Hastanemizde Cerrahi Bölümlerde Çalışan Doktorların "Yeniden Canlandırma Yapmama" Talimatı Konusundaki Görüşleri

IN OUR HOSPITAL, DEPARTMENT OF SURGERY DOCTOR OF EMPLOYEES "DO NOT RESUSCITATE" INSTRUCTIONS FOR VIEWS ON

Bahar KUVAKİ, Nilay BOZTAŞ, Meryem KAPLAN, Caner HACIOĞLU, Esra YAPRAK, Oğuzhan AYAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Hastanemizde cerrahi bölümlerde çalışan doktorların Kardiyopulmoner Resusitasyon uygulamama talimatı olarak tanımlanan "Do Not Resuscitate Order (DNRO)" ile ilgili görüşlerinin saptanması amacıyla bir anket çalışması yapılmıştır.

Yöntemler: Bu anket çalışmasında, hastanemiz cerrahi tıp bölümlerinde görev yapmakta olan Tıpta Uzmanlık Öğrencileri, Uzman Doktor, Öğretim Görevlisi ve Öğretim Üyelerine 22 adet soru içeren ve ekte yer alan anket dağıtılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Anket çalışmamıza katılan (122 kişi) doktorların %82'si DNR kavramını daha önce duyduklarını belirttiler. "Çalıştığınız serviste DNR talimatı veriliyor mu?" sorusuna hekimlerin %45'i "evet", %41'i "hayır", %12'si "bilmiyorum" cevabını verirken %60'ı bu talimatın sözlü olarak verildiğini belirtti. Ayrıca hekimlerin yaklaşık %70'i daha önce DNR talimatı vermiş, %50'si de bu talimatın yazılı olarak verilmesi gerektiğini düşünüyor. DNR kararının alınmasında; hastalığın türüne (kanser vb) ve ciddiyetine önem verildiği görüldü. DNR talimatını kimin vermesi gerektiği sorusu; %68 sorumlu hekim, %30 hastanın kendisi, %25 yasal sorumlu olarak cevaplandırıldı. DNR kararı verme durumunda kalındığında hekimlerin çoğunluğu bu kararlarını meslektaşları, etik komite ve hastanın akrabalarıyla görüşmek isteyeceklerini belirttiler. "DNR talimatı Türkiye'de yasal mı?" sorusuna ise hekimlerin %5'i "evet" ve %46'sı "bilmiyorum" cevaplarını verdiler.

Sonuç: "Kardiyopulmoner Resusitasyon uygulamama talimatı" konusunda yeterli bilgi düzeyinin olmadığı, doktorların daha çok kendi doğrularına" göre duygusal yaklaşımda bulunduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Kardiyopulmoner resusitasyon, yeniden canlandırma yapmama talimatı, tıbbi etik

SUMMARY

Objective: A survey was conducted among physicians working in the surgical departments of our hospital to determine their opinions about directives not to perform Cardiopulmonary Resuscitation, namely "Do Not Resuscitate Order (DNRO)".

Nilay BOZTAŞ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD
35340 İnciraltı, İZMİR

Methods: The survey, which included 22 questions, was completed by interns, attending physicians, instructors, lectures who work in the surgical departments of our hospital.
Results: Out of the physicians who participated in the survey (n=122), 82 % stated that they have heard about the concept of DNRO. The question "Is DNRO directive implemented in your department? " was responded "yes" by 45% of the physicians, "no" by 41%, and " do not know " by 12%, while 60% of the participants stated that DNR orders were given orally. In addition, about 70% of the physicians have implemented DNR orders before, and 50% indicated that written orders should be given. In decision making for DNRO; type of the disease (cancer, etc.) and severity of the disease are considered important. The answer to the question "Who should make DNRO" was "the doctor of the patient" in 68% of participants, "the patient himself " in 30%, and "legally responsible person" in 25%. For the final DNRO decision, the majority of physicians have indicated that they would like to discuss this issue with their colleagues, ethics committee, and the patient's relatives. "Is DNRO legal in Turkey?" question was replied "yes" by 5% and "do not know" by 46% of the physicians.
Conclusion: It was concluded that the level of information about "Do not perform CPR" instructions is quite low among physicians, and also physicians act more according to their "own judgement" which is generally based on an emotional approach.
Key words: Cardiopulmoner resuscitation, do not resuscitation order, medical ethics

Kardiyopulmoner Resusitasyona (KPR) özgü en önemli amaç klinik ölümün önlenmesi ve hastayı eski sağlığına kavuşturmaktır. Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde yılda 370.000 - 750.000 arasında KPR uygulanmaktadır ancak hayatta kalma oranı %0-40 arasındadır. Kanser, nörolojik hastalık, böbrek hastalığı, solunum bozuklukları ve sepsisi olan olgularda ise hayatta kalma oranı %10'un altında olup bazı çalışmalara göre %0'dır (1). Amerikan ulusal KPR kayıt raporunda incelenen yaklaşık 49.000 olgunun sonucunda hastanede KPR uygulamalarından sonra mortalitenin %84,1 olduğu saptanmıştır. Türkiye'de bir merkezde KPR uygulanan 189 hastadan 102'sinde (%54) başarılı olunduğu bildirilmiştir (2). Mortalite ile ilişkili bağımsız etkenler olarak ileri yaş, ırk, malignite, inme, travma, sepsis, karaciğer yetersizliği, olgunun genel serviste yatıyor olması gibi etkenler ileri sürülmektedir (3).

Gerek bazı durumlar için bilinen düşük başarı oranlarından dolayı gerekse tüm kardiyopulmoner arrest olgularına hatta KPR'den sonra çok kısa bir süre hayat beklentisi olan olgulara dahil KPR uygulanması, KPR uygulanmaması talimatını (*Do Not Resuscitate Order*, DNRO) gündeme getirmiştir. KPR uygulamalarında bazı durumlarda KPR'ın boşuna bir çaba olarak nitelendirilmesi DNR protokolünü daha da kabul edilebilir kılmıştır. Bu durumlar: uygun ve ileri yaşam desteği denenmesine rağmen dolaşım ve solunum fonksiyonlarının başarılı olarak geri dönüşümünün sağlanamadığı ve/veya hastanın vital bulgularının maksimum tedaviye rağmen kötüleştiği durumlarıdır (4,5).

Bir Öğrenci Çalışma Modülü (ÖÇM) olarak gerçekleştirilen bu anket çalışmasının amacı hastanemizde KPR uygulamak durumunda olan cerrahi bölümlerdeki doktorların DNR talimatı ile ilgili görüşlerinin saptanmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel bir araştırma olan bu anket çalışması, hastanemiz cerrahi tıp bölümlerinde (Anesteziyoloji, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Nöroşirurji, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi, Üroloji) görev yapmakta olan Tıpta Uzmanlık Öğrencileri, Uzman Doktor, Öğretim Görevlisi ve Öğretim Üyelerine 24 adet soru içeren ve ekte yer alan anket dağıtılarak gerçekleştirilmiştir. Anketler ÖÇM grubundaki dönem II tıp fakültesi öğrencileri tarafından adı geçen cerrahi birimlere dağıtıldı. Araştırmaya katılanlardan isim bildirmeksizin anket formunu doldurmaları istendi. Katılımcının iki hafta içinde anketi doldurmamış olması, ankete katılmayı kabul et-

memiş olarak değerlendirildi.

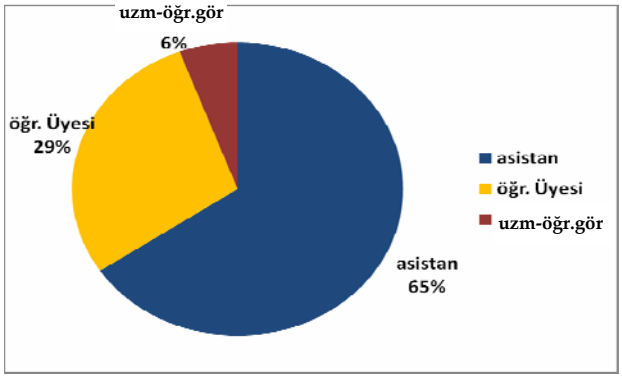
İstatistiksel analiz; SPSS (*Statistical Package fort he Social Sciences*) 15.0 versiyonu ile yapıldı. Sayısal veri ortalama ± standart sapma ile sınıflanmış veri ise sayı-yüzde tabloları ile sunuldu. Ölçüm değerleri bağımsız gruplarda *t*-testi ile karşılaştırıldı, sayım verisinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

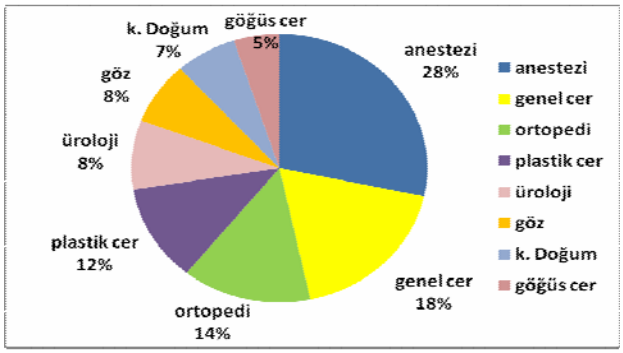
Çalışmamızda ankete katılan hekimlerin (122 kişi), % 83'ü erkek, %71'i evli, %65'i araştırma görevlisi idi (Şekil 1). Sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre dağılımı Şekil 2'de sunulmuştur. Katılımcıların %82'si DNR kavramını daha önce duyduklarını belirttiler. "Çalıştığınız serviste DNR talimatı veriliyor mu?" sorusuna hekimlerin %45'i "evet", %41'i "hayır", %12'si "bilmiyorum" cevabını verirken % 60'ı bu talimatın sözlü olarak verildiğini belirtti. Ayrıca hekimlerin yaklaşık %70'i daha önce DNR talimatı vermiş, %50'si de bu talimatın yazılı olarak verilmesi gerektiğini düşünüyor. DNR kararının alınmasında; hastalığın türüne (kanser vb) ve ciddiyetine önem verildiği görüldü. DNR talimatını kimin vermesi gerektiği sorusu; %68 sorumlu hekim, %30 hastanın kendisi, %25 yasal sorumlu olarak cevaplandırıldı. DNR kararı verme durumunda kalındığında hekimlerin çoğunluğu bu kararlarını meslektaşları, etik komite ve hastanın akrabalarıyla görüşmek isteyeceklerini belirttiler. "DNR talimatı Türkiye'de yasal mı?" sorusuna ise hekimlerin %5'i "evet" ve %46'sı "bilmiyorum" cevaplarını verdiler. DNR talimatı verilecek bir olgu için literatürde "slow code" olarak adlandırılan ve KPR'yi etkili bir şekilde yapmama ile ilgili görüşleri sorulduğunda hekimlerin %46'sı daha önce bunu yaptığını belirtirken, %47'si bu uygulamayı etiğe aykırı bulduğunu, %38'i DNR olabilecek hastalara; hasta yakınlarından gelebilecek suçlamalara karşı, %31'i yasal nedenlerle böyle bir uygulamanın gerektiğini belirttiler.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tıbbi uygulamalarda DNR talimatı kullanılmaya başlanması 1980 yılından itibaren olmuştur. DNR protokolü uygulayan ülkelerin sayısı giderek artmaktadır ancak bu durum etik tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Bu kararı hastanın kendisi verebileceği gibi tedavi eden ekibi de verebilmektedir. DNR talimatı verilmesinin nedenleri; hastanın özellikle resusitasyondan fayda görmeyecek olması yada çok kötü prognoza sahip olmasıdır. DNR talimatı verilmesine karşı olmada en sık nedenler; hospitalizasyon sırasında beklenmeyen arrestlerin gelişebileceği ve doktorların hastanın prognozunu iyi bilmemesi olarak ileri sürülmektedir (6). Murphy ve ark 70 yaş ve üzeri kardiyak arrest gelişen hastalarda, 503 hastanın ancak 19'unun (%3,8) hastaneden ayrılabildiğini bildirmişlerdir (7). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Nisan 2002-2003 arasında İstanbul Üniversitesinde KPR uygulanan 134 hastanın 66'sında (%49,3) başarılı olunduğu bildirilmiştir (8**).** Çalışmamızda DNR kararının verilmesinde katılımcıların %56'sı yaş faktörünün, %83'ü hastalığının ciddiyetinin, %77'si malignitesinin olmasının önemli olduğunu bildirmişler.



Şekil 1. Sağlık personelinin genel dağılımı



Şekil 2. Sağlık personelinin uzmanlık alanına göre dağılımı

Etik ikilemler ve önyargılara rağmen tıp ilerleyişini sürdürmek zorundadır. Burada korunması gereken en önemli ilkeler, insan sağlığına zarar verilmemesi ve suistimallerin ortaya çıkmamasıdır. Bu durumda ortaya çıkan sorular; KPR uygulamama talimatının etik olup olmadığı, bu kararın hangi kurallara bağlanarak verilmesi gerektiği ve yasal düzenlemenin nasıl olması gerektiğidir (5). Ülkemizde DNR talimatı konusunda henüz bir yasal düzenleme olmamakla birlikte KPR uygulama gerekliliğinin sık olduğu kliniklerde bazı olgularda DNR düşüncesi ortaya çıkmaktadır. DNR ile ilgili tartışmalar hatta uygulamalar yoğun bakım ünitesinde çalışanlar arasında giderek yaygınlaşmaktadır ve çoğu çalışan DNR talimatından yanadır (9). Ancak KPR veya DNR uygulaması sadece yoğun bakımda yatan olgularda değil özellikle cerrahi servislerde yatanlarda da nadir olmayan bir durumdur. Çalışmamızda ankete katılan doktorların (122 kişi) %82'si DNR kavramını daha önce duyduklarını belirttiler. Katılımcıların %45'i "Çalıştığınız serviste DNR talimatı veriliyor mu?" sorusuna evet yanıtı verdi.

Batı Avrupa ülkelerinde bulunan yoğun bakım doktorları arasında yapılan bir ankette katılımcıların %46'sı yatak yokluğundan etkilendiklerini, %73'ü hastaların kabul sırasında yaşam ümidi olmadığını, %80'ni yazılı DNR talimatı verilmesi gerektiğini ama katılımcıların sadece %58'inin uyguladığını, % 36'sının sözlü DNR talimatı verdiğini, %6'sının ise ne yazılı nede sözlü DNR talimatı vermediğini bildimişlerdir. Yazılı DNR talimatı verme oranının ülkeden ülkeye değiştiği ve %8 gibi düşük oranlar (İtalya) ile %91 gibi yüksek oranlar (Hollanda) arasında olduğu gösterilmiştir (10). Çalışmamızda doktorların %60'ı DNR talimatının sözlü olarak uygulandığını bildirmişlerdir ancak %50'si yazılı olarak verilmesi gerektiğini düşünmekteler.

Vincent JL'nin çalışmasında, hekimlerin %49'u DNR kararında doktor-hasta ve aile yer almalı derken, %17'si ilgili doktor, %45'i etik kurul yer almalı diyor (10). Çalışmamızda ise DNR talimatını kimin vermesi gerektiği sorusu; %68 sorumlu hekim, %30 hastanın kendisi, %25 yasal sorumlu olarak cevaplandırıldı. Avrupa'da birçok hastanede bu kararların verilmesinde etik komiteler yer almaktadır ancak Türkiye'deki etik komiteler farklı alanlarda çalışmaktadır. Etik konusu subjektif bir konudur ve ahlaki prensiplerin yönetildiği bir sistemdir. Doktor, iki negatif durum arasında etik ikilemlerle beraber seçim yapmak zorundadır: yaşam desteğini sürdürürken yaşam kalitesi düşük olacak yada hastanın ölümüne yol açacak şekilde tedaviyi kesecek.

Çok sayıda faktör bu son kararı etkileyebilir: yaş, tecrübe, eğitim, din, eş ve aile baskısı, hastanın yaşı ve istekleri. Vincent JL'nin çalışmasında DNRO kararının ¾'ü aile ile ¼'ü hasta ile tartışıldı. Etik konsültan; bu kararı vermede kolaylık sağlayacak bağımsız bir seyirci olarak doktor, hasta ve aile arasında iletişimi sağlamak ve etik konusu ile ilgili bilgilendirmeyi sağlar (10).

Hastalık, ölüm, tıbbi bakım, tedavi tercihi ve sağlık uygulamaları ile ilgili tutum ve inançlar; etnik ve kültürel korelasyon gösterirler. Değerler, normlar, gelenekler ve inanç sistemleri tıbbi uygulamada hastaların, ailelerin ve doktorların hayatın sonu ile ilgili karar vermelerinde önemli rol oynar (11).

Hipokrat yemini tıp etiğinin en eski kurallarından biridir. Etik kurallar: zarar vermemek, hasta otonomisine saygı duymak, güvenilirlik, dürüstlük, kanunlara saygıyı içermektedir. Resusitasyon invaziv bir işlemdir, maliyeti yüksek başarı olasılığı düşüktür. Halkın resusitasyon hakkında eğitici videolarla bilgilendirilmesinin resusitasyonla ilgili kişisel tercihleri etkilediği gösterilmiştir. Kişiler gelecekte kendi isteklerini belirleyebilecek durumda olamayacakları için sağlıklı iken bunu bir doküman haline getirmelidirler. Doktorlar karar verirken, tarafsız, merhametli, bilimsel temele dayalı, standartlara uygun ve farklı fikirlere duyarlı olmalıdırlar (12).

Hasta, hasta yakını ve doktorların hayatın sonu ilgili kararın verilmesinde pek çok faktör etkilidir: tıbbi data, doktor-hasta ilişkisi, kuruma ait kural ve düzenlemeler, sosyo-kültürel, ekonomik, etik, legal ve dini konular (13). Katoliklere göre bedeli ne olursa olsun bedensel hayatı sürdürmek iyi değildir, sadece ölüm sürecini uzatacaksa tedaviyi sürdürmek zorunlu değildir. İslama göre, yapay yaşam desteği almakta olan terminal dönem bir hastada vejetatif periyodun sürdürülmesi teşvik edilmez (14).

Resusitasyon durumunu hastalar ve ailelerle efektif olarak tartışmada açık bir metodoloji ve rehberlerin olması klinisyenlere yardımcı olabilir. Hekimler DNR kararını

verirken hastaların aktif olarak katılımlarını isterler ancak bu pratikte tam anlamıyla uygulanamamaktadır.

Özerklik (otonomi), kişinin ilke olarak kendi değer ve önceliklerine göre vücuduna yapılacak müdahaleleri belirleme hakkına sahip olmasıdır. Eğer hasta karar verme yetisine sahip değilse hastanın sağlıklıyken kendi adına tayin ettiği hukuken ehliyetli kılınmış kişiden rıza alınmalıdır. O da yoksa hekimin diğer meslektaşlarına danışabileceği Etik Komiteler olmalıdır.

Çalışmamızda "DNR talimatı Türkiye'de yasal mı?" sorusuna ise hekimlerin %5'i "evet" ve %46'sı "bilmiyorum" cevaplarını verdiler. Türk Ceza Kanununda DNR konusunda özel bir hüküm yer almamaktadır. Bu karar hekimler için hukuki sorumluluğun yanında etik ve manevi değerler açısından da önemlidir (15).

Yeterli bilgilendirilmiş hastalar hem ahlaki hemde hukuki olarak tıbbi müdahalelere, KPR dahil, izin verme veya reddetme hakkına sahiptirler. Hasta kardiyak arrest durumunda KPR yapılmaması isteğini detaylı bir biçimde bildirmelidir. Yapılan bir çalışmada 151 hekimin %93'ü hastaların KPR ile ilgili verilecek kararlara katılmaları gerektiğini belirtmişlerdir (16).

Pratikte hekimler ve hastalar bir araya gelip ölüm ihtimalini tartışmayı güç bulurlar. Aslında böyle bir ihtiyaç ortaya çıktığında hasta artık karar verme sürecine katılma yetisine sahip değildir (17). İngiltere de yapılan bir çalışmada, DNR talimatlarının %77-86 oranında hasta yakınları ile konuşularak alındığı, bu oranın hasta ile konuşmada %14-22 olduğu gösterilmiştir (18).

Bu çalışmanın kısıtlaması; sadece hastanemizdeki cerrahi servislerde bulunan doktorların DNR ile ilgi ilgili görüşleri saptandığı için sonuçların tüm uzmanlık dallarına genellenememesidir.

Sonuç: "KPR uygulamama talimatı" konusunda yeterli bilgi düzeyinin olmadığı, doktorların daha çok "kendi doğrularına" göre duygusal yaklaşımda bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu konunun sadece anestezistler arasında değil, DNR talimatı vermek durumunda kalabilecek diğer uzmanlık dallarında da gündeme gelmesi gerekmektedir. Ancak Türkiye'de bu konuda henüz gerekli hukuki düzenlemeler ve etik ilkeler ortaya konulmamıştır. Bu konu hekimler ve hukukçular tarafından çok yönlü ele alınmalı, gereken yasal düzenlemeler ve etik ilkeler ortaya konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med 2007; 33: 237-245.
2. Kozacı N, Ay MO, İçme F, Aktürk A, Satar S. Kardiyopulmoner Resüsitasyon'da Başarılı mıyız? Cukurova Medical Journal 2013; 38: 601-609.
3. Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: a report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation 2010; 81: 302-311.
4. Baskett P, Steen P, Bossaert L. ERC Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2005;67;171-180.
5. Baştürk E. Do-Not-Resuscitate (DNR) talimatının temel etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003; 11: 12-21
6. Kelly WF, Eliasson AH, Stocker DJ, Hnatiuk O. Do Specialists differ on Do-Not-Resusciate Decisions? Chest 2002; 121: 957-963.
7. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Champion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. Ann Intern Med 1989; 111: 199-205.
8. Pembeci K, Yildirim A, Turan E, et al. Assessment of the success of cardiopulmonary resuscitation attempts performed in a Turkish university hospital. Resuscitation 2006; 68: 221-229.
9. İyilikci L, Erbayraktar S, N. Gökmen, H. Ellidokuz, Kara HC, Günerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critacally ill in Turkey. Acta Anaesthesiol Scand 2004; 48: 457-462.
10. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. Crit Care Med 1999; 27: 1626-1632.
11. Chattopadhyay S, Simon A. East meets west: Cross-cultural perspective in end-of-life decision making from Indian and German viewpoints. Med Health Care and Philos 2008;11:165-174.

12. Marco CA. Ethical issuesof resuscitation: an American perspective. Postgrad. Med J 2005; 81: 608-612.
13. Steinberg A. The terminally ill-secular and Jewishethical aspects. Isr J Med Sci 1994;30:130-135.
14. Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. J Adv Nurs 2000;32:1476-1484.
15. Baştürk E. Do-Not-Resuscitate (DNR) talimatının temel etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003;11:12-21.
16. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Guidelines for appropriate use of Do-Not-Resuscitate orders. JAMA 1991; 265: 1868-1871.
17. Sert H, Gözdemir M, Işık B. Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması etik mi? Yeni Tıp Dergisi 2007;24: 85-89.
18. Bedel SE, Pelle D, Maher PL, et al. Do not resuscitate orders for critically ill patients in the hospital. JAMA 1986; 256:233.