlük olarak ele alınması gerektiği açıktır. Yoğun bakım birimleri, potansiyel hasta dalgalanması için kendini hazırlamalı, hızlı tanı ve izolasyon, klinik yönetim ve enfeksiyonu önleme için önceden iş akışlarını optimize etmelidir. Yoğun bakım hemşireleri, ünitelerinin rasyonelleştirilmesi konusunda etik olarak zor kararlar alma gereği ile süreci zora sokabilecek hastaneden bulaş, fiziksel tükenme ve zihinsel sağlık sorunlarından korunmalıdırlar. Ulusal ve uluslararası düzeyde işbirliği yüksek kaliteli araştırma, kanıta dayalı uygulama, veri/kaynak paylaşımı ve benzeri görülmemiş zorluklar karşısında etik bütünlük - bu çabaların başarısı için anahtar olacaktır. Salgın pek çok etik sorun ortaya çıkarır ve birçok farklı dersle bizi terk eder, aynı zamanda sağlık bakım sistemimizin ve dünyamızın sonsuza dek değişeceği olumlu yolları da beraberinde getirir.

KAYNAKLAR

1. Morens DM, Daszak P, Taubenberger JK. Escaping pandora's box another novel coronavirus. New England Journal of Medicine 2020; published online Feb 26. doi:10.1056/NEJMp2002106
2. Young HM, and Fick DM. Public health and ethics ıntersect at new levels with gerontological nursing in covıd-19 pandemic. Journal of Gerontological Nursing, 2020;46(5), 4-7. doi: 10.3928/00989134-20200403-01
3. Nyholm L, Koskinen C. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care, Nursing Ethics 2015, 1–11. doi.org/10.1177/0969733015605669
4. Birol L. Hemşirelik Süreci 8. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık, 2007.
5. Ng K, Poon BH, Puar THK, Quah JLS, Loh WJ, Wong YJ, Raghuram J. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. Annals of Internal Medicine 16 March 2020. doi:10.7326/L20-0175
6. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. New England Journal Medicine 2020;382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
7. Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G. R., Livigni, S., Mistraletti, G., ..?. & Petrini, F. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian Perspective During the COVID-19 Epidemic. 2020. doi:10.1186/s13054-020-02891-w
8. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus- infected pneumonia. New England Journal Medicine 2020; 26;382(13):1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316
9. Parr J. Pneumonia in China: lack of information raises concerns among Hong Kong health workers. British Medicine Journal 2020;368:56. doi: 10.1136/bmj.m56
10. Tyrrell DA, Almeida JD, Cunningham CH, Dowdle WR, Hofstad MS, McIntosh K, et al. Coronaviridae. Intervirology 1975;5(1-2):76-82. doi: 10.1159/000149883
11. Bennett J, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, 2014.
12. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KW, Chu, H., Yang J., et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet, 2020;395(10223), 514-

523. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
13. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. Lancet 2020; 29;395(10225):689-697. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30260-9.
14. Hui DS, Ezher IE, Madani TA, et al. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health-The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. International Journal of Infectious Diseases 91. 2020;264–266. doi: 10.1016/-j.ijid.2020.01.009
15. World Health Organization (WHO). Emergencies preparedness, response. Pneumonia of unknown origin – China. Disease outbreak news. https://www.-who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/ (erişim tarihi: 08 Nisan 2020).
16. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) "Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu" 17 Nisan 2020, Ankara.
17. Worldometer. COVID-19 coronavirus pandemic. May 2, 2020.https://-www.worldometers.info/coronavirus/ (erişim tarihi:11.Mayıs 2020).
18. Akpir K. Yoğun bakım hastasında hasta desteği veya devamı ile ilgili kararın verilmesi: Medikal etik- 3, s: 28, Yüce Yayını Dağıtım, 2001.
19. Akpir K., Yoğun Bakım Etiği, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2010;8:77-84.
20. Angelos P. Surgeons, Ethics, and COVID-19: Early lessons learned journal of the american college of surgeons. 2020. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.-2020.03.028.
21. Utlu N. Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler, İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi. 2016; 29(8), 17-35.
22. Emanuel EJ. Do physicians have an obligation to treat patients with AIDS? New England Journal Medicine 1988;318(25):1686–1690. doi: 10.1056/NEJM198806233182511
23. Harris J, and Holm S. Is there a moral obligation not to infect others? British Medical Journal 1995;311(7014): 1215–1217. doi: https://doi.org/10.1136/-bmj.311.7014.1215
24. Kramer, JB , Brown, DE, Kopar, PK "Ethics in the time of coronavirus: recommendations in the covıd-19 pandemic" Journal Of The American College Of Surgeons 2020 doi: https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004
25. Gostin L. HIV screening in health care settings: public health and civil liberties in conflict?Journal of the American Medical Association 2006;296:2023-2025. doi:10.1001/jama.296.16.2023
26. Francis, L., Battin, M., Jacobson, J., Smith, C., and Botkin, J. How infectious disease got left out—and what this omission might have meant for bioethics. Bioethics 2005;19(4): 287–322. doi.org/10.1111/j.1467-8519.2005.00445.x
27. Fleck LM. Are there moral obligations to treat SARS patients? Medical Humanities Report 2003; 25(1): 3–4.
28. World Health Organization (WHO). 2003. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). Available at: http://www.who.int/csr/sars/ en/WHO-consensus.pdf (erişim tarihi 11 Mayıs, 2020).
29. University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group. 2005. Stand on guard for thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. Available at: http://www.utoronto.-ca.jcb/home/documents/pandemic.pdf (erişim tarihi: 15 Nisan, 2020).
30. Balicer, R. D., Omer, S., Barnett, D., and Everly Jr., G. Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. BMC Public Health. 2006;18(6): 99. doi:10.1186/-1471-2458-6-99
31. Blendon R, Donelan K. Discrimination against people with AIDS: the public perspective. New England Journal Medicine 1988;319:1022-1026. doi:10.-1056/NEJM198810133191522
32. Akyıl RÇ. Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşanan Etik İkilemler Ve Karar Verme Süreci,İçinde: Yoğun Bakım Hemşireliği (1.baskı), Akyol AD (edt), İstanbul Tıp Kitabevleri, 2017, s: 406.

33. American Heart Association's guidelines on interim Guidance for Healthcare Providers during COVID-19 Outbreak https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/resources/covid-19-resources-for-cpr-training/interim-guidance-march-19.2020.pdf?la=en&hash=5A491D18BBB61795442A98A49A50C05173C77EF6 (erişim tarihi:11 Mayıs 2020).
34. Malm, H., May, T., Francis, L. P., Omer, S. B., Salmon, D. A., & Hood, R. Ethics, pandemics, and the duty to treat. The American Journal of Bioethics, 2008; 8(8), 4-19. doi:10.1080/152-65160802317974
35. World Health Organization (WHO). WHO/CDS/EPR/GIP/2007.2 Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70006/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2_eng.pdf;jsessionid=609EB8E49D885EF887A2E77BF84CBA14?sequence=1 (erişim tarihi: 10 Nisan 2020).